



# کتابچه دستورالعمل ها - خط مشی ها - روش های اجرایی

## مرکز آموزشی درمانی کودکان

گردآوری کننده : بهجت پریش

کارشناس بهبود کیفیت

پاییز ۹۸

## لیست دستورالعمل ها براساس استانداردهای اعتباربخشی ( ویرایش چهارم ) سال ۱۳۹۸

ردیف	زیر محور	کد	عنوان	صفحه
<b>رهبری و مدیریت</b>				
۱	رهبری و مدیریت	INS-۱	نحوه گزارش وقایع ناخواسته	۹
۲		INS-۲	دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیر هم جنس	۱۱
۳		INS-۳	وجود دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان	۱۳
۴		INS-۵۶	مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکته حاد مغزی	۱۵
۵	مدیریت خطر حوادث و بلایا	INS - ۴	استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری	۲۱
۶		INS-۵	انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار	۲۳
۷		INS-۶	فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	۲۷
۸		INS-۷	تخلیه بیمارستان در زمان حادثه	۳۱
۹	مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای	INS-۸	انتقال دانش و تجربه راهبر ( استاد ) و رهجو( شاگرد ) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت	۳۳
۱۰		INS-۹	انتخاب ، انتصاب آ ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	۳۵
۱۱		INS-۱۰	ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی	۳۷
۱۲		INS-۱۱	انتخاب - معرفی و تشویق کارمند نمونه	۳۹
۱۳		INS-۱۲	رازداری پرونده پرسنلی	۴۱
۱۴		INS-۱۳	اصول برنامه نویسی	۴۳
۱۵		INS-۱۴	نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به داخل و خارج از بیمارستان	۴۵
۱۶	بهداشت محیط	INS-۱۵	نظافت ، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش ها /واحدهای مختلف بیمارستان با توجه به شرایط اختصاصی آنها	۴۸
۱۷		INS-۱۶	سالم سازی سبزیجات آماده	۵۲
۱۸		INS-۱۷	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا با حداقل های مورد انتظار	۵۴
۱۹		INS-۱۸	شستشوی انواع البسه	۵۶
۲۰		INS-۱۹	کاربرد مواد شوینده و گندزادر واحد رختشویخانه	۵۸
۲۱		INS-۲۰	پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی	۶۰
<b>مراقبت و درمان</b>				
۲۲	مراقبت های	INS-۲۱	نحوه جا به جایی درون بخشی و بین بخشی بیماران	۶۲
۲۳	عمومی بالینی	INS-۲۲	پذیرش و بستری بیماران	۶۶

۷۰	شناسایی بیمار	INS-۲۳	۲۴
۷۶	آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از اسکوپ‌پی‌ها	INS-۲۴-۱	۲۵
۸۰	آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از پرتو درمانی	INS-۲۴-۱	۲۶
۸۲	آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از دیالیز	INS-۲۴-۳	۲۷
۸۹	آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از شیمی درمانی	INS-۲۴-۴	۲۸
۹۵	آمادگی قبل از عمل، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از اعمال جراحی	INS-۲۴-۵	۲۹
۱۰۱	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	INS-۲۵	۳۰
۱۰۴	آموزش خودمراقبتی در مورد عفونت ادراری (Urinary tract infection)	INS-۲۶-۱	۳۱
۱۰۷	آموزش خودمراقبتی در مورد سندروم نفروتیک (Nephrotic Syndrome)	INS-۲۶-۲	۳۲
۱۱۰	آموزش خودمراقبتی برونشیت (Bronchiolitis)	INS-۲۶-۳	۳۳
۱۱۳	آموزش خودمراقبتی بیمار مبتلا به پنومونی (Pneumonia)	INS-۲۶-۴	۳۴
۱۱۶	آموزش خودمراقبتی بعد از عمل ختنه (Circumcision)	INS-۲۶-۵	۳۵
۱۱۹	آموزش خودمراقبتی آپاندیسیت (Appendicitis)	INS-۲۶-۶	۳۶
۱۲۲	آموزش خودمراقبتی بیضه نزول نکرده یا پنهان بیضگی (cryptorchidism)	INS-۲۶-۷	۳۷
۱۲۵	آموزش خودمراقبتی هرنی اینگوینال (Inguinal Hernia)	INS-۲۶-۸	۳۸
۱۲۸	آموزش خودمراقبتی هیدروسل (Hydrocele)	INS-۲۶-۹	۳۹
۱۳۱	آموزش خودمراقبتی در برابر عوارض شیمی درمانی	INS-۲۶-۱۰	۴۰
۱۳۹	آموزش خودمراقبتی آترزی مری (Esophageal Atresia)	INS-۲۶-۱۱	۴۱
۱۴۲	آموزش خودمراقبتی ایکتر نوزادی (Neonatal Jaundice)	INS-۲۶-۱۲	۴۲
۱۴۵	آموزش مراقبتهای دوره نوزادی و شیرخواری	INS-۲۶-۱۳	۴۳
۱۵۱	آموزش خود مراقبتی از کلوستومی (Colostomy)	INS-۲۶-۱۴	۴۴
۱۵۴	آموزش خودمراقبتی از فیستول (AV Fistula)	INS-۲۶-۱۵	۴۵
۱۵۷	آموزش خودمراقبتی از کاتتر مرکزی (Central Line)	INS-۲۶-۱۶	۴۶
۱۶۰	آموزش خودمراقبتی بیماران تحت جراحی شده کاشت حلزون (Cochlear Implant)	INS-۲۶-۱۷	۴۷
۱۶۳	آموزش خودمراقبتی شکستگی بینی (Nasal Fracture)	INS-۲۶-۱۸	۴۸
۱۶۷	آموزش خودمراقبتی شکاف لب (Lip Palate) شکاف کام (cleft palate)	INS-۲۶-۱۹	۴۹
۱۷۱	آموزش خودمراقبتی بعد از عمل برداشتن لوزه ها و آدنوئیدها (Tonsillectomy and Adenoidectomy)	INS-۲۶-۲۰	۵۰
۱۷۴	آموزش خودمراقبتی دیابت نوع ۱ (Diabetes Mellitus-Type 1)	INS-۲۶-۲۱	۵۱

۱۸۳	آموزش خود مراقبتی آسم (Asthma)	INS-۲۶-۲۲		۵۲
۱۸۶	آموزش خودمراقبتی آنفلوآنزا (Influenza)	INS-۲۶-۲۳		۵۳
۱۹۰	آموزش خودمراقبتی در مورد تب کودک (Fever)	INS-۲۶-۲۴		۵۴
۱۹۴	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک	INS-۲۷		۵۵
۱۹۷	گزارش آنی نتایج بحرانی (panic value)	INS-۲۸		۵۶
۱۹۹	پیشگیری از سقوط بیمار	INS-۲۹		۵۷
۲۰۳	تسکین درد	INS-۳۰		۵۸
۲۱۱	نحوه پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش ویژه	INS-۳۱	مراقبت های حاد و اورژانس	۵۹
۲۱۴	نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل با لحاظ وضعیت اورژانسی - عفونی و پرخطر	INS-۳۲	مراقبت های جراحی و بیهوشی	۶۰
۲۱۷	دستورالعمل جراحی ایمن	INS-۳۳		۶۱
۲۲۲	نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه	INS-۳۴		۶۲
۲۲۴	انجام مراقبت آغوشی متناوب و مداوم نوزاد در بخش های نوزادان و NICU	INS-۳۵	مراقبت های مادر و نوزاد	۶۳
۲۲۹	شستشو و ضدعفونی وسایل موجود در اتاق شیردهی	INS-۳۶		۶۴
۲۳۲	استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی	INS-۳۷		۶۵
۲۴۱	گندزدایی ابزار	INS-۳۸		۶۶
۲۵۲	نظافت اتاقهای عمل	INS-۳۹	پیشگیری و کنترل عفونت	۶۷
۲۵۶	پایش فرآیند استریلیزاسیون	INS-۴۰		۶۸
۲۶۰	تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی	INS-۴۱		۶۹
۲۶۳	محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی	INS-۴۲		۷۰
۲۶۵	مقابله با سوانح پرتوی بر اساس شرایط واقعی کار	INS-۴۳		۷۱
۲۶۷	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب	INS-۴۴	تصویربرداری	۷۲
۲۶۹	شناسایی بیمار در بخش تصویربرداری	INS-۴۵		۷۳
۲۷۱	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	INS-۴۶		۷۴
۲۷۴	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی می باشد (بخش بیوشیمی)	INS-۴۷-۱		۷۵
۲۸۲	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی می باشد (بخش هماتولوژی)	INS-۴۷-۲	آزمایشگاه	۷۶
۲۸۵	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی می باشد (بخش میکروبی شناسی)	INS-۴۷-۳		۷۷

۲۹۳	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( بیوشیمی ادرار )	INSW-۴۷-۴		۷۸
۲۹۷	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( انگل شناسی )	INS-۴۷-۵		۷۹
۳۰۱	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد (سرو ایمنولوژی و هورمون )	INS-۴۷-۶		۸۰
۳۲۲	نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد (پاتولوژی )	INS-۴۷-۷		۸۱
۳۲۶	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی	INS-۴۸-۱		۸۲
۳۳۰	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش هماتولوژی	INS-۴۸-۲		۸۳
۳۳۳	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی	INS-۴۸-۳		۸۴
۳۴۳	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار	INS-۴۸-۴		۸۵
۳۴۵	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون	INS-۴۸-۵		۸۶
۳۴۷	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش پاتولوژی	INS-۴۸-۶		۸۷
۳۵۱	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروبیولوژی	INS-۴۸-۷		۸۸
۳۶۲	ارجاع نمونه های بالینی	INS-۴۹		۸۹
۳۶۵	گزارش نتایج بحرانی	INS-۵۰		۹۰
۳۷۰	انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody Crossmatch و screening خون و فرآورده های خونی	INS-۵۱	طب انتقال خون	۹۱
۳۷۳	تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز حساس	INS-۵۲		۹۲
۳۷۵	انجام آزمایش های کومس غیر مستقیم و انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم	INS-۵۳		۹۳
۳۷۷	انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای و آزمایش RH(D) به روش لوله ای	INS-۵۴		۹۴
<b>حمایت از گیرنده خدمت</b>				
۳۷۹	روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران براساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی	INS-۵۵	حمایت از گیرنده خدمت	۹۵

## لیست خط مشی ها براساس استانداردهای اعتباربخشی (ویرایش چهارم) سال ۱۳۹۸

ردیف	زیرمحرور	کد	عنوان	صفحه
<b>رهبری و مدیریت</b>				
۱	رهبری و مدیریت کیفیت	POL-۱	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت	۳۸۳
۲		POL-۲	انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی و معاملاتی	۳۸۶
۳	مدیریت خطر حوادث و بلايا	POL-۳	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران	۳۹۰
۴	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	POL-۴	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها	۳۹۲
<b>مراقبت و درمان</b>				
۵	مراقبت های عمومی بالینی	POL-۴	روش مهار شیمیایی	۳۹۷
۶		POL-۵	روش مهار فیزیکی	۳۹۹
۷	مراقبت های حاد و اورژانس	POL-۶	مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	۴۰۱
۸		POL-۷	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	۴۰۶
۹		POL-۸	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	۴۱۳
۱۰	کنترل عفونت	POL-۹	ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی	۴۱۷
۱۱		POL-۱۰	روش استفاده مجدد از وسیله پزشکی است که یک بار مصرف شده و بعد از استفاده بر روی یک بیمار، مجددا مورد فرآوری قرار گرفته و مجدد مورد استفاده قرار می گیرد.	۴۲۰
<b>حمایت از گیرنده خدمت</b>				
۱۲	تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت	POL-۱۱	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین	۴۲۴
۱۳		POL-۱۲	مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار	۴۲۷

لیست روش های اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی (ویرایش چهارم) سال ۱۳۹۸

ردیف	زیرمحمور	کد	عنوان	صفحه
<b>رهبری و مدیریت</b>				
۱	مدیریت و رهبری کیفیت	PRO-۱	تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	۴۳۱
۲		PRO-۲	تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان	۴۳۳
۳	مدیریت خطر حوادث و بلایا	PRO-۳	گزارش حوادث بیمارستان	۴۳۶
۴	مدیریت خدمات پرستاری	PRO-۴	نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها	۴۳۹
۵		PRO-۵	نحوه تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان پرستاری	۴۴۲
۶	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	PRO-۶	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند	۴۴۶
۷		PRO-۷	نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	۴۴۸
۸		PRO-۸	پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری	۴۵۰
<b>مراقبت و درمان</b>				
۹	مراقبت های عمومی بالینی	PRO-۹	انجام مشاوره های اورژانس و غیر اورژانسی	۴۵۲
۱۰		PRO-۱۰	مدیریت مواجهه شغلی	۴۵۵
۱۱		PRO-۱۱	شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی حین بستری و پس از ترخیص	۴۶۱
۱۲	کنترل عفونت	PRO-۱۲	گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت	۴۶۴
۱۳		PRO-۱۳	استریل فوری اقلام خاص	۴۶۶
۱۴		PRO-۱۴	استفاده از دستگاه ست شور	۴۶۸

۴۷۰	استفاده از نوکواسپری	PRO-۱۵	۱۵
۴۷۳	ایزولاسیون بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران	PRO-۱۶	۱۶
۴۷۵	مدیریت و حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی در برابر عفونت ها	PRO-۱۷	۱۷
۴۷۸	پیشگیری از عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری	PRO-۱۸	۱۸
۴۸۱	پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری	PRO-۱۹	۱۹
۴۸۳	انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت	PRO-۲۰	۲۰
۴۸۵	پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد.	PRO-۲۱	۲۱
۴۸۷	پیشگیری و کنترل عفونتهای خون و مرتبط با کاتترهای عروقی	PRO-۲۲	۲۲
۴۹۰	اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت در اسکوپپی های مربوط به بیمار	PRO-۲۳	۲۳
۴۹۳	نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها	PRO-۲۴	۲۴





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : دستورالعمل نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی و نگرش مثبت

کد دستورالعمل : INS-۱

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۸

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹/۲۵

### تعریف :

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است. در رویکرد سیستمیک وبا عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد ، نحوه طراحی ، سیستم ، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست ها تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار است. ارزیابی حوادث نه برای پیدا کردن مقصر ، اعمال تنبیه و سرزنش بلکه امکان یادگیری ، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت ، به ما نشان می دهد. لذا در راستای افزایش ایمنی و ارتقاء سلامت بیمار ، وجود دستورالعمل مشخص در ارتباط با تحلیل و شیوه ی گزارش دهی خطاها ضروری می باشد.

### اهداف :

- افزایش سطح ایمنی بیمار و افزایش سطح کیفیت خدمات به بیماران
- تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش خطا و اتخاذ تصمیمات منتهی به پیشگیری و رفع خطاهای آتی
- افزایش گزارش دهی خطا با رفع موانع گزارش خطا و ایجاد فرهنگ گزارش دهی خطا

دامنه : کلیه بخش های بستری و واحدهای بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :

۱. مسئول ایمنی مرکز و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به منظور عمل به ساز و کار گزارش دهی خطا بدون ترس از سرزنش و تنبیه و یادگیری از خطاها باید در جلسات مربوطه اطلاعات لازم را ارائه دهند .
۲. کلیه اعضای تیم درمانی اعم از پزشکان و فراگیران پزشکی و پرستاران و دانشجویان پزشکی و کارکنان پاراکلینیک باید از دستورالعمل آگاه بوده و به آن عمل نمایند .
۳. تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید طی بازدیدها در جلب توجه کارکنان به خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش و رعایت محرمانگی گزارشات ، کوشا باشند.
- ۴- فرم گزارش خطا توسط مسئولین واحدهای درمانی و پاراکلینیک باید در دسترس کارکنان قرار گیرد.
- ۵- در صورت بروز خطا ( اعم از خطاهای بدون آسیب ، نزدیک واقعه ، واقعه ناگوار ) باید فوراً توسط پرسنل مربوطه اقدام به گزارش فوری در فرم های خطا به واحد بهبود کیفیت گردد.
- ۶- خطاهای گزارش شده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بررسی و صحت گذاری و به مراجع ذیربط ارجاع شود.

۷- مداخلات / اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده و مداخلات / اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه ، رسته شغلی ، بخش و ... در خصوص وقایع تکرار پذیر باید در جلسات مربوطه توسط تیم تخصصی طرح ریزی شود در این راستا باید از چرخه ممیزی بالینی یا PDCA FOCUS باید استفاده گردد.

۸- گزارش تحلیلی روند خطاهای رخ داده باید به صورت فصلی در جلسات تیم مدیریت و رهبری توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مسئول ایمنی ارائه گردد.

۹- در صورتی که خطا جزء خطاهای ۲۸ گانه باشند باید سرپرستار بخش در شیفت صبح (به کارشناس ایمنی) و مسئول شیفت در شیفتهای عصر و شب (به سوپروایزر) اقدام به گزارش فوری خطا نمایند.

۱۰- گزارش فوری وقایع تهدید کننده حیات نباید صرفا محدود به موارد ۲۸ گانه شود و ضرورت دارد هر واقعه ای که تهدید کننده جان بیماران بوده و به وقوع پیوسته سریعاً گزارش گردد.

۱۱- در مورد خطاهای ۲۸ گانه و یا سایر خطاهایی که واقعه نهدید کننده حیات بیمار رخ داده است ضرورت دارد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به محض دریافت خبر و بررسی اقدام به گزارش فوری در کمتر از ۲۴ ساعت به کارشناس مسئول تعالی بالینی معاونت درمان نماید و در کمتر از ۷۲ ساعت اقدام به برگزاری جلسه RCA با حضور اعضای تیم و نماینده معاونت درمان نماید .

۱۲- مستندات و صورتجلسه مربوطه باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ظرف دو هفته به معاونت درمان ارسال گردد و نظارت و پایش لازم بر روند مداخلات اصلاحی صورت گرفته و موانع گزارش گردد.

۱۳- فایل مربوط به خطاهای به وقوع پیوسته به منظور درس آموزی کارکنان توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به صورت ماهیانه باید به بخش ها و واحدها ارسال گردد.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی		مدیریت مرکز	آقای دکتر داود علیپور
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاله هیرادفر
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلدا شکرالهی		مسئول واحد بهبود کیفیت	آقای ابوذر رشیدی نسب
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میر هادی موسوی		
			سمت :		
		امضاء :	تاریخ تایید :		
			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع و امکانات : فرم گزارش خطا- صندوق تجربیات

### منابع مورد استفاده:

راهنمای استانداردهای نسل چهارم اعتبار بخشی  
حیدرپور ، دستجردی ر ، رفیعی س ، سادات م ، مستوفیان ف ، ۱۳۹۰. آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی. چاپ اول. تهران : انتشارات تندیس  
مقررات و ضوابط داخلی مرکز



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیرهم جنس

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۶/۲۵	کد دستورالعمل: ۲-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۱۰/۱	

### تعریف:

معاینه بیماران غیرهمجنس: منظور از این واژه اینست که که بیمار و افرادی که مسئولیت درمان بیمار را دارند از یک جنس باشند هر دو زن یا هر دو مرد باشند. و از دو جنس مخالف بصورت زن و مرد نباشند.

**اهداف:** رعایت حریم شخصی در بیماران و رعایت منشور حقوق بیمار

**دامنه:** کل بیماران بستری و سرپائی بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):

بیمارستان در خصوص معاینه بیماران غیر همجنس پایبند آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور به شرح زیر است:

۱- طبق ماده ۸۰ آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، شاغلان حرف پزشکی و وابسته موظفند به حریم خصوصی بیماران احترام بگذارند. احترام به حریم خصوصی بیماران نیازمند خودداری از همه کارهایی است که بیماران آن را نقض حریم شخصی خود تلقی می کنند. در این زمینه اعضای سازمان، باید از اقداماتی مانند معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سوالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود و مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران غیرهمجنس خودداری کنند.

۲- طبق ماده ۸۱ این آیین نامه شاغلان حرف پزشکی و وابسته مکلفند از هرگونه تجسس در امور شخصی و خانوادگی بیماران خودداری کرده و از پرسیدن سوالات شخصی غیر مرتبط با تشخیص و درمان بیماری از بیماران خودداری کنند. اگر پرسیدن سوالاتی که ممکن است بیماران آن را ورود به حریم خصوصی خود تلقی کنند برای تشخیص و درمان و ضروری است، باید ضرورت پرسش ها با زبان ساده و قابل درک به بیماران اطلاع داده شود.

۳- بر اساس ماده ۸۲ آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، در صورت درخواست بیماران لازم است اجازه داده شود که در روند تشخیص و درمان، فرد یا افراد مورد نظر بیمار او را همراهی کنند. مگر اینکه این همراهی مانع از انجام استاندارد مداخلات پزشکی باشد.

۴- در عین حال در ماده ۸۳ این آیین نامه گفته شده که لازم است در صورت رضایت بیمار، معاینات حساس بیمار غیر همجنس در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار انجام شود. البته در صورتیکه این معاینه به وسیله پزشک همجنس از لحاظ علمی و عملی مقدور باشد و موجب ایجاد مشکل برای بیمار نشود، باید پزشک همجنس به انجام آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت کند.

۵- طبق ماده ۸۴ آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی، شاغلان حرف پزشکی و وابسته مکلفند از معاینه و ویزیت همزمان چند بیمار در اتاق معاینه خودداری کنند.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		مدیر مرکز	دکتر داوود علیپور
	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	مریم حسین زاده		مدیر دفتر پرستاری	لیلی رسولی
				کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز تاریخ تایید:		
		امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			سمت : رییس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده : آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴	کد دستورالعمل: ۳- INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۱۰/۱	
تعداد صفحه: ۲	

### تعریف :

بیمارستانی که سلامت مردم را با کاهش مداوم پیامدهای زیست محیطی و بر طرف کردن سهم خود در کاهش میزان بیماری ها ارتقاء دهد . بیمارستان سبز و سالم ارتباط بین سلامتی انسان و محیط زیست را به رسمیت می شناسد و این شناخت را از طریق نوع اداره کردن ، راهبرد و عملیات خود نشان می دهد.

### اهداف :

کارآیی اقتصاد را در کنار کارآیی زیست محیطی مطرح می کند و در عین توجه جدی به مقوله اقتصادی بهداشت و درمان ، محیط زیست را نیز در نظر می گیرد و با بکارگیری ابزارها و روش های بهره وری سبز آلاینده های زیست محیطی ناشی از فرآیند ارائه خدمات را به حداقل می رساند.

**دامنه:** کلیه قسمت های بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسؤل ) :

این مرکز به منظور رعایت استانداردهای زیست محیطی بیمارستان در زمینه دفع فاضلاب ، امحای پسماندهای عفونی و پیشگیری از ایجاد آلودگی محیط زیست اقدام می نماید :

برای دفع مناسب پساب بیمارستانی، این مرکز دارای حوضچه سپتیک تانک است. به این صورت که فاضلاب پیش از ورود به شبکه جمع آوری فاضلاب وارد این حوضچه شده و تصفیه مقدماتی انجام می شود و سپس وارد شبکه جمع آوری فاضلاب شهری می گردد. از پساب خروجی حوضچه هر شش ماه یک بار توسط آزمایشگاه های معتمد محیط زیست نمونه برداری شده و نتایج آن در واحد بهداشت محیط نگهداری می گردد .

برای دفع پسماندهای بیمارستان بر اساس دستورالعمل های زیست محیطی، زباله های بیمارستانی به چهار نوع زباله های عفونی، غیرعفونی، شیمیایی \_ دارویی و زباله های تیز و برنده تفکیک می شوند .

در همه بخش ها زباله های عفونی در کیسه های پلاستیکی زرد، غیرعفونی در کیسه های مشکی، زباله های شیمیایی \_ دارویی در کیسه های سفید و زباله های تیز و برنده در سفتی باکس جمع آوری و وارد جایگاه نگه داری موقت پسماند بیمارستان می شوند که برای

هر نوع زباله جای مخصوص همان زباله تعیین شده است. زباله های عفونی و زباله های تیز و برنده قبل از تحویل به خودرو شهرداری توسط دستگاه بی خطر ساز امحا و بی خطر می گردد .

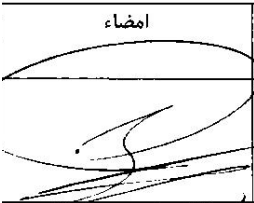
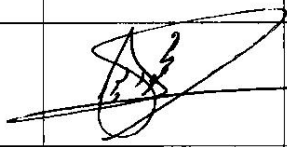
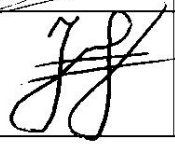

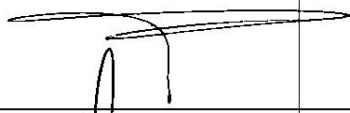

برای این منظور مرکز مجهز به یک دستگاه بی خطرسازی زباله های بیمارستانی است. از آن جهت که سوزاندن زباله ها به شدت آلوده کننده هواست، سیستم های امحای زباله در این بیمارستان به صورت غیرسوز و تحت فشار بخار و حرارت کار می کنند .

روش کار دستگاه به این صورت است که زباله ها تحت فشار بخار و حرارت بالا استریل شده و سپس خرد می شوند. برای کسب اطمینان از بی خطر بودن زباله ها، دستگاه بی خطرسازی زباله های بیمارستانی طبق دستورالعمل های زیست محیطی، هر ماه توسط آزمایشگاه های معتمد محیط زیست از لحاظ شاخص های بیولوژیکی بررسی و نتایج آزمایشات در واحد بهداشت محیط نگهداری می گردد .

ارزیابی عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند به طور ماهانه انجام و براساس نتایج آزمایش های بیولوژیکیفرم اظهارنامه بی خطرسازی توسط کارشناس بهداشت محیط تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان تبریز گزارش می گردد.

بمنظور رعایت استانداردهای زیست محیطی در قسمتهای مختلف بیمارستان از جمله ( واحد تغذیه- واحد خدمات - آزمایشگاه - کنترل عفونت - واحد تاسیسات - امور اداری - بهداشت حرفه ای - کارپردازی - انبار مرکزی و بهداشت محیط ) براساس چک لیست ارزیابی مدیریت سبز عمل می نماید

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول تاسیسات	اکبر زاد محمد		کارشناس بهداشت محیط	مقصود محمود پور
	کارشناس ناظر خدمات	روح الله سربازی فرد		کارشناس تغذیه	ابوالفضل شاکر
امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علی پور		
			سمت : مدیر مرکز		
امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز		
			شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده : استانداردهای اعتبار بخشی و دستورالعملهای بهداشت محیط



عنوان دستورالعمل : مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکنه حاد مغزی

تاریخ تدوین: ۹۸/۶	کد دستورالعمل : ۵۶ – INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	تعداد صفحه: ۶
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :**

سکنه مغزی یک علت مهم آسیب اکتسابی مغز در نوزادان و کودکان می باشد و به انواع ایسکمیک شریانی و هموراژیک تقسیم بندی می شود. شایعترین تظاهر فوکال، همی پارزی است ولی نقایص حاد بینایی، گفتاری، حسی یا تعادلی نیز اتفاق می افتد.

**دامنه دستورالعمل :** بخش های ویژه کودکان و نوزادان ، بخش داخلی اعصاب و اورژانس

**روش انجام کار:**

هر کودک که با علائم بیمار احتمال سکنه حاد مغزی از خارج بیمارستان و یا توسط تیم انتقال critical care وارد اورژانس بیمارستان می شود بررسی و به علائم زیر توجه می شود

➤ آیا نقص فوکال نورولوژیک وجود دارد

الف) آیا وجود ضعف ناگهانی و یکطرفه در صورت و یا دستها که با معاینه کردن بصورت زیر مشخص می شود ابروهای خود را بالا ببرد ، پلک های خود را بسته و فشار دهد و یا بخندد و در حالت خوابیده و یا نشسته هر دوست خود را با چشمان بسته همزمان بالا ببرد و بمدت ۱۰ ثانیه نگه دارد و در حالت خوابیده برای اندام تحتانی انجام می شود.

ب) کاهش بینایی و دوبینی

ج) اشکال در تکلم

د) گیجی یا اشکال در راه رفتن

➤ آیا مشکل اخیرا آغاز شده یا بطور ناگهانی بدتر شده است؟

➤ آیا مشکل کمتر از ۵ ساعت اخیر ایجاد شده است؟ آخرین باری که کودک سالم دیده شده، چند ساعت قبل بوده است؟

اگر کودک هر سه معیار فوق را داشته باشد بلافاصله به فلوشیپ نورولوژی مقیم یا اتند نورولوژی اطلاع دهید و اصول ABC به دقت در اورژانس انجام شود.

➤ اکسیژن با کانونلای بینی به کودک تجویز کرده و در صورت  $SPO_2 \leq 90\%$  باید از روشهای تهاجمی تر تا رسیدن به سطح مطلوب انجام شود.

➤ برای کودک استراحت مطلق داده و محدودیت کامل فعالیت ( راه رفتن ) انجام و به استرس کودک توجه شود.

➤ توسط نورولوژیست و یا رزیدنت کشیک ویزیت و معاینه بالینی انجام می شود.

➤ آزمایشات PTT ، PT ، INR ، CBC diff ، PLTs ، فیبرینوژن ، اکترولیت ها و گلوکز چک گردد.

## ➤ درمان های حمایتی را آغاز کنید

- ✓ بیمار را NPO کرده و سر را در وضعیت مسطح قرار دهید.
  - ✓ طبیعی کردن فشار خون کودک: هدف حفظ فشار خون سیستولیک بین ۵۰-۹۰ پرسنتایل برای سن است. فشار خون پایین را با نرمال سالیین درمان کنید. هیپرتنشن واضح را با لابتالول تا حد ۲۵٪ ظرف ۲۴ ساعت پایین بیاورید.
  - ✓ طبیعی کردن حجم مایعات بیمار: از نرمال سالیین به مقدار نگهدارنده و در صورت نیاز به صورت بولوس استفاده کنید.
  - ✓ طبیعی کردن قند خون کودک: اگر کودک بزرگتر یا مساوی ۲ سال، هیپوگلیسمیک نیست نیازی به گلوکز وریدی ندارد، برای کودکان کمتر از ۲ سال از مایعات حاوی گلوکز مانند سرم مخلوط استفاده کنید.
  - ✓ طبیعی کردن PH، CO<sub>2</sub>، O<sub>2</sub> بیمار
  - ✓ طبیعی کردن دمای بدن: اگر دمای بدن بالای ۳۸ درجه باشد با استامینوفن درمان کنید.
  - ✓ کنترل تشنج: هر فعالیت مشکوک تشنجی را با AED درمان کنید
- سریعاً برای بیمار CT اسکن درخواست و بیمار را با پرسنل و تجهیزات مناسب به واحد اسکن انتقال و CT اسکن انجام دهید.
- بیمار را در بخش اعصاب بستری و درمانهای حمایتی و محافظت از مغز را فراهم کنید.
- اگر در CT اسکن خونریزی وجود نداشته و انفارکت اولیه همراه با شواهدی از انسداد عروقی دیده شود در صورتیکه از زمان شروع علائم بعلاوه زمان تقریبی تا رسیدن به بیمارستان کمتر یا مساوی ۴،۵ ساعت و سن بزرگتر از ۲ سال و تداوم نقایص نورولوژیک و عدم وجود موارد منع مصرف TPA باشد، پروتکل TPA اجرا خواهد شد.

## آزمایشهای لازم جهت ارزیابی علل احتمالی سکته مغزی در کودکان

۱. CBC, diff – PBS
  ۲. Hb Electrophoresis
  ۳. Pr S, Pr c, Anti-Thrombin III
  ۴. MTHFR ( A۱۲۹۸C , C۶۷۷ )
  ۵. Prothrombin G۲۰۲۱۰
  ۶. Factor V Leden( G۵۰۶A , HR۲ )
  ۷. Homocystein
  ۸. Lipoprotein(a)
  ۹. Lupus Anticoagulant
  ۱۰. Anti Cardiolipin Ab (IgG , IgM )
  ۱۱. Anti- B $\beta$  Glycoprotein (IgG , IgM )
  ۱۲. Factors: VII , VIII , XII , XIII
  ۱۳. Factor Xa
- \*\* اندازه گیری فاکتور ۱۰ فعال ، بدو ورود، پس از دوز سوم انوکسپارین ، سپس هفته ای یکبار ۴ ساعت پس از تزریق ساب کوتانئوس انوکسپارین ضروری است

## درمان اورژانس سکته مغزی در کودکان

- شایعترین علت ترومبوفیلی اکتسابی منجر به استروک ایسکمیک شریانی ( AISI ) دوران کودکی: سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی ( APA ) است.
- افزایش گذرای فاکتور VIII ، D-dimer ، فاکتور ون ویلبراند و PAI-۱ در طی استروک این بیماران دیده می شود.
- در استروک ایسکمیک شریانی در کودکان با APA : تا زمان وجود آنتی بادی ، باید کودک را با ضد انعقاد هایی مثل وارفارین یا انوکسپارین درمان کرد.



- در استروک ایسکمیک شریانی در نوزادان با APA : خطر عود پایین و درمان متنوع است ، بعضی ضد انعقاد و بعضی آسپرین میگیرند و بعضی دارویی دریافت نمی کنند.
- در استروک ایسکمیک شریانی دوران کودکی بعلت ترومبوفیلی ژنتیکی ، در صورت عدم وجود کنترانددیکاسیون ، برای بیمار باید بلافاصله از شروع استروک درمان آنتی ترومبولیتیک شروع شود.

### درمان اورژانس با داروهای آنتی ترومبولیتیک

I. آسپرین ( ۲-۵ mg/kg ) در غیاب علت کاردیو آمبولیک

یا

II. ضد انعقاد ها ( با منشاء مشکوک یا حتمی کاردیوآمبولیک )

#### ➤ انوکسپارین

- کوچکتر از ۲ ماه : ۱,۵ mg/kg هر ۱۲ ساعت / زیر جلدی
- بزرگتر از ۲ ماه : ۱ mg/kg هر ۱۲ ساعت / زیر جلدی

#### ➤ وارفارین

- روز اول ۰,۲mg/kg خوراکی در صورتیکه ۱,۳-۱ = INR باشد
- این دستورالعمل برای حفظ INR در محدوده ۲-۳ تدوین شده است

### پروتکل استفاده از هپارین با وزن مولکولی پایین

نام فرآورده	دوز آغازی درمانی	دوز آغازین پیشگیری
Revparin		
وزن > ۵ کیلوگرم	۱۵۰ units/kg per ۱۲ hours	۵۰ units/kg per ۱۲ hours
وزن < ۵ کیلوگرم	۱۰۰ units/kg per ۱۲ hours	۳۰ units/kg per ۱۲ hours
Enoxaparin		
سن کمتر از ۲ ماه	۱,۵mg/kg per ۱۲ hours	۰,۷۵mg/kg per ۱۲ hours
سن بیشتر از ۲ ماه	۱,۰/kg per ۱۲ hours	۰,۵mg/kg per ۱۲ hours
Dalteparin		
در تمامی محدوده سنی	۱۲۹۰۴۳ units/kg per ۲۴ hours	۹۲۰۵۲ units/kg per ۲۴ hours

## پروتکل استفاده از وارفارین

عملکرد	INR	مرحله
خوراکی ۰,۲ mg/kg	۱,۰ - ۱,۳	روز اول
دوز بارگیری روز اول را تکرار کنید	۱,۱ - ۱,۳	روز ۲ تا ۴
۵۰٪ دوز بارگیری روز اول را تکرار کنید	۱,۴ - ۱,۹	
۵۰٪ دوز بارگیری روز اول را تکرار کنید	۲,۰ - ۳,۰	
۲۵٪ دوز بارگیری روز اول را تکرار کنید	۳,۱ - ۳,۵	
تا زمانی که INR به کمتر از ۳,۵ نرسد وارفارین ندهید	> ۳,۵	
تا ۲۰٪ دوز را افزایش دهید	۱,۱ - ۱,۴	دوز نگهدارنده
تا ۱۰٪ دوز را افزایش دهید	۱,۵ - ۱,۹	
دوز را تغییر ندهید	۲,۰ - ۳,۰	
تا ۱۰٪ دوز را کاهش دهید	۳,۱ - ۳,۵	
تا زمانی که INR به کمتر از ۳,۵ نرسد وارفارین ندهید و سپس با ۲۰٪ کمتر از آخرین دوزی که وارفارین تجویز می شد شروع کنید	> ۳,۵	

درمان ترومبوفیلی اکتسابی در ترومبوز سینوس های وریدی مغز

در صورت عدم ممنوعیت مصرف: ۶ هفته تا ۶ ماه ، آنتی کواگولان تجویز کنید

### نوزادان:

- نظریه ۱: تقریباً در همه موارد ، در صورت عدم ممنوعیت مصرف ، ۶ هفته تا ۶ ماه ، آنتی کواگولان تجویز کنید.
- نظریه ۲: اگر گسترش لخته در اسکن روزهای ۵ تا ۷ دیده شد ، از آنتی کواگولان استفاده کنید.

### کودکان :

- بدون خونریزی چشمگیر ، در تمامی موارد و به طور یکسان در شروع ترومبوز سینوسهای وریدی مغز ، آنتی کواگولان تجویز کنید.
- همراه با خونریزی چشمگیر ، آنتی کواگولان شروع کنید یا اگر در پایش رادیولوژیک ، گسترش لخته در اسکن روزهای ۵ تا ۷ دیده شد ، از آنتی کواگولان استفاده کنید.

### درمان ترومبوفیلی ژنتیکی در ترومبوز سینوس های وریدی مغز

در دوره حاد ترومبوز سینوس های وریدی مغزی کودکان و احتمالاً نوزادان آنتی کواگولان تجویز کنید.

در موارد زیر درمان طولانی مدت ( حداقل ۶ ماهه) با آنتی کواگولان توصیه می گردد

۱. موتاسیون های هموزیگوت پروترومبین G20210A

۲. موتاسیون های هموزیگوت فاکتور ۵ لیدن

۳. کمبود شدید پروتئین C

۴. کمبود شدید پروتئین S

۵. کمبود شدید آنتی ترومبین ۳
۶. ترومبوفیلیهای متعدد زنتیک با اکتسابی
۷. وقایع راجعه

### درمان سکنه های مغزی هموراژیک

- در هر کودک مشکوک به خونریزی اینترکرانیال ، سریعا CTscan بدون کنتراست بگیرید مگر اینکه در مرکز شما امکان اخذ MRI وجود داشته باشد.
- مشاوره اورژانس ( نورولوژی کودکان، هماتولوژی کودکان، جراحی مغز و اعصاب) بدهید.
- احتمال مداخله جراحی عروق مغز را در نظر داشته باشید.
- برای ترومبوفیلی، به فکر جایگزینی فاکتور انعقادی تا رسیدن به سطح ۱۰۰٪ باشید و هدف نگهداری سطح فاکتور بیشتر و مساوی ۵۰٪ است. با توجه به احتمال بالای (۲۶٪) خونریزی مجدد پس از اولین خونریزی اینترکرانیال ، برای پیشگیری از وقایع بعدی، از اینفیوژن دوز پروفیلاکتیک فاکتور انعقادی استفاده کنید.
- در موارد ترومبوسیتوپنی یا نقص عملکرد پلاکتی، از ترانسفوزیون پلاکت استفاده کنید.

### پارامتر های فشار خون سیستولیک در دختران

سن	۵۰٪	۹۵٪	< ۱۵٪ بالای ۹۵٪	< ۲۰٪ بالای ۹۵٪
۱ تا ۴ سال	۹۰	۱۱۱	۱۲۸	۱۳۳
۵ سال	۹۴	۱۱۳	۱۳۰	۱۳۶
۶ تا ۱۰ سال	۹۶	۱۲۱	۱۳۹	۱۴۵
۱۱ تا ۱۸ سال	۱۰۵	۱۳۱	۱۵۱	۱۵۷
بالای ۱۸ سال	۱۱۰	۱۴۰	۱۶۱	۱۶۸

### پارامتر های فشار خون سیستولیک در پسران

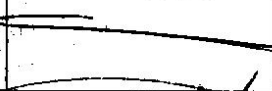

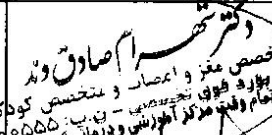
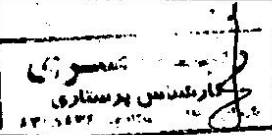
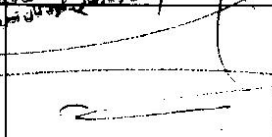


سن	۵۰٪	۹۵٪	< ۱۵٪ بالای ۹۵٪	< ۲۰٪ بالای ۹۵٪
۱ تا ۴ سال	۹۰	۱۱۲	۱۲۹	۱۳۴
۵ سال	۹۵	۱۱۳	۱۳۰	۱۳۶
۶ تا ۱۰ سال	۹۶	۱۲۱	۱۳۹	۱۴۵
۱۱ تا ۱۸ سال	۱۰۵	۱۴۰	۱۶۱	۱۶۸
بالای ۱۸ سال	۱۱۰	۱۴۰	۱۶۱	۱۶۸

فشار خون سیستولیک باید بین پنجاهمین پرستایل برای سن و ۱۵٪ بالاتر از نود پرستایل برای سن نگهداشته شود .  
اگر بیش از ۱ ساعت فشارخون بیش از ۱۵٪ بالاتر از نود و پنجمین پرستایل برای سن بیمار باشد درمان کنید.

یا

اگر در هر زمانی فشارخون بیش از ۲۰٪ بالاتر از نود و پنجمین پرستتایل برای سن بیمار باشد، درمان کنید .  
 لابتالول وریدی ۰,۲mg/kg، ظرف ۲ تا ۳ دقیقه و سپس هر ۱۵ دقیقه در صورت نیاز تکرار شود.  
 درپ نیکاردیپین ۱mcg/kg/ min تا زمان رسیدن به فشارخون مطلوب ، تیتره شود.  
 توجه: در بیماران مبتلا به آسم یا بیماری زمینه ای قلبی با احتیاط استفاده شود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر محمد برزگر	رئیس بخش اعصاب		مغصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
دکتر شهرام صادق وند	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان		رقیه نصیری	پرستار NICU	
دکتر جمشید شعاع	فلوشیپ نورولوژی کودکان				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر محمد برزگر		امضاء:			
سمت: رئیس بخش اعصاب مرکز					
تاریخ تایید:					
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز					
شماره و تاریخ ابلاغ:					

منابع مورد استفاده :

1. Rivkin, Mj, Bernard Tj, Dowling MM, Amlie-Lefond. Guidelines for Urgent Management of Stroke in Children.
2. Stroke in Childhood: Clinical guideline for diagnosis, management and rehabilitation, May 2017, Royal College of Paediatrics and Child Health.

3. نلسون

4. تجربه بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۱۰/۱	کد دستورالعمل : ع- INS تعداد صفحه: ۲
---	---

**تعریف :** آسانسورها نباید طی شرایط اضطراری یا بحران و بلایای داخلی و خارجی استفاده شوند ، اما نقش مهمی پس از رویداد حادثه ایفا می کنند .

**اهداف :** استفاده ایمن از آسانسور در زمان حریق و حادثه

**دامنه :** کلیه کارکنان

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

- بیمارستان دارای چهار آسانسور می باشد. هرچهار آسانسور متصل به برق اضطراری می باشد .که توسط مسئول تاسیسات طبق چک لیست مربوطه ماهانه کنترل می شود و تعویض و رسیدگی به قطعات مستهلک آسانسور صورت می گیرد .
- برنامه منظم ماهانه روغنکاری موارد پر کاربرد ریلها و مسیرها توسط مسئول تاسیسات انجام می گیرد .
- استفاده از آسانسورها در زمان آتش سوزی یا هر حادثه دیگری که منجر به قطع برق می شود ، ممنوع است .
- انتقال بیماران در زمان حادثه با حضور تکنسین تاسیسات امکان پذیر می باشد .
- کلیه پرسنل موظف هستند در زمان بحران یا آتش سوزی تا حد امکان از پله استفاده نمایند .
- آسانسور ها در زمان آتش سوزی در اختیار پرسنل تاسیسات و آتش نشان ها هستند تا راندمان تخلیه افزایش یابد .
- دیوارهای داخلی چاه آسانسور صاف و صیقل می باشد .
- دریاچه بازدید آسانسور بصورت دوره های توسط مسئول تاسیسات چک و کنترل می گردد .
- گواهی ایمنی و استاندارد آسانسور بصورت دو ره ایتوسط مسئول تاسیسات تمدید می گردد .
- علامت ایمنی مبنی بر " استفاده از آسانسور در زمان حریق ممنوع " در کنار آسانسور نصب می گردد .

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس تاسیسات	آقای محمدرضا نظری		رییس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )	آقای عیسی سجلاتی
				مسئول تاسیسات	آقای اکبر زادمحمد
		امضاء :		نام و نام خانوادگی تهیه کننده: دکتر دلوذ علیپور	
				سمت : مدیر مرکز تاریخ تایید:	
		امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	
				سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :	

منابع مورد استفاده : تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: ۵- INS تعداد صفحه: ۴
--	--

**تعریف:** مدیریت ایمن انبارهای بیمارستان به شیوه ایمن

**هدف:** حفظ و صیانت از اموال بیمارستان ، افزایش ضریب کارایی داروها ، ملزومات و تجهیزات پزشکی ، حفظ ایمنی مرکز در برابر وقایع

ناخواسته

**دامنه کاربرد:** انبار مرکزی - انبار دارویی و تجهیزات

**فرد پاسخگو:** مسئول انبار دارویی - مسئول انبار مرکزی

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

باتوجه به اینکه هرکدام از انبارهای بیمارستانی ، ویژه نگهداری نوع خاصی از مواد و کالا هستند لذا برای هر انبار به صورت مجزا ، دستورالعمل ایمنی به صورت مختصری ذکر گردیده است .

### انبار دارویی :

- استاندارد رطوبت برای نگهداری داروها زیر ۶۰٪ می باشد و حفظ آن بین ۳۰٪ تا ۵۰٪ مهم می باشد.
- نظارت بر کنترل محموله ها از لحاظ آسیب دیدگی یا مخدوش بودن برچسب آنها و جداسازی داروهای مشکل دار
- رعایت شرایط نگهداری دارو که مطابق با اطلاعات درج شده روی برچسب محموله یا دستورالعمل شرکت وارد کننده یا تولید کننده
- نظارت بر رعایت نظافت و جلوگیری از تردد افراد متفرقه
- ثبت دما و رطوبت در فرم های مخصوص و مقایسه آن با شرایط استاندارد، دمای محیط و انبار بین ۱۵ - ۲۵ درجه حفظ گردد.
- داروهای حساس به نور باید در محوطه نگهداری شود که دما و نور کنترل شده باشد.
- دقت در رعایت سیستم ( FIRST ENDED ,FIRST OUT ) FEFO خروج یا مصرف دارو براساس تاریخ انقضاء مصرف می باشد.
- نظارت دقیق بر نگهداری داروهای مرجوعی ، ضایعات و ریکال ( Recall )
- مراقبت های لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز به انبار باید در نظر گرفته شود.
- درب انبارها باید از جنس فلز و سطح داخلی آن صاف و بدون شکاف و درز باشد.
- سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.

- کف ، دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات ، حیوانات موذی و پرنندگان جلوگیری بعمل آید . کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جداً خودداری شود.
- چاهک های فاضلاب در انبارها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.
- میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.
- محل نگهداری داروهای ریکال ( Recall ) و ضایعاتی باید مجزا و دارای حفاظ باشد.
- انبارها باید دارای سیستم اعلام واطفاء حریق بوده وتابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آنها وجود داشته باشد.
- درخصوص تغییر در شرایط استاندارد باید به مسئول فنی و مسئول تاسیسات جهت بررسی و اصلاح اطلاع داده شود.

### انبار مواد غذایی :

- در صورت لزوم آشپزخانه انبار مواد غذایی اولیه و سالن غذا خوری با فضای کافی به تناسب تعداد شاغلین با شرایط کاملا بهداشتی مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در محل بیمارستان ایجاد نمایند.
- هر کارگر موظف به داشتن کلیه وسایل نظافت، شستشو، و استحمام اختصاصی می باشد.
- کف ساختمان باید دارای شرایط زیر باشد:
- از جنس مقاوم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل شستشو باشد.
- دارای کف شور به تعداد مورد نیاز، الزامی است.
- دارای شیب مناسب به طرف کف شور فاضلاب رو باشد.
- ساختمان دیوار از کف تا سقف از مصالح مقاوم بوده و طوری باشد که از ورود حشرات و جوندگان جلوگیری به عمل آورد.
- سطح دیوارها باید صاف، بدون درز و شکاف و برونک روشن باشد .
- سیستم تهویه مناسب وجود داشته باشد.

### انبار مواد شیمیایی :

- دیوار های داخلی بایستی صاف و صیقلی بوده ، عاری از ترک و لبه باشد تا به آسانی پاکیزه شود. این دیوارها بایستی روی بند یا سدی که از مواد نفوذ ناپذیر به ارتفاع ۱۴ cm پوشیده باشد قرار گیرد و دیوار دور تا دور تمام انبار را در بر می گیرد .
- دفتر انباردار باید جدا از منطقه نگهداری سموم و مواد شیمیایی باشد.
- سیستم هواکش مناسب ، مجهز به فیلتر جهت ممانعت از تجمع بخارات شیمیایی مواد
- سیستم خنک کننده و گرم کننده بایستی به گونه ای تعبیه گردد که موجب گرم شدن و یا سرد شدن مستقیم مواد انبار نگردد .
- استفاده از وسایل گرم کننده هوا که با نفت و گاز می سوزند ممنوع است.
- ایجاد هر گونه مخزن جهت نگهداری مواد شیمیایی مایع و یا گاز در انبار های کوچک بطور کلی ممنوع است.
- دیوارها و سقف و سرپناه تمام انبارها بدون استثناء باید از مصالح غیر قابل اشتعال ساخته شود.
- محوطه انبار ها باید عاری از پوشال ، خاشاک و خرده چوب و کاغذ و سایر مواد زائد قابل اشتعال باشد



- انبارها می بایست به تناسب موادی که از آنها نگهداری می شود مجهز به وسایل ضروری اطفاء حریق مطابق استاندارد های سازمان آتش نشانی باشد.
- روشنایی طبیعی انبارها می بایستی به گونه ای طراحی گردند که مواد شیمیایی و سموم موجود در آنها در معرض تابش مستقیم نور خورشید قرار نگیرند.
- ظروف و بسته بندی های مواد شیمیایی و سموم بطور هفتگی می بایست از نظر محل نگهداری ، نشت مواد ، وضعیت ایمنی ، وسایل حفاظت فردی شاغلین در انبارها و محیط انبار و همچنین عملیات پاکسازی مورد بازدید قرار گیرد.
- مواد شیمیایی و سموم ناسازگار نمی بایستی در کنار یکدیگر نگهداری شوند و در صورت لزوم می بایست با استفاده از دیوارهای مستحکم و خاکریز پیش بینی های لازم را اعمال نمود.
- انباری مجزا با ایمنی مناسب ( سیستم اعلام و اطفاء حریق، لامپهای ضد جرقه، کلید برق خارج از محوطه انباروگردش هوای مناسب ) جهت نگهداری محصولات قابل اشتعال وجود داشته باشد.
- انباردار و کارگران در هنگام کار باید از وسایل ایمنی و حفاظتی ذیل استفاده نمایند :  
لباس یکسره آستین دار بلند از جنس مقاوم که تمام بدن را بپوشاند .  
عینک حفاظتی مناسب جهت حفاظت از چشم در مقابل حوادث و خطرات ناشی از سموم و مواد شیمیایی  
ماسک مناسب جهت تصفیه بخارات و گازهای ناشی از مواد سمی  
دستکش لاستیکی مناسب.

#### نکات کلی انبارش ایمن :


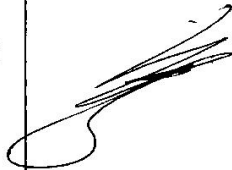

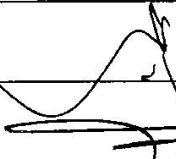

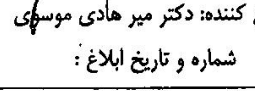
- انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال
- استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال
- استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار
- سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال
- استفاده از کلیدها و پریزها و روشنایی های ضد جرقه
- چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین
- استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و علائم خطر اشتعال و..
- کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد
- استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله
- روشنایی و تهویه مناسب انبار
- وجود جعبه کمک های اولیه در انبار
- استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره های انبارها

- رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازه ای در هنگام زلزله (مانند قفسه ها.) کلیه قفسه ها به دیوار پرچ شده باشد.
- لوازم سنگین در طبقات پایین تر باشد.

### منابع و امکانات موردنیاز:

- ۱-دستورالعمل شرایط و ویژگی های انبار شیمیایی مرکز سلامت محیط و کار
  - ۲-روشهای بهینه انبارداری ( GSP ) ( در مراکز درمانی سازمان غذا و دارو
  - ۳-وسایل حفاظت فردی سیستم اعلام حریق وسایل ایمن حمل بار سیستم تهویه مناسب سیستم روشنایی ایمن قفسه های فلزی مستحکم
- علایم- - - - -
- ۴ - ایمنی تجهیزات ثبت کننده دما و رطوبت جعبه کمک های اولیه

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس تاسیسات	آقای محمدرضا نظری		رئیس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )	آقای عیسی سجلاتی
	مسئول انبار مرکزی	آقای انور اختیاری		مسئول انبار دارویی	آقای مهدی مهدی پور
امضاء :				نام و نام خانوادگی تهیه کننده : دکتر داود علیپور سمت : مدیر مرکز تاریخ تایید:	
امضاء :				نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :	

منابع مورد استفاده : تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: ۶- INS تعداد صفحه: ۴
--	--

### تعریف :

- سیستم فرماندهی حادثه بیمارستان (Hospital Incident Command System): (HICS)
- مرکز عملیات اضطراری (Emergency operations center): (EOC)

### اهداف :

- الف : پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران ، مراجعین و کارکنان
- ب : استفاده بهینه از منابع و نیروهای انسانی

### دامنه دستورالعمل : کل بیمارستان

فرد پاسخگو : دبیر بحران – مدیر خدمات پرستاری – مدیر مرکز

### گام های دقیق انجام کار

- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان باید به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود.
- فردی از سوی فرمانده حادثه جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب شود.
- مرکز تلفن امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم کند.
- مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را طبق فرم دریافت اطلاعات خبر حوادث (پیوست) از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- فرمانده حادثه تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ کند (ملاک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه (EOC) دانشگاه) می باشد.
- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- تأیید خبر حوادث داخلی، توسط مرکز هدایت عملیات بیمارستان (EOC بیمارستان) است.
- خبر آماده باش/هشدار یا فعالسازی توسط EOC اعلام شود.

۹. در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان ارزیابی شود.
۱۰. باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود.
۱۱. تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود.
۱۲. بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند (اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند).
۱۳. باتوجه ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام شود.
۱۴. در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود.
۱۵. در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مزاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، نسبت به تماس با بیمارستان های معین (دارای تفاهم نامه) اقدام شود.
۱۶. تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.
۱۷. طول زمانی تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود.
۱۸. حادثه نام گذاری شود (داخلی توسط فرمانده حادثه/خارجی توسط EOC دانشگاه و ...)
۱۹. طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر فعال شود.
۲۰. رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.
۲۱. رنگ نارنجی/آماده باش: ۹ جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود
۲۲. رنگ قرمز/اقدام: کد بحران توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران (۱۲۱) توسط مرکز تلفن پیچ شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود)
۲۳. در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع شود.
۲۴. باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
۲۵. در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شود و امکانات لازم طبق برنامه آمادگی، فراهم شود.
۲۶. جایگاه اصلی فرماندهی حادثه در جایگاه خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند
۲۷. آسیب ها و منطقه عملیات باید مرتباً طبق ستور فرماندهی حادثه ارزیابی و به فرمانده حادثه و رئیس بخش برنامه ریزی اطلاع رسانی شود.
۲۸. به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و مراکز پایش کننده مخاطرات برقرار شود.

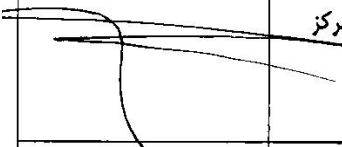
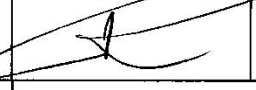

۲۹. باتوجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، برنامه در سطح بخش اورژانس/جزئی/کلی فعال شود.
۳۰. اطلاع رسانی در زمینه فعالسازی برنامه بر اساس سطح فعالسازی برنامه (اطلاع رسانی توسط مرکز تلفن/اطلاع رسانی بخش ها و اطلاع رسانی در سطح جامعه) انجام شود.
۳۱. در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، طبق دستور العمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.
۳۲. اعضای چارت بحران جهت دریافت جلیقه های مشخصه موقعیت در در EOC مرکز حضور یابند .
۳۳. اطلاع رسانی درونی بیمارستان بر اساس فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود.
۳۴. مرکز تلفن طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام کند.
۳۵. هر بخش طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید.
۳۶. مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص شود.
۳۷. مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.
۳۸. در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری شود.
۳۹. طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه (فوری: ۰ تا ۲ ساعت، میان مدت: ۲ تا ۱۲ ساعت، طولانی مدت: بیش از ۱۲ ساعت و بازگشت به وضعیت عادی) اقدام شود.
۴۰. در صورت حادثه خارجی، تریاژ در محل در اصلی بیمارستان فعال و طبق دستورالعمل START انجام شود.
۴۱. در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، تیم واکنش در شرایط اضطراری بیمارستان با اعلام کد ۱۲۵ فعال شود.
۴۲. در صورت نشت مواد رادیواکتیو یا احتمال آلودگی مراجعین با رادیواکتیو، برنامه آلودگی زدایی طبق برنامه آمادگی طراحی شده فعال شود.
۴۳. مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید .

### امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت)

- فرم دریافت پیام تلفنی
- فلوچارت فعالسازی سامانه هشدار سریع بیمارستانی
- جدول سطوح هشدار
- فهرست فراخوانی نیروها بر اساس سطح هشدار
- فهرست اعضای سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی
- شرح وظایف اعضای سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی
- فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان در شرایط بحرانی

- برنامه آمادگی تریاژ بیمارستان
- برنامه ارزیابی سریع بیمارستان
- برنامه تیم پاسخ اضطراری بیمارستان (تیم واکنش در شرایط اضطراری بیمارستان)
- برنامه ارائه خدمات درمانی
- برنامه انتقال بین بخشی بیمارستان
- برنامه تخلیه بیمارستان
- برنامه آلودگی زدایی بیمارستان
- برنامه مدیریت ازدحام بیمارستان

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر مرکز	آقای داود علیپور		رئیس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )	آقای عیسی سجلاتی
				مدیر خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
امضاء :				دکتر داود علیپور	نام و نام خانوادگی تایید کننده :
				تاریخ تایید:	سمت : مدیر مرکز
امضاء :				دکتر میرهادی موسوی	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:
				شماره و تاریخ ابلاغ :	سمت : رئیس مرکز

منابع مورد استفاده : تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان حادثه

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱	کد دستورالعمل: ۷-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۲	

### تعریف:

تخلیه اضطراری یکی از فعالیت هایی است که در زمان بروز حوادث اهمیت بسیار پیدا می کند. بروز آتش سوزی در بخش هایی از بیمارستان، نشت دود و مواد خطرناک، تخریب ساختمان، از بین رفتن سیستم های گاز یا برق یا آب، خطر بمب گذاری و سایر موارد ممکن است نیاز به تخلیه بخش و جابجایی بیماران و کارکنان به نقطه ای امن را ضروری نماید.

**هدف:** کاهش آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی و داخلی

**دامنه:** کلیه پرسنل بیمارستان

**فرد پاسخگو:** دبیر کمیته بحران

### گام های دقیق انجام کار

۱. اندیکاسیون های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا را مشخص کرده اید.
۲. مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده است.
۳. اولویت بندی جهت تخلیه براساس تریاژ در شرایط بحران انجام گردد.
۴. در صورت بوجود آمدن بحران در طبقات همکف و زیر زمین، تخلیه افقی و در صورت بروز بحران در طبقات اول، دوم و سوم تخلیه عمودی صورت گیرد. اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع، تخلیه کلی انجام گردد. \* نکته: در صورت بروز سیل تخلیه عمودی به سمت طبقات بالا و در صورت بروز آتش سوزی تخلیه افقی انجام شود.
۵. فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص شده است به این صورت که طبق فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه، پرسنل از بحران مطلع می گردند و براساس شرایط بخش، مسئول شیفت با توجه به منابع و تجهیزات موجود در بخش، بیماران را جهت تخلیه اولویت بندی نموده و تخلیه انجام گردد.
۶. مسیرها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها مشخص و راهروها خالی باشد.
۷. تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند به روش صحیح انجام گردد.

۸. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه مانورهای انجام شده پیش بینی و موجود است.

( ویلچر- برانکاردر سیار و...)

۹. منابع لازم جهت تهیه آب و غذا طبق تفاهم نامه با بوفه بیمارستان به مدت ۷۲ ساعت در دسترس است.

۱۰. براساس فلوجارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران، مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران و حادثه و جانشین های آنها مشخص است.

۱۱. کلیه پرسنل موظف به یادگیری و اجرای دستورالعمل می باشند.

### جدول اسامی :

کنندگان	کنندگان	کنندگان	کنندگان
مدیر مرکز	آقای داود علیپور	ریاست مرکز	آقای دکتر میرهادی موسوی
مدیر خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی	رئیس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )	آقای عیسی سجالاتی
	امضاء :	دکتر داود علیپور	نام و نام خانوادگی تایید کننده :
		تاریخ تایید :	سمت : مدیر مرکز
	امضاء :	دکتر میرهادی موسوی	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده :
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده : کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا ( دکتر حمیدرضا خانکه )





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه راهبرد (استاد) و رهجو (شاگرد) در مشاغل حساس

تاریخ تدوین: ۹۸/۵	کد دستورالعمل: INS-۸
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۲	

**تعریف:** انتقال دانش و تجربه در مشاغل حساس برنامه ریزی برای جانشین پروری و استفاده از ظرفیت های داخلی مرکز و تقویت استعداد های درون سازمانی برای پاسخ به تغییرات سریع.

**مشاغل حساس:** مشاغل کلیدی سازمان هستند که یافتن نیرو در آنها به دشواری انجام می شود و از طرفی در تضمین موفقیت آینده سازمان از اهمیت برخوردارند. و شامل کلیه مدیران و مسئولین واحد ها و بخشها می باشد.

**اهداف:**

- ۱- جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان .
- ۲- برنامه ریزی برای شناسایی و پیش بینی و تامین احتمالات خروج نیرو.
- ۳- استفاده از ظرفیت های منابع انسانی در داخل مرکز.
- ۴- برنامه ریزی در خصوص انتصابات مشاغل مدیریتی و حساس بر اساس شایسته سالاری برای مشاغل مدیریتی و حساس.

**دامنه:** کلیه مدیران و مسئولان واحدها / بخشها

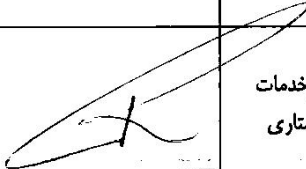
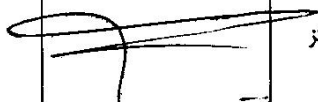
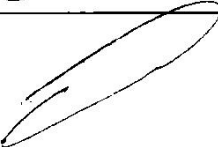
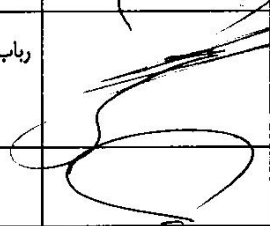

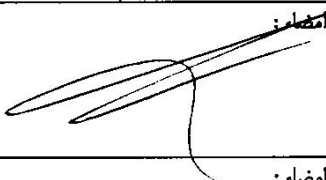
**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

- تهیه بانک اطلاعات کارکنان دارای شرایط احراز توسط رئیس اداره منابع انسانی.
- ارزیابی اولیه کارکنان توسط مسئولین واحد ها و پیشنهاد دو نفر از کسانی که بیشترین نمره ارزیابی را کسب کرده اند به ریاست مرکز و در صورت تایید ایشان.
- بررسی و نتایج شایستگی لیست جانشین های معرفی شده واحدها در تیم مدیریت و رهبری و تعیین یک جانشین در هر واحد
- فرصت یک ماهه برای آموزش جانشین توسط مسئولین واحدها و ارزیابی مجدد .
- صدور ابلاغ جانشین مسئول واحدها و تعویض امتیازات مسئول واحد توسط رییس اداره منابع انسانی
- ابلاغ لیست مسئولین واحدها به تمام واحدها جهت اطلاع و بهره برداری با امضای ریاست مرکز

- در مواقع مرخصی ها ، غیبت ها و خروج مسئول واحد بدلیلی مربوط با تعویض اختیار انجام شده جانشین مسئول موظف به انجام وظایف مسئول واحد.

- در خروج نیرو(مسئول واحد) به هر علت از سازمان جانشین مربوط بلا فاصله جایگزین مسئول واحد خواهد شد.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر خدمات پرستاری	خانم رسولی		مدیر مرکز	آقای دکتر علیپور
	رییس اداره منابع انسانی	رباب قاسم پور		رییس اموراداری	عیسی سجلاتی
				کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پرش
	امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر دارعلی میر / سمت: مدیر مرکز / تاریخ تایید: ۹۸,۸,۱			
	امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی / سمت: رئیس مرکز / شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸,۸,۲۲			

### منابع مورد استفاده :

- بخشنامه شماره ۱۸۵۴۳۵/د/۵ مورخ ۹۷/۱۰/۱۱
- آیین نامه مهندسی واریابی مشاغل دانشگاه سال ۹۷
- تجربه مرکز



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : انتخاب ، انتصاب ، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۷/۲۰	کد دستورالعمل: ۹-INS تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

### تعریف :

جایگاه مدیریتی در مراکز آموزشی و درمانی شامل مدیران میانی: مدیر مرکز و مدیر خدمات پرستاری و مدیران پایه شامل رییس امور اداری ، رییس اداره منابع انسانی ، رییس امور مالی ، رییس اداره بهبود کیفیت می باشد.

### اهداف :

- ۱- نظامند شدن انتخاب مدیران
- ۲- استقرار نظام شایسته سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران
- ۳- شفاف سازی و مستند سازی فرایند انتخاب و انتصاب مدیران
- ۴- ایجاد فرصت برابر برای افراد حائز شرایط در جهت افزایش رضایت و ارتقای انگیزش کارکنان
- ۵- پیاده نمودن نظام انتخاب مدیران بر پایه ارزیابی افراد بر اساس معیارهای شایستگی و مهارت‌های مدیریتی و صلاحیت‌های حرفه ای و اخلاقی و رفتاری

دامنه : مدیران میانی و مدیران پایه

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :

- \*انتخاب مدیر اجرایی مراکز بر اساس بخشنامه شماره ۱۸۰۴/۳۵۶۹۸ مورخ ۸۵/۳/۳ و معیارهای بخشنامه مذکور می باشد
- \*انتخاب مدیر خدمات پرستاری بر اساس شاخصهای ابلاغی وزارت متبوع و نامه شماره ۱۸۵۴۳۵/د/۵ مورخ ۹۷/۱۰/۱۱ سرپرست محترم معاونت درمان تعیین شده است.
- \*ارتقا کلیه کارکنان و مدیران بر اساس آیین نامه مهندسی و ارزیابی مشاغل و ویرایش سال ۹۷ انجام میشود
- \*تنزیل کارکنان و مدیران پس از محرز شدن تخلف با نتایج پایش و ارزیابی عملکرد و میزان پیشرفت برنامه و تصمیم در کمیته مدیریت و رهبری مرکز به هیات تخلفات دانشگاه معرفی و رای قطعی صادره از هیات تخلفات دانشگاه بر اساس آیین نامه تخلفات کارکنان ، ملاک عمل در خصوص تنزل مدیران خواهد بود.

### گامها:

- ۱- با توجه به اینکه اقدامات مربوط به انتصاب مدیران مراکز توسط حوزه ریاست دانشگاه انجام میشود. در خصوص انتخاب مدیر مرکز ، ریاست بیمارستان از کارکنان واجد شرایط مرکز (بانک اطلاعات مدیران مرکز) بر اساس معیارهای بخشنامه انتخاب مدیران پس از بررسی و تایید صلاحیت و شرایط احراز فرد مذکور در تیم مدیریت و رهبری ، میتوانند پیشنهاد خود را به ریاست دانشگاه جهت طرح در جلسه هیات ریسه دانشگاه بصورت کتبی اعلام نمایند.
- ۲- انتخاب مدیر خدمات پرستاری :

۲-۱ براساس شاخصهای مشخص شده دربخشنامه مربوطه ، سه نفر از افراد واجد شرایط توسط مدیرخدمات پرستاری وقت حداقل ۶ ماه قبل از خروج از خدمت خودشان پس از ارزیابی اولیه و تایید ایشان معرفی به ریاست مرکز وبا صلاح دید ریاست طرح در تیم مدیریت ورهبری مرکز کتبا معرفی میشوند. مسئول : مدیرخدمات پرستاری

۲-۲ در تیم مدیریت و رهبری براساس معیارهای کلی از قبیل قدرت تصمیم گیری وبرنامه ریزی وساماندهی نیرو، هدایت ورهبری ، داشتن مهارت های ارتباطی ،ویژگی های مدیریتی و.افراد معرفی شده بررسی ودر صورت تایید جهت انجام مراحل اداری به واحدمنابع انسانی معرفی میشوند.مسئول : رییس تیم مدیریت ورهبری

۲-۳ بررسی واعلام نظر کلی حراست مرکز درخصوص افراد معرفی شده . مسئول: مسئول حراست

۲-۴ استعلام از حراست واستعلام از معاونت درمان انجام وپس از پیگیری استعلام های مربوطه درخصوص صدور ابلاغ یا انتصاب مدیرخدمات پرستاری از طریق واحد منابع انسانی اقدام و ابلاغ یا حکم مربوطه صادر میشود. مسئول : رییس اداره منابع انسانی

۳- انتخاب روسای ادارت به عنوان مدیران پایه مرکز با پیشنهاد ریاست ومدیریت مرکز با در نظر گرفتن شرایط احراز پست سازمانی مذکور به تیم مدیریت ورهبری معرفی وپس از تایید تیم مدیریت ورهبری بقیه مراحل همانند انتصاب مدیرخدمات پرستاری انجام میشود.

۴- در صورت عدم تایید صلاحیت هریک از کارکنان پیشنهادی جهت انتصاب به جایگاه مدیریتی باید در جلسه بعدی تیم مدیریت ورهبری از سایر کارکنان واجد شرایط فرد دیگری جهت انتصاب به تیم مدیریت ورهبری معرفی شوند.مسئول مدیرپرستاران ومدیرخدمات پرستاری

۵- در صورت گزارش تخلف مدیران مرکز از طریق مراجعین ،کارکنان ومدیران ومسئولان مرکزی گزارش تخلف از نتایج پایش عملکرد وارزیابی ویا شکایت از مراجعین یا سایر مراکز ،موضوع در تیم مدیریت ورهبری مطرح وپس از بررسی مستندات وگزارشات مربوطه ومحرز شدن تخلف ،

۶- مدیرمربوطه براساس آیین نامه رسیدگی به تخلفات کارکنان به هیات تخلفات دانشگاه معرفی ودرخصوص تنزل جایگاه مدیریتی هیات مذکور تصمیم گیری خواهد کرد. ومراکز صرفاً" موظف به اجرای رای قطعی صادره از سوی هیات خواهند بود. مسئول : رییس اداره منابع انسانی

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر علیپور	مدیر مرکز		خانم رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
رباب قاسم پور	رییس اداره منابع انسانی		آقای سجلاتی	رییس امور اداری	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : <b>دکتر میرهادی رسولی</b>		امضاء :			
سمت : <b>رئیس مرکز</b>		تاریخ تایید: <b>۹۸،۷،۲۰</b>		امضاء :	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: <b>دکتر میرهادی موسوی</b>		امضاء :			
سمت : <b>رئیس مرکز</b>		شماره و تاریخ ابلاغ : <b>۹۸،۸،۲۶</b>		امضاء :	

### منابع مورد استفاده :

- بخشنامه شماره ۱۸۰۴/۳۵۶۹۸ مورخ ۸۵/۳/۳
- بخشنامه شماره ۵/۱۸۵۴۳۵/د مورخ ۹۷/۱۰/۱۱
- آیین نامه مهندسی واریابی مشاغل دانشگاه سال ۹۷
- تجربه مرکز



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه

تاریخ تدوین: ۹۸/۸/۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: ۱۰ - INS تعداد صفحه: ۲
---	--

### تعریف:

استفاده کارکنان مراکز درمانی از تلفن همراه و مشغولیت ورود به شبکه های اجتماعی در حین انجام وظیفه موجب نگرانی در کیفیت ارائه خدمات درمانی و کاهش ایمنی بیمار، همچنین عدم رعایت حقوق گیرندگان خدمت، سلب اعتماد بیماران، گسترش عفونت و اختلال عملکرد تجهیزات حساس پزشکی و ... را در پی خواهد داشت.

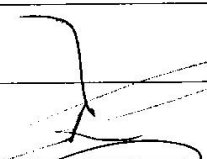
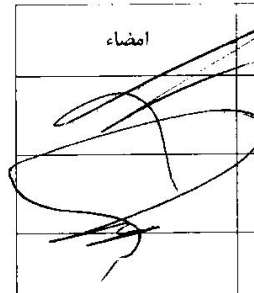

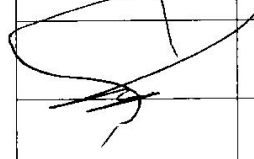
**هدف:** کنترل عفونت های بیمارستانی، ارتقاء ایمنی بیماران و پیشگیری از اختلال عملکرد تجهیزات پزشکی و حفظ آرامش بیماران

**دامنه:** تمامی بخش های بالینی اعم از بستری، سرپایی، اورژانس، تریاژ، اتاق های عمل و واحدهای پاراکلینیکی

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):

- همراه داشتن و استفاده از تلفن همراه توسط کلیه افراد در بخش های درمانی و پاراکلینیکی ممنوع می باشد.
- استفاده از تلفن همراه در بالین بیمار، ایستگاه پرستاری، اتاق های درمان، اتاق پروسیجر ممنوع می باشد و در صورت نیاز به پاسخ دادن به تلفن همراه، باید از محیط درمانی خارج شده و در قسمت هایی از قبیل آبدارخانه، راهرو، اتاق استراحت و ... که بیماران حضور ندارند به تلفن خود (آن هم به مدت کوتاه) پاسخ دهند.
- کادر درمانی قبل از خروج از بخش جهت پاسخ دهی به تلفن همراه باید وظیفه و مسئولیت خود را به همکار خود سپرده و سپس جهت پاسخ گویی به تلفن از بخش خارج شوند.
- کلیه افراد ( کارکنان و مراجعین ) موظفند تلفن های همراه خود را در محیط بیمارستان به حالت بی صدا قرار دهند تا صدای آهنگ تلفن ها مزاحم استراحت بیماران نشود.
- وجود تلفن همراه در مجاورت بیماران دارای پیس میکر قلبی بیمارستان اکیدا ممنوع می باشد.
- بخشنامه مبنی بر منع استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در کلیه بخش ها در ایستگاه پرستاری جهت اطلاع پرسنل توسط واحد گیرنده خدمت نصب گردیده است.
- کارکنان موظف به آگاه نمودن بیماران و همراهان در خصوص منع استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار، اتاق های دارویی و نزدیک تجهیزات پزشکی الکترونیکی در کلیه بخش ها می باشند.
- مسئول واحد / بخش موظف است کلیه موارد ذکر شده را جهت پرسنل ( کادر درمانی، اداری، خدماتی) در ابتدای ورود به بیمارستان و جهت بیماریا همراه وی در ابتدای بستری به عنوان قوانین بیمارستان اطلاع رسانی نماید.
- استفاده از تلفن همراه به صورت هندزفری نیز مشمول دستورالعمل فوق می باشد.
- سوپروایزرهای بالینی، مسئول واحد / بخش مسئول رعایت اجرای این دستورالعمل می باشد.
- مدیر مرکز و مدیر خدمات پرستاری موظف هستند در صورت عدم رعایت موارد بالا توسط کادر درمانی، اداری و خدماتی با تذکر شفاهی، توبیخ کتبی، معرفی به تخلفات اداری برخورد قانونی صورت پذیرد.

## جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
رباب قاسم پور	رئیس اداره منابع انسانی		دکتر داود علیپور	مدیر مرکز	
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		مریم حسین زاده	کارشناس بهبود کیفیت	
بهجت پریش	کارشناس بهبود کیفیت				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علیپور		امضاء :			
سمت : مدیر مرکز		تاریخ تایید: ۹۸/۸/۸			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		امضاء :			
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ : ۹۸،۸،۲۶			

## منابع مورد استفاده :

- بخشنامه ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی ، تشخیصی و درمانی شماره ۴۰۲۵/۲۶۸۵۰ مورخه ۹۶/۱۱/۴
- استانداردهای بین المللی اعتباربخشی بیمارستان ها



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : انتخاب ، معرفی و تشویق کارمند نمونه

تاریخ تدوین: ۹۸/۴ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۶	کد دستورالعمل: INS-۱۱ تعداد صفحه: ۲
---	--

### تعریف :

ملاک و معیار انتخاب کارمند نمونه :

- انضباط اداری
- رعایت ضوابط و مقررات حضور در محل کار
- آراستگی ظاهری و حفظ شئونات اسلامی در محیط کار
- رعایت سلسله مراتب اداری
- وقت شناسی و استفاده موثر از اوقات اداری و اثر بخشی کاری
- تعهدات اخلاقی - اجتماعی :
- دارا بودن حسن شهرت به لحاظ اخلاقی ، اجتماعی و حرفه ای
- دارا بودن مسئولیت پذیری و وجدان کاری
- پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران
- انجام وظایف حرفه ای و تخصصی
- دارا بودن مهارت های حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف
- رعایت ضوابط و مقررات اداری
- احترام به حقوق همکاران و مراجعه کنندگان ( رعایت طرح تکریم ارباب رجوع )
- تلاش در جهت ارتقای سطح علمی و آگاهی خود و همکاران
- ارتباطات مناسب درون سازمانی و برون سازمانی
- ابتکار ، خلاقیت و نوآوری در انجام وظایف محوله
- تعهد سازمانی
- حس همکاری و روحیه کار تیمی
- ارائه پیشنهاد موثر و اثربخشی در جهت ارتقاء مرکز

### الف- اهداف انتخاب :

- تقویت وجدان کاری، انضباط اداری، اجتماعی و اقتصادی
- تشویق و ترغیب کارمندان به ارائه خدمات بهتر به ارباب رجوع
- اعتلای فرهنگ کار و ایجاد باورهای مثبت در نظام اداری
- افزایش رضایت شغلی کارمندان و ارتقای بهره وری نیروی انسانی

- ارج نهادن به خدمات ارزنده کارمندان متعهد و کارآمد
- تقویت فعالیت های کارمندان در راستای اولویت های نظام اداری
- معرفی کارمندان نمونه به عنوان الگوهای موفق نظام اداری

### ب- شمول انتخاب:

کارمندان رسمی ، پیمانی ، قرارداد کار مشخص ، مشاغل کارگری ، طرح نیروی انسانی ، ضریب K

**دامنه:** کلیه کارکنان بیمارستان

روش (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن):

**واحد منابع نیروی انسانی در مرکز :**

- از مسئولین واحدها در خصوص معرفی یک نفر به عنوان کارمند نمونه در پایان سال نظر خواهی می کند .
- اسامی کارمند نمونه از مسئولین واحدها با تکمیل فرم امتیازدهی بر اساس ملاک های انتخابی را جمع آوری می کند .
- لیست کارمندان معرفی شده از واحدها و امتیاز کسب شده را تهیه می نماید .
- کارمندان معرفی شده را در جلسات تیم رهبری و مدیریت طرح نموده و با رای اعضا تیم رهبری و مدیریت کارمند ان نمونه انتخاب می گردد .
- تقدیرنامه کتبی با امضا رئیس بیمارستان برای کارمند نمونه صادر می گردد .
- مسئول بایگانی رونوشت تقدیرنامه را در پرونده پرسنلی کارمندان نمونه ثبت می کند .
- مسئول رابط عمومی مرکز اسامی کارمندان نمونه در تابلوی اعلانات و سایت بیمارستان درج می کند .
- هدایا و جوایز نفیس توسط مدیران ارشد مرکز به کارمندان نمونه اهدا می گردد .

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر داود علیپور	مدیر مرکز		لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
عیسی سجلاتی	رئیس امور اداری		رباب قاسم پور	رئیس اداره منابع انسانی	
بهجت پریش	کارشناس بهبود کیفیت				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی			امضاء :		
سمت : رئیس مرکز			تاریخ تایید: ۹۸/۵/۱		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی			امضاء :		
سمت : رئیس مرکز			شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸/۵/۲۶		

**منابع مورد استفاده :** تجربیات بیمارستان





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: رعایت اصل محرمانگی، تعیین سطح دسترسی به پرونده های پرسنلی

تاریخ تدوین: ۹۸/۴	کد دستورالعمل: INS-۱۲ تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف:**

- اصل محرمانه بودن: از پرونده پرسنل مرکز اطلاعات و اوراق پرونده و فایل الکترونیکی آن در مقابل مفقود شدن، از بین رفتن و دخل و تصرف یا استفاده غیرمجاز محافظت شود و صرفا افراد مجاز به این اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- سطح دسترسی: دسترسی به اطلاعات پرونده پرسنلی تا چه اندازه و در چه زمان و مکانی در اختیار چه کسی با چه سمتی باشد.

**اهداف:**

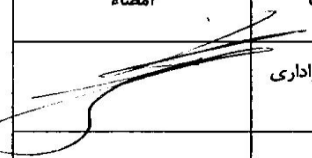

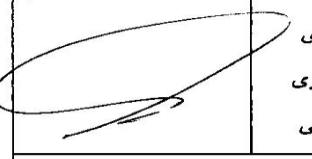
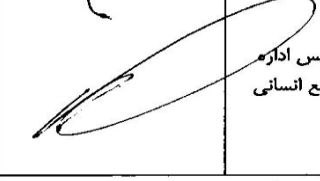
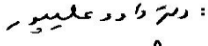
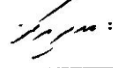
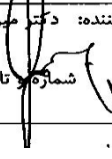
۱. حفاظت از اطلاعات و اوراق پرونده های پرسنلی
۲. رعایت حقوق پرسنل و جلوگیری از افشای اطلاعات پرسنلی

**دامنه:** کارکنان واحد منابع انسانی

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

- ۱- جهت حفظ محرمانگی پرونده های پرسنلی، مسئول بایگانی مجاز به تحویل پرونده ها فقط به کارگزين های شاغل در مرکز می باشد.
- ۲- کارشناسان کارگزينی پرونده کارکنان را صرفا جهت مطالعه در واحد کارگزينی در اختیار رئیس، مدیر، رئیس امور اداری و حراست مرکز قرار دهند.
- ۳- کارشناسان امور نیروی انسانی دانشگاه، با معرفی از دانشگاه بمنظور انجام ارزیابی صرفا در واحد کارگزينی حق رویت و بررسی پرونده در حضور کارشناسان کارگزينی را دارند.
- ۴- در صورت نیاز به ارجاع پرونده به مراجع قضائی انجام مراحل زیر الزامی می باشد.
  - الف: درخواست کتبی مقام قضایی
  - ب: کسب دستور از ریاست مرکز
  - ج: تحویل کپی مدارک با اخذ رسید به دبیرخانه محرمانه
  - د: در صورت نیاز به ارسال کل پرونده، این کار توسط یک نفر نماینده از واحد مربوطه انجام گیرد و بعد از مطالعه به واحد بایگانی عودت داده شود.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	رئیس اموراداری	آقای سجلاتی		مدیر مرکز	آقای دکتر علیپور
	متصدی امور دفتری وبایگانی	خانم فریبا نژادی راد		رئیس اداره منابع انسانی	ریباب قاسم پور
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده :  دکتر راد علیپور		
			سمت :  تاریخ تایید : ۹۸،۸،۲		
		امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده :  دکتر مهر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ : ۹۸،۸،۲۶		

## منابع مورد استفاده :

-بخشنامه شماره ۱۸۵۴۳۵/د/۵ مورخ ۹۷/۱۰/۱۱

-آیین نامه مهندسی واریابی مشاغل دانشگاه سال ۹۷

- تجربه مرکز



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : اصول برنامه نویسی

کد دستورالعمل : ۱۳-INS

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۶/۱۰/۱۰

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۹/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ : ۹۸/۹

### تعریف :

تامین نیروی انسانی موثر با توجه به مهارت ، دانش و توانمندی و تنظیم نوبت کاری پرستاری در دوره زمانی مشخص با پیش بینی هدف ها و اقدامات لازم برای رویایی با تغییرات ، به طوری که نیازمندی های بیمارستان ،پرستاران و بیماران را تحت پوشش قرار دهد.

### اهداف :

- ✓ عدالت محور بودن برنامه های پرسنلی
- ✓ توزیع متوازن نیروهای پرستاری موجود
- ✓ مطابقت برنامه های تنظیمی پرسنل با دستورالعمل اداره پرستاری

دامنه : کلیه واحدهای تحت سرپرستی مدیریت خدمات پرستاری

### گام های دقیق انجام کار :

- (۱) طبق سیاست این مرکز، برنامه پرسنلی توسط سرپرستار محترم بخشها بصورت ۱۵ روزه تنظیم شود.
- (۲) در تنظیم برنامه توجه فرمایید تحت هیچ شرایطی بین دو شیفت کاری بیش از ۳ OFF داده نشود و در صورت نیاز پرسنل ، مرخصی داده شود.
- (۳) در ثبت برنامه پرسنلی قانون ارتقاء بهره وری رعایت شود .شیفت کاری بیش از ۱۲ ساعت نوشته نشود و بلافاصله بعد از شیفت شبکاری ، برنامه نوشته نشود .
- تبصره : کلاسهای آموزشی بیش از دو ساعت نیز از این قانون مستثنا نمی باشد .سرپرستاران دقت نمایند در تنظیم برنامه ، قبل از کلاس آموزشی ، شیفت شب برای پرسنل در نظر گرفته نشود .
- (۴) تعداد تعویض شیفت بصورت ۳ مورد در هرماه از طرف اداره پرستاری تعیین شده است و با توجه به تنظیم ۱۵ روزه برنامه در این مرکز، تعداد این تعویضها به تعداد ۲ مورد در هر نیمه ماه جهت رفاه حال همکاران مورد قبول می باشد.
- (۵) همکارانی که شیفت کاری آنها بصورت شیفت نوبتی در گردش می باشد، برنامه بصورت صبح و عصر و شب تنظیم شود . با توجه به قانون ارتقاء بهره وری شیفت شب ثابت مفهومی ندارد ؛ در صورت مشکل همکاران ( مشکلات شخصی ، خانوادگی و...) جهت رعایت حال همکاران به صورت مقطعی ، همکاری درخواست شیفت ثابت شب داشته باشد با درخواست کتبی و موافقت مدیریت پرستاری خواهد بود .
- (۶) سرپرستاران طوری هماهنگی و برنامه ریزی نمایند که پرسنل در طول سال از مرخصی های استحقاقی خود استفاده نمایند و آن را به ماههای آخر سال موکول نکنند.
- (۷) هرگونه تغییر در نوبت کاری پرسنل باید با اطلاع مدیریت محترم پرستاری بوده و در صورت موافقت در برنامه اعمال گردد .

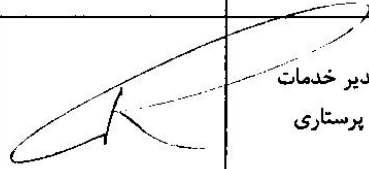
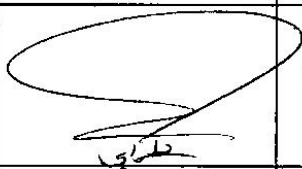


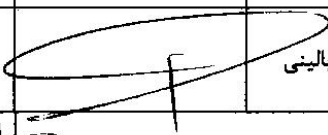
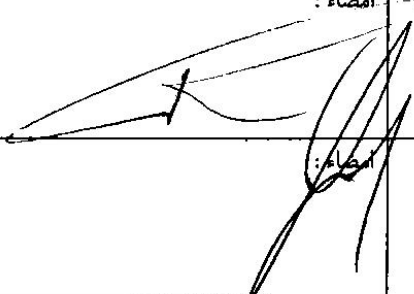

تبصره : حذف شبکاری برحسب توازون و چینش نیرو ، شرایط بیمارستان و بخش ها ، وضعیت پرستاران ، سابقه کاری توسط مدیریت پرستاری تصمیم گیری می شود .

۸) در ثبت برنامه توجه داشته باشید در روزهای تعطیل و شیفت‌های عصر و شب یک پرستار مسئول شیفت ( با ابلاغ مسئول شیفت) حضور داشته باشد.

۹) برای همکاران باردار ، از ماه هفتم به بعد، با کاهش تعداد شبکاری و از ماه هشتم به بعد، بدون شبکاری برنامه نوشته شود.

۱۰) برنامه کاری مادرانی که فرزند شیرده دارند تا حد امکان مراعات شده و در هفته یک شب منظور گردد .

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی	
شیوا محمدزاد اکبری	کارشناس پرستاری		معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
مریم زهرجد	سوپروایزر بالینی				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : لیلی رسولی		امضاء :			
سمت : مدیر خدمات پرستاری		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		امضاء :			
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :			

منابع مورد استفاده : دستورالعمل اداره پرستاری که به پیوست ضمیمه می باشد .



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به داخل و خارج از بیمارستان

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۹/۰۵	کد دستورالعمل: ۱۴ - INS تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۹/۲۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹/۳۰	

**تعریف:** انتقال موقت بیمار جهت دریافت خدمات پاراکلینیک داخل و خارج از مرکز طبق نظام نوین سلامت، بیمار به سایر مراکز ارجاع داده نمی شود مگر اینکه خدمات مورد نیاز بیمار در این مرکز وجود نداشته باشد. مانند CT آنژیو، BONE اسکن، MRI، اسکن کلیه و ...

اخذ خدمت از مراکز خواهد بود که معاونت درمان معرفی کرده و مرکز با آنها (مراکز خصوصی) قرارداد بسته است.

### اهداف:

- ✓ اصلاح شکاف های مرتبط بین دو مرکز درمانی (مبدا و مقصد) جهت ارائه خدمت به بیمار
- ✓ سازماندهی، ارتقاء کیفیت و کاهش خطر و افزایش ایمنی فرآیند اعزام موقت و انتقال، گیرندگان خدمت بین مراکز درمانی جهت ارتقاء و تکمیل روند درمان
- ✓ کاهش موارد مورتالیتی و موریبیدیتی بیماران در فرآیند اعزام موقت و انتقال بیماران به خارج از بیمارستان جهت اخذ خدمات
- ✓ تعیین و بهبود فرآیند اعزام و انتقال بیماران، نحوه هماهنگی بین مراکز درمانی و الزامات آن
- ✓ ارائه خدمات ایمن به بیمار در زمان انتقال

**دامنه:** کلیه بخش های بالینی و غیر بالینی مرکز

### گام های دقیق انجام کار:

مراحل انتقال موقت بیمار به داخل مرکز جهت اخذ خدمات

دستور کتبی مبنی بر انجام خدمات موقت مثل اکو کاردیوگرافی، سونوگرافی، CTS و رادیوگرافی و ... توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می شود.


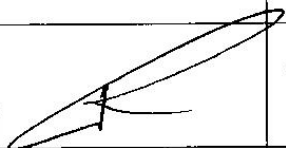
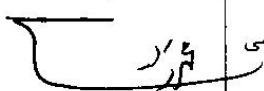


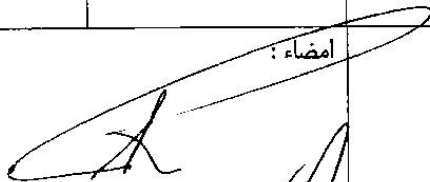
- ❖ دستورات توسط پرستار مسئول بیمار چک می شود
- ❖ هماهنگی با واحد پاراکلینیک مربوطه و ثبت درخواست در HIS، توسط منشی در شیفت صبح و یا مسئول شیفت در شیفت عصر و شب طی تماس تلفنی انجام می شود
- ❖ اقدامات لازم مربوط به آمادگی قبل از پروسیجر مطابق دستورالعمل های مربوطه توسط پرستار انجام می شود

- ❖ پرونده و تجهیزات و داروهای لازم توسط پرستار آماده و به همراه بیمار ارسال می شود
  - ❖ شرایط بالینی بیمار و نیاز بیمار به اکسیژن تکمیلی قبل از انتقال به واحد مربوطه اطلاع رسانی شود.
  - ❖ به والدین بیمار پروسیجر توضیح و جهت حضور در کنار نوزاد اطلاع رسانی می شود
  - ❖ بیمار با رعایت شرایط بالینی ، مراقبتی و ایمنی و همراه با پالس اکسی متری پرتابل، اکسیژن و وسایل کمک تنفسی به همراه والدین و بیماربر به واحد مربوطه انتقال و پس از دریافت خدمت مجددا توسط تیم اعزام به بخش بستری باز می گردد
- توجه : حضور پزشک و پرستار در کنار بیمار بدحال الزامی است

### 👉 مراحل انتقال موقت بیمار به خارج مرکز جهت اخذ خدمات

- ❖ دستور کتبی مبنی بر انجام خدمات موقت توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می شود.
- ❖ دستورات توسط پرستار مسئول بیمار چک می شود
- ❖ هماهنگی با مراکز درمانی خارج از بیمارستان طرف قرارداد توسط سرپرستار در شیفت صبح یا مسئول شیفت در عصر و شب انجام می شود در صورت نیاز سوپروایزر در هماهنگی اعزام بیمار مداخله می کند.
- ❖ اخذ پذیرش از مرکز مقصد توسط سر پرستار یا مسئول شیفت به سوپروایزر اطلاع داده می شود.
- ❖ فرم مطالبه و فرم درخواست ارائه خدمت به بیمار را که شامل شرح حال بیمار و تعیین نوع درخواست می باشد توسط پزشک تکمیل، مهر و امضاء شده و رضایت آگاهانه از پدر یا قیم قانونی بیمار اخذ می شود .
- ❖ پرستار مسئول بیمار فرم های تکمیل شده را کنترل می کند و توسط منشی بخش در سیستم HIS ثبت می شود.
- ❖ فرم های مربوطه توسط سوپروایزر تایید می شود سپس هماهنگی با تیم اعزام و آمبولانس جهت انتقال بیمار انجام می شود.
- ❖ بیمار با نظارت سوپروایزر بر اساس رعایت شرایط بالینی ، مراقبتی و ایمنی جهت اخذ خدمت با آمبولانس توسط تیم اعزام که شامل پرستار اعزام، پزشک (اینترن یا رزیدنت بسته به شرایط بیمار )، بیماربر به همراه فرم ها و مدارک مربوطه از بیمارستان خارج می شود.
- ❖ بیمار پس از دریافت خدمت با رعایت شرایط بالینی ، مراقبتی و ایمنی مجددا توسط تیم اعزام به بخش بستری باز می گردد
- ❖ در خصوص مشاوره ، در صورتی که پزشک مشاور درخواست بستری بیمار در سرویس خود را داشته باشد ، رزیدنت کشیک و سوپروایزر بیمارستان مبداء هماهنگی لازم را با پزشک معالج بیمار داشته و در صورت موافقت ایشان با سوپروایزر بیمارستان مقصد هماهنگی انجام می شود.
- ❖ گزارش انتقال موقت و انجام پروسیجر توسط پرستار در گزارش پرستاری بیمار ثبت می شود.
- ❖ سوپروایزر تعداد موارد انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان را همراه با نقاط ضعف و قوت و موارد عدم تطابق با دستورالعمل ها در دفتر گزارش سوپروایزی ثبت کرده و گزارش ۲۴ ساعته را به مدیر خدمات پرستاری اعلام می نماید.
- ❖ مدیر خدمات پرستاری گزارشات سوپروایزری را بررسی کرده و اقدامات اصلاحی لازم را انجام داده و به سوپروایزرین و سرپرستاران اطلاع رسانی می کند.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر بالینی	قریبا دارابی		مدیریت خدمات پرستاری	لیلی رسولی
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		کارشناس پرستاری	شیوا محمدزاد اکبری
				کارشناس پرستاری	رقیه نصیری
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : لیلی رسولی سمت : مدیر خدمات پرستاری تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده : دستورالعمل طرح تحول سلامت و شرح وظایف وزارت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانیکودکان



عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها / واحدهای مختلف بیمارستان با توجه به شرایط

اختصاصی آنها

کد دستورالعمل: INS-۱۵

تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

### تعریف:

۹۰٪ میکرو ارگانیسم ها در جرم های قابل مشاهده وجود دارند و هدف از نظافت روزانه بیمارستان ریشه کنی یا کاهش این جرم ها می باشد. باید توجه داشت در صورت عدم جرم زدایی مکانیکی درترجت ها و مواد ضد عفونی کننده نمی توانند فعالیت صد میکروبی خود را به طور مناسب اعمال نمایند.

**اهداف:** کاهش و از بین بردن آلودگی در بخش های بستری و کلیه واحدها

**دامنه:** کلیه بخش های بستری و واحدها- واحد بهداشت محیط

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

برای نظافت بیمارستان آنرا به سه منطقه تقسیم می کنیم:

- ۱- مناطق یاز بیمارستان ها که تماس با بیمار ندارند (مثلا ایستگاه پرستاری، پذیرش، پاییونها و کتابخانه)
  - ۲- مکانهای نگهداری بیمارانی که عفونی نبوده یا حساسیت بالایی ندارند.
  - ۳- بخشهای ایزوله یا بیماران عفونی شده، بخش مراقبتهای ویژه، بخش نگهداری نوزادان نارس و بخش دیالیز و اتاق های عمل.
- لذا جهت جلوگیری از انتقال و انتشار عفونت در بیمارستان بایستی در هر یک از مناطق یاد شده با وسایل جداگانه نظافت گردد.

**دستورالعمل بهداشتی در مورد کد بندی رنگی تی ها و دستمال های نظافت**

**جداسازی و تفکیک تی مورد استفاده در بخش ها**

۱. دسته تی به رنگ سفید: برای استفاده در رختکن و آبدارخانه و ایستگاه پرستاری (مناطق یک)
۲. دسته تی به رنگ آبی: برای استفاده در سالن و اتاق بیماران غیر عفونی (مناطق دو)
۳. دسته تی به رنگ زرد: برای استفاده در اتاق ایزوله - اتاق عمل - اتاق بیماران عفونی - مراقبت های ویژه و .... (مناطق سه)

**نکات مهم:**

- تی مورد استفاده در هر بخش می بایستی بعد از هر بار استفاده، کاملا شسته شده، ضد عفونی و خشک شود و سپس آویزان شود تا از ایجاد بو جلوگیری به عمل آید.
- از قراردادن تی ها به صورت مرطوب روی زمین خودداری شود.
- نخ تی های مورد استفاده به فاصله هر ۱۵ روز می بایستی تعویض گردد.



## دستمال نظافت بخش ها

تنظیف سفید: ایستگاه پرستاری - آبدارخانه - اتاق استراحت - قسمتهای اداری  
تنظیف آبی: تخت بیماران - صندلی بیماران - تلفن - تابلوها، تلویزیون و یخچال ها - درب، دستگیره و شیشه ها - تجهیزات پزشکی  
تنظیف زرد: جهت نظافت وسایل موجود در اتاق ایزوله و عفونی استفاده می شود

### دستورالعمل بهداشتی در مورد شستشوی بخش ها

#### حمام ها، سینک ها، محل شستن دستها و شیرآلات

به صورت روزانه تمیز شوند و جهت نظافت روتین از دترجنت (پاک کننده) و از محلول وایتکس ۰.۵٪ ( ۱ لیتر وایتکس در ۲۰ لیتر آب) استفاده شود. در هنگام شستشو، کلیه شیرآلات، دوش و اتصالات شستشو شوند. همچنین جهت شستشو از برس نایلونی مخصوص حمام استفاده شود.

#### سنگ توالت و کف توالت

بصورت روزانه نظافت شوند و برای نظافت روتین از دترجنت و محلول وایتکس ۰.۵٪ ( ۱ لیتر وایتکس در ۲۰ لیتر آب ) استفاده شود. جهت نظافت می توان از برس نایلونی و تی پلاستیکی مخصوص توالت استفاده شود

#### کف زمین:

در هر شیفت با استفاده از تی های نخی و به صورت حرکت مارپیچی از داخل اتاق به سمت بیرون و با محلول آب و دترجنت ( پاک کننده) نظافت شود و در صورتی که نیاز به ضدعفونی کردن باشد وایتکس ۰.۵٪ ( ۱ لیتر وایتکس در ۲۰ لیتر آب ) استفاده گردد.

#### پرده ها:

پرده های پارچه ای طبق برنامه نظافت بخش یا واحد با دترجنت ( مواد پاک کننده ) و آب شسته شود. پرده های کرکره ای طبق برنامه نظافت بخش با دستمال محتوی دترجنت ( مواد پاک کننده ) گرد و غبار آن بر طرف شود و هر ۳ ماه به طور کامل با آب و دترجنت ( پاک کننده ) شسته و نصب شود.

#### پرده ها، قاب ها و تلویزیون

با دستمال مرطوب طبق برنامه نظافت بخش گردگیری و نظافت شود و در صورت وجود آلودگی قابل رویت با دترجنت ( پاک کننده ) نظافت شوند.

#### یخچال ها:

طبق برنامه نظافت بخش یا واحد برفک یخچال را آب نموده و با آب داغ و ماده دترجنت ( مواد پاک کننده) داخل و قسمت بیرونی آن شستشو شود.

طبق برنامه نظافت بخش یا واحد با دستمال مرطوب گردگیری شوند. نیازی به ضدعفونی نیست مگر این که با خون و مایعات عفونی بدن آلوده شده باشند یا در نواحی که کارهای بالینی انجام می شود.

### آب سرد کن و درهای شیشه ای:

آب سرد کن ها روزانه با استفاده از آب و ماده دترجنت ( مواد پاک کننده ) و محلول آب و وایتکس ۵,۰٪ ( ۱ لیتر وایتکس در ۲۰ لیتر آب ) نظافت و ضدعفونی شود. درهای شیشه ای با استفاده از شیشه پاک کن و در صورت آلودگی قابل رویت با استفاده از آب و ماده دترجنت ( مواد پاک کننده ) نظافت گردد.

### ظرف صابون مایع:

بعد از اتمام صابون مایع موجود در ظرف ، جا صابونی را از محل خود بیرون آورده و بعد از شستن ، به و سیله محلول آب و وایتکس ۵,۰٪ ( ۱ لیتر وایتکس در ۲۰ لیتر آب ) ضدعفونی شود ، سپس آبکشی و خشک شود . جا صابونی را مجدداً تا نیمه پر از صابون مایع کرده و در جای خود قرار دهید.

در صورتی که هنگام استفاده از صابون مایع اطراف صابون مایع و رو شویی آلوده به قطرات صابون گردید بایستی روزانه تمیز و صابون های اضافی آن پاک گردد.

توجه: از پر کردن مجدد ظرف صابون مایع بدون شستن و ضدعفونی کردن آن پرهیز نمایید.

در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون در محیط ( به دلیل احتمال آلودگی با عوامل بیماریزا منتقله از راه خون مانند HIV.....) به شرح ذیل عمل می گردد:

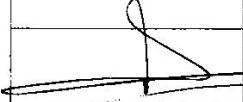
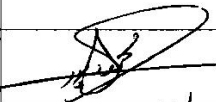


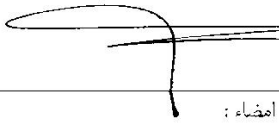
- ۱- دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود (رعایت احتیاطات استاندارد).
- ۲- خون و مواد آلوده با دستمال یکبار مصرف جمع آوری و ژاک شود . (دستمال یکبار مصرف به دستمال کاغذی و یا ساخته شده از یاف پنبه گفته می شود که فقط یکبار مورد استفاده قرار گرفته و سپس همانند دیگ رزباله ها از بین می رود).
- ۳- محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون) شسته شود.

➤ با محلول هیپوکلریت سدیم ( آب ژاول خانگی ، وایتکس ) گندزدایی شود اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۱ درصد در صورت داشتن خلل و فرج از رقت ۵ درصد ماده گندزدا استفاده می شود. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضدعفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه گردد .

توجه: در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از ۳۰ سی سی ) یا اگر خون و سایر مایعات محتوی شیشه شکسته با اشیاء نوک تیز باشند باید:

- ۱- پارچه یکبار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند.
- ۲- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۵ درصد ریخت و حداقل ۱۰ دقیقه صبر کرد
- ۳- با دستمال یکبار مصرف آن را جمع کرد با آب و دترجنت محل را پاک و تمیز نمود.
- ۴- با محلول هیپوکلریت سدیم (آب ژاول) گندزدایی انجام شود. (مانند شرح قبلی)

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس کنترل عقونت	مهتری راسخی		کارشناس بهداشت محیطا	مقصود محمود پور
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	نیره فرج زاده		ناظر خدمات	روح الله سربازی فرد
امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علی پور		
			تاریخ تایید :		
امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			شماره و تاریخ ابلاغ :		
			سمت : رئیس مرکز		



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: سالم سازی سبزیجات آماده

کد دستورالعمل: INS-۱۶

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف:** به منظور پیشگیری از بروز بیماری های اسهالی و واگیردار، میوه و سبزیجات را پس از گندزدایی و سالم سازی مصرف نمائیم.


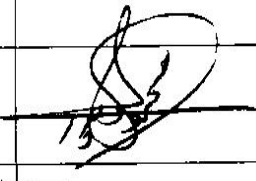
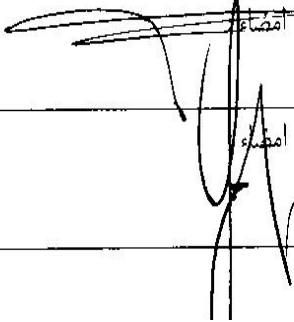

**اهداف:** ارائه غذایی با کیفیت بالا و فاقد آلودگی برای بیماران و کارکنان بیمارستان

**دامنه:** کلیه کارکنان آشپزخانه بیمارستان

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

- پاک سازی: ابتدا سبزیجات را بخوبی پاک کرده و شستشو دهید تا مواد زائد و گل ولای آن برطرف شود.
- انگل زدایی: سپس آنرا در یک ظرف ( ۵ لیتری ) ریخته بازای هر لیتر ۳ تا ۵ قطره مایع ظرفشویی معمولی به آن اضافه کرده و ظرف را از آب پر کرده قدری بهم بزنید تا تمام سبزی در داخل کفاب قرار گیرد. مدت ۵ دقیقه سبزی را در کفاب نگهداری سپس سبزی را از روی کفاب جمع آوری و کفاب را تخلیه کرده و ظرف و سبزی را مجدداً با آب سالم شستشو دهید تا تخم انگل و باقیمانده مایع ظرفشویی از آنها جدا شوند.
- گندزدایی: برای ضدعفونی و از بین بردن میکروبها، یک گرم ( نصف قاشق چایخوری ) پودر پرکلرین ۷۰٪ را در ظرف ۵ لیتری پر از آب ریخته کاملاً حل کنید تا محلول ضد عفونی کننده بدست آید. سپس سبزی انگل زدایی شده را برای مدت ۵ دقیقه در محلول ضد عفونی کننده فوق قرار دهید تا میکروبهای آن کشته شوند. توضیح آنکه اگر پر کلرین در دسترس نباشد می توانید از وایتکس ۵٪ به اندازه دو قاشق مربا خوری ( بجای یک گرم پودر پر کلرین ) و یا هر ماده ضدعفونی کننده مجاز دیگری که در داروخانه ها و سوپرمارکت ها وبقالی ها وجود دارد طبق دستورالعمل آن مصرف نمایید.
- شستشو: سبزی ضد عفونی شده را مجدداً با آب سالم بشوئید تا باقیمانده کلر از آن جدا شود و سپس مصرف نمائید.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس تغذیه	هنوالة فضل شاكر		کارشناس بهداشت محیط	مقصود محمود پور
					نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علی پور سمت : مدیر مرکز تاریخ تایید:
					نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:

منابع مورد استفاده : قوانین ماده ۱۳ آئین نامه بهداشت محیط-روندکاری بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا با حداقل های مورد

انتظار

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴	کد دستورالعمل: ۱۷ - INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

تعداد صفحه: ۲

**تعریف:** کلیه مراحل طی می شود تا ماده غذایی در آشپزخانه آماده سازی و طبخ و با رعایت حفظ زنجیره سرد و گرم با اصول بهداشتی در بین بیماران و همراهان سرو و توزیع شود.

**اهداف:** ارائه غذایی با کیفیت بالا و با دمای مناسب برای بیماران - همراهان و کارکنان بیمارستان

**دامنه:** واحد تغذیه - واحد آشپزخانه

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):

**توزیع و سرو غذا:**

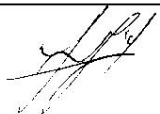
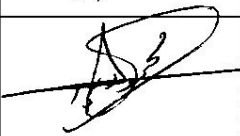


- توزیع غذا باید توسط کادر خدمات مخصوص توزیع صورت گیرد.
- متصدیان توزیع غذا باید از پیشبند، دستکش و ماسک استفاده نمایند.
- کارکنان توزیع و سرو غذا، باید آموزش میزبانی را دیده، از نحوه صحیح توزیع و سرو غذا آگاهی داشته و براساس آن عمل نمایند.
- توزیع غذای بیماران باید به نحوی باشد که غذاها با دمای مناسب (غذای گرم، به صورت گرم و غذای سرد، به صورت سرد) توزیع شوند.
- توزیع غذا باید راس ساعت مقرر و طبق برنامه تنظیمی کارشناس تغذیه صورت گیرد.
- بیمارستان باید دارای تجهیزات سالمی مانند تراسی های گرمخانه دار مخصوص توزیع غذا با آسانسورهای مخصوص حمل سینی غذا از آشپزخانه به بخش ها بوده که برای توزیع غذاها با دمای مناسب بین بیماران و همراهان آن ها باشد.
- ترالی گرمخانه دار جهت توزیع غذا باید به تعداد کافی و متناسب با تعداد بخشهای بستری موجود باشد.
- ترالی گرمخانه دار باید توانایی نگهداری غذای گرم را در درجه حرارت ۵۷ درجه سانگیراد و بالاتر را داشته باشد.
- ترالی گرمخانه دار باید توانایی نگهداری غذای سرد را در درجه حرارت ۵ درجه سانگیراد و کمتر را داشته باشد.
- کلیه ترالی های حمل غذا باید در زمان حمل و توزیع تمیز بوده و اصول بهداشتی در زمان استفاده از آنها رعایت شود.
- داخل ترالی های حمل غذا باید به طور منظم تمیز و روزانه شستشو شود.
- قبل از انتقال ترالی غذا به بخش، باید کنترل و ثبت درجه حرارت غذا بطور تصادفی صورت گیرد.

۱۳. قبل از انتقال به بخش ، باید درجه حرارت غذای گرم ( مانند برنج - انواع خورشها و خوراکها ) حداقل ۷۰ درجه سانتیگراد باشد.

۱۴. مدت سرو غذای گرم باید محدود به ۳۰ دقیقه باشد.

۱۵. قبل از انتقال به بخش ، باید درجه حرارت غذای سرد ( مانند سس های سرد ، سالاد اولویه ، سالادها ) حداکثر ۵ درجه سانتیگراد باشد.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ابولفضل شاکر	مسئول تغذیه				
مقصود محمود پور	کارشناس بهداشت محیط				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علی پور		امضاء :			
سمت : مدیر مرکز	تاریخ تایید:				
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء :			
سمت : رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :				

منابع مورد استفاده : سیاست های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان های کشور



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : شستشوی انواع البسه

کد دستورالعمل: ۱۸-INS

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف :** در ضوابط مربوط به رختشویخانه اصطلاحات ذیل در معانی مربوطه به کار می روند:

➤ **بهداشت فردی :** رعایت دستورات و عادات بهداشتی و دوری جستن از رفتارها و عادات غیربهداشتی که باعث می شود ، فرد در معرض عوامل و شرایط بیماریزا قرارنگرفته و به بیماری ناشی از آنها مبتلا نشود.

➤ **رخت تمیز:** البسه و ملحفه و سایر اقلام شسته شده می باشند.

➤ **رخت استفاده شده :** البسه و سایر اقلام که برای مراقبت یا معاینه مورد استفاده قرار گرفته اند که خود به دودسته تقسیم می شوند:

➤ **رخت آلوده ( عفونی):** در صورتی که آلودگ قابل رویت با خون ، مدفوع و سایر مایعات بیولوژیک وجود داشته باشد و یا رخت توسط یک بیمار با عفونت شناخته شده استفاده شده باشد .

➤ **رخت کثیف ( چرک) :** البسه استفاده شده غیراز البسه عفونی

➤ **گندزدایی:** به از بین بردن عوامل میکروبی از روی محیط بی جان و اشیاء ، گندزدایی می گویند.

➤ **آب داغ:** آبی که دمای آن حداقل ۷۱ درجه سانتیگراد باشد.

➤ **کارکنان رختشویخانه:** کلیه افرادی که به نحوی در فرآیندهای خدمات رختشویخانه نقش دارند.

**اهداف :** جلوگیری از عفونت های بیمارستانی و کاهش بار میکروبی البسه و ملحفه ها

**دامنه :** واحد رختشویخانه - واحد بهداشت محیط



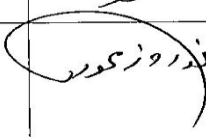
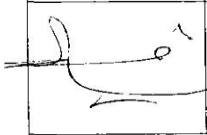

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

۱. کلیه کارکنان واحد رختشویخانه باید دارای لباس کار مناسب ، چکمه ، دستکش و ماسک باشند.
۲. هر گونه خوردن و آشامیدن و استعمال دخانیات در رختشویخانه ممنوع می باشد.
۳. ورود افراد متفرقه به داخل رختشویخانه ممنوع است.
۴. تمامی لباسها و ملحفه های کثیف آورده شده از بخش ها و اتاق عمل باید در بین های کثیف به رنگ قرمز آورده شوند باید توجه داشت ترالی حمل لباس های کثیف همیشه قرمز رنگ است.



۵. لباس ها و ملحفه های خونی ابتدا باید توسط آب سرد شسته شده ( در داخل ماشین لباسشویی ) تا لکه های خون از بین برود سپس باید از مواد گندزدا و شوینده طبق مقادیر توصیه شده استفاده کرد و از آنجا به داخل ماشین خشک کن منتقل شده و در نهایت اتو کشی گردد. اتو کشی باید توسط دستگاه اتوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق اتو کشی شوند.
۶. ترالی حمل لباس کثیف باید بطور مرتب شستشو و گندزدایی شوند.
۷. برای بردن لباس ها و ملحفه های تمیز باید از ترالی حمل لباس تمیز که به رنگ سفید است استفاده کرد.
۸. کلیه لباس های کارکنان بیمارستان باید بطور جداگانه در داخل لباسشویی جداگانه ای که به این منظور در نظر گرفته شده است شسته شود و لباس های واحد خدمات به طور مرتب روز دوشنبه و لباسهای واحد تاسیسات روز سه شنبه هر هفته شسته شوند.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
مقصود محمود پور	کارشناس بهداشت محیط		مهری راستی	کارشناس کنترل عفونت	
نوروز علی محمودی	مسئول رختشویخانه		نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علی پور		امضاء : 			
سمت : مدیر مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		امضاء : 			
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :			

منابع مورد استفاده: ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها ( معاونت بهداشت مرکز سلامت محیط و کار )



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: ۱۹-INS تعداد صفحه: ۲
---	--

**تعریف:** در ضوابط مربوط به رختشویخانه اصطلاحات ذیل در معانی مربوطه به کار می روند:

- **بهداشت فردی:** رعایت دستورات و عادات بهداشتی و دوری جستن از رفتارها و عادات غیربهداشتی که باعث می شود، فرد در معرض عوامل و شرایط بیماریزا قرارنگرفته و به بیماری ناشی از آنها مبتلا نشود.
- **رخت تمیز:** البسه و ملحفه و سایر اقلام شسته شده می باشند.
- **رخت استفاده شده:** البسه و سایر اقلام که برای مراقبت یا معاینه مورد استفاده قرار گرفته اند که خود به دودسته تقسیم می شوند:
- **رخت آلوده (عفونی):** در صورتی که آلودگ قابل رویت با خون، مدفوع و سایر مایعات بیولوژیک وجود داشته باشد و یا رخت توسط یک بیمار با عفونت شناخته شده استفاده شده باشد.
- **رخت کثیف (چرک):** البسه استفاده شده غیراز البسه عفونی
- **گندزدایی:** به از بین بردن عوامل میکروبی از روی محیط بی جان و اشیاء، گندزدایی می گویند.
- **آب داغ:** آبی که دمای آن حداقل ۷۱ درجه سانتیگراد باشد.
- **کارکنان رختشویخانه:** کلیه افرادی که به نحوی در فرآیندهای خدمات رختشویخانه نقش دارند.

**اهداف:** جلوگیری از عفونتهای بیمارستانی و کاهش بار میکروبی البسه و ملحفه ها

**دامنه:** واحد بهداشت محیط - واحد رختشویخانه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

مراحل شستشو عبارتست از:

- ❖ شستشوی آب سرد ( در صورتی که رخت ها آغشته به خون باشند برای زدودن خو آنها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند)
- ❖ شستشوی اصلی با آب داغ
- ❖ افزودن سفیدکننده
- ❖ آبکشی


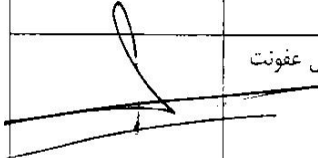
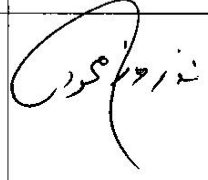
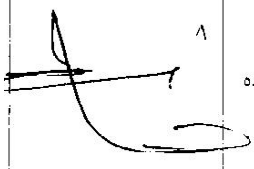

رختها باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شستشو گردند

استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم)، مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود. میزان کل کلرباقیمانده در دسترس در محلول ۱۵۰-۵۰۰ پی پی ام باشد. در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به ۷۱ درجه سانتیگراد، باید از محلول های گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل های مربوطه استفاده کرد.

قبل از شستشو نسبت به ثبات رنگ البسه و پارچه رنگی اطمینان حاصل شود ماده گندزدای مصرفی در رختشویخانه آب ژاول یا وایتکس می باشد که غلظت آن ۵/۵ درصد است مقدار ماده شوینده و ماده گندزدای مصرفی طبق جدول ذیل می باشد:

حجم ماشین لباسشویی	نوع البسه مورد شستشو	مایع ظرفشویی	مقدار پودر رختشویی	مقدار ماده گندزدا	مقدار پودر لکه بر
۵۰ کیلو گرمی	ملحفه های سفید	-	۱ پیمانه بزرگ	۱/۵ لیتر	۱/۵ پیمانه
۵۰ کیلو گرمی	ملحفه های رنگی	۱۰۰ سی سی	۱ پیمانه بزرگ	-	۱/۵ پیمانه
۲۵ کیلو گرمی	ملحفه های سفید	-	۲/۳ پیمانه بزرگ	۱ لیتر	۱ پیمانه
۲۵ کیلو گرمی	ملحفه های رنگی	۵۰ سی سی	۲/۳ پیمانه بزرگ	-	۱ پیمانه
۵۰ کیلو گرمی	رو تختی و پتو	۱۰۰ سی سی	۱ پیمانه بزرگ	-	۱ پیمانه

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
مقصود محمود پور	کارشناس بهداشت محیط		مهتری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
نوروز علی محمودی	مسئول رختشویخانه		نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر داود علی پور		امضاء: 			
سمت: مدیر مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده : ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها (معاونت بهداشت مرکز سلامت محیط و کار)



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانیکودکان



عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۴	کد دستورالعمل: ۲۰-INS تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

### تعریف:

پرتوها: شکلی از انرژی هستند که در خلاء یا ماده منتشر می شوند .

**پرتوهای یونساز:** دسته ای از پرتوها هستند که قابلیت یونسازی (تبدیل اتم به یون) دارند. پرتوهای X، گاما، آلفا، بتا و ..... از پرتوهای یونساز می باشند. این پرتوها در صورت برخورد با بافت زنده می توانند تغییراتی در مولکولهای DNA بدن ایجاد نموده و حتی می توانند منجر بیماریهایی چون سزطان، آب مروارید و مرگ گردند.

**پرتوهای غیر یونساز:** این پرتوهای دارای انرژی کافی برای یونیزاسیون نمی باشند و شامل پرتوهای ماوراء بنفش، نور مرئی، اشعه مادون قرمز، امواج ماکروویو و امواج رادیویی می گردند.

**اثرات احتمالی:** به اثراتی گفته می شود که به میزان دز پرتو بستگی ندارد و تنها احتمال وقوع آن وجود دارد که این اثرات می توان به سرطانها اشاره نمود.

**اثرات قطعی:** عوارضی هستند که اگر بدن بیش از یک دز معین از اشعه را دریافت کند حتما آن عوارض ظاهر خواهند شد. مانند اثرات خونی، قرمز شدن پوست و.....

**پرتوگیری بالقوه:** پرتوگیری که در شرایط عادی انتظار آن نمی رود ولی ممکن است در اثر وقوع سانحه در منبع و یا پیامد وقایع محتمل نظیر نقص فنی تجهیزات یا اشتباه انسانی رخ دهد.

**پرتوگیری پزشکی:** پرتوگیری بیمار بواسطه تشخیص یا درمان در پزشکی و دندانپزشکی و همچنین پرتوگیری افرادی که داوطلب مراقبت یا پرستاری از بیمار هستند (به استثنای کارکنان) و یا پرتوگیری افرادی که داوطلب شرکت در برنامه تحقیقاتی پزشکی می باشد.

**پرتوگیری شغلی:** مربوط به پرتوگیری کارکنان می باشد.

**پرتوگیری طبیعی:** پرتوگیری ناشی از منابع طبیعی می باشد.

**پرتوگیری عادی:** پرتوگیری قابل انتظار در شرایط عادی کار با منابع یا تأسیسات، با در نظر گرفتن پرتو گیریهای ناشی از سوانح جزئی قابل کنترل.

پرتوگیری افراد جامعه ناشی از فعالیت پرتوی و منابع مجاز. پرتوگیری مردم شامل پرتوگیری شغلی، پزشکی و یا زمینه طبیعی محیط نمی باشد.

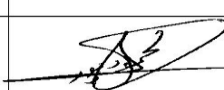
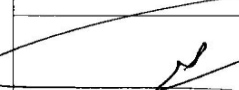
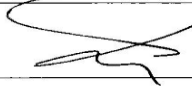
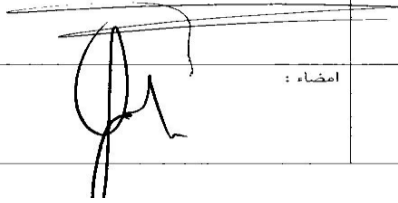
**اهداف:** کاهش بروز اثرات احتمالی تا جایی که امکان دارد و جلوگیری از بروز اثرات قطعی پرتوهای یونساز

**دامنه:** بخش رادیولوژی

### گام های دقیق انجام کار (ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول):

- وضعیت ساختمانی بخش رادیولوژی توسط مرکز بهداشت استان تایید شده است.
- اتاق عکسبرداری به طرز مناسب حفاظ گذاری گردیده تا از نشر هر گونه اشعه به بیرون جلوگیری گردد.
- مسول فیزیک بهداشت مرکز بهداشت استان هر سال جهت انجام دزیمتری بخش رادیولوژی مراجعه و نتیجه گزارش مربوطه را به بیمارستان ارسال می نماید.
- وسایل حفاظت فردی مورد نیاز توسط مسول بخش تهیه و در اختیار کارکنان بخش رادیولوژی قرار گرفته است.
- مسول فنی و مسول بخش آموزش لازم را در مورد حفاظت در برابر اشعه به کارکنان ارایه می دهند.
- جهت حفاظت فردی پرسنل مسول بخش در هنگام ورود پرسنل جدید یک دوزیمتر فردی (فیلم بج) در اختیار وی قرار می دهد.
- نتیجه پرتوگیری هر دو ماه یکبار توسط مسول بخش برای مراکز کار با اشعه ارسال می گردد.
- در صورتی که پرتوگیری فرد بیش از حد مجاز باشد علت آن باید توسط مسول بخش و مسول فیزیک بهداشت بررسی و نتیجه آن به امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران ارسال گردد تا اقدامات لازم در این زمینه انجام گیرد.
- کارکنان بخش رادیولوژی معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری مسول بهداشت محیط بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز اقدامات مداخله ای توسط مسول بهداشت محیط انجام می پذیرد.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
مقصود محمود پور	کارشناس بهداشتت محیط		علی عبدی	مسئول واحد تصویربرداری	
محمود رحیم زاده	مسئول فیزیک بهداشت				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر داود علی پور		امضاء:			
مدیر مرکز	تاریخ تایید:				
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:				

**منابع مورد استفاده:** دستورالعمل کار با پرتوها مربوط به سازمان انرژی اتمی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه جا به جایی درون بخشی و بین بخشی بیماران

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۹/۰۵	کد دستورالعمل : ۲۱-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۹/۲۶	
تاریخ آخرین ابلاغ : ۹۸/۹	

### تعریف :

- ◀ درون بخشی : انتقال بیمار در داخل بخش از یک تخت بستری به تخت دیگر یا به اتاق معاینه
- ◀ بین بخشی : انتقال بیمار، از یک واحد مراقبتی یا خدمات بالینی به واحد یا خدمات بالینی دیگر جهت ارائه خدمات بهتر و مناسب و مورد نیاز در آن مقطع (یا زمان)

### اهداف :

- نظارت هدفمند و برنامه نظارتی مدون و مستمر دفتر پرستاری برای تعیین و ارائه خدمات بالینی در سرویسهای تخصصی مورد نیاز بیماران
- نظارت بر اجرای صحیح و ایمنی جابجایی درون بخشی ، بین بخشی و انتقال اورژانسی بیماران جهت تسریع و تسهیل انجام کار
- انتقال ایمن بیمار
- تسریع و تسهیل در روند درمان

دامنه : کلیه بخش های با لینی و پارا کلینیکی بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار :

#### انتقال درون بخشی بیماران

۱. انتقال بیمار به اتاق یا تخت دیگر جهت انجام معاینه یا پروسیجری خاص یا در صورت وجود order پزشک مبنی بر جداسازی بیمار در پرونده و یا صلاحدید سرپرستار یا مسئول شیفت جهت چینش بهتر بیماران از نظر نوع بیماری و لزوم نزدیک بودن به ایستگاه پرستاری بخاطر وضعیت عمومی و حال بیمار ان انجام گیرد .
۲. توضیحات لازم جهت رفع هر گونه نگرانی و تشویش به بیمار و خانواده وی در خصوص علت جابه جایی ، اهداف و زمان انتقال ، توسط پزشک و پرستار مسئول بیمار داده شود.
۳. پرستار مسئول بیمار تجهیزات لازم جهت انتقال بیمار (اکسیژن پرتابل ، پالس اکسی متری و ... )را آماده نموده و تمامی اتصالات در هنگام حمل و نقل بصورت ایمن باشد تا کشیدگی و یا جداسدگی اتفاق نیفتد بایدکلیه نکات ایمنی را در هنگام انتقال بیمار در نظر بگیرد .
۴. بیمار در محل بستری جدید در وضعیت مناسب قرار داده شده و توسط پرستار مسئول بیمار کلیه اتصالات مجددا چک شده و از صحت عملکرد آنها اطمینان حاصل شود. .
۵. در ایستگاه پرستاری به تغییرات مستندات که شامل پرونده ، کاردکس و... اقدام نمائید.

۶. اقدامات انجام شده حتما در گزارش پرستاری ثبت گردد.

۷. در صورت انتقال بیمار جهت معاینه در تمامی مراحل ، پرستار بیمار از انتقال ایمن بیمار و برگشت به تخت مطمئن باشد.

### انتقال بین بخشی بیماران

۱. پزشک دستور کتبی انتقال بیمار به اولین بخش بستری یا تغییر بخش (به جهت تغییر تشخیص پزشکی، بستری در سرویس مشخص شده ، نیاز به جراحی، بدحال شدن و...) را در برگ دستورات پزشک ثبت ، مهر و امضاء می نماید.
۲. هماهنگی لازم توسط سرپرستار(شیفت صبح) و پرستار بیمار(شیفتهای عصر و شب) بخش مبداء ، طی تماس تلفنی، از سرپرستار(صبح) یا مسئول شیفت(عصر و شب) بخش مقصد ، وجود تخت خالی را جهت انتقال بیمار سوال می نماید.
۳. در صورتیکه در بخش مقصد تخت خالی وجود نداشته باشد :
  - پرستار، عدم وجود تخت خالی را به پزشک مربوطه و سوپروایزر کشیک اطلاع می دهد.
  - پزشک ، در صورت لزوم بخش دیگری را برای بستری تعیین می نماید.
  - سرپرستار یا پرستار بیمار در صورت دستور انتقال بیمار به بخش دیگر با نظارت دفتر پرستاری، به مسئول بخش مربوطه اطلاع می دهد تا در صورت خالی شدن تخت ، بیمار در بخش مقصد بستری گردد.
  - در مواردی که در بخشی محدودیت پذیرش بیماران سایر بخشها وجود داشته باشد ، دفتر پرستاری و سوپروایزر کشیک در مورد بستری شدن بیمار در آن بخش با ریاست بیمارستان یا رئیس بخش مربوطه ، هماهنگی لازم را انجام داده و کسب اجازه نموده و تایید انتقال را به مسئول بخشهای مبداء و مقصد اطلاع می دهد.
  - در صورت غیراورژانسی بودن و نبود تخت خالی ، بیمار با اطلاع پزشک معالج در بخش مبداء مانده و خدمات درمانی ، پزشکی ، پرستاری لازم را دریافت خواهد کرد تا زمانی که در بخش مقصد تخت خالی شود .
۴. در صورتی که در بخشهای جراحی ، تخت خالی وجود نداشته و بیمار نیاز فوری به عمل جراحی داشته باشد :
  - بیمار بعد از دادن آمادگی های لازم ، با رعایت موازین ایمنی وبا وسیله انتقال مناسب ، با پرونده و با همراهی رابط و در صورت بدحالی با همراهی پرستار یا پزشک ، به اتاق عمل منتقل می شود.
  - سرپرستار بخش مبداء و مقصد با نظارت دفتر پرستاری در شیفت صبح، و سوپروایزرهای کشیک در شیفتهای عصر و شب موظف هستند تخت خالی در بخش مقصد را ، برای انتقال بیمار از اتاق عمل مهیا نمایند
۵. در صورت وجود تخت خالی در بخش مقصد:
  - سرپرستار یا پرستار بیمار با نظارت و اطلاع دفتر پرستاری، وضعیت عمومی بیمار و انتقال وی را به مسئول شیفت بخش مقصد ، اطلاع می دهد تا جهت پذیرش بیمار آمادگی لازم صورت گیرد .
  - بخش مورد نظر امکانات و تمهیدات لازم را برای پذیرش بیمار فراهم می کند.
  - پرستار بعد از تکمیل گزارش پرستاری و مستندات ، بیمار را به همراه پرونده و کاردکس و کلیه مدارک ، به بخش مقصد، تحویل می دهد.
۶. در انتقال از اورژانس ، بیمار در وضعیت unstable با همراهی پزشک ، پرستار و بیماربر ، و در وضعیت stable با پرستار بیمار و بیماربر منتقل می شود.

\* مراجعه به شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

## ❖ انتقال بیمار به بخش مراقبتهای ویژه

✓ بخش های ویژه ملزم به پذیرش بیماران بد حال هستند، که در صورت نبود تخت خالی با تشخیص پزشک معالج و با نظارت و هماهنگی دفتر پرستاری، در صورت لزوم مجبور به جا به جایی بیماران به بخش های بستری شده که در نتیجه باعث خالی شدن تخت و پذیرش بیمار بدحال در بخش های ویژه می شود.

✓ پرستار بیمار وضعیت سلامت فعلی بیمار از جمله علائم حیاتی را در بخش مبدا قبل از انتقال کنترل کرده، و بعد از انجام کلیه موارد state و پروسیجرهای اورژانس و تثبیت وضعیت بالینی بیمار جهت پیشگیری از آسیب حین انتقال با رعایت نکات ایمنی و بعد از ثبت کامل اقدامات انجام یافته در گزارش پرستاری، بیمار به بخش ویژه منتقل می گردد.

✓ در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار و دستورپزشک مبنی بر انتقال سریع به بخش ویژه، بخشهای ویژه ملزم به پذیرش و انجام دستورات Stat می باشند.

✓ گزارش پرستاری بیمار را طبق دستورالعمل نگارش نحوه گزارش انتقال بیمار به کامل ثبت گردد(وضعیت عمومی بیمار، علت انتقال، زمان انتقال، اتصالات بیمار، مدارک و مستندات تحویلی، آخرین علائم حیاتی بیمار، فرد تحویل گیرنده بیمار).

\* مراجعه به خط مشی اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه

## ❖ انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش ها و بعکس

✓ پزشک بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی و تنفسی بیمار و در صورت stable شدن بیمار، بخش مقصد (بخش بستری قبلی یا بخش مراقبت ویژه) تعیین و دستور ترخیص بیمار را صادر و دستورات لازم بعد از عمل را در برگ مراقبت بعد از عمل ثبت و مهر و امضا می کند.

• مراجعه به دستورالعمل مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از اعمال جراحی

## ❖ انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش ها و بعکس

✓ پزشک بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی و تنفسی بیمار و در صورت stable شدن بیمار، بخش مقصد (بخش بستری قبلی یا بخش مراقبت ویژه) تعیین و دستور ترخیص بیمار را صادر و دستورات لازم بعد از عمل را در برگ مراقبت بعد از عمل ثبت و مهر و امضا می کند.

\* مراجعه به دستورالعمل مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از اعمال جراحی

## ❖ انتقال بیمار به بخش همودیالیز

- هماهنگی با بخش دیالیز
- همراه بودن پرستار با بیمار در حین تحویل الزامی می باشد.
- ارسال پرونده به همراه بیمار که دستور کتبی نفرولوژیست جهت همودیالیز داشته باشد.
- در صورت نیاز به تزریق خون یا فرآورده های خونی، قبل از شروع دیالیز توسط بخش مربوطه آماده و همراه بیمار به واحد دیالیز تحویل داده شود.


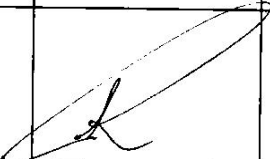

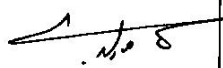
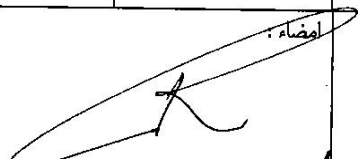

• داشتن جواب کتبی HBS Ag در پرونده بیمار

• کنترل راه های دستیابی عروقی بیمار در بخش مربوطه

\* مراجعه به دستورالعمل آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از دیالیز



جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
	سوپروایزر بالینی	فریبا دارابی		کارشناس پرستاری	شیوا محمدزاد اکبری
	امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده : <b>لیلی رسولی</b> مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان بیمارستان شهید بهشتی تهران، خیابان طالقانی، پلاک ۱۳۳ تلفن : ۸۸۰۰۷۲۱۱		
	امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده : کتاب استانداردهای خدمات پرستاری ، دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت ، تجربه بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: پذیرش و بستری بیماران

کد دستورالعمل: INS-۲۲

تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۷/۷

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف:** پذیرش و بستری بیمار در سرویس مربوطه بدون توقف بیمار در اورژانس

**هدف:** بستری بیماران در سرویس مربوطه بدون توقف در اورژانس

- ✓ بیمارانی که با دستور بستری از مطب یا درمانگاه با نظر متخصص یا فوق تخصص کودکان به بیمارستان مراجعه می نمایند، برای تعیین اولویت توسط پزشک متخصص مقیم اورژانس بر اساس وجود تخت بستری در سرویس مربوطه و بیماران اورژانسی نیازمند بستری، اولویت بندی می شوند.
- ✓ پزشک مقیم بیمارستان نقش bedmanager بیمارستان را بر عهده دارد.
- ✓ تا زمانی که بیماران اورژانس نیازمند بستری در اورژانس حضور دارند، پذیرش و بستری بیماران الکتیو صورت نخواهد گرفت.

**مخاطبین:**

کلیه همکاران پرستار، پزشکان متخصص و فوق تخصص، دستیاران کودکان و دستیاران فوق تخصص مرکز سایر پزشکان متخصص خارج از مرکز و کلینیک های سرپایی برای ارجاع بیمار به مرکز آموزشی درمانی کودکان جهت بستری

**دامنه:** واحد پذیرش، اورژانس و کلیه بخش های بالینی

**گام های دقیق انجام کار:**

کودکان بر اساس نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی در مرکز آموزشی درمانی کودکان، به شرح ذیل در این مرکز پذیرش می شوند:

**الف) بستری در همان روز (اورژانس)**

معیارهای بستری بیماران به صورت پذیرش مستقیم اورژانس (همان روز)

- ✓ سن کودک با معیارهای سنی بیمارستان کودکان مطابقت داشته باشد. (سن زیر ۱۴ سال تمام)
- ✓ کودک از یکی از پزشکان متخصص یا دستیاران مقیم اورژانس مرکز دستور بستری داشته باشد.
- ✓ کودک از نظر بالینی پایدار بوده و به خدمات درمانی اورژانسی نیاز نداشته باشد.
- ✓ کودک اندیکاسیون بستری بر اساس متون و رفرانس های علمی معتبر داشته باشد.

**۱) ارجاع بیمار از مطب شخصی پزشکان فوق تخصص و متخصص جهت بستری مستقیم اورژانس (همان روز) در سرویس مربوطه**

- ✓ بیمار با در دست داشتن معرفی بستری از پزشک معالج به واحد تریاژ اورژانس مراجعه می کند.

✓ پرستار پس از ارزیابی اولیه، بیمار را به پزشک مقیم اورژانس ارجاع می دهد.

✓ پزشک متخصص مقیم اورژانس ظرف مدت حداکثر ۲۰ دقیقه پس از ورود بیمار، کودک را ویزیت و در صورت نیاز دستور بستری بیمار را صادر می کند.

✓ در صورتی که بیمار علائم حیاتی ناپایدار (عمدتاً سطح ۱ و ۲ تریاژ) داشته باشد جهت تثبیت علائم حیاتی می بایست کودک در بخش اورژانس پذیرش و و پس از تثبیت وضعیت در سرویس مربوطه پذیرش شود.

✓ در صورتی که در سرویس پزشک فوق تخصص مربوطه برای بیمار تخت خالی وجود داشته باشد، با نظارت پزشک مقیم اورژانس و در صورت نبودن بیماران اورژانس در اولویت بستری، بیمار با تشکیل پرونده بستری در سرویس مربوطه بستری و توسط پزشک بخش ویزیت و اقدامات لازم انجام می شود.

## ۲) ارجاع بیمار از سایر مراکز درمانی، شبکه های بهداشت درمان و سایر شهرستانها به دلیل نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی در این مرکز

✓ پزشک ارجاع دهنده با مرکز رصد سلامت دانشگاه با شماره تلفن ۳۳۳۵۲۱۴۲ تماس گرفته و اطلاعات دموگرافیک و تشخیص و بالینی بیمار را اعلام کرده و جهت پذیرش بیمار هماهنگی می کند.

✓ در صورت وجود تخت خالی در سرویس مربوطه در بیمارستان کودکان، مرکز رصد سلامت با پزشک متخصص مقیم اورژانس تماس گرفته و مشخصات دموگرافیک و اطلاعات بالینی در مورد کودک را می دهد و هماهنگی انجام می شود.

✓ اگر ارجاع در سطح فوق تخصصی باشد پزشک مقیم اورژانس باید با آنکال مربوطه و یا دستیار فوق تخصص سرویس مربوطه یا دستیار کودکان شاغل در آن بخش تماس گرفته و تخت برای آن بیمار رزرو شود.

✓ بیمار با در دست داشتن برگه اعزام/ معرفی پزشک معالج، به واحد تریاژ اورژانس مراجعه می کند.

✓ در صورتی که بیمار علائم حیاتی ناپایدار (عمدتاً سطح ۱ و ۲ تریاژ) داشته باشد جهت تثبیت علائم حیاتی می بایست کودک در بخش اورژانس پذیرش و و پس از تثبیت وضعیت در سرویس مربوطه پذیرش شود.

✓ پزشک متخصص مقیم اورژانس بر اساس سطح تریاژ، کودک را ویزیت و دستور بستری بیمار را صادر می کند.

✓ بیمار با تشکیل پرونده بستری در سرویس مربوطه بستری می شود.

✓ دستیار کودکان بخش مربوطه، از بیمار شرح حال گرفته بیمار را ویزیت و دستورات لازم را ثبت می کند.

### ب) در نوبت بستری (الکتیو)

در صورت داشتن وضعیت پزشکی پایدار یا شکایت شناخته شده ای که نیاز به بررسی های تشخیصی می باشد، در صورت نبود اندیکاسیون های بستری مستقیم، بستری بیمار بنا به صلاحدید پزشک یا ترجیح بیمار و وجود تخت خالی، در زمان مناسب دیگری انجام می شود.

ترجیحا تمامی اقدامات و خدمات تشخیصی بیماران الکتیو می بایست قبل از بستری صورت گرفته باشد مگر اینکه لازم باشد اقدام تشخیصی بعد از بستری در بیمارستان صورت گیرد.

**نکته:** نوبت دهی تنها با دستور بستری پزشکان این مرکز انجام خواهد شد.

- ✓ والدین کودک نیازمند جراحی با در دست داشتن معرفی بستری از جراح معالج و برگ پذیرش بیمارستان، همه روزه در نوبت صبح جهت ثبت نوبت بستری به درمانگاه جراحی مراجعه می کنند.
- ✓ تمامی اقدامات پاراکلینیک مورد نیاز بیمار قبل از بستری صورت گرفته و مدارک ضمیمه برگ بستری می شود.
- ✓ کودک در روز نوبت بستری، ساعت ۱۳ تا ۱۴ به پرستار بخش مربوطه مراجعه و شماره تخت بیمار مشخص می شود.
- ✓ بیمار در درمانگاه توسط متخصص/رزیدنت بیهوشی ویزیت می شود.
- ✓ بیمار به واحد پذیرش بیمارستان (واقع در درمانگاه تخصصی) جهت تشکیل پرونده بستری مراجعه می کند.
- ✓ بیمار همراه والدین و به صورت مستقیم در بخش مربوطه بستری و توسط پزشک بخش ویزیت و اقدامات لازم انجام می شود.

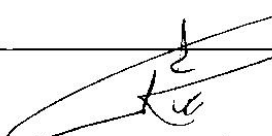
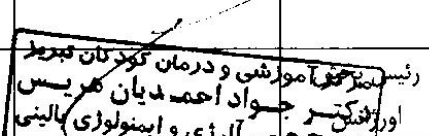
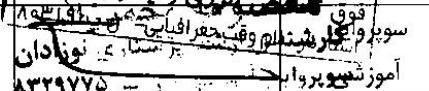
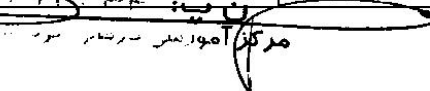
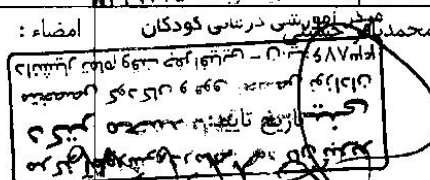
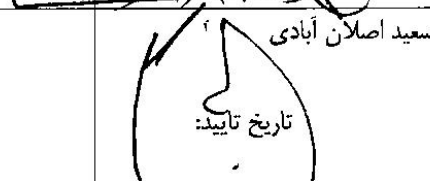
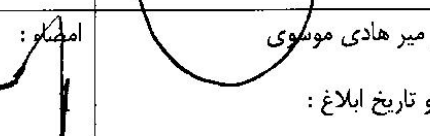

### دریافت IVIG

- ✓ بیماران توسط پزشکان فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی یا سایر پزشکان مرکز که مجاز به تجویز IVIG هستند، ویزیت شده و با در دست داشتن برگ دستورات پزشک و برگ پذیرش بیمارستان به درمانگاه خون مراجعه می کنند.
- ✓ والدین پس از تحویل مدارک لازم به منشی درمانگاه همراه با برگ پذیرش بیمارستان، به واحد پذیرش بیمارستان مراجعه و پرونده سرپایی تشکیل می شود.
- ✓ بیمار با در دست داشتن پرونده سرپایی به درمانگاه خون مراجعه و تزریق IVIG مطابق اصول تزریق انجام می شود.
- ✓ اطلاعات بیماران دریافت کننده IVIG در دفتر گزارش بخش ثبت می شود
- ✓ پس از اتمام تزریق بیمار مراحل ترخیص انجام می شود.

### شیمی درمانی

- ✓ در روز ترخیص بیمار از بخش خون و انکولوژی برای نوبت بعدی شیمی درمانی وقت داده می شود.
- ✓ در روز نوبت بستری، منشی بخش بر اساس تعداد بیماران ترخیص شده و اولویت بستری بیماران اورژانسی و نظر پزشک معالج با والدین کودک تماس گرفته و جهت بستری بیمار اطلاع رسانی می شود.
- ✓ کودک همراه والدین به بخش مراجعه می کند و برگ پذیرش بیمارستان توسط رزیدنت بخش تکمیل و سپس والدین جهت تشکیل پرونده بستری به واحد پذیرش بیمارستان مراجعه می کند.
- ✓ بیمار همراه والدین و به صورت مستقیم در بخش خون و انکولوژی بستری و توسط پزشک بخش ویزیت و اقدامات لازم انجام می شود.
- ✓ بیمارانی که به صورت سرپایی شیمی درمانی دریافت می کنند، روزهایی که پزشک معالج در درمانگاه خون حضور دارد جهت ویزیت و دریافت شیمی درمانی مراجعه می کنند. اطلاعات بیماران در دفتر گزارش بخش ثبت می شود.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی		رئیس بیمارستان آموزشی و درمانی کودکان کبیر	دکتر جواد احمدیان
ناهد خداداد سرپرستار بخش اورژانس	سرپرستار اورژانس	ناهد خداداد		رئیس فوق تخصص جراحی اطفال و جراح قلب و عروق کودکان و نوزادان	معصومه محمدزاد
	مرکز امور بیمار در بیمارستان	امضاء :		رئیس امور پرستاری در بیمارستان کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر محمود محمدیان
				رئیس بخش جراحی	سمت : مدیر گروه کودکان
				رئیس بخش جراحی	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر سعید اصلان آبادی
				رئیس مرکز	سمت : رئیس مرکز
					نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی
					سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده : دستورالعمل جامع اورژانس بیمارستانی ویرایش اول ۱۳۹۵، استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش شش



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : شناسایی صحیح بیماران

تاریخ تدوین: ۹۴/۱/۳۱	کد دستورالعمل: INS-۲۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۵	تعداد صفحه: ۶
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۲۲	

### تعریف:

به منظوره حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش های بستری، تحت نظر اورژانس، درمانگاه خون و دیالیز و LTM دارای دستبند/ اتیکت شناسایی جهت دریافت اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باشند. الزامیست شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/ درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان درمانی در کلیه بیماران بستری و تمامی بخش ها و واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپپی ها و... اجرا گردد. استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیص صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

### دامنه:

کلیه بخش های بستری و سرپایی- پزشکان معالج- رزیدنتها- انترنها- سرپرستاران بخش ها- پرستاران- منشی بخش ها

**اهداف:** ارتقاء ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطرات بالقوه

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** سرپرستار بخش- واحد پذیرش

\*برخی حیطه های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود شامل موارد ذیل است:

- دارودهی
- فلبوتومی
- ترانسفوزیون خون
- اقدامات تهاجمی
- اعمال جراحی
- اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
- ترخیص نوزادان
- خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها
- انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیزو ...)
- ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به کارگیری نیروها از سایر بخش ها)

- بیماران تازه وارد اورژانس
- بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه

### \*برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

- خردسال بودن بیماران
- تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت های کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی
- عدم برقراری ارتباط صحیح بین کارکنان
- عدم به کارگیری چک لیست قبل از عمل
- عدم رعایت روشهای صحیح کنترلی
- بیماران دارای محدودیتهای خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبان های مختلف
- بیماران با سطح هوشیاری پایین یا کوما
- بیماران با معلولیت یا اختلالات ذهنی

### روش اجرایی

۱. سایز دستبند شناسایی باید متناسب با سایز بیماران تهیه گردد. جنس دستبند باید از مواد قابل انعطاف و نرم بوده و موجب تعریق و تحریک پوستی و آلرژی نگردد و مندرجات روی دستبند شناسایی بایستی برای مدت طولانی، دوام داشته باشد.
۲. دستبند شناسایی باید شامل اطلاعات نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد و نام پدر بوده و توسط پذیرش تهیه و الصاق گردد.
۳. در صورت عدم نامگذاری برای نوزاد باید اطلاعات مندرج بصورت ذیل باشد: نام خانوادگی نوزاد، نام پدر، تاریخ تولد و در صورت نام نهادن برای نوزاد نیز بدین صورت ثبت گردد: نام و نام خانوادگی نوزاد، نام پدر، تاریخ تولد
۴. مشخصات بیمار بایستی بصورت خوانا و واضح، بر روی دستبند شناسایی توسط دستگاه لیبل زن درج شود. نوشتن حداقل دو شناسه نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه، سال) و در بیماران مشابه نام پدر، با رنگ مشکبیا آبی در پس زمینه سفید الزامی است.
۵. با توجه به اینکه بیماران بستری در این مرکز، کودکان بوده و جزء گروههای پرخطر و در معرض خطرسقوط، زخم فشاری و ... محسوب می شوند، باید از رنگ زرد برای دستبند شناسایی بیماران استفاده گردد. به منظور شناسایی نوع خطر در بیماران ضرورت دارد بر روی دستبند شناسایی بیماران، نوع خطر شناسایی شده مطابق کدهای اختصاری به شرح ذیل با استفاده از ماژیک مشکبیا/آبی (مارکر غیر وایت برد) توسط پرستار قید گردد:
 

خطر سقوط F- خطر زخم فشاری B- ترومبوزوریدهای عمقی T- خطر خودکشی S- پلی فارماسی P Ph- خطر سوءتغذیه MN
۶. رنگ قرمز دستبند فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی باید استفاده شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکبیا یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ قرمز چسبانیده شود.
- تبصره: با توجه به اهمیت شناسایی بیماران به عنوان پایه اصلی ایمنی بیماران و اهمیت دارا بودن دستبند شناسایی، در صورتی که تهیه دستبند شناسایی زرد رنگ یا قرمز رنگ، در شرایط خاصی به دلیل عدم دسترسی به کارتریج رنگهای مذکور مقدور نبود، ضرورت دارد تا زمان تهیه دستبندهای مذکور از دستبند سفید رنگ استفاده گردد. ضمناً در صورت عدم دسترسی به دستبند سفید رنگ، مطابق تصمیم تیم مدیریت و رهبری، اقدام به تهیه دستبند دیگر در آن برهه زمانی شود و در اسرع وقت اقدامات لازم جهت دسترسی به دستبندهای زرد و قرمز صورت گیرد.
۷. در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج، بر روی دستبند شناسایی، توسط والدین بیمار یا یکی از بستگان درجه یک کنترل گردد.

(باتوجه به اینکه این مرکز پذیرنده نوزادان تا کودکان ۱۵ ساله می باشد ، جهت شناسایی بیماران به دلیل کم سن بودن آنها از والدین بیمار باید کمک گرفته شود.)

۸. ضروریست ولی بیمار ، دریافت دستبند شناسایی را در پشت برگه پذیرش پرونده ، به صورت کتبی تایید و امضا نماید .
۹. الزامیست در هنگام پذیرش بیماران در بخش ها و واحدهای درمانی یک دستبند شناسایی دراطفال به بازوی غالب بیمار و در نوزادان ، دو دستبند شناسایی به هر یک از مچ پاها، به نحوی که پوست تحت فشار قرار نگیرد ، بسته شده و به بیماران ( در صورت خردسال نبودن )و والدین آنها در زمینه ضرورت حفظ دائمی و مراقبت از دستبند شناسایی طی مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود .

**توجه :** باید پس از انتقال بیمار از اورژانس به بخشها مجددا توسط پرستار ، ضرورت حفظ دائمی دستبند شناسایی و مراقبت از آن به والدین آموزش داده شود .

۱۰. برای بیمارانی که از سایر مراکز به این مرکز اعزام می شوند باید اقدام به چاپ دستبند شناسایی مربوط به این مرکز شده و از استفاده دستبند شناسایی سایر مراکز اجتناب گردد .

۱۱. باید قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی ، درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه ( نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد به روز، ماه ، سال ) و توجه نمودن به رنگ دست بند به صورت فعال انجام و نباید هیچگاه از شماره تخت و اتاق برای شناسایی بیماران استفاده گردد.

۱۲. ضروریست در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار ، نام پدر نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی درج شود. ( به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام مشابه عبارت " احتیاط : بیمار با اسامی مشابه " قید شود. )

۱۳. در صورتی که بیمار مجهول الهویه باشد وجود موارد ذیل در دستبند شناسایی الزامی است: نام: مجهول الهویه و در صورت تعدد بیماران با این عنوان: مجهول الهویه ۱، مجهول الهویه ۲ ، ... و شماره پرونده ، نام بخش و نام بیمارستان

**تبصره :** در موارد آسیب های اندام فوقانی منجمله شکستگی و سوختگی اندام های فوقانی و... دستبند شناسایی به مچ پای بیمار بسته خواهد شد .

**تبصره :** در موارد آسیب های اندام فوقانی منجمله شکستگی و سوختگی اندام های فوقانی و تحتانی دستبند شناسایی بر لباس بیمار روی ناحیه قفسه سینه نصب شود .

## روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد ، سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
۳. اگر بیمار کودک خردسال/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / بستگان درجه یک ، او را شناسایی نمایید.

۱۴. به منظور پیشگیری از وقوع حوادث تهدید کننده حیات بیمار در تغذیه ی مکمل ویریدی و تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری ، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران ، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کاد رحرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

۱۵. در صورت باز نمودن دستبند شناسایی توسط کارکنان باید فوراً توسط فرد مربوطه اقدام به بستن شود و در صورت مفقود شدن احتمالی دستبند باید هویت بیمار توسط دو پرستار دوباره شناسایی و بیماران دیگر بخش نیز از نظر اشتباه شدن دستبند آنها با



دستبند بیمار مربوطه بازبینی و اقدام به درخواست چاپ مجدد دستبند توسط پذیرش و الصاق آن به بیمار پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات شود و در گزارش پرستاری اقدامات انجام یافته، ثبت گردد.

۱۶. الزامیست در هنگام ترخیص، دستبند شناسایی بیمار را تحویل پرستار بیمار گردیده و امحاء شود.

۱۷. ضرورت دارد نظارت کامل بر نحوه اجرای دستورالعمل شناسایی بیمار توسط سرپرستاران بخش ها و واحدهای درمانی و مسئولین واحدهای پاراکلینیک صورت گیرد.

۱۸- کارشناس ایمنی و سوپروایزرین باید در بازدید از بخشها و واحدها نحوه شناسایی فعال بیماران را کنترل و موارد مغایرت را گزارش نمایند.

**به منظور پیشگیری از وقوع حوادث تهدیدکننده حیات بیمار، اقدامات ذیل الزامیست :**

**\* قبل از هر نوع نمونه گیری در بخش ها و واحدهای درمانی :** ضروریست در زمان اخذ نمونه های خون، پس از شناسایی فعال بیماران، برچسب مشخصات بیمار که مشتمل بر نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، نام پدر، شماره پرونده و تاریخ نمونه گیری پس از اخذ نمونه و قبل از ترک بالین بیمار، روی لوله آزمایش چسبانده شود. کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب اطلاعات حاوی اطلاعات ناقص، لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت نمایند.

**\* قبل از تزریق فرآورده های خونی :** در فرایند انتقال خون نیز بایستی چک همزمان توسط دو نفر پرستار و با تایید صحت شناسه ها، دستورات پزشکی و انطباق آنها با یکدیگر صورت پذیرد. باید به منظور اطمینان از تزریق خون صحیح به بیمار صحیح، پرستار مسئول بیمار قبل از انتقال خون از والدین بیمار، در خواست نماید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و نام پدر بیمار را به صورت کلامی ادا نماید و اطلاعات را با مشخصات دستبند شناسایی و پرونده بیمار مطابقت دهد. (در صورتی که بیمار بدون همراه است، ضرورت دارد دو پرستار قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی را با پرونده بیمار مطابقت دهد.)  
در تطابق فرآورده خونی ضروریست حداقل موارد ذیل چک شود: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (به روز و ماه و سال) شماره پرونده و شماره فرآورده خونی

**\* قبل از دارو دادن :** ضرورت دارد در هنگام دادن دارو به بیمار، پرستار مشخصات بیمار در کاردکس دارویی را با دستبند شناسایی مطابقت داده و از بیمار / والدین درخواست کند تا نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد را بصورت کلامی ادا نماید و پس از اطمینان از شناسایی بیمار، اقدام به دارو دهی مطابق هفت قانون دارو دهی نماید. (در صورتی که بیمار بدون همراه است، پرستار قبل از دارو دادن اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی را با پرونده بیمار و سپس با کاردکس دارویی مطابقت دهد.)

**\* قبل از اقدام به اعمال تهاجمی و غیر تهاجمی توسط پزشک و یا پرستار:** باید قبل از هر گونه اقدامی، پزشک/ پرستار مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی مطابقت داده و از بیمار / والدین درخواست می کند تا نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، تاریخ تولد را بصورت کلامی ادا نماید. پس از حصول اطمینان از شناسایی بیمار، اقدام تهاجمی و یا غیر تهاجمی را انجام می دهد. (در صورتی که بیمار بدون همراه یا کم سن است، قبل از اقدام، اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی را با پرونده بیمار مطابقت دهد.)

**\* بخشهای جراحی و اتاق عمل:**

۱. قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل پرستار مسئول بیمار از والدین بیمار می خواهد که نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، تاریخ تولد، موضع عمل و نوع عمل جراحی را به طور کلامی ادا نماید و اطلاعات را با دستبند شناسایی و پرونده بیمار مطابقت دهد.

۲. در اتاق عمل و قبل از شروع عمل، در صورتی که بیمار هوشیار و غیر خردسال است، پرستار/پزشک از بیمار در خواست نماید نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، نوع عمل و موضع عمل خود را به زبان بیاورد و مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده بیمار با هم و با خود اظهاری بیمار تطبیق داده شود. (در صورتی که بیمار بدون همراه یا کم سن است، قبل از اقدام، اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی، با پرونده بیمار مطابقت داده شود.)

#### \*بخش دیالیز:

در بخش همودیالیز بدلیل سرپایی بودن بیماران و مراجعه ۳ بار در هفته و انجام همودیالیز به مدت ۴ ساعت، بجای دستبند شناسایی بیمار، اتیکت شناسایی مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و نام پدر، تهیه شده و توسط پرستار مسئول بیمار بعد از شناسایی فعال بیمار و مطابقت دادن مشخصات بیمار با پرونده وی، بر روی سینه بیمار الصاق می شود. پس از اتمام دیالیز، اتیکت شناسایی بیماران اخذ، ضدعفونی و برای استفاده بعدی در بخش نگهداری شود.

#### \*واحد درمانگاه خون:

بدلیل سرپایی بودن بیماران و مراجعه متناوب جهت انجام اقدامات درمانی برای بیمار طی روزهای مشخص در هر ماه، بجای دستبند شناسایی بیمار، در اولین مراجعه اتیکت شناسایی مشتمل بر نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر تهیه شده و توسط پرستار مسئول بیمار بعد از شناسایی فعال بیمار و مطابقت دادن مشخصات بیمار با پرونده وی، بر روی سینه بیمار الصاق می شود. پس از اتمام اقدامات درمانی، اتیکت شناسایی بیماران اخذ، ضدعفونی و برای استفاده بعدی در بخش نگهداری شود.

#### واحدهای پاراکلینیک:

##### -آزمایشگاه:

- در واحد آزمایشگاه جهت خونگیری از بیماران سرپایی باید فرد نمونه گیر، از بیمار غیر خردسال / والدین بخواهد تا بصورت کلامی نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و نام پدر را ادا کند و آن را با مشخصات موجود در برگ درخواست آزمایش مطابقت دهد.
- بر چسب کلیه نمونه ها باید واجد نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، نام پدر، شماره پرونده و تاریخ نمونه گیری باشند.
- در صورت وجود هر گونه ابهام در ارتباط با بر چسب نمونه ها، بهتر است که نمونه گیری مجدد، انجام شود و فرایندی که منجر به اشتباه شده است، بررسی گردد.

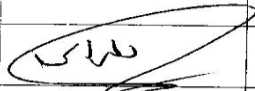



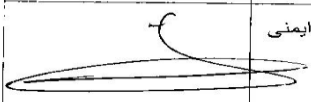


##### - سایر واحدهای پاراکلینیک (اسکن - رادیولوژی - اکو کاردیو گرافی - نوار مغزی - اندوسکوپی - ...):

پرسنل واحدهای مذکور قبل از انجام خدمات درخواستی، نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و نام پدر بیمار را از والدین یا بیمار (در صورت خردسال نبودن و هوشیاری) سوال نموده و با دستبند شناسایی بیمار و برگه درخواست ارسال شده از بخش یا درخواست ارسالی در HIS مطابقت می دهند.

#### امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن: چک لیست ارزیابی توسط سوپروایزرین - چک لیست ارزیابی میدانی

ایمنی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مسئول ایمنی

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر	خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاءالله هیرادفر
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	کارشناس ایمنی	خانم زیلا شکراللهی		سوپروایزر آموزشی	خانم معصومه محمزداد
				مسئول واحد مدارک پزشکی	آقای علیرضا قهرمانی
		امضاء:		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میرهادی موسوی	
				سمت: ریاست مرکز تاریخ تایید:	
		امضاء:		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی	
				سمت: ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:	

## منابع :

- گاید لاین شناسایی صحیح بیمار، فرناز مستوفیان، وزارت بهداشت مرداد ۹۲  
 دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت  
 راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم سال ۹۸  
 تجربه بیمارستان



## مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از اسکوپپی ها

کد دستورالعمل: ۱-۲۴-INS

تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۷/۷

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

### تعریف :

مراقبت مستمر یعنی مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز دارد. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانواده‌هاش این است که مراقبین میدانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند.

اسکوپپی یعنی مشاهده بخش هایی از اندام های داخلی بدن نظیر معده، روده، ریه و ...

**هدف :** حفظ و ارتقا ایمنی بیمار

**دامنه :** کلیه بخش های بالینی بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار:

لازم به ذکر است:

- آندوسکوپپی و کولونوسکوپپی دستگاه گوارش در واحد آندوسکوپپی و تحت آرامبخشی یا بیهوشی انجام می شود.
- برونکوسکوپپی در اتاق عمل انجام می شود و باید شب قبل از پروسیجر لیست عمل به اتاق عمل ارسال گردد.
- بیمار کاندید کولونوسکوپپی از سه روز قبل از بستری فقط رژیم مایعات صاف شده دریافت می کند و از ۴۸ ساعت قبل از انجام پروسیجر در بخش بستری می شود.

### آمادگی و مراقبت قبل از آندوسکوپپی (دستگاه گوارش فوقانی-مری معده- دوازدهه)، کولونوسکوپپی و برونکوسکوپپی

- پزشک داروهای Anticoagulant را از یک یا چند روز قبل از اسکوپپی قطع می کند و کودک داروی ضد انعقاد دریافت نمی کند.
- پزشک علت انجام پروسیجر و عوارض را به کودک/والدین توضیح داده و در برگیره رضایت آگاهانه ثبت می نماید.
- پرستار قبل از اسکوپپی کودک را بر اساس راهنمای زیر، NPO کرده و مدت زمان لازم برای ناشتایی را به کودک/خانواده توضیح می دهد.

- پرستار بیمار را جهت اطمینان از بیمار صحیح و پروسیجر صحیح به صورت فعال شناسایی و مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی و پرونده بیمار مطابقت می دهد.

راهنمای مدت زمان NPO قبل از عمل جراحی / پروسیجر / sedation				
سن کودک	غذای جامد	شیر مادر	شیر و فرمولا	مایعات صاف شده
زیر ۶ ماه	-	۴ ساعت	۵ ساعت	۲ ساعت
۶ ماه تا ۳۶ ماه	۶ ساعت	۴ ساعت	۶ ساعت	۲ ساعت
بالای ۳۶ ماهه	۸ ساعت	-	۶ ساعت	۲ ساعت

مایعات صاف شده: آب، آب میوه طبیعی، چای ساده، ژله ساده

توجه: در صورت موارد اورژانسی و غیر الکتیو، طبق نظر پزشک معالج/بیهوشی و بسته به وضعیت بالینی بیمار در مورد مدت زمان NPO بودن قبل از عمل تصمیم گیری می شود.

**Reference: NPO Guidelines for Elective Surgery/Procedures/Sedations, Boston children hospital. ۲۰۱۵**

- ۱- پرستار Line IV کودک را قبل از انتقال بیمار به واحد آندوسکوپی/ اتاق عمل کنترل می نماید.
- ۲- پرستار علائم حیاتی بیمار را قبل از تحویل به واحد آندوسکوپی/ اتاق عمل کنترل و در برگ ثبت علائم حیاتی ثبت می کند.
- ۳- در بیماران کاندید کولونوسکوپیاز روز بستری در بخش، شیاف بیزاکودیل طبق دستور از طریق رکتال به کودک داده می شود و در کودکان بالای یکسال از روز بستری در بخش، پودر پدرولاکس هر ۸ ساعت به صورت PO داده می شود. از ۲۴ ساعت قبل از کولونوسکوپی، انما با سرم سالین نرمال ولرم هر ۱۲ ساعت انجام می شود.
- ۴- در بیماران کاندید برونکوسکوپی، پرستار از وجود جواب آزمایشات ارسالی اطمینان حاصل کرده و نتایج آزمایشات را به پزشک معالج اطلاع میدهد. در برونکوسکوپی Rigid وجود آزمایش Pt, Ptt ضروری است. نیولایزر سالبوتامول (در صورت وجود دستور) بلافاصله قبل از انتقال به اتاق عمل به کودک داده شده و به کودک لباس اتاق عمل پوشانده می شود.
- ۵- پرستار با همراهی والدین، کودک را به همراه پرونده به واحد آندوسکوپی یا اتاق عمل به صورت ایمن (حفظ حریم خصوصی، پوشش مناسب، پالس اکسی متری پرتابل، اکسیژن پرتابل و ...) منتقل می کند.
- ۶- کلیه اقدامات و مراقبت ها و ساعت خروج از بخش را در پرونده گزارش پرستاری ثبت کنید.

#### مراقبت و پایش مستمر بیمار حین اسکوپ

۱. پرستار آندوسکوپی/اتاق عمل بیمار را جهت اطمینان از بیمار صحیح و پروسیجر صحیح به صورت فعال شناسایی و مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی و پرونده بیمار مطابقت می دهد.
  ۲. پرستار آندوسکوپی/اتاق عمل پرونده را از نظر وجود برگ رضایت آگاهانه کنترل می کند.
- نکته:** در بیماران سرپایی مراجعه کننده به واحد آندوسکوپی، رضایت آگاهانه از بیمار توسط پزشک متخصص اخذ می گردد.

۳. پرستار آندوسکوپي/اتاق عمل از عملکرد IV بیمار اطمینان حاصل کرده و سرم بیمار را تنظیم می کند.

**نکته:** در بیماران سرپایی مراجعه کننده به واحد آندوسکوپي، پرستار IV لاین مناسب برای بیمار تعبیه و سرم بیمار را تنظیم می کند.

۴. پرستار آندوسکوپي طبق دستور کتبی پزشک داروهای سداتیو را یک ساعت قبل از کولونوسکوپي ( آمپول پتیدین mg/kg

۱، آمپول پرومتازین mg/kg ۰,۵، آمپول کلرپرومازین mg/kg ۰,۵ به صورت عضلانی) تزریق می نماید. **توجه شود** در کودکان زیر یکسال داروها نصف دوز تزریق شده و آمپول پرومتازین استفاده نمی شود.

۵. قبل از انجام آندوسکوپي داروهای سداتیو طبق دستور کتبی پزشک (آمپول میدازولام mg/kg ۰,۲-۰,۱ تزریق وریدی یا تجویز خوراکی mg/kg ۰,۵ آمپول میدازولام داخل ۲۰-۱۰ سی سی آب معمولی) در واحد آندوسکوپي و توسط پرستار آندوسکوپي تجویز می شود.

۶. در خصوص انجام آندوسکوپي و کولونوسکوپي، ممکن است بیمار بنا به صلاحدید پزشک معالج، تحت نظارت متخصص بیهوشی و مانیتورینگ قلبی ریوی، بیهوش شود. برونکوسکوپي تحت بیهوشی و نظارت متخصص بیهوشی انجام می شود.

۷. پرستار آندوسکوپي/اتاق عمل علایم حیاتی کودک را حین انجام اسکوپي مانیتورینگ کرده و عایم حیاتی غیر نرمال را به پزشک گزارش می کند.

۸. پرستار آندوسکوپي/اتاق عمل نمونه پاتولوژی بیمار (در صورت داشتن نمونه) را داخل محلول فرمالین قرار داده و برچسب مشخصات بیمار را بر رول ظرف نمونه نصب می کند.

۹. پس از انجام اسکوپي، بیمار تا هوشیاری کامل و اطمینان از پایدار شدن علایم حیاتی تحت نظارت تکنسین بیهوشی در اتاق ریکاوری مراقبت می شود.

۱۰. ساعت ورود و وضعیت بیمار هنگام ورود به واحد آندوسکوپي، داروهای تزریق شده و کلیه اقدامات انجام شده در حین اسکوپي و ساعت خروج کودک از بخش آندوسکوپي یا اتاق عمل، توسط پرستار آندوسکوپي/اتاق عمل/تکنسین بیهوشی، در فرم گزارش پرستاری/فرم مراقبت پس از عمل ثبت می شود.

### مراقبت و پایش مستمر بیمار بعد از اسکوپي

۱. پرستار هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپي/اتاق عمل کودک را از نظر وضعیت هوشیاری، خونریزی و وضعیت تنفسی و  $SpO_2$  کنترل می کند.

۲. نمونه پاتولوژی بیمار پس از تطبیق مشخصات بیمار با برچسب مشخصات روی ظرف نمونه، پس از ثبت در HIS توسط کمک پرستار واحد آندوسکوپي به آزمایشگاه ارسال تحویل داده می شود.

۳. کودک با رعایت شرایط انتقال ایمن (حفظ حریم خصوصی، پوشش مناسب، پالس اکسی متری پرتابل، اکسیژن پرتابل و ...) به همراه پرستار مسئول بیمار به بخش منتقل شده و در تخت خوابانده می شود.
۴. کودک تا هوشیاری کامل و برگشت رفلکس بلع (در مورد آندوسکوپی و کولونوسکوپی این مدت ممکن است بین ۲ تا ۴ ساعت باشد)، NPO بوده و سپس رژیم مایعات با حضور پرستار مسئول بیمار شروع می شود.
۵. در مورد آندوسکوپی، پرستار به کودک/والدین آموزش می دهد از مواد غذایی ترش و تحریک کننده گلو استفاده نکند.
۶. پرستار بیمار را از نظر علائم عوارض آندوسکوپی (شامل: سوراخ شدن دستگاه گوارش پنومونی اسپراسیون) عوارض کولونوسکوپی (شامل: وجود تب، خونریزی از رکتوم، درد غیرطبیعی، تغییر در اجابت مزاج یا نفخ) و عوارض برونکوسکوپی (شامل: وجود تب، خشونت یا از بین رفتن صدا، هموپتیزی و زخم گلو، تنگی نفس، آمفیژم) کنترل کرده و در صورت بروز عوارض پزشک را مطلع می کند.
- نکته قابل توجه:** در صورت مشاهده آمفیژم اطراف صورت و گردن یا سینه بیمار که نشان دهنده سوراخ شدگی تراشه یا برونش یا پنوموتوراکس است، فوراً پزشک را مطلع کنید.
۷. پرستار بیمار را از نظر درد کنترل کرده و ضمن اطلاع به پزشک، مداخلات لازم را طبق دستور پزشک در جهت کنترل درد بیمار انجام می دهد.
۸. پروتکل درمانی و مراقبتی بعد از برونکوسکوپی بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص بیماری متفاوت می باشد.
۹. ساعت ورود بیمار به بخش، وضعیت بالینی بیمار (سطح هوشیاری، علائم خونریزی و ...)، کلیه اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد	نقیسه صادقی	سرپرستار بخش داخلی ب	نقیسه صادقی
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی	ویدا عبدلهی	مسئول آندوسکوپی	ویدا عبدلهی
سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل	سکینه موسویان	فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی	فریبا دارابی
<p>نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی</p> <p>سمت: مدیر خدمات پرستاری</p> <p>ام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی</p> <p>سمت: رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸۱۹۱۲</p>					

منابع مورد استفاده: سنجه های اعتبار بخشی ویرایش چهارم، تجربه بیمارستان، درسنامه پرستاری ونگ ۲۰۱۵



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از پرتو درمانی

تاریخ تدوین: ۹۷/۷	کد دستورالعمل: ۲-۲۴-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	

### تعریف:

مراقبت مستمر یعنی مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز دارد. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانواده‌هاش این است که مراقبین میدانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند.

پرتو درمانی استفاده از پرتوهای یونساز برای از بین بردن یا کوچک کردن بافت‌های سرطانی است. در این روش در اثر آسیب DNA، سلول‌های ناحیه درمان (بافت هدف) تخریب و ادامه رشد و تقسیم غیرممکن می‌شود.

**هدف:** حفظ و ارتقا ایمنی بیمار

**دامنه:** کلیه بخش‌های بالینی بیمارستان

### گام‌های دقیق انجام کار:

لازم به توضیح است در این مرکز پرتودرمانی انجام نمی‌شود و در صورت تجویز پرتودرمانی (رادیوتراپی) برای بیمار، مشاوره رادیوتراپی ارسال و سپس پس از آمادگی‌های لازم کودک با هماهنگی با بیمارستان امام رضا به مرکز رادیوتراپی واقع در آن مرکز منتقل می‌شود.

### آمادگی قبل از پرتودرمانی

- از آنجایی که پرتو درمانی برای کودکان و والدینیک تجربه نگران‌زایی است، پزشک و پرستار باید کودک و والدین را از نظر روحی و روانی آماده کرده و آنها را حمایت کند.
- پزشک پس از توضیح در خصوص پرتودرمانی (دلایل شروع درمان، عوارض و ...) رضایت آگاهانه از پدر یا ولی قانونی او اخذ میکند.
- مشاوره برای انجام رادیوتراپی برای بیمار با دستور پزشک معالج به بیمارستان امام رضا ارسال می‌گردد.
- پس از انجام مشاوره و در صورت تایید دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج، در صورت نیاز، کودک جهت انجام اسکن سمیلاتور (CT Simulation) و تهیه ماسک رادیوتراپی به مرکز طرف قرارداد (کلینیک گلگشت) با هماهنگی و رعایت شرایط ایمن انتقال و اعزام می‌شود.



- کلیشه های CT اسکن طی مشاوره درخواستی توسط پزشک رادیوتراپی در بیمارستان امام رضا بررسی و تعداد جلسات رادیوتراپی تعیین می شود.

- کودکان کم سن معمولاً سه سال یا زیر سه سال، احتمالاً برای رادیوتراپی (پرتو درمانی) نیاز به بیهوشی عمومی کوتاه مدت پیدا کنند، که در این صورت کودک باید قبل از درمان ناشتا باشد تا در حین بیهوشی مشکلی برای او پیش نیاید.

- در صورت دستور پزشک یک IV لاین مطمئن برای بیمار تعبیه کرده و از صحت کارکرد آن اطمینان حاصل نمایید.

- علائم حیاتی بیمار را قبل از انتقال (BP,R,P,T) کنترل کنید و در برگ گزارش پرستاری ثبت نمایید.

- بیمار را طی هماهنگی همراه با پرونده با رعایت شرایط ایمنی به مرکز امام رضا انتقال دهید.

- تمامی اقدامات انجام شده و ساعت خروج بیمار از بخش را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

### اقدامات لازم بعد از پرتودرمانی

- علائم حیاتی بیمار (BP,R,P,T) را در بدو ورود به بخش کنترل کرده و در برگ گزارش پرستاری ثبت نمایید.

- IV لاین بیمار را کنترل و از صحت کارکرد آن اطمینان حاصل نمایید. در صورتی که بیمار دستور انفوزیون مایعات وریدی دارد، انفوزیون سرم را شروع و قطرات را تنظیم نمایید.

- پوست بیمار را به دقت ارزیابی کرده و در صورت وجود سوختگی، ضمن ثبت مورد با ذکر محل سوختگی، اندازه زخم، رنگ پوست و ... در گزارش پرستاری به پزشک اطلاع داده و دستورات را اجرا نمایید. فرم گزارش زخم را تکمیل و درمانگر زخم را در جریان قرار دهید.

- در مورد مراقبت از پوست، تغذیه و رعایت بهداشت فردی به بیمار آموزش داده و در فرم آموزش به بیمار/گزارش پرستاری ثبت نمایید.

- تمامی اقدامات انجام شده و ساعت ورود بیمار به بخش و وضعیت بالینی بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کنید

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		اشرف جلیلی	پرستار بخش خون	
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		لیلا نجف پور	سرپرستار بخش خون	
فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی			امضاء:		
سمت: مدیر خدمات پرستاری		تاریخ تایید: ۹۸/۸/۹	مدیر تخصصات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهریز نظام پرستاری: ۳۳۰۷۷۱		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی			امضاء:		
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸/۹/۱۲			

منابع مورد استفاده: تجربه بیمارستان، درسنامه پرستاری ونگ ۲۰۱۵



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از دیالیز

کد دستورالعمل: ۳- ۲۴- INS

تعداد صفحه: ۷

تاریخ تدوین: ۹۷/۷

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

### تعریف:

مراقبت مستمر یعنی مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز دارد. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانوادهاش این است که مراقبین میدانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند.

**هدف:** حفظ و ارتقا ایمنی بیمار

**دامنه:** تمام بخش های بالینی مرکز

**گام های دقیق انجام کار:**

دیالیز در مرکز به دو روش انجام می شود:

۱- دیالیز صفاقی (Peritoneal Dialysis): در دیالیز صفاقی یاز صفاق پرده ای طبیعی که حفره ی شکم را می پوشاند ؛ استفاده می شود . پرده، سوراخ های کوچکی دارد و به عنوان صافی عمل می کند. مواد زائد و مایعات می توانند از بدن دفع شوند.

۲= همودیالیز (Hemodialysis): در همودیالیز، خون به تدریج از بدن خارج می شود، از میان یک فیلتر مخصوص (صافی) که مواد زائد و مایعات اضافی را جدا می کند، می گذرد و خون تصفیه شده دوباره به بدن بازگردانده می شود. خروج مواد زائد مضر و سدیم و مایعات اضافی از بدن، فشار خونرا کنترل کرده و تعادل مواد شیمیایی مانند پتاسیم و سدیم را حفظ می کند.

### دیالیز صفاقی

**نکات قابل توجه در دیالیز صفاقی:**

- پانسمان ناحیه خروج کاتتر یک روز در میان تعویض می شود.
- درب و پنجره اتاقی که دیالیز در آن انجام می گیرد باید بسته وسایل گرم کننده یا سرد کننده خاموش باشد.
- دیالیز نباید در محل رفت و آمد انجام شود.
- در صورت وجود ترشح، حساسیت و درد در ناحیه کاتتر، بدون وجود دستور خاص پزشک، دیالیز انجام نشود.

- در صورتی که ورود و خروج مایع با کندی صورت گیرد، مسیرها از نظر پیچ خوردگی کنترل شوند. ظرف محلول را می توان بالا آورد، به بیمار تغییر وضعیت داد یا از فشار دست روی کناره های شکم برای جریان یافتن مایع استفاده کرد.

### عامل انجام کار: پرستار

### آمادگی قبل از دیالیز صفاقی:

۱. چند دقیقه قبل از شروع دیالیز، پنجره را بسته و پنکه یا کولر (سقفی یا ایستاده) را خاموش کرده و تمام جابجایی های لازم (مانند کشیدن پرده ها، جابجایی ملحفه ها) را انجام دهید.

۲. جمع آوری تمام وسایل مورد نیاز در دیالیز روی میز شامل: محلول، سرپوش، کلامپ، ماده ضد عفونی)

۳. پرستار و بیمار هر دو باید ماسک بزنند.

۴. دستان خود را به مدت ۳ دقیقه با آب و صابون بشویید و دقت کنید که آب به سمت نوک انگشتان برنگردد. با دستمال ابتدا انگشتان و سپس ساعد خشک شود.

۵. میز را با مایع ضد عفونی کننده تمیز کنید (تمیز کردن باید در یک جهت باشد).

۶. وسایل مورد نیاز دیالیز (شامل: پایه سرم، ترازو و محلول دیالیز، سرپوش کاتتر، ۲ عدد کلامپ، الککل) را آماده کرده و ضد عفونی کنید.

۷. محلول را از ۵ نظر چک کنید:

- نوع و غلظت محلول مصرفی با دستور پزشک

- باز نبودن پوشش خارجی محلول دیالیز

- تاریخ انقضاء محلول

- درجه حرارت محلول

○ محلول مایع دیالیز با استفاده از وسایل گرمازا یا پدهای گرمازا، گرم شود

نکته: محلول دیالیز صفاقی قبل از مصرف گرم شود. برای گرم کردن آن فقط باید از گرمای خشک (مانند پد های گرم) استفاده کرد. به دلیل

احتمال بالای عفونت محلول دیالیز صفاقی در آب، گرم نشود.

- شفاف بودن محلول

۸. سرپوش کاتتر را از ۲ نظر چک کنید: تاریخ انقضاء و بسته بودن پوشش خارجی آن

۹. برای دومین بار دستان خود را مثل قبل بشویید.

۱۰. پوشش خارجی محلول را باز کنید و از نظر وجود نشت بررسی کنید. . یک عدد کلامپ را به محل ورودی محلول و کلامپ دیگر را به

ست خروجی محلول بزنید.

۱۱. سر ست سرم را زیر کیسه سرم گذاشته و کیسه خروجی را آزاد کرده و از کنار تخت آویزان کنید.

۱۲. پلمپ محلول را شکسته و ست سرم را به داخل سرم فرو کنید.

۱۳. داروهای دستور داده شده را مطابق اصول دارودهی صحیح (Y Right) و به روش استریل از طریق Injection port به داخل سرم تزریق کنید.

۱۴. کیسه محلول را همراه ست سرم که در زیر کیسه قرار داده ایم، برداشته و در پای سرم آویزان کرده و ست را نیز بالای پایه آویزان کنید.

۱۵. کاتتر بیمار را از لباس آزاد کنید.

۱۶. یک شان پر فوره به جهت عدم برخورد با ملحفه و محیط در اطراف کاتتر گذاشته شود.

۱۷. دستهایتان را ضدعفونی کنید.

۱۸. سر کانکتور تیوب را بین انگشت شست و اشاره و سر ست سرم را بین انگشت اشاره و سوم قرار دهید.

۱۹. ابتدا سرپوش ست سرم را باز کرده و سپس سرپوش کانکتور تیوب را در آورید و این دو قسمت را به هم وصل کنید. دقت کنید قسمت بدون پوشش کانکتور تیوب و ست سرم به جایی نخورد.

### مراقبت و پایش بیمار حین دیالیز صفاقی:

۱. پیچ سفید کانکتور تیوب و کلامپ راه خروجی را باز کنید تا مایع از صفاق خارج شود. از عدم نشت ناحیه اتصال اطمینان حاصل شود.

۲. با تشویق بیمار به سرفه و خم شدن اطمینان حاصل کنید که تمام مایع خارج شده است. پس از خروج کامل مایع، پیچ سفید کانکتور تیوب را ببندید.

۳. کیسه سرم را از پایه سرم که متصل به یک ترازو است (جهت اندازه گیری میزان معین حجم سرم) آویزان کنید.

۴. کلامپ راه ورودی و خروجی را باز کرده تا هوای کل مسیر به داخل کیسه خروجی حرکت کند، سپس مجدداً هر دو را کلامپ کنید.

۵. کلامپ را به خروجی بزنید و پیچ سفید را مجدداً باز کنید تا مایع (به میزان دستور داده شده) وارد صفاق شود.

۶. بعد از ورود حجم معین محلول، کلامپ دوم را به راه ورودی سرم بزنید.

### مراقبت و پایش بیمار پس از اتمام دیالیز صفاقی:

۱. دستهایتان را الکل بزنید و پیچ سفید کانکتور تیوب را ببندید. پوشش سرپوش کانکتور تیوب را باز کنید.

۲. ست سرم را از کانکتور تیوب جدا و سرپوش کانکتور تیوب را به آن ببندید.

۳. مایع تخلیه شده از ۲ نظر چک شود: میزان حجم تخلیه شده و شفافیت محلول خارج شده.

۴. تمام اطلاعات دیالیز (مدت زمان رفت محلول، میزان حجم محلول، مدت زمان ماندگاری محلول، میزان سرم خارج شده را در برگ مخصوص دیالیز صفاقی یادداشت و مهر و امضاء نمایید.

همودیالیز

واحد همودیالیز در شیفت های صبح و عصر فعال می باشد و در شیفت شب در موارد اورژانسی به صورت آنکال آماده ارائه خدمت می باشد.

### نکات قابل توجه در همودیالیز:

توجهات زیر لازم است توسط کادر پزشکی و پرستاری انجام شود:

۱. اگر کودک برای اولین بار همودیالیز می شود، لزوم انجام دیالیز و نحوه انجام آن توسط پزشک به صورت واضح و به زبان ساده برای والدین و کودک توضیح داده شود. کودک و والدین باید از لحاظ روانی جهت شروع دیالیز آماده شوند.
۲. برای تمامی بیمارانی که اولین بار در بخش دیالیز پذیرش می شوند، توسط پزشک بخش (نفرولوژیست) ویزیت و برگ شرح حال پزشکی تکمیل می شود و نیز بیمار توسط پرستار ارزیابی و فرم ارزیابی بیمار تکمیل و در پرونده ثابت بیمار بایگانی می شود.
۳. بیماران مبتلا به هیپاتیت B باید در اتاق ایزوله و با دستگاه جداگانه دیالیز شوند ولی با توجه به تعداد محدود دستگاه همودیالیز در مرکز، بیمارستان بیماران HBSAG را پذیرش نمی کند و به واحد بیماریهای خاص معرفی می شوند.
۴. برای جلوگیری از سندرم عدم تعادل در جلسات اول، دور پمپ باید در سطح پایین تنظیم شده و طول مدت دیالیز نباید از ۲ ساعت بیشتر شود. باید از فیلتر Low flux استفاده شود و UF دستگاه حداکثر ۱-۰.۵ در نظر گرفته شود.
۵. در صورت بروز سندرم عدم تعادل می توان بسته به نیاز بیمار و بر حسب دستور پزشک انفوزیون سرم مانیتول به میزان ۱ gr/Kg در طی ۱-۲ ساعت در حین دیالیز انجام گردد.
۶. دیالیز خشک در بیمارانی که هایپرکالمیک هستند، ممنوع است.
۷. در زمان تزریق خون به هیچ عنوان نبایستی دیالیز خشک انجام شود.
۸. جهت کاهش تروما به فیستول شریانی-وریدی، فشار اسپیراسیون خون در جلسات اول توسط دستگاه نباید بیش از ۱۵۰ mm/Hg و سرعت برگشت خون نیز نباید بیشتر از ۲۰۰ mm/Hg تنظیم شود.
۹. دیالیز شیت برای هر بیمار به صورت جداگانه در هر جلسه دیالیز تکمیل و در پایان دیالیز در پرونده های بیمار ثبت و بایگانی می شود.
۱۰. در زمان Priming دستگاه دیالیز در صورت لزوم به منظور پیشگیری از ایجاد آلرژی نسبت به گاز اکسید اتیلن (که برای استریل کردن ست و صافی استفاده می شود) از ۲ لیتر سرم N/S هپارینه جهت شستشو استفاده شود.

### آمادگی بیمار قبل از همودیالیز:

بیمارانی که به بخش همودیالیز مراجعه می کنند یا بیماران دائم هستند که طبق برنامه منظم هفتگی مراجعه میکنند، یا بیماران بستری در بخش ها و یا مراجعین به اورژانس و یا بیماران مهمان از سایر مراکز هستند (که با در دست داشتن فرم مهمان مراجعه می کنند) که طبق دستور پزشک نیاز به همودیالیز دارند.

۱. پرستار مسئول بیمار، بیمار را در بدو ورود به بخش به صورت فعال شناسایی کرده و بعد از مطابقت دادن مشخصات بیمار با پرونده وی، بر روی سینه بیمار الصاق می شود.
  ۲. تمامی بیماران قبل از شروع دیالیز باید وزن شوند.
  ۳. میزان اختلاف بین وزن قبل از دیالیز بیمار با وزن خشک بیمار محاسبه شود که تعیین کننده میزان UF مورد نیاز بیمار است.
  ۴. برای تمام بیماران به محض ورود بیمار به بخش، پرستار پس از ارزیابی اولیه و سریع بیمار (رویت وضعیت بالینی او)، باید دستورات پزشک در رابطه با دیالیز بیمار (طول جلسه دیالیز، نوع دیالیز (حاد یا مزمن) میزان جریان خون، نوع صافی، میزان UF، نوع محلول، دستور تزریق هر نوع دارو، خون یا فرآورده های خونی حین دیالیز، میزان هپارین، آزمایشات موجود در پرونده مخصوصا HBSAg) را چک کرده و فرم ارزیابی را تکمیل می کند.
  ۵. علائم حیاتی بیمار شامل: فشار خون، کنترل نبض، تنفس و درجه حرارت باید توسط پرستار کنترل و چارت شود.
  ۶. پرستار باید از کارکرد IV Access بیمار اطمینان حاصل نماید:
    - فیستول (AVF)، شنت (AVS)، گرفت (AVG):
- در موارد فیستول شریانی - وریدی معمولا حداقل ۴-۶ هفته پس از عمل امکان کانولاسیون وجود دارد. علاوه بر این دستور پزشک جراح و وجود تریل مناسب در محل نیز از ضروریات اولین کانولاسیون است. کانولاسیون گرفت چند روز پس از عمل جراحی امکان پذیر است.
  - به بیمار آموزش داده شود، قبل از دیالیز اطراف محل فیستول را با آب ولرم و صابون شستشو دهد.
  - پرستار با رعایت الزامات ایمنی و پوشیدن وسایل حفاظت فردی (دستکش، گان و عینک) محل تزریق با بتادین و به روش آسپتیک شستشو داده و با گاز استریل کاملا خشک می کند.
  - سوزنهای فیستولا باید پیش از تعبیه با سرم نرمال سالین هپارینه شستشو داده شود تا ضمن هواگیری از مسدود نبودن آنها اطمینان حاصل شود.
  - محل سوزن شریانی حتی الامکان دورتر از Access بوده و قدرت خوندهی کافی داشته باشد (معمولا حداقل ۴.۵-۵ cm از محل برش فیستول فاصله داشته باشد و نوک سوزن به طرف فیستول باشد).
  - محل سوزن وریدی باید رگی باشد که در ارتباط با Access نبوده، ضراباندار نباشد، دارای قدرت تزریق بالا باشد و حتی الامکان نزدیک مفاصل نباشد (نوک سوزن باید به سمت قلب باشد).
  - هر دو سوزن با چسب کاملا فیکس شوند.
  - برای کاهش میزان Recirculation، محل سوزن وریدی باید ۸-۱۰ cm از سوزن شریانی فاصله داشته باشد.
  - استفاده از روش نردبانی، بهترین روش سوزن زدن است.
- کاتتر ورید مرکزی (CVC):
- حین کار با کاتتر پرستار و بیمار باید هر دو ماسک داشته باشند.

- هرگز نوک لومن کاتتر نباید به صورت باز باشد و حتما با یک سرنگ یا درپوش (هپارین لاک) پوشانده شود.
- ابتدا پرستار باید مایع داخل کاتتر را آسپیره کرده و از محلول تارولاک (Taurolack) یا محلول هپارین خالی کند.
- انفوزیون در فواصل دیالیز از طریق کاتتر ممنوع است.
- ۷. پرستار قبل از شروع دیالیز، ماشین دیالیز را بررسی کرده و از کارکرد آن اطمینان حاصل می کند. ترکیب مایع دیالیز، درجه حرارت مایع دیالیز را کنترل و پارامترهای دیالیز را تنظیم و ست و صافی را با سرم N.S با دور پایین شستشو میدهد. وضعیت بالینی بیمار (علائم تنگی نفس، فشارخون، وزن بیمار و ...) باید کاملا مدنظر قرار گرفته و با توجه به مختصات فردی بیمار پارامترهای دستگاه تنظیم شود.
- ۸. پرستار مشخصات بیمار، مشخصات دستگاه دیالیز (نوع صافی، نوع محلول دیالیز و ..)، علائم حیاتی و وزن بیمار قبل از دیالیز، نوع IV Access و ساعت شروع دیالیز را در دیالیز شیت چارت می کند.
- ۹. پس از پایان یافتن Prime، بیمار بلافاصله به دستگاه همو دیالیز وصل می شود.

#### مراقبت و پایش بیمار حین همودیالیز:

۱. پرستار فشار خون بیمار را هر یکساعت کنترل و در دیالیز شیت ثبت می کند.
۲. در مورد کاتتر دیالیز، پرستار از عدم ایجاد کشش در کاتتر در حین دیالیز اطمینان حاصل می کند.
۳. پرستار محل اتصالات را از نظر وجود نشت بررسی میکند.
۴. پرستار وضعیت بالینی بیمار را از نظر تنگی نفس، درد عضلانی و ... ارزیابی و اقدام مناسب را انجام می دهد و در صورت نیاز به پزشک اطلاع می دهد.
۵. پرستار علائم حیاتی حین دیالیز، میزان سرم دریافتی بیمار حین دیالیز، تزریق هرگونه خون یا فرآورده خونی در حین دیالیز بنا به دستور پزشک، سرعت جریان خون، دور پمپ را در دیالیز شیت، ثبت می کند.
۶. پرستار حداقل های آموزشی را به بیماریا همراه وی آموزش داده و در فرم آموزش به بیمار/گزارش پرستاری ثبت و به تایید بیمار یا فرد آموزش گیرنده می رساند.

#### مراقبت و پایش بیمار پس از اتمام همودیالیز:

۱. پس از اتمام زمان دیالیز، خون بیمار با استفاده از سرم N.S به بدن بیمار باز گردانیده می شود و سپس علائم حیاتی (مخصوصا BP بیمار) و وزن بیمار کنترل و در دیالیز شیت ثبت میشود.
۲. فیستول (AVF)، شنت (AVS)، گرافت (AVG):
۳. پرستار جهت کنترل خونریزی، با گاز استریل روی محل خروج سوزن ها، فشار مستقیم و محکم وارد مینماید.
۴. پرستار به بیمار آموزش می دهد که در محل خروج سوزن ها پس از هر بار دیالیز، دو تا سه بار کمپرس سرد (به صورت غیر مستقیم) و روز بعد دو تا سه بار کمپرس گرم (به صورت غیر مستقیم) انجام دهد.
۵. کاتتر ورید مرکزی (CVC):

۶. پرستار جهت جلوگیری از بروز لخته و انسداد کاتتر باید کاتتر را با محلول سالین نرمال حاوی هپارین (۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ واحد هپارین) یا با ۵-۴ سی سی محلول تارولاک (Taurolack) بسته به حجم لومن کاتتر و سایز آن پر کند.
۷. پرستار علایم حیاتی و وزن بیمار پس از دیالیز، میزان مایعات انفوزه شده، میزان هپارین استفاده شده و ساعت اتمام دیالیز را در دیالیز شیت چارت و برگه را مهر و امضاء می کند.
۸. پرستار، وضعیت بالینی بیمار قبل، حین و پس از دیالیز، ساعت شروع و پایان دیالیز، هرگونه عارضه حین دیالیز و نحوه برخورد با آن و اقدامات پرستاری انجام شده وارزیابی مجدد را به صورت دقیق و با ذکر ساعت مطابق دستورالعمل گزارش نویسی مرکز، در برگ گزارش پرستاری ثبت و مهر و امضاء میکند.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		صفا خانیپور	پرستار دیالیز صفاقی	
ناهید فرهادمند	سرپرستار همودیالیز		فرزانه مجیدی	سرپرستار داخلی C	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی					
سمت: مدیر خدمات پرستاری					
تاریخ تایید: ۹۸/۱۱/۲۸					
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر فخرالسادات مرتضوی					
سمت: ریاست بخش همودیالیز					
تاریخ تایید: ۹۸/۱۱/۳۰					
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان					
سمت: ریاست بخش داخلی C					
تاریخ تایید: ۹۸/۱۱/۳۰					
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی					
سمت: رئیس مرکز					
شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸/۱۱/۲۲					

### منابع مورد استفاده :

۱. استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم
۲. مداخلات پرستاری، آموزش دیالیز صفاقی مداوم سرپایی به بیمار- آیین کار، سازمان ملی استاندارد ایران، ۱۳۹۲
۳. تجربه بیمارستان





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: آمادگی قبل، مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از شیمی درمانی

کد دستورالعمل: ۴-۲۴-INS

تعداد صفحه: ۶

تاریخ تدوین: ۹۷/۷

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

### تعریف:

مراقبت مستمر یعنی مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز دارد. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانواده‌هاش این است که مراقبین میدانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند.

شیمی درمانی یا کموتراپی یعنی استفاده از برخی داروهای شیمیایی برای درمان هر نوع بیماری. یکی از راههای درمان انواع سرطان‌ها نیز استفاده از برخی داروهاست که در اصطلاح پزشکی به آن شیمی درمانی می‌گویند.

**هدف:** حفظ و ارتقا ایمنی بیمار

**دامنه:** کلیه بخش‌های بالینی بیمارستان

### گام‌های دقیق انجام کار:

۱. شیمی درمانی باید در ساعات اداری انجام شود. در موارد اورژانسی باید با دستور اتند مربوطه شیمی درمانی در خارج از وقت اداری انجام شود.
۲. داروهای شیمی درمانی صرفاً در بخش خون - انکولوژی و درمانگاه خون و توسط پرستار آموزش دیده تزریق می‌شود، به هیچ عنوان در سایر بخش‌های بستری داروی شیمی درمانی تزریق نمی‌شود و تنها در صورت ضرورت، بخش PICU مجاز به شیمی درمانی است که در این حالت نیز داروهای شیمی درمانی مطابق استاندارد های لازم در درمانگاه خون آماده و لیبل حاوی دوز و نام دارو و ساعت و تاریخ آماده سازی روی دارو نصب و توسط پرستار درمانگاه در PICU برای بیمار شروع خواهد شد.
۳. کیت "نشت دارو" در بخش‌های خون-انکولوژی و درمانگاه خون موجود باشد.
۴. توجه داشته باشید فقط داروهای متوتروکسات بدون ماده نگهدارنده، هیدروکورتیزون و سیتوزار و فقط توسط پزشک متخصص خون یا رزیدنت و با نظارت پزشک متخصص خون در داخل کانال نخاعی تزریق می‌شود.

۵. وسایل حفاظت فردی (کفش جلو بسته، گان بلند نفوذ ناپذیر جلو بسته، عینک محافظ یا شیلد صورت، دستکش لاتکس دو عدد که میچ گان را بپوشاند، ماسک مخصوص) باید در زمان آماده سازی داروها و تزریق داروهای کموتراپی حتما استفاده گردد.
۶. داروها داخل هود (کابین بیولوژیک ایمن) آماده سازی می شود.
۷. در دادن داروهای کموتراپی خوراکی مثل ۶-Mercaptopril، Metotrexate، lumostin، Temozolomide نیز باید وسایل حفاظت فردی همانند داروهای وریدی استفاده شود.
۸. به هیچ عنوان انتقال داروهای شیمی درمانی به نیروی خدماتی واگذار نشود.
۹. برای داروهای کموتراپی وریدی هرگز از وریدهای پا استفاده نشود مگر در مواردی مثل ادم شدید دست ها و ... داروهای شیمی درمانی بیمار باید طبق دستور پزشک و با حضور دو پرستار به صورت مستقل محاسبه و اجرا شود

### در بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه خون

#### آمادگی قبل و مراقبت و پایش حین شیمی درمانی

۱. پزشک بیمار را ویزیت کرده و دستورات شیمی درمانی را ثبت می کند.
۲. بیمار با در دست داشتن پرونده سرپایی به درمانگاه خون (ایستگاه پرستاری) مراجعه می کند.
۳. پرستار دستورات پزشک مربوط به پروتکل شیمی درمانی را از برگ دستورات پزشک چک می کند. در صورت داشتن دستور چک CBC قبل از تزریق داروی شیمی درمانی، نمونه خون از بیمار اخذ و پس از ثبت در سیستم HIS به آزمایشگاه ارسال می کند
۴. پرستار همکار دستورات دارویی مربوط به پروتکل شیمی درمانی را دوباره چک می کند (دابل چک).
۵. داروهای شیمی درمانی توسط پزشک در دفترچه بیمار نسخه شده و والدین/همراه داروها را از داروخانه سرپایی تهیه و به پرستار درمانگاه تحویل می دهد.
۶. پرستار داروهای تهیه شده را با دستورات پزشک تطبیق داده و از وجود تمامی داروها اطمینان حاصل می کند.
۷. پرستار نتیجه جواب CBC را به پزشک اطلاع میدهد و در صورت نرمال بودن آزمایش و صلاحدید پزشک شیمی درمانی را طبق استاندارد برای بیمار شروع می کند.
۸. پرستار مراحل شیمی درمانی، عوارض جانبی داروها، و آموزش های لازم در خصوص خودمراقبتی را به بیمار/والدین توضیح میدهد.
۹. پرستار علائم حیاتی بیمار را (BP, R, P, T) قبل از شروع شیمی درمانی کنترل کرده و در برگ گزارش پرستاری ثبت می کند.
۱۰. فرم رضایت آگاهانه برای انجام شیمی درمانی (در بار اول) توسط پزشک و طبق دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه از بیمار تکمیل و در پرونده الصاق می شود.
۱۱. پرستار برای کودک IV Line مناسب گرفته و از کارکرد صحیح IV لاین بیمار مطمئن می شود.

۱۲. بیمارانی که پورت کت (Port-A-cath) دارند، طبق دستورالعمل هابر نیدل مناسب توسط پرستار تعبیه و از کارکرد مناسب Port، اطمینان حاصل می شود.

۱۳. اگر بیمار دارویی به صورت Premedication دارد، پرستار طبق دستور پزشک، قبل از شروع کمو تراپی تزریقی کند

۱۴. پرستار IV Line بیمار را حین انفوزیون دارو از نظر انفیلتراسیون (نشت دارو) و قرمزی پوست هر ۱۵ دقیقه یکبار چک کرده و به IV Line بیمار توجه ویژه می کند.

۱۵. در صورت بروز انفیلتراسیون (نشت دارو) بلافاصله انفوزیون دارو را قطع و طبق خط مشی انفیلتراسیون و اکستراواژیشن، عمل میکند. حین انفوزیون دارو به بیمار، به علائم حساسیتی دارویی از قبیل (کهیر، تنگی نفس، آنژیوادم، گر گرفتگی، خارش، تهوع و استفراغ) توجه نموده و در صورت بروز علائم فوق پس از قطع سریع انفوزیون دارو به پزشک معالج اطلاع رسانیمی کند

۱۶. به عملکرد کلیه ها حین شیمی درمانی از نظر علائم الیگوری-آنوری توجه نموده و در صورت مشاهده به پزشک معالج اطلاع می دهد.

۱۷. به عملکرد سیستم گوارشی در حین شیمی درمانی از نظر بروز کرامپهای شکمی و اسهال توجه نموده و در صورت بروز مشکل به پزشک اطلاع می دهد.

۱۸. جهت جلوگیری از جدا شدن اتصالات (سرم و...) جابجایی بیمار را طی انفوزیون دارو به حداقل رسانده، اهمیت آن را به بیمار آموزش داده و در هنگام جابجایی و یا خروج از تخت، انفوزیون دارو را قطع و کودک را همراهی نموده و پس از مراجعه به تخت مجدداً پس از بررسی IV Line و اطمینان از کارکرد صحیح انفوزیون دارو را ادامه می دهد.

#### مراقبت پس از اتمام شیمی درمانی

۱. پرستار پس از اتمام شیمی درمانی علائم حیاتی بیمار را کنترل و در برگ گزارش پرستاری ثبت می کند و در صورت تغییر علائم حیاتی بیمار مثل تب بالای ۳۸ درجه و نوسانات فشار خون به پزشک معالج اطلاع می دهد.

الف) در بیمارانی که IV Line دارند پس از اتمام انفوزیون دارو، پرستار مسیر IV Line را با سرم نرمال سالین شستشو نموده و آنژیوکت را خارج می کند. در بیمارانی که در روزهای آتی نوبت شیمی درمانی دارند در صورت رضایت بیمار و دستور پزشک، مسیر وریدی پس از شستشو هپارین لاک شده و آموزش مراقبت از لاین وریدی به کودک/خانواده داده می شود.

ب) در بیمارانی که پورت کت (Port-A-cath) دارند، پرستار پس از شستشوی پورت با ۱۰ سی سی سرم نرمال سالین و قبل از خارج کردن هابر نیدل، پورت و کاتتر را با حدود ۴-۵ سی سی سرم نرمال سالین هپارینه (با غلظت ۱۰۰ U/CC) یا محلول ترولاکپیر می کند و سپس سوزن را خارج می کند و به بیمار/خانواده در مورد تاریخ مراجعه جهت شستشو و هپارینه کردن پورت آموزش می دهد.

۲. پرستار به بیمار در مورد تغذیه مناسب و رعایت بهداشت در منزل و موقع ترخیص آموزش میدهد

۳. پرستار داروهای توصیه شده توسط پزشک در منزل را بصورت کتبی به بیمار آموزش میدهد

۴. پرستار در صورت پیگیری جوابهای آزمایش معوقه به بیماران تاریخ دقیق جواب را اطلاع میدهد.

۵. پرستار تاریخ مراجعه بعدی ذکر شده توسط پزشک در دفترچه بیمه بیمار را به همراهان توضیح می دهد.

۶. پرستار تمام اقدامات انجام شده، علائم حیاتی و وضعیت بیمار قبل و حین شیمی درمانی، عوارض ایجاد شده با اقداماتی که انجام شده، زمان دقیق شروع و اتمام شیمی درمانی، وضعیت لاین محیطی و شستشوی آن، ارزیابی مجدد بیمار پس از اتمام شیمی درمانی و آموزش به بیمار را در برگ گزارش پرستاری ثبت می کند

### در بیماران بستری در بخش خون

#### آمادگی قبل و مراقبت و پایش حین شیمی درمانی

۱. پرستار بیمار را به صورت فعال شناسایی کرده و مستندات پرونده و دستبند شناسائی را با بیمار مطابقت داده و در بخش پذیرش و به تخت مربوطه هدایت می کند.

۲. پرستار خود را به بیمار معرفی می کند.

۳. پرستار بیمار را با فضای فیزیکی و نکات ایمنی (مطابق حداقل های آموزش به بیمار) آشنا می کند.

۴. پرستار پس از تعویض لباس بیماران را از وزن کرده و در فرم ارزیابی اولیه بیمار و کاردکس بیمار ثبت می کند.

۵. پرستار علائم حیاتی بیمار را (BP,R,P,T) کنترل و در فرم ارزیابی بیمار ثبت می کند.

۶. پرستار بیمار را از نظر حداقل های ارزیابی (وضعیت سلامت، حساسیت دارویی و ... ابلاغی مدیر پرستاری) بررسی و فرم ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی ابلاغی تکمیل و نتایج حاصل از ارزیابی را در گزارش پرستاری بدو ورود ثبت می کند.

۷. پرستار پذیرش بیمار در بخش، وضعیت بالینی بیمار را به پزشک اطلاع می دهد.

۸. پزشک بیمار را ویزیت و دستورات لازم را ثبت میکند.

۹. پرستار دستورات پزشک (آزمایشات دارو و سرم و ...) را چک و اجرا می کند.

۱۰. پرستار جواب آزمایشات ارسالی به اطلاع پزشک می رساند.

۱۱. در اولین ویزیت توسط پزشک معالج با توجه به نتایج آزمایشات و در صورت لزوم دستور شیمی درمانی صادر میشود.

۱۲. فرم رضایت آگاهانه برای انجام شیمی درمانی توسط پزشک و طبق دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه از بیمار تکمیل و در پرونده الصاق می شود.

۱۳. پرستار دستورات مربوط به پروتکل شیمی درمانی را از برگ دستورات پزشک و برگ پروتکل شیمی درمانی چک کرده و در کاردکس دارویی وارد می کند.

○ پروتکل شیمی درمانی باید شامل: نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، تاریخ تولد، نام پزشک، قد و وزن و سطح بدن بیمار، تشخیص بیماری، نام رژیم درمانی، چندمین دفعه شیمی درمانی، تعداد نهایی دفعات، برنامه روزانه یا هفتگی دارو، جدول زمانبندی روزهای استراحت و عدم دریافت دارو و تعداد دفعات تکرار دارو، نحوه دریافت دارو (خوراکی، وریدی) سرعت تزریق، حجم دارو و مهر و امضاء پزشک باشد.

○ پرستار همکار دستورات دارویی مربوط به پروتکل شیمی درمانی را دوباره چک می کند (دابل چک).

○ پرستار از وجود داروهای شیمی درمانی در بخش اطمینان حاصل نمایند.

۱۴. پرستار مراحل شیمی درمانی، عوارض جانبی داروها، و آموزش های لازم در خصوص خودمراقبتی را به بیمار/والدین توضیح میدهد.

۱۵. پرستار برای کودک IV Line مناسب گرفته و از کارکرد صحیح IV لاین بیمار مطمئن می شود.

۱۶. بیمارانی که پورت کت (Port-A-cath) دارند، طبق دستورالعمل هابر نیدل مناسب توسط پرستار تعبیه و از کارکرد مناسب Port، اطمینان حاصل می شود.

۱۷. اگر بیمار دارویی به صورت Premedication دارد، پرستار طبق دستور پزشک، قبل از شروع کمو تراپی تزریق می کند

۱۸. پرستار IV Line بیمار را حین انفوزیون دارو از نظر انفیلتراسیون (نشت دارو) و قرمزی پوست هر ۱۵ دقیقه یکبار چک کرده و به IV Line بیمار توجه ویژه می کند.

۱۹. در صورت بروز انفیلتراسیون (نشت دارو) بلافاصله انفوزیون دارو را قطع و طبق خط مشی انفیلتراسیون و اکستراواژیشن، عمل میکند.

۲۰. حین انفوزیون دارو به بیمار، به علائم حساسیتی دارویی از قبیل ( کهیر، تنگی نفس، آنژیوادم، گرگرفتگی، خارش، تهوع و استفراغ) توجه نموده و در صورت بروز علائم فوق پس از قطع سریع انفوزیون دارو به پزشک معالج اطلاع رسانی می کند

۲۱. به عملکرد کلیه ها حین شیمی درمانی از نظر علائم الیگوری-آنوری توجه نموده و در صورت مشاهده به پزشک معالج اطلاع می دهد.

۲۲. به عملکرد سیستم گوارشی در حین شیمی درمانی از نظر بروز کرامپهای شکمی و اسهال توجه نموده و در صورت بروز مشکل به پزشک اطلاع می دهد.

۲۳. جهت جلوگیری از جداشدن اتصالات (سرم و...) جابجایی بیمار را طی انفوزیون دارو به حداقل رسانده، اهمیت آن را به بیمار آموزش داده و در هنگام جابجائی و یا خروج از تخت، انفوزیون دارو را قطع و کودک را همراهی نموده و پس از مراجعه به تخت مجدداً پس از بررسی IV Line و اطمینان از کارکرد صحیح انفوزیون دارو را ادامه می دهد.

### مراقبت پس از اتمام شیمی درمانی

۱. پرستار پس از اتمام شیمی درمانی علائم حیاتی بیمار را کنترل و در برگ چارت علائم ثبت می کند و در صورت تغییر علائم حیاتی بیمار مثل تب بالای ۳۸ درجه و نوسانات فشار خون به پزشک معالج اطلاع می دهد.

الف) در بیمارانی که IV Line دارند پس از اتمام انفوزیون دارو، پرستار مسیر IV Line را با سرم نرمال سالین شستشو نموده و آنژیوکت را خارج می کند.

ب) در بیمارانی که پورت کت (Port-A-cath) دارند، پرستار پس از شستشوی پورت با ۱۰ سی سی سرم نرمال سالین و قبل از خارج کردن هابر نیدل، پورت و کاتتر را با حدود ۴-۵ سی سی سرم نرمال سالین هپارینه (با غلظت ۱۰۰ CC/u) یا محلول ترولاک پر می کند و سپس سوزن را خارج می کند و به بیمار/خانواده در مورد تاریخ مراجعه جهت شستشو و هپارینه کردن پورت آموزش می دهد.

۲. پرستار تمام اقدامات انجام شده، علائم حیاتی و وضعیت بیمار قبل و حین شیمی درمانی، عوارض ایجاد شده با اقداماتی که انجام

شده، زمان دقیق شروع و اتمام شیمی درمانی، وضعیت لاین محیطی و شستشوی آن، ارزیابی مجدد بیمار پس از اتمام شیمی درمانی

و آموزش به بیمار را در برگ گزارش پرستاری/فرم آموزش به بیمار ثبت می کند و در برگه پروتکل تاریخ مربوط به داروی تزریق شده را با خودکار غیر هم رنگ با ذکر نام تیک می زند.

۳. پرستار در زمان ترخیص بیمار باید موارد زیر را در نظر داشته باشد:

- به بیمار/خانواده در مورد تاریخ مراجعه جهت شستشو و هپارینه کردن پورت آموزش دهد.
- به بیمار در مورد تغذیه مناسب و رعایت بهداشت در منزل و موقع ترخیص آموزش دهد.
- داروهای توصیه شده توسط پزشک در منزل را بصورت کتبی به بیمار آموزش دهد.
- در صورت پیگیری جوابهای آزمایش معوقه به بیماران تاریخ دقیق جواب را اطلاع رسانی نماید.
- تاریخ مراجعه بعدی ثبت شده در دفتر نوبت دهی را به همراهان توضیح دهد.
- علایم هشدار جهت مراجعه فوری به بیمارستان را به همراهان توضیح دهد.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		مریم نظری	سوپروایزر بالینی	
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		اشرف جلیلی	پرستار بخش خون	
فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی		لیلا نجف پور	سرپرستار خون	
حمیده مجیدی	سرپرستار درمانگاه خون		اقدس فرجی	پرستار درمانگاه خون	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی		امضاء:			
سمت: مدیر خدمات پرستاری		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی تایید کننده: آقای دکتر هیرادفر		امضاء:			
سمت: ریاست بخش خون		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			
		۹۸۹۱۱۲			

منابع مورد استفاده: تجربه بیمارستان، درسنامه پرستاری ونگ ۲۰۱۵



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: آمادگی قبل از عمل، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از اعمال جراحی

تاریخ تدوین: ۹۵/۹	کد دستورالعمل: ۵ - ۲۴ - INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	
تعداد صفحه: ۶	

### تعریف:

مراقبت مستمر یعنی مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز دارد. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانوادهاش این است که مراقبین میدانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند.

**هدف:** حفظ و ارتقا ایمنی بیمار

**دامنه:** کلیه بخش های بالینی بیمارستان

### گام های دقیق انجام کار:

#### الف) مراقبت قبل از عمل

#### مراقبت قبل از عمل در بخش

۱- پرستار از وجود باند مشخصات (دستبند شناسایی) به دور مچ بیمار اطمینان حاصل کرده و هویت بیمار را با تطبیق مشخصات مچ بند و سوال از کودک/والدین و پرونده بیمار و محتویات و ضمائم همراه (گرافی ها ، مشاوره و ...) به صورت فعال شناسایی می کند.

۲- بررسی های زیر باید قبل از انجام اعمال جراحی انجام گیرد:

✓ ارزیابی اولیه بیمار (ارزیابی وضعیت سلامت بیمار) شامل:

○ تاریخچه پزشکی (سابقه بیماری خاص در گذشته یا سابقه جراحی قبلی)

○ حساسیت دارویی و سابقه مصرف دارویی

○ تاریخچه تولد (پره مچوریتی، آنرمالی های مادزادی)

○ سابقه اخیر عفونتهای دستگاه تنفس فوقانی و تحتانی

✓ ارزیابی سیستم قلبی و عروقی و سیستم تنفسی بیمار و انجام معاینات فیزیکی

✓ انجام مشاوره بیهوشی و سایر مشاوره های درخواستی برای بیمار

✓ ارزیابی علایم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از عمل

یافته های غیر طبیعی در بررسی وضعیت سلامت بیمار باید قبل از انجام عمل جراحی در بیمار بررسی و رفع گردد. در صورت لزوم باید با پزشک در خصوص ادامه مصرف، قطع و یا تعدیل دوز داروهای مصرفی بیمار در روز عمل مشورت شود.

۳- بر گه رضایت آگاهانه برای عمل جراحی توسط پزشک اخذ و به پرونده الصاق شود.

۴- پرستار از وجود IV لاین سالم اطمینان حاصل کرده و یا برای بیمار IV لاین تعبیه و آزمایشات درخواستی را اخذ و ارسال می کند.

۵- پرستار جواب آزمایشات روتین بخصوص گروه خونی را پیگیری و به تیم جراحی اطلاع می دهد.

۶- پرستار در مورد زمان NPO ماندن قبل از عمل به بیمار/خانواده آموزش می دهد.

مدت زمان NPO نگه داشتن کودک بر اساس جدول زیر (جهت کاهش احتمال آسپیراسیون ترشحات معده در صورت استفراغ) رعایت می شود:

راهنمای مدت زمان NPO قبل از عمل جراحی / پروسجر / sedation				
سن کودک	غذای جامد	شیر مادر	شیر و فرمولا	مایعات صاف شده
زیر ۶ ماه	-	۴ ساعت	۵ ساعت	۲ ساعت
۶ ماه تا ۳۶ ماه	۶ ساعت	۴ ساعت	۶ ساعت	۲ ساعت
بالای ۳۶ ماهه	۸ ساعت	-	۶ ساعت	۲ ساعت

مایعات صاف شده: آب، آب میوه طبیعی، چای ساده، ژله ساده

توجه: در صورت موارد اورژانسی و غیر الکتیو، طبق نظر پزشک معالج/بیهوشی و بسته به وضعیت بالینی بیمار در مورد مدت زمان NPO بودن قبل از عمل تصمیم گیری می شود.

**Reference: NPO Guidelines for Elective Surgery/Procedures/Sedations, Boston children hospital. ۲۰۱۵**

۷- پرستار با بیمار/خانواده (متناسب با سن کودک) در مورد نوع عمل جراحی، کنترل درد پس از عمل و نحوه مراقبت از بیمار پس از عمل صحبت می کند تا اضطراب خانواده کمتر شود.

۸- کلیه دستورات پزشکی باید قبل از عمل نظیر آمادگی ورود هوشیاری آنها از مواد دفعیبا انجام Enema/Washout و ... توسط پرستار انجام شود.

۹- پرستار بیمار را از لحاظ وجود هر گونه عضو/اعضای مصنوعی و کاشتنی (مثل پورت کت) و نداشتن هر گونه آرایش (لاک ناخن های کودک) و زیورآلات قبل از عمل بررسی و گزارش می نماید.

۱۰- در موارد جراحی های سر و صورت ناحیه عمل شیو شود.



- ۱۱- پرستار به والدین در خصوص خالی نمودن مثانه کودک قبل از عمل آموزش می دهد . از خالی بودن مثانه قبل از عمل مطمئن می شود (دربعضی از مواقع بنا به دستور پزشک لازم است برای بیمارسون دفولی گذاشته شود و بعد به اتاق عمل فرستاده شود).
- ۱۲- کمک بهیار تمامی لباسهای کودک را خارج نموده ولباس مخصوص اتاق عمل به کودک می پوشاند.
- ۱۳- پرستار چک لیست مراقبت قبل از عمل را تکمیل می کند.
- ۱۴- پرستار پرونده پزشکی کودک را از نظر وجود جواب کلیه تست های آزمایشگاهی و کلینیکی، مشاوره های انجام شده (مشاوره بیهوشی، قلب و ...) و برگ رضایت آگاهانه بررسی می کند.
- ۱۵- اگر برای بیمار درخواست/ رزرو خون شده است، شب قبل از عمل پرستار باید از آماده بودن جواب گروه خونی بیمار و کیسه های خون درخواستی در آزمایشگاه/بانک خون اطمینان حاصل کند.
- ۱۶- پرستار پس از شناسایی صحیح بیمار (تطبیق مشخصات بیمار با دستبند شناسایی) بیمار را با پرونده پزشکی و رعایت اصول ایمنی با حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب و رعایت شئونات اخلاقی به اتاق عمل منتقل می کند.

### ➤ ورود به اتاق عمل:

- ۱- بیمار توسط پرستار/کارشناس اتاق عمل/ هوشبری در اتاق عمل به صورت ایمن و بر اساس چک لیست مراقبت قبل از عمل پذیرش می شود.
- ۲- فرد تحویل گیرنده بیمار، بیمار را از نظر وجود دستبند شناسایی بررسی و هویت بیمار را با تطبیق مشخصات مچ بند و سوال از کودک /والدین و پرونده بیمار و محتوا تو ضامثم همراه (گرافی ها، مشاوره و ...) به صورت فعال شناسایی می کند.
- ۳- کارشناس اتاق عمل ، بیمار را از نظر شرایط جسمی، روانی، سوابق بیماری و دارویی ، ناشتایی، شیو و علامت گذاری ناحیه عمل، اجسام کاشتنی و وجود سابقه حساسیت بیهوشی در عمل جراحی و آسیب پوستی احتمالی در محل اتصال پلیت کوتر و ... مجددا ارزیابی کرده و چک لیست مراقبت قبل از عمل را تکمیل می کند و پرونده را از نظر کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل کنترل می کند.
- ۴- پرسنل اتاق عمل جهت کاهش استرس و اضطراب کودک، ارتباط و تعامل موثری با کودک برقرار میکند.
- ۵- پرستار بیهوشی کاتترها و اتصالات بیمار را کنترل و از صحت عملکرد آنها اطمینان حاصل کرده و داروهای پره مدیکیشن را طبق دستور متخصص بیهوشی تزریق می کند. در صورت نیاز لاین وریدی اضافی برقرار می شود.
- ۶- پرسنل بیهوشی ، کودک را با حفظ حریم و رعایت ایمنی به تخت جراحی منتقل و تخت جراحی را تنظیم و اتصالات مورد نیاز را به بیمار نصب می نماید.

### ب) مراقبت و پایش حین عمل جراحی:

۱. کاردان/کارشناس بیهوشی گازهای طبی و اتصالات و تجهیزات ابتدای هر شیفت و برای هر بیمار را قبل از القای بیهوشی از نظر صحت عملکرد کنترل می کند.

۲. کاردان/کارشناس بیهوشی از برقراری درست اتصالات به بیمار و برقراری جریان صحیح گازهای طبی بر اساس فرم بیهوشی ایمن و چک لیست جراحی ایمن (قبل از القای بیهوشی) اطمینان حاصل کرده و به تایید متخصص بیهوشی می رساند.
۳. بیمار توسط پرستار و متخصص بیهوشی و جراح در سه مرحله قبل از القای بیهوشی به بیمار، قبل از اقدام به برش پوست و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل ارزیابی و چک لیست جراحی ایمن تکمیل می شود.
۴. شرح عمل توسط پزشک جراح در برگه گزارش شرح عمل نوشته می شود در صورت وجود بیش از یک جراح برگه جداگانه توسط هر یک از جراحان ثبت می شود .
۵. دستورات پزشکی بعد از عمل جراحی در برگ دستورات پزشک توسط جراح ثبت می شود.
۶. وضعیت بیمار قبل ؛حین و پس از جراحی توسط متخصص بیهوشی در فرم بیهوشی و فرم ریکاوری ( مراقبت بعد از جراحی) ثبت و مهر و امضا می شود.

### ج) مراقبت و پایش پس از عمل جراحی

#### ➤ ریکاوری:

- ۱- پس از اتمام جراحی، بیمار با دستور متخصص بیهوشی به صورت ایمن به ریکاوری منتقل می شود.
- ۲- وضعیت بیمار توسط پرسنل بیهوشی و اتاق عمل به پرستار ریکاوری تحویل داده می شود.
- ۳- پرستار ریکاوری از بسته بودن کمربند ایمنی برای بیمار اطمینان حاصل کرده و بیمار را از نظر سطح هوشیاری و وضعیت تنفسی ارزیابی کرده و هرگونه دیسترس تنفسی را به پزشک بیهوشی اطلاع می دهد.
- ۴- پرستار از اتصالات بیمار (سرم- درن- NGT-FC) را در محل مناسب صحت عملکرد آن اطمینان حاصل می کند.
- ۵- پرستار ریکاوری پانسمان های بیمار ، علایم حیاتی بیمار (SPO<sub>2</sub>,BP,RR) را کنترل کرده و در صورت موارد غیرطبیعی به پزشک بیهوشی و معالج گزارش می کند و بیمار را تا Stable شدن وضعیت عمومی در ریکاوری نگهداری و مراقبت می نماید.
- ۶- پرستار ریکاوری بیمار را از نظر درد پایش و ارزیابی کرده و طبق دستور پزشک معالج و پزشک بیهوشی عمل می کند.
- ۷- پرستار ریکاوری بیمار را تا به هوش آمدن کامل و طبیعی شدن رفلکس ها در بخش ریکاوری باید تحت نظر قرار دهد.
- ۸- پرستار سیرکولر اتاق عمل نمونه پاتولوژی ارسالی را با پرونده و مچ بند بیمار چک کرده و در محل مخصوص جهت تحویل به آزمایشگاه آماده می نماید.
- ۹- رابط اتاق عمل نمونه های پاتولوژی را از ساعت ۱۰:۰۰ تا ۱۳:۳۰ پس از ثبت در HIS توسط منشی به آزمایشگاه تحویل می دهد. نمونه های پاتولوژی در شیفتهای عصر و شب در اتاق عمل در محل مخصوص نگهداری شده و صبح روز بعد به آزمایشگاه تحویل می شود.
- ۱۰- پرستار بیهوشی کلیه اقدامات را در برگ ریکاوری (مراقبت بعد از عمل) و گزارش پرستاری ثبت می کند

۱۱- پزشک بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی و تنفسی بیمار و در صورت stable شدن بیمار، بخش مقصد (بخش بستری قبلی یا بخش مراقبت ویژه) تعیین و دستور ترخیص بیمار را صادر و دستورات لازم بعد از عمل را در برگ مراقبت بعد از عمل ثبت و مهر و امضا می کند.

۱۲- پرستار بیهوشی با بخش مقصد هماهنگی می کند.

۱۳- پرستار بیهوشی بیمار را پس از جدا کردن از دستگاه مانیتورینگ و کنترل علائم حیاتی و انجام پالس اکسی متری، به همراه پرونده و کلیه اوراق مربوطه به پرستار بخش تحویل می دهد.

۱۴- پرستار مسئول بیمار در بخش، موقع تحویل بیمار باید به موارد زیر توجه و در صورت وجود مشکل در هر یک از موارد زیر، پرستار از تحویل بیمار اجتناب و بیمار جهت stable شدن به ریکاوری برگردانده می شود.

- وضعیت ظاهر بیمار (از نظر سیانوز، رنگ پرید هبودن، خو نآلود نبودن و ...)

- سطح هوشیاری، باز بودن راه هوایی و وضعیت تنفس

- محل عمل جراحی و کنترل از نظر وجود خونریزی

- علائم حیاتی بیمار (پالس اکسی متری در حین خروج از اتاق عمل، کنترل و در پرونده ثبت شود)

۱۵- بیمار بر اتاق عمل، بیمار را به صورت ایمن (بستن کمربند ایمنی، با رعایت حریم خصوصی و پوشش مناسب و حفظ زنجیره گرمایی و پوزیشن مناسب ...) پالس اکسی متری پرتابل، اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با حضور پرستار مسئول بیمار به بخش منتقل می کند.

### ➤ مراقبت بعد از عمل در بخش

۱- پس از انجام عمل جراحی بیمار همراه پرونده و دستورات پس از عمل توسط پرستار مسئول بیمار از اتاق عمل تحویل گرفته شده و به بخش منتقل شود.

۲- بیمار با حضور و همراهی پرستار، در وضعیت مناسب جهت باز بودن راه هوایی و خروج بهتر ترشحات دهان در تخت خوابانده می شود.

۳- وضعیت محل عمل جراحی/ زخم، پانسمان ها و سوندهای متصل به بیمار و لوله های درناژ ترشحات، بلافاصله پس از عمل بررسی می شود.

۴- پرستار علائم حیاتی بیمار (BP, RR, BT, PR, SPO<sub>2</sub>) را بلافاصله پس از ورود به بخش، نیم ساعت بعد و یکساعت بعد کنترل و چارت می کند. هر گونه علائم حیاتی غیر طبیعی ( که نشانه ای از وجود خونریزی داخلی است) سریعاً به پزشک جراح اطلاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن V/S، علائم حیاتی طبق روتین بخش کنترل می شود.

۵- در عمل جراحی تانسکتومی از کیسه یخ در ناحیه گردن استفاده می شود.

۶- پرستار در جراحی های خاص نظیر ترمیم شکاف لب و کام، استفاده از رسترنت ها را در نظر می گیرد.

۷- پرستار در جراحی آترزی مری از محل صحیح NGT و فیکس بودن آن اطمینان حاصل کرده و مراقبت لازم را جهت خارج نشدن NGT به عمل آورد.

۸- دستورات پزشکی پس از عمل، توسط پرستار بخش چک شود (توجه شود دستور پزشک در خصوص داروهای کنترل درد بعد از جراحی ثبت شده باشد).

۹- پرستار درجه شدت درد را با scale ارزیابی درد (مطابق با ابزار Wong Berker و مقیاس عددی در کودکان ابزار NIPS در نوزادان پره ترم و فول ترم) اندازه گیری کرده و درد کودک را طبق دستور پزشک کنترل می کند.

۱۰- پرستار بیمار را از نظر وجود دفع ادراری مانیتور می کند.

- ۱۱- پرستار محل عمل را از نظر خونریزی فعال در کلیه جراحی ها (برای مثال از زخم جراحی یا محل عمل یا خونریزی از دهان و بلع های مکرر توسط بیمار در تانسلیکتومی) کنترل کرده و در صورت وجود خونریزی، اقدامات لازم (نظیر پانسمان فشاری در محل زخم جراحی یا استفاده کیف یخ در ناحیه گردن) را سریعاً انجام داده و به پزشک جراح اطلاع می دهد.
- ۱۲- پرستار جهت انجام سرفه و تنفس عمیق به کودک/خانواده آموزش داده شده و کمک می کند.
- ۱۳- پرستار در خصوص مدت زمان NPO ماندن کودک پس از عمل به مادر آموزش می دهد.
- ۱۴- اولین تغذیه کودک/ نوزاد پس از عمل در حضور پرستار شروع می شود.
- ۱۵- پرستار حدود ۶ ساعت پس از عمل های جراحی به کودک کمک می کند تا از تخت خارج شده و راه برود (در حد تحمل).
- ۱۶- پرستار در خصوص نحوه مراقبت و عدم دستکاری کاتترها و اتصالات بیمار (سوند فولی، NGT، chest tube و ...) و نوع تغذیه و زمان شروع رژیم غذایی پس از عمل، به بیمار/خانواده آموزش می دهد.
- ۱۷- پرستار در خصوص مراقبت از محل عمل جراحی، کاتترها و سوند فولی بیمار در جراحی های خاص (مثل هایپوسپیدیازیس، اکستروفی مثانه، شکاف لب و ...) آموزشهای لازم را به بیمار/خانواده ارائه می دهد.
- ۱۸- پرستار کلیه اقدامات انجام شده را با جزییات و طبق دستورالعمل گزارش نویسی مرکز در اوراق مربوطه ثبت می کند.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		مینا عباسی	سرپرستار بخش جراحی	
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		زینب نورمحمدی	سوپروایزر بالینی	
کافیه اصلانی	پرستار بخش جراحی		فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی	
سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل		زیبا حق شناس	سرپرست ENT	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی					
سمت: مدیر خدمات پرستاری					
تاریخ تایید: ۹۸۹۱۹					
ام و نام خانوادگی اطلاع کننده: دکتر میر هادی موسوی					
سمت: رئیس مرکز					
شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸۹۱۴					

### منابع مورد استفاده :

استانداردهای اعتبار بخشی، تجربه بیمارستان

NPO Guidelines for Elective Surgery/Procedures/Sedations, Boston children hospital. ۲۰۱۵



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل

تاریخ تدوین: ۹۸/۶/۴	کد دستورالعمل: INS-۲۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۴	تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۲۲	

**تعریف:** درک علت رعایت الزامات ایمنی در پروسیجرهای تهاجمی خارج از اتاق عمل به منظور اجتناب از بروز وقایع ناخواسته در

پروسیجرها و استفاده از راهنماها و کار تیمی در تسهیل دریافت درمان صحیح، توسط بیمار در زمان و مکان مناسب برای بیمار صحیح

**اهداف:** ارتقاء ایمنی بیمار، پیشگیری از بروز خطرات بالقوه، افزایش رضایتمندی

**دامنه:** کلیه بخشهای بستری و سرپایی- پزشکان معالج- رزیدنتها- انترنها- سرپرستاران بخشها- پرستاران


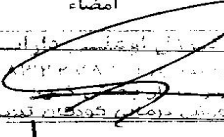






**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** مسئول ایمنی بیمار

**گام های انجام کار:**

۱. باید لیست اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل، در کلیه بخشها توسط سرپرستار و ریاست بخش تهیه و امضا و در پانل ایمنی نصب گردد.
۲. از راهنماهای بهترین خدمات (Best Practice) جهت کاهش خطاهای ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران و تضمین دریافت درمان و پروسیجر صحیح، توسط بیمار صحیح، به روش صحیح استفاده گردد.
۳. مفاد دستورالعمل جراحی ایمن در انجام پروسیجر تهاجمی توسط اعضای تیم درمانی باید مراعات گردد.
۴. باید ارتباط موثر بین اعضای تیم درمانی جهت تبادل اطلاعات حیاتی برقرار گردد.
۵. باید قبل از انجام پروسیجرهای تهاجمی غیر اورژانسی، توسط پزشک جراح معالج یا رزیدنت جراحی، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه از ولی بیمار گردد.
- ۷- اصول شناسایی صحیح بیمار باید توسط کلیه اعضای تیم درمانی رعایت شود. ارزیابی بالینی بیمار به منظور شناسایی وجود آلرژی های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی باید توسط پزشک جراح و یا رزیدنت جراحی متخصص بیهوشی و یا رزیدنت بیهوشی و نرس بیمار صورت گیرد.
- ۸- ساختار فیزیکی و محیطی انجام پروسیجر باید ایمن باشد و از وضعیت سالم بودن ساید ریل های تخت، جهت اجتناب از سقوط بیمار، اطمینان حاصل نموده و بیمار توسط اعضای تیم بصورت کامل و هوشیارانه حفاظت شود.

- ۱۹- تجهیزات حیاتی و ضروری آماده به کار، از جمله ملزومات لازم جهت انجام پروسیجر، برقراری راه هوایی، داروها و تجهیزات ترالی احیا و... باید توسط سرپرستار تهیه و در بخش موجود باشد و در کلیه شیفتهای عصر و شب نیز از موجود بودن اقلام مذکور، توسط نرس مسئول شیفت و نرس مسئول بیمار اطمینان حاصل گردد.
- ۲۰- باید هماهنگی با اتاق عمل توسط سرپرستار و یا نرس مسئول شیفت به منظور همکاری با بخش مربوطه جهت تحویل وسایل مورد لزوم صورت گیرد.
- ۲۱- اصول آسپتیک و کنترل عفونت توسط کلیه اعضای تیم باید رعایت گردد.
- ۲۲- اصول دارودهی طبق اصول YR در موارد استفاده از آرام بخش برای بیمار و کنترل درد بیمار باید توسط اعضای تیم درمانی مراعات گردد.
- ۲۳- موارد فوریت های پزشکی باید پیش بینی و اقدامات پیشگیرانه در زمینه خونریزی شدید، مشکلات تنفسی و... انجام و آمادگی مواجهه با آن توسط اعضای تیم فراهم گردد.
- ۲۴- روش های شناخته شده برای بیحسی بیمار و کنترل درد منطبق بر گایدلاینها و رفرنس های معتبر و به روز، باید توسط پزشک جراح، متخصص بیهوشی، رزیدنت بیهوشی و جراحی اجرا گردد.
- ۲۵- عمل جراحی با حضور اعضای تیم جراحی شامل پزشک معالج و رزیدنت جراحی و نرس بیمار و نرس فراخوان شده از اتاق عمل و متخصص بیهوشی و رزیدنت بیهوشی در شرایط استریل باید انجام گردد.
- ۲۶- تمامی نمونه های اخذ شده، حین پروسیجرهای تهاجمی، باید به طور صحیح شناسایی، پرچسب گذاری و نگهداری ایمن و انتقال صحیح آنها تامین گردد.
- ۲۷- باید اقدامات لازم بعد از انجام پروسیجر جهت تسکین درد، کنترل خونریزی، آزامبخشی و ریکاوری بیمار صورت گیرد.
- ۲۸- باید پسماندها و اشیای نوک تیز در انتهای پروسیجر تهاجمی توسط اعضای تیم به طور صحیح دفع گردد.
- ۲۹- نوع پروسیجر، روش انجام و اقدامات حفاظتی و ریکاوری در برگه مربوطه توسط پزشک معالج / پزشک بیهوشی ثبت و ضمیمه پرونده گردد.

## جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر عطاالله هیرادفر	مسئول ایمنی		خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی	سوپروایزر	
خانم لیلی رسولی	مدیریت خدمات پرستاری		خانم نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
خانم معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		خانم زیلا شکراللهی	کارشناس ایمنی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی					
سمت : ریاست مرکز تاریخ تایید:					
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی					
سمت : ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :					

## منابع مورد استفاده :

- دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت
- راهنمای استانداردهای ویرایش چهارم سال ۱۳۹۸
- تجارب بیمارستان



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی در مورد عفونت ادراری (Urinary tract infection)

کد دستورالعمل: ۱-۲۶-INS

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** عفونت دستگاه ادراری نوعی عفونت باکتریایی است که بر بخشی از دستگاه ادراری تأثیر می‌گذارد. هنگامی که عفونت دستگاه ادراری تحتانی را مبتلا می‌کند سیستیت (عفونت مثانه) نامیده می‌شود و هنگامی که بر دستگاه ادراری فوقانی تأثیر می‌گذارد به آن عفونت کلیه (پیلونفریت) گفته می‌شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت، پیشگیری از عفونت ادراری و عوارض آن

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با عفونت ادراری

### گام های دقیق انجام کار:

#### علل شایع عفونت ادراری را آموزش دهید:

در حالت طبیعی ادرار بدون باکتری است. باکتریهایی که بطور شایع باعث عفونت ادراری میشوند باکتری اشرشیاکولی است (باکتری روده ای) که در روده ها زندگی میکنند. باکتریها از طریق پوست و اطراف مقعد به مجرای ادراری وارد شوند.

#### علائم عفونت ادراری را آموزش دهید:

- دفع ادرار به دفعات زیاد و به مقدار کم، احساس سوزش در دفع ادرار، شب ادراری و بی اختیاری، مشکل در دفع ادرار بوی بد و شدید ادرار، درد پهلوها، ادرار تیره یا خونی، تهوع و استفراغ، تب و بیحالی، بی اشتها

#### روشهای پیشگیری از عفونت ادراری را آموزش دهید:

- داروهای تجویز شده را طبق دستور پزشک مصرف و دوره درمان را کامل کند. نباید داروها با کاهش علائم قطع شوند دوره مصرف آنتی بیوتیکها باید کامل شوند.
- مایعات زیاد مثل آب و چای کم رنگ، آب میوه های طبیعی و خانگیه کودک بدهند تا رنگ ادرار کم رنگ شود و کلیه ها بهتر کارکنند. آبمیوه های صنعتی و نوشیدنی کافئین دار ندهند.
- تخلیه کامل مثانه را به کودک آموزش دهند.
- ادرار را به مدت طولانی نگه ندارند.
- بعد از هر وعده غذایی به توالت ببرند تا به دفع مرتب ادرار عادت کند.



- بعد از دفع مدفوع محل را به خوبی بشویند و در دختران حتما از جلو به عقب بشوینداز دیک دستمال کاغذی یکبار استفاده کند.
- کودکانی که دیر به دیر حمام میکنند احتمال عفونت ادراری دارند کودک را هر ۲-۳ روز حمام ببرند.
- لباسهای زیر نخی و گشاد بپوشانند.
- هنگام سرماخوردگی بدون دستور پزشک آنتی بیوتیکی را به کودک ندهند چون میتواند درمان عفونت را به تاخیر بیندازد.
- بیوست کودک را به دقت و کامل درمان کنند.

**علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:**

- تب بالای ۳۸ درجه
- تهوع و استفراغ
- درد پهلو شکم
- ورم دور چشم، دستها و پاها
- علائم عفونت ادراری مجدد بعد از کامل شدن دوره درمان

**قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:**

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- ✓ دکتر مرتضوی - درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای یکشنبه، مطب: ساختمان بهارنطبقه ۴، بعد از ظهر روزهای زوج.
- ✓ دکتر بهبهانی - درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای دوشنبه، مطب: کلینیک گلگشت، طبقه ۲، تمام روزها بجز پنج شنبه ها.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر شناسی ارشد پرستاری NICU آموزش سلاهایبزر آموزش سلامت - ن. پ ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	ناهید دهخدا	لیلی رسولی	مدیر پرستاری	لیلی رسولی مدیر خدمات پرستار مرکز آموزشی و درمانی کودکان نظام پرستاری: ۷۷۱-۳۳۳
مهتری کاویانی	مسئول آموزش به بیمار	م. کاویانی کارشناس پرستاری ش. ب. ۸۸۸-۴۵۴	معصومه محمدزاد	سوپروایزر شناسی ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزش نوزادان مرکز آموزشی درمانی کودکان ش. ب. ۸۳۲۶۷۷۵	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری	تاریخ تایید:	امضاء: لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان ش. ب. ۷۷۱-۳۳۳	نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان	سمت: رئیس بخش	دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان متخصص اطفال قلبه گلاب بهبهان نظام پرستاری: ۴۷۱-۸۸۸ نشانی تمام اطلاعات در این بخش و درمانی کودکان لریبا	امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان	سمت: رئیس بخش
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز

منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Open reading mode, Urinary Tract Infection, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc. Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲  
September ۲۰۱۴



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی در مورد سندروم نفروتیک (Nephrotic Syndrome)	
کد دستورالعمل: ۲-۲۶-INS	تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷
تعداد صفحه: ۳	تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

## تعریف:

سندرم نفروتیک شایعترین بروز آسیب گلومرولی در کودکان است که نفوذپذیری گلومرولها افزایش می یابد. در واقع مجموعه ای از یافته هایی است که نشان میدهد یک مشکل کلیوی وجود دارد. این یافته ها شامل: ۱. سطح بالای پروتئین ادرار (پروتئینوری) ۲. سطح پایین آلبومین خون (هایپوآلبومینمی) ۳. سطح بالای کلسترول خون (هایپرلیپیدمی) ۴. ادم صورت، چشمها، شکم و اندامهای تحتانی میباشد. سندروم نفروتیک زمانی اتفاق می افتد که فیلترهای کلیه (گلومرول ها) صدمه دیده باشند. گلومرولها سموم و محصولات زائد گردش خون را برداشته و از طریق ادرار دفع میکنند. در اثر گلومرول صدمه دیده مواد ضروری بدن مثل پروتئین ها نیز ممکن است از گردش خون برداشته شوند. علائم سندروم نفروتیک از کمبود پروتئین و دیگر موادی که بدن به آنها نیاز دارد حاصل میشود سندروم نفروتیک ممکن است خطر آسیب بیشتر کلیه ها و مشکلاتی مثل لخته شدن خون و عفونت را افزایش دهد.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت، پیشگیری از آسیب کلیوی و عوارض آن

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقبت کننده از بیمار مبتلا به سندرم نفروتیک

## گام های دقیق انجام کار:

علل بیماری را آموزش دهید:

عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی شایعترین علت است که بدنبال آن بیماری خود را نشان می دهد.. سایر علل بیماری شامل: عفونتهای ویروسی مانند ویروس نقص ایمنی بدن (HIV) ، هپاتیت B و هپاتیت C. برخی بیماریهای ژنتیکی. بیماری کلیوی دیابتی (نفروپاتی دیابتی)، مشکلات ناشی از ناهنجاریهای قلبی مادرزادی (PS)، بیماریهای عروقی (مانند لوپوس اریتماتوز منتشر شده و پورپورا آنافیلاکتوئید، واسکولیت)، بیماری سرطان، بدنبال داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و داروهای ضد سرطان

**علائم و نشانه های سندرم نفروتیک را آموزش دهید:**

ادرار کف آلود، ادرار کمتر از حد معمول، ادم صورت، دست ها، پاها (تنگ شدن کفشهایی که قبلا اندازه بودند)، افزایش وزن بدون علت، بی اشتها، احساس خستگی.

## موارد زیر را جهت مراقبت در منزل آموزش دهید:

- مراقبت در منزل در اولویت است مگر اینکه ادم و پروتئین اوری وجود داشته باشد.
  - تست تیپ ادراری (UTT) از نظر کنترل آلبومین ادرار را طبق دستور انجام دهند.
  - عدم مصرف دارو بدون نسخه پزشک و مصرف دقیق و مرتب داروهای تجویز شده طبق دستور پزشک برای پیشگیری از عوارض داروهای بدون دستور پزشک، به کودک خود مکمل، ویتامین یا داروهای گیاهی ندهند.
  - با مشاهده علائم بهبودی آنتی بیوتیکها را قطع نکنند و تا پایان دوره درمان را ادامه دهند.
  - از عوارض داروهای استروئیدی: گرد شدن صورت، افزایش اشتها، دیستانسیون شکمی، هیرسوتیسم (پرمویی) و تغییرات رفتار مطلع باشند و اینکه بعد از قطع داروها علائم برطرف خواهند شد.
  - برای نتیجه بهتر باید داروها را بصورت مرتب و دقیق مصرف کنند.
  - بدلیل کاهش مقاومت سیستم ایمنی کودک بدنبال مصرف استروئیدها از ابتلا به عفونت پیشگیری کنند.
- رژیم غذایی:

- در صورت ادم، عود بیماری و مصرف استروئیدها: رژیم غذایی کم چرب، کم نمک رعایت کنند.
- در صورت بهبودی رژیم غذایی معمولی را ادامه دهند.
- در صورت نارسائی کلیه مصرف پروتئین را محدود کنند.

## مطالب زیر را در رابطه با فشار خون بالا آموزش دهید:

- کودکان با فشار خون بالا معمولاً علائمی ندارند مگر اینکه فشارخونشان خیلی بالا باشد.
- فشار خون فقط با اندازه گیری مشخص می شود.
- علائم فشار خون شامل: سردرد، خستگی، تحریک پذیری، تاریدید، خونریزی مکرر از بینی و تنگی نفس است.
- شاید لازم باشد فشار خون را در ۳ نوبت با فاصله حداقل ۵ دقیقه کنترل کنند تا مطمئن شوند فشار خون بالاست.

## علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- علائم بیماری
- تشدید ناگهانی تورم صورت، اندامها یا شکم.

## قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

- ۱- علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
- ۲- نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات داروئی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
- ۳- زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.

- دکتر مرتضوی - درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای یکشنبه، مطب: ساختمان بهار طبقه ۴، بعد از ظهر روزهای زوج.
- دکتر بهبهانی - درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای دوشنبه، مطب: کلینیک گلگشت، طبقه ۲، تمام روزها بجز پنجشنبه ها.

- ۴- درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- ۵- در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت‌های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶	کارشناس روش‌های پرستاری NICU مرکز آموزشی دیهانی کودکان	لیلی رسولی	مدیر پرستاری	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی دیهانی کودکان، نظام پرستاری: ۷۲۰۰۳۳۰
مهری کاویانی	مسئول آموزش به بیمار	م. کاویانی کارشناس پرستاری ش. ن. ۸۸۸۸۸۸۸	معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	کارشناس ارشد پرستاری سوپروایزر آموزشی - ن. پ. ۸۷۷۷۷۷۷۷ مرکز آموزشی دیهانی کودکان
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری	تاریخ تایید:	امضاء: لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی دیهانی کودکان		
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر فخر السادات مرتضوی	سمت: فوق تخصص کلیه اطفال	تاریخ تایید:	امضاء: دکتر فخر السادات مرتضوی		
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر افشین قلعه گلاب بهبهانی	سمت: رئیس بخش	تاریخ تایید:	دکتر افشین قلعه گلاب بهبهانی متخصص کودکان - فوق تخصص کلیه کودکان نظام پزشکی: ۴۷۱۰۸ دانشیار تمام وقت متخصص آنفولانزا و درمانی کودکان تیریز		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء: دکتر میر هادی موسوی		

### منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION Open reading mode, Nephrotic Syndrome, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc. Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.
۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴.



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی برونشیتولیت (Bronchiolitis)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۳  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** به التهاب نایژک‌ها که کوچک‌ترین راههای تنفسی در ریه‌ها هستند، التهاب نایژک یا برونشیتولیت گفته می‌شود. این بیماری بیشتر در کودکان کمتر از ۳ سال رخ می‌دهد و در بین کودکان سه تا شش‌ماهه بیشتر دیده می‌شود. شایعترین علت ویروسی به ویژه ویروس سین سیشیال تنفسی (RSV) است. علائم این بیماری سرفه های مداوم، تنفس مشکل همراه با رتراکسیون، تب، استریدور، آب‌ریزش بینی، کاهش اشتها یا کاهش فعالیت، در کودکان بزرگتر علائم کمتر طول می‌کشد.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از عوارض بیماری

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به برونشیتولیت

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. مراقبتهای زیر را برای بهبودی بیمار آموزش دهید:

- برای اینکه ترشحات بینی نرم شده و راحت تر خارج شوند از قطره سدیم کلراید بینی استفاده کنند.
- از قطرات بینی دیگری استفاده نکنند مگر با دستور پزشک.
- برای شیرخواران زیر ۶ ماه می‌توانند بعد از ریختن قطره بینی ترشحات را با یک پوار تخلیه کنند.
- نحوه استفاده از پوار را آموزش دهید:

اول قسمت توپی پوار را از ته آن فشار دهند و در این حالت به آرامی وارد سوراخ بینی کنند بعد فشار روی توپ را بردارند تا ترشحات بینی به داخل پوار کشیده شوند. پوارها معمولاً یک‌بار مصرف هستند ولی اگر یکبار مصرف نیست و قطعات آن از هم جدا می‌شود بعد از هر بار استفاده آنها را جدا کرده و بشویند.

- اگر هوای اتاق کودک خشک باشد، می‌توانند با استفاده از نبولایزر هوا را مرطوب کنند و به کاهش خلط و سرفه کودک کنند. نبولایزر آب را به صورت بخار در هوا پخش می‌کند با تنفس بخار گرفتگی بینی کودک برطرف می‌شود. دستگاه بخور را به خوبی تمیز کنند تا از رشد باکتری ها و قارچ ها جلوگیری شود.

- اگر تب دارد استامیوفن بدهند اگر بیش از ۶ ماه سن دارد می‌توانند ایبوبروفن بدهند (رجوع به دستورالعمل خودمراقبتی تب).

- به فرزندشان آسپیرین ندهند آسپیرین برای کودکان کمتر از ۱۸ سال خطرناک است.
- درمان اصلی هیدراته کردن بیمار است. مایعات کافی از طریق دادن سوپ، آب میوه و... تامین کنند.
- چون کودک بیمار سریعتر و بیشتر نفس می‌کشد ممکن است دچار کم آبی شود پس مطمئن شوند که کودک مایعات کافی می‌خورد. اگر تب دار است یا مشکل خوردن و مکیدن دارد به مایعات بیشتری نیاز دارد. ممکن است کودک مایعات صاف را به شیر ترجیح دهد بهترین مایعات آب است.

## ۲. روش پیشگیری از ابتلا به برونشیت را آموزش دهید:

- کودک خود را از افراد بیمار دور نگه دارند.
- در خانه همه اعضاء خانواده را تشویق کنند دست های خود را مرتب بشویند.
- سطوح و دستگیره درها را مرتب تمیز کنند.
- اطراف او سیگار نکشند و فرزندشان را از افرادی که سیگار می‌کشند دور نگه دارند.
- هنگامی که سرفه یا عطسه می‌کنند دهان و بینی خود را پوشانده و به کودک خود نیز یاد دهند.
- کودک را از هوای خنک شب که باعث حمله کودک میشود محافظت کنند.

## ۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده بلافاصله به پزشک مراجعه کنند:

- اگر کودک تنفس مشکل یا سریع تر دارد.
- تنفس صدادار دارد.
- بی قرار است.
- لب و انگشتانش کبود شده اند.
- بی اشتهاست یا به سختی غذا می‌خورد.
- حجم ادرارش کمتر شده است.

## قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  ۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
  ۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- ✓ دکتر بیلان-درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای پنجشنبه، مطب: ساختمان آزادی، بعد از ظهر شنبه، یکشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.
- ✓ دکتر امیرحسین جعفری روحی- درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای شنبه، مطب: کلینیک گلگشت، طبقه ۱، بعد از ظهرشنبه، یکشنبه، دوشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.

۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.

۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت سوپروایزر آموزش NICU	لیلی رسولی	لیلی رسولی	مدیر پرستاری	لیلی رسولی
عزیزه نصیری	مسئول آموزش به بیمار B	معصومه محمدزاد	معصومه محمدزاد	سوپروایزر سوپروایزر آموزش	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده:		امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر معصومه محمدزاد		
سمت: دستیار فوق تخصص ریه اطفال		تاریخ تایید:	سمت: رئیس بخش		
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر معصومه محمدزاد		تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
سمت: رئیس بخش		تاریخ تایید:	سمت: رئیس مرکز		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Open reading mode, Bronchiolitis, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴





**تعریف:** پنومونی التهاب پارانشیم ریه است که بیشتر در پاییز و زمستان اتفاق می افتد. در دوران شیرخواری و خردسالی شایع تر است. از نظر بالینی، یک بیماری باولیپها عارضه یک بیماری دیگر است. التهاب باعث تحریک و تولید ترشحات به داخل راههای هوایی می شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از عوارض بیماری

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به پنومونی

### گام های دقیق انجام کار:

#### ۱- علل ابتلا به پنومونی را آموزش دهید:

- بیشترین علت پنومونی در کودکان ویروسها هستند.
- باکتریها
- عفونت های قارچی کمتر باعث پنومونی می شوند.

#### ۲- علائم پنومونی را آموزش دهید:

- تب: ممکن است تب و لرز وجود داشته باشد.
- سرفه: ابتدا خشک و سپس همراه با مقدار زیادی خلط است.
- تنفس مشکل: تنفس سریع تر از حالت طبیعی است همراه با خس خس، گاهی تنفس عمیق با باز شدن سوراخ های بینی، یا تنفس های کوتاه وجود دارد.
- درد قفسه سینه همراه با سرفه یا تنفس عمیق وجود دارد.
- بی اشتها، نخوردن غذا، سردرد، ضعف و بی حالی، درد عضلانی، درد شکم و استفراغ
- کودکان کوچکتر ممکن است رنگ پریده و شل به نظر برسند و بیشتر از همیشه گریه و بی قراری کنند.

#### ۳- مراقبتهای زیر را آموزش دهید:

- از داروهای بدون نسخه استفاده نکنند.
- داروهایی که پزشک نسخه کرده است به طور دقیق تا اتمام دوره درمان استفاده کنند. آنتی بیوتیکها نباید با بهتر شدن علائم بیماری قطع شوند.

- آسپیرین در کودکان می‌تواند خطرناک و باعث سندرم ری شود. آسپیرین ندهند.
  - از داروهای ضد سرفه برای کودکان کمتر از ۴ سال استفاده نکنند.
  - استفاده از نیولایزر در اتاق کودک می‌تواند باعث نرم شدن و تخلیه بهتر ترشحات شود.
  - کودک را تشویق کنند مایعات کافی بخورد تا جایی که رنگ ادرار روشن یا بی رنگ شود.
  - کودک به حد کافی استراحت کند.
  - سرفه‌ها در شب بیشتر هست خوابیدن به حالت نشسته با قرار دادن چند بالش زیر سر، می‌تواند میزان سرفه را کاهش دهد.
  - دود سیگار می‌تواند سرفه‌ها را بدتر کند. از افراد سیگاری دوری کنند.
  - بعد از تماس با کودک دست‌هایشان را با آب و صابون بشویند.
  - طبق گفته پزشک جهت ویزیت بعدی مراجعه کنند.
- ۴. روش پیشگیری از ابتلا به پنومونی را آموزش دهید:**
- واکسیناسیون کودک را مرتی انجام دهند.
  - اطمینان حاصل کنند که همه افرادی که از کودک مراقبت می‌کنند، بهداشت فردی را رعایت کرده و دست‌هایشان را مرتب می‌شویند و واکسن آنفولانزا (آنفلانزا) و (سیاه سرفه) دریافت کرده اند.
  - هنگامی که سرفه یا عطسه می‌کنند دهان و بینی خود را بپوشانید و به کودک خود نیز یاد بدهند.
  - کودک خود را از افراد بیمار دور نگه دارند.
  - در خانه همه اعضاء خانواده را تشویق کنند دست‌های خود را مرتب بشویند.
- ۵. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:**
- اگر بعد از گذشت ۳ روز هنوز علائم بهبود پیدا نکرد.
  - علائم بدتر شد.
  - اگر علائم جدیدی مشاهده کردند.
- ۶. علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:**
- اگر کودک سریع نفس می‌کشد.
  - به سختی نفس می‌کشد و نمی‌تواند به طور عادی صحبت کند.
  - وقتی کودک نفس می‌کشد فاصله بین دنده‌ها یا زیر دنده‌ها بیشتر می‌شود.
  - تنفس صدادر دارد.
  - با تنفس سوراخ‌های بینی بازتر می‌شوند.
  - کودک با نفس کشیدن درد دارد.
  - کودک هنگام نفس کشیدن صدای سوت زدن (صدای خس خس یا استیدور) زیاد ایجاد می‌کند.

- شیرخوار کمتر از ۳ ماه دارد و تب ۱۰۰ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سانتیگراد) یا بالاتر دارد.
- کودک سرفه و غالباً استفراغ می کند.
- علائم ناگهان بدتر می شوند.
- هر گونه تغییر رنگ و کبودی لب ، صورت و ناخن های کودک وجود داشته باشد.

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

- ۱- علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  - ۲- نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
  - ۳- زمان و مکان پیگیری ها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- دکتر نعمت بیلان- درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای پنجشنبه، مطب: ساختمان آزادی، بعد از ظهر شنبه، یکشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.
- دکتر امیرحسین جعفریروحو- درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای شنبه ،مطب: کلینیک گلگشت، طبقه ۱، بعد از ظهر شنبه، یکشنبه، دوشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.
- ۴- در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
  - ۵- در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی ... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر کارشناس ارشد آموزش سلامت- ضرب ۱۵۴۲۲۶ مرکز آموزش درمانی کودکان		لیلی رسولی	مدیر پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز نظام پرستاری: ۳۳۳۳۳۳۳۳	
فاطمه حسن زاده	مسئول آموزش به بیمار PICU		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن ب: ۸۳۳۹۷۱۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	امضاء
دکتر سیمین آقاخانجانی	رئیس فوق تخصص ریه کودکان		دکتر سیمین آقاخانجانی	رئیس فوق تخصص ریه کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	امضاء
دکتر سیمین آقاخانجانی	رئیس PICU		دکتر سیمین آقاخانجانی	رئیس PICU	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	سمت:	امضاء	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	سمت:	امضاء
دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز		دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	

منابع مورد استفاده :

1. Clinicalkey, PATIENT EDUCATION, Open reading mode Community-Acquired Pneumonia, Child, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc. Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.
۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی بعد از عمل ختنه (Circumcision)

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: ۵-۲۶-INS
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** ختنه یک پروسیجر جراحی هست که در آن قسمتی از پوستی که بر روی پنیس پوشیده شده است برداشته می شود. ممکن است در هنگام تولد در بیمارستان و یا هفته های بعد از تولد انجام شود. ختنه یک جراحی انتخابی است و احتمال عفونت ادراری در پسر بچه هایی که ختنه می شوند کاهش میابد.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عفونت ادراری و عوارض بعد از عمل ختنه

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار بعد از انجام عمل ختنه

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. مراقبتهای قبل از عمل ختنه را آموزش دهید:

- بهداشت ناحیه عمل رعایت گردد.
- دستور پزشک برای مدت زمان ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستبند شناسائی بیمار مراقبت کنند.
- کودکان مثانه را قبل از عمل تخلیه کنند.

۲. مراقبتهای بعد از عمل را آموزش دهید:

- فقط داروهایی که پزشک تجویز می کند را به کودک بدهند.
- به کودک آسپیرین ندهند چون آسپیرین در کودکان میتواند باعث سندرم ری شود.
- روی محل عمل یک گاز تمیز بگذارند.
- قبل و بعد از برداشتن گاز دستهای خود را بشویند.
- پوشک شیرخوار را بصورت شل بسته و زود به زود تعویض کنند و هر بار گاز محل عمل را تعویض کنند.
- پوست آلت تناسلی را با آب ولرم تمیز کنند ولی مراقب باشند موقع تمیز کردن پوست را به عقب نکشند.
- اگر پمادی تجویز شده است میتوانند بصورت موضعی روی محل استفاده کنند.
- هر بار که پوشک را عوض میکنند، آلت تناسلی را از نظر بوی بد و ترشحات چرکی، خونریزی و تورم شدید کنترل کنند.
- در صورت وجود درد، روز اول از شیاف استامینوفن و در روزهای بعد از قطره یا شربت استامینوفن با فاصله هر ۶ ساعت طبق مقداری که پزشک تجویز کرده استفاده کنند.
- ۴۸ ساعت بعد از عمل می توانند او را حمام دهند.

اگر ختنه به روش حلقه انجام شده است. مطالب زیر را آموزش دهید:

- حلقه را نکشند حلقه بعد از ۱۰ تا ۱۲ روز خود به خود میافتد.
- حداقل ۷ روز طول میکشد تا محل ترمیم شود.
- طبق دستور پزشک جهت ویزیت مجدد مراجعه کنند.

۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک اطلاع دهند:

- اگر کودک تب دارد.
- اگر کودک بی اشتها شده و یا علاقه ای به غذا خوردن ندارد.
- نوک آلت تناسلی بیش از ۳ روز قرمز یا متورم باقیمانده است.
- خونریزی از آلت تناسلی بیش از یک لکه خون است.
- ترشحات چرکیو بوی بد از محل ختنه وجود دارد.
- بیش از ۷ روز پوسته زرد و چرکی روی آلت تناسلی وجود دارد.
- حلقه پلاستیکی بعد از ۱۲ روز هنوز باقی مانده است.
- حلقه پلاستیکی زودتر از محل خود خارج شده است.

۴. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

- نوک آلت تناسلی سیاه شده است.
- در ۸-۶ ساعت پوشکی را خیس نکرده است.
- خونریزی آلت تناسلی قطع نمی شود، خونریزی به مقدار زیاد است و چکه میکند.

قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید.:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- ✓ دکتر اصلان آبادی- کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- ✓ دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ الرئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
- ✓ دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مدیر پرستاری، آموزش و پرستاری کودکان نظام پرستاری: ۳۳۰۷۲۱		لیلی رسولی	تهیه کنندگان	ناهدی دهخدا ارشناس ارشد پرستاری NICU سوپروایزر آموزش سلامت پروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	سوپروایزر آموزش سلامت	ناهدی دهخدا	تهیه کنندگان
معصومه محمدزاد سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن. پ. ۸۳۲۹۷۲۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان		معصومه محمدزاد	تهیه کنندگان	معصومه محمدزاد	مسئول آموزش به بیمار	کافیه اصلانی	تهیه کنندگان
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان
		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصیل آبادی سمت: رئیس بخش جراحی فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲ استاد: جغرافیایی - ن. پ. ۳۴۹۷۲ مرکز آموزشی و درمانی کودکان

منابع مورد استفاده:

۱. Clinicalkey, PATIENT EDUCATION

Open reading mode, Circumcision, Infant, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

Last revised: September ۲۳, ۲۰۱۹.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴.



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی آپاندیسیت (Appendicitis)

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: ۶-۲۶-INS
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** آپاندیس زائده‌ای کوچک و انگشتی شکل است که از روده بزرگ منشعب می‌شود. به التهاب آپاندیس، آپاندیسیت می‌گویند. در هر سنی ممکن است رخ دهد ولی وقوع زیر ۲ سال نادر است که علت آن مشخص نیست. این عمل شایع‌ترین عمل اورژانسی شکم کودکان است. پیشگیری ندارد و در صورت بروز آپاندیسیت و تأخیر در تشخیص و جراحی به دلیل احتمال پارگی آپاندیس می‌تواند مرگبار باشد.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به آپاندیسیت

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. علائم و نشانه های آپاندیسیت را آموزش دهید:

- دردی که از اطراف ناف شروع می شود و به قسمت تحتانی راست شکم کشیده می شود.
- ممکن است با گذشت زمان درد شدیدتر شود. با سرفه یا حرکات ناگهانی بدتر می شود.
- در قسمت تحتانی راست شکم حساسیت به لمس وجود دارد.
- حالت تهوع، استفراغ، بی اشتها، تب، یبوست، اسهال و احساس ضعف و بی حالی دیده می شود.

۲. اگر آپاندکتومی انجام نشد نحوه مراقبت در منزل را آموزش دهید:

- در صورت تجویز داروی آنتی بیوتیک، داروها را طبق دستور پزشک و تا کامل شدن دوره درمان استفاده کنند.
- آسپیرین به کودک ندهند چون باعث سندرم ری می شود.
- دستورات مربوط به رژیم غذایی را رعایت کنند.
- جهت معاینه مجدد طبق دستور پزشک مراجعه کنند.
- از مسکن (مثل استامینوفن) استفاده نکنند و در صورت مشاهده علائم به پزشک مراجعه کنند.

۳. مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:

- دستور پزشک برای مدت ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستبند شناسائی مراقبت کنند.
- زیورآلات کودک (گوشواره، دستبند و...) را خارج کنند.
- توجه کنند قبل از عمل مثانه تخلیه شود.

- در صورت پاره شدن آپاندیس بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل می شود.

#### ۴. مراقبتهای بعد از عمل آپاندکتومی ساده را آموزش دهید:

- داروها: اگر برای کودک آنتی بیوتیک تجویز شده باشد به موقع مصرف کند و از قطع آن بدون دستور پزشک خودداری کرده و دوره درمان را کامل کند.
- بعد از عمل تا هوشیاری کامل بالش زیر سر کودک نگذارند و سر او را به یک طرف برگردانند.
- کنترل درد: طبق دستور پزشک می توانند در منزل از شیاف استامینوفن استفاده کنند.
- تغذیه: یک روز بعد از عمل، رژیم مایعات شروع می شود. در صورت کارکرد شکمی، کودک می تواند غذا بخورد.
- فعالیت: کودک از استراحت طولانی مدت و بدون حرکت ماندن خودداری کند. هر ۱-۲ ساعت پیاده روی کوتاه داشته باشد اینکار برای بهبود جریان خون و تنفس است. تا یک هفته از شنا و بازیهای خشن خودداری کند.
- استحمام: کودک ۴۸ ساعت بعد از عمل می تواند حمام کند.
- پانسمان محل عمل: قبل و بعد از برداشتن پانسمان دستهایشان را بشویند. پانسمان دو روز بعد از عمل برداشته می شود و نیاز به پانسمان مجدد ندارد. محل عمل را تمیز و خشک نگه دارند.
- به مدت ۳ هفته از برداشتن چیزهای سنگین (بیشتر از ۴,۵ کیلو گرم) خودداری کند.
- بخیه: یک هفته بعد از عمل توسط جراح ویزیت و بخیه ها برداشته می شود.

#### داروهای بعد از عمل می توانند باعث یبوست شوند. مطالب زیر را برای پیشگیری از یبوست آموزش دهید:

- مایعات کافی بنوشد تا رنگ ادرار کم رنگ یا بی رنگ شود. از غذاهایی که فیبر زیادی دارند مانند لوبیا، غلات سبوس دار و میوه و سبزیجات تازه استفاده کند. غذاهایی که دارای چربی و قندهای فرآوری شده مانند غذاهای سرخ شده یا شیرین هستند را محدود کند.

#### ۵. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر شیرخوار زیر ۳ ماه بوده و دمای بدنش ۳۸ درجه یا بیشتر است.
- اگر استفراغ های غیر قابل کنترل داشته و بدنبال استفراغ، دچار بی قراری، خشکی لب، کاهش ادرار و خواب آلودگی شده است.
- اگر علائم التهاب و عفونت شکم و محل عمل وجود داشته باشد. شامل: تب، درد و تورم، قرمزی، باز شدن زخم محل جراحی، بوی بد و خروج ترشحات چرکی از محل زخم، وجود اسهال یا عدم کنترل عملکرد روده، بیاشتهایی، تورم یا درد در پاها، دردی که در شب
- کودک را بیدار می کند. درد شکمی که بدتر می شود. تب که قبل از شروع آنتی بیوتیک داشت و دوباره شروع شده است.

#### ۶. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

- تب
- تنفس مشکل
- دردهای تیز در سینه
- اگر علائم دهیدراتاسیون یا کاهش حجم مایعات بدن را دارد. علائم در شیرخواران زیر ۱ سال: فرورفتگی فونتanel، عدم پوشک مرطوب در طی ۶ ساعت و علائم کودکان بالای ۱ سال: بهانه گیری زیاد، لب های ترک خورده، دهان خشک، نبود اشک در هنگام گریه، چشم های گود افتاده و خواب آلودگی و ضعف و نبود ادرار در طی ۱۲-۸ ساعت.

قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار باز خورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.



۲. نحوه صحیح مصرف داروها (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیری ها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- دکتر اصلان آبادی-کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
  - دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ رئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
  - دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت‌های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر نارشناس ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت پروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان		لیلی رسولی	مدیر پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز - ن. پ. ۵۷۲۱	
کافیه اصلانی	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزشی - ن. پ. ۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصلان آبادی	سمت: رئیس بخش جراحی	تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر داود بادبرین	سمت: فوق تخصصی جراحی	تاریخ تایید:
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده :

منابع مورد استفاده :

#### 1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Appendicitis, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education, © ۲۰۱۹ Elsevier Inc. Updated August ۳۰, ۲۰۱۹.

#### 2. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014



**عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی بیضه نزول نکرده یا نهان بیضگی (cryptorchidism)**

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: ۷-۲۶-INS
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۳

**تعریف:**

به صورت طبیعی بیضه ها در دوران جنینی، داخل شکم جنین، تکامل پیدا می کنند و پس از ماه هفتم حاملگی، از مسیر مشخصی پایین می آیند تا داخل کیسه بیضه قرار بگیرند ولی در نهان بیضگی، بیضه به محل طبیعی خود منتقل نشده و داخل شکم باقی می ماند. مسیر نزول بیضه مجرای مَغِنِی (کانال اینگوینال) است که در کشاله ران قرار دارد. در بیشتر مواقع در ۴ ماه اول بعد تولد به داخل کیسه نزول پیدا می کند اگر پایین آمدن بیضه در هر قسمت از مسیر طبیعی متوقف شود، به آن عدم نزول بیضه یا بیضه نزول نکرده می گویند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به بیضه نزول نکرده

**گام های دقیق انجام کار:**

**۱. مراقبت های قبل از عمل را آموزش دهید:**

- جهت کاهش عفونت، کودک روز قبل از عمل حمام داده شود.
- دستور پزشک برای مدت زمان ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/ کودک حداقل ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستبند شناسائی کودک مراقب کنند.
- بهداشت ناحیه عمل رعایت گردد.

**۲. مراقبت های بعد از عمل را آموزش دهید:**

- رژیم غذایی: اگر شیرخوار است و با شیرمادر یا شیر مصنوعی تغذیه میشود بعد از هوشیاری کامل می توانند تغذیه را شروع کنند.
- اگر کودک است و غذاهای جامد می خورد، این دستورالعمل ها را دنبال کنند: بعد از هوشیاری کامل و ۳ ساعت بعد از عمل میتوانند مایعات صاف شده به کودک بدهند. اگر استفراغ نداشت و مایعات صاف شده را تحمل کرد آنها را ادامه دهند و ۲۴ ساعت بعد از عمل می توانند رژیم معمولی را شروع کنند.
- روز بعد از عمل جراحی باید استراحت کند. برای ۳-۲ روز فعالیت های کودک را محدود کنند.

- حمام دادن: ۴۸ ساعت بعد از عمل، کودک می تواند حمام کند.
- پانسمان: قبل و بعد از خارج کردن پانسمان دستهایتان را با آب و صابون بشویید. ۴۸ ساعت بعد از عمل پانسمان اولیه برداشته شود و دیگر نیازی به پانسمان دوباره نیست. محل عمل تمیز و خشک نگه داشته شود.
- بخیه ها: یک هفته بعد از عمل بیمار توسط جراح ویزیت و بخیه ها برداشته می شوند.
- کودک تا ۲ هفته دوچرخه سواری و شنا و حرکات کششی انجام ندهد.
- اگر پماد تجویز شده است از آن استفاده کنند.
- داروها را طبق دستور پزشک مصرف کند.
- در صورت وجود درد، روز اول از شیاف استامینوفن و در روزهای بعد از قطره یا شربت استامینوفن با فاصله هر ۶ ساعت طبق مقداری که پزشک تجویز کرده استفاده کنند.

### ۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک اطلاع دهند:

- اگر قرمزی ، تورم یا درد در محل عمل وجود دارد.
- اگر مایع ، خون یا چرک از محل عمل خارج میشود.
- اگر تهوع و استفراغ دارد.
- اگر دچار اسهال یا یبوست است.

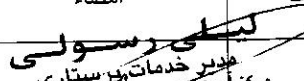
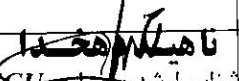
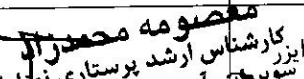

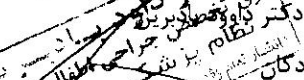
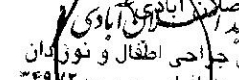
### ۴. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک خواسته و کودک را فوراً به مراکز درمانی ببرند:

- اگر شیرخوار زیر ۳ ماه است و تب ۳۸ درجه یا بیش از ۳۸ درجه دارد.
- کودک تب دارد.
- درد شدیدتر می شود و با استامینوفن از بین نمی رود.

### قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۶. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۷. نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود
۸. زمان و مکان پیگیری ها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.
- ✓ دکتر اصلان آبادی-کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- ✓ دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ الرئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
- ✓ دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
- درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز مدیر پرستاری نظام پرستاری ۳۳۳۳۳۳۳۳	لیلی رسولی		سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	ناهید دهخدا
	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزش - ن. پ. ۸۳۲۹۷۷۵ آموزشی مرکز آموزشی درمانی کودکان	معصومه محمدزاد		مسئول آموزش به بیمار	کافیه اصلانی
	دکتر فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان نظام پزشکی تبریز ۹۵۶۳۳۳۳	نام و نام خانوادگی تایید کننده: سمت: فوق تخصصی جراحی کودکان تاریخ تایید: امضاء:		دکتر سعید اصلانی آبادی ف. تخصص جراحی اطفال و نوزادان جعفرآبادی - ن. پ. ۳۴۹۲۲ امضاء: آموزشی و درمانی کودکان تبریز	نام و نام خانوادگی تایید کننده: سمت: رئیس بخش جراحی تاریخ تایید:
		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: سمت: رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: سمت: رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:

منابع مورد استفاده :

منابع مورد استفاده :

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Hydrocele, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc..

Last revised: September ۲۳, ۲۰۱۹.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴

عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتهی هرنی اینگوینال (Inguinal Hernia)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۸

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** هرنی اینگوینال، تورم و برآمدگی قسمت فوقانی کشاله ران و ناحیه ی مغبنی (کانال های اینگوینال) است که در اثر ضعیف شدن و پارگی دیواره نگهدارنده روده ها ایجاد میشود فتق اینگوینال باعث می شود روده و چربی اطراف آن به درون ناحیه ی مغبنی وارد شوند. هر دو جنس مونث و مذکر دارای کانال های اینگوینال هستند. در دختران، هر کانال محل عبور رباط گرد رحمی است و در پسراندر دوران جنینی مجرای انتقال بیضه از درون شکم به درون اسکروتوم (کیسه ی بیضه) است. این کانال در ۸۰٪ موارد تای کسالگی بسته می شود، اما در صورت باز ماندن کانال، فرد مستعد انتقال مایع داخل شکم به درون کیسه بیضه ها (ایجاد هیدروسل) و یا انتقال روده ها به درون کیسه بیضه و ایجاد هرنی اینگوینال می باشد. در دختران ممکن است تخمدان داخل کانال گیر کند. تنها درمان هرنی اینگوینال جراحی است. ممکن است بلافاصله یا طبق دستور پزشک در یک مدت زمان کوتاه انجام شود. درمان به نوع هرنی بستگی دارد اگر هرنی گیر افتاده است (Strangulated) باید بلافاصله جراحی شود.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به هرنی اینگوینال

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. علائم انواع هرنی اینگوینال را آموزش دهید:

- مهمترین علامت وجود برآمدگی و تغییر رنگ پوست در ناحیه هرنی است. ممکن است برآمدگی فقط در زمان گریه، سرفه یا برداشتن وسیله سنگین دیده شود.
- هرنی میتواند قابل برگشت باشد و بندرت درد دارد (reducible).
- ممکن است هرنی غیر قابل برگشت باشد (incarcerated) و روده یا تخمدان دچار کاهش خونرسانی و احتقان شوند. این نوع ممکن است همراه با تب، تهوع، استفراغ، درد و تورم ناحیه باشد.

۲. مراقبتهای مربوط به هرنی عمل نشده را آموزش دهید:

- مادر می تواند در حالیکه کودک دراز کشیده است با فشار دادن خیلی آرام روی برآمدگی، هرنی را به حالت قبل برگرداند. اگر به راحتی برنگشت نباید فشار وارد کند.
- اگر تغییری در اندازه، شکل و رنگ هرنی مشاهده کردند اطلاع دهند.
- داروهایی که فقط پزشک تجویز کرده است را مصرف کنند.
- به کودک توصیه کنند مایعات کافی بنوشد تا رنگ ادرار کم رنگ یا بی رنگ شود و دچار بیبوست نشود.
- اگر کودک عمل خواهد شد، آموزش دهید هرگونه علائم یا تغییرات جدید (تغییر در شکل، اندازه و رنگ هرنی) را به پزشک اطلاع دهند.
- طبق دستور جهت ویزیت پزشک مراجعه کنند.

- کودک وسایل سنگین بلند نکند.

### ۳. مراقبت های قبل از عمل را آموزش دهید:

- جهت کاهش عفونت، کودک روز قبل از عمل حمام داده شود.
- دستورپزشک برای مدت زمان ناشتایی را رعایت کنند.
- کودک از بلند کردن و کشیدن جسم سنگین و زور زدن خودداری کند.
- از دستکاری هرنی خودداری کنند.
- شیرخوار/ کودک حداقل ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستبند شناسائی کودک مراقب کنند.
- کودکان مثانه را قبل از عمل تخلیه کنند.
- بهداشت ناحیه عمل رعایت گردد.

### ۴. مراقبت های بعد از عمل را آموزش دهید:

- بعد از عمل تا هوشیاری کامل بالش زیر سر کودک نگذارند و سر او را به یک طرف برگردانند.
  - بعد از بیداری کامل می توانند مایعات شروع کنند.
  - از دستکاری محل عمل خودداری کنند.
  - برای شیرخواران: در صورت دستور پزشک برای شروع تغذیه، بعد از هوشیاری کامل و سه ساعت بعد از عمل تغذیه با آب قند شروع و در صورت تحمل ۲۰-۱۵ دقیقه بعد شیر مادر یا مایعات شروع کنند و در منزل نیز تغذیه با شیرمادر را برای شیرخوار ادامه دهند.
  - برای کودکان: روز اول رژیم غذایی مایعات (سوپ، آب میوه، چای و ...) و از روز دوم می توانند رژیم معمولی شروع کنند.
  - وجود خونریزی در محل را کنترل و در صورت مشاهده اطلاع دهند.
  - میزان فعالیت: کودک شش ساعت پس از عمل به راحتی می تواند راه برود. به مدت یک هفته از انجام حرکات تند ورزشی، شنا و دوچرخه سواری خودداری کند.
  - در صورت وجود درد، روز اول از شیاف استامینوفن و در روزهای بعد از قطره یا شربت استامینوفن با فاصله هر ۶ ساعت طبق مقداری که پزشک تجویز کرده استفاده کنند.
  - در مورد مراقبت از محل عمل: ۴۸ ساعت بعد از عمل پانسمان اولیه برداشته شود و دیگر نیازی به پانسمان دوباره نیست. محل عمل تمیز و خشک نگه داشته شود.
  - پس از عمل، دفع ادرار را کنترل کنند.
  - اگر تا زمان ترخیص دفع ادرار نداشت به پرستار اطلاع دهند.
  - یک هفته بعد از عمل جهت برداشتن بخیه به مطب، یا درمانگاه پزشک معالج مراجعه کنند.
- ### ۵. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه نمایند:
- اگر کودک بیش از حد بهانه گیر شده و غذا نمی خورد.
  - بیش از حد تحریک پذیر است.
  - تب دار است.
  - اگر قرمزی، تورم و خروج ترشحات چرکی زرد و یا سفید رنگ از محل عمل وجود دارد.

۶. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند و اگر برای عمل

هرنی در نوبت هستند با دیدن علائم زیر کودک را سریع به اورژانس ببرند:

- اگر کودک درد زیادی دارد که با استامینوفن بهتر نمی شود.
  - بیش از ۶ ساعت دفع ادرار ندارد.
  - شیرخوار زیر ۳ ماه است و تب ۳۸ درجه یا بیش از ۳۸ درجه دارد.
  - شکم متورم شده و دفع شکمی کامل وجود ندارد.
  - استفراغ های مکرر دارد.
  - محل در لمس حساس و سفت است.
  - رنگ و شکل و اندازه هرنی تغییر کرده است.
  - نمی توانند هرنی را به عقب برانند (در این حالت نباید زیاد فشار وارد کنند).
  - برآمدگی هرنی بعد از سرفه/گریه و حرکات روده باقی مانده و قرمز، دردناک و متورم است.
- قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد گرفته شود:
۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  ۲. نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود
  ۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.
  - دکتر اصلان آبادی-کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
  - دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ رئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
  - دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
  ۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت/ سوپر نایز آموزش سلامت - ن ب: ۸۵۴۳۲۶	کارشناس ارشد پرستاری NICU مرکز آموزشی درمانی کودکان	لیلی رسولی	مدیر پرستاری/ مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران	لیلی رسولی
کافیه اصلانی	مسئول آموزش به بیمار	کافیه اصلانی	معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزش سلامت - ن ب: ۸۳۲۹۷۷۵	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصلان آبادی	سمت: رئیس بخش جراحی	تاریخ تایید: فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان - ن ب: ۳۴۹۷۲	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر داود باقری	سمت: فوق تخصصی جراحی کودکان	تاریخ تایید: نظام پزشکی تهران - ن ب: ۹۰۶۲۶
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده :

#### ۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Inguinal Hernia, Pediatric, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

#### ۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی هیدروسل (Hydrocele)

کد دستورالعمل: ۹-۲۶-INS

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

### تعریف:

به صورت طبیعی بیضه ها در دوران جنینی، داخل شکم جنین، تکامل پیدا می کنند و پس از ماه هفتم حاملگی، از مسیر مشخصی پایین می آیند تا داخل کیسه بیضه قرار بگیرند ولی در نهن بیضگی، بیضه به محل طبیعی خود منتقل نشده و داخل شکم باقی می ماند. مسیر نزول بیضه مجرای مغبینی (کانال اینگوینال) است که در کشاله ران قرار دارد. در بیشتر مواقع در ۴ ماه اول بعد تولد به داخل کیسه نزول پیدا می کند اگر پایین آمدن بیضه در هر قسمت از مسیر طبیعی متوقف شود، به آن عدم نزول بیضه یا بیضه نزول نکرده می گویند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به هیدروسل

### گام های دقیق انجام کار:

#### ۱. مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:

- جهت کاهش عفونت، کودک روز قبل از عمل حمام داده شود.
- دستور پزشک برای مدت زمان ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/ کودک حداقل ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستبند شناسائی کودک مراقبت کنند.
- بهداشت ناحیه عمل رعایت گردد.

#### ۲. مراقبتهای بعد از عمل را آموزش دهید:

- رژیم غذایی: اگر شیرخوار است و با شیرمادر یا شیر مصنوعی تغذیه میشود بعد از هوشیاری کامل می توانند تغذیه را شروع کنند.
- اگر کودک است و غذاهای جامد می خورد، این دستورالعمل ها را دنبال کنند: بعد از هوشیاری کامل و ۳ ساعت بعد از عمل می توانند مایعات صاف شده به کودک بدهند. اگر استفراغ نداشت و مایعات صاف شده را تحمل کرد آنها را ادامه دهند و ۲۴ ساعت بعد از عمل می توانند رژیم معمولی را شروع کنند.
- روز بعد از عمل جراحی باید استراحت کند. برای ۲-۳ روز فعالیت های کودک را محدود کنند.
- حمام دادن: ۴۸ ساعت بعد از عمل، کودک می تواند حمام کند.
- پانسمان: قبل و بعد از خارج کردن پانسمان دستپایان را با آب و صابون بشویید. ۴۸ ساعت بعد از عمل پانسمان اولیه برداشته شود و دیگر نیازی به پانسمان دوباره نیست. محل عمل تمیز و خشک نگه داشته شود.



- بخیه‌ها: یک هفته بعد از عمل بیمار توسط جراح ویزیت و بخیه‌ها برداشته می‌شوند.
- کودک تا ۲ هفته دوچرخه سواری و شنا و حرکات کششی انجام ندهد.
- اگر پماد تجویز شده است از آن استفاده کنند.
- در صورت وجود درد، روز اول از شیاف استامینوفن و در روزهای بعد از قطره یا شربت استامینوفن با فاصله هر ۶ ساعت طبق مقداری که پزشک تجویز کرده استفاده کنند.

• داروها را طبق دستور پزشک مصرف کند.

### ۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه نمایند:

- اگر قرمزی، تورم یا درد در محل عمل وجود دارد.
- اگر مایع، خون یا چرک از محل عمل خارج می‌شود.
- اگر تهوع و استفراغ دارد.
- اگر دچار اسهال یا یبوست است.

### ۴. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

➤ اگر شیرخوار زیر ۳ ماه است و تب ۳۸ درجه یا بیش از ۳۸ درجه دارد.

➤ کودک تب دارد.

➤ درد شدیدتر می‌شود و با استامینوفن از بین نمی‌رود.

### قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد گرفته شود:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه‌های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان / درمانگاه / مطب را توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- دکتر اصلان آبادی - کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر بادبرین - درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ الرئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
- دکتر جمشیدی - درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان		لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان شیراز ۳۳۰۷۲۱	
کافیه اصلانی	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزشی - ن. پ. ۸۳۲۹۸۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصلان آبادی	رئیس بخش جراحی	سمت: فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر سعید اصلان آبادی	رئیس بخش جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲	سمت: فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان تاریخ تایید: ۳۴۹۷۲
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:

منابع مورد استفاده :

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Hydrocele, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

Last revised: September ۲۳, ۲۰۱۹.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی در برابر عوارض شیمی درمانی

کد دستورالعمل: ۱۰-۲۶-INS

تعداد صفحه: ۸

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** شیمی درمانی انواع مختلفی از سرطان را به طور موثر درمان می کند. سلول های سرطانی به سرعت رشد می کنند و داروهای شیمی درمانی سلول هایی که سریع رشد می کنند را از بین می برد، اما از آنجا که این داروها در سراسر بدن حرکت می کنند می توانند بر سلول های طبیعی و سالم نیز تاثیر بگذارند. آسیب به سلول های سالم باعث عوارض جانبی می شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت، پیشگیری از عوارض بیماری و شیمی درمانی

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار تحت شیمی درمانی

**گام های دقیق انجام کار:**

**۱. مطالب زیر را برای کنترل خونریزی آموزش دهید:**

- وقتی احتمال خونریزی وجود دارد از فعالیت های بدنی کودک بکاهند.
- ایمنی محیط اطراف کودک را فراهم کنند. به طور مثال همیشه نرده های کنار تخت بالا باشد تا خطر سقوط از تخت و خطر خونریزی از بین برود و در جابجای ها به او کمک کنند.
- هوای اتاق کودک را مرطوب نگه دارند تا مخاط خشک نشود.
- برای پیشگیری از جراحت پاها، اجازه ندهند کودک پا برهنه راه برود.
- کودک را در برابر ضربه و جراحت محافظت کنند.
- بدلیل احتمال خونریزی و عفونت از شیاف و تنقیه برای کودک استفاده نکنند.
- از مسواک نرم استفاده کنند و لثه ها را به آرامی با پنبه تمیز کنند.
- از کودک بخواهند برای نظافت بینی از انگشت استفاده نکند و یا فین های شدید انجام ندهد.
- در زمان کاهش پلاکت ها از رژیمی که باعث تغییر رنگ ادرار و مدفوع به قرمز و سیاه می شود پرهیز کنند تا با احتمال خونریزی گوارشی اشتباه نشود.
- اجازه ندهند کودک فعالیتها و ورزشهای خشن مثل بازی فوتبال، اسکیت، دوچرخه سواری و... انجام دهد.

**۲. مطالب زیر را برای کنترل عفونت آموزش دهید:**

- با انجام شیمی درمانی سیستم ایمنی کودک تضعیف شده که مقدمه بروز عفونت است .
- اگر میزان گلبول های سفید بیش از حد مورد انتظار پایین بیاید، برنامه درمانی کودک تغییر پیدا خواهد کرد.
- از علائم عفونت: تب بالای ۳۸ درجه، لرز، سرفه، گلو درد، احساس سوزش در هنگام ادرار کردن، عرق کردن غیرطبیعی بخصوص در شب و لکه های سفید در دهان آگاه باشند.
- قبل از غذا و بعد از رفتن به سرویس بهداشتی و یا تماس دست با هر چیز که تمیز نیست دست هایشان را بشویند.

- از نحوه شستن صحیح دست آگاه باشند و به کودک نیز یاد بدهند. برای اینکه کودک تشویق به دست شستن در مدت زمان استاندارد شود یک آواز خاصی را با او بخوانند. دستها را بعد از شستن با دستمال کاغذی خشک کنند.
- از وسایل شخصی خود مانند: لیوان، ظرف غذا، مسواک، لباس و ... استفاده کنند.
- به جاهای شلوغ نروند و از افرادی که مشکوک به بیماری هستند مانند سرماخوردگی، آنفولانزا و آبله مرغان دوری کنند.
- اجازه ندهند کودک با سایر کودکانی که به تازگی با ویروس های زنده برای مقابله با بیماری‌هایی مانند سرخک، فلج اطفال و آبله مرغان واکسینه شده‌اند، تماس داشته باشد.
- از نگهداری حیوان خانگی پرهیز کنند چون حیوانات ناقل میکروب‌هایی هستند که برای کودک مضر است.
- هفتگی دو بار کودک را حمام دهند و برای پوست خشک بعد از استحمام از پماد/لوسیون استفاده کنند.
- در هنگام مراجعه کودک به سرویس بهداشتی ناحیه پرینه را به خوبی شستشو و خشک کنند.
- هرگونه علائم بروز زخم در نواحی در معرض خطرمانند: ورود آنژیوکت و کاتتر، ناحیه مقعد/پرینه، سائیدگی‌های پوست، زخم پوست اطراف ناخنها، زخم دهان، گلو و مشکلات دندانی هر چه سریع‌تر به پزشک اطلاع دهند.
- طبق دستور پزشک از آنتی‌بیوتیک و یا از فاکتور محرک گرانولوسیت (G-CSF) استفاده کنند.
- بهداشت عمومی، نکات بهداشتی مربوط به تغذیه کودک را رعایت کنند.
- وسایل کودک را خوب با آب گرم و مایع ظرف شویی بشویند.
- دمای بدن کودک را اندازه گیری و در صورت افزایش دما اطلاع دهند.
- با کاهش سلولهای خونی کودک را از حضور در جمع های شلوغ و فروشگاهها و ... منع کنند.

### ۳. مطالب زیر برای کنترل عوارض تغذیه آموزش دهید:

- کودک تحت شیمی درمانی دچار کم‌اشتهایی/بی‌اشتهایی میشود.
- برای خوردن غذا از اصرار به کودک اجتناب کنند.
- بی‌اشتهایی می‌تواند پیامد مستقیم تهوع و استفراغ ناشی از درمان باشد.
- به کودک اجازه دهند غذایی را بخورد که می‌تواند آن را تحمل کند و بعد از افزایش اشتهاش برنامه‌ای برای بهبود کیفیت انتخاب غذاها داشته باشند.
- در صورت مصرف استروئیدها توضیح دهید که به دنبال مصرف آنها اشتها افزایش می‌یابد لذا خود را برای این تغییر آماده کنند.
- در زمان افزایش شدید اشتها از غذاهای کم کالری در دفعات بیشتر و با حجم کمتر استفاده کنند.
- در زمان افزایش مجدد اشتهای کودک از غذاهای پرکالری، پرپروتئین استفاده کنند و از هر زمانی که کودک احساس گرسنگی می‌کند، برای تغذیه بهتر کودک استفاده کنند.
- شیر و محصولات لبنی پاستوریزه تهیه کنند.
- از انواع گوشت‌های قرمز و سفید ماهی به طور کامل پخت و آب پز شده و مصرف کنند.
- اگر در زمان صرف غذا میلی به خوردن ندارد به صورت میان وعده در هنگامی که احساس گرسنگی کرد آنرا در اختیارش قرار دهند.
- مصرف تخم مرغ پخته شده، کره بادام زمینی، پنیر، بستنی، پودینگ، مرغ یا مغزهای آجیل سالم و پخته شده را میتوانند امتحان کنند.
- در زمان بی‌اشتهایی سعی کنند غذا را در ظرف زیبا، به همراه پخش موسیقی مورد دلخواه کودک یا در زمان تماشای تلویزیون در اختیارش قرار دهند.
- غذاها را به شکل جذابی تزئین کنند.
- وعده های غذایی متعدد و با حجم کم تهیه کنند.

- در زمان بی اشتهاهی از غذاهایی که حجم کم و کالری بالا دارند استفاده کنند: مخلوط کردن خرما یا موز له شده با شیر پرچرب و عسل. افزودن کره یا خامه به سوپها. تهیه کیکهایی با شیرینی کم با شیرخشک و آرد سبوس دار. افزودن بادام و جوانه گندم بدون پوست به فرنی و یا تهیه حریره بادام. حلیم و کاچی.
- دهان کودک را با مسواک و دهانشویه مرطوب نگه دارند و نگذارند خشک شود.
- اجازه دهند کودک غذای دلخواهش را در هر زمانی که خواست مصرف کند.
- از دعا و تنبیه و جر و بحث با کودکان در هنگام امتناع از خوردن غذا خودداری کنند. ده دقیقه غذا را در جلوی کودک قرار دهند اگر از خوردن امتناع کرد بدون کوچکترین اصرار و دعوایی غذا را از جلویش بردارند.
- مصرف غذای اصلی و میان وعده در سر ساعات مشخص سبب می شود که بی اختیار کودک در آن ساعت احساس گرسنگی کرده و سراغ غذا برود.
- ژله و پودینگ به دلیل بافت نرم بسیار مناسب است.
- سعی کنند غذاهایی که نیاز به جویدن زیادی دارند را محدود کنند.
- کودک نوپا با اشتهاهی ضعیف بیش از ۵ روز و کودک مدرسه ای و نوجوان با اشتهاهی ضعیف بیش از ۷ روز را به پزشک اطلاع دهند.

#### ۴. مطالب زیر را برای کنترل عارضه تهوع و استفراغ آموزش دهید:

- اگر تهوع و استفراغ به دلیل شیمی درمانی باشد، تهوع در روزی که کودک تحت درمان قرار می گیرد اتفاق می افتد و بسته به داروهای که دریافت می کند می تواند در چند روز این حالت ادامه یابد.
- رادیوتراپی شکم، قفسه سینه، مغز و یا لگن نیز می تواند سبب تهوع شود.
- مطمئن باشند داروهای ضد استفراغ قبل از شیمی درمانی داده شده است.
- داروهای ضد استفراغ طبق دستور پزشک در فواصل منظم بکار می روند لذا نگران نباشند.
- در زمان بروز تهوع و استفراغ حمایت عاطفی از کودک به عمل آورند.
- تداوم حالت تهوع یا استفراغ و میزان استفراغ بعد از اتمام شیمی درمانی را بررسی و اطلاع دهند.
- مناظر زشت، بوهای بد و تند و غذاهای بد طعم و نامطبوع را از چشم کودک دور نگه دارند.
- برای انحراف فکر می توانند از تماشای تلویزیون و یا گوش دادن به موسیقی استفاده کنند.
- در استفراغ شدید کودک حتماً به پزشک معالج اطلاع دهند.
- کودک را تشویق کنند تا مایعات زیاد (آب و آبمیوه) بنوشد تا دچار کم آبی نشود. نوشیدنیهای خنک نسبت به نوشیدنیهای داغ و خیلی سرد معمولاً مناسبتر هستند.
- وقتی استفراغ متوقف شد او را به مصرف غذاهای سهل الهضم مانند کراکر، نان خشک، ژلاتین، غلات خشک و نان تست تشویق کنند.
- برای کودک غذاهایی که بوی تندی دارند، بسیار شیرین، چرب، سرخ شده یا پرادویه هستند تهیه نکنند.
- پس از غذا خوردن نباید دراز بکشد.
- از غذاهای مخلوط شده، له شده و سهل الهضم در روزهای درمان استفاده نمایند. سوپ غذایی مناسب است.
- از غذا خوردن در اتاق گرم یا فضایی که بوی غذا یا بوی چیز دیگری آنجا را پر کرده است پرهیز کنند.
- از کودک بخواهند قبل و بعد از خوردن غذا دهانش را با آب بشوید.
- کودک پس از استفراغ دهانش را با آب بشوید و نیم ساعت صبر کند سپس جرعه ای از مایعات خوش طعم یا یخ جهت بهبود مزه دهان استفاده کند.
- در کودکان بزرگتر می توانند از آب نبات های مکیدنی یا چکاندن لیمو در دهان برای رفع طعم بد دهان استفاده کنند.
- برای نوشیدن مایعات از نی استفاده کنند.

## ۵. مطالب زیر را برای کنترل عارضه اسهال آموزش دهید:

- با بروز دفع مدفوع شل حتماً به پرستار اطلاع دهند و دفعات دفع مدفوع و قوام آن را یادداشت کنند.
- مصرف مایعات او را افزایش دهند یا تشویق کنند مایعات بیشتری بنوشد. میتوانند چای کم‌رنگ ولرم، آب سیب و سوپ به کودک بدهند.
- از مصرف غذاهای پرفیبر و پرچرب، پرادویه، تند، نفاخ(مانند حبوبات و انواع کلمها)، نوشیدنیهای گازدار، غذاهای شیرین و حاوی کافئین(مانند نوشابه، قهوه، چای پررنگ، نسکافه) و آب میوه‌های تجاری خودداری کنند.
- تغییر رنگ اسهال را گزارش کنند.
- غذاهایی را که قبلاً طبق عادت کودک باعث دفع شل و اسهال می‌شدند، استفاده نکنند.
- علائم کم‌آبی را بدانند.
- علائم کم‌آبی در شیرخواران: شیرخوار در ۶ ساعت قبل دیپر مرطوب نداشته است. لبهای و دهان خشک، چشمهای گود افتاده، ضعف، خواب‌آلودگی، فونتانل‌های فرو رفته، بی‌قراری، پوست سرد و چسبنده است. درد دارد یا بنظر می‌رسد شکم ملتهب و در لمس حساس است.
- علائم کم‌آبی در کودکان: نبود ادرار در ۸-۱۲ ساعت گذشته، لب‌های ترک خورده. دهان خشک، هنگام گریه اشک نمی‌ریزد، چشم‌های گود رفته، خواب‌آلودگی، ضعف و پوست خشک.
- برای پیشگیری از التهاب پوست نواحی مقعد، بعد از هر بار اجابت مزاج، ناحیه را تمیز کنند و با تجویز پزشک از پمادهای مخصوص استفاده کنند.
- نشستن در آب گرم برای کمک به التیام التهاب و زخم ناحیه مؤثر است.
- هرگز از شیاف برای کودک استفاده نکنند.
- پوست میوه‌ها حاوی فیبر زیادی است استفاده از میوه‌های پوست کنده مناسب‌تر است.
- در صورت اسهال مکرر و در صورتی که دارای مدفوع با بو و رنگ غیر عادی شد حتماً به پزشک اطلاع دهند.
- در صورت اجازه پزشک از غذاها و نوشیدنیهایی با پتاسیم بالا مانند آبمیوه و سیب زمینی و موز و نوشیدنیهای حاوی سدیم بالا مانند سوپ یا بیسکویت‌های شور استفاده کنند.
- به جای شیر از ماست استفاده کنند و یا از شیرهای بدون لاکتوز استفاده کنند.

## ۶. مطالب زیر را برای کنترل عارضه یبوست آموزش دهید:

- کودک را به پیاده‌روی، ورزش منظم، ملایم و تحرک تشویق کنند.
- تغذیه کودک باید سرشار از غذاهای سبوس‌دار، میوه تازه، حبوبات و ذرت بو داده باشد.
- کودک را به خوردن مایعات بیشتر تشویق کنند.
- مصرف مایعات بیشتر و افزایش فعالیت بدنی سبب رهایی از یبوست می‌شود.
- از آب میوه‌های مانند آلو، گلابی، انگور و عصاره انجیر استفاده کنند.
- اگر یبوست بیش از سه روز طول کشید حتماً به پزشک اطلاع دهند.
- از داروهای ملین تجویز شده به همراه آب فراوان استفاده کنند.
- حداقل روزانه ۳۰ دقیقه پیاده روی سبک با کودک داشته باشند.
- اگر کودک تمایلی به خوردن سبزیجات ندارد سبزیجات(هویج، کلم و سبزی خوردن) را مخلوط کرده و به سوپ و آش کودک اضافه کنند.

#### ۷. مطالب زیر را برای کنترل عارضه دهان خشک و بزاق غلیظ و زخم دهان و مشکلات بلعیدن آموزش دهید:

- با بروز هرگونه التهاب و یا درد و زخم های سفید در دهان آن را به پرستار و یا پزشک اطلاع دهند.
- دهان و گلو را هر روز از نظر وجود زخم کنترل کنند.
- برای جلوگیری از بروز زخم دهان کودک را تشویق کنند روزانه سه بار مسواک بزند. اگر خودش قادر به مسواک کردن نیست از مسواک اسفنجی نرم، اپلیکاتور با سر پنبه‌ای و یا گاز کوچک پیچیده به دور انگشت برای تمیز کردن دهان و دندانها استفاده کنند.
- حداقل هر ۴ ساعت یکبار و بعد از هر وعده غذایی و قبل از خواب، دهان را با دهانشویه هایی مانند نرمال سالن یا با محلول بی‌کربنات سدیم شستشو دهند.
- در صورت افزایش درد و عدم پاسخ به داروهای مسکن موضعی، اطلاع دهند تا طبق دستور پزشک برای کاهش درد قبل از غذا از ضددردهای مخدری بطور موقت استفاده شود.
- از لیدوکائین به علت تضعیف رفلکس عق زدن و خطر آسپیراسیون برای کودکان کمتر از ۲ سال استفاده نکنند.
- او را به خوردن مایعات بیشتر تشویق کنند. برای اینکه مایعات با نواحی زخم تماس پیدا نکند و یا باعث سوزش و درد نشود، می‌تواند از نی استفاده کند. هرگز کودک را مجبور به غذا خوردن نکنند.
- از مواد خیلی گرم و سوزاننده و تحریک‌کننده بافت زخمی شده، مانند آب مرکبات غلیظ (گریپفروت، پرتغال و لیمو) ترشیجات و غذاهای حاوی سرکه و آب گوجه فرنگی پرهیز کنند. بهتر است آنها را با مقداری آب رقیق کنند.
- مواد سوزاننده می‌تواند در بافت ترمیم یافته زخم، با تخریب پروتئین‌ها، باعث تأخیر در بهبود زخم شود.
- برای پیشگیری یا درمان زخم دهان از داروهای تجویزی پزشک استفاده کنند.
- هر شش ماه یکبار توسط دندان‌پزشک ویزیت شوند.
- برخی از درمان‌های سرطانی بر فعالیت غدد بزاقی و فعالیت میکروب‌ها تأثیر گذاشته باعث خشکی در دهان و زخم دهانی می‌شود. با غرغره و شستشوی دهان با آب و یا آب نمک و مصرف مایعات فراوان می‌توانند این عارضه را کاهش دهند.
- از شیر، بستنی یا مکملهای غذایی مایع، دسرهای پرکالری و پرپروتئین در هنگامی که کودک نمیتواند غذای معمول را بخورد استفاده کنند.
- می‌توانند از غذاهایی نرم مانند سوپ پنیر سیب زمینی، ماکارونی با پنیر، تخم مرغ، پودینگ غلات پخته شده، کاستر یا مکمل های غذایی مایع استفاده کنند.

- له کردن و مرطوب کردن غذاهای خشک یا جامد می‌تواند مفید باشد.
- غذاها را به شکل پوره یا نیمه آبکی در آورند تا بلعیدن آن آسانتر انجام شود.
- از آلیمو، نارنج و سرکه در غذاها استفاده نمایند. استفاده از سرکه های شیرین مانند بالزامیک در غذاها بسیار مناسب است

#### ۸. مطالب زیر را برای کنترل درد آموزش دهید:

- برای سنجش میزان و شدت درد کودک، از خود او کمک بگیرند. متناسب با درک کودک ابزار درد مناسب بکار بگیرند.
- کودک را تشویق کنند تا پیش از تشدید درد اطلاع دهد تا به موقع به تجویز مسکن اقدام کنند.
- اثر بخشی داروی مسکن را کنترل و بررسی کنند.
- داروهای ضد درد را طبق دستور پزشک سر ساعت به کودک بدهند.
- تغییر خلق کودک را به خاطر درد او بپذیرند و در مورد آن قضاوت نایجا نکنند و به کودک اطمینان دهند که او را درک کرده اند.
- درد کودک را فوراً درمان کنند چون اگر معطل شوند نیاز به دوز درمانی مسکن افزایش خواهد یافت.
- عوارض ناشی از مصرف مسکن را مانند یبوست، خشکی دهان، خواب آلودگی و... بررسی کنند.
- آگاه باشند با مصرف ضد دردها حتی مخدرها کودک معتاد نمی‌شود لذا مانع تزریق ضد دردهای مخدر نشوند.

- پیش از درمان حتماً با کودک در مورد آزمایشها و درمانهایی که پیش رو دارد صحبت کنند.
- قبل از انجام پروسیجرهای دردناک، روش آن را به کودک توضیح دهند، عدم آشنایی و آگاهی از پروسیجرها و استرس، احساس شدت درد را بیشتر می‌کند. اگر بچه‌ها بدانند قرار است چه مرحله‌ای را پشت سر بگذارند در چه مکانی انجام خواهد شد، چه احساساتی را تجربه خواهند کرد کمتر احساس نگرانی می‌کنند و راحت‌تر خود را با شرایط وفق می‌دهند.
- از روشهای تسکینی غیر دارویی مانند: انحراف فکری، موسیقی، تماشای تلویزیون، حرف زدن با کودک، نوازش کردن، لمس کردن، اجازه دادن به فریاد کشیدن و گریه کردن کودک، بغل کردن یک شی یا کسی توسط کودک و فرصت دادن به کودک برای شروع اقدام دردناک استفاده کنند.
- از روشهای تسکین غیر دارویی مانند ماساژ پشت، تنفس عمیق، گرم یا سرد کردن ناحیه دردناک، مشغول نمودن کودک با گفتگوهای مورد علاقه، سرگرمی و موزیک ملایم، تصویر سازی ذهنی که در آن کودک فضا یا کاری را که دوست دارد در ذهنش میسازد یا تصور می‌کند برای کاهش درد استفاده کنند.
- سی دی‌ها یا فیلمهای مورد علاقه اش را برایش بگذارند اجازه دهند بازی کامپیوتری مورد علاقه اش را انجام دهد و یا یک کتاب تصویری در مورد آزمایش یا درمانی که پیش رو دارد ببیند.
- برای تب و دردهای متوسط میتوانند استامینوفن استفاده کنند.
- از آسپیرین و مشتقات آن برای تسکین درد استفاده نکنند زیرا آسپیرین خطر خونریزی را افزایش می‌دهد.
- از روشهای مذهبی مثل نمازخواندن و دعا کردن در کاهش درد استفاده کنند.
- تغییر خلق کودک را بخاطر درد او بپذیرند و در مورد آن قضاوت نکنند.

#### ۹. مطالب زیر را برای کنترل مشکلات پوستی آموزش دهید:

- پوسته ریزی، قرمزی، خارش، جوش، خشکی پوست یا هرگونه تغییر رنگ را اطلاع دهند.
- کودک را به استحمام کردن تشویق کنند تا تحریک پوست و خطر عفونت آن به حداقل برسد.
- کودک را با آب ولرم حمام دهند، آب داغ موجب خشکی پوست میشود. هنگام شستشو و خشک کردن پوست، بسیار ملایم عمل کنند.
- اگر پوست خشک شد یا ترک برداشته است از کرم و روغنهای نرم کننده برای التیام پوست استفاده کنند.
- اگر پوست زخم و یا خراش برداشته است ناحیه را با آب ولرم و صابون ملایم شستشو دهند.
- با لباسهای آستین بلند کلاه و روسری کودک را در برابر آفتاب و سرما محافظت کنند.
- لباسهای نخی گشاد بپوشانند، از پوشاندن لباسهای تنگ از هر جنسی پرهیز کنند.
- از پوشاندن لباسهای پشمی، مخملی و یا لباس زبر مانند جین خودداری کنند.
- برای نرم نگه داشتن پوست بدن از کرم و لوسیون‌های موضعی مناسب و حاوی ویتامین A، D، E استفاده کنند.
- اگر کودک در تخت بستری است به طور متناوب او را جابجا کنند تا با تغییر وضعیت بر نواحی خاص بدن فشار وارد نشود و جریان خون بدن کودک نیز بهبود یابد.
- در نواحی برجسته استخوانی از لوسیون استفاده کنند.
- غذاهای پرپروتئین استفاده کنند.
- کودک را برای رعایت بهداشت شخصی تشویق کنند.

#### ۱۰. مطالب زیر را برای کنترل ضعف و خستگی ناشی از آنمی آموزش دهید:

- برنامه ریزی کنند که کودک انرژی خود را برای فعالیت و کارهای فردی تقسیم بندی کند و از کارهای غیر ضروری بکاهد.
- کودک را به بازی های کم تحرک تشویق کنند تا انرژی کمتری را صرف کند.



- از کودک بخواهند خستگی خود را بیان کند و انرژی خویش را برای فعالیت های مورد علاقه اش و کارهای مهم تر ذخیره کند.
- با تهیه صندلی، واکر و یا صندلی چرخ دار برای صرف انرژی کمتری برای حرکت کودک، استفاده کنند.
- از غذاهای کم حجم و پرپروتئین در میان وعده های غذایی برای کسب انرژی استفاده کنند.
- از دادن مواد کافئین دار برای رفع حالت خواب آلودگی پرهیز کنند.
- برای کارها و بهداشت شخصی کودک به او کمک کنند و برای فعالیت های او برنامه ریزی کنند.
- اطمینان حاصل کنند که کودک در زمان خستگی، امکان خواب، استراحت و یا چرت زدن را داشته باشد.

#### ۱۱. مطالب زیر را در مورد ریزش موها (آلوپسی) آموزش دهید:

- در مورد ریزش موی کودک خود را آماده کنند.
- در مورد ریزش مجدد موها در درمان های بعدی و کاهش شدت ریزش آگاه باشند.
- با کودک صحبت کنند تا با کوتاه کردن موهایش این مرحله را راحت تر پشت سر بگذراند.
- در زمان کوتاه کردن موهایش اجازه دهند کودک نوع کوتاه کردن و تیپ آن را خودش انتخاب کند.
- در ابتدای ریزش موها، از شانه هایی که دندان های با فاصله دارد استفاده کنند.
- برای کودک روسری، کلاه و یا کلاه گیس مناسب تهیه کنند.
- برای کنار آمدن با نگاه ها و شوخی ها و شاید سخنان نیش دار و حرکات ترحم آمیز اطرافیان و دوستان، آمادگی ایجاد کنند.

#### ۱۲. مطالب زیر را در مورد عارضه سیستیت آموزش دهید:

- علامت های اولیه از قبیل احساس سوزش در هنگام دفع ادرار و هر گونه تغییر رنگ ادرار را به پزشک/پرستار اطلاع دهند تا قبل از تشدید عارضه، کنترل شود.
- کودک را به مصرف مایعات فراوان تشویق کنند.
- کودک را تشویق کنند که مثانه خود را به دفعات مکرر تخلیه کرده و ادرار را نگه ندارد.

#### قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- دکتر حسین پور: ۱۷ شهریور جنب سونوگرافی نوین، شنبه، یک شنبه، سه شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر هیرادفر: شیخ الرئیس، شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر رضامند: کلینیک گلگشت، هر روز هفته بجز پنج شنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر توکلی فر: شیخ الرئیس، شنبه، یکشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر شناسان ارشد NICU آموزش سلامت - ن. پ: ۸۵۴۲۲۶		لیلی رسولی	مدیر پرستاری، آموزش و درمانی کودکان تهریز (نظام پرستاری، ن. پ: ۳۳۳۰۷۷۱)	
اشرف جلیلی	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر سوپروایزر آموزش - ن. پ: ۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزش درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر امیر عطاالله هیرادفر	سمت: رئیس بخش	تاریخ تایید:	امضاء:	دکتر امیر عطاالله هیرادفر تخصص: کودکان - فوق تخصص خون و آنکولوژی ن. پ: ۵۴۲۲۹ استادیار تمام وقت مرکز آموزش و درمانی کودکان تهریز	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده:

منابع مورد استفاده:

۱. Wong's Nursing Care of Infants and Children, by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴

۲. نمازی، نازلی و حشمتی، جواد. (۱۳۹۳). تغذیه در کودکان مبتلا به سرطان. نشر حیدری، تهران، چاپ اول.
۳. دکتر اثنی عشری، خدیجه، دکتر بابائی، محمد و دکتر ابراهیم نظری، مونا. (۱۳۹۲). راهنمای والدین کودکان مبتلا به سرطان. نشر طبیب، تهران، چاپ اول.
۴. ربیع‌راد، نارملا و حقیقت، نیلوفر. شیمی درمانی کودک شما. (۱۳۹۲). مؤسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان محک، تهران.



**عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی آترزی مری (Esophageal Atresia)**

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: INS-۲۶-۱۱
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** مری بخشی از بدن است که غذا را از دهان به معده منتقل می کند. آترزی مری زمانی رخ می دهد که قسمت فوقانی مری به قسمت تحتانی وصل نیست. بنابراین قسمت فوقانی مری به یک قسمت کیسه مانند ختم میشود و نوزاد نمی تواند شیر بخورد. در واقع نوزاد بابتک نقص سرشتی به دنیا آمده است که با جراحی قابل ترمیم است. خیلی از این نوزادان دچار ناهنجاریهای دیگری هستند از جمله فیستول مری به نای که در این حالت ترشحات معده وارد نای و ریه های نوزاد می شود و میتواند باعث مشکلات تنفسی و عفونت ریه شود. باینحال، بیشتر کودکانی که این مشکل را دارند بعد از عمل بدون مشکلات پزشکی رشد می کنند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل جراحی

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به آترزی مری

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:

- قبل و بعد از تماس با نوزاد دستهایشان را بشویند یا اگر آلودگی واضحی ندارد ضد عفونی کنند.
- مادر شیردوشی و ذخیره شیر مادر را طبق کتابچه آموزشی انجام دهد تا بعد از عمل از شیر دوشیده شده برای نوزادش استفاده شود.
- ممکن است در نای بچه یه لوله برای نفس کشیدن قرار داده و برای کمک به تنفس نوزاد به دستگاه تنفس مصنوعی وصل شود دستگاه را دستکاری نکنند.
- NG/OGT برای خارج کردن ترشحات و موکوس انجام شده است آن را دستکاری نکرده و مراقبت کنند.
- وضعیت سر نوزاد (۳۰-۴۰ درجه بالاتر) ب رای پیشگیری از ریفلاکس را حفظ کنند.
- اگر هوشیار است گریه نوزاد باعث افزایش بلع هوا و ریفلاکس خواهد شد. نوزاد را با پیچیدن در یک پتو / ملافه و استفاده از پستانک آرام کنند.
- NPO بودن نوزاد را رعایت کنند.

۲. مراقبتهای بعد از عمل را آموزش دهید:

- در مورد نحوه مراقبت از نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (تزریق آنتی بیوتیکها، داروهای ضد درد، مایعات و مواد مغذی از طریق لاین وریدی و ساکشن مرتب ترشحات و عدم دستکاری و مراقبت از سوند معده و...) توضیح دهید.
- در صورت اجازه پزشک برای شروع تغذیه، مادر با استفاده از انگشت کوچک دست خود میتواند تمرین مکیدن نوزاد را شروع کند.
- در صورت نیاز، مشاوره شیردهی درخواست و آموزشهای لازم توسط مشاور به مادر داده میشود.
- در مورد نحوه شروع تغذیه: پس از حدود یک هفته بعد از عمل در صورت نیاز تصویر برداری از قفسه سینه و مری انجامو پس از رویت آن توسط پزشک در صورت صلاحدید ایشان تغذیه برای نوزاد شروع میشود، اولین تغذیه با مقادیر کم شیر مادر با سرنگ از دهان نوزاد

شروع میشود. در صورت تحمل و عدم مشکل بلع بتدریج در روزهای آتی مقدار تغذیه افزایش، سوند معده خارج و مادر شیردهی زیر سینه را میتواند شروع کند.

- محل عمل را از نظر علائم عفونت: ترشحات چرکی، بوی بد محل عمل، قرمزی، تورم یا درد کنترل کنند.
- معمولاً نوزادان بعد از عمل دچار سرفه و مشکل بلع در هنگام تغذیه هستند. در اینصورت با مشاور شیردهی در ارتباط باشند و یا به کلینیک مشاوره شیردهی مراجعه نمایند.
- داروهای تجویزی پزشک را طبق نسخه استفاده کنند.
- تمام جلسات پیگیری و ویزیت را طبق گفته پزشک ادامه دهند.

### ۳. علائم هشدار ر آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- مشکل مداوم در تغذیه شیرخوار
- سرفه های مداوم
- قرمزی، تورم و یا درد اطراف محل عمل
- خارج شدن مایع یا ترشحات چرکی از محل عمل یا استشمام بوی بد از محل عمل
- احساس گرما در لمس ناحیه عمل
- بیرون ریختن شیر از دهان بعد از هر بار تغذیه
- عدم وزن گیری شیرخوار
- دمای شیرخوار زیر ۳ ماه ۳۸ درجه یا بیشتر است.

### ۴. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به پزشک و یا مراکز درمانی مراجعه کنند:

- اگر دچار تب و سرفه شده و به سختی نفس میکشد.
- لبها، انگشتان یا پوست نوزاد سیانوز (کبود) شده است.
- استفراغ های مکرر دارد.
- در حال خفگی (چوکینگ) است.
- نفس های نوزاد بیش از ۱۵ ثانیه قطع شده است.

### علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  ۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
  ۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- \* ۴۸ ساعت بعد از ترخیص به درمانگاه/ مطب مراجعه کنند.**

- ✓ اساتید جراحی دکتر اصنان آبادی- کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- ✓ دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح، شیخ الرئیس: روز های زوج بعد از ظهر.
- ✓ دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و بقیه روزها بعد از ظهر.
- ✓ اساتید نوزادان: دکتر محله ای- کلینیک سلامت: طبقه ۳، هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- ✓ دکتر قره باغی- کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- ✓ دکتر حسینی- کلینیک سلامت: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.

۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت‌های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر نارتشناس ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان		لیلی رسولی	مدیر پرستاری	
رقیه نصیری	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن. پ. ۸۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مجید محله ای سمت: رئیس بخش NICU تاریخ تایید:			نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاوود یادبرین سمت: فوق تخصص جراحی کودکان، اطفال، باسادیسین تاریخ تایید:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت: رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:			امضاء:		

منابع مورد استفاده :

#### ۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Esophageal Atresia Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

#### ۲. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing, By Authors: M. Terese Verklan Marlene Walden, ۵th Edition. ۲۰۱۴

#### ۳. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی ایکتر نوزادی (Neonatal Jaundice)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۱۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** هیپر بیلی روبینمی افزایش سطح بیلی روبین توتال سرم (TSB) است که ترکیب بیلی روبین کنژوگه (مستقیم سرم) و غیر کنژوگه (غیر مستقیم) است. مقادیر غیر طبیعی بر اساس سن حاملگی، سن بعد از تولد، بیماریها یا وضعیتهای همراه متعین است. زردی یا ایکتر: زردی رنگ پوست و صلبیه ناشی از وجود غلظتهای بالای بیلی روبین است که از سر به انتها ظاهر شده و برعکس پسرفت می کند. با شکسته شدن گلبولهای قرمز بیلی روبین آزاد می شود چون کبد نوزاد نارس است و هنوز نمیتواند بطور کامل آن را حذف کند میزان بیلی روبین در خون افزایش و در بافتهای چربی زیر پوست جمع شده و باعث زردی پوست می شود. تمام نوزادانی که به دنیا می آیند دچار درجاتی از بالا رفتن سطح بیلی روبین خون هستند (یعنی بیش از ۲ میلی گرم بر دسی لیتر)، اما فقط نیمی از نوزادان ترم زردی قابل مشاهده پیدا می کنند که در سطح بالای ۵ میلی گرم بر دسی لیتر قابل مشاهده است. موارد خفیف ممکن است نیاز به مداخله درمانی نداشته باشند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از عوارض ایکتر

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از نوزاد

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. علائم و نشانه های ایکتر نوزادی را آموزش دهید:

- زردی پوست، صلبیه (سفیدی چشمها)، مخاط دهان و لبها
- در مقادیر بسیار بالای بیلی روبین خواب آلودگی، گریه ضعیف، عدم تغذیه مناسب و تشنج دیده میشود.

۲. مراقبت از نوزاد ایکتریک را آموزش دهید:

- در منزل برای کنترل زردی لباسهای نوزاد را خارج کنند و در زیر نور آفتاب رنگ پوست را کنترل کنند. در زیر چراغهای منزل ممکن است نتوانند زردی را تشخیص دهند.
- فتوتراپی معمول ترین روش درمانی برای کاهش سطح بالای بیلی روبین است. فتوتراپی باعث تغییر بیلی روبین به ترکیباتی که از طریق ادرار و مدفوع دفع می شوند می گردد.
- وضعیت نوزاد را هر ۲ ساعت تغییر دهید.
- هر ۴ ساعت فتوتراپی را قطع کنید و به مدت ۳۰ دقیقه به والدین اجازه دهید نوزاد را شیر دهد.
- به انسداد راههای هوایی در حین فتوتراپی توجه کنید
- چشمهای نوزاد تحت فتوتراپی را با چشم بند ببوشانند و از بسته بودن پوشک نوزاد مطمئن شوند.
- دمای اتاق نوزاد باید ۲۵-۲۷ درجه باشد. دمای بدن نوزاد را از نظر افزایش دما مرتب اندازه گیری کنند (بیشتر از ۳۷,۵ نشود)
- نوزاد را فقط برای تعویض پوشک و تغذیه از زیر دستگاه فتوتراپی خارج کنند.
- اگر نوزاد قادر به تغذیه از پستان نیست شیردوشی با پمپ شیردوش یا با دست را انجام داده و شیردوشیده شده را با سرنگ بدهند.
- در روز ۱۲-۸ بار به نوزاد شیر بدهند.

- منتظر بیدار شدن نوزاد نمانند او را بیدار کرده و هر ۲ ساعت شیر بدهند.
- دفعات ادرار و مدفوع را کنترل کنند.
- مرقب راه هوایی نوزاد باشند تا سر زیاد به جلو و عقب خم نشود.
- نوزاد را مکرر تغییر وضعیت بدهند.
- در صورت نگرانی از ناکافی بودن میزان شیر با اجازه مشاور شیردهی و پزشک معالج می توانند از شیراهدایی/شیر مصنوعی استفاده کنند.
- طبق دستور جهت پیگیری مراجعه کنند شاید به چک بیلیروبین نیاز باشد.

### ۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- زردی طول کشیده (زردی نوزاد ترم بیش از ۲ هفته و نوزاد نارس بیش از ۳ هفته طول بکشد).
- عدم دفع ادرار و مدفوع بصورت طبیعی (میزان طبیعی دفع در چهار روز اول تولد (۶-۴ بار ادرار و ۴-۳ بار مدفوع در روز است)
- خواب آلودگی بیش از حد
- تب
- استفراغهای غیر عادی
- عدم شیر خوردن
- عدم وزن گیری مطلوب نسبت به زمان تولد
- زردی منتشر در پاها، بازوها و شکم
- بروز جوش یا کهیر روی پوست پس از فتوتراپی
- نا آرامی بیش از حد

### ۴. علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

- نوزاد دچار سیانوز شده است.
- بصورت خیره نگاه میکند. حرکات چشمی طبیعی ندارد.
- بسیار خواب آلود است یا بسیار مشکل بیدار می شود.
- به نظر می رسد پشت خود را قوس می دهد.
- گریه غیر معمول یا جیغ مانند دارد. حرکاتی دارد که طبیعی نیست.
- نفس نمی کشد.
- تب ۳۸ درجه یا بالاتر دارد.

### قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  ۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
  ۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- ۴۸ ساعت بعد از ترخیص به درمانگاه/ مطب مراجعه کنند.

- دکتر محله ای-کلینیک سلامت: طبقه ۳، هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر قره باغی- کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- دکتر حسینی- کلینیک سلامت: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.

۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیت‌های فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت و پروایزر آموزش NICU	ناهید دهخدا	لیلی رسولی	مدیر پرستاری	لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان شیراز نظام پرستاری ۳۳۰۷۲۱
رقیه صادقی	مسئول آموزش رقیه صادقی به بیمار	رقیه صادقی	معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد کارشناس ارشد پرستاری کودکان سوپروایزر آموزش ن.پ: ۰۵ مركز آموزشی پرستاری کودکان
نام و نام خانوادگی تایید کننده: سمت: رئیس بخش NICU تاریخ تایید:	امضاء:		امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: سمت: رئیس مرکز	دکتر میر هادی موسوی شماره و تاریخ ابلاغ:		امضاء:		

### منابع مورد استفاده:

1. **ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Jaundice, Newborn, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education**  
© ۲۰۱۹ Elsevier Inc.
2. **Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing**, By Authors: M. Terese Verklan Marlene Walden, ۵th Edition. ۲۰۱۴
3. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**  
by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴





عنوان دستورالعمل: آموزش مراقبتهای دوره نوزادی و شیرخواری

کد دستورالعمل: ۱۳-۲۶-INS

تعداد صفحه: ۶

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** از زمان تولد نوزاد تا ۲۸ روزگی را دوره نوزادی می گویند. و از ۲۹ روزگی تا یک سالگی را دوره شیرخواری گویند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت نوزاد و شیرخوار

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از نوزاد و شیرخوار

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. مطالب زیر را جهت مراقبت از نوزاد آموزش دهید:

- پیوند عاطفی خود را با نوزاد را افزایش دهند تا احساس امنیت و آرامش را برای نوزاد فراهم کرده و باعث رشد و تکامل نوزاد شوند. رفتارهایی که پیوند عاطفی با نوزاد را افزایش میدهند شامل لمس و نوازش نوزاد، نگاه کردن، صحبت کردن، آواز خواندن، در آغوش گرفتن و تغذیه زیر سینه و تماس پوست با پوست است.
- نوزاد در فاصله ۳۰-۲۰ سانتی متری میتواند بهتر ببیند بنابراین صورت خود را در این فاصله به او نزدیک کرده و با او صحبت کنند.
- لثه های نوزاد را به آرامی با یک پارچه نرم یا تکه ای از گاز یکی دو بار در روز تمیز کنند.
- پوست نوزاد ممکن است خشک، پوسته پوسته و دارای لکه های قرمز کوچک روی صورت و سینه باشد که طبیعی است برای چرب کردن میتوانند از روغن زیتون استفاده کنند.
- اگر نوزاد در معرض دمای بالا قرار بگیرد ممکن است دچار قرمزی پوست و تحریک پذیری شود دمای اتاق نوزاد را کنترل و در دمای ۲۷-۲۵ درجه حفظ کنند.
- در هفته اول زندگی در بسیاری از نوزادان زردی در پوست و سفیدی چشمها ایجاد می شود. در صورت مشاهده زردی او را به پزشک ببرند.
- نوزاد ممکن است روزانه ۱۷ ساعت بخوابد. تمام نوزادان الگوهای خوابشان با گذشت زمان تغییر می کند باید سیکل خوابی که نیاز دارند برای او فراهم کنند.
- فقط از نرم کننده های بدون بو و بی رنگ استفاده کنند. در غیر این صورت ممکن است باعث تحریک پوست نوزاد شوند.
- از پودر بچه استفاده نکنند چون ممکن است موجب مشکلات تنفسی نوزاد شود.
- از تمیزکننده های نرم برای شستن لباس های نوزاد استفاده و از مواد نرم کننده پارچه استفاده نکنند.
- بر اساس دمای محیط در داخل و یا خارج منزل لباس بپوشانند به هنگام تعویض پوشک نوزاد یک لباسنازک دیگر بپوشانند یا از ملحفه استفاده کنند.
- مراقبت از ناف: باید بخش جلویی پوشک را تا کنند تا بند ناف زیر پوشک قرار نگیرد. ناف را تمیز و خشک نگه دارند. بندناف و ناحیه اطراف آن را تمیز و خشک نگه دارند اگر منطقه کثیف شود، آن را با آب ساده بشویند و اجازه بدهند تا در معرض هوا خشک شود. زمانی که بندناف خشک شد، می توانند گیره آن را بردارند. باقی مانده بند ناف باید در عرض ۱ تا ۴ هفته التیام یابد.

## ۲. مراقبتهای زیر را برای محافظت نوزاد/شیرخوار از مسمومیت آموزش دهید:

- یک محیط عاری از دود سیگار برای شیرخوار فراهم کنند.
- دارو ها را از دسترس او دور نگه دارند.
- رنگ دیوارهای خانه از ترکیبات سربی نباشد، به خصوص اگر شما در یک خانه یا آپارتمانی زندگی کنید که از ۴۰ سال قبل ساخته شده است و قدیمی هست
- تمام داروها، محصولات پاککننده، سموم و مواد شیمیایی در ظرف خود محصولات، دور از دسترس شیرخوار و در یک کابینت با درب بسته نگهدارند.
- دقت کنند که تمام اسباب بازیهای کودک ترکیبات سمی نداشته باشند و لبههای تیز نداشته باشد.

## ۳. مراقبت های زیر را برای محافظت نوزاد/شیرخوار از سوختگی و برق گرفتگی آموزش دهید:

- چراغ خوابها را از پرده و رختخواب کودک دور نگهدارند تا خطر آتش سوزی کاهش یابد.
- سیمهای آویزان پریزهای برق، سیمهای تلفن را محکم کنند تا از دسترس شیرخوار خارج شوند.
- محافظ پریز را بر روی پریزها نصب کنند تا مانع از آسیب الکتریکی شود.
- زمانی که مایعات گرم و اشیاء تیز را در اطراف او حمل می کنند مراقب باشند.
- او را هنگام آشپزی بغل نکنند.
- اتو و مو صاف کن و وسایل مانند آن را که به برق متصل شده اند را از او دور نگه دارند.

## ۴. مراقبت های زیر را برای محافظت نوزاد/شیرخوار از سقوط آموزش دهید:

- یک محافظ و نرده در بالا و پایین همه پلکانها نصب کنند تا از افتادن شیرخوار جلوگیری کنند.
- مطمئن شوند که تلویزیون، قفسه ها ی کتاب و سایر چیزهای سنگین ایمن هستند و بر روی او سقوط نمی کنند.
- تمام پنجرهها را قفل کنند تا شیرخوار نتواند از پنجره بیرون برود و یا به پنجره ها نرده نصب کنند.
- هرگز شیرخوار را زمانی که در بالای سطوحی مانند تخت خواب، مبل و یا پیشخوان قرار دارد به تنهایی ترک نکنند ممکن است سقوط کند.
- هرگز او را موقع بازی به هوا پرت نکنند. نوزاد خود را با تکان دادن شدید بیدار نکنند.

## ۵. مراقبتهای زیر را برای محافظت نوزاد/شیرخوار از غرق شدگی آموزش دهید:

- هرگز او را در نزدیکی آب تنها رها نکنند. همیشه او را در یک فاصله دور از آب نگه دارند.
- آب وان حمام/تشت بلافاصله پس از استفاده برای جلوگیری از غرق شدن او خالی شوند.
- در طی حمام همیشه شیرخوار را نگهدارند و از او حمایت کنند. هرگز او را در حمام رها نکنند. اگر زمانی حمام کردن را قطع کردند، او را نیز با خود ببرند.
- درب توالی را بسته نگهدارند و آن را قفل کنند.

## ۶. مطالب زیر را برای محافظت نوزاد/شیرخوار در برابر نور آفتاب آموزش دهید:

- بیرون رفتن بین ساعت ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر را محدود کنند. آفتاب سوختگی می تواند منجر به مشکلات جدی پوستی در شیرخوار شود. او را در نور خورشید رها نکنند. او را در سایه نگه دارند و یا از یک پتو، چتر، یا سایبان برای محافظت او در مقابل خورشید استفاده نند.

- لباس مناسب بپوشانند. لباس باید به طور کامل بازوها و پاهای اوراپوشانند. کلاه باید یک لبه پهن داشته باشد که صورت، گوش‌ها و پشت گردنش را بپوشاند.
- بعد از ۶ ماهگی ضد آفتابی با SPF ۱۵ یا بالاتر که در مقابل اشعه‌های UVA و UVB اثر حفاظتی پوست را دارد استفاده کنند (کرم ضد آفتاب برای نوزادان کمتر از ۶ ماه توصیه نمی‌شود).
- قبل از بیرون رفتن از کرم ضد آفتاب ۳۰ دقیقه استفاده کنند.
- کرم ضد آفتاب را هر ۲ ساعت یک‌بار تجدید کنند.
- از کرم ضد آفتاب کافی برای پوشاندن تمام نواحی در معرض آفتاب استفاده کنند.

#### ۷. مطالب زیر را برای پیشگیری از خفگی نوزاد/شیرخوار آموزش دهید:

- اطمینان حاصل کنند که تمام اسباب‌بازی‌ها بزرگ‌تر از دهان کودک هستند و همه قسمت‌های آن محکم هستند. قطعات ریز و کوچک میتوانند قورت داده شوند و یا باعث خفگی او شوند.
- اشیاء و اسباب‌بازی‌های کوچک دارای حلقه، سیم و یا طناب را از آنها دورنگهدارند.
- هرگز پستانک را دور دست و یا گردن کودک گره نکنند.
- کیسه‌های پلاستیکی و بادکنک را از آنها دور نگه دارند.
- در یک کلاس آموزش احیاء و تنفس مصنوعی شیرخوار/کودک شرکت کنند تا در صورت بروز یک وضعیت اورژانسی آماده باشند.

#### ۸. توصیه‌های عمومی

- هر زمان کودک خود را زیر نظر بگیرید. از فرزندان بزرگ‌تر انتظار نداشته باشند که او را سرپرستی و یا نظارت کنند.
- او را در رورویک قرار ندهند. رورویک ممکن است باعث برخورد کودک با موانع خطر شود همچنین با مهارت‌های فیزیکی او برای راه رفتن تداخل داشته و باعث افتادنا آنها می‌شود.
- شماره تلفن مرکز فوریت پزشکی را بدانند و درگوشی خود ذخیره کنند یا بر روی یخچال خود بچسبانند.

#### ۹. مطالب زیر را برای حفظ ایمنی نوزاد/شیرخوار در هنگام خواب آموزش دهید:

- امن‌ترین جا برای خوابیدن کودک روی تخت‌خواب یا کریراست. این کار شانس سندرم مرگ ناگهانی نوزاد را کاهش می‌دهد.
- یک نوزاد وقتی آرام و امن هست که در تخت‌خواب خودش خوابیده است.
- او را در تخت‌خواب با بزرگسالان و یا کودکان دیگر قرار ندهند.
- اشیاء نرم و بزرگ تر (مثل بالش، وسایل بزرگ، پتویاپشم حیوانی) را از تخت‌خواب او بردارند. اشیا ممکن است باعث خفگی آنها شود.
- هرگز از تخت‌خواب بدون نرده و کهنه استفاده نکنند تشک تخت‌خواب محکم باشد.
- هرگز از مبل به عنوان یک جای خواب برای نوزاد استفاده نکنند.
- صندلی ماشین و سایر وسایل نشستن برای خواباندن روتین نوزاد توصیه نمی‌شوند چون ممکن است باعث خم شدن راه هوایی و خفگی نوزاد شود.
- نوزادان نباید به پشت بخوابند، نه روی شکم، روی تشک محکم بخوابند و از بالش استفاده نکنند.

#### ۱۰. مطالب زیر را برای حفظ ایمنی نوزاد/شیرخوار در اتومبیل آموزش دهید:

- صندلی اتومبیل را چک کنند تا مطمئن شوند که درست نصب شده است.
- از صندلی عقب اتومبیل تا زمانی که شیرخوار به وزن بالاتر یا حد بالای صندلی برسد استفاده کنند

- صندلی اورادرسندلی عقب اتومبیل قراردهند. هرگز صندلی اورادرسندلی جلو اتومبیلی که دارای ایربگ استقرار ندهند.
- هرگز او را پس از پارک کردن اتومبیل رها نکنند. قبل از اینکه دور شوند، عادت کنند که صندلی عقب اتومبیل را چک کنند.
- زمانی که رانندگی می‌کنند، با نگاه کردن به او در آینه و یا به عقب مراقب او باشند.
- بهتر است یک نفر را کنار نوزاد قرار داشته باشد. نباید به تنهایی در اتومبیل حتی برای چند دقیقه تنها بماند.

#### ۱۱. مطالب زیر را برای مراقبت از نوزاد نارس آموزش دهید:

- طبق دستور پزشک حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص نوزاد را به پزشک ببرند.
- شیرمادر بهترین تغذایشیر خوار است. اگر نوزاد شیر نمیخورد یا پستان را به خوبی نمی‌گیرد، به مشاورین شیردهی مراجعه کنند.
- شیر مصنوعی با فرمول خاص برای رشد کودک فقط با دستور پزشک شروع کنند.
- ویتامین و مکملهای آهن را طبق دستور پزشک استفاده کنند.
- بدون نظر مشاور شیردهی و پزشک شیر مصنوعی را شروع نکنند.
- بیشتر نوزادان نارس به ۸-۱۰ بار تغذیه در روز نیاز دارند. بیش از ۴ ساعت بین شیر خوردن فاصله نباشد.
- طول مدت تغذیه نوزاد نارس طولانی تر از تر است در شیردهی صبور باشند.
- ۸-۶ بار پوشک‌خیزی در یک روز نشان می‌دهد که نوزاد به اندازه کافی شیر می‌خورد.
- نوزادان نارس بعد از شیر خوردن احتمالاً خیلی جزئی برگشت شیر داشته باشند که این طبیعی است او را به پهلو بخوابانند.
- با نظر پزشک غذای کمکی را در ۶-۴ ماهگی از تاریخ تولد واقعی نوزاد شروع کنند.
- نوزادان نارس به اندازه نوزادان ترم تکامل نیافتند بنابراین ممکن است توانایی بلع خوبی نداشته باشند باید با کمک مشاورین شیردهی او را تغذیه کنند.
- همه نوزادان از جمله نوزادان نارس باید به پشت بخوابند، نه روی شکم. روی تشک محکم بخوابانند و از بالش استفاده نکنند.
- برخی نوزادان نارس بیماری چشمی به نام رتینوپاتی ناریسی را دارند. در نوزادان که این وضعیت را دارند، رگ‌های خونی کوچک در چشم بطور غیر طبیعی رشد می‌کنند. اگر این احتمال وجود داشته باشد که نوزاد مبتلا باشد توصیه‌های پزشک را جهت مراجعه و معاینه چشم انجام دهند.
- واکسیناسیون نوزاد نارسا همانند نوزادان ترم طبق برنامه واکسیناسیون با مراجعه به مراکز بهداشت تزریق کنند.
- نوزادان زودرس ممکن است در مقایسه با کودکان ترم، بیشتر در معرض آنفولانزا باشند ممکن است زمانیکه به ۶ ماهگی می‌رسد لازم باشد آمپول آنفولانزا تزریق کنند.
- در صورت امکان واکسن آنفولانزا برای کل خانواده تزریق شود اینکار می‌تواند به محافظت نوزاد نارس از ابتلا به آنفولانزا کمک کند.

#### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر فکر می‌کنند نوزاد وزن از دست می‌دهد.
- اگر وزن گیری خوبی ندارد.
- تنفس مشکل دارد.
- خوب شیر نمی‌خورد.
- دیر بیدار شده و فواصل شیر خوردن بیشتر از ۴ ساعت می‌شود.
- اگر متوجه شدند که او نمی‌شنود یا نمی‌بیند.

علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

- اگر شیر نمی خورد.
- هیچ حرکتی ندارد.
- تب ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر داشت.
- تنفسهای نوزاد سریع تر یا کندتر شده و به سختی نفس میکشد.

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.

۴۸ ساعت بعد از ترخیص به درمانگاه/ مطب مراجعه کنند.

- دکتر محله ای - کلینیک سلامت: طبقه ۳، هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر قره باغی - کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- دکتر حسینی - کلینیک سلامت: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- ۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- ۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر ارشد پرستاری NICU و پروایزر آموزش سلامت مرکز آموزشی درمانی کودکان	امضاء	رقیه صادقی	مسئول آموزش به بیمار نوزادان	رقیه صادقی پور حاجب کارشناس پرستاری
رقیه نصیری	مسئول آموزش به بیمار	امضاء	معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن پ: ۸۳۲۹۹۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری	تاریخ تایید: امضاء:	امضاء:	لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تفریز نظام پرستاری ۳۳۰۰۷۲
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مجید محله ای	سمت: رئیس بخش NICU	تاریخ تایید: امضاء:	امضاء:	مجتهد محله ای	استاد بازرگانی و مدیریت بازرگانی
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:	میر هادی موسوی	

**1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:**

Well Child Care, Newborn, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

**2. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:** Caring for Your Premature Baby Copyright © 2017 by the American Academy of Family Physicians.

**3. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:** Caring for Your Premature Baby Copyright © 2017 by the American Academy of Family Physicians. Well Child Safety, 0–12 Months Old.

**4. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing**, By Authors: M. Terese Verklan Marlene Walden, 5th Edition. 2014

**5. Wong's Nursing Care of Infants and Children**, by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014

6. Family teaching



عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی از کلستومی (Colostomy)

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: INS-۲۶-۱۴
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** مقعد قسمتی است در باسن که از طریق آن مدفوع از بدن دفع می شود. مقعد بسته نقصی است که در زمان تولد وجود دارد ممکن است مقعد وجود نداشته، مسدود شده یا در محل دیگری از محل طبیعی تشکیل شده باشد. این نقص باعث می شود مدفوع به روده بزرگ برگردد یا از محل باز دیگری از بدن خارج شود. در این نوزادان ممکن است ناهنجاریهای دیگری از جمله بیماریهای ستون فقرات، قلبی و عروقی، دستگاه گوارش یا دستگاه ادراری هم وجود داشته باشد. ممکن است یک فیستول بین روده و پرینه (واژن در دختران یا پیشابراه در پسران) وجود داشته باشد. در مواردی که انتهای بسته رکتوم در سطح فوقانی یا میانی باشد، با یک کلستومی و ترمیم مقعد درمان می شود این جراحی ترمیمی بعد از اینکه شیرخوار تقریباً ۳ ماهه و وزن ۴,۵ کیلو گرم داشت انجام میشود. استوما حدود یک ماه بعد از ترمیم مقعد بسته میشود. در مواردی که انتهای بسته روده در سطح پایین قرار دارد معمولاً میتواند توسط باز کردن اولیه مقعد صورت گیرد.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از عوارض بیماری

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از نوزاد با مقعد بسته

**گام های دقیق انجام کار:**

**مراقبتهای بعد از عمل کلستومی را آموزش دهید:**

- تغذیه با شیر مادر را زودتر شروع و ادامه دهند تا مانع یبوست شود.
- بخیه ها ۱۰-۷ روز بعد از عمل برداشته میشوند.
- بخیه های محل آنوپلاستی و باز کردن مقعد نیازی به برداشتن ندارند.
- آنتی بیوتیکها را طبق دستور پزشک تا پایان دوره درمان ادامه دهند.
- قبل و بعد از تمیز کردن استوما ابتدا باید دستهای خود را با آب و صابون بشویند.
- رنگ استوما را از نظر اینکه همیشه باید صورتی یا قرمز رنگ باشد کنترل کنند.
- تماس مدفوع با پوست سبب تحریک و سوختگی پوست اطراف خواهد شد از پوست اطراف استوما مراقبت کنند.
- از تکه پارچه های نخی تمیز روی کلستومی استفاده کنند و به محض کثیف شدن تکه پارچه سریعاً تعویض کنند تا پوست اطراف آن زخم نشود.
- بعد از هر بار دفع مدفوع پوست اطراف استوما را با پنبه و آب گرم تمیز کنند و سپس خشک کنند و از پماد/اسپری زینک اکسید برای پیشگیری از آسیب پوستی استفاده کنند (اسپری ارجح تر از پماد میباشد).
- در صورت قرمزی و آسیب پوست از پماد عسل و یا از پانسمان/اسپری هیدروکلوئیدی دودرم استفاده کنند.
- از هر نوع پودر، ژل، دستمال یا کرم غیر از توصیه های پزشک و پرستار روی پوست اطراف استوما اجتناب کنند.
- حمام کردن نوزاد دارای کلستومی مشکلی ندارد و آب به داخل استوما نفوذ نخواهد کرد میتوانند براحتی کودک را حمام دهند.
- از صابون های چرب و ناملایم برای حمام کودک استفاده نکنند.
- لباس های کودک را با مشاهده رطوبت و لکه مرتب تعویض کنند.

- مقدار تغذیه، دفع ادرار و مدفوع کودک را کنترل کنند.
- ناحیه استومارما هرروزاز نظر علائم عفونت(افزایش قرمزی ، تورم،درد و وجود ترشحات چرکی و خون ) بررسی کنند.
- در صورتی که پوست اطراف کلستومی قرمز و ملتهب شد طبق توصیه های پزشک اقدام نمایند.
- به شکم خوابیدن به استوما صدمه نمی زند، اما توصیه شده است که کودکان به پشت بخوابند.
- در صورت بروز اسهال از کلستومی میتوانند از محلول او آر اس(ORS) استفاده کنند.
- پوشش روی کلستومی نایستی فشاری باشد چرا که فشار سبب سیاه شدن دهانه استوما می گردد. پوشک را محک نیندند و مراقب باشند کش سفت شلوار روی استوما نیفتد.
- لباس های یک تکه مناسب برای نوزاد بپوشانند.
- اندازه استوما را کنترل کنند.
- کیسه کلستومی: بعد از پر شدن ۱/۳ یا نصف کیسه آن را خالی کنند.
- کیسه را قبل از خواب تخلیه کنند.
- کیسه ها را در جای خشک و خنک نگه دارند.
- کیسه کلستومی را هر ۶ هفته اولهر ۲ تا ۳ روز و سپس هر ۳-۵ روز تعویض کنند.
- در زمانی که کودک در توال نشسته است نیز میتوانند کیسه را تخلیه کنند.
- اگر پوشک می بندند میتوانند در زمان تعویض پوشک، کیسه را به داخل پوشک تخلیه کنند و سپس پوشک را تعویض کنند.

#### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- علائم و نشانه هایی از جمله افزایش میزان دیستاسیون، بی خوابی، لوپهای روده ای قابل مشاهده از روی پوست
- تغییر قوام مدفوع
- تغییر اندازه استوما
- بی اشتها، عدم تحمل تغذیه و استفراغ
- ادرار خیلی کم، چشمهای گود افتاده، خشکی لبها، کمبود اشک در هنگام گریه (نشانه احتمالی کم آبی بدن می باشد)
- بزرگ شدن اندازه و تورم کلستومی
- آسیب پوستی شدید اطراف کلستومی
- مدفوع آبکی شدید بیش از ۵ ساعت
- بوی بد و غیر طبیعی از کلستومی
- دلپیچه و دل درد بیش از ۲ ساعت
- خونریزی از اطراف کلستومی
- بزرگ شدن و بیرون زدگی استوما و فرورفتن دهانه آن
- مدفوع خونی
- اگر کیسه در اطراف استوما باقی نماند.
- تب
- علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:
- استفراغ مکرر
- بی قراری، گریه مداوم



- عدم دفع مدفوع بیش از ۲ روز
- تنفس سریع
- شیرخوار با دمای بدن ۳۸ درجه یا بالاتر

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
  ۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
  ۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- \* ۴۸ ساعت بعد از ترخیص به درمانگاه/ مطب مراجعه کنند.

- ✓ اساتید جراحی دکتر اصلان آبادی-کلینیک سلامت: هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
  - ✓ دکتر بادبرین- درمانگاه کودکان، یکشنبه و سه شنبه صبح. شیخ رئیس: روزهای زوج بعد از ظهر.
  - ✓ دکتر جمشیدی- درمانگاه کودکان: روزهای شنبه و پنجشنبه صبح و روزهای فرد بعد از ظهر.
  - ✓ اساتید نوزادان: دکتر محله ای-کلینیک سلامت: طبقه ۳، هر روز هفته به غیر از پنجشنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
  - ✓ دکتر قره باغی- کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
  - ✓ دکتر حسینی- کلینیک سلامت: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
  ۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت/ سوپروایزر آموزش کودکان	ناهید دهخدا	کافیه اصلانی	مسئول آموزش به بیمار	
رقیه نصیری	مسئول آموزش به بیمار	رقیه نصیری	معصومه محمدزاد	کارشناس سوپروایزر آموزش - ن پ ۷۵ مرکز آموزشی درمانی خرمی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری	امضاء:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر داوود بادبرین	سمت: فوق تخصص جراحی کودکان	امضاء:	دکتر داوود بادبرین نظام تخصصی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران ۹۵۶۲۶		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده :

1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Jaundice, Newborn, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc
2. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing, By Authors: M. Terese Verklan Marlene Walden, 5th Edition. 2014
3. Wong's Nursing Care of Infants and Children  
by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014
- ۳) ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Colostomy Surgery, Pediatric, Care After, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.
- ۴) ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Imperforate Anus, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc



**عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی از فیستول (AV Fistula)**

کد دستورالعمل: ۱۵-۲۶-INS

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** فیستول یک پروسیجر جراحی است که در آن یک شریان و ورید معمولاً در ناحیه ساعد یا بازو بهم وصل میشوند. در واقع آناستوموز کردن بخشی از شریان رادیال و ورید براکیوسفالی است که باعث اتساع و ضخیم شدن ورید شده و محلی برای تعبیه فیستولا ایجاد می کند. از فیستول جهت همودیالیز برای درمان نارسائی کلیه استفاده می شود. بعد از فیستول گذاری بیمار در بالای محل عمل، زخم و تریل (لرزش) را احساس می کند

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار همودیالیزی، پیشگیری از عفونت و حفظ کارکرد فیستول

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با فیستول شریانی وریدی

**گام های دقیق انجام کار:**

**مطالب زیر را برای مراقبت از فیستول آموزش دهید:**

- پانسمان را طبق دستور پزشک تعویض کنند.
- قبل و بعد از تعویض پانسمان دست هایشان را با آب و صابون بشویند یا ضد عفونی کنند.
- بعد از فیستول گذاری از گذاشتن کیف آبگرم روی محل عمل، حمام و شنا کردن تا زمانی که جراح اجازه نداده است پرهیز کنند.
- می توانند به جای دوش گرفتن از حمام اسفنجی استفاده کنند.
- اطراف بخیه ها را همیشه خشک و تمیز نگه دارند.
- محل فیستول را از نظر وجود لرزش هر روز کنترل کنند.
- محل فیستول را از نظر وجود علائم عفونت (قرمزی، درد، تورم، خروج مایع یا خون، گرم و حساس بودن محل، خروج چرک یا بوی بد) هر روز کنترل کنند.
- محل عمل را بالاتر از سطح قلب در حالی که نشسته اند یا دراز کشیده اند قرار دهند (یک بالش کوچک در زیر بازوی خود قرار دهند).
- به هیچ وجه اجسام سنگین را با دستی که فیستول دارد بلند نکنند.
- از خارش محل فیستول اجتناب کنند. چون ناخنها میتوانند منبع عفونت باشند.
- روی بازوی دستی که فیستول دارد دراز نکنند.
- در دستی که فیستول دارد از لباس تنگ، زیور آلات (النگو و انگشتر) و ساعت استفاده نکنند.
- به خاطر بسپارند گرفتن فشار خون، تزریقات و خونگیری از دستی که دارای فیستول است ممنوع می باشد. قبل از این اقدامات به پزشک و پرستار اطلاع دهند.
- داروهایی را که پزشک تجویز کرده است بصورت صحیح و به موقع مصرف کنند.
- از مصرف خودسرانه داروهایی مانند: مسکن ها و آنتی بیوتیکها خودداری کنند.
- قبل از هر بار همودیالیز محل فیستول را با آب و صابون از بالا به پایین بشویند.

- بعد از ضد عفونی کردن حل فیستول به آن دست نزنند.
- فردی که با فیستول در تماس است باید دستکش و ماسک استفاده کند.
- بعد از خارج کردن سوزنها، برای توقف خونریزی، روی محل فیستول جایی را که سوزن قرار داشته به آرامی فشار دهند. هرگز قسمت بالایی محل سوزن را فشار ندهند.
- در زمان همودیالیز به محل فیستول عطسه و سرفه نکنند.
- محل فیستول را روزانه با آب و صابون آنتی باکتریال بشویند.

#### مطالب زیر را برای پیشگیری از یبوست آموزش دهید:

- داروهای ضد یبوست را که پزشک تجویز کرده است مصرف کنند.
- در صورت دفع‌دار، میتوانند مایعات به قدر کافی بنوشند فقط آبمیوه ننوشند.
- از غذاهایی که دارای فیبر بالا هستند مثل حبوبات، جوانه‌ها، سبزیجات و میوه‌های تازه که پزشک و پرستار اجازه مصرف آنها را داده است میتوانند استفاده کنند.
- از مصرف غذاهای سرخ شده، پرچرب و شیرین اجتناب کنند.

#### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر قرمزی، تورم و درد در اطراف محل فیستول وجود دارد.
- فیستول در لمس گرم می‌باشد.
- از محل فیستول ترشحات چرکی خارج می‌شود.
- از محل فیستول بوی بد استشمام میشود.
- تب دار هستند.
- بی‌حسی، کرختی یا سردی و کبودی در محل فیستول و انگشتان وجود دارد.
- اگر احساس کنند که لرزش فیستول تغییر یا کاهش یافته است.

#### علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:

- اگر از محل فیستول خونریزی وجود دارد.
- اگر درد سینه دارند.
- اگر تنگی نفس دارند.

#### قبل از ترخیص بیمار آموزش‌های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه‌های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت و ایمنی آموزش سلامت ن. پ ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	لیلی رسولی	مدیر پرستاری آموزشی و حرفه‌ای نظام پرستاری کودکان ۱۳۹۷/۰۷/۰۱	ناهید دهخدا	سوپروایزر ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت و ایمنی آموزش سلامت ن. پ ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان
حمیده عدالتخواه	مسئول آموزش به بیمار	معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نورآباد آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن. پ: ۳۳۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	حمیده عدالتخواه	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نورآباد آموزشی سوپروایزر آموزشی - ن. پ: ۳۳۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر فخرالسادات مرتضوی	سمت: رئیس واحد همودالیز	تاریخ تایید:	امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر فخرالسادات مرتضوی	سمت: رئیس واحد همودالیز
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز

منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Open reading mode, Patient Education: AV Fistula Placement, Care After, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

2. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی از کاتتر مرکزی (Central Line)

کد دستورالعمل: ۱۶-۲۶-INS

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** کاتتر مرکزی یک لوله پلاستیکی بلند و باریکی است که از طریق وریدگردن، قفسه سینه و فمورال به درون یکی از رگهای بزرگ نزدیک قلب فرستاده می شود. کاتتر دارای دو لوله است که از پوست بیرون قرار گرفته اند. در بیمارانی که نارسائی کلیه و نیاز به همودیالیز دارند تا زمان به کار افتادن فیستول به طور موقت از این کاتتر برای همودیالیز استفاده میشود. همچنین در بیمارانی که امکان دسترسی عروق محیطی وجود ندارد لاین مرکزی تعیبه می شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار همودیالیزی، پیشگیری از عفونت و حفظ کاتتر مرکزی

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با کاتتر

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. انواع کاتتر را توضیح دهید:

دو نوع کاتتر وجود دارد. نوع دائمی و نوع موقت

- از کاتترهای کوتاه مدت در مراقبتهای حاد و اورژانسی استفاده می شود.
- از کاتترهای دائمی برای دسترسی طولانی مدت استفاده می شود.

۲. مراقبتهای لازم قبل از تعیبه کاتتر را آموزش دهید:

- وجود هر گونه حساسیت دارویی و غذایی را اطلاع دهند.
- از پزشک خود در مورد مصرف داروهای قبل از عمل خود سوال کنند خصوصاً اگر بیماری دیابت دارند و یا داروهای رقیق کننده خون مصرف می کنند.
- مدت زمان ناشتایی را رعایت کنند.
- شرح حال کامل از هر گونه بیماری، جراحی و مشکلات بیمار را ارائه دهند.

۳. مراقبت های لازم بعد از تعیبه کاتتر را آموزش دهید:

- از محل کاتتر مراقبت کنند تا از خروج و جابجایی آن جلوگیری کنند.
- در صورت مشاهده خونریزی از محل کاتتر اطلاع دهند.
- موقع پوشاندن و درآوردن لباس مواظب باشند کاتتر کشیده نشود چون باعث جابجایی کاتتر شده و خطر خروج آن وجود دارد.
- پوششهای سر کاتتر را دستکاری نکنند و وجود آنها برای جلوگیری از آلودگی و خونریزی لازم می باشد به طور مرتب کنترل کنند و از بسته بودن آنها مطمئن باشند.
- از کاتتر فقط برای انجام همودیالیز استفاده کنند و از تزریق سرم و دارو از آن جدا خودداری شود .

- معمولاً ۲ روز بعد از کاتتر گذاری ( بسته به نظر جراح ) می توانند به حمام بروند. برای حمام رفتن بهترین روش دوش گرفتن است.
- قسمت خارجی کاتتر نباید در آب غوطه ور و یا در آب فرو رود. در این مواقع استفاده از پانسمان های ضد آب توصیه میشود و یا پانسمان کردن به گونه ای که امکان نفوذ آب وجود نداشته یا کمتر باشد.
- بهترین زمان استحمام یک ساعت قبل از همودیالیز می باشد که بعد از همودیالیز پانسمان جدید توسط پرستار روی محل خروجی کاتتر گذاشته شود.
- محل ورود کاتتر را تمیز و خشک نگه دارند.
- وقتی استفاده نمیشود از بسته شدن کلمپ کاتتر مطمئن باشند.
- از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنند.
- از حرکات مکرر بازو خودداری کنند.
- از قیچی یا اشیاء تیز در نزدیکی کاتتر استفاده نکنند.
- شنا نکنند، کاتتر در آب فرو نرود.
- بانداژ را تمیز و خشک نگه دارند.
- پانسمان را هر ۴۸ ساعت تعویض کنند از گاز استریل استفاده کنند قبل از تعویض پانسمان دستهایشان را بشویند.
- اگر پانسمان مرطوب و کثیف باشد آن را تعویض کنند.
- اگر پانسمان شفاف استفاده میکنند بعد از ۷ روز می توانند پانسمان را تعویض کنند.
- هر روز پوست اطراف کاتتر را از نظر : قرمزی ، تورم یا درد، مایعات یا خون، گرما، ترشحات چرک، بوی بد کنترل کنند.
- اگر کاتتر کشیده شده ولی از جایش خارج نشده است موردی ندارد.
- اگر کاتتر خارج شده استپانسمان فشاری مستقیم روی محل خروج کاتتر وارد کنند و از عدم خونریزی اطمینان حاصل کنند. قسمتی از کاتتر که بیرون آمده را به جلو یا عقب حرکت ندهند چون احتمال پارگی رگهای قلب وجود دارد.
- اگر قسمتی از کاتتر بیرون آمده به هیچ عنوان اقدام به جا گذاری دوباره آن نکنند در همان قسمت با چسب ثابت کرده و به بیمارستان ببرند.
- اگر هپارین لاک (جسم پلاستیکی زرد رنگ انتهای کاتتر) افتاده باشد، یک هپارین لاک جدید و استریل استفاده کنند و اطلاع دهند.

#### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر هپارین لاک (جسم پلاستیکی زرد رنگ انتهای کاتتر) افتاده باشد.
  - اگر کاتتر کشیده شود.
  - وجود قرمزی، تورم یا درد اطراف کاتتر
  - نشتمایعیا خون
  - یک احساس گرما در محل
  - چرکیا بوی بد اطراف کاتتر
- علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:
- اگر کاتتر آسیب دیده، بریده شده
  - تب و لرز
  - تپش قلب
  - درد قفسه سینه
  - تنفس مشکل

- خروج کاتتر
- خونریزی که قابل کنترل نیست.
- تورم قفسه سینه و بازو سر و صورت و گردن

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
۴. درمورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری آموزش سلامت NICU		لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان شهر نظام پرستاری: ۳۳۳۰۷۱	
حمیده عدالتخواه	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری آموزش مرکز آموزشی و درمانی کودکان	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر فخرالسادات مرتضوی	سمت: رئیس واحد همودالیز	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION, Open reading mode, Central Line, Adult & pediatrics Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.
۲. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION, Open reading mode, Patient Education: Central Line Dialysis Access Placement, Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.
۳. Wong's Nursing Care of Infants and Children  
by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014.



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی بیماران تحت جراحی شده کاشت حلزون (Cochlear Implant)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۱۷

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۳

**تعریف:** عمل جراحی است که دستگاه شنوایی (کاشت حلزون) را در گوش داخلی کودک قرار می دهند. این دستگاه الکترونیکی است که در گوش داخلی قرار می گیرد و سیگنالهای صوتی را به عصب گوش منتقل می کند اینکار باعث می شود کودک صداها را بشنود و تفسیر کند. کاشت حلزون معمولاً در یک گوش انجام می شود ۱ تا ۱,۵ ماه بعد از ترمیم محل عمل قسمت خارجی تعبیه شده و فعال می شود. با کاشت حلزون، شنوایی به حالت طبیعی بر نمی گردد ولی کودک را قادر می کند تا بشنود و مهارتهای گفتاری و زبانی افزایش یابد.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با عمل کاشت حلزون

**گام های دقیق انجام کار:**

**مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:**

- دستور پزشک برای مدت ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستنبد شناسایی مراقبت کنند.
- بهداشت دهان و دندان رعایت گردد.
- زیورآلات کودک (سنجاق سر، گیره، گوشواره، دستبند و...) را خارج کنند.
- موهای تمام سر شیو شود.
- اگر دارویی مصرف میکند به پزشک اطلاع دهند تا قبل از عمل قطع شود خصوصاً داروهای رقیق کننده خون و داروهای دیابت.

**مشکلات بعد از عمل را توضیح دهید:**

- درد
- تورم
- سرگیجه یا حالت تهوع.
- گیجی.
- احساس زنگ زدن در گوش (وزوز گوش)



### مراقبت‌های بعد از عمل را آموزش دهید:

- برای جلوگیری از دستکاری پانسمان، ممکن است نیاز به مهار دست‌های کودک باشد.
- بعد از هوشیاری کامل رژیم غذایی مایعات و نرم شروع کنند.
- با بالا بردن نرده‌ها تا رفع علائم سرگیجه و عدم تعادل، ایمنی کودک را حفظ کنند.
- برای برطرف کردن درد از روش‌های دارویی و غیر دارویی توصیه شده پزشک و پرستار استفاده کنند.
- اگر برای کودک آنتی بیوتیک تجویز شده باشد آنها را به موقع بدهند و بدون دستور پزشک قطع نکنند. دوره درمان با آنتی بیوتیک باید کامل شود.

### مطالب زیر را برای پیشگیری از یبوست و آسیب به کاشت آموزش دهید:

- مایعات کافی بنوشد تا رنگ ادرار کم رنگ یا بی رنگ شود. از غذاهایی که فیبر زیادی دارند مانند لوبیا، غلات سبوس دار و میوه و سبزیجات تازه استفاده کند. غذاهایی که دارای چربی و قندهای فرآوری شده مانند غذاهای سرخ شده یا شیرین هستند را محدود کند.
- پوزیشن بعد از عمل: پوزیشن نیمه نشسته کودک را رعایت کنند.
- تعویض پانسمان: تعویض پانسمان ۲ روز بعد از جراحی توسط پزشک و یک هفته بعد انجام خواهد شد از پانسمان مراقبت کنند.
- تا ۱ ماه از گردن به پایین حمام دهند نباید سر بیمار خیس شود.
- بخیه‌ها معمولاً دو هفته بعد توسط پزشک برداشته می شوند.
- محل عمل را از نظر ترشحات مایع یا خون، بوی بد، درد و قرمزی و التهاب کنترل کنند.
- برای چند روز بعد از عمل ممکن است ترشح خونابه‌ای از گوش وجود داشته باشد.
- مراقبت باشند به سر کودک و محل عمل آسیب وارد نشود.
- حین حمام از وارد شدن آب در گوش خودداری کنند.

### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اطراف محل عمل درد، تورم و قرمزی افزایش یافته است.
- محل عمل در لمس حساس و گرم است.
- از محل عمل ترشحات چرکی و بوی بد می آید.
- اگر تب دار است.
- در گوش داخلی درد دارد.

### علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند :

- اگر کودک گوش درد شدید دارد.
- علائم مننژیت باکتریال دارد مانند: تب، استفراغ، راش، گرفتگی گردن، حساسیت به نور روشن، خواب آلودگی، گیجی، تشنج

### قبل از ترخیص بیمار آموزش‌های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه‌های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.
- دکتر موسوی-درمانگاه کودکان: شنبه و سه شنبه، صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۴: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.

- دکتر جباری - درمانگاه کودکان: دوشنبه و پنجشنبه صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۷: شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر کدخدا محمدی - درمانگاه کودکان: یکشنبه و چهارشنبه صبح. کلینیک گلگشت: روزهای یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- ۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- ۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت		ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	
سونیا عازمی	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مهرانوش موسوی	سمت: رئیس بخش ENT	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده :

#### 1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Cochlear Implant Surgery, Pediatric, Care After, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.

#### 2. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014

#### 3. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Cochlear Implant Surgery, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی شکستگی بینی (Nasal Fracture)

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷	کد دستورالعمل: INS-۲۶-۱۸
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸	تعداد صفحه: ۴

**تعریف:** شکستگی استخوان بینی یکی از شایع‌ترین آسیب‌های صورت و شایع‌ترین شکستگی در صورت کودکان بخصوص در شش تا هفت سالگی است. زیرا بینی برجسته‌ترین قسمت صورت است و بیشتر در معرض ضربات قرار دارد. در اثر صدمات مستقیم ایجاد می‌شود و ممکن است باعث تغییر حالت تیغه میانی بینی، استخوان فک بالا و پارگی مخاط و خونریزی شود. در کودکان به دلیل کوچکی استخوان بینی، ورم طولانی بعد از ضربه و نیز عدم همکاری کودک در لمس دقیق، در بسیاری از موارد شکستگی‌های بینی مورد غفلت قرار می‌گیرد و تنها پس از پدیدار شدن بدشکلی‌های ظاهری، خود را نشان می‌دهد. شکستگی می‌تواند باعث انحراف شدید تیغه بینی و به تبع آن مسدود شدن مجرای تنفسی، تنگی گذرگاه‌های سینوس و اختلال عملکرد آنها و مستعد سینوزیت شود. شکستگی خفیف نیاز به عمل جراحی ندارد و طی ۱ ماه بهبود می‌یابند. شکستگی‌های شدید نیاز به عمل جراحی دارند.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با عمل ترمیم شکستگی بینی

**گام های دقیق انجام کار:**

علائم و نشانه های شکستگی بینی را آموزش دهید:

- درد
- تورم بینی.
- خونریزی بینی
- خون مردگی زیر پوست، کبودی در اطراف بینی یا کبودی در اطراف چشم
- کج شدن بینی
- تنفس مشکل از بینی

**روشهای پیشگیری از شکستگی بینی را آموزش دهید:**

- کودکان در ورزشهای تماسی مثل دوچرخه سواری و اسکیت و... لباسهای ایمنی بپوشند.
- زمان رانندگی از کمربند ایمنی و در ماشین از صندلی مخصوص کودک استفاده کنند.
- به کودکان خود بیاموزند تا از رفتارهای خشونت آمیز و هل دادن یکدیگر در مدرسه، خیابان و... خودداری کنند.
- از سقوط و ضربه به سر و صورت کودک پیشگیری کنند.

### در صورت ضربه به بینی چه اقداماتی را انجام دهند:

- درون یک کیسه پلاستیکی یخ قرار دهند و آن را از روی یک حوله روی بینی کودک بگذارند.
- به مدت ۲۰ دقیقه ، ۲-۳ بار در روز کیسه یخ را بگذارند.
- بدون نسخه پزشک دارو ندهند.
- به کودک باد بدهند تا فین نکند و با بینی فوت نکند.
- اگر بینی خونریزی می کند، سر را به عقب نبرند بلکه کمی به جلو خم کنند. بنشینند و ۱۰ دقیقه به آرامی بینی را فشار دهند.

### مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:

- دستور پزشک برای مدت ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستنبد شناسایی مراقبت کنند.
- زیورآلات کودک(سنگجاق سر،گیره، گوشواره، دستبند و...) را خارج کنند.
- اگر کودک دارویی مصرف میکند به پزشک اطلاع دهند.
- اگر حساسیت دارویی دارد اطلاع دهند.
- تنفس با بینی بسته و با دهان باز را به کودک آموزش و با او تمرین کنند.

### مراقبتهای بعد از عمل را آموزش دهید:

- کودک در وضعیت نیمه نشسته حفظ شود.
- تا هوشیاری کامل چیزی از راه دهان ندهند.
- برای جلوگیری از دستکاری پانسمان، ممکن است نیاز به مهار دستهای کودک باشد.
- بعد از هوشیاری در ابتدا رژیم مایعات صاف شده مثل آب و آبمیوه بدون پالپ، سپس رژیم نرم مثل سوپ، فرنی و... شروع کنند.
- با بالا بردن نرده ها تا رفع علائم سرگیجه و عدم تعادل، ایمنی کودک را حفظ کنند.
- برای برطرف کردن درد از روشهای دارویی و غیر دارویی توصیه شده پزشک و پرستار استفاده کنند.
- اگر برای کودک آنتی بیوتیک تجویز شده باشد آنها را به موقع مصرف کرده و بدون دستور پزشک قطع نکنند. باید دوره درمان با آنتی بیوتیک کامل شود.
- در صورت وجود درد طبق دستور پزشک از استامینوفن استفاده کنند.
- از خیس شدن و خارج کردن گچ و پانسمان توسط کودک خودداری کنند.
- ۷-۱۰ روز بعد از عمل گچ خارج خواهد شد. ناحیه عمل را تمیز و خشک نگه دارند.
- بیمار می تواند با استفاده از مسواک نرم دندانهایش را مسواک بزند، ولی لب بالا را دستکاری نکند.
- با دهان باز عطسه و سرفه کند و از حرکات شدید صورت حین خنده و گریه پرهیز نماید.
- تا ۲ هفته بعد از عمل از تخلیه ی ترشحات بینی با فشار خودداری کند. مراقب باشند هیچ ضربه ای به بینی وارد نشود.
- قسمت های خارج از پانسمان را میتوانند با دستمال مرطوب تمیز کنند.
- تا ۴ هفته از ورزشهای تماسی خودداری کنند.
- مش بینی ۵ روز بعد از عمل جراحی توسط پزشک خارج خواهد شد.

- تا زمان خروج گچ می‌تواند از گردن به پایین با آب ولرم دوش بگیرد. مراقب باشند گچ خیس نشود. شستن سر و صورت را بصورت کامل می‌توانند بعد از خروج گچ انجام دهند.

علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- درد خیلی بد و شدید
  - خونریزی از بینی
  - شکل بینی بعد از ۵ روزه حالت اول برگشته است
  - خروج ترشحات چرکی از بینی
۷. علائم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:
- کودک تنفسهای مشکل دارد.
  - استفراغ میکند.
  - بیش از ۲۰ دقیقه خونریزی از بینی دارد.
  - در حرکات چشمها بطرف بالا مشکل دارد.
  - در داخل بینی احساس تورم دارد که بهتر نمی شود
  - مایع شفاف از بینی خارج می شود.

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

- علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
- نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
- زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.
- دکتر موسوی-درمانگاه کودکان: شنبه و سه شنبه، صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۴: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر جباری- درمانگاه کودکان: دوشنبه و پنجشنبه صبح. کلینیک گلگشت طبقه ۷: شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر کدخدا محمدی- درمانگاه کودکان: یکشنبه و چهارشنبه صبح. کلینیک گلگشت: روزهای یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	ناهید دهخدا	مدیر پرستارها/ آموزش مرکز آموزشی درمانی کودکان	مدیر پرستارها/ آموزش مرکز آموزشی درمانی کودکان	لیلی رسولی
سونیا عازمی	مسئول آموزش به بیمار	سونیا عازمی	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مهرانوش موسوی	سمت: رئیس بخش ENT	تاریخ تایید:	امضاء:	دکتر مهرانوش موسوی اقدس جراح و متخصص گوش، حلق و بینی فلو شیب جراحی آندوسکوپیک سینوس نظام پزشکی: ۹۱۵۴۲ دانشیار تمام وقت مرکز آموزش و درمانی کودکان تبریز	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

**1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:**

Nasal Fracture, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.

**2. Wong's Nursing Care of Infants and Children**

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014



**تعریف:** شکاف لب و شکاف کام (شکافهای دهانی) نقایص هنگام تولد هستند. در شکاف لب، لب فوقانی باز است. در شکاف کام بخش‌های چپ و راست کام سخت در سقف دهان پیوستگی ندارند. به طور معمول، در رحم، لب فوقانی و کام هر دو به صورت دو نیمه ای هستند که به سمت یکدیگر رشد می کنند تا در خط وسط بهم برسند و لب و کام کامل شوند.

شکاف لب زمانی بوجود می آید که این پیوستگی وجود ندارد ممکن است شکاف کوچک باشد یا آنقدر شدید باشد که به داخل بینی کشیده شود. شکاف کام زمانی اتفاق می افتد که پیوستگی در سقف دهان وجود ندارد ممکن است در قسمت جلو یا عقب کام وجود داشته باشد در موارد شدید در هر دو قسمت کام شکاف وجود دارد. یک نوزاد ممکن است با یک شکاف لب یا شکاف کام و یا هر دو بدنیا بیاید. این شرایط ممکن است یک طرف (یک طرفه) یا هر دو طرف (دو طرفه) صورت کودک را تحت تأثیر قرار دهد. نوزادانی که دارای لب شکاف یا شکاف کام هستند، در تغذیه از پستان یا بطری دچار مشکل هستند زیرا نمی توانند دهان خود را روی پستان به خوبی چفت و محکم کنند. به همین دلیل ممکن است این نوزادان ۱. شیر به مقدار کافی دریافت نکنند و در نهایت دچار سوء تغذیه یا مشکلات رشدی شوند. ۲. در حین تغذیه تلاش و وقت بیشتری را صرف کنند و خسته تر شوند. ۳. شیر به داخل بینی یا گوش داخلی منتقل و منجر به عفونت گوش شود.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با شکاف لب و کام

**گام های دقیق انجام کار:**

**علل آن را توضیح دهید:**

- علت دقیق مشخص نیست.
- در برخی مواقع ممکن است به همراه شرایط دیگر یا قسمتی از علائم یک سندرم باشند.

**کودکانی که در بیشتر معرض شکاف لب و کام قرار دارند توضیح دهید:**

- کودکانی که سابقه خانوادگی شکاف لب یا کام دارند.
- کودکان مبتلا به سندرم داون
- و اگر مادر در دوران بارداری از داروهای ضد صرع استفاده می کند، مادر دیابتی یا مادری که سیگار می کشد یا سوء مصرف مواد دارد نیز ممکن است نوزاد با شکاف لب یا کام بدنیا بیاورد.

## علائم و نشانه های شکاف لب و کام را آموزش دهید:

- وجود شکاف در لب فوقانی
- شکاف کام معمولاً دیده نمی شود. علائمی که نشان می دهد شکاف کام وجود دارد:
  - تغذیه مشکل
  - افزایش وزن آهسته یا عدم افزایش وزن
  - عفونت های مکرر گوش
  - مشکلات شنوایی
  - مشکل در تکامل گفتاری
  - مشکلات دندانپزشکی
  - مشکلات تنفسی

## روش درمان را توضیح دهید:

- درمان بستگی به سن شیرخوار و شدت شکاف دارد. رایجترین درمان عمل جراحی است.
- بهترین زمان جراحی شکاف لب سن ۳ تا ۵ ماهگی است.
- بهترین زمان جراحی شکاف کام قبل از شروع تکلم، فاصله ۹-۱۲ ماهگی و ترجیحاً ۱۰ ماهگی است (در صورت نداشتن مشکلات جسمی همراه)
- برخی کودکان ممکن است به عمل جراحی بیشتری در طول زندگی نیاز داشته باشند.

## مراقبتهای قبل و بعد از عمل شکاف لب و شکاف کام را آموزش دهید:

- برای تغذیه شیرخوار با پستان مادر، سرنگ، فنجان یا شیشه شیرهای فشاری نیاز به مشاوره شیردهی دارند.
- از تکنیکهای لازم برای بسته شدن شکاف در هنگام تغذیه استفاده کنند.
- مادران برای تدارک تولید شیر شیردوشی انجام دهند.
- بدون نسخه پزشک از هیچ دارویی برای کودک استفاده نکنند.

## قبل از عمل:

- روش تغذیه نوزاد با فنجان را بتوانند به خوبی انجام دهند.
- دستور پزشک برای مدت ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستنبد شناسایی مراقبت کنند.
- بعد از هر بار تغذیه دهان با نرمال سالین به خوبی شستشو داده شود.
- زیورآلات کودک (سنجاق سر، گیره، گوشواره، دستبند و...) را خارج کنند.
- اگر کودک دارویی مصرف میکند به پزشک اطلاع دهند.

## بعد از عمل:

- کودک را در وضعیت نشسته قرار دهند.
- کودک تا یک روز بعد از عمل، ناشتا بماند.
- یک روز بعد از عمل، تغذیه با رژیم مایعات شروع کنند تا ۲ هفته رژیم غذایی نرم را رعایت کنند.



- با صلاحدید پزشک و بعد از آموزش پرستار مربوطه، تغذیه شروع خواهد شد.
  - جهت کاهش درد طبق نسخه پزشک می توانند از استامینوفن استفاده کنند.
  - در حفظ رسترنت بازوی شیرخوار که جهت جلوگیری از دستکاری محل عمل یا بردن دستها به دهان انجام میشود همکاری کنند.
  - با وجود رسترنت، رنگ و گرمای انگشتان دست را کنترل کنند. اگر انگشتان دست سرد و آبی شده باشد آتل محکم بسته شده است باید آن را باز کنند و شل ببندند.
  - از دستکاری محل عمل اجتناب کنند.
  - تغذیه با قطره چکان از کنار لب به آرامی انجام و بعد از هر بار تغذیه محل عمل را با آب تمیز کنند. نحوه شستشو را از پرستار یاد بگیرند.
  - از خوابیدن شیرخوار به روی شکم پیشگیری کنند.
  - ۲۴ ساعت بعد از عمل پانسمان شکاف لب تعویض و یک هفته بعد بخیه ها توسط پزشک خارج و نیازی به پانسمان نخواهد بود.
  - حمام کودک باید از گردن به پایین انجام شود. پانسمان شکاف لب به هیچ وجه خیس نشود.
  - در شکاف لب طبق توصیه پزشک از پماد تتراسایکلین بر روی زخم استفاده کنند.
  - بعد از عمل شکاف لب در صورت نیاز به ماساژ لب، بعد از ۱ هفته توسط پزشک آموزش و باید در منزل اجرا کنند.
  - خروج ترشحات مختصر خونابه ای از دهان کودک در ساعات ابتدایی بعد از عمل شکاف کام طبیعی است آنها را طبق توصیه پرستار تمیز کنند.
  - تا بهبودی محل عمل از پستانک استفاده نکنند.
  - غذاهای نرم بدهند.
  - برای تغذیه از قاشق و نی استفاده نکنند.
  - نباید دماسنج یا آبسلانگ داخل دهان گذاشته شود مراقب باشند.
- علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:**

بدون عمل جراحی:

- به خوبی غذا نمی خورد.
  - طی چند ماه افزایش وزن نداشته و یا وزن خود را از دست می دهد.
  - تا سن ۱۸ ماهگی ارتباط کلامی ندارد.
  - تا سن ۱۸ ماهگی دندان درنیاورده است.
  - مشکل شنوایی دارد.
- بعد از عمل جراحی:
- اگر بی قراری و تب بالای ۳۸ درجه دارد.
  - به راحتی غذا و مایعات نمی خورد.
  - محل عمل قرمز و دارای ترشحات چرکی یا خونی است.
  - استفراغ دارد.
- علائم مهم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:**
- اگر کودک غذا یا مایعات نمی خورد.
  - مشکل نفس می کشد.
  - اگر کمتر از ۳ ماه و تب بالای ۳۸ درجه دارد.

کودکانی که شکاف کام دارند باید تحت درمان متخصص گوش، حلق و بینی، گفتار درمان، دندان پزشک و روانپزشک باشند آموزش دهید طبق توصیه پزشکان مراجعه و درمان فرزندشان را پیگیری کنند.

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.
  - دکتر موسوی-درمانگاه کودکان: شنبه و سه شنبه، صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۴: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
  - دکتر جباری- درمانگاه کودکان: دوشنبه و پنجشنبه صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۷: شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
  - دکتر کدخدا محمدی- درمانگاه کودکان: یکشنبه و چهارشنبه صبح. کلینیک گلگشت: روزهای یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر نارشناس ارشد پرستاری NICU آموزش سلامت سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ ۸۵۴۳۲۶	لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان نمرود، نظام پرستاری ۳۳۰۶۷۲۱	سمت	لیلی رسولی
سونیا عازمی	مسئول آموزش به بیمار	معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزش ن. پ ۸۳۲۹۰۷۵	سمت	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکترمهروش موسوی	سمت: رئیس بخش ENT	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده :

1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Cleft Lip and Cleft Palate, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.
2. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION: Cleft Lip, Cleft Palate Surgery, Pediatric, Care After, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.
3. Wong's Nursing Care of Infants and Children, by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی بعد از عمل برداشتن لوزه ها و آدنوئیدها (Tonsillectomy and Adenoidectomy)

کد دستورالعمل: ۲۶-۲۰-INS

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** تانسلیکتومی و آدنوئیدکتومی یک عمل جراحی برای برداشتن لوزه ها و آدنوئیدها است. لوزه ها و آدنوئیدها جزئی از بخش لنفاوی هستند که در برابر عفونت از بدن محافظت می کنند. لوزه ها در گلو در دو طرف زبان قرار دارند ولی آدنوئیدها در بالا در پشت بینی قرار دارند عمل برداشتن این دو معمولاً همزمان و زمانی که به طور مکرر بزرگ و عفونی می شوند و سایر روشهای درمانی نیز مفید نیستند انجام می شود.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض بیماری و عوارض بعد از عمل

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با عمل برداشتن لوزه ها و آدنوئیدها

### گام های دقیق انجام کار:

**مراقبتهای قبل از عمل را آموزش دهید:**

- دستور پزشک برای مدت ناشتایی را رعایت کنند.
- شیرخوار/کودک ۴ ساعت قبل از عمل شیر مادر، ۶ ساعت شیر مصنوعی و ۸ ساعت قبل از عمل غذا نخورد.
- برای شیرخوار تا ۲ ساعت قبل از عمل می توانند از مایعات صاف شده استفاده کنند.
- از دستنبد شناسایی مراقبت کنند.
- زیورآلات کودک(سنجاق سر، گیره، گوشواره، دستبند و...) را خارج کنند.
- اگر دارویی مصرف می کند یا بیماری خاصی دارد حتماً به پزشک اطلاع دهند.
- اگر حساسیت دارویی دارد حتماً اطلاع دهند.
- اگر اخیراً تب و سرفه داشته است اطلاع دهند.

**مراقبتهای بعد از عمل را آموزش دهید:**

- پوزیشن کودک در نیم ساعت اول خوابیده به پهلو بدون بالش در زیر سر و سپس به صورت نیمه نشسته را رعایت کنند.
- با بالا بردن نرده ها تا هوشیاری کودک، ایمنی او را حفظ کنند.
- تا هوشیاری کامل چیزی از راه دهان داده نشود.
- برای برطرف کردن درد از روشهای دارویی و غیر دارویی توصیه شده پزشک و پرستار استفاده کنند.
- بعد از هوشیاری بعد از عمل در اسرع وقت برای کاهش التهاب و خونریزی نوشیدنی سرد یا بستنی بدهند.
- مایعات کافی به کودک بدهند تا جایی که رنگ ادرار کم رنگ یا بی رنگ شود.
- آب سیب بهترین گزینه برای دادن آب میوه است.

- از دادن نوشیدنی های گرم بدلیل افزایش خونریزی، نوشیدنی های ترش مانند آب پرتقال، آب آناناس یا گریپ فروت بدلیل ایجاد سوزش در ناحیه عمل خودداری کنند.
- آب میوه های قرمز مانند آب توت فرنگی و انگور قرمز و... ندهند.
- کودک ۴۸ ساعت بعد از عمل می تواند دوش بگیرد.
- تا ۳ روز بعد از عمل مایعات بدهند.
- بعد از ۳ روز شروع غذاهای نرم مثل: فرنی، شیربرنج، سیب زمینی آب پز، پوره سیب و ژله نیز مناسب هستند و غذاهای نرم که به آسانی جویده می شوند مثل تیلید، سوپ و آش له شده نیز مناسب هستند.
- غذا را با حجم کم و دفعات زیاد شروع کنند و اصرار نکنند کودک در شروع غذا خوردن مقدار زیادی غذا بخورد.
- از ۲ هفته تا ۱ ماه غذاهای ادویه دار، تند، داغ و همچنین غذاهای سفت و ترد مثل چیپس، ته دیگ، نانهای خشک ندهند.
- کودک را از افرادی که بیمار هستند دور نگه دارند.
- آموزش دهند مایعات را در دهان غرغره نکنند.
- برای کاهش درد بهتر است کودک دراز بکشد بطوری که سرش روی بالش و بالاتر باشد.
- در صورت وجود درد از استامینوفن طبق دستور پزشک استفاده کنند.
- به کودک آسپیرین ندهند. آسپیرین در کودکان باعث سندرم ری می شود.
- تا ۲ هفته بدلیل احتمال افزایش خونریزی ایبوپروفن ندهند.
- داروهای نسخه شده را طبق توصیه پزشک استفاده کنند.
- اگر برای کودک آنتی بیوتیک تجویز شده باشد آنها را به موقع مصرف کرده و بدون دستور پزشک قطع نکنند. دوره درمان با آنتی بیوتیک باید کامل شود.
- کودک را تا ۲ هفته سوار هواپیما نکنند.

#### علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- درد کودک حتی پس از مصرف داروی ضد درد نیز بهتر نمیشود.
- کودک تب دارد.
- بثورات پوستی دارد.
- احساس ضعف می کند.
- مایعات کافی نمینوشد و علائم کمبود مایعات دارد مانند: کاهش ادرار و مدفوع و نبود اشک در هنگام گریه کردن.
- علائم زیر را آموزش دهید تا با مشاهده آنها از دیگران کمک بخواهند و فوراً به مرکز درمانی مراجعه کنند:
- کودک تنفسهای مشکل دارد.
- ترشحات خونی روشن از حلق دارد.
- استفراغ خونی دارد.

#### قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیری ها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) داده شود.

- دکتر موسوی-درمانگاه کودکان: شنبه و سه شنبه، صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۴: شنبه، دوشنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر جباری-درمانگاه کودکان: دوشنبه و پنجشنبه صبح. کلینیک گلگشت، طبقه ۷ شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر کدخدا محمدی-درمانگاه کودکان: یکشنبه و چهارشنبه صبح. کلینیک گلگشت: روزهای یکشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
- ۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
- ۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر ارشد دانشیار آموزش سلامت سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ ۸۵۴۴۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	ناهید دهخدا	لیلی رسولی	مدیر پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان نریز نظام پرستاری:	لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان نریز نظام پرستاری:
سونیا عازمی	مسئول آموزش به بیمار	سونیا عازمی	معصومه محمدزاد	کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی کودکان	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مهرنوش موسوی	سمت: رئیس بخش ENT	تاریخ تایید:	امضاء:	دکتر مهرنوش موسوی اقدس جراح و متخصص غوطه و حلق و بینی فلو شیب جراحی آدنویستومیک سینوس نظام پزشکی: ۹۱۵۴۲ دانشیار تمام وقت مرکز آموزشی و درمانی کودکان نریز	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

### منابع مورد استفاده :

#### 1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Tonsillectomy and Adenoidectomy, Pediatric, Care After, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.

#### 2. Wong's Nursing Care of Infants and Children

by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 25 September 2014



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت درمان



مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی دیابت و غده‌های درونی کودکان

بسمه تعالی

مرکز آموزشی، درمانی کودکان

عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی دیابت نوع ۱ (Diabetes Mellitus-Type 1)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۲۱

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۹

**تعریف:** دیابت نوع ۱ که در گذشته دیابت وابسته به انسولین نامیده می‌شد و هر سنی را دربر می‌گیرد اما در کودکان و جوانان شایع‌تر است. بدن افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ قادر به تولید انسولین کافی نمی‌باشد. در این نوع از دیابت تخریب سلولی سلولهای بتا در پانکراس اتفاق می‌افتد. در دیابت نوع یک برخلاف دیابت نوع دو، وراثت نقش قوی ندارد. در دیابت نوع ۱، پانکراس هیچ انسولینی ترشح نمی‌کند، انسولین هورمونی است که بدن را قادر می‌سازد تا گلوکز موجود در غذا را به انرژی تبدیل کند. چنانچه قند موجود در خون نتواند وارد سلولها شود، در رگها انباشته شده و نتیجه آن افزایش قند خون است. قند خون بالا به مرور زمان می‌تواند تأثیرات جبران ناپذیری را بر روی اعضای مختلف بدن داشته باشد. با وجود اینکه از دیابت نوع ۱ اغلب به عنوان دیابت دوره نوجوانی یاد می‌شود ولی امکان ابتلای به آن در هر سنی وجود دارد. تشخیص سریع و به موقع این بیماری می‌تواند از عوارض و مشکلات آتی آن همچون ناراحتی‌های قلبی، نابینایی، فشار خون بالا، اختلالات عصبی و نارسایی‌های کلیوی پیشگیری کند. البته دیابتی‌های نوع ۱ علاوه بر انسولین، به ورزش منظم و رژیم غذایی سالم نیز احتیاج دارند. نقش خانواده کودک دیابتی در کنترل دیابت و عوارض ناشی از آن غیر قابل انکار است. وظیفه خانواده در این زمینه سنگین‌تر از وظیفه پزشک است. امروزه مشخص شده است توجه بیمار و خانواده بیمار دیابتی به مراقبت از خود تأثیر زیادی در کاهش عوارض دیابت دارد.

**اهداف:** آموزش و توانمندسازی مراقب اصلی برای ارتقا سلامت بیمار، پیشگیری از عوارض دیابت

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار با دیابت

### گام های دقیق انجام کار:

۱. مراقبت های لازم برای کودک مبتلا به دیابت را آموزش دهید:

- اندازه گیری قند خون
- رعایت رژیم غذایی
- تزریق انسولین
- ویزیت پزشک و پیگیری‌های منظم دوره ای
- شرکت در کلاسهای آموزشی دیابت

## ۲. محدوده قند خون طبیعی کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ را آموزش دهید:

سنین مختلف	مقادیر هدف قند خون (میلی گرم در دسی لیتر)	
	هنگام خواب	قبل از غذا
کمتر از ۵ سال	۱۱۰-۲۰۰	۱۰۰-۲۰۰
۵ تا ۱۲ سال	۱۰۰-۱۸۰	۸۰-۱۵۰
۱۳ تا ۱۸ سال	۹۰-۱۵۰	۸۰-۱۳۰

## ۳. روشهای آگاهی از میزان قند خون کودک مبتلا به دیابت را آموزش دهید:

- با کنترل قند خون روزانه یا هر مدت زمانی که پزشک توصیه کرده است.
- با کنترل سطح  $HbA_{1c}$ ، سه تا چهار بار در سال و هر زمان که پزشک لازم می داند.  $HbA_{1c}$  معدل قند خون در طی سه ماه گذشته را نشان میدهد بنابراین هر چقدر قند خون در سه ماه گذشته بالاتر باشد مقدار هموگلوبین ای وان سی، هم بالاتر است.

## ۴. علائم قند خون بالا (هیپرگلیسمی) را آموزش دهید:

- تشنگی
- گرسنگی
- خستگی زیاد
- نیاز به دفع ادرار بیش از معمول
- تاری دید

## ۵. اقدامات فوری در زمان افزایش قند خون را آموزش دهید:

- از کودک بخواهند مقدار زیادی مایعات بدون قند بنوشد در هر یک یا دو ساعت یک لیوان
- کمتر غذا بخورد خصوصاً مواد قندی و نشاسته ای
- تشویق کنند فعالیت خود را بیشتر کند. پیاده روی بکند.
- توجه کنند: اگر قند خون بالاتر از ۲۵۰ است زمانی مجاز به ورزش کردن هست که اولاً شدت ورزش کردن زیاد نباشد و دوم اینکه حال عمومی کودک هم خوب باشد. به خاطر داشته باشید ورزش کردن با قندهای بالاتر از ۲۵۰ ممکن است قند خون را بیشتر بالاتر ببرد. وقتی قند خون بالاتر از ۲۵۰ است ادرار کودک را از نظر کتون بررسی کنند.
- بعد از کاهش قند خون در روزهای بعد هم به دفعات بیشتر قند خون را کنترل کنند تا مطمئن شوند قند خون پایین است.
- مطمئن شوند انسولین را تزریق کرده اند. اگر آنرا فراموش کرده اند طبق توصیه پزشک اقدام کنند.

## ۶. میزان قند خون پایین را آموزش دهید؟

- زمانی که قند خون ۷۰ یا کمتر از ۷۰ (میلی گرم در دسی لیتر) است قند خون پایین یا هیپوگلیسمی می گویند.
- قند خون پایین را باید فوراً درمان کنند.

#### ۷. علائم افت قند خون را آموزش دهید:

- احساس گرسنگی، نگرانی یا اضطراب، تعریق، پوست سرد و مرطوب، گیجی، سرگیجه، خواب آلودگی، تهوع
- داشتن تپش قلب، سردرد، تغییر بینایی، مورمور یا بی حسی اطراف دهان، لب، زبان، حرکات تشنجی
- اشکل در حرکت، صحبت کردن و خوابیدن، احتمال غش، تحریک پذیری، گریه کردن بیشتر از معمول، تغییرات رفتاری زیاد

#### ۸. اقدامات فوری لازم هنگام افت قند خون یا هیپوگلیسمی را آموزش دهید؟

- اگر کودک هوشیار است و می تواند به خوبی ببلعد ۱۵ گرم یعنی یک واحد از یک کربوهیدرات سریع الاثر را به او بدهند.

#### ۹. منظور از یک واحد کربوهیدرات سریع الاثر را آموزش دهید؟

- ۳-۴ حبه قند
- ۶-۸ آبنبات
- نصف لیوان آب میوه (۱۲۰-۱۵۰) سی سی
- یک قاشق غذا خوری عسل، یا شکر
- ۱۰-۱۵ دقیقه بعد قند خون را کنترل کنید.
- اگر قند خونس هنوز کمتر از ۷۰ است، دوباره یک واحد دیگر از کربوهیدرات سریع الاثر به او بدهید.
- اگر قند خونس بعد از سه بار بیشتر از ۷۰ نشد او را به مرکز درمانی ببرید.
- اگر قند خونس ۷۰ شد میتواند یک وعده غذا به او بدهند.

#### ۱۰. قند خون خیلی پایین و نحوه درمان را آموزش دهید:

اگر قندخون ۵۴ یا کمتر از ۵۴ باشد قند خونس خیلی پایین است و هیپوگلیسمی شدید گفته می شود.

اگر قند خون بسیار پایین است و کودک نمی تواند چیزی بنوشد یا بخورد باید آمپول گلوکاگون تزریق کنند. منتظر نمانند تا حال کودک بهتر شود. میزان آمپول گلوکاگون برای کودکان زیر ۲۰ کیلو گرم نصف آمپول و برای کودکان بالای ۲۰ کیلو گرم یک آمپول کامل است. آمپول را به شکلی که آموزش داده شده بکشند و به شکل انسولین تزریق کنند. از پزشک بپرسند آیا کیت داروی گلوکاگون در منزل نیاز دارند یا نه. اگر نیاز دارند نحوه تهیه و تزریق را از پزشک و پرستار آموزش دهنده بپرسند. اگر آمپول ندارند با اورژانس تماس بگیرند. شماره اورژانس ۱۱۵ است.

#### ۱۱. برای پیشگیری از عوارض مراقبتهای لازم را آموزش دهید:

##### داروها:

- انسولین را طبق دستور پزشک و به موقع بدهند.
- اگر پزشک مقدار انسولین را کمتر یا بیشتر کرده است آن را دقیقاً رعایت کنند.
- تشویق کنند کودک انسولینش رو به موقع دریافت کند.

##### غذا:

- از غذاهای سالم استفاده کنند: مرغ ماهی سفیده تخم مرغ و لوبیاها، برنج قهوه ای، ارزن، گندم کامل (سبوسدار)، جودوسر، سبزیجات و میوه های تازه، روغن کانولا و روغن زیتون، آجیل



- میزان کربو هیدراتهای مصرفی او را کنترل کنند برچسب مواد غذایی که کودک مصرف میکند کنترل کنند تا کربو هیدرات زیاد مصرف نکند.

- کودک را تشویق کنند مایعات کافی بنوشد تا رنگ ادرارش بی رنگ شود.
- توصیه های پزشک و پرستار آموزش دهنده را رعایت کنند.

#### فعالیت:

- بهتر است تا جایی که پزشک به کودک اجازه میدهد ورزش کند.
- کودک قبل و در طول و بعد از ورزش دسترسی به ۵ تا ۱۵ گرم کربوهیدرات داشته باشد. تا در صورت افت قند خون استفاده کند.
- قبل از شروع یک ورزش جدید با پزشک کودک صحبت کنند تا برای تنظیم میزان غذا و مقدار انسولین راهنمایی کند.

#### مراقبت از بدن:

- واکسیناسیون شیرخوار و کودک به موقع انجام شود.
- چشمها و پاهای کودک هر چند وقت یکبار طبق توصیه توسط متخصص کنترل شوند.
- تشویق کنند روزانه دوبار دندانها و لثه ها رو مسواک بزنند و یک یا چند بار در روز از نخ دندان استفاده کنند.
- هر ۶ ماه برای کنترل دندانهای کودک او را به دندانپزشک ببرند.

#### سایر مراقبتها

- داروهای نسخه شده را طبق دستور پزشک استفاده کنند.
- برنامه مراقبتی کودک را به سایر افرادی که در منزل، مهدکودک یا مدرسه از او مراقبت می کنند هم بدهند تا آنها نیز مطلع بوده و رعایت کنند.

ادرار کودک را از نظر میزان کتون کنترل کنند. زمان کنترل کتون ادرار را آموزش دهید:

- هر زمان که پزشک مشخص کرده است.
  - وقتی کودک بیمار است.
  - وقتی میزان قند خون بعد از دو بار اندازه گیری پشت سر هم بیشتر از ۲۴۰ است.
- اگر قند خون بالاست و میزان کتون ادرار متوسط یا بیشتر است به پزشک اطلاع دهند.

#### توصیه های عمومی را ارائه دهید:

- کودک باید کارت شناسایی داشته باشد کارت نشان می دهد که مبتلا به دیابت است تا در صورت نیاز به او کمک کنند.
- زمانی را که پزشک مشخص کرده است را حتما به خاطر بسپارند و مراجعه کنند. این موضوع خیلی مهم است.
- در کلاسهای آموزشی روزهای سه شنبه حتما شرکت کنند.
- در کلاسهای آموزشی آنلاین مرکز کودکان که توسط انجمن گابریک هر چند ماه یکبار برگزار می شود شرکت نمایند.

#### ۱۲. زمان کنترل قند خون را آموزش دهید؟

قند خون در طول روز در حال تغییر است و باید قند خون قبل از هر وعده غذای اصلی را کنترل کنند.

قند خون را کنترل کنند و مقدار آن را در دفتر ثبت کنند با داشتن تعداد بیشتری از مقادیر اندازه گیری شده قند خون بهتر میتوانند مقدار قند خون کودک را حدس بزنند.

وقتی فقط یک بار در روز قند خون را اندازه می گیرید مثل این است که فقط یک تکه پازل را دارید با چهار بار اندازه گیری قند خون در روز شما اطلاعات بیشتری از وضعیت کودک خود و در نهایت تصویر پازل بدست می آورید.

### ۱۳. روش اندازه گیری قند خون را آموزش دهید؟

- مطمئن شوند قسمتی از پوست که قرار است سوزن بزند خشک و تمیز است.
- شستن با آب گرم و صابون همیشه نیاز است چون باقی مانده غذا و آب حاوی مواد دیگر در کارکرد دستگاه تداخل ایجاد می کند و باعث می شود دستگاه جواب غلط نشان بدهد. محل را خشک کند تا حدی که ذره ای رطوبت بر روی پوست باقی نماند. اگر از الکل برای ضد عفونی انگشتان استفاده می کنند صبر کنند تا الکل نیز کاملاً خشک شود و نوک انگشتان کوچکترین ذره ای رطوبت نداشته باشد.
- از نوارهای تاریخ گذشته و خراب استفاده نکنند. تاریخ مصرف نوارها رو کنترل کنند. چون ضریب خطای نوارها بعد از تاریخ انقضایشان خیلی بیشتر می شود. به یاد داشته باشند که بعد از بازشدن قوطی نوار، مدت زمان محدودی برای استفاده از نوارها وجود دارد.
- نوارها را در دمای اتاق نگهداری کنند. آنها را از گرمای زیاد، یخ زدگی و رطوبت حفظ کنند. نوارهایی که با گرمای زیاد یا رطوبت مواجه هستند نتایج غلطی نشان خواهند داد.
- کنترل کنند نوارها درست کار میکنند یا نه؟ اگر مقدار قند خون خارج از انتظار است. نوارها را با محلول کنترلی که شرکت سازنده دستگاه تهیه کرده است امتحان کنند. نوارها هم ممکن است خراب شوند بنابراین از سالم بودن آنها مطمئن شوند.
- از خون کافی استفاده کنند. قبل از اینکه با سوزن دستگاه ضربه بزنند محل گرفتن قطره خون را با مالش و فشار دادن یا قراردادن زیر آب ولرم گرم کنند تا خون بیشتری در انگشت جمع شود. بعد از ضربه زدن با ملايمت اطراف آن را فشار دهند تا یک قطره خون خارج شود.
- خون را بطور صحیح به نوار برسانند.
- مطمئن شوند که دستگاه با کد نوارها هماهنگ است.
- برخی دستگاهها برای هر بسته نوار کد مخصوصی دارند. اگر شما بعد از باز کردن بسته جدید نوار قند خون را با همان کد نوار قبلی اندازه بگیرید نتایج به دست آمده اشتباه خواهد بود. پس دستگاه را به درستی تنظیم کنند.
- دستگاههای پیشرفته جدید نیاز به کدگذاری ندارند و دستگاه بطور اتوماتیک اینکار را انجام می دهد.
- دستگاه را تمیز نگه دارند. دستگاههایی که کثیف باشند درست کار نمی کنند.
- روش کار با دستگاه را با پرستار آموزش دهنده یک بار مرور کنند.
- درستی و دقت دستگاه خود را سالی یکبار با آزمایشگاه مقایسه کنند.
- برای اینکه مطمئن شوید که اعداد دستگاه شما قابل اطمینان هستند سعی کنند بین زمان اندازه گیری قند خون با دستگاه و آزمایشگاه فاصله ای نباشد.
- دستگاههای قندخون تنها برای اندازه گیری قند خون مویرگی تنظیم شده اند نه خون وریدی.
- از استفاده خون وریدی موجود در سرنگ آزمایشگاه برای تست قند خون خودداری کنند.

### ۱۴. روش صحیح نمونه گیری را آموزش دهید؟

- قبل از شروع تست بند آخر انگشت را برای چند ثانیه در حالت فشرده نگه دارند تا کمی سطح پوست تغییر رنگ داده و صورتی یا قرمز شود. اینکار باعث می شود هنگامی که سوزن با پوست برخورد می کند خون بدون نیاز به فشار دادن انگشت به آرامی خارج شود. قلم را در کنار نوک انگشت قرار دهند و دکمه را فشار دهند. درجه قلم یا شدت ضربه را در حدی تنظیم کنند که نمونه بدون نیاز به فشار خارج شود. فشار دادن انگشت بعد از شلیک قلم باعث میشود نمونه خون با مایع میان بافتی مخلوط شود و در اندازه گیری قند خون خطا ایجاد شود. نمونه خون نباید بیش از ۲۰ ثانیه در مجاورت هوا باشد. وقتی نمونه خارج شد هر چه سریعتر آن را به نوار برسانند.

## ۱۵. نحوه رساندن نمونه خون به نوار را آموزش دهید:

قبل از استفاده از قلم یک نوار را در دستگاه بگذارند. وقتی خون خارج شد دستگاه را برداشته و نوک نوار را با نمونه خون تماس دهند تا محفظه مربوطه کاملاً پر شود دقت کنند نوک نوار با سطح پوست تماس پیدا نکند چون رطوبت پوست بر آنزیم موجود در نوار تاثیر خواهد داشت و اندازه گیری دچار خطا می شود.

## علل افزایش یا کاهش قند خون را آموزش دهید؟

- غذاهایی که کربوهیدرات دارند به گلوکز شکسته و تجزیه می شوند و قند خون را بالا می برند مثل: قند و نشاسته
- فشارهای روانی، نگرانیها، بیماری، عادت ماهیانه و حتی سردرد میگرنی هم می تواند باعث افزایش قندخون شود.
- فعالیت بدنی معمولاً قند خون را پایین می آورد این اتفاق حتی می تواند دوازده تا ۲۴ ساعت بعد از تمام شدن فعالیت هم ادامه داشته باشد. هر چقدر مدت و شدت ورزش کردن بیشتر باشد اثر آن در پایین آمدن قندخون نه تنها بیشتر می شود بلکه بیشتر نیز در بدن باقی می ماند.
- انسولین قند خون را پایین می آورد.

چیزهایی که قند خون را پایین می آورند	چیزهایی که قند خون را پایین می آورند
غذا	فعالیت بدنی
فشار روانی	انسولین
بیماری	قرصهای دیابت

آموزش دهید تا اطلاعات کافی درباره غذا، فعالیت و داروها را در قسمت توضیحات دفترچه روزانه یادداشت کنند تا راحت تر بتوانند علل تغییرات قند خون را پیدا کنند.

## ۱۶. روشهای پیشگیری از افزایش قند خون را آموزش دهید:

- اگر قند خون بالای کودک به خاطر خوردن غذای زیاد است توصیه کنند غذای کمتری در یک نوبت بخورد واحد های غذایی کربوهیدرات کودک را محاسبه کنند چون ممکن است کودک به اندازه دو یا سه وعده غذا بخورد، اینکار کمک می کند در یک وعده، غذای بیشتری نخورد.
- بعد از غذای سنگین کودک فعالیت بیشتری داشته باشد تا بدن بهتر بتواند از غذا استفاده کند.
- قدم زدن ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ای یک تا دو ساعت بعد از غذا میتواند به کمتر بالارفتن قندخون بعد از غذا کمک کند.
- اگر انسولین تزریق می کنند می توانند یاد بگیرند چطور مقدار انسولین خود را با مقدار کربوهیدرات مصرفی تنظیم کنند و به ازای هر واحد کربوهیدرات اضافی چند واحد انسولین باید تزریق کنند.
- وقتی قند خون به دلیل نداشتن فعالیت بالاست: فعالیت کودک را افزایش دهند بهترین زمان ورزش کردن برای افرادی که دیابت دارند یک تا دو ساعت بعد از غذا است توصیه می شود حداقل ۵ بار در طول هفته و هر بار به مدت نیمساعت ورزش کنند.
- وقتی تحت فشار عصبی هست، بیماری یا عفونت دارد قند خون افزایش می یابد.
- با پزشک در مورد درمان بیماری و دیابت صحبت کنند و نگرانیهای خود را با او درمیان بگذارند. توصیه کنند کودک آب فراوان مصرف کند. اگر خیلی بیمار هست هر سه یا چهار ساعت قندخون را کنترل کنند و با پزشک یا پرستار در تماس باشند.

## ۱۷. روشهای پیشگیری از افت قند خون را آموزش دهید:

- وقتی قندخون به علت فعالیت زیاد پایین است: قبل از شروع فعالیت باید یک میان وعده حاوی کربوهیدرات بخورد. البته مراقب افزایش وزن ناخواسته او باشند. برای کاهش مقدار انسولین با پزشک مشورت کنند. در هر صورت به فعالیت ورزشی ادامه دهد این کار به سلامتی بدن، فکر، روح و روان او کمک می کند.

- وقتی قند خون به خاطر مصرف نادرست انسولین پایین است: نسخه پزشک را کنترل کنند و همان طور که پزشک تجویز کرده تزریق کنند و با مراجعه به پزشک یا کلاس آموزشی یاد بگیرند که چطور انسولین را تنظیم کنند.
- وقتی افت قندخون به خاطر خوردن غذا یا فراموش کردن یک وعده غذایی است: سعی کنند سر وقت غذا بخورد. اگر اینکار مشکل است با متخصص تغذیه در مورد تنظیم برنامه غذایی و نیازهای زندگی روزمره مشورت کنند. کاهش وزن که شاید به علت مصرف غذای کمتر باشد به کنترل بهتر قندخون کمک می کند و اگر بعد از کم کردن وزن قندخون کمتر از حد انتظار است با پزشک در مورد کم کردن انسولین صحبت کنند.

#### ۱۸. اطلاعات کافی در رابطه با مواد غذایی اصلی آموزش دهید:

- کربوهیدراتها: (قند و نشاسته موجود در غذاها کربوهیدرات به شمار می آیند) کربوهیدرات در مقایسه با پروتئین و چربی، تاثیر بیشتری بر میزان قند خون دارد. کربوهیدرات موجود در غذا اصلی ترین عامل افزایش قند خون است.
- نشاسته در انواع نانها، ماکارونی، غلات، سیب زمینی، نخود فرنگی، حبوبات و برخی سبزیجات یافت می شود. انواع میوه ها و لبنیات نیز حاوی قند هستند. شکر موجود در انواع دسرها، آب نباتها، مرباها، و شربتها نیز کربو هیدرات است و بسیار سریع تر از دیگر کربو هیدراتها جذب خون میشوند. تاثیر زیادی بر قند خون افراد دیابتی دارند.
- فیبرها: نوعی دیگر از کربوهیدراتها هستند که بدن قادر به هضم یا جذب آنها نیست، بنابراین قندخون را بالا نمی برند هضم نشدن فیبرها در بدن موجب می شود که آنها بدون هیچ گونه تغییری در داخل روده ها حرکت کرده، به دفع مواد زائد از بدن کمک کنند. فیبرها در کنترل قند خون بعد از غذا نیز نقش بسزایی دارند. چون عملکرد آنها همچون آبیاری قطره ای بوده و مانع ورود ناگهانی قند به درون خون می شوند.
- سبزیجات، غلات کامل (سبوس دار) و حبوبات حاوی فیبر فراوان هستند. توصیه می شود به همراه غذای اصلی و میان وعده ها در طول روز، حتماً از سبزیجات (به صورت سالاد و سبزی خوردن و...) در کنار غذا استفاده کنند.
- نان سنگک به علت داشتن سبوس و فیبر فراوان، بهترین نوع نان است. مصرف نانهای فانتزی، لواش و دیگر نانهایی که با آرد سفید تهیه می شوند مثل نان تست، برای افراد دیابتی توصیه نمی شوند.
- پروتئین (هر گرم ۴ کیلو کالری انرژی دارند)
- در انواع گوشتها، مرغ و ماهی، شیر و لبنیات، تخم مرغ و حبوبات به مقدار زیاد و در نان و غلات به مقدار کم وجود دارند. پروتئین به رشد و ترمیم بدن کمک کرده و انرژی مورد نیاز بدن را فراهم می کند. مواد پروتئینی هم می توانند به قند تبدیل شوند ولی تاثیر آنها بر میزان قند خون در مقایسه با کربوهیدراتها، ناچیز است. میزان پروتئین افراد دیابتی با افراد غیردیابتی تفاوتی ندارد. البته افرادی که دچار عوارض کلیوی دیابت شده باشند باید مصرف پروتئین روزانه خود را کم کنند.
- چربی (هر گرم چربی ۹ کیلوکالری انرژی دارد)
- کره، روغنها، انواع سسهای سالاد، مغزهای آجیلی، دانه های روغنی، لبنیات، گوشت، تنقلات و دسرهای آماده حاوی مقادیر فراوانی از انواع چربیها هستند. چربی در مواد غذایی تاثیر بر قند خون ندارد با این حال مصرف زیاد چربی به خاطر انرژی زیاد موجود در آن باعث چاقی می شود. از طرف دیگر چربی زیاد در غذا باعث بالا رفتن چربی خون و در نتیجه افزایش خطر ابتلا به بیماریهای قلبی می شود.
- ویتامینها و املاح
- مواد مغذی ضروری برای بدن هستند. این مواد هیچ انرژی ندارند و نمیتوان از آنها به عنوان منبعی برای دریافت انرژی استفاده کرد اما از جمله مواد ضروری هستند که در کنار گروههای غذایی دیگر مصرف می شوند. بهترین راه دریافت ویتامینها و املاح معدنی استفاده از سبزیجات خام، میوه های تازه و دیگر مواد غذایی طبیعی در رژیم روزانه است.

#### ۱۹. اصول مهم تغذیه صحیح در بیماران دیابتی را آموزش دهید:

- در طول روز از تمام گروههای غذایی مختلف در غذای مصرفی روزانه کودک استفاده کنند. مواد غذایی بسیار چرب و حاوی شکر به هیچ عنوان گزینه های مناسبی نخواهند بود. این مواد انرژی بالایی دارند بدون اینکه مواد مفیدی را به بدن برسانند.

- تا حد امکان مقدار ثابت و مشخصی از مواد غذایی را در ساعات معینی از روز بخورند. بهترین الگوی غذا خوردن در افراد دیابتی مصرف غذا در ۶ وعده می باشد (سه وعده اصلی و سه میان وعده). به طوری که بین دو وعده بیش از ۴ ساعت فاصله نباشد. نظم و ترتیب در زمان خوردن غذا، تاثیر بسیار مثبتی در کنترل قند خون دارد.
- مواد غذایی مناسب برای میان وعده ها شامل غلات سبوس دار به همراه سبزیجات (نان سنگگ به همراه پنیر و خیار)، انواع میوه، شیر و لبنیات و آجیل خام به مقدار کم است.
- از حذف کردن کامل یک وعده غذایی اصلی (صبحانه، ناهار و شام) بپرهیزند حتی اگر قندخون بالا باشد. اینکار باعث می شود در وعده بعدی بیشتر از قبل غذا بخورند و در دراز مدت باعث افزایش وزن و بالاتر رفتن قند خون کودک می شود.
- برای کنترل بهتر قند خون از مصرف کربوهیدرات بپرهیزند. کاهش (نه حذف کردن) کربوهیدرات به همراه مصرف کافی فیبر در غذاها، مهمترین عامل در پایین آوردن قندخون بعد از غذا هست.
- برای رسیدن به وزن ایده ال و حفظ آن، سعی کنند بیش از انرژی مورد نیاز روزانه غذا مصرف نکنند. کم کردن مصرف چربی میتواند کمک کند.
- مصرف میوه ها، سبزیجات، غلات کامل، شیر کم چرب یا بدون چربی و لبنیات را در حد تعادل و نیاز مصرف کنند. سبزیجات و غلات کامل سرشار از فیبر نیز می باشند و مانع نوسانات زیاد قند خون می شوند.
- در مصرف چربیها احتیاط کنند. استفاده از روغنها و چربیهای مضر مانند روغنهای حیوانی و روغنهای جامد موجود در غذاهای آماده و تنقلات، کیکها و شیرینیها را به حداقل برسانند. از روغنهای سالمتر مانند روغن زیتون، کانولا، کلزا، هسته انگور و غیره برای مصرف روزانه استفاده کنند.
- مواد غذایی کم نمک یا بدون نمک را انتخاب کنند. از غذاهای فراوری شده و آماده کمتری استفاده کنند.
- هر روز ورزش کنند.

## ۲۰. در موارد زیر با پزشک تماس بگیرند و مشورت کنند:

- برای قند خون بالاتر از ۳۰۰ که توضیحی برای آن ندارید
- اگر کتون ادرار در حد متوسط یا زیاد است.
- اگر کودک بیمار است عفونت دارد و یا به هر دلیلی مایعات بدن خود را از دست می دهد.
- اگر مقدار قند خون کودک برای مدت سه روز یا بیشتر بالاتر از محدوده طبیعی است.

## قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری را برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروها (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) را آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به بیمارستان/ درمانگاه/ مطب را توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) داده شود.
- دکتر ربابه قرقره چی - درمانگاه کودکان: شنبه صبح. آبرسان، ساختمان ایوان: همه روز بعد از ظهر بجز پنجشنبه.
- دکتر سیامک شیوا - درمانگاه کودکان: سه شنبه صبح. کلینیک گلگشت: همه روز بعد از ظهر بجز دوشنبه و پنجشنبه.
- دکتر لیدا سبکتکین - درمانگاه کودکان: یکشنبه و چهارشنبه صبح.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

## جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهد دехدا	سوپروایزر آموزش سلامت		لیلی رسولی	مدیر پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز نظام پرستاری: ۳۳۰۷۲۱	
کبری ولی پور	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	سوپروایزر سوپروایزر آموزش - ن پ: ۸۲۲۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان آموزشی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر ربابه قرقره چی		امضاء:			
سمت: فوق تخصص غدد اطفال		امضاء:			
تاریخ تایید:		امضاء:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		امضاء:			
شماره و تاریخ ابلاغ:		امضاء:			

## منابع مورد استفاده :

### 1. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION:

Open reading mode, Type 1 Diabetes Mellitus, Self Care, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc. Last revised: November 20, 2019.

۲. **ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018:** Assessment and management of hypoglycemia in children, and adolescents with diabetes, Mary B. Abraham | Timothy W. Jones | Diana Naranjo | Beate Karges | Abiola Oduwole | Martin Tauschmann | David M. Maahs, Received: 28 March 2018.

2. **Wong's Nursing Care of Infants and Children** by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | 2 September 2014



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان

عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی آسم (Asthma)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۲۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۱ از ۳

**تعریف:** آسم یک بیماری التهابی مزمن در مجاری راه های هوایی است که با عود مکرر، انسداد و افزایش تحریک پذیری راه های هوایی مشخص می شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از عوارض بیماری

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به آسم

**گام های دقیق انجام کار:**

**I. مراقبت های زیر را جهت کنترل آسم آموزش دهید:**

- آسم بیماری شایع در کودکان است. کودکان مبتلا به آسم می توانند به فعالیت های روزانه خود به خوبی ادامه دهند.
- کودک بطور مرتب توسط پزشک ویزیت شود. تا مطمئن شوند که آسم تحت کنترل است یا در صورت نیاز روش درمانی تغییر یابد.
- داروهای آسم خودتان را مطابق تجویز پزشک مصرف کنند و به هیچ عنوان میزان آن را سرخود افزایش / کاهش ندهند زیرا در این صورت کنترل آسم در دراز مدت مشکل تر خواهد شد.
- از مواردی که نشانه ها و حملات آسمی را افزایش می دهند پرهیز کنند واز قرار گرفتن در معرض آلاینده ها شامل: دود سیگار و دود ماشین پرهیز کنند.
- وقتی آسم عود می کند سریعاً اقدام کنند و منتظر پیشرفت آن نباشند و توصیه های مراقبتی را برای بهبود آسم انجام دهند.
- کودک می تواند با رعایت توصیه های پزشک به فعالیت معمول و شرکت در فعالیتهایی نظیر دویدن، بازیهای ورزشی، حرکات موزون (رقص) و پیاده روی و طبیعت گردی شرکت نمایند و نیازی به کاهش فعالیتها ندارد.
- در صورتی که در حین ورزش و فعالیتهای فیزیکی، آسم کودک عود کند باید برای مدت زمان کوتاهی فعالیت خود را کاملاً کاهش دهد تا علائم فروکش نمایند و از داروهای لازم که در هنگام تشدید آسم توصیه شده استفاده کنند.
- در مورد فعالیتهای جدید با پزشک کودک مشورت کنند.
- باید به دوستان، همکاران، خانواده و معلمان کودک بگویند که او آسم دارد زیرا اگر آنها اطلاع داشته باشند به او کمک می کنند تا توصیه های مراقبتی را بهتر پیاده کنند. آنها همچنین باید بدانند که چه چیزها یا فعالیتهایی می توانند باعث تحریک علائم آسمی کودک شوند.
- تحریک کننده های متداول عبارتند از: غذاها یا افزودنیهای غذایی، ذرات معلق در محیط های بسته مانند: کپک، گرد و غبار و فضولات حیوانات خانگی، ذرات معلق در محیط باز مثل گرده مواد شیمیایی، بازی و ورزش، استرس و بیماری. به ایشان بگویند که کودک از چه داروهایی استفاده می کند و در زمان بروز آسم چه داروهایی باید استفاده شود.
- در زمان عود آسم از اسپری استنشاقی استفاده کنند. ( همیشه اسپری سالبوتامول را همراه کودک داشته باشند).
- اگر بیش از دو بار در هفته از اسپری استفاده می کند با پزشک مشورت کنند چون احتمالاً به تغییر در برنامه درمانی نیاز باشد.
- در زمان عود آسم، آرام و خونسرد بمانند زیرا اضطراب و استرس باعث تشدید احساس حمله آسم در می گردد.
- برای کاهش استرس می توانند اقدامات زیر را انجام دهند: استراحت در یک اتاق آرام.
- کارمندان مدرسه باید در مورد آسم فرزندان بدانند؛ به ایشان بگویند که فرزندان آسم دارد.
- به مربیان مدرسه بگویند علائم بروز آسم در فرزندان چیست و حمله آسم با چه علائمی شروع می شود. علائم می تواند شامل تنفس مشکل، تنگی و سفتی قفسه سینه، سرفه و شنیدن صدای سوت مانند و خس خس همراه با تنفس باشد (ویزینگ). به آنها بگویند که اگر علائم آسم

در کودک بهبود پیدا نکرد و او به داروهایی نظیر اسپری استنشاقی نیاز داشت چه باید بکنند. به آنها یاد بدهند که اگر کودک پس از درمان، باز هم مشکل تنفسی داشت چه باید بکنند.

- روش صحیح استفاده از اسپری و دمیار را بدانند .
- برنامه‌ریزی برای فعالیتهای مدرسه، می‌تواند برای جلوگیری از حمله‌های تنفسی کودک مفید باشد. با کارکنان مدرسه درخصوص برنامه‌ریزی برای موارد زیر صحبت کنند: در زمانهایی که معمولاً حمله تنفسی برای او رخ می‌دهد برنامه‌های تحرکی و ورزشی را متوقف کنند، می‌تواند برای پیشگیری از چنین علائمی مفید باشد. در برنامه فعالیتهای خارج از مدرسه در زمان آلودگی هوا یا شرایط خاص آب و هوایی تغییراتی بدهند.
- برای اینکه دیگران بتوانند در زمان بروز آسم و یا جلوگیری از آن در مدرسه به کودک کمک کنند باید اطلاعات لازم همراه کودک وجود داشته باشد:

- اطلاعات و دستورهایی از پزشک در خصوص مدیریت آسم.
- حمل داروهای مورد نیاز؛ اگر کودک بزرگتر است و اجازه مصرف دارو را دارد.
- اگر کودک قادر به حمل و مصرف دارو نیست، دارو ها کجا و توسط چه کسی نگهداری میشوند.
- در صورتیکه علائم آسم با دارو بهتر نشد قبل از رسیدن کمک چه اقدامی باید انجام دهند.
- شماره تماس والدین و شماره اورژانس ۱۱۵
- از افزایش وزن کودک جلوگیری کنند زیرا چاقی یکی از ریسک فاکتورهای آسم می باشد .
- اضطراب و استرس او را کاهش دهند.
- از ابتلا به بیماری پیشگیری کنند.
- برای حفظ تنفس صحیح در حین ورزش، این موارد را رعایت کنند:
- آرام نفس بکشند.
- سعی نکنند خیلی تند راه بروند.
- از فعالیت در محیط‌های سرد پرهیز کنند .
- در هوای خشک یا در زمان حساسیت‌های فصلی، در محیط بسته ورزش کنند.
- قبل از ورزش چند دقیقه نرمش کنند.
- بعد از ورزش خود را خنک کنند.
- از داروهای تجویز شده طبق توصیه پزشک استفاده کنند:
- یک اسپری استنشاقی (بتا ۲ کوتاه مدت) برای استفاده کوتاه مدت قبل از تحرک که می‌تواند علائم آسمی ناشی از فعالیت را تا ۲-۳ ساعت تخفیف دهد.
- یک اسپری استنشاقی (بتا ۲ بلند مدت) که در صورت استفاده روزانه می‌تواند علائم آسمی ناشی از فعالیت را تا ۱۲ ساعت تخفیف دهد.
- در صورتی که علائم آسم مکرر یا شدید باشد از داروهایی با زمان تاثیرگذاری طولانی مدت استفاده می‌شود. این بدان معنی است که آسم کودک چندان کنترل شده نیست.

## II. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر کودک اغلب مدرسه را به خاطر آسم از دست می‌دهد.
- اغلب اوقات علائم آسم را دارد.
- علائم شدیدتر شده است. افزایش تعداد سرفه ها ، تبار شدن ، تنگی نفس
- علائم هنگام شب یا در زمان خواب افزایش می‌یابد.
- مقدار پیک‌فلومتر از مقدار نرمال پایین‌تر آمده یا اینکه از یک روز به روز دیگر بیش از ۱۰٪ تغییر می‌کند.
- داروهای آسم دیگر مثل سابق مفید و موثر نیستند.
- آسم چندان کنترل شده نیست: اگر بیش از دو روز در هفته از اسپری استنشاقی استفاده می‌کند.
- در اثر یک حمله آسم، به اورژانس یا مرکز درمانی مراجعه می‌کنند.



علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها کودک را فوراً به پزشک/بیمارستان ببرند:

- اگر لبها یا ناخنهای کودک کبود شده است.
- اگر به سختی نفس میکشد.
- به راحتی نمی تواند صحبت کند .

قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- دکتر نعمت بیلان- درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای پنجشنبه، مطب: ساختمان آزادی، بعد از ظهر شنبه، یکشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.
- دکتر امیرحسین جعفری روحی- درمانگاه مرکز کودکان: صبح روزهای شنبه، مطب: کلینیک گلگشت، طبقه ۱، بعد از ظهرشنبه، یکشنبه، دوشنبه، سه شنبه و چهارشنبه.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	ناهید دهخدا رئیس اساتید استاری NICU سوپروایزر آموزش سلامت-ن.پ ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مدیر پرستاری مرکز آموزش و درمان کودکان نیویز نظام پرستاری: ۳۳۳۳۳۳۳۳	لیلی رسولی
فاطمه حسن زاده	مسئول آموزش به بیمار PICU	فاطمه حسن زاده کارشناس پرستاری نظام پرستاری: ۹۱۱۱۱۱۱۱	معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزش مرکز آموزشی درمانی نوزادان مدرسه آموزشی: ن.پ ۸۳۲۱۷۷۵	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	سمت: دستیار فوق تخصص ریه اطفال	تاریخ تایید: ۹۸/۱۰/۱	امضاء:	دکتر الینا بیوش زاده کیلیان دستیار فوق تخصصی ریه کودکان ن.پ ۱۲۸۹	
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	سمت: رئیس PICU	تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده:

۱. Clinicalkey,PATIENT EDUCATION,Open reading mode Asthma and Missing School, Pediatric, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.
۲. Clinicalkey,PATIENT EDUCATION,Open reading mode,Asthma and Physical Activity,Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.
۳. . Clinicalkey,PATIENT EDUCATION,Open reading mode, How to Cope with Asthma, Teen,Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.
۴. Clinicalkey,PATIENT EDUCATION,Open reading mode Asthma, Pediatric,Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.Last revised: November ۲۰, ۲۰۱۹.
- ۵.Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴.



عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتهی آنفلوآنزا (Influenza)

کد دستورالعمل: ۲۳-۲۶-INS

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

تعداد صفحه: ۱ از ۴

**تعریف:** آنفلوآنزا بیماری واگیرداری است که عامل آن نوعی ویروس است. علائم آنفلوآنزا شبیه سرماخوردگی ولی با شدت بیشتر است. موجب ایجاد عفونت حاد دستگاه تنفسی، سردرد ناگهانی، درد عضلانی، تب بالا، ضعف و بی حالی شدید می شوند. سه گونه ویروس آنفلوآنزا به نام های A B C وجود دارد. ویروس آنفلوآنزا به راحتی از فردی به فرد دیگر منتقل می شود. نوع C در انسان ایجاد بیماری نمی کند.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری آنفلوآنزا و عوارض آن

**دامنه:** پزشک و پرستار مراقب کننده از بیمار مبتلا به آنفلوآنزا

**گام های دقیق انجام کار:**

۱. روشهای ابتلا کودک به آنفلوآنزا را آموزش دهید:

- ویروس آنفلوآنزا از طریق تنفس کودک در هوایی که فرد مبتلا به آنفلوآنزا در آنجا عطسه و سرفه میکند به او منتقل می شود.
- کودک با دست زدن به وسایلی که به ویروس آلوده بودند و سپس دست زدن به چشم و بینی و دهانش بیمار می شود.

۲. مواردی که خطر ابتلا به آنفلوآنزا را در کودک افزایش می دهد آموزش دهید:

- دستهایش را اغلب نمی شوید.
- در طول فصل سرما با افراد زیادی در ارتباط است.
- بدون اینکه دستهایش را بشوید به دهان و بینی و چشمش دست می زند.
- اگر به کودکان بالای ۶ ماه و در معرض خطر هر سال واکسن آنفلوآنزا تزریق نمی شود.
- کودک در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به آنفلوآنزا و عفونت شدید ریوی (پنومونی) است اگر:
  - دچار بیماری ضعف سیستم ایمنی است یا داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی دریافت می کند.
  - بیماری مزمن مانند: دیابت، آسم، مشکل کلیه یا کبد و آنمی دارد.
  - بسیار چاق است.

۳. علائم و نشانه های آنفلوآنزا را آموزش دهید:

- علائم به سن کودک بستگی دارد و به مدت ۴ تا ۱۴ روز طول می کشند.
- تب و لرز.
- سردرد، دردهای عضلانی.
- گلو درد.
- سرفه
- آبریزش یا احتقان بینی.
- ناراحتی قفسه سینه.
- عدم تمایل به غذاخوردن به اندازه طبیعی (اشتهای ضعیف).
- ضعف یا احساس خستگی

- سرگیجه
- حالت تهوع یا استفراغ

#### ۴. مراقبتهای زیر را برای کنترل بیماری در منزل آموزش دهید:

- دارو
- فقط داروهایی که پزشک تجویز کرده استفاده نمایند. به ویژه استامینوفن و ایبوپروفن، ایبوپروفن در شیرخواران زیر ۶ ماه توصیه نمی شود.
- به کودک آسپرین ندهند. آسپرین در افراد زیر ۱۸ سال خطرناک است و می تواند منجر به سندرم ری شود.
- خوردن و نوشیدن
- کودک را تشویق کنند استراحت کند.
- کودک را تشویق کنند به مقدار کافی آب بنوشد تا اینکه رنگ ادرار زرد کم رنگ یا بی رنگ شود.
- کودک را تشویق به خوردن ORS کنند (اگر در صورت اسهال توصیه شده است).
- آب میوه رقیق به او بدهند.
- مایعات را به مقدار کم و آرام آرام شروع کنند و سپس مقدارش را بتدریج افزایش دهند.
- شیرخوارا: تغذیه با شیرمادر یا شیرمصنوعی را به مقدار کم و به دفعات انجام دهند. شیرمادر به دلیل آنتی بادیهای موجود در آن ارجح تر است. آب اضافی به شیرخوار زیر ۶ ماه ندهند.
- کودک را به خوردن غذاهای نرم هر ۲-۳ ساعت تشویق کنند.
- غذاهای پر چرب و ادویه دار، خیلی شیرین و حاوی کافئین به کودک ندهند.
- خواب و استراحت
- به حد کافی استراحت کرده و بخوابد.
- کودک در منزل کار نکند، به مدرسه و مهدکودک نرود.
- کودک را تا زمانی که ۲۴ ساعت بدون دارو تب قطع شده باشد از منزل خارج نکنند مگر برای ویزیت پزشک.
- توصیه های عمومی:
- هنگام عطسه و سرفه دهان و بینی خود را با دستمال کاغذی بپوشاند و سپس آن را در سطل آشغال بیندازد.
- دستهایش را مخصوصاً بعد از عطسه و سرفه به خوبی بشوید. در صورت ناتوانی در شستن دستهایش این کار را برایش انجام دهند.
- در اتاق کودک از دستگاه مرطوب کننده هوا استفاده کنند تا تنفسهای راحتی داشته باشد.
- اگر شیرخوار/کودک کوچکتر است و نمی تواند فین کرده و ترشحات بینی خود را تخلیه کند. از پوار برای تمیز کردن ترشحات بینی استفاده کنند. نحوه استفاده از پوار را آموزش دهید:
- اول قسمت تویی پوار را از ته آن فشار دهند و در این حالت به آرامی وارد سوراخ بینی کنند بعد فشار روی توپ را بردارند تا ترشحات بینی به داخل پوار کشیده شوند. پوارها معمولاً یکبار مصرف هستند ولی اگر یکبار مصرف نیست و قطعات آن از هم جدا می شود بعد از هر بار استفاده آنها را جدا کرده و بشویند.
- مواردی را که پزشک توصیه نموده حتما رعایت نمایند و طبق توصیه او برای ویزیت مراجعه کنند.

#### ۵. روش پیشگیری از ابتلا به آنفلوانزا را آموزش دهید:

- برای شیرخواران بیشتر از ۶ ماه سالانه واکسن آنفلوانزا تزریق کنند. قبل از تزریق با پزشک کودک مشورت کنند.
- از تماس کودک با افرادی که در فصل پاییز و زمستان بیماران هستند خودداری کنند.
- دستهایش را مرتب با آب و صابون بشوید.

#### ۶. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- علائم جدیدی نشان میدهد.
- دفع مدفوع آبکی
- گوش درد

- درد سینه
- افزایش موکوس
- تب
- سرفه ای که بدتر می شود.
- درد معده
- استفراغ

۷. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها کمک بخواهند و کودک/شیرخوار را فوراً به پزشک/بیمارستان ببرند:

- تنفس مشکل دارد.
- به سرعت نفس می کشد.
- دارای پوست یا ناخن های آبی یا بنفش شده است(سیانوز).
- به اندازه کافی مایعات نمی نوشد.
- از خواب بیدار نمی شود و هوشیار نیست.
- دچار سردرد ناگهانی می شود.
- استفراغ مکرر دارد.
- درد یا سفتی بسیار بد در گردن دارد.
- شیرخوار کمتر از ۳ ماه است و دارای دمای ۱۰۰،۴ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سانتیگراد) یا بالاتر است.

قبل از ترخیص بیمار آموزش های زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علایم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده(روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت(آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- دکتر اسکویی - درمانگاه مرکز کودکان: دوشنبه صبح، مطب: کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه، سه شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر عبدی نیا- درمانگاه مرکز کودکان: یکشنبه صبح، مطب: کلینیک گلگشت، هر روز هفته بجز پنج شنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر عابدینی- درمانگاه مرکز کودکان: شنبه صبح، مطب: شیخ الرئیس، یکشنبه، دوشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.

جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	ناهید دهخدا	لیلی رسولی	مدیر خدمات بستری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز (بخش بستری)	لیلی رسولی
فاطمه حسن زاده	مسئول آموزش	فاطمه حسن زاده	معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	رئیس بخش عفونی	امضاء:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	رئیس مرکز	دکتر میر هادی موسوی	امضاء:		
شماره و تاریخ ابلاغ:					

۱. Clinicalkey,PATIENT EDUCATION,Open reading mode

Influenza, Pediatric, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴.

عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی در مورد تب کودک (Fever)

کد دستورالعمل: INS-۲۶-۲۴

تعداد صفحه: ۱ از ۵

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸

**تعریف:** تب افزایش درجه حرارت بدن است. تب اغلب به معنی دمای زیر بغلی ۱۰۰,۴ درجه فارنهایت است (۳۸ درجه سانتیگراد) یا بالاتر است. اگر شیرخوار بالای ۳ ماه تب خفیف یا متوسط داشته باشد هیچ اثر طولانی مدت ندارد و اغلب نیازی به درمان ندارد. اما تب ۳۸ یا بالای ۳۸ درجه در شیرخوار زیر ۳ ماه به این معنی است که یک مشکل جدی وجود دارد. گاهی اوقات، تب بالا در نوزادان و کودکان نوپا می تواند منجر به تشنج (تب تشنج) شوند. تب یک بیماری نیست بلکه یک علامت است که نشان می دهد عفونتی در بدن وجود دارد. اگر تب به مدت طولانی ادامه یابد و مرتب تکرار شود به دلیل تعریق زیاد، کودک در معرض کاهش مایعات بدن قرار می گیرد.

در کودکان دمای زیر بغل بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و در شیرخواران زیر ۳ ماه دمای ۳۷,۵ درجه و بالاتر را تب میگویند. تب در کودکان به ویژه در شیرخواران زیر ۳ ماه جدی گرفته می شود.

**اهداف:** توانمندی بیمار و مراقب اصلی برای کنترل تب و پیشگیری از عوارض آن

**دامنه:** پزشک معالج و پرستار مراقب کننده از بیمار تب دار

**گام های دقیق انجام کار:**

**۱. روش قطعی تشخیص تب را توضیح دهید:**

دقیق ترین روش تشخیص وجود تب، کنترل دمای بدن با دماسنج است.

**روشهای اندازه گیری دمای بدن کودک را آموزش دهید:**

- دمای بدن کودک با توجه به سن، زمانی از روز که دما اندازه گیری میشود و جایی که دماسنج قرار می گیرد می تواند متفاوت باشد. برای کنترل تب کودک باید دماسنج تهیه کنند و با روش استفاده و خواندن آن آشنایی کامل داشته باشند. دماسنج های دیجیتالی برای استفاده در منزل مناسب هستند.
- دماسنج دیجیتالی: معمولاً سریعتر و دقیق تر عمل می کند. قبل از استفاده از این نوع دماسنج باید دستورالعمل استفاده از آن را بدقت مطالعه نمایند. دماسنج های دیجیتالی را می توان از طریق دهان، مقعد و یا زیر بغل استفاده نمود. برای اینکار ابتدا دماسنج را روشن کنند و مطمئن شوند که صفحه نمایشگر آن دمای اندازه گیری شده قبلی را نشان نمی دهد. دماسنج دیجیتالی معمولاً دارای یک میله مدرج پلاستیکی و انعطاف پذیر است که در نوک آن یک حسگر دما وجود دارد و در نوک دیگر آن یک نمایشگر دیجیتالی وجود دارد که خواندن ارقام آن آسان است. اگر دماسنج دارای روکش یا غلاف یکبار مصرف است طبق دستورالعمل سازنده آن را عوض کنند. پس از هر بار استفاده از دماسنج، غلاف را در بیابورند و پیش از بازگرداندن دماسنج به درون جعبه اش، آن را طبق دستورالعمل سازنده تمیز کنند. دماسنج دیجیتالی بعد از تشخیص دما بصورت اتوماتیک سوت میزند. در اینصورت میتوانند دماسنج را بردارند و بلافاصله بخوانند.
- دمای بدن را میتوان از طرق زیر اندازه گیری کرد:
  - از راه دهان
  - رکتال، این روش دقیق ترین است ولی روش تهاجمی است و در نوزادان توصیه نمی شود.
  - از زیر بغل: روش استاندارد است و به مراقب اصلی توصیه می شود. دماسنج را در زیر بغل قرار دهند و آرنج را به تنه نزدیک کرده و نگه دارند. بعد از حداقل ۳ دقیقه میتوانند دماسنج را بردارند و بخوانند.

➤ از طریق پیشانی

➤ از طریق گوش

## ۲. روش های کاهش دمای بدن و کنترل تب کودک را به مراقب اصلی آموزش دهید:

- هر خانواده دارای فرزند حتماً باید یک درجه حرارت مناسب (ترجیحاً دیجیتالی) در منزل داشته و روش استفاده از آن را بطور دقیق بداند.
  - با احساس اینکه دمای کودک بالاست لباس کودک را کم کنند.
  - با دماسنج مناسب و مطمئن دمای کودک را اندازه گیری کنند.
  - اگر دمای زیر بغل بیش از ۳۷,۵ درجه در شیرخواران زیر ۳ ماه و بیش از ۳۸ درجه در شیرخواران بالای ۳ ماه باشد تب دار است.
  - قبل از شروع پاشویه اول استامینوفن بدهند و بعد از نیم ساعت پاشویه را شروع کنند.
  - استامینوفن در شیرخواران زیر ۲ ماه بدون ویزیت پزشک متخصص کودکان نباید داده شود. بنابراین در شیرخواران زیر ۲ ماه تب دار باید بلافاصله توسط پزشک ویزیت شوند.
  - بهترین تب بر استامینوفن است که باید بر اساس وزن کودک داده شود.
  - **استامینوفن**
- قطره استامینوفن: قطره را به شیرخواران (زیر یک سال) بدهند. تعداد قطرات باید ۳ برابر وزن باشد. مثلاً اگر کودک ۶ کیلو باشد ۱۸ قطره بدهند. اگر تب تکرار شد می توانند هر ۴ تا ۶ ساعت همان تعداد قطره را دوباره بدهند.
- شربت استامینوفن: مقدار شربت را نصف وزن یا ۰,۶ وزن بدهند. مثلاً: کودک ۱۰ کیلو باشد ۶ سی سی بدهند.
- شیاف استامینوفن: ۳۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن کودک استفاده کنند. مثلاً: برای کودک ۱۱ کیلویی یک شیاف ۳۲۵ میلی گرمی استفاده شود. بهتر است در کودکانی که اسهال دارند شیاف استفاده نشود. در صورت تداوم تب، هر ۸ ساعت همان مقدار را می توانند تکرار کنند.
- از شیاف دیکلوفناک استفاده نکنند.
  - پاشویه: برای نوزادان توصیه نمی شود.
- پارچه تمیزی را با آب ولرم خیس کنند. روی شکم و کشاله ران و زیر بغل های کودک بگذارند و بعد پارچه را برداشته و دوباره با آب ولرم خیس کنند. این کار را تا زمانی انجام دهند که تب کودک پایین بیاید و یا کودک را داخل وان آب قرار دهند و تمام بدن کودک را بشویند. حمام دادن کودک میتواند باعث عصبانیت او شود.
- برای پایین آوردن تب در هنگام پاشویه و حمام دادن اول از آب ولرم شروع کنند و کم کم آب را سردتر کنند تا درجه حرارت آب به ۳۷ درجه سانتی گراد برسد و کودک به دمای جدید عادت کند. به طور کلی برای پایین آوردن تب، دمای آب باید یک درجه پایین تر از دمای بدن کودک باشد. هرگز کودک را با آب سرد پاشویه ندهند یا در آب سرد قرار ندهند چون باعث لرز کودک می شود.
- بعد از خارج کردن کودک از وان حمام و یا پاشویه بدن کودک را با حوله خشک کرده و روی تشک خشک بگذارند و لباس سبک و راحت بپوشانند. هرگز از الکل برای پایین آوردن تب کودک استفاده نکنند. اگر تب پایین نیامد ۳۰ دقیقه بعد پاشویه و وان حمام را دوباره انجام دهند. پاشویه و وان حمام تا زمانی که سطح پوست کودک گرم است یا کودک احساس سردی کند ادامه می یابد.
- برای کنترل تب کودک مایعات بیشتری به او بدهند تا جایی که رنگ ادرار کم رنگ یا بی رنگ شود. مایعات باعث کاهش تب میشوند.
  - آسپیرین به کودک ندهند میتواند منجر به سندرم ری شود.
  - اگر آنتی بیوتیک تجویز شده است طبق دستور پزشک تا پایان دوره درمان آن را به کودک بدهند.
  - اگر کودک دچار تشنج شد:
- کودک خود را ایمن نگه دارند، وسایلی که میتواند باعث آسیب به کودک شود را از اطراف او بردارند. کودک را در هنگام تشنج رو به شکم نگذارند، او را به پهلو قرار دهند، این کار از خفگی او جلوگیری می کند. اگر چیزی در دهان دارد به آرامی همه را از دهانش خارج کنند. هنگام تشنج چیزی را در دهان کودک قرار ندهند. مراقب هر گونه علائم در کودک باشند.
- توجه کنند: پایین آوردن تب الزاماً مانع وقوع تشنج نمی شود. مکانیزم ماشه نام دارد. یعنی وقوع تب باعث می شود ماشه تشنج کشیده شود اگر کودک استعداد ذاتی برای تب تشنج داشته باشد که در واقع ۳٪ کودکان این استعداد را دارند تشنج رخ خواهد داد و پایین آوردن تب مانع آن نمیشود. همانطور که برگرداندن ماشه مانع شلیک گلوله نخواهد شد. باید بدانند که ۹۷٪ کودکان با تب تشنج نمی کنند.

- کودک خود را بیش از حد در پتو یا لباس سنگین نپوشانند.
- اگر تب ناشی از عفونت باشد از فردی به فرد دیگر سرایت می کند (مسری است) مانند سرماخوردگی یا آنفولانزا بنابراین:
- کودک فقط برای ویزیت پزشک باید از خانه خارج شود. حداقل تا ۲۴ ساعت بعد از قطع تب کودک باید در خانه بماند.
- زمانی میتواند به مهدکودک یا مدرسه برود که حداقل ۲۴ ساعت بدون نیاز به استفاده از داروی تب بر، تب نداشته باشد.
- طبق دستور پزشک جهت ویزیت مراجعه کنند.

### ۳. علائم هشدار را آموزش دهید تا در صورت مشاهده به پزشک مراجعه کنند:

- اگر کودک استفراغ می کند.
- اسهال دارد
- هنگام دفع مدفوع درد دارد.
- علائم با درمان بهتر نمی شوند.
- علائم جدید دیگری دارد.

### ۴. علائم مهم زیر آموزش دهید تا با مشاهده آنها کودک را فوراً به پزشک/بیمارستان ببرند:

- اگر شیرخوار زیر ۳ ماه است دمای ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر دارد.
- تنفس صدادار داشته و تعداد تنفسها کمتر شده است.
- اندامها شل و بی حال است.
- سرگیجه داشته و یا غش کند.
- چیزی نمی نوشند.
- علائم کم آبی در شیرخواران: شیرخوار در ۶ ساعت قبل دیپا پر مرطوب نداشته است. لبهای و دهان خشک، چشمهای گود افتاده، ضعف، خواب آلودگی، فونتانل های فرو رفته، بی قراری، پوست سرد و چسبیده است. درد دارد یا بنظر می رسد شکم ملتهب و در لمس حساس است.
- علائم کم آبی در کودکان:
- نبود ادرار در ۸-۱۲ ساعت گذشته، لب های ترک خورده. دهان خشک، هنگام گریه اشک نمی ریزد، چشمهای گود رفته، خواب آلودگی، ضعف، پوست خشک که بعد از چسبیدن به آرامی صاف نمی شود.

### قبل از ترخیص بیمار آموزشهای زیر را ارائه و برای اطمینان، از مراقب بیمار بازخورد بگیرید:

۱. علائم هشدار، علائم/ نشانه های مهم و تهدیدکننده بیماری برای مراجعه فوری به بیمارستان آموزش داده شود.
۲. نحوه صحیح مصرف داروهای تجویز شده (روش، مقدار، زمان، عوارض و تداخلات دارویی، تداخلات دارو با غذا) آموزش داده شود.
۳. زمان و مکان پیگیریها و مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب توضیح و کارت ویزیت (آدرس و شماره تماس) تحویل داده شود.
- دکتر اسکویی - درمانگاه مرکز کودکان: دوشنبه صبح، مطب: کلینیک گلگشت، شنبه، یکشنبه، سه شنبه و چهارشنبه بعد از ظهر.
- دکتر عبدی نیا - درمانگاه مرکز کودکان: یکشنبه صبح، مطب: کلینیک گلگشت، هر روز هفته بجز پنج شنبه و ایام تعطیل بعد از ظهر.
- دکتر عابدینی - درمانگاه مرکز کودکان: شنبه صبح، مطب: شیخ الرئیس، یکشنبه، دوشنبه و سه شنبه بعد از ظهر.
۴. در مورد جواب آزمایشاتی که آماده نیستند، یا آزمایش خاصی که بعد از ترخیص نیاز است انجام شود توضیح داده شود.
۵. در زمینه رعایت رژیم غذایی، محدوده و میزان فعالیتهای فیزیکی، برنامه بازتوانی و توانبخشی و... آموزش داده شود.



نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	تارشناس ارشد پرستاری سوپروایزر آموزش سلامت - ن. پ. ۸۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان	لیلی رسولی	مدیر پرستاری	لیلی رسولی خدمات پرستاری مرکز درمانی کودکان تبریز ۳۳۳۳۳۳۳۳
زهرا عیدی	مسئول آموزش به بیمار		معصومه محمدزاد	آموزشی	سوپروایزر کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزش مرکز آموزشی درمانی کودکان ۸۳۴۹۷۲۵
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام صادق وند	سمت: فوق تخصص اعصاب اطفال	تاریخ تایید:	امضاء:	فوق تخصص مغز و اعصاب و تخصص کودکان دکتر فوق تخصص اعصاب و تخصص کودکان استادیار سم رفت مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز ۱۵۰۵۵۵	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان	سمت: معاون آموزشی مرکز	تاریخ تایید:	امضاء:	دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان تخصص کودکان - فوق تخصص کلیه کودکان پزشکی: ۴۷۱۰۸ پیشین نام: معصومه محمدزاد	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام اسکوتی	سمت: رئیس بخش عفونی	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده:

۱. ClinicalKey, PATIENT EDUCATION

Open reading mode, Fever, Pediatric, Easy-to-Read, Elsevier Interactive Patient Education © ۲۰۱۹ Elsevier Inc.

۲. Wong's Nursing Care of Infants and Children by Marilyn J. Hockenberry and Wilson MS RNC-NIC, David | ۲۵ September ۲۰۱۴.



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : اطلاع رسانی تستهای معوقه پاراکلینیک

تاریخ تدوین: ۹۷/۷/۲	کد دستورالعمل: INS-۲۷
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۴	تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۲۲	

### دامنه :

کلیه بخشهای بالینی و سرپایی ، واحدهای آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافتی و تصویربرداری

**اهداف:** تصمیم گیری درمانی و اجتناب از بلا تکلیفی درمانی بیمار

اجتناب از اتلاف هزینه های درمانی و اتلاف زمان

اجرای استانداردهای ایمنی بیمار

تبیین فرآیند اطلاع رسانی جواب تستهای معوقه، به پزشک و بیماران

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** بخشهای بالینی و سرپایی ، واحدهای آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافتی و تصویربرداری

### شرح دستورالعمل:

۱ - دستورالعمل مربوطه کلیه بخشهای بالینی و سرپایی ، واحدهای آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافتی و تصویربرداری را دربر می گیرد.

۲- کارکنان باید از دستورالعمل شیوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک و اقدام براساس آن اطلاع کامل داشته باشند.

۳- در مورد نتایج تستهای معوقه درخواستی در درمانگاههای تخصصی، توضیحات لازم توسط پزشک معالج و واحد های آزمایشگاه و تصویربرداری، به همراه بیمار ، در زمینه معوقه بودن تست مربوطه، زمان جوابدهی و ضرورت تحویل گرفتن جواب از واحدهای مذکور و مراجعه به پزشک درمانگاه تخصصی جهت رویت جواب و تصمیم گیری درمانی ارائه گردد.

۴- الزامیست در مورد نتایج تاخیری اقدامات پاراکلینیک بخشهای بستری ، زمان نهایی آماده شدن نتایج ، توسط واحد های پاراکلینیک اعلام و توسط پرستار در کاردکس بیمار ثبت و پیگیری و به پزشک مربوطه اطلاع رسانی گردد.

۵- الزامیست رزیدنت ، انترن و پرستار مسئول بیمار ، تستهای پاراکلینیک نیازمند پیگیری و زمان و نحوه جوابدهی و توضیحات لازم در مور دن نتایج تستهای پاراکلینیک معوقه را در فرم آموزش به بیمار حین ترخیص ، ثبت و توضیح های لازم رابه والدین بیمار داده و به همراه بیمار ارائه نمایند.

۶- پرستار بیمار در آخرین گزارش پرستاری باید تستهای معوقه را به طو رکامل با زمان پیگیری، یادداشت نماید .

۷- هنگام ترخیص بیمار از همان بخش درخواست کننده ، نام تست معوقه مربوطه و مشخصات کامل بیمار توسط منشی بخش در دفتر تستهای معوقه ثبت می گردد تا در زمان آماده شدن جواب با خانواده بیمار جهت مراجعه حضوری برای تحویل گرفتن جواب تماس حاصل گردد و تعداد دفعات تماس نیز در دفتر مربوطه ثبت گردد.

**تبصره:** در موارد عدم جوابدهی به تلفن و عدم دسترسی به بیمار از سیستم پیامکی بیمارستان به شماره همراه والدین بیمار ارسال پیامک گردد.

۸- در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر باید نام تست معوقه در چک لیست نواقص پرونده بیمار، ثبت شود و پیگیری جواب تست توسط بخشی که بیمار به آنجا انتقال یافته، انجام شده و روال اطلاع رسانی در بخش مقصد ادامه یابد.

۹- جواب های دریافتی ، پس از اخذ توسط منشی، کپی گردیده و اصل آن به پرونده انتقال یافته و کپی آن جهت تحویل به خانواده در بخش نگهداری گردد.

۱۰- جواب تستهای معوقه تا زمان مراجعه خانواده بیمار و ارائه کارت شناسایی ، جهت اخذ جواب در بخش نگهداری گردد.

۱۱- نظارت بر حسن انجام کار توسط سرپرستار ، در کلیه مراحل اجرایی دستورالعمل ضرورت دارد .



۱۲- درخصوص شناسایی بیماران با احتمال ترک غیرمترقبه بیمارستان مانند موارد خروج افراد با اختلال ذهنی و روانپزشکی / فرار / ترخیص با میل شخصی برنامه ریزی به عمل آید . این گونه بیماران بایستی از بدو پذیرش تحت ملاحظات مدیریتی و مراقبتی ویژه قرار گرفته و درخصوص امکان پیگیری بیمار به ویژه درموضوع اطلاع رسانی نتایج معوقه بحرانی اطمینان حاصل شود.

**تبصره:** رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و افراد مجاز برای دریافت جواب تستهای پاراکلینیک معوقه ضرورت دارد .

**تبصره:** ضروری است در موارد اورژانسی که نیاز به اطلاع رسانی جواب مقادیر بحرانی تستهای مذکور می باشد ، جواب مربوطه توسط واحد آزمایشگاه ، آسیب شناسی بافتی، تصویر برداری به بخش اعلام شده و منشی بخش با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت ، به پزشک و خانواده بیمار سریعاً اطلاع رسانی و در دفتر مربوطه ثبت نماید.

**تبصره :** الزامیست کلیه آزمایشاتی که توسط آزمایشگاه به عنوان مقادیر بحرانی برای بیماران ترخیص با رضایت شخصی از واحد اورژانس گزارش می گردد، توسط منشی با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت، به پزشک اطلاع رسانی و در صورت صلاحدید ایشان با خانواده بیمار جهت ادامه درمان، تماس حاصل شود و در دفتر مربوطه ثبت گردد .

## جدول اسامی:

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر	خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطالله هیرادفر
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	کارشناس ایمنی	خانم زیلا شکراللهی		سوپروایزر آموزشی	خانم معصومه محمدزاد
	مسئول آزمایشگاه	آقای اکبر صمدی		مسئول واحد تصویربرداری	آقای علی عیدی
				مسئول پاتولوژی	خانم سولماز مددی
		امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میرهادی موسوی		
			سمت: ریاست مرکز تاریخ تایید:		
		امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		
			سمت: ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:		

### منابع:

دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت

راهنمای استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم سال ۹۸

تجارب بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: گزارش آنی نتایج بحرانی (panic value)

تاریخ تدوین: ۹۴/۲/۲۷	کد دستورالعمل: ۲۸ - INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۸/۱۱	تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۰۸/۲۲	

**تعریف:**

۱. شناسایی و تعریف مقادیر بحرانی نتایج پاراکلینیک شامل مقادیر آزمایشات واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافت و تصویربرداری که لزوم اقدام سریع پزشکی را می طلبد.
۲. در مواقعی که مقادیر آزمایشات تشخیص طبی و آسیب شناسی بافتی و نتایج تستهای تصویربرداری در محدوده بحرانی قرار دارند، جهت حفظ جان بیمار کلیه موارد فوق سریعاً به بخش مربوطه باید گزارش شوند.

**اهداف:** ارتقاء ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطرات بالقوه

**دامنه:** کلیه بخشهای بستری و سرپایی - واحد آزمایشگاه - واحد پاتولوژی - واحد رادیولوژی

**گام های انجام کار:**


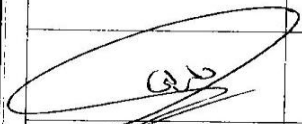

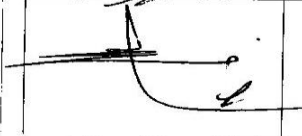


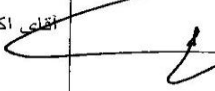


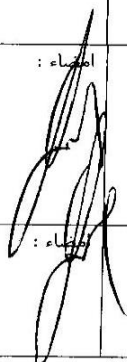
۱. لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه و رادیولوژی در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی، آزمایشگاه و آسیب شناسی بافتی و تصویربرداری ابلاغ گردد.
۲. مقادیر بحرانی آزمایشات و پاتولوژی در آزمایشگاه در معرض دید پرسنل آزمایشگاه و واحد پاتولوژی نصب شود و به نحو مناسب توسط مسئول آزمایشگاه به پرسنل اطلاع رسانی گردد.
۳. پرسنل آزمایشگاه و پاتولوژی تستهای درخواستی را انجام و جواب آن را با مقادیر تستهای بحرانی مقایسه نمایند.
۴. پرسنل آزمایشگاه و پاتولوژی به محض مشاهده نتایج بحرانی از طریق خط یکطرفه مقادیر بحرانی به واحد مربوطه اطلاع رسانی نموده و تاریخ و ساعت و نام بیمار، نام آزمایش و جواب آزمایش یا پاتولوژی و نام پرستاری را که به ایشان اطلاع داده اند را در دفتر مخصوص نتایج بحرانی ثبت نمایند.
۵. موارد بحرانی رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI در واحد رادیولوژی در معرض دید پرسنل رادیولوژی نصب گردد و به نحو مناسب توسط مسئول رادیولوژی به پرسنل اطلاع رسانی گردد.
۶. در صورت مشاهده هرگونه مورد بحرانی رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI بایستی بلافاصله نتایج بحرانی تصویر برداری توسط کادر رادیولوژی از طریق خط آزاد یکطرفه مقادیر بحرانی به بخش و پرستار مربوطه جهت اطلاع سریع به پزشک معالج، اعلام گردد و تاریخ و ساعت و نام بیمار، جواب گرافی و نام پرستاری را که به ایشان اطلاع داده شده در دفتر مخصوص نتایج بحرانی ثبت نمایند.
۷. پرستار باید حین تماس واحد پاراکلینیک، نام بیمار، نام شخص اطلاع دهنده، جواب آزمایش یا پاتولوژی و یا گرافی به همراه تاریخ و ساعت اطلاع آنها در دفتر panic value یادداشت نموده و سریعاً به پزشک معالج یا رزیدنت کشیک اطلاع رسانی نماید و با ذکر تاریخ و ساعت، نام پزشک و دستوری که داده شده، در دفتر مربوطه در قسمت اقدامات انجام یافته ثبت و کلیه موارد فوق را بطور دقیق در گزارش پرستاری قید نماید. به منظور اطمینان از صحت اطلاعات انتقال یافته، ضرورت دارد پرستار مقادیر بحرانی مربوطه را با استفاده از روش *Read*

از انتقال کامل و صحیح اطلاعات) ثبت نموده و انتقال دهد.

۸. در مورد بیماران سرپایی مراجعه کننده به واحد آزمایشگاه ، پاتولوژی و رادیولوژی در صورت وجود موارد بحرانی سریعاً توسط واحد مربوطه با والدین بیمار تماس گرفته و جهت بردن جواب مربوطه و اطلاع رسانی اورژانسی به پزشک معالج به والدین توضیحات لازم داده شده و نام والدین و تاریخ و ساعت اطلاع رسانی و نوع تست اطلاع داده شده در دفتر مقادیر بحرانی واحدهای مربوطه ثبت گردد.

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** سرپرستاران کلیه بخشها- مسئول واحد آزمایشگاه و مسئول واحد رادیولوژی

**جدول اسامی :**

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر عطالله هیرادفر	مسئول ایمنی		خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی	سوپروایزر	
خانم لیلی رسولی	مدیریت خدمات پرستاری		خانم نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
خانم معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		خانم ژیلا شکر اللهی	کارشناس ایمنی	
آقای علی عبدی	مسئول واحد تصویربرداری		آقای اکبر صمدی	مسئول از آزمایشگاه	
خانم سولماز مددی	مسئول پاتولوژی				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی		امضاء : 			
سمت : ریاست مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		امضاء :			
سمت : ریاست مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :			

**منابع مورد استفاده :**

- راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم سال ۹۸
- دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت
- تجربه بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: پیشگیری از سقوط

تاریخ تدوین: ۹۷/۹/۱۰	کد دستورالعمل: INS-۲۹ تعداد صفحه: ۴
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۵/۱۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۲۲	

**تعریف:**

سقوط رویدادی است که طی آن بیمار، بصورت تصادفی و غیر عمدی بر روی سطوح و یا کف سقوط می کند و ممکن است سقوط از روی صندلی یا تخت، سطح ناصاف، لغزنده، مرطوب، در زمان حرکت و در زمان فعالیتهای بازتوانی، ... باشد و آسیب یا جراحات ناشی از آن می تواند قابل مشاهده و یا بدون علامت باشد.

**اهداف:**

افزایش ایمنی بیمار، شناسایی موقعیت و شرایط بالقوه منجر به سقوط، کاهش تعداد موارد سقوط، کاهش آسیب و جراحات ناشی از سقوط، افزایش رضایتمندی

**دامنه:**

کلیه بخشهای بستری و سرپایی، پزشکان معالج، رزیدنتها، انترنها، سرپرستاران بخشها، پرستاران، منشی بخشها

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** سرپرستار بخش

**مداخلات بیمارستانی جهت کاهش سقوط در بیمارستان:**

برنامه کاهش موارد سقوط بیمار بستری در بیمارستان باید با در نظر گرفتن راهبردهای مرتبط با عوامل خطر موجود و شناسایی موقعیت های بالقوه در بیمارستان و ویژگی های بیمار که مشتمل بر موارد ذیل می باشد:

**الف - راهبردهای شناسایی، حذف و کنترل عوامل خطر نظیر:**

- آموزش برنامه راه های کاهش موارد سقوط به پرسنل
- بررسی وارزیابی موقعیتهای خطرناک و ایمن سازی موقعیتهای
- شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و اجرای مداخلات، برای بیماران در معرض خطر
- افزایش آگاهی بیمار و خانواده به منظور کاهش موارد سقوط

**ب- راهبردهای پیشگیری از آسیب حین سقوط، مراقبت به هنگام و کارآمد از آسیب دیدگان و اجرای مداخلات برای کاهش شدت جراحات ناشی از سقوط**

**ج- راهبردهای شناسایی، ثبت و تحلیل موارد سقوط در بیمارستان شامل:**

- ۱- گزارش دهی تمامی موارد سقوط در فرم گزارش خطا
- ۲- بررسی تمامی موارد سقوط و تحلیل ریشه ای آنها مطابق دستورالعمل ۲۸ گانه وقایع تهدید کننده حیات

الف- عوامل خطری که منجر به سقوط می شود شامل :

۱- عوامل مرتبط با بیماری و مراقبتهایی که می توانند احتمال سقوط را افزایش دهند عبارتند از :

مشکلات زمینه ای شامل : سن ، وزن ، سوء تغذیه ، سابقه بیماری قلبی و سابقه سقوط، مشکلات مربوط به پای بیمار، الگوی گام برداشتن و حرکت بیمار ، بیماری اعصاب و روان ، ضعف ، سرگیجه، اختلال در تعادل ، عدم هوشیاری ، افت فشارخون ، معلولیت ذهنی ، معلولیت جسمی اعم از بینایی ، شنوایی و نقص عضو و...

۲- داروهای مختلفی وجود دارند که مصرف آنها بصورت بالقوه سبب سقوط می شوند که رایج ترین آنها عبارتند از :

داروهای پایین آورنده فشار خون ، آنتاگونیستها ، نیتراتها ، داروهای بلوک کننده کلسیم ، بتا بلوکرها ، بنزودیازپین ها ، داروهای بیهوشی داروهای خواب آور ، داروهای ضد درد ، آنتی هیستامین ها ، داروهای پایین آورنده قند خون، داروهای ایجاد کننده دهیدراتاسیون

۳-عوامل محیطی ذیل می توانند احتمال خطر سقوط را افزایش دهند و برای اجتناب از سقوط باید توسط کلیه پرسنل درمانی به موارد ذیل توجه و در صورت مشاهده اقدام گزارش به سرپرستار و یا مسئول شیفت گردد:

کمبود نور و روشنایی ، مسیره های ناصاف ، سیم و لوله های آزاد در مسیرهای عبور و مرور ، کفپوش و پله لغزنده ، خیس یا نمناک بودن کف زمین ، تختهای همراه ، صندلی ها، میزهای کنار تخت نا مطمئن و بی ثبات ، بلند بودن ارتفاع صندلی، نرده غیراستاندارد پله ها، لباس نامناسب ، دمپایی نامناسب

ب- پرستار باید عوامل خطر را به روش زیر شناسایی کند:

۱- ضرورت اجرای راهکارهای پیشگیری از سقوط ذیل توسط پرستار:

- باید همه بیماران در بدو ورود به بخش، با استفاده از معیار مورس (مطابق جدول معیار مورس پیوستی) غربالگری شوند.
- خطر سقوط بیماران بستری در هر شیفت و هنگام تغییر شرایط بیمار ارزیابی شود.
- بیماران در معرض خطر سقوط شناسایی و از دستبند زرد برای آنها استفاده گردد.
- بیماران در معرض خطر در موارد انتقال بین بخشی بیماران و تغییر وضعیت بالینی شناسایی شوند.
- سقوط قلبی بیمار، به بخش مقصد در موارد انتقال بین بخشی اطلاع رسانی شود.
- انتقال و جابجایی بیماران، به صورت ایمن انجام شود.
- پس از انجام هر گونه خدمات نرده محافظ بالا کشیده شود.
- نرده های تختها در هر شیفت از نظر سالم بودن و داشتن قفل ایمن بررسی شوند.
- موارد خرابی نرده های کنار تخت و نامناسب بودن نور توسط پرستاران در شیفتهای صبح به سرپرستار و در شیفتهای عصر و شب به مسئول شیفت گزارش فوری گردد.
- از عدم وجود مانع در فضاها فیزیکی بیمارستان بر سر راه بیماران اطمینان حاصل گردد.
- زمان دریافت داروهای مدر در کاردکس در حد امکان در طول روز ، خصوصا صبح ها و با اخذ راهنمایی از پزشک تنظیم گردد.
- حجم مایعات دریافتی پس از شام ( منطبق با رژیم درمانی بیمار ) تا حد امکان کاهش یابد .
- به خواب آلودگی مادر / همراه بیمار و مذاکره با همراه بیمار جهت جایگزینی با نفر دیگر توجه گردد.
- بیماران در خطر سقوط در محل قابل دید و نزدیک ایستگاه پرستاری بستری شوند.



- اتصالات بیمار هنگام خروج از تخت بررسی شوند.
- سرم و پایه سرم در بالای سر بیمار در شرایط ایمن قرار داده شود.
- اقدامات درمانی - مراقبتی لازم در موارد بیقراری یا درد بیماران صورت گیرد.
- ارتباط کافی با مادر/ همراه برقرار و به نیازها و خستگی آنها توجه گردد.
- سرکشی به بیماران در کلیه شیفتها خصوصا در شیفتهای شب و هنگام خواب همراه بیمار جهت اطمینان از بالا بودن نرده های محافظ تختها و قفل بودن چرخ های تخت ، بررسی سطح درد و بی قراری ، نیاز بیمار به دفع ، و مناسب بودن وضعیت دمپایی بیماران در صورت نیاز به خروج از تخت باید توسط پرستار مربوطه انجام شود.

## ۲- آموزش موارد خطر ساز مربوط به سقوط در بدو بستری و تکرار آموزش ها در مدت بستری بیمار به همراه، باید توسط پرستار انجام شود، که شامل موارد ذیل می باشد:

- باید همراه حضور مداوم در کنار بیمار داشته و از تنها گذاشتن کودک در تخت اجتناب گردد.
- باید از رها سازی کودک بصورت غیر ایمن روی صندلی یا تخت اجتناب گردد و نرده محافظ تخت بالا باشد.
- از خروج کودکان توسط والدین/ همراه از بخش اجتناب گردد.
- از رها کردن بیماران حین رفتن به سرویس بهداشتی اجتناب گردد.
- بیمار باید به عینک یا سمک ( در بیماران واجد ملزومات مذکور) دسترسی داشته باشد .
- نحوه استفاده از نرس کال (زنگ فراخوان پرستار) به همراه بیمار آموزش داده شود.
- از دویدن بیماران در راهروها و اتاق ها اجتناب گردد.
- از آغوش گرفتن کودک توسط مادر در هنگام خواب آلودگی باید اجتناب گردد و آموزش های لازم در این زمینه به مادر داده شود.



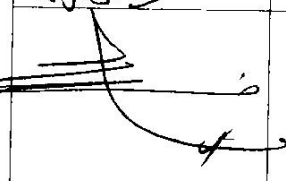

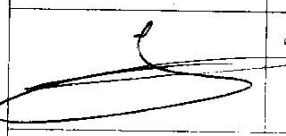
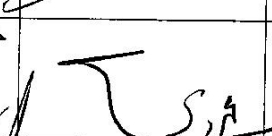


## ۳- اقدامات پس از سقوط بیمار:

- باید بیمار از نظر هر گونه جراحت ، کنترل علائم حیاتی توسط پرستار بررسی شود، وجهت ویزیت به پزشک اطلاع فوری داده شود.
- باید اقدامات تشخیصی ، تصویر برداری و... مطابق دستور پزشک انجام شود و رویت جواب ها و تصمیم گیری درمانی توسط پزشک انجام شود.
- اقدامات درمانی - مراقبتی باید توسط پرستار انجام شود.
- هرگونه تغییر در وضعیت بالینی بیمار و ایجاد وضعیت درد ، تهوع و استفراغ و ...باید به پزشک اطلاع رسانی فوری گردد.
- کلیه جزئیات سقوط و اقدامات انجام شده برای بیمار باید توسط پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- گزارش سقوط در شیفتهای صبح به کارشناس ایمنی تحویل داده شود و در شیفتهای عصر و شب به سوپروایزر وقت گزارش داده شده و توسط ایشان گزارش خطا به واحد بهبود کیفیت و ایمنی ارسال گردد.

## مداخلات بیمارستانی جهت کاهش سقوط در بیمارستان :

- باید بسته حمایتی حاوی لباس ها و دمپایی مناسب سایز بیماران ارائه شود. کلیه فضاهای بیمارستانی و سرویس های بهداشتی ایمن سازی ، میزان نور مناسب سازی و برای پله ها نرده نصب شود و جلوی درب حمام و سرویس بهداشتی از لغزش گیر استفاده شود.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپر وایزر	خانم فریبا گوزل اوغلی دارایی		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاالله هیرادفر
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلا شکراللهی		سوپر وایزر آموزشی	خانم معصومه محمدزاد
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			سمت : ریاست مرکز تاریخ تایید:		
		امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			سمت : ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

- راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم سال ۹۸
- دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت
- راهنمای پیشگیری از سقوط
- تجارب بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: تسکین درد

کد دستورالعمل: ۳۰ - INS

تعداد صفحه: ۸

تاریخ تدوین: ۹۴/۳/۲۰

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۲۰

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹/۲۳

کودکان و نوزادان ممکن است به دلایل جراحی، صدمه‌ها (سوختگی، ضربه، شکستگی)، بیماری‌ها (انواع سرطان، آرتريت و...) و پروسیجرها (واکسیناسیون، سونداژ، تعویض پانسمان، تعبیه Ivline و...) دچار درد شوند. درد تسکین نیافته در کودکان و نوزادان ممکن است منجر به پیامدهای طولانی مدت فیزیولوژی، روانی، اجتماعی و رفتاری شود.

تمامی پزشکان و پرستاران باید کنترل درد را در اولویت قرار دهند. کنترل موفق درد مستلزم ارزیابی و بررسی وجود و شدت درد و میزان پاسخ به درمان است.

**دامنه:** کلیه بخشهای بستری و سرپایی - پزشکان معالج - رزیدنتها - سرپرستاران بخشها - پرستاران - کاردان / کارشناس اتاق عمل - کاردان / کارشناس بیهوشی

**اهداف:** افزایش ایمنی و رفاه بیماران - کنترل اضطراب و به حداقل رساندن آسیبهای روانی - به حداقل رساندن درد و ناراحتی فیزیکی - انجام مداخلات لازم جهت کنترل درد کودکان و نوزادان و ارزشیابی اثر بخشی آنها

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** ریاست بخش - سرپرستار بخش

### روش اجرایی (در کودکان):

- ۱- باید پزشک یا پرستار، درد کودک را از نظر وجود و شدت آن توسط ابزارهای بررسی درد، ارزیابی نماید. (ابزار بررسی درد کودکان در ابعاد رفتاری، فیزیولوژی یا خود گزارشی بوده و عمدتاً برای سنجش شدت درد به کار رفته است).
  - ۲- ضرورت دارد پزشک یا پرستار بعد از بررسی شدت درد، برای تسکین درد برنامه ریزی کند.
- مراحل و استراتژیهای ذیل باید توسط پرستار به کار گرفته شود.

### استراتژیهای عمومی:

- بهترین کار در کنترل درد کاهش اقدامات دردناک می باشد، پس اقدامات غیر ضروری تا حد امکان باید حذف گردد. (مانند خونگیری و لاین های وریدی غیر ضروری)
- ضروریست اقدامات دردناک مختلفی که می توان باهم انجام داد، یکجا جمع گردد. (مانند انجام خونگیری توام با تعبیه لاین وریدی و...)
- اقدامات دردناک باید تا حد امکان در زمانهای استراحت و خواب بیمار انجام داده نشود و بین دو مداخله حداقل دو ساعت فاصله داده شود. (مانند انجام آزمایشات غیر اورژانس و تعبیه لاینهای وریدی غیر ضروری در ساعت ۶ صبح)

- درمانهای پیشگیرانه برای مدیریت درد باید انجام داده شود. (مانند دریافت مسکن قبل از شروع درد پس از عمل جراحی یا قبل از IT)
- باید با کودک و خانواده وی ارتباط موثر برقرار کرده و اعتماد آنها جلب گردد.
- ضروریست تا حد امکان محیط آرام و ساکت برای کودک فراهم گردد.
- باید پروسیجرها توسط پزشک و پرستار ماهر و یا تحت نظارت افراد ماهر انجام گردد.
- باید قبل از انجام پروسیجرها توضیحات کافی به کودک (بسته به سن کودک) و خانواده وی جهت کاهش اضطراب داده شود و آمادگی لازم ایجاد گردد.
- باید در درد های خفیف، از مداخلات غیردارویی به منظور تکمیل و نه جایگزینی استفاده گردد.
- از تکنیک های انحراف حواس استفاده شود.
- تا حد امکان از نوارچسب کمتر و کوچکتر بر روی پوست کودک استفاده گردد.
- علائم حیاتی بیمار باید مانیتور گردد.

### نمونه هایی از درمانهای غیر دارویی شامل:

- اقدامات فیزیکی مانند ماساژ، کمپرس گرم یا سرد
- اقدامات رفتاری مانند استفاده از طنز و شوخی، هنر درمانی (نقاشی و موسیقی) و بازی درمانی
- اقدامات شناختی مانند پرت کردن حواس (استفاده از حباب ساز، تماشای کارتون، بازیهای کامپیوتری، دادن پستانک)

### کنترل درد کودک با استفاده از دارو:

- تجویز دارو بر عهده پزشکان است ولی آگاهی از اصول اساسی آن توسط پرستاران به منظور اجرای بهینه دستورات ضد درد ضرورت دارد.
- پرستاران باید به عوارض جانبی داروهای ضد درد توجه کرده و اقدامات حیاتی اولیه (در صورت لزوم) را انجام داده و عوارض مربوطه را به پزشک گزارش نمایند.
- شایان ذکر است که دخالت والدین باعث افزایش تاثیر مداخلات رفتاری در مدیریت درد می شود و والدین باید برای ارائه نقش مثبت در این زمینه آماده باشد. اضطراب والدین می تواند باعث اضطراب در کودک شود بنابراین مدیریت اضطراب در والدین یک عامل بسیار مهم در کاهش ترس کودک می باشد.

### در تسکین دارویی در موارد ذیل پرستاران باید طبق دستور پزشک معالج عمل کنند:

درد ناشی از پروسیجرها (از جمله BMA و...) درد مزمن، درد ناشی از بدخیمی ها، درد حاد، درد پس از عمل جراحی

### درمان با ضد دردهای غیرمخدر:

ضد دردهای غیرمخدر مثل استامینوفن یا داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مثل ایبوپروفن برای درد خفیف مثل درد پس از عمل جراحی بر روی بافت نرم و یا بریدگی بافت یا دردی که در اثر بیماری خفیف مثل فارنژیت یا اوتیت مدیا، دردهای ناشی از تروما، دررفتگی های مفاصل، پیچ خوردگی ها و آرتريت بکار می رود.

استامینوفن و ایبوپروفن در اشکال قرص، شربت، الکزیر، قطره، موجود است و استامینوفن به شکل شیاف و فرم تزریقی (آپوتل) نیز موجود است.

## استامینوفن :

- دوز خوراکی mg/kg ۱۵-۱۰ هر ۴-۶ ساعت ، دوز شیاف mg/kg ۲۰-۱۰ هر ۴-۶ ساعت، دوز تزریقی
- mg/kg ۱۵ هر ۶ ساعت یا mg/kg ۱۲,۵ هر ۴ ساعت
- دوز روزانه نباید از mg/kg ۱۰۰ در کودکان و mg/kg ۷۵ در شیرخوران تجاوز کند. بعضی منابع پیشنهاد میکنند که دوز آن از ۵ بار در روز بیشتر نباشد.

## ایبوپروفن:

- با دوز mg/kg ۱۰-۴ هر ۶-۸ ساعت با ماکزیمم دوز mg/kg ۴۰ استفاده می شود.
- توجه :** اگر بیمار با فواصل ثابت استامینوفن دریافت می کند و باز دچار درد می شود دوز مکمل ایبوپروفن می تواند تجویز شود.

## ضد درد های مخدر:

در کودکان اپیوئیدها معمولاً بصورت خوراکی، وریدی و در مواقعی روی پوست استفاده میشود. انتخاب درمان مخدر بر اساس شدت و مدت زمان درد، روش تجویز، عوارض جانبی مرتبط و نیز مسایل مرتبط با کودک و والدین متغییر می باشد. کودکان با دردهای متوسط معمولاً با مخدرهای ضعیف خوراکی (مانند ترامادول) یا با دوزهای خوراکی پایین از مخدرهای قوی طولانی اثر (مانند اکسی کدون یا متادون) درمان می شوند. کودکان با دردهای شدید لازم است با مخدرهای قوی (مانند مورفین، هیدرومورفون، اکسی کدون یا فنتانیل) درمان گردند. مخدری با نیمه عمر کوتاه مثل مورفین وریدی باید برای کودکانی با دردهای حاد یا دردهای شدید دوره ای مانند آنچه در آنمی داسی شکل اتفاق می افتد استفاده شود ، اگر درد شدید پایدار بوده یا حالت مزمن پیدا کند باید از فرآورده های پیوسته رهش مانند اکس کانتین یا فنتانیل ترانس درمال یا فرآورده هایی که نیمه عمر طولانی دارند مثل متادون استفاده گردد.

استامینوفن میتواند همراه با مخدرهای ضعیف برای بهبود اثربخشی دارو استفاده گردد.

## ترامادول:

- ترامادول یک اپیوئید ضعیف است. اگر قبل از ضد دردهای مخدر قوی استفاده شود معمولاً بهتر اثر می کند. اثر دپرسیون تنفسی این دارو نسبت به مخدرهای قوی کمتر است. دوز خوراکی آن mg/kg ۲-۱،۶-۴ ساعت می باشد. در دوز های بالا باعث تشنج می شود که باید در بیماران با سابقه تشنج احتیاط شود.
- ترامادول نسبت به کدئین ارجحیت دارد زیرا کدئین تقریباً بر روی ۱/۳ بیماران بی تاثیر است.

## مورفین:

- بیشترین داروی مورد استفاده در دردهای متوسط تا شدید کودکان مورفین است. مورفین به اشکال خوراکی، زیرزبانی، تزریقی (عضلانی، وریدی، زیر جلدی) ، اینترا تکال و رکتال موجود است. دوز آن mg/kg ۰/۱ هر ۳-۴ ساعت می باشد.

## اکسی کدون:

- اکسی کدون می تواند در ترکیب با استامینوفن و یا ایبوپروفن بعنوان یک مخدر خوراکی استفاده شود. اکسی کدون به اشکال خوراکی، داخل نخاعی، عضلانی، وریدی و زیر جلدی موجود است. دوز معمول آن mg/kg ۰/۱۵ هر ۳-۴ ساعت می باشد.

## فنتانیل:

- فنتانیل تنها مخدر موجود در شکل ترانس درمال است. در اشکال وریدی، دهانی، نازال ، ترانس درمال و ترانس موکول (از طریق مخاط) موجود است. دوز معمول آن mg/kg ۰/۰۰۱ می باشد. صد برابر قویتر از مورفین می باشد.

اندیکاسیون مطلق برای اینکه سدیشن در کدام پروسیجر در کودکان انجام شود وجود ندارد و ممکن است برای هر پروسیجری که درد واضطراب بالایی داشته باشد و حرکت کردن بیمار مانع انجام صحیح پروسیجر گردد، استفاده شود.

پروسیجرهاییکه معمولاً برای انجام آنها از سداسیون استفاده می شود شامل: عکسبرداری مغناطیسی، جا انداختن شکستگی، ترمیم

آسیبهای بافتی گسترده، انجام پونکسیون مغز استخوان، درناژ ابله، اندوسکوپی، برونکوسکوپی، تعویض لباس در سوختگی، تعبیه

چست تیوب و تعبیه لاین ورید مرکزی

**کنتراندیکاسیون برای سداسیون:**

شامل علائم ناشی از راه هوایی غیر طبیعی، وجود تاریخچه اپنه در خواب و کودک مستعد به انسداد راه هوایی حین خواب و NPO نبودن

**آمادگی:**

۱- در هنگام سدیشن بیمار باید ناشتا باشد. ناشتا بودن کودک یک نکته کلیدی است که باعث کاهش احتمال آسپیراسیون محتویات معده به ریه ها می شود. شایان ذکر است که کودکان دچار ریفلاکس شدید معده به مری و کاهش حاد و مزمن حرکات دستگاه گوارشی خطر بالاتری از آسپیراسیون داشته و احتیاطات مربوط به ناشتا بودن باید با دقت بیشتری در آنها انجام شود.

۲- انجام سداسیون باید باحضور پزشک و پرستار مجرب در این زمینه انجام گردد. فرد ارایه دهنده مراقبت باید از عوارض احتمالی که می تواند با استفاده از آرامبخش در بیمار ایجاد شود، مطلع باشد. فرد باید مهارت کافی در مدیریت سریع راه هوایی و احیاء قلبی-ریوی داشته باشد.

۳ = وسایل مورد نیاز برای مانیتور بیمار باید در دسترس بوده و از کارکرد صحیح آنها اطمینان حاصل شود مانند اکسیژن، وسایل اکسیژن رسانی، تجهیزات مربوط به ساکشن، وسایل مربوط به راه هوایی مخصوص کودکان، داروهای مورد نیاز در مواقع اورژانس و دفبیریلاتور

**نکته:** در مواقعی که سدیشن عمیق باشد یا بیمار بد حال باشد باید علائم حیاتی هر ۵ دقیقه اندازه گیری شود.

**داروهای سداتیو شایع وریدی مورد استفاده در کودکان:**

**کتامین:** دوز داخل وریدی ۱-۲ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن. این دارو می تواند هر ده دقیقه به مقدار ۰.۵-۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تکرار شود. این دارو برای پروسیجرهای با میزان درد متوسط تا شدید استفاده می شود.  
**عوارض جانبی این دارو شامل:**

۱- استفراغ که برای کاهش آن میتوان از اوندانسترون با دوز ۰/۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن، قبل از تزریق کتامین استفاده کرد.

۲- لارنگواسپاسم و آپنه که بیشتر در موارد تجویز داخل عضله اتفاق می افتد.

**کنتراندیکاسیون های نسبی:** سن کمتر از ۱۲ ماه، موارد مشکوک به عفونت ریوی فعال، افزایش فشار داخلی مغز (مانند علائم یا نشانه های ترومای سر، هیدروسفالی، گلوکوم، بیماریهای تیروئید و تشنج

**کنتراندیکاسیونهای مطلق:** سن کمتر از ۳ ماه و بیمار با مشکلات شناخته شده یا مشکوک به سایکوز  
**فنتانیل:** دوز داخل وریدی ۱-۲ میکروگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و حداکثر تک دوز دریافتی ۵۰ میکروگرم می باشد  
 عوارض جانبی این دارو شامل: دپرسیون تنفسی، هیپوتانسیون، سفتی قفسه سینه به دنبال تزریق سریع دارو

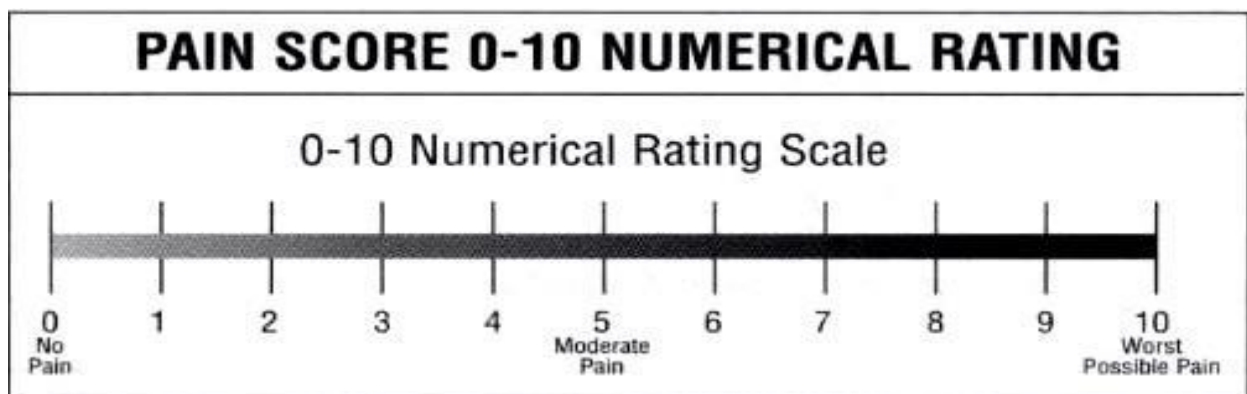
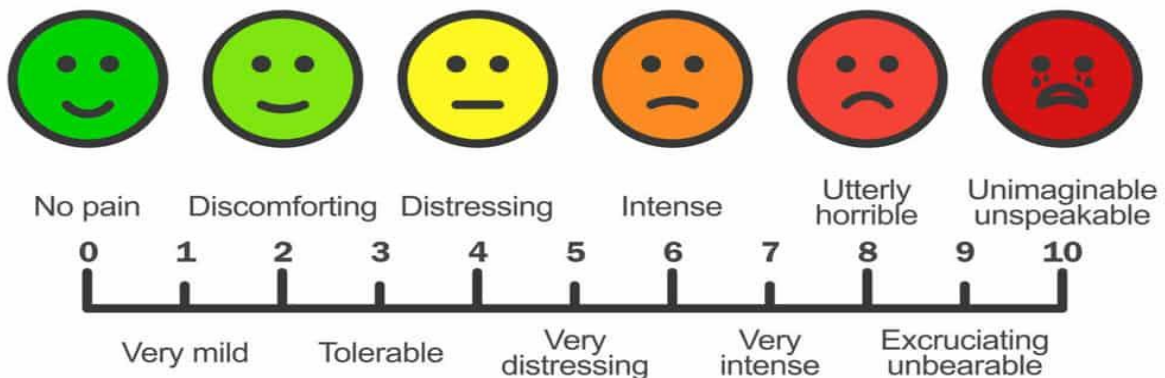
**میدازولام:** دوز داخل وریدی برای کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله: ۰/۰۵ تا ۰/۱ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن و حداکثر دوز ۲ میلی گرم می باشد. برای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله: ۰/۰۲۵ تا ۰/۰۵ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن و حداکثر دوز ۲ میلی گرم می باشد. برای کودکان بالای ۱۲ سال: ۱ تا ۲ میلی گرم وریدی.

این دارو به عنوان سداتیو بوده و خاصیت ضد دردی ندارد. بنابراین باید به همراه یک داروی ضد درد مانند کتامین یا فنتانیل استفاده شود. در مواردی که نیاز به آرام بخشی سبک وجود دارد (مانند ترمیم یک آسیب پوستی) می توان از این دارو به همراه یک ضد درد موضعی استفاده کرد. این دارو نباید به همراه فنومازنیل در بیماران دچار تشنج و یا بیمارانی که به طور مزمز بنزودیازپین مصرف می کنند، استفاده شود

**عوارض جانبی:** دپرسیون تنفسی، آپنه، و واکنش های دور از انتظار در هنگام استفاده از این دارو در ترکیب با اپیوئیدها (مانند فنتانیل) می تواند باعث واکنش های متضاد مانند هایپراکتیویته و رفتارهای تهاجمی غیر قابل تسکین شود

### مقیاس های خود گزارشی بررسی درد در کودکان شامل موارد ذیل می باشد :

مقیاس بررسی درد توسط چهره : در کودکان کمتر از ۳ سال باید استفاده گردد.



## روش اجرایی ( در نوزادان ) :

برای ارزیابی درد در نوزادان باید از ابزار ( Astrid Lindgren Children' Hospital Pain Scale )- Neo ALPS توسط پزشک و پرستار استفاده گردد. این ابزار شامل ۵ شاخص حالت صورت ، الگوی تنفسی ، تون عضلانی ، فعالیت دست و پا و سطح فعالیت است.

شاخص	۰	۱	۲
حالت صورت	آرام	مضطرب ( تا حدودی از چهره مشخص است )	مضطرب و همراه با گریه
الگوی تنفس	تنفس آرام بدون تلاش	تلاش تنفسی اندک یا وقفه های تنفسی	تلاش تنفسی زیاد تنفس سریع -آپنه
تون عضلانی	طبیعی	متغیر	هیپرتون (سفت) یا هیپوتون (شل)
فعالیت دست و پا	آرام و راحت	کمی مشت شده تلاش برای چنگ زدن دست روی صورت	محکم مشت شده انگشتان دست / پا از هم باز شده شل
سطح فعالیت	با آرامش بیدار با آرامش خوابیده	گاهی بی قراری حرکتی	بی قراری حرکتی مداوم- خسته
نمره	بدون درد (۰)	درد خفیف (۱-۳)	درد متوسط (۴-۶) □ درد شدید (۷-۱۰) □

### کنترل درد در نوزادان به روشهای غیر دارویی:

- کنترل نور و صدای محیط
- قنداق کردن با پتو یا در بر گرفتن نوزاد با دستها
- تغذیه غیر مغذی با انگشت یا پستانک
- تماس پوست با پوست والدین
- دستکاری و تغییر پوزیشن های بسیار آرام و نرم
- تغذیه زیر سینه
- بوهای آشنا مانند بوی شیر مادر یا بوهای مربوط به والدین

### کنترل درد به روشهای دارویی:

#### A. کنترل درد در پروسیجرهای با حداقل درد:

۱. ساکارز: ۰/۰۵ تا ۰/۵ میلی لیتر از محلول ۲۴٪ که دو دقیقه قبل از پروسیجرهای دردناک به همراه دیگر روشهای غیر دارویی مثل مکیدن انگشت و یا پستانک، پوشاندن و لمس و کاهش نور و صدا در اطراف نوزاد استفاده می گردد. در صورتی که پروسیجر دردناک بیش از ۵ دقیقه طول بکشد باید دوز ساکارز مجدد تکرار شود. استفاده از محلولهای شیرین مثل ساکارز و یا گلوکوز در شیرخواران زیر ۱۲ ماه کاربرد دارد و باید بصورت خوراکی از طریق دهان داده شود.



نکته: استفاده از ساکارز در نوزادان مبتلا به NEC و عدم تحمل گوارشی توصیه نمی شود.

### B. ضد دردها برای پروسیجرهای تهاجمی:

بجز در موارد خیلی اورژانسی مانند انتوباسیون فوری، اغلب برای نوزادانی که تحت پروسیجرهای تشخیصی و درمانی دردناک (انتوباسیون الکتیو، تعبیه یا خارج کردن چست تیوپ، جاگذاری کاتترهای عروقی محیطی و ختنه) قرار می گیرند از اپیوئیدهایی مانند فنتانیل و مورفین و خواب آورهایی مانند میدازولام و فنوباربیتال استفاده می شود.

در نوزادان انتوبه تحت تهویه مکانیکی ضد درد مورد استفاده، فنتانیل با دوز  $3 - 1 \mu\text{g}/\text{Kg}$  هر ۴ ساعت وریدی می باشد که بعلت ایجاد عوارضی مثل سفتی قفسه سینه و تهویه ناموثر، باید آهسته و حداکثر با سرعت  $1 \mu\text{g}/\text{Kg}$  در دقیقه انفوزه شود. و یا از مورفین با دوز  $0.15 - 0.05 \text{mg}/\text{Kg}$  هر ۴ ساعت وریدی استفاده شود.

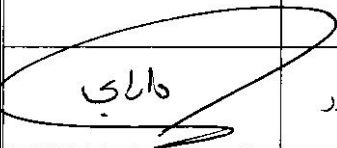
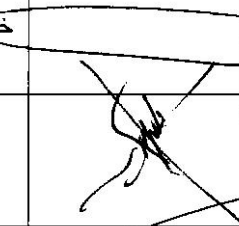
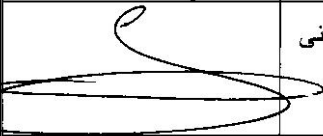

### C. استفاده از ضد درد پس از عمل جراحی:

مورفین و فنتانیل داروی انتخابی در کنترل درد در اعمال جراحی متوسط تا بزرگ، یا در نوزادانی که انتوبه می باشند و یا قبلا تاریخچه مصرف اپیوئید دارند، می باشد. اگر نوزاد مواجهه های طولانی مدت با اپیوئیدها (بالای ۵ روز) داشته باشد نباید داروها به یکباره قطع شده و جهت جلوگیری از عوارض withdrawal باید به تدریج و در عرض ۷۲ ساعت قطع شود. از استامینوفن به عنوان داروی کمکی و در جهت کاهش میزان استفاده از مخدرها می توان استفاده کرد. در هنگام مواجهه با عوارض دارویی مخدرها (مانند دپرسیون تنفسی) می توان از داروی نالوکسان به مقدار  $0.05$  میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تا زمان رفع عوارض استفاده کرد.

قبل از انجام انتوباسیون غیر اورژانسی باید داروهای ضد درد طبق جدول زیر تزریق شود:

داروی انتخابی	دوز دار
ضد درد اپیوئید	فنتانیل $0.5 \mu\text{g}/\text{Kg}$ تا $4$ انفوزیون وریدی طی $5 - 2$ دقیقه (داروی انتخابی) مورفین $0.1 - 0.05 \text{mg}/\text{Kg}$ وریدی
خواب آور	میدازولام $0.1 - 0.05 \text{mg}/\text{Kg}$ انفوزیون وریدی طی $5 - 2$ دقیقه (در پره مچورها استفاده نمی شود)
آنتی کولینرژیک	آتروپین $0.2 \text{mg}/\text{Kg}$ وریدی (برای نوزادان $< 2 \text{Kg}$ ) باعث بلوک واگال وعدم تحریک ریت قلبی می شود.
بلوکه کننده عصبی - عضلانی (شل کننده)	روکوروئیوم $1/2 - 1/6 \text{mg}/\text{Kg}$ وریدی واکوروئیوم $0.1 \text{mg}/\text{Kg}$ وریدی

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر	خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاالله هیرادفر
	کارشناس ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیر گروه بیهوشی	آقای دکتر داریوش شیخ زاده
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلا شکراللهی		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
					خانم معصومه محمدزاد
					نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی
					سمت : ریاست مرکز تاریخ تایید:
					نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی
					سمت : ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :

معصومه محمدزاد  
کارشناس ارشد پرستاری نوزادان  
سوپروایزر آموزشی - ن پ ۸۳۲۹۷۲۸۵  
مرکز آموزشی درمانی کودکان

منابع مورد استفاده :

دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت

راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم سال ۹۸

تجارب بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نحوه پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش ویژه

تاریخ تدوین: ۹۸/۸	کد دستورالعمل: ۳۱-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	
تعداد صفحه: ۳	

### تعریف:

ورود هر فردی با علائم بیماری به بیمارستان و تشکیل پرونده جهت معاینه بالینی توسط پزشک، پذیرش بیمار نام دارد. انتقال ایمن: همراه داشتن مانیتورینگ (پالس اکسی متری پرتابل)، اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار و حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار می باشد.

بیماران حاد: بیمارانی هستند که به صورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی شده است.

### اهداف:

هدف از انتقال بیمار از اورژانس یا یک بخش بستری به بخش ویژه با حصول اطمینان از دریافت مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم و دستیابی بیمار به اقدامات درمانی ویژه مورد نیاز بیمار حاد می باشد.

### دامنه دستورالعمل:

کلیه بخش های بالینی مرکز

### گام های انجام کار:

سوپروایزر کشیک و مسئولان بخش های بستری و ویژه باید در امر انتقال بیماران حاد از اورژانس به بخش ویژه، مشارکت و همکاری فعال و موثری با مدیر تخت (Bed manager) بیمارستان داشته باشند.

در بخش اورژانس، بیماران حاد یا به همراه والدین به اورژانس آورده می شوند یا از مطب متخصصین و سایر بیمارستانها به این مرکز اعزام می شوند.

### الف- اقدامات مربوط به تحویل بیمار در بخش بستری مبدا:

۱. در بخش اورژانس، پس از ارزیابی سریع و اولیه بیمار توسط پرستار تریاژ، وضعیت بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس تثبیت می شود.
۲. در بیماران بستری در بخش ها که اندیکاسیون بستری در بخش های ویژه را دارند، وضعیت بیمار توسط پزشک بخش تثبیت می شود.
۳. مشاوره اورژانس جهت انتقال بیمار به بخش ویژه، توسط پزشک مقیم اورژانس یا پزشک معالج/رزیدنت بخش درخواست و بیمار سریعاً توسط فلوی مربوطه (فلوی ریه یا نوزادان بر حسب مورد) یا رزیدنت ارشد ویزیت می شود.

**تبصره:** در بیماران سطح ۱ تریاژ در بخش اورژانس که بیمار CPR شده است، نیاز به انجام مشاوره نیست، با هماهنگی پزشک مقیم با فلوی کشیک بخش ویژه انتقال بیمار انجام می شود.

۱. انتقال بیمار به بخش های ویژه پس از هماهنگی و مشاوره با فلوشیپ نوزادان/رزیدنت ارشد در NICU و فلوشیپ ریه/رزیدنت ارشد در PICU، توسط پزشک مقیم اورژانس یا پزشک معالج/رزیدنت بخش بصورت کتبی ثبت می شود.

۲. پرستار دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار را چک می نماید.

۳. پرستار دستورات جدید پزشک را کنترل و چک کرده و موارد Stat و پروسیجر های اورژانسی در بخش مبدا انجام می شود.

۴. مسئول شیفت اورژانس/بخش هماهنگی لازم را با بخشهای ویژه و سوپروایزر کشیک جهت انتقال بیمار به عمل می آورد.

۵. پرستار مسئول بیمار ، بیمار و خانواده وی را از اهداف انتقال، علت ، بخش، زمان انتقال و ... مطلع می کند.

۶. پرستار اطلاعات پرونده بیمار از نظر ثبت شرح حال، گزارش پرستاری، نتایج اقدامات پاراکلینیکی و... کنترل و نسبت به رفع نواقص آن اقدام می نماید.

۷. پرستار لاین وریدی و تمام اتصالات بیمار را از نظر صحت کارکرد چک می کند و قبل از انتقال علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می نماید.

۸. پرستار با هماهنگی همراه بیمار کلیه وسایل متعلق به وی را جمع آوری کرده و بیمار را جهت انتقال آماده و به تمیز و مرتب بودن بیمار توجه می کند.

۱۳. پرستار در گزارش پرستاری زمان، تاریخ و محل انتقال بیمار را ثبت می کند.

۱۴. پرستار به همراه کمک پرستار/ابط و والدین ، بیمار را به بخش ویژه منتقل می کند:

a. با توجه به شرایط بالینی بیمار، از برانکارد یا ویلچر در کودکان و انکوباتور پرتابل یا کات نوزادی در نوزادان جهت انتقال ایمن بیمار (بستن کمربند ایمنی در حمل با برانکارد ، رعایت حریم خصوصی ، پوشش مناسب و حفظ زنجیره گرمایی) به بخش های ویژه استفاده می شود.

b. وسیله انتقال باید مجهز به اکسیژن پرتابل بوده و وسایل کمک تنفسی و پالس اکسی متری پرتابل به همراه داشت.

۱۵. در صورت انتوبه بودن بیمار ، همراهی بیمار توسط پزشک حین انتقال الزامی است.

### ب- اقدامات مربوط به تحویل بیمار در بخش ویژه :

۱. پرستار بخش ویژه قبل از پذیرش بیمار، باید تخت و تجهیزات و امکانات لازم با توجه به وضعیت بالینی که پرستار مبدا شرح داده آماده می کند.

۲. پرستار بخش ویژه، پرستار بیمار را به صورت فعال شناسایی کرده و بیمار و همراه آن را با خوشرویی بپذیرد.

۳. پرستار بخش ویژه خود را به بیمار و همراه او معرفی می کند.

۴. پرستار دستور انتقال بیمار را چک می کند.

۵. پرستار و کمک پرستار بیمار را به تخت مربوطه (در کودکان و یا وارمر/ انکوباتور در نوزادان (که قبلاً گرم شده است)) هدایت می کند.

۴. پرستار بخش ویژه وضعیت سلامت فعلی از جمله علائم حیاتی، آخرین وضعیت همودینامیکی بیمار را کنترل و ثبت می نماید.

۵. پرستار بخش ویژه اطلاعات کامل در مورد تشخیص بیماری، اقدامات درمانی انجام شده، داروهای مصرفی، رژیم غذایی و یا هرگونه

موارد خاص مثل حساسیت بیمار و ... موارد قابل پی گیری را از پرستار تحویل دهنده دریافت می کند.

۶. پرستار در صورت وجود هرگونه ابهام در موارد فوق از پرستار تحویل دهنده سوال میکند و در حضور پرستار تحویل دهنده دستورات جدید پزشک را مرور می کنند.

۷. پرستار عملکرد کاترها (سوند فولی و NGT...) بررسی و تاریخ و ساعت اتصال را کنترل می کند.

۸. پرستار پرونده و مدارک پزشکی بیمار را کنترل و تحویل می گیرد.

۹. پرستار به فلو /رزیدنت ارشد جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.

۱۰. در صورت آماده بودن همراه برای دریافت اطلاعات ، پرستار بخش ویژه مقررات بخش ، زمان ملاقات، وسایل مورد نیاز، محدودیت ها و... را به بیمار و همراه وی توضیح می دهد.

۱۱. پرستار مقصد، زمان ورود، تاریخ انتقال، روش انتقال و نام پرستار انتقال دهنده بیمار و شرایط بیمار و یافته های حاصل از بررسی و اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت می کند.

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات مرکز پرستاری	لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری آموزشی و درمانی کودکان تبریز نظام پرستاری: ۳۳۰۷۲۵	دکتر جواد احمدیان	رئیس بخش اوزارگش	امضاء
فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی ارشد	فریبا دارابی	نسرین اکبری	سرپرستار PICU	ازهر
ناهید خداداد	سرپرستار اورژانس	ناهید خداداد سرپرستار بخش اورژانس ن.پ: ۸۲۱۴۵۳۴	ام البنین حسینی	سرپرستار NICU	امضاء
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان	معصومه محمدزاد سوپروایزر آموزشی نوزادان ن.پ: ۸۲۲۹۲۷۵	رقیه نصیری	پرستار NICU	رقیبه نصیری
شیوا محمدزاد اکبری	پرستار PICU	شیوا محمدزاد اکبری مركز آموزشی درمانی کودکان			
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر محمدباقر حسینی	سمت: مدیر گروه کودکان	تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر نعمت بیلان	سمت: رئیس بخش PICU	تاریخ تایید:
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مجید محله ای	سمت: رئیس بخش NICU	تاریخ تایید:	امضاء:	امضاء:	امضاء:
نام و نام خانوادگی تایید کننده: لیلی رسولی	سمت: مدیر خدمات پرستاری	تاریخ تایید:	امضاء:	امضاء:	امضاء:
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:	امضاء:	امضاء:

مركز آموزشی درمانی کودکان تبریز  
دکتر محمدباقر حسینی  
رئیس بخش کودکان و فوق تخصص نوزادان  
دانشیار تمام وقت جغرافیایی - ن.پ: ۴۳۸۷۶

مركز آموزشی درمانی کودکان تبریز  
دکتر محمدباقر حسینی  
رئیس بخش کودکان و فوق تخصص نوزادان  
دانشیار تمام وقت جغرافیایی - ن.پ: ۴۳۸۷۶

دکتر مجید محله ای  
مستشار آموزشی و پژوهشی  
استادیار تمام وقت فوق تخصص نوزادان

لیلی رسولی  
مدیر خدمات پرستاری  
مركز آموزشی و درمانی کودکان تبریز  
نظام پرستاری: ۳۳۰۷۲۵

### منابع مورد استفاده:

۱- Wong's clinical manual of pediatric Nursing, ۸th edition. ۲۰۱۱

۲- تجربه بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر بودن بیماران

کد دستورالعمل: INS-۳۲  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۵/۴  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

### تعریف:

- بیماران پر خطر بیمارانی هستند که احتمال مرگومیر در آنان حین و پس از عمل جراحی بیش از ۵ درصد تخمین می گردد و کاندیدای انجام مشاوری های تشخیصی /جراحی /بیهوشی و مراقبت های ویژه می باشند و برحسب تقسیم بندی انجمن بیهوشی آمریکا این بیماران در سطح سه به بالا قرار می گیرند. در این بیماران پیش آگهی بیماری و مدت زمان انتظار برای عمل جراحی مد نظر قرار می گیرد .
- بیماران اورژانسی بیمارانی هستند که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات درمانی، منجر به صدمات عضوی و یا جانبی و نیز مشکلات روانی بیمار می شود در این گونه بیماران برنامه ریزی انجام عمل جراحی براساس دستورالعمل بیمارستان و سطوح تریاژ به نحوی است که هیچگونه تاخیر /تعطل منجر به تهدید جان /سلامتی بیماران رخ ندهد .
- بیماران عفونی بیمارانی هستند که قابلیت سرایت بیماری ایشان به محیط و دیگران وجود دارد و لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی و قطره ای و نیز مراعات ملاحظات پیش گیری و کنترل عفونت در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان لحاظ میشود.

### اهداف:

- ✓ شناسایی، طبقه بندی و اولویت بندی بیماران با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر
- ✓ رعایت اولویت پذیرش و انجام اعمال جراحی
- ✓ تخمین مدت زمان پذیرش بیماران
- ✓ نحوه برخورد بیماران مبتلا به عفونت های مسری نیازمند اعمال جراحی

دامنه: بخش اتاق عمل – بخش های بستری

### گام های دقیق انجام کار نوبت دهی:

۱. کلیه مسئولین بخش ها باید لیست اعمال جراحی الکتیو را شب قبل از عمل به اتاق عمل ارسال کنند .
۲. مسئول اتاق عمل طبق لیست فرستاده شده و برنامه کاری پزشکان در اتاق عمل تقسیم بندی اتاق ها و پرسنل را انجام می دهد .
۳. مسئول اتاق عمل و پزشک جراح در تمام روزهای کاری بیماران اورژانسی و بیمارانی پرخطر و سن زیر ۶ ماه را بر بیماران الکتیو درالویت قرار می دهند .
۴. پرستار مسئول بخش قبل از انتقال بیمار اورژانسی به اتاق عمل با اتاق عمل تماس گرفته و شرایط بیمار را به مسئول شیفت اطلاع داده و ایشان سریعاً از وجود اتاق، تجهیزات و نیروهای پرستاری و پزشکی اطمینان حاصل کرده و طی تماس تلفنی جهت انتقال بیمار به اتاق عمل اعلام آمادگی نماید. پرستار مسئول بیمار، بیمار را با تجهیزات لازم و رعایت نکات ایمنی به اتاق عمل منتقل کرده و زمان انتقال بیمار به اتاق عمل را در گزارش پرستاری پرونده ثبت کند. (در صورت داشتن دستور کتبی در پرونده مبنی بر اورژانسی بودن عمل جراحی و عدم حضور ولی قانونی؛ الزامی به اخذ رضایت آگاهانه نیست)

✓ در این مرکز اتاق عمل شماره ۳ به عنوان اتاق عمل اورژانس می باشد که پرسنل و تجهیزات آن همیشه آماده هستند و می توانند در صورت نیاز در موارد حاد اورژانس، از پرسنل غیر از پرسنل اتاق عمل اورژانس نیز کمک بگیرند.

✓ مسئول اتاق عمل، اتاق عمل اورژانس و پرسنل مربوطه را در هر شیفت مشخص می نماید

۵. پزشک معالج برنامه اتاق عمل را به گونه ای برنامه ریزی کند که بیماران عفونی در ساعات آخر کاری و آخرین جراحی باشند. در صورت عفونی بودن عمل جراحی تمام احتیاطات استاندارد و احتیاطات قطرات و تماسی برحسب مورد عمل جراحی رعایت می شود و تمام وسایل حفاظت فردی توسط تیم جراحی و بیهوشی پوشیده می شود و بعد از عمل جراحی ست بیهوشی عوض می شود و تمامی ستها در ماده ی ضد عفونی کننده طبق دستور العمل گذاشته می شود و بعد از عمل تمامی سطوح و منافذ اتاق عمل با دستگاه نوکواسپری ضد عفونی می شود و بعد از یک ساعت از اتمام کار دستگاه نوکواسپری اتاق عمل برای عمل بعدی آماده می باشد.

### پذیرش بیماران به اتاق عمل :

۱. پرسنل اتاق عمل و و بیهوشی وسایل و امکانات مورد نیاز برای عمل را مطابق چک لیست مربوطه کنترل نموده و در صورت وجود مشکل به مسئول اتاق عمل و جراح اطلاع می دهند .
  ۲. منشی اتاق عمل قبل از فراخوان بیمار به اتاق عمل از حضور جراح و متخصص بیهوشی و آماده بودن اتاق و پرسنل اطمینان می یابد تا بیمار مدت زیادی در انتظار نباشد سپس نام و نام خانوادگی بیمار را تلفنی به بخش مربوطه جهت آماده سازی بیمار اطلاع می دهد.
  ۳. پرستار بخش پس از تکمیل برگه مراقبت قبل از جراحی و اطمینان از آمادگی بیمار با کمک بیمار بر، بیمار را با برانکارد با رعایت ایمنی و حفظ پوشش مناسب و همراه با تجهیزاتی حیاتی در صورت لزوم به اتاق عمل انتقال داده و ایشان را به پرستار اتاق عمل تحویل دهد و تا پایان پذیرش بیمار توسط وی، در اتاق عمل حضور دارد.
  ۴. پرستار اتاق عمل (پرستار کاردان، کارشناس اتاق عمل یا هوشبری) خود را به بیمار معرفی کرده و کلیه موارد زیر را کنترل و در برگه مراقبت قبل از جراحی ثبت می کند :
- ✓ راه هوایی و ریسک فاکتورها توسط پرستار و اطلاع به جراح و متخصص بیهوشی در صورت وجود مشکل در وضعیت جسمی بیمار
- ✓ شناسایی فعال بیمار و مطابقت با دستبند شناسایی
- ✓ کنترل محل عمل از نظر شیو محل و علامت گذاری
- ✓ وجود رضایت آگاهانه از ولی قانونی بیمار در پرونده
- ✓ کنترل سوابق اعمال جراحی، بیماریهای زمینه ای، حساسیت دارویی، وجود اعضای مصنوعی و...
- ✓ ناشتا بودن و رعایت مدت زمان لازم جهت ناشتایی مطابق با دستور العمل ناشتایی بیماران قبل از جراحی بر اساس ساعات مجاز
- ✓ بررسی بیمار از نظر وجود هرگونه عضو اجزاء مصنوعی و کاشتنی و نداشتن هر گونه آرایش و زیورآلات
- ✓ وجود کلیشه گرافی ها و اسکن و اوراق آزمایشگاهی مورد نیاز (بخصوص برگه گروه خونی) . برای جراحی های نیازمند به رزرو خون، برگه رزرو خون ضمیمه پرونده باشد
- ✓ وجود راه وریدی مناسب
۵. بیمار لباس مناسب اتاق عمل به تن داشته باشد
  ۶. پرستار اتاق عمل با آرامش به کلیه سوالات بیمار پاسخ داده و در صورت لزوم از پزشک بیهوشی و جراح جهت پاسخ به سوالات بیمار و ارائه توضیحات کافی کمک گیرد
  ۷. پرستار اتاق عمل در صورت دستور پزشک جراح در پرونده، داروها و لوازم مورد نیاز را از پرستار بخش تحویل بگیرد
  ۸. بیمار بر با نظارت و مشارکت پرستار اتاق عمل با حفظ حریم خصوصی و رعایت نکات ایمنی، بیمار را از برانکارد و یا ویلچر بخش به برانکارد اتاق عمل و سپس در اتاق عمل به تخت عمل انتقال می دهد.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	رئیس کنترل عفونت	دکتر اسکونی		مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
	سوپروایزر بالینی	فریبا دارابی		رئیس بیهوشی	دکتر داریوش شیخ زاده
	کارشناس اتاق عمل	رویا حسین زاده		سرپرستار اتاق عمل	سکینه موسویان
	سوپروایزر آموزشی کارشناس پرستاری (وزادار)	معصومه محمدزاد		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	نیره فرج زاده
		امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود بادبرین		
			سمت : رئیس اتاق عمل		
			تاریخ تایید:		
		امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز		
			شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده :

دستورالعمل جراحی ایمن-سنجه های اعتبار بخشی و تجربه های بیمارستان





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



**عنوان دستورالعمل : دستورالعمل جراحی ایمن**

تاریخ تدوین: ۹۵/۹/۲۰	کد دستورالعمل : ۳۳-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۹/۱۳	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹/۱۸	

**تعریف :**

با توجه به ضرورت پیشگیری از عوارض جراحی و اجتناب از آسیب به بیمار اقدامات ذیل جهت جراحی ایمن ضرورت دارد:

- عمل جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح
- توجه به این نکته که احتمال وقوع اشتباه در موضع جراحی بیشتر بر روی ارگان های قرینه است .

**اهداف :**

ارتقاء ایمنی بیمار ، پیشگیری از بروز خطرات بالقوه ، افزایش رضایتمندی

**دامنه :** کارکنان بخش جراحی ، پزشکان جراح و بیهوشی، رزیدنتهای جراحی و بیهوشی، سرپرستار اتاق عمل و جراحی، کارشناسان اتاق عمل و بیهوشی

**فرد پاسخگوی دستورالعمل:** پزشکان جراح ، سرپرستار اتاق عمل ، سرپرستاربخش جراحی

پروتکل جهانی شامل سه گام به منظور تامین بیمار صحیح ، موضع صحیح و پروسیجر صحیح می باشد:

گام اول : تأیید بیمار ، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذ تصمیم به عمل جراحی تا هنگام انجام عمل جراحی شامل موارد زیراست:

الف- در هنگام برنامه ریزی و زمان بندی عمل جراحی

ب- در هنگام پذیرش یا ورود به اتاق عمل

ج- در هر زمان که مسئولیت مراقبت از بیمار به فرد دیگری منتقل شود.

د- قبل از ورود بیمار به اتاق عمل

گام مذکور باید با مشارکت بیمار (با توجه به کودک بودن بیماران این مرکز توجه به رده سنی ضرورت دارد) / یا همراه آگاه وی و کلیه

اعضای تیم درمانی و از طریق شناسایی و علامت گذاری موضع و در طی اخذ رضایت آگاهانه ، از وی و تأیید موضع ، طرف بدن و پروسیجر با بررسی و کنترل پرونده و کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.

گام دوم : علامت گذاری موضع عمل:

۱- براساس دستورالعمل جهانی ، موضع عمل باید علامت گذاری گردد، به ویژه در مورد ارگان های قرینه طرفی ، چند ساختاری نظیر

انگشت دست و پا و دنده ها و سطوح چندگانه نظیر ستون مهره ها

۲- علامت گذاری باید با یک مارکر دائمی که هنگام آماده سازی محل عمل پاک نشود انجام شود.

۳- علامت گذاری موضع عمل باید توسط جراح انجام دهنده عمل جراحی صورت پذیرد. فقط جراح در صورتی می تواند علامت گذاری را به شخص دیگری واگذار نماید که آن شخص در تمام مدت عمل جراحی به ویژه هنگام برش پوست در اتاق عمل باشد.

۴- به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار باید علامت گذاری موضع عمل تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار با حضور همراه آگاه وی انجام شود.

**گام سوم:** وقفه یا درنگ جراحی ، وقفه کوتاه در فعالیت اتاق عمل ، باید قبل از برش پوست به منظور تایید بیمار ، پروسیجر و موضع عمل با انجام اقدامات ذیل صورت پذیرد:

۱- در این هنگام باید با حضور کلیه اعضای تیم جراحی از وضعیت مناسب بیمار برای جراحی ، وجود ایمپلنت ، امکانات و تجهیزات خاص و رفع هرگونه مشکل یا عدم انسجام اطمینان حاصل شود.

۲- کسب اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه از ولی قانونی بیمار به زبان ساده و پس از بیان عوارض و موضع عمل جراحی و هزینه عمل (در موارد اورژانسی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه نیست).

۳- قبل از القاء بیهوشی باید یکی از اعضای تیم اقدام به شناسایی بیمار به صورت کلامی و با استفاده از تطابق خود اظهاری نماید و با شناسه های مندرج بر دستبند شناسایی مطابقت دهد. شناسایی بیماران باید حداقل توسط دو شناسه (نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز و ماه و سال )، صورت پذیرد.

۴- باید یکی از اعضای تیم رضایت آگاهانه و موضع و پروسیجر صحیح را تایید نماید.

۵- پرستار و متخصص بیهوشی باید علامت گذاری موضع راکنترل و با مستندات پرونده تطبیق دهند.

۶- به عنوان اقدام ایمنی نهایی ، باید تیم جراحی به صورت هم زمان و مستقل ، بیمار و موضع و پروسیجر صحیح را برای جراحی تایید نمایند.

#### جهت انجام بیهوشی ایمن اقدامات ذیل ضرورت دارد:

- ۱- اولین و مهم ترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب است . و در موارد اورژانسی در صورت عدم حضور متخصص بیهوشی، انتخاب شروع بیهوشی با مسئولیت جراح بستگی به وضعیت و شرایط بیمار دارد.
- ۲- برای کلیه بیماران تحت بیهوشی عمومی دسترسی به ذخیره اکسیژن مناسب ضرورت دارد. اکسیژن بافتی و تهویه باید با پالس اکسی متر کنترل گردد و صدای آن به حد کافی بلند باشد .
- ۳- باید پایش مستمر تهویه با سمع و مشاهده ، کفایت راه های هوایی انجام گیرد.
- ۴- پایش مستمر گردش خون، باید با سمع ولمس ضربان قلب یا نمایش تعداد ضربان قلب روی مانیتور و پالس اکسی متر انجام شود.
- ۵- فشار خون شریانی حداقل هر ۵ دقیقه یکبار و یا در فواصل زمانی کوتاه تر بایستی اندازه گیری شود.
- ۶- در کودکان یا در موارد بیهوشی های طولانی مدت پایش درجه حرارت بدن ضرورت دارد.
- ۷- سطح بیهوشی با مشاهده بالینی ، بایستی به طور منظم ارزیابی گردد.

#### کنترل موارد ذیل توصیه می گردد:

- ۱- کنترل غلظت اکسیژن دهی در طی بیهوشی با وسیله مجهز به آلامر غلظت پایین اکسیژن
- ۲- استفاده از کاپنوگراف برای اندازه گیری مستمر و نمایش موج و غلظت  $CO_2$  بازدمی
- ۳- استفاده از الکترو کاردیوگراف
- ۴- ضرورت وجود D.C شوک
- ۵- کنترل منظم دمای بدن و بیماران مستعد خطر
- ۶- اندازه گیری مستمر الکترونیک درجه حرارت بدن در صورت امکان
- ۷- محرک اعصاب محیطی برای ارزیابی وضعیت پارالیز در موارد استفاده از داروهای بلوک کننده عصبی عضلانی

## توصیه های اکید به منظور تشخیص و برخورد مناسب تیم با خطر از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی :

- ضرورت ارزیابی راه هوایی همه بیماران قبل از القاء بیهوشی در بیماران کاندید عمل جراحی
- ضرورت آمادگی متخصص بیهوشی برای مدیریت راه هوایی بیماران
- ضرورت کمک فوری به متخصص بیهوشی در القاء بیهوشی در مواقع احتمال وجود راه هوایی مشکل
- مواقعی که بیمار مورد شناخته شده ای از راه هوایی مشکل می باشد امکان بیهوشی عمومی وجود ندارد باید از روش های جایگزین استفاده شود. (در بیماران مذکور حضور دو نفر متخصص بیهوشی ضرورت دارد).
- کلیه متخصصین بیهوشی باید مهارت لازم در برخورد با راه هوایی مشکل را داشته باشند.
- همیشه بعد از لوله گذاری متخصص بیهوشی باید با سمع صداها تنفسی و نیز تهویه و پایش وضعیت اکسیژن بیمار با پالس اکسی متر از محل جاگذاری مناسب لوله تراشه اطمینان حاصل نماید.

- NPO بودن بیمار دلیل کاهش ترشحات معدی و افزایش PH و اجتناب از آسپیراسیون ضرورت دارد.
- متخصص بیهوشی باید با استفاده از کاپنوگرافی از محل جاگذاری مناسب لوله تراشه اطمینان حاصل کند.
- متخصص بیهوشی باید در برگه گزارش بیهوشی نتایج ارزیابی راه هوایی و توضیحات راجع به لوله گذاری آسان یا مشکل را ثبت نماید.

## اقدامات ذیل به منظور مقابله با خطر از دست دادن خون زیاد در بیماران ضرورت دارد:

- متخصص بیهوشی باید قبل از القاء بیهوشی احتمال از دست دادن خون زیاد را در نظر بگیرد و آمادگی لازم را داشته باشد.
- در صورتیکه خطر از دست دادن خون ناشناخته است مذاکره متخصص بیهوشی با جراح لازم است.
- در موارد احتمال از دست دادن خون زیاد باید تیم جراحی، احتمال آن را پیش بینی و از وجود راه وریدی مناسب مطمئن شوند.
- باید یکی از اعضای تیم وجود فرآورده های خونی مورد لزوم برای عمل جراحی را تایید نماید.

انجام اقدامات ذیل به منظور اجتناب از ایجاد واکنش های ناخواسته دارویی یا واکنش آلرژیک ضرورت دارد:

- ۱- بایستی متخصصین بیهوشی فارماکولوژی داروهایی را که دستور می دهند یا تجویز می نمایند و درجه سمیت آنها را بشناسند.
- ۲- شناسایی بیمار قبل از تجویز دارویی لازم است .
- ۳- ارزیابی کامل و اخذ شرح حال از تاریخچه دارویی و آلرژی ها و سایر واکنشهای بیش حساسیتی ضرورت دارد.
- ۴- باید برچسب گذاری داروها قبل از دادن دارو به بیمار و تایید و کنترل مجدد آنها صورت گیرد.
- ۵- قبل از دادن دارو به بیمار ارتباط کلامی واضح با یکی دیگر از ارائه کنندگان خدمت به منظور کسب اطمینان از اطلاعات مرتبط با موارد منع مصرف و ... ضرورت دارد.

رعایت موارد ذیل ضروری است :

- سازمان دهی صحیح داروها و رعایت تفکیک فیزیکی داروهای پر خطر از داروهای مشابه
- الصاق برچسب خوانا و حاوی اطلاعات استاندارد نظیر نام و غلظت دارو و تاریخ انقضا روی سرنگ ها
- گزارش خطاهای حین تزریق داروهای وریدی

## به منظور به حداقل رسانیدن خطر عفونت موضع جراحی ، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:

- باید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به صورت معمول در تمامی موارد جراحی تمیز \_ آلوده مصرف شود و برای استفاده در هر مورد جراحی تمیز نیز در نظر گرفته شود.
- آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک بایستی یک ساعت قبل از برش پوست تجویز گردد. در صورت استفاده از ونکومایسین ، انفوزیون آن باید یک ساعت قبل از برش پوست تمام شده باشد.
- ضرورت دارد از استریلیتی کامل ابزار ، وسایل و مواد جراحی اطمینان حاصل گردد و استریلیتی وسایل و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخص های استریلایزرها توسط پرستار تایید شود.

- در صورت طول کشیدن عمل جراحی بیش از ۴ ساعت یا در موارد خونریزی وسیع و فوق العاده جراحی باید تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی صورت گیرد. ضمناً در صورتی که از ونکومایسین به عنوان پروفیلاکسی استفاده شده باشد و در موارد اعمال جراحی کمتر از ۱۰ ساعت نیاز به دوز مجدد نیست.
- آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی باید ظرف ۲۴ ساعت پس از عمل قطع شوند.
- شیو موضع عمل به دلیل افزایش احتمال عفونت موضع عمل توصیه نمی گردد و باید از قیچی در زمان کمتر از ۲ ساعت مانده به عمل استفاده شود.
- اکسیژناسیون بیمار قبل از عمل برحسب نیاز بالینی باید صورت گیرد.
- باید درجه حرارت طبیعی بدن حفظ گردد.
- باید از ماده آنتی سپتیک مناسب قبل از جراحی (بتادین قهوه ای) استفاده گردد.
- باید شستشوی دست با صابون به مدت ۲ تا ۵ دقیقه و سپس محلول دکوسپت برای ضد عفونی دست ها قبل از عمل استفاده گردد.
- پوشاندن موها و استفاده از ماسک و عینک و گان استریل و دستکش استریل در عمل جراحی ضرورت دارد ، همچنین استفاده از پیش بند و چکمه پلاستیکی در مواردی که احتمال مرطوب شدن میرود لازم است .
- پانسمان استریل روی زخم جراحی به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از جراحی باید حفظ گردد.
- باید تهویه با فشار مثبت در اتاق عمل رعایت گردد.
- تمیز نمودن اتاق عمل پس از عمل جراحی کثیف یا عفونی و در اتمام هر عمل جراحی تمیز ضرورت دارد.
- خط مشی های کنترل عفونت باید اجرا گردد.
- باید تیم های جراحی در مورد پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سالانه آموزش ببینند.

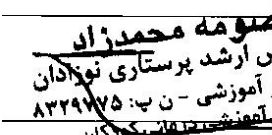
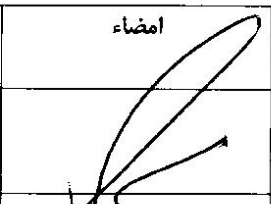





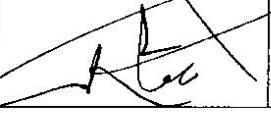

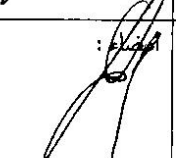
#### اقدامات لازم جهت اجتناب از جا ماندن هر گونه ابزار و گاز جراحی:

- در کلیه اعمال جراحی شکمی ، خلف شکمی ، لگن و سینه ای شمارش کامل گاز و لنگاز و سرسوزن ها و ابزار ضرورت دارد.
- باید تعداد شمارش شده گازها و لنگازها و ابزار و وسایل مورد استفاده دیگر همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش در برگه گزارش عمل ثبت گردد و نتیجه شمارش با صدای بلند با جراح و تیم جراحی در میان گذاشته شود.
- بررسی بافت توسط جراح جهت اطمینان از بستن کامل لایه های آناتومیکی ضرورت دارد.

#### توصیه های اکید:

- روی ظرف نمونه های جراحی باید لیبل مشخصات بیمار و نام و محل نمونه گیری (موضع و طرف بدن) نصب گردد.
- پرستاران باید اعضای تیم را در خصوص هر گونه مشکل مرتبط با ایمنی و عدم وجود یا عدم آمادگی تجهیزات خاص آگاه نمایند.
- متخصصین بیهوشی باید اعضای تیم را در خصوص هر گونه دغدغه ایمنی یا هر گونه مشکل در آمادگی احیاء متعاقب از دست دادن خون زیاد یا معلولیت متعاقب آن آگاه نمایند.
- در مورد اندام های قرینه ، بخش های چند گانه بدن مثل انگشتان و سطوح چندگانه مثل مهره ها، وجود کلیشه گرافی و نمایش آن روی نگاتوسکوپ ضروری است.
- قبل از برداشتن پوشش جراحی ، باید جراح ، تیم را از هر گونه مشکل احتمالی در دوره بعد از جراحی و برنامه درمانی ضروری بعد از جراحی آگاه نماید. متخصص بیهوشی نیز باید هر گونه دستور لازم برای تضمین برگشت ایمنی بیمار را به اعضای تیم اعلام نماید و پرستار باید توجه تیم را به هر گونه مشکلات تشخیص داده شده در طی جراحی یا برای ریکاوری جلب نماید.
- گزارش کامل عمل جراحی باید شامل نام و نام خانوادگی تمامی اعضای تیم جراحی باشد.
- اطلاعات ثبت شده توسط جراح در برگه گزارش جراحی باید شامل نام پروسیجر اصلی و هر گونه پروسیجر های ثانویه اجرا شده و نام کمک جراحان و جزئیات پروسیجر و مشکلات حین عمل باشد.
- اطلاعات ثبت شده توسط متخصص بیهوشی در برگه گزارش بیهوشی باید شامل پارامترهای علایم حیاتی گزارش شده در فواصل دوره ای منظم ، داروها و محلول های وریدی تجویز شده و هر گونه اتفاق در حین عمل جراحی یا دوره هایی از ناپایداری وضعیت بالینی بیمار باشد.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزش - ن ب: ۸۳۲۹۷۷۵ آموزشی مرکز آموزش پرستاری کودکان	خانم معصومه محمدزاد		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاالله هیرادفر
	مسئول اتاق عمل	خانم سکینه موسویان		رئیس اتاق عمل	آقای دکتر داود بادبرین
	کارشناس ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیر گروه بیهوشی	دکتر داریوش شیخ زاده
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلا شکراللهی		مدیر خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میرهادی موسوی			
		سمت: ریاست مرکز تاریخ تایید:			
	امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی			
		سمت: ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:			

## منابع :

- راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم سال ۹۸
- دستورالعمل ابلاغی از وزارت بهداشت
- تجربه ی بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

کد دستورالعمل: INS-۳۴  
تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۵/۴  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف:** نمونه پاتولوژی نمونه ای از بافت است که جهت بررسی و تشخیص بیماری فرد از بیمار گرفته شده و داخل ظرف پاتولوژی حاوی فرمالین قرار میگیرد و به آزمایشگاه جهت بررسی پاتولوژی ارسال میگردد.  
فرمالین ۱۰ درصد: محلول رقیق شده فرمالین که در بخش درست شده ( ۱۰۰۰ سی سی آب مقطر در ۳۷۰ سی سی فرمالین ۳۷ درصد) و نمونه های پاتولوژی داخل این محلول قرار میگیرد.

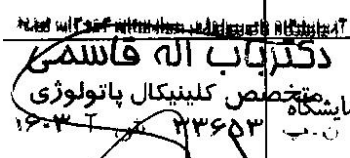

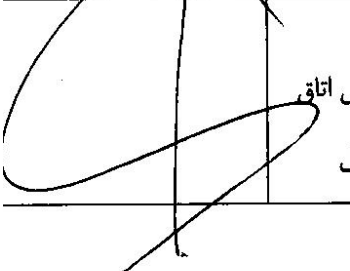
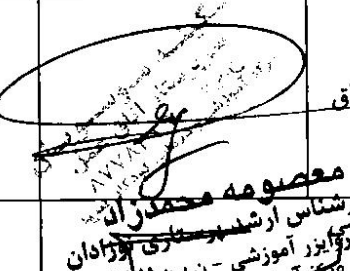
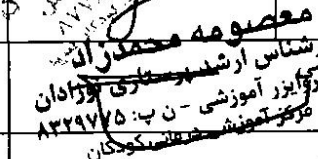
**اهداف:** انتقال ایمن نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

**دامنه:** اتاق عمل و تمامی بخش های بستری و واحد پاتولوژی

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

۱. بیماریکه کاندید اخذ نمونه پاتولوژی در اتاق عمل می باشد توسط فرد تحویل گیرنده بیمار در اتاق عمل پذیرش می شود.
۲. مشخصات بیمار در برگه پاتولوژی ثبت می شود و توسط جراح مربوطه مهر و امضا می شود.
۳. بیمار جهت اخذ نمونه پاتولوژی به اتاق عمل انتقال می یابد .
۴. نمونه پاتولوژی توسط جراح در اتاق عمل از بیمار اخذ می شود.
۵. مشخصات و نوع نمونه پاتولوژی توسط جراح در برگه پاتولوژی ثبت می شود.
۶. نمونه پاتولوژی توسط پرستار سیرکولر اتاق عمل مربوطه تحویل گرفته می شود.
۷. نمونه پاتولوژی (بافت) در ظرف مخصوص پاتولوژی حاوی فرمالین ۱۰٪ گذاشته می شود.
۸. مشخصات کامل بیمار و تاریخ و نوع نمونه روی ظرف پاتولوژی ثبت می شود.
۹. نمونه پاتولوژی توسط پرستار سیرکولر در اتاق عمل در دفتر تحویل پاتولوژی ثبت شده و مهر امضا می شود.
۱۰. نمونه پاتولوژی در باکس مخصوص نمونه پاتولوژی گذاشته می شود.
۱۱. منشی اتاق عمل نمونه های پاتولوژی را در سیستم HIS ثبت می کند.
۱۲. منشی اتاق عمل نمونه های پاتولوژی را توسط رابط اتاق عمل به واحد پاتولوژی ارسال می کند.
۱۳. مسئول واحد پاتولوژی نمونه پاتولوژی را بعد از تطابق نمونه ها و برگه ها و ثبت در HIS تحویل می گیرد و دفتر ثبت پاتولوژی اتاق عمل را مهر و امضا می کند.
۱۴. ارسال نمونه پاتولوژی هر روز در دو زمان مشخص یک بار ساعت ۱۰ صبح و یک بار در ساعت ۱۳ انجام می شود.
۱۵. نمونه های پاتولوژی اخذ شده در شیفت عصر کاری و شب کاری صبح روز بعد به واحد پاتولوژی ارسال می شود.
۱۶. این نوع انتقال نمونه های پاتولوژی از گم شدن نمونه ها جلوگیری می کند .

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	رئیس آزمایشگاه تخصص کلینیکال پاتولوژی ۱۶۰۳۲ / ۳۳۶۵۳	دکتر قاسمی		مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
	کارشناس اتاق عمل	رویا حسین زاده		سرپرستار اتاق عمل	سکینه موسویان
				معاونت پرستاری	معصومه محمدزاد
				سوپروایزر آموزش - ن پ: ۸۳۲۹۷۷۵	سوپروایزر آموزش - ن پ: ۸۳۲۹۷۷۵
		امضاء :		تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر بادبرین
				رئیس اتاق عمل	سمت :
		امضاء :		شماره و تاریخ ابلاغ :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی
				رئیس مرکز	سمت :

منابع مورد استفاده : تجربه ی بیمارستان و دستورالعمل های مرتبط



عنوان دستورالعمل : انجام مراقبت آغوشی متناوب و مداوم نوزاد در بخشهای نوزادان و NICU

کد دستورالعمل: INS-۳۵

تعداد صفحه ۵

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۶/۱۲  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۸/۱۲

### تعاریف :

- ✓ مراقبت آغوشی متناوب: نوعی از مراقبت است که نوزاد به صورت متناوب بر روی سینه مادر و داخل انکوباتور مراقبت میشود. انجام مراقبت آغوشی بصورت چند بار در روز و هر بار حداقل یک ساعت و ترجیحاً ۳ است.
- ✓ مراقبت آغوشی مداوم: نوعی از مراقبت آغوشی است که نوزاد بصورت مداوم (۲۰ ساعت از ۲۴ ساعت) بر روی سینه مادر مراقبت میشود به استثنای موارد خاص مانند حمام کردن مادر و مواردی موقت و کوتاه مدت که می تواند به فرد جایگزین تحویل داده شود. نوع مداوم را می توان برای هفته های متوالی ادامه داد.
- ✓ گاهی می توان ترکیبی از هر دو نوع را اجرا کرد.

### اهداف :

افزایش تغذیه شیرخوار از پستان مادر، افزایش ارتباط عاطفی زودتر و بیشتر نوزاد با والدین، کاهش استرس والدین، کاهش مدت بستری و هزینه.

### دامنه : بخش نوزادان و NICU

### مقدمه:

۱. در همه بخشهای نوزادان، مراقبت آغوشی به صورت یک فرآیند روتین انجام گردد. این فرایند به جز در موارد خاص (نوزادان زیر تهویه مکانیکی تهاجمی، نوزاد با شرایط ناپایدار تحت NCPAP، نوزادان دارای کاتتر نافی، شرایط ناپایدار بالینی از ۲۴ ساعت قبل، ناپایداری دمایی بدن نوزاد، ناپایداری سطح اشباع اکسیژن خون، نوزاد در معرض خونریزی مغزی یا داخل بطنی درجات ۳ و ۴، نوزاد با داروی اینوتروپ یا وازوپرسور)، نیازی به دستور پزشک ندارد.
۲. تعداد موارد مراقبت آغوشی و ساعات حضور مادر در برگ گزارش پرستاری و فرم پیشرفت بالینی ثبت و هنگام ترخیص نوزاد، نتایج اطلاعات در قسمت مربوطه در سامانه ایمان وارد گردد.
۳. یک نفر از پرسنل بخش نوزادان یا مراقبت ویژه نوزادان به عنوان تسهیل گر مراقبت آغوشی علاوه بر انجام وظایف جاری، برای بهبود کیفیت ارائه خدمات مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در بخش فعالیت می نماید.
۴. تسهیل گر مراقبت آغوشی باید دوره آموزشی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، تغذیه نوزاد با شیرمادر را گذرانده و با مباحث رشد و تکامل نوزاد آشنا باشد.
۵. دوره های آموزشی مورد نیاز گروههای مرتبط و والدین برای افزایش دانش و توانمندی برگزار شود.
۶. پایش و ارزیابی اجرای برنامه توسط سرپرستاربخش و سوپروایزرانجام گیرد.
۷. تعداد نوزادان مراقبت آغوشی شده بخش در هر ماه تعیین و محاسبه گردد.



## گام های دقیق انجام کار:

### قبل از شروع مراقبت آغوشی:

۱. از سلامت روحی و جسمی مادر و تمایل والدین مطمئن شوید.
۲. میزان نور محیط ارزیابی شود و اگر لامپ پرنوری در نزدیکی وجود دارد حذف شود.
۳. سرو صدای بلند برای نوزادان نارس آزار دهنده است حذف شود.
۴. درجه حرارت محیط ارزیابی گردد به طوری که محل انجام مراقبت دور از کوران هوای سرد یا گرمای غیرقابل تحمل باشد.
۵. محیط تهویه مناسبی داشته باشد.
۶. در حین مراقبت آغوشی نوزاد، به تنظیم نور روز و شب توجه شود (در فاصله ۱۱ شب تا ۶ صبح سرو صدا کم، نور محیط کاهش و نوزاد آماده برای خواب شود).
۷. مادر لباس سبک و گشاد بپوشد.
۸. مکانی گرم و مناسب برای مادر فراهم شود.
۹. مادر و نوزاد شرایط تثبیت شده ای داشته باشند.
۱۰. به حریم خصوصی مادر احترام گذاشته شود (از پاراوان یا پرده های شخصی استفاده شود).
۱۱. مراقبت آغوشی به حمایت و اطمینان مادر نیاز دارد لذا مادر به آوردن بستگان و شوهرش تشویق گردد.
۱۲. با افراد کلیدی خانواده به خصوص بستگان نزدیک صحبت شود.
۱۳. وقتی مادر در دسترس نیست، اعضای دیگر خانواده مثل پدر، مادر بزرگ، پدر بزرگ یا سایر بستگان پس از آموزش می توانند مراقبت آغوشی را انجام دهند.
۱۴. مادر تشویق گردد تا در هنگام نگرانی و به وجود آمدن مشکل از پرسنل بخش کمک بخواهد.
۱۵. پرستار تسهیل گر مراقبت آغوشی نقش آموزش دهنده اولیه و شروع کننده فرآیند را دارد و پس از تثبیت مراقبت آغوشی، مرتب به آنها سر بزند. ادامه کار با پرستار بیمار خواهد بود.

### تجهیزات مورد نیاز:

۱. پتوی کوچک/ملحفه گرم ۴ لا
۲. کلاه (برای نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم الزامی است) جوراب، پوشک و یا لباس جلو باز در صورت دمای محیط کمتر از ۲۲ درجه سانتیگراد
۳. صندلی راحت
۴. زیرپایی
۵. دما سنج
۶. بالش کوچک به تعداد مورد نیاز جهت راحتی مادر
۷. لباس مناسب مراقبت آغوشی (متناسب با شرایط بومی، راحتی مادر و حفاظت نوزاد)
۸. آیینیه (انتخابی)
۹. پالس اکسی متری (انتخابی)

### زمان مراقبت آغوشی:

۱. مراقبت آغوشی بعد از تثبیت وضعیت نوزاد و تمایل مادر پس از آموزشها و تشویقهای لازم شروع شود.

۲. مراقبت آغوشی کوتاه مدت را می توان در طی دوره بهبودی با ادامه درمان طبی همراه با لاین وریدی و اکسیژن درمانی انجام داد.
۳. اگر نوزاد مجاز به مکیدن سینه مادر است مراقبت آغوشی یک یا دو ساعت قبل از تغذیه شروع شود.
۴. بهتر است قبل از شروع مراقبت آغوشی مادر شیردوشی انجام دهد. بهترین زمان بلافاصله بعد از تغذیه، بعد از تصویربرداری و معاینه چشم است.
۵. اگر نوزاد با سوند داخل معده تغذیه می شود در حین مراقبت آغوشی تغذیه انجام شود چون نوزاد در حالت عمودی قرار دارد.
۶. اگر قرار است نوزاد تصویربرداری و یا معاینه چشم شود، بهتر است به محض پایان این نوع اقدامات، مراقبت آغوشی شروع شود.
۷. مراقبت آغوشی در ساعات اولیه شب به نوزاد کمک میکند در طول شب برای مدت طولانی تر بخوابد و به گردش مناسب شب و روز برسد.
۸. مادر قبل از مراقبت آغوشی آماده شود( مثانه خود را تخلیه کند و خوب غذا بخورد، لباسی بپوشد که راحت باشد و بتواندگان بیمارستان را بپوشد)
۹. از مراقبت آغوشی کمتر از یک ساعت اجتناب شود چون منجر به تنش نوزاد می شود. ترجیحاً هر نوبت مراقبت، ۳ ساعت باشد.

### کنترل محیط:

۱. درجه حرارت اتاقی که نوزاد مراقبت آغوشی می شود ۲۴-۲۵ درجه باشد.
۲. در هنگام مراقبت آغوشی از صندلی مناسب استفاده شود؛ صندلی باید تکیه گاه داشته باشد، در ناحیه پشت و نشیمنگاه کاملاً راحت و نرم باشد، به حد کافی بزرگ و پهن باشد، از یک یا چند بالش در ناحیه کمر و گردن استفاده شود، باید از زیرپایی استفاده شود.
۳. لباس نوزاد: کاملاً لخت نباشد(دارای پوشک و گاهی کلاه و جوراب)
- پوشک نوزاد قبل از مراقبت آغوشی تعویض شود و مطمئن شوید لبه آن کاملاً تا زده شده تا امکان تماس بیشتر پوست نوزاد از شکم به بالا وجود داشته باشد. در نوزادان خیلی نارس(کمتر از ۱۵۰۰ گرم) حتماً از یک کلاه نرم (در صورت امکان کلاه بافتنی یا پشمی آستردار) برای پوشاندن سر نوزاد و جوراب برای گرم نگهداشتن پاهای او استفاده شود.
۴. پتو نوزاد: یک پتو/ ملحفه برای مراقبت آغوشی استفاده شود. در صورت سردی هوا پتو /ملحفه چهارلا گردد و در صورت گرمی هوای محیط لایه های پتو باز شود.
- \* در مناطق آب و هوای گرم استفاده از یک گان بیمارستانی /ملحفه تمیز کفایت می کند.
- \* پتو/ملحفه نوزاد نارس بطور روزانه شسته شود.
۵. برای حفظ حریم شخصی باید از پاراوان استفاده شود.

### ۶. نوزادان نارس یا کم وزن:

نوزاد نارس زیر ۳۲ هفته و کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا اگر خیلی بیمار است در وضعیت شیبدارتری(نسبت به حالت عمودی)قرار گیرد. سرنوزاد کنترل شود اگر به جلو افتاد سرش به موقعیت قبل برگردانده شود تا از بازماندن راه هوایی او اطمینان حاصل شود. در نیم ساعت اول بعد از شیردادن دقیقاً مراقبت شود تا مانع برگشت محتویات معده به مری گردد( نوزادان بسیار نارس این حالت را در ۴۵ دقیقه بعد از شیرخوردن تجربه می کنند بنابراین مادر حداقل باید تا ۴۵ دقیقه بعد از تغذیه نوزاد در وضعیت تقریباً قائم بماند). اگر در حین مراقبت آغوشی، مادر به نوزادش شیر میدهد برای شیردهی او را در وضعیت خوابیده به یک طرف نگه دارد و بعد از پایان شیرخوردن او را روی سینه در وضعیت عمودی قرار دهد.

مادر با نوزاد ۳۴ هفته می تواند کاملاً عمود بنشیند و نوزاد در وضعیت مناسبی قرار گیرد.

اگر دمای زیر بغل نوزاد به ۳۷٫۴ رسید کلاه او را برداشته و بعد از ۱۵ دقیقه مجدد حرارت بدن را کنترل کنید. اگر بدن نوزاد هنوز گرم است جوراب پاهای او را خارج و یا روانداز او را نازکتر کنید.

۷. لباس مادر: مادر هنگام مراقبت آغوشی لباس مخصوص مراقبت آغوشی یا لباس راحت که ایمنی و راحتی نوزاد حفظ گردد بپوشد.

### کنترل علائم حیاتی نوزاد:

۱. همه ارزیابی های قلبی، تنفسی نوزاد در حین مراقبت آغوشی ادامه یابد.
۲. وضعیت نوزاد پایش شود: بازبودن راه هوایی، وضعیت گردن، تنفس منظم، رنگ صورتی نوزاد، کنترل دمای بدن
۳. اگر دستور پالس اکسی متری دارد ادامه یابد.
۴. درجه حرارت قبل و بعد و در طی مراقبت آغوشی مطابق پروتکل بخش و بر حسب نیاز اندازه گیری شود.
۵. ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به نوزاد اجازه داده شود تا بعد از انتقال، علائم حیاتی نوزاد تثبیت شود(در صورت انتقال).
۶. هر گونه دیسترس تنفسی در نوزاد کنترل و ثبت شود و در صورت ناپایداری وضعیت نوزاد، مراقبت آغوشی قطع شود.

### وضعیت قرار گیری در مراقبت آغوشی

۱. معمولاً نوزاد باید برهنه و عمودی بین سینه های مادر قرار داده شود بطوری که قفسه سینه و سر نوزاد روی قفسه سینه مادر باشد و سطح شکمی او در تماس با اپی گاستر مادر قرار گیرد. در صورت تمایل مادر و نوزاد، می توان نوزاد را به پهلو در فضای بین دو سینه مادر قرار داد.
۲. سر نوزاد کمی به یک طرف برگردانده شود تا به راحتی نفس بکشد.
۳. گردن نوزاد صاف باشد تا راه هوایی باز بماند و امکان تماس چشمی با مادر فراهم شود.
۴. از خم شدن و افتادن سر به جلو خودداری شود.
۵. رانهای نوزاد بهتر است خم و از بدن دور شود و شکلی مانند پاهای قورباغه بگیرند.
۶. در صورت امکان آرنجها خم شود و قسمت تحتانی شکم نوزاد باید تقریباً همسطح با اپی گاستر(بالای شکم مادر)باشد.
۷. نزدیکی مادر به نوزاد باید به گونه ای باشد که نوزاد جای کافی برای تنفس داشته باشد.
۸. مادر می تواند در حالت نشسته یا تکیه داده به تخت خواب یا صندلی، مراقبت آغوشی را انجام دهد.
۹. مادر می تواند اندکی به عقب خم شود و با دست خود بدن و گردن نوزاد را بگیرد.
۱۰. در نوزادان بسیار نارس بهتر است سر نوزاد به یک طرف برگردانده و به طور مختصر چانه نوزاد بالا برده شود(به عقب راندن سر-

### (Sniff Position)

۱۱. گردن نوزاد بیش از حد به جلو خم و بیش از حد به عقب رانده نشود.
۱۲. کناره های ملحفه در زیر گوشهای نوزاد قرار گیرد.
۱۳. در نوزادان نارس تر باید مانع لغزیدن به یک طرف و خارج شدن از خط وسط سینه مادر شد.
۱۴. وقتی شیرخوار شروع به لولیدن، جنبیدن، بی قراری و گریه کرد نشان میدهد از وضعیت موجود ناراحت است.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهدی دهخدا	کارشناس مسئول شیفت‌های ارشد پرستاری NICU سوپروایزر آموزش سلامت - ز. پ. ۵۴۳۲۶ مرکز آموزشی درمانی کودکان		لیلی رسولی	مدیر خدمات مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز پرستاری شماره پرستاری: ۳۳۰۷۲	
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		رقیه نصیری	مسئول آموزش به بیمار	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر مجید محله‌ای	سمت: معاون آموزشی تخصصی و فوق تخصصی - رئیس NICU		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر محمدباقر حسینی	سمت: مدیر گروه کودکان	
تاریخ تایید:	امضاء:		تاریخ تایید:	امضاء:	
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی	سمت: رئیس مرکز		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	
شماره و تاریخ ابلاغ:			شماره و تاریخ ابلاغ:		

منابع مورد استفاده:

۱. بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱.



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: شستشو و ضدعفونی ظروف شیردوشی و شیردهی

کد دستورالعمل: ۳۶-INS

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷/۲۵

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

تعداد صفحه: ۳

### تعاریف:

شستشو: تمیز کردن با آب گرم و مواد شوینده است فرآیندی که باعث از بین بردن گرد و غبار و آلودگی می شود و در بیشتر موارد برای ضد عفونی کردن تجهیزات و محیط زیست مؤثر است.

ضدعفونی کردن: ضد عفونی فرآیندی است که تعداد میکروارگانیسم ها را به حدی کاهش می دهد که در آن خطری برای بیماران یا استفاده کننده ایجاد نمی کند. این تنها در صورتی موثر است که سطوح و تجهیزات از قبل با مواد شوینده و آب کاملاً تمیز شده باشند.

ظروف شیردوشی و شیردهی: ظرف نگهداری شیر دوشیده شده مادر، فنجان تغذیه نوزاد، پمپ شیردوش دستی، پمپ شیردوش الکترونیکی، فیدینگ تیوب برای تهیه SNS یا Finger Feeding.

\*رابط شیردوش الکترونیکی با بطری

**اهداف:** پیشگیری از عفونت و ارتقا سلامت شیرخوار

**دامنه:** تمام بخشهای نوزادان، NICU و اطفال

### گام های دقیق انجام کار:

۱. هر کدام از مادران باید ظروف شیردوشی و شیردهی مخصوص به خود داشته باشند و این وسایل جزو وسایل شخصی میباشند.
۲. قبل از اولین استفاده با آب گرم و صابون بشویند.
۳. بعد از هر بار استفاده تمام قطعات ظروف باید از هم جدا شده و با آب گرم و مایع دستشویی توسط مادرشسته شود.
۴. اگر دستگاه استریل کننده بخار در بخش موجود است و ظروف قابل استریل کردن هستند از دستگاه استریل کننده بخار استفاده کنید: روش استفاده از دستگاه استریل کننده بخار:

۱. تمام قطعات ظروف باید از هم جدا شده و با آب گرم و مایع دستشویی توسط مادر شسته شود.
۲. قطعات ظروف شسته شده داخل سبد مربوط به ظروف شسته شده قرار گیرد.
۳. در پایان هر شیفت ظروف شسته شده توسط کمک پرستار استریل شود.
۴. کمک پرستار ۱۰۰ سی سی آب مقطر را داخل دستگاه بریزد.
۵. ظروف کوچک مانند: فنجان تغذیه و پستانک و فیدر فیدینگ در سبد کوچک دستگاه قرار گیرد. اگر تعداد قطعات زیاد است باید در چند نوبت استریل شوند.
۶. ظروف بزرگ مانند: بطری پمپ شیردوش و فلانگها و بطری تغذیه کودک در **سبد** بزرگ دستگاه قرار گیرد. نباید بیشتر از ۶ قطعه در سبد بزرگ قرار گیرد.
۷. بطریها و قطعات باید بصورت برعکس داخل سبد بزرگ قرار گیرد بصورتی که دهانه ظروف به طرف پایین باشند.
۸. ظروف حاوی مایع نباید استریل شوند باید ابتدا مایعات خالی، ظروف شسته و سپس استریل شوند.

۹. بعد از گذاشتن وسایل داخل سبدها درب دستگاه گذاشته شود.
۱۰. دوشاخه در پریز برق قرار گیرد.
۱۱. دکمه روشن / خاموش فشار داده شود.
۱۲. چراغ استریل کننده باید روشن شود.
۱۳. با اتمام استریل شدن باید دستگاه بطور اتوماتیک خاموش شود.
۱۴. دوشاخه از پریز خارج شود تا دستگاه خنک شود.
۱۵. حداقل ۵ دقیقه بعد درب دستگاه باید برداشته شود.
۱۶. قبل از برداشتن ظروف دستها شسته شود.
۱۷. مادر باید ظروف خود را با انبر بردارد چون ممکن است هنوز داغ باشند.
۱۸. بعد از خنک شدن دستگاه، درب، سبدها خشک شوند.
۱۹. بعد از هر بار استریل کردن، آب موجود در محفظه دور ریخته شود.
۲۰. قبل از استفاده مجدد دستگاه باید ۱۰ دقیقه خنک شود.
۲۱. دستگاه بعد از یک دوره استریل کردن، ۱۰ دقیقه کار نخواهد کرد.
۲۲. دستگاه یک بار در هفته با آب و مایع ظرف شویی شسته شود.
۲۳. از سیم و مواد سایش و مواد شوینده قوی استفاده نشود.
۲۴. جرم گیری محفظه آب دستگاه، حداقل یکبار در ماه توسط کمک پرستار انجام شود.
۲۵. ۸۰ سی سی سرکه سفید و ۲۰ سی سی آب را در محفظه/محل آب بریزید.
۲۶. بعد از رفع جرمها محفظه آبکشی شده و با پارچه تمیز شود.

### ✓ رابط دستگاه شیردوش الکترونیکی

۱. رابط دستگاه پمپ شیردوش الکترونیکی با بطری هر ۴۸ ساعته و یا در صورت مشاهده شیر داخل لوله توسط کمک پرستار تعویض شود.
۲. دستگاه شیردوش الکترونیکی روزانه توسط کمک پرستار با استفاده از ضد عفونی کننده سطوح ضد عفونی شود.
- ✓ **فیدینگ تیوب:** فیدینگ تیوبی که برای تهیه SNS یا Finger Feeding استفاده میشود یکبار مصرف بوده و بعد از هر بار استفاده دور ریخته شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
ناهید دهخدا	کارشناس مسئول شیر مادر	<i>[Handwritten Signature]</i>	مهتری راسخی	کارشناس	<i>[Handwritten Signature]</i>
لیلی رسولی	مدیر پرستاری	<i>[Handwritten Signature]</i>		کنترل عفونت	<i>[Handwritten Signature]</i>
نام و نام خانوادگی تایید کننده : مجید محله ای					
سمت : معاون آموزشی تخصصی و فوق تخصصی، رئیس					
نام و نام خانوادگی تایید کننده : محمدباقر حسینی					
سمت : مدیر گروه کودکان					
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی					
سمت : رئیس مرکز					

## منابع مورد استفاده:

- راهنمای استفاده از دستگاه استریل کننده بخار AVENT
- Core Curriculum for Lactation, ۲۰۱۳



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	کد دستورالعمل: INS-۳۷ تعداد صفحه: ۹
---	--

**تعریف:** وسایل حفاظت فردی در صورت استفاده صحیح موجب کاهش عفونت می شوند.

**اهداف:** کاهش انتقال عفونت با استفاده از وسایل حفاظت فردی

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**گام های دقیق انجام کار:**

وسایل حفاظت فردی جهت حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماریهای عفونی بکار می رود.

این وسایل شامل:



✓ دستکش



✓ گان

✓ ماسک

✓ عینک

✓ پیش بند پلاستیکی



✓ روکفشی

✓ کلاه

❖ اصول استفاده از وسایل حفاظت فردی

وسایل حفاظت فردی :

✓ احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملا از بین نمی برند .

✓ فقط در صورتیکه درست استفاده شوند موثرند .

✓ جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت (شستن دست) نمی شوند.

❖ چه کسانی باید از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند؟

تمام کسانی که با بیمار بستری در اتاق ایزوله در تماسند :

➤ پرستاران

➤ پزشکان



- کمک پرستاران
- خدمات
- کارکنان رادیو لوژی ، آزمایشگاه
- خانواده
- و ...

#### ❖ ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| (۱) شستن دست    | (۴) پوشیدن ماسک  |
| (۲) پوشیدن گان  | (۵) پوشیدن عینک  |
| (۳) پوشیدن کلاه | (۶) پوشیدن دستکش |

#### ❖ ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی - روش اول

- |  |              |
|--|--------------|
| (۱) درآوردن دستکش (ابتدا آلوده ترین آن را درآوردید ( و گان بطور همزمان | (۶) شستن دست |
| (۲) شستن دست   |              |
| (۳) درآوردن عینک   |              |
| (۴) درآوردن کلاه   |              |
| (۵) درآوردن ماسک   |              |

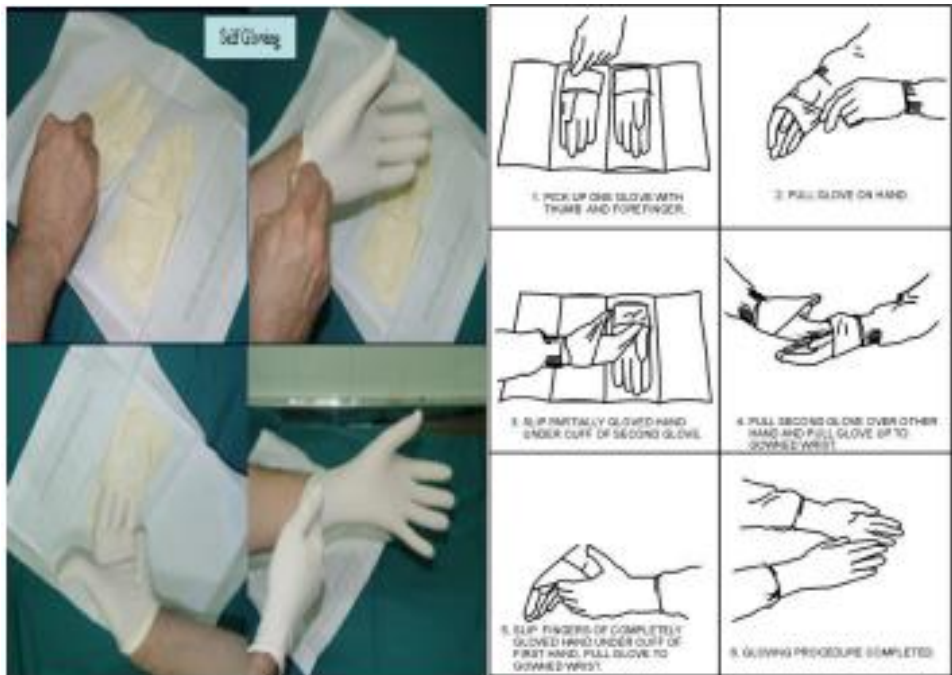
#### 👉 ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی - روش دوم

۱. درآوردن دستکش
۲. شستن دست
۳. درآوردن عینک
۴. درآوردن گان
۵. درآوردن کلاه
۶. درآوردن ماسک
۷. شستن دست

👉 فراموش نکنید! باید ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی را رعایت کنید، در صورت عدم رعایت آن احتمال انتقال

آلودگی به خود و محیط اطراف وجود دارد.

روش پوشیدن دستکش استریل



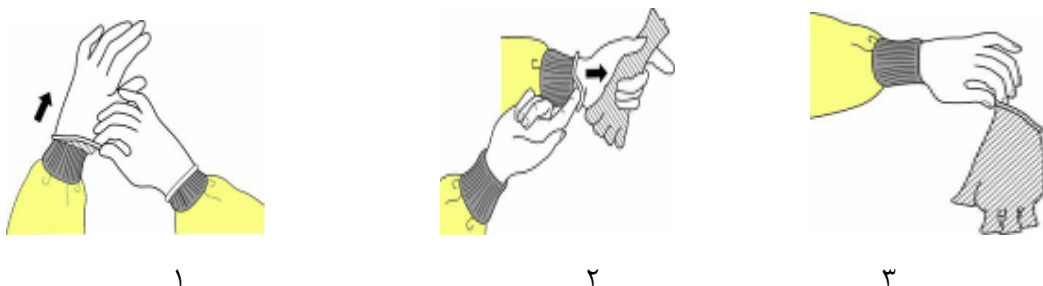
### دستکش تمیز و غیر استریل :

هنگام تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن بیمار، غشاهای مخاطی، پوست آسیب دیده و یا اجسام آلوده باید دستکش تمیز و غیر استریل پوشید.

- قبل از پوشیدن دستکش دست‌ها را به طور کامل شسته و خشک نمائید.
- تکنیک خاصی برای پوشیدن دستکش‌های تمیز و یکبار مصرف وجود ندارد.
- در صورتی که گان پوشیده‌اید دستکش‌ها را تا روی مچ گان بالا بکشید. در صورت عدم استفاده از گان دستکش‌ها باید مچ دست شما را بپوشانند.
- دستکش‌ها فقط یکبار استفاده شوند.
- در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده دستکش را تعویض کنید.

**با دستکش آلوده صورت و سایر وسایل اطراف را لمس نکنید.**

برای خارج کردن دستکش به روش زیر عمل کنید:



✋ افراد راست دست در نقطه‌ای اندکی پائین‌تر از لبه دستکش چپ، بخش خارجی دستکش چپ را با انگشتان دستکش راست بگیرید و ضمن خارج کردن دستکش چپ آن را به پشت وارونه کنید.

✋ انگشتان برهنه دست چپ را در حد فاصل مچ دست راست و زیر دستکش راست بلغزانید.

✋ به کمک انگشتان دست چپ، دستکش راست را نیز خارج کرده و در حین خروج آن را وارونه کرده بر روی دستکش چپ بکشید.

✋ هر دو دستکش وارونه شده را درون سطل زباله بیاندازید.

✋ دست‌ها را بشوئید.

😊 فراموش نکنید قسمت خارجی دستکش‌ها آلوده است.



هرگز صورت و وسایل حافظتی (عینک، ماسک و...) را با دستکش آلوده لمس ننمایید.

## گان

گان برای حفاظت از آلوده شدن لباس فرد مراقبت کننده و پیشگیری از انتقال میکروب از فرد مراقبت کننده به بیمار در معرض خطر استفاده می‌شود.

- گان باید یکبار مصرف و یا از جنس قابل شستشو باشد.
- آستین گان باید بلند و مچ آن کش‌دار باشد.
- گان باید یقه بسته باشد. ( یقه باز و یقه هفت نباشد.)
- اندازه گان باید مناسب باشد. به طوریکه نواحی مورد نیاز بدن را بپوشاند. ( بلندی گان باید تا زیر زانو باشد).
- در صورت آلودگی قابل مشاهده بلافاصله تعویض شود. بهتر است بعد از استفاده، گان را معدوم نمود و یا اگر قابل شستشو است به طریق مناسبی و بدون پراکنده شدن آلودگی، به رختشویخانه فرستاده شده و سپس دستها شسته شوند.

**برای پوشیدن گان به روش زیر عمل کنید:**

† دست‌ها را برای پیشگیری از انتقال میکروب‌ها به بیمار، بشوئید.

† یک گان تمیز را برداشته، و آن را در مقابل خود طوری باز کنید که سطح داخلی آن با قسمت‌های آلوده تماس پیدا نکند.

† دست‌ها و بازوهای خود را به درون آستین‌های گان وارد کنید.

† بندهای پشت گردن گان را ببندید.

† لبه‌های پشت گان را تا جای ممکن روی هم آورده، بندهای ناحیه کمر یا کمر بند را ببندید.

† در صورت لزوم دستکش بپوشید.

† وظایف محوله را انجام دهید.



**برای خارج نمودن گان به روش زیر عمل کنید:**

† در صورت پوشیدن دستکش آن‌ها را درآورده و در کیسه زباله بندازید.

† بندهای پشت کمر گان را باز کنید.

† دست‌ها را با آب و صابون یا محلول هندی‌راب ضدعفونی کنید.

† بند گان را در قسمت پشت گردن باز کنید.

† گان را درآورده طوری جمع کنید که دست شما فقط با قسمت داخلی آن تماس پیدا کند، سپس آن را در کیسه مخصوص لباس‌های کثیف و یا در سطل زباله ( در صورت یکبار مصرف بودن ) بیاندازید.

† دست‌های خود را بشویید.



۱



۲



۳

## ماسک

ماسک برای پیشگیری از استنشاق میکروب‌های عفونی هوای بیمار، احتمال پاشیدن خون و مایعات بدن بیمار و همچنین پیشگیری از انتشار میکروب‌های هوای از سیستم تنفسی پرسنل به بیماران استفاده می‌شود.

- پس از استفاده از ماسک آن را معدوم کنید.
- وقتی ماسک مرطوب شود آن را تعویض کنید.
- ماسک هرگز به گردن آویزان نشود.
- پس از استفاده از ماسک دست‌ها شسته شود.

## انواع ماسک :



▪ ماسک ساده مثل ماسک جراحی

▪ ماسک تنفسی مخصوص مثل N95

## ماسک ساده / جراحی :

ماسک جراحی هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری‌های منتقله از راه قطرات و یا در هنگام احتمال پاشیدن خون یا ترشحات بدن بیمار وجود دارد استفاده می‌شود.

## ماسک تنفسی مخصوص / N95 :

کارکنانی که مسئولیت مراقبت از بیمارانی را دارند که ایزوله تنفسی شدند مثل آنفلوآنزای پرندگان، باید از این نوع ماسک استفاده کنند.



## روش استفاده از ماسک جراحی :

ماسک صورت را به روش زیر بپوشید:

✦ لبه‌های بالای ماسک را مشخص کنید.

✦ ماسک را از دو بند لبه بالا به دست بگیرید.

✦ لبه بالای ماسک را روی پل بینی قرار داده و بندها را در پشت سر گره بزنید. در صورت استفاده از عینک، لبه بالای ماسک باید زیر عینک قرار گیرد.

✦ لبه پایینی ماسک را زیر چانه قرار داده بندهای پایینی را در قسمت بالای پشت گردن گره بزنید. ( ماسک باید کاملاً دهان و بینی را بپوشاند).

✦ هنگام استفاده از ماسک از صحبت کردن غیر ضروری و در صورت امکان از عطسه کردن و سرفه اجتناب کنید.

✦ در صورت تماس دست با ماسک آلوده، حتماً دست‌های خود را بشویید.

**برای درآوردن ماسک از صورت به روش زیر عمل کنید:**

✦ در صورت استفاده از دستکش آنها را خارج کنید و دست‌های خود را بشویید.

✦ ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز کنید.

✦ سپس بندهای قسمت بالایی ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت بردارید.

✦ ماسک را در سطل زباله زرد رنگ بیاندازید.

✦ دست‌های خود را بشویید.



۱



۲

**روش استفاده از ماسک N9۵:**

✦ ماسک یکبار مصرف بوده و قبل از استفاده باید از نظر سالم بودن کنترل گردد.

✦ ماسک را در داخل کف دست گرفته و بندها را به طرف پایین قرار دهید.

✦ ابتدا بند قسمت بالایی را به پشت سر انداخته و سپس بند پایینی را به پشت سر بیاندازید.

✦ قسمت فلزی لبه بالایی ماسک را روی پل بینی ثابت کنید.

✦ قبل از استفاده از ماسک، باید تست مناسب ماسک با صورت انجام گیرد. بدین صورت که با دست لبه‌های ماسک را روی صورت ثابت نموده و فوت می‌کنیم نباید هوایی از لبه‌های ماسک بیرون بزند. اگر ماسک روی صورت جای نگیرد ممکن است ذرات معلق در هوا از منافذ وارد شوند و استفاده از ماسک موثر نباشد.



✦ برای درآوردن ماسک فقط از بندهای آن گرفته و به ترتیب ابتدا بند پایینی و سپس بند بالایی را به طرف صورت برگرداننده و هر دو بند را گرفته بدون اینکه ماسک را لمس کنید برداشته و به سطل زباله بیاندازید.

✦ دست‌های خود را بشویید.



☺ فراموش نکنید! قسمت جلوی ماسک جراحی / N95 آلوده است، این قسمت را لمس نکنید.

### عینک

هنگام مراقبت از بیماری که احتمال پاشیدن خون و ترشحات دارد و یا عطسه و سرفه می‌کند، همچنین هنگام کار در فاصله یک متری از عینک محافظ استفاده می‌شود.

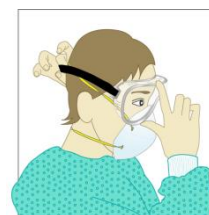
➤ هنگام استفاده از عینک آن را بالای سر خود قرار ندهید.

➤ در صورت چند بار مصرف بودن عینک، نکات لازم جهت جمع‌آوری و تمیز نمودن آن را رعایت نمایید. ( طبق توصیه کارخانه سازنده )

داشتن بند، بدون لمس قسمت



➤ برای برداشتن عینک دسته‌های آن را بگیرید. در صورت خارجی عینک از بند آن گرفته و از صورت خود بردارید.

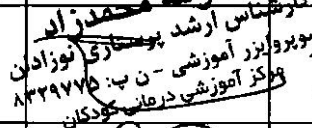



☺ فراموش نکنید! قسمت خارجی عینک آلوده است.

امکانات وملزومات:گان- دستکش - ماسک- عینک- کلاه- محلول ضد عفونی دست- آب و صابون

کادر مرتبط:پزشکان -رزیدنتها- پرستاران- کمک بهیاران- خدمات

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات مرکز آموزشی و درمانی کودکان قمین نظام پرستاری: ۳۳۵۷۳۱		مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
معصومه محمدزاد	سوپروایزر سوپر وایزر آموزشی - ن ب: ۸۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان		ام البنین حسینی	سرپرستار NICU	
پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU		فرامرز عدل بخش	کارشناس بهداشت حرفه ای	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی	سمت : پزشک کنترل عفونت	امضاء : تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت : رئیس مرکز	امضاء : شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده :

Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : گندزدایی ابزار

کد دستورالعمل: ۳۸ - INS

تعداد صفحه: ۱۱

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**تعریف :**

تمیز کردن ( **Cleaning** ) : برداشتن آلودگی ظاهری و مشخص از روی سطوح و ابزار که بوسیله روشهای دستی و مکانیکی صورت می پذیرد، این امر با استفاده از دترجنت ها ( شوینده ) با مشخصات ذکر گردیده انجام می پذیرد. قبل استفاده از ضدعفونی کننده و استریلیزاسیون مرحله **Cleaning** الزامی است. فرآیند تمیز کردن وسایل بلافاصله بعد از استفاده از وسیله شروع می گردد.

**گندزدایی کردن ( Disinfection )**: به روش فیزیکی یا شیمیایی اطلاق می گردد که توانایی کاهش یا از بین بردن کامل میکروارگانیسم های مضر را بر روی سطوح غیرزنده داراست. مواد و روشهایی که برای این کار استفاده می شود براساس قدرت و توانایی از بین بردن میکروبها (معیار اسپالدینگ) به سه دسته قوی الاثر ( **High Level** )، متوسط الاثر ( **Intermediat Level** ) و ضعیف الاثر ( **Low Level** ) طبقه بندی می گردند.

**بیوفیلیم ها**: میکروارگانیسمها ممکن است با اتصال به سطوح و ساخت مجموعه های سلولی و ترشح مواد خارج سلولی لایه هایی از باکتری به نام بیوفیلیم را تشکیل دهند. **بیوفیلیم ها نسبت به مواد شیمیایی بسیار مقاوم هستند بنابراین می توانند به راحتی از تاثیر مواد ضدعفونی کننده در امان بمانند.**

**پریون**: پریون ها عوامل عفونی از جنس پروتئین هستند که در گروه های مختلف موجودات ایجاد بیماری می کنند.

**اهداف**: کاهش عفونت مرتبط با مراقبت با کنترل عفونت ابزار

**دامنه**: کلیه بخش ها و واحدها

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسؤل ) :**

**روشهای تمیز کردن:**

در طی تمیز کردن و خشک نمودن، بیشتر ارگانیسم ها از سطوح وسایل برطرف می شوند و این کار همیشه باید پیش از ضدعفونی و استریلیزاسیون انجام شود. قبل از تمیز کردن وسیله، باید قسمت های جدا شدنی آن، از هم جدا شده و تبدیل به اجزا اولیه شوند. آب سرد قادر است اجزا پروتئینی ( مثل خون، خلط و غیره ) را پاک کند. در صورتی که گرما یا مواد ضدعفونی کننده به دلیل ایجاد انعقاد، پاک شدن را دچار مشکل می کند. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دستی دقیق شوند.

**ساده ترین و اثر بخش ترین روش از طریق برس زدن اشیاء است که باید در زیر سطح آب برای جلوگیری از پخش آئروسول ها ( ذرات ریز) در هوا، برس به کار رود. در پایان، اشیا برای تمیز شدن با آب گرم شسته و خشک می شود. به این شکل وسایل برای استفاده یا ضدعفونی و یا استریلیزاسیون آماده است. کارکنانی که مجبور به دست زدن به وسایل آلوده هستند باید از دستکش پلاستیکی برای محافظت استفاده کنند.**

توجه: برس پس از استفاده باید در داخل محلول ضدعفونی تجهیزات به مدت ۱۵ دقیقه غوطه‌ور و آبکشی و خشک شود.

### خشک کردن وسایل:

خشک کردن وسایل، ابزار و دیگر اقلام مورد استفاده در بیمارستان، مرحله بسیار مهمی از فرایند پاکسازی است. خشک کردن وسایل بلافاصله بعد از آبکشی، جهت جلوگیری از آلودگی مجدد آن‌ها از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. به هنگام خشک کردن وسایل، در نظر گرفتن درجه رطوبت وسایل بسیار ضروری است. زیرا رطوبت، در فرایند ضدعفونی و استریلیزاسیون تداخل ایجاد می‌کند. جهت خشک کردن وسایل از یک تکه پارچه با الیاف نرم و با خاصیت جذب آب استفاده می‌شود و برای خشک کردن ابزار توخالی از هوای فشرده استفاده می‌شود.

### شستشوی وسایل و ابزار در واحد CSR:

فرایند شستشوی وسایل در واحد CSR بصورت دستی یا اتوماتیک در دستگاه ست شور صورت می‌گیرد.

شستشوی اتوماتیک با ست شور:

ابتدا دستگاه باید اتصال به آب سرد، آب گرم، و در صورت امکان آب نرم، برق سه فاز با قدرت ۴۰ آمپر، محلول ضدعفونی کننده و محلول جلا دهنده می‌باشد.

شروع به کار دستگاه

با استفاده از POWER دستگاه را روشن کنید.

جهت استفاده از دستگاه در صورت مشاهده آلودگی‌های Disinfection (ضدعفونی) و یا Neutrulize (جلا دهنده) مواد را در قسمت بخصوص دستگاه قرار داده و سنسورهای مکنده مربوط به هر کدام را داخل دستگاه قرار دهید و همچنین از باز بودن شیرهای آب سرد و گرم اطمینان حاصل کنید.

درب سمت اتاق کثیف را باز کرده و سبدها را خارج کنید و ابزار را روی سبدها قرار دهید.

قرار دادن ابزار جراحی داخل دستگاه: ابزار بسته باید حتما بصورت باز قرار گیرد تا مابین آنها کاملا تمییز شود. قرار گرفتن ابزارها روی یکدیگر مانعی ندارد. رسیورها، سینی‌ها و کاسه‌ها را بصورت واژگون، ترجیحا روی پایین‌ترین طبقه و به تنهایی (به طوری که روی سایر ابزار را نپوشاند) قرار داده تا آب، داخل آنها جمع نگردد

قبل از بستن درب مطمئن شوید ابزار بصورتی قرار نگیرند که مانع گردش نازلها شوند و نیز در هنگام قرار دادن سبدها مواظب باشید به نازل‌ها ضربه وارد نگردد.

پس از بستن درب دستگاه عملکرد مربوطه را انتخاب نمایید.

کلید START را بزنید تا دستگاه شروع به کار کند. پس از پایان کار دستگاه چراغ END در طرف کثیف و تمیز روشن شده و آلام می‌دهد.

درب دستگاه را از قسمت تمیز باز کرده و ابزار را خارج کنید

سیکل کاری دستگاه

مرحله اول Pre-wash: آب سرد روی ابزار ریخته شده و پاکسازی می‌شود.

مرحله دوم Wash: مواد ضدعفونی با آب گرم ۵۵ درجه روی ابزار پاششیده شده و ضدعفونی انجام می‌شود.

مرحله سوم خنثی سازی Neutralize: مواد جلا دهنده به آب سرد اضافه می‌شود.

مرحله چهارم آب کشی: با پاشیدن آب سرد مواد جلا دهنده رفع می شود.  
مرحله پنجم شستشو و ضد عفونی با آب ۹۰ درجه (شستشوی نهایی: آبکشی نهایی با آب ۹۰ درجه انجام می شود).  
مرحله ششم شستشو با آب نرم: آبکشی نهایی

### معتبرسازی فرایند پاکسازی

در فرایند پاکسازی وجود سه شرط زیر ضروری است:

۱. کنترل اجزای فرایند شستشو
  ۲. کنترل و بازدید چشمی دقیق پس از انجام فرایند پاکسازی
  ۳. وجود و استفاده از سیستم آب پرفشار در فرایند پاکسازی
- تست آلودگی قابل مشاهده جهت اطمینان از شستشوی صحیح وسایل و ابزار :

۱. تست خون
۲. تست پروتئین

### دستورالعمل استفاده از تست خون:

- ✓ ابتدا مواد موجود در ظرف B که مایع شفاف می باشد را داخل ظرف A بریزید.
- ✓ ظرف A را پس از اضافه شدن مواد ظرف B به خوبی تکان دهید تا کاملاً مخلوط شود.
- ✓ اگر هدف مورد نظر جهت تست هم اکنون مرطوب است، سواب رابه شدت به آن مالش دهید و چنانچه هدف مورد نظر خشک باشد سواب را با آب استریل یا آب مقطر مرطوب کرده و به شدت به محل مورد نظر مالش دهید.
- ✓ درب ظرف A را باز کرده و سواب را درون آن تکان دهید.
- ✓ تغییر رنگ محلول به آبی/سبز در طول یک دقیقه نشان دهنده ی حضور خون در سطح نمونه ای است که تست میشود. در صورت عدم تغییر رنگ، سطح مورد نظر شما عاری از خون می باشد.

### نکته:

- اگر میزان خون زیاد باشد همه ی محلول آبی میشود.
- مواد دو ظرف A و B در معرض نور خورشید قرار نگیرد.
- رنگ زرد محلول بخشی از فرایند فعال سازی است و به معنای حضور خون نیست.
- به خاطر اینکه تغییر رنگ محلول پایدار نیست، نتیجه سریعاً باید یادداشت شود.
- خون تخریب شده با پراکسید هیدروژن یا پراستیک اسید بوسیله این تست بخوبی تشخیص داده نمی شود.

### خصوصیات این محلول

- آماده برای استفاده
- تغییر رنگ تست به آبی/سبز در طی یک دقیقه نشان دهنده ی حضور عوامل خونی است.
- میزان ردیابی: ۱/۱. میکروگرم خون
- غیر حساس به اثر انگشت: جواب مثبت کاذب نمی دهد.

## دستورالعمل استفاده از تست پروتئین:

- ✓ هنگام استفاده از کیت پروتئین جهت اجتناب از آلودگی با بقایای پروتئینی پوست، باید از دستکش استفاده شود.
- ✓ اگر هدف مورد نظر جهت تست هم اکنون مرطوب است، سواب را با شدت به آن مالش دهید. اگر هدف مورد نظر خشک باشد، به سادگی سواب را با آب استریل یا آب مقطر مرطوب نمایید و سپس به شدت به محل مورد نظر مالش دهید.
- ✓ لازم به ذکر است پروتئین پس از شستشو بیشتر در لولاها و شکاف های وسایل باقی می ماند.
- ✓ درب ظرف معرف را باز کرده و سواب را تقریباً به مدت ۳۰ ثانیه در معرف قهوه‌ای رنگ بچرخانید.
- ✓ سواب را خارج نمایید، درب ظرف را ببندید.
- ✓ به صورت ظاهری تغییر رنگ معرف را بررسی کنید. اگر معرف آبی شده باشد، بقایای پروتئین روی نمونه وجود داشته است. هر چه رنگ آبی تیره تر باشد میزان پروتئین بیشتری تشخیص داده شده است. اگر معرف قهوه‌ای رنگ باقی بماند، وجود پروتئین تشخیص داده نشده است.

### طبقه بندی ابزار بر اساس درجه خطر برای عفونت

طبق معیار اسپالدینگ ابزار به سه دسته حیاتی، نیمه حیاتی و غیر حیاتی تقسیم می شوند.

#### ▪ ابزار حیاتی: ( Critical Items )

ابزاری هستند که بطور مستقیم وارد بافت‌های بدن و یا سیستم عروقی می شوند بنابراین در صورت آلودگی خطر بالایی برای ایجاد عفونت با هر یک از میکروارگانیسم‌ها دارند. بنابراین این گونه وسایل باید به طور کامل استریل شوند زیرا هر گونه آلودگی میکروبی می تواند باعث بروز عفونت گردد. مثل ابزار های جراحی، کاتتر های ادراری و قلبی، وسایل کاشتنی در داخل بدن، و ...

#### ▪ ابزار نیمه حیاتی ( Semicritical Items )

به وسایلی اطلاق می شود که با غشاهای مخاطی یا پوست ناسالم تماس دارند. این دستگاهها بهتر است استریل باشند و در غیر این صورت حداقل باید عاری از هر گونه میکروارگانیسم باشند و فقط وجود تعداد کمی از اسپورهای باکتریایی در مورد آنها قابل اغماض است. غشاهای مخاطی سالم مانند سیستم تنفسی و دستگاه گوارش در برابر عفونت با اسپور باکتری های معمول مقاوم بوده اما در برابر ارگانیسم های دیگر مانند باکتری ها، مایکوباکتریومها و ویروسها آسیب پذیر می باشند. مثل تجهیزات درمان تنفسی و هوشبری، برخی از آندوسکوپ ها، تیغه های لارنگوسکوپ، پروب های مانومتري داخل مری، سیستموسکوپها و ...

#### ▪ ابزار غیر حیاتی ( Noncritical Items )

ابزاری هستند که فقط با پوست سالم تماس دارند. بطور کلی خطری برای انتقال عوامل عفونی به بیماران از طریق ابزار غیر حیاتی وجود ندارد. ابزار غیر حیاتی به دو دسته ابزار مراقبت از بیمار و سطوح محیطی تقسیم می شوند.

ابزار غیر حیاتی مراقبت از بیمار: لبه های تخت، کیسه فشار سنج و اتصالات سیستم نمایش علائم حیاتی

سطوح غیر حیاتی محیطی: تخت خواب، میز کنار تخت، وسایل اتاق بیمار و ...

طبقه بندی کلی ضد عفونی کننده ها

#### □ ضد عفونی کننده های سطح بالا High level

- پراکسید هیدروژن
- پراستیک اسید
- گلو تار آلدئید

■ فرمالدئید

### ■ ضدعفونی کننده های سطح متوسط Intermediat level

- کلر و ترکیبات کلره (هیپو کلریت ها)
- ید و ترکیبات یده
- الکل ها ( اتانول - ایزوپروپیل )

الکل ها با دنا توره کردن پروتین های میکروارگانیسرها عمل ضد میکروبی دارند. اتیل الکل مطلق ( ۹۰ درجه ) که یک عامل دهیدراته کننده است، خاصیت باکتری سیدالی کمتری نسبت به مخلوط الکل و آب دارد، چون پروتئین ها در حضور آب سریعتر دنا توره می شوند.

### ■ ضدعفونی کننده های سطح پایین Low level

- فنل و ترکیبات فنلی
- ترکیبات آمونیوم کواترنر ( سورفاکتانت )

عوامل موثر بر کارایی فرایند ضد عفونی:

**تعداد و محل میکروارگانیسرها:** با افزایش بار میکروبی، مدت زمان مورد نیاز برای اثر نمودن ماده ضد عفونی کننده نیز افزایش می یابد. بنابراین تمیز نمودن دقیق سطوح ابزار، به خصوص ابزاری که از چند قسمت تشکیل شده از اهمیت خاصی برخوردار است. که باید قطعاتش را از یکدیگر جدا نموده و همه قسمت های آن تمیز شوند.

**مقاومت میکروارگانیسرها به عوامل شیمیایی:** این مسئله به طیف عملکرد آن روش، یا عامل مورد استفاده اشاره دارد.

**غلظت ماده ضد عفونی کننده:** غلظت به نوع ماده ضد عفونی، قدرت و اثرات زیان آور آن روی وسایل بستگی دارد.

**عوامل فیزیکی و شیمیایی:** برخی از مواد ضد عفونی کننده به دمای خاصی نیاز دارند تا موثر واقع شوند. مقدار PH نیز بر میزان کارایی ماده ضد عفونی کننده تاثیر گذار است.

**مواد آلی:** وجود مواد آلی مثل سرم، خون، چرک، مدفوع یا سایر مواد آلی می تواند مواد ضد عفونی کننده را غیر فعال نموده و یا اینکه کارایی آن را کاهش دهد.

**مدت زمان تماس:** هر روش و ماده ضد عفونی کننده، برای رسیدن به نتیجه مطلوب، به مدت زمان خاصی نیاز دارد.

وجود مواد خارج سلولی یا بیوفیلیم ها: بسیاری از میکروارگانیسرها یک لایه ضخیم، متشکل از سلول ها و مواد خارج سلولی (بیوفیلیم) تولید می کنند، که مانند سدی در مقابل فرایند ضد عفونی عمل می کند. به همین دلیل ماده ضد عفونی کننده باید در ابتدا بیوفیلیم ها را از بین ببرد تا بتواند میکروارگانیسرها را که داخل آن را نابود کند.

### انواع ضد عفونی کننده های سطح بالا (High level) مورد استفاده در مرکز

**الف . فرمالدئید:** با آلکیله شدن ترکیبات سلولی شده و مستقیماً بر اسید نوکلئیک اثر می کند. یک ماده ضد عفونی کننده با خاصیت باکتری کشی، کشندگی مایکوباکتریوم توبر کلوزیس، کشندگی قارچها و ویروسها و حتی کشندگی برای اسپور باکتری ها است.

در هنگام استفاده باید به عنوان ماده ای تحریک کننده و کارسینوژن در نظر گرفته شود و در مناطق دارای تهویه استفاده شود تا تحریکات چشم و بینی به حداقل برسد.

**تا حد ممکن با توجه به ضرر بالا از این ترکیب استفاده نمی شود.**

### ب. گلو تار آلدئید

ضد عفونی کننده سطح بالا و استریل کننده شیمیایی برای وسایل پزشکی مانند آندوسکوپها، لوله های دستگاه اسپرومتری، وسایل بیهوشی و ... استفاده می شود. فاقد اثر خوردگی فلزات است و به وسایل دارای لنز، لاستیک و پلاستیک آسیب نمی رساند.

**مزایا:**

خاصیت ضد میکروبی خوبی دارد، آسیبی به آندوسکوپ ها و لوازم جانبی آن ها وارد نمی کند.

**معایب:**

در پرسنل باعث واکنش های آلرژیک، روماتیت، درماتیت سمی و آسم، مسمومیت برای پرسنل واحد آندوسکوپی. در محل با تهویه مناسب و در ظروف دربسته استفاده شود. استفاده از وسایل حفاظت فردی ( دستکش، ماسک و عینک محافظ ) در بیماران، باقیمانده گلو تار آلدئید در اثر آبکشی نامناسب سبب ایجاد کولیت، کرامپهای شکمی و اسهال خونی می شود.

**سایدکس به عنوان ماده ضد عفونی کننده گلو تار آلدئیدی در بخش آندوسکوپی مورد استفاده قرار می گیرد.**

**سایدکس**

**موارد استفاده:** ضد عفونی سطح بالا و استریل کننده ابزار و وسایل مقاوم و حساس به حرارت مانند وسایل اسکوپ (آندوسکوپ، کلونسکوپ، لارنگوسکوپ)، ابزار جراحی، برخی تجهیزات بیهوشی، جراحی و دندانپزشکی

**ترکیبات:** فرمولاسیونی با ماده موثره گلو تار آلدئید ۰.۲٪ که بالغ بر ۱۰ ماده جانبی دارد که باعث جلوگیری از تبخیر ماده موثره از بستر فرمول، افزایش حداکثر تمایل تماس ماده ضد عفونی کننده با سطح وسایل، کاهش کشش سطحی و ... می شوند.

**طیف اثرات ضد میکروارگانیسمی:** بر انواع باکتری ها ( از جمله Tb، هلیکوباکتر پیلوری و مایکو پلاسماهای درگیر کننده سیستم ادراری تناسلی )، قارچ ها، انواع ویروس های پوشش دار و بدون پوشش و حتی بر اسپور باکتری ها موثر است.

**روش استفاده:** سایدکس یک ضد عفونی کننده High Level آماده مصرف است برای ضد عفونی سطح بالا، پس از شستشو وسایل با یک ضد عفونی کننده آنزیماتیک ، سپس آبکشی ، ابزار و وسایل را به مدت ۲۰ دقیقه در محلول غوطه ور نموده پس از طی زمان آنها را بایستی بخوبی آبکشی نمود. جهت استریل نمودن کلیه ابزار و وسایلی که به دما حساس هستند باید آنها را به مدت یک ساعت در سایدکس غوطه ور کرده و سپس با آب استریل شستشو دهید. مدت زمان پایداری این محلول ۳۰ روز می باشد.

**ج. پراکسید هیدروژن:**

پراکسید هیدروژن یک عامل اکسید کننده می باشد که جهت ضد عفونی کردن سطح بالا مورد استفاده قرار می گیرد. عمل ضد میکروبی این ماده با تولید رادیکال های آزاد هیدروکسیل می باشد که به غشاء لیپیدی، DNA و سایر ترکیبات سلولی آسیب می رساند. بر روی طیف وسیعی از ارگانیسم ها شامل باکتری ها ( از بین برنده مایکوباکتریوم )، قارچ ها، مخمرها، ویروس ها و اسپور ها موثر است. پراکسید هیدروژن سمیت کمتری نسبت به گلو تار آلدئید برای انسان و محیط دارد. این ماده هیچ آسیبی به ابزار پلاستیکی و شیشه ای نمی رساند، ولی برای ابزار فلزی یک اکسید کننده است. برای چشم سمی بوده و نیز در صورت آبکشی ناقص وسایل با آب، پس از ضد عفونی سطح بالا، سبب کولیت پسودوممبران می شود.

از کاست پراکسید هیدروژن در دستگاه اتوکلاو پلاسما جهت استریلیزاسیون ابزاری که به درجه حرارت بالا مقاوم نیستند، استفاده می شود.

هیدروژن پراکسید در فاز پلاسما، دارای ویژگی استریل کنندگی در دمای پایین است. این روش برای استریلیزاسیون مواد و تجهیزاتی که به درجه حرارت های بالا مقاوم نیستند مناسب است. مکانیسم عمل به این صورت است که بین خاصیت اکسید کنندگی بخار هیدروژن پراکسید و فعالیت آلکیل کنندگی رادیکالهای آزاد، اثر تشدید کنندگی وجود دارد. دستگاه با تزریق هیدروژن پراکسید ۵۸٪ کار خود را آغاز می کند. سپس با ساطع نمودن انرژی به صورت فرکانس رادیویی، میدان الکترومغناطیسی در داخل محفظه دستگاه ایجاد می نماید که منجر به تولید پلاسما می گردد. در این مرحله است که عمل استریلیزاسیون رخ می دهد.

#### د. پراستیک اسید:

این ماده که می تواند به عنوان مشتقی از پروکسید هیدروژن در نظر گرفته شود دارای فعالیت ضد میکروبی می باشد. جهت ضد عفونی تجهیزات همودیالیز استفاده می شود. عملکرد سریعی علیه میکروارگانیسم ها دارد. از مزیت های ویژه آن فقدان محصولات تجزیه ای مضر ( استیک اسید، آب، اکسیژن، پراکسید هیدروژن )، افزایش خروج مواد آلی و باقی نگذاشتن هیچ باقیمانده ای است. پراستیک اسید در حضور مواد آلی نیز موثر است و حتی در دماهای پایین خاصیت اسپوروسیدالی خود را بخوبی نشان می دهد.

#### سیتریک اسید ۵٪ جهت ضد عفونی دستگاههای همودیالیز در این مرکز استفاده می شود.

سیتریک اسید ۵٪ : به منظور ضد عفونی حرارتی شیمیایی انواع ماشین های همودیالیز بکار می رود. اثرات سینرژیک اجزاء تشکیل دهنده این محلول، بخوبی قادر به حل کردن و شستشوی لخته های خون بوده و قدرت بالایی در حذف رسوبات کلسیم و منیزیم در مجاری انواع ماشین های همودیالیز دارد. همچنین دارای قدرت بالایی برای از بین بردن طیف وسیعی از میکروارگانیسم ها ی بیماریزا شامل باکتریها، ویروسها و قارچها می باشد. این محلول قبل از استفاده توسط دستگاه همودیالیز رقیق می گردد.

#### انواع ضد عفونی کننده های سطح متوسط ( Intermediat level ) مورد استفاده در مرکز

##### الف. کلر و ترکیبات کلره ( هیپو کلریت ها )

ضد عفونی کننده های بر پایه کلر معمولا به صورت مایع، با ترکیب شیمیایی هیپوکلریت سدیم ( سفید کننده خانگی ) و جامد با ترکیب شیمیایی هیپوکلریت کلسیم و سدیم دی کلروایزوسیانورات در دسترس هستند.

مکانسیم اثر: از واکنش های آنزیمی ممانعت به عمل آورده و باعث غیرطبیعی شدن ( دناتور ه ) پروتئین ها و غیر فعال شدن اسید نوکلئیک می شود. ویروس کش، قارچ کش و باکتری کش ( از بین برنده میکوباکتریوم ) است.

مزایا و معایب: سریع الاثر، ارزان و از بین برنده بو است و مدیریت آن آسان است و خاصیت ضد میکروبی آن، به اسید هیپوکلروس نسبت داده می شود به شرط آنکه تجزیه نشود. تجزیه این اسید به PH بستگی دارد که باعث کاهش قدرت ضد عفونی کنندگی آن می شود. چون با افزایش PH ، اثر آن کم می شود. کلر خورنده بوده و در حضور مواد آلی غیرفعال می شود. این محلول باید در ظروف مات یا کدر نگهداری شود محلول کلر را نباید در ظروف روباز، برای مدت بیش از ۱۲ ساعت نگهداری کرد، زیرا تبخیر باعث کاهش غلظت کلر در دسترس، به میزان ۴۰٪ تا ۵۰٪ می شود. در هنگام استفاده از این محلول، از ماسک، دستکش لاستیکی و پیش بند ضد آب استفاده نمائید.

برای حفاظت در برابر پاشیدن ترشحات استفاده از عینک نیز توصیه می گردد. محلول های سفید کننده را در فضایی که تهویه مناسب دارد مخلوط و استفاده کنید. برای رقیق کردن سفید کننده از آب سرد استفاده نمایید. چون آب گرم هیپو کلریت سدیم را تجزیه کرده و اثر بخشی آن را کاهش می دهد.

**غلظت وایتکس خانگی : ۰.۵، ۲.۵٪**

**فرمول آماده سازی محلول هیپوکلریت : لیتر آب / غلظت خریداری شده \* ppm = CC**

از هیپوکلریت سدیم جهت اضافه نمودن به محلول

لیتر آب: مقدار محلول نهایی آماده سازی شده

ppm: قسمت در میلیون ( غلظت نهایی محلول آماده شده )

**غلظت های مورد استفاده در قسمت های مختلف بیمارستانی :**

**Ppm ۱۰۰۰۰ = ۱٪** = غلظت ضد عفونی در موقع ریختن خون و مایعات بیمار پس از تمیز نمودن ( ۱۰ سی سی محلول در داخل ۵ لیتر آب )

**Ppm ۵۰۰۰ = ۰.۵٪** = ضد عفونی وسایل پس از تمیز نمودن ( ۵ سی سی محلول وایتکس در داخل ۵ لیتر آب )

**Ppm ۱۰۰۰ = ۰.۱٪** = ضد عفونی مناطق بحرانی پس از تمیز نمودن ( ۱ سی سی محلول وایتکس در داخل ۵ لیتر آب )

**Ppm ۵۰۰ تا ۱۰۰ = ۰.۱٪ تا ۰.۰۵٪** = ضد عفونی مناطق غیر بحرانی ( به ترتیب ۰.۵ سی سی و ۰.۱ سی سی محلول وایتکس در داخل ۵ لیتر آب )

Ppm: قسمت در میلیون

**ب. ید و ترکیبات ید**

**یدوفورها**

به عنوان آنتی سپتیک پوست یا بافت استفاده می شود. قدرت ضد عفونی ضعیف تا متوسطی دارند. ید می تواند به سرعت به داخل دیواره سلولی میکروارگانیسم ها نفوذ کند و تصور می شود که اثر کشندگی آن به علت تخریب ساختار پروتئین و اسید نوکلئیک و اختلال در سنتز آنها باشد. یدوفورها باکتری کش و کشنده مایکوباکتریوم ها و ویروسها هستند ولی برای از بین بردن قارچ ها و اسپور های باکتریایی به زمان طولانی تری نیاز دارند.

☞ **بتادین ( پوویدین آیوداین )** از دسته یدوفورها در این مرکز استفاده می شود. بتادین سبز ۱۰٪ جهت ضد عفونی

پوست جهت عمل جراحی و بتادین قهوه ای ۷.۵٪ جهت ضد عفونی و اسکراب دست قبل از عمل جراحی بکار

می رود.

بتادین نسبتا غیر سمی بوده و التهاب آور نیست. محلول بتادین در مدت ۲۰ دقیقه کلیه باکتری ها و ویروسها را از بین می برد. ولی برای از بین بردن قارچ ها و اسپور باکتری ها به زمان طولانی تری نیاز دارد.

**ج. الکل ها ( اتانول – ایزوپروپیل ):**

الکل در دسته ضد عفونی کننده های آنتی سپتیک قرار دارد و به عنوان یک گندزدای سطح متوسط عمل می کند. الکل در مراکز درمانی به دو صورت الکل اتیلیک و الکل ایزوپروپیل موجود است. در غلظت ۵۰ تا ۷۰ درصد بسیار موثر می باشد. چون الکل در مجاورت آب تاثیر خود را بر عوامل بیماری زا بروز می دهد. بدین جهت الکل خالص ( ۹۶ درجه ) ضد عفونی کننده نیست ولی وقتی مقداری آب به آن



اضافه شود خاصیت میکروب کشی پیدا می کند. الکل اتیلیک ۷۰ درجه در مدت زمان کمتر از ۳۰ ثانیه بسیاری از عوامل بیماری زا را از بین می برد. بنابراین در هنگام استفاده از سواب پنبه الکل باید ۳۰ ثانیه صبر نمود تا الکل اثر کرده و خشک شود. الکل ۷۰ درجه خاصیت باکتری کشی سریعی دارد. عمل ضد میکروبی الکل ها با دنا توره کردن پروتئین های میکروارگانیسم است.

✦ جهت تهیه الکل ۷۰ درجه از الکل ۹۶ درجه: ۲۶۰ سی سی از الکل ۹۶ یک لیتری برداشته و بجای آن ۲۶۰ سی سی آب مقطر استریل ریخته شود.

#### ✦ ضد عفونی کننده های سطح پایین Low level

##### الف. فنل و ترکیبات فنلی

فنل مشتقات آن ضد عفونی کننده های متوسط تا پائین هستند که مورد استفاده شان ضد عفونی سطوح محیطی و اجسام نان کریتیکال هستند. بخاطر محرک بودن و دیر از بین رفتن باقیمانده ها برای وسایلی که در تماس با انساج زنده قرار می گیرند بکار نمی روند. استفاده از فنل برای ضد عفونی تخت و انکوباتور نوزاد بدلیل احتمال افزایش بیلی روبین در نوزاد، پیشنهاد نمی شود.

##### ب. ترکیبات آمونیوم کواترنر (سورفاکتانت)

عمل باکتری کشی ترکیبات چهار ظرفیتی به غیر فعال کردن آنزیم های تولید کننده انرژی، دنا توره کردن پروتئین های حیاتی سلول و تخریب غشای سلول نسبت داده می شود. دارای خاصیت قارچ کشی، باکتری کشی و ویروس کشی هستند. برای ضد عفونی سطوح غیر حیاتی مانند کف ها، اثاثیه و مبلمان و دیوارها استفاده می شود.

محلولهایی که با پایه الکل و آمونیوم چهار ظرفیتی در این مرکز مورد استفاده قرار می گیرد عبارتند از :

#### محلول ضد عفونی ابزار و وسایل جراحی گیگاسپت

غلظت	حجم محلول غلیظ	حجم آب	مدت زمان غوطه وری	مدت زمان مانگاری محلول رقیق شده
۲٪	۲۰ سی سی	۹۸۰ سی سی	۱۵ دقیقه	۷ روز

- کنسانتره ضد عفونی کننده و پاک کننده قوی ابزار و وسایل دندان پزشکی و پزشکی
- ترکیبات: گیگاسپت دارای مواد موثره مختلف از خانواده های آمونیوم کواترنر، گلیکول، آلکیل آمین و گوآنید هست که در کنار یکدیگر دارای اثر هم افزایی ( سینرژیست) هستند.
- گیگاسپت دارای مواد جانبی دیگری از قبیل پاک کننده های قوی ، عوامل جلوگیری از ایجاد خوردگی بر سطح وسایل، حلال ها، و تنظیم کننده های PH... است.
- گیگاسپت آف فورت برای ضد عفونی و پاک کردن انواع وسایل و ابزار جراحی پزشکی و دندان پزشکی حساس یا مقاوم به حرارت مناسب است.

○ این محلول در کلیه بخش ها جهت ضد عفونی ابزار و وسایل جراحی مورد استفاده قرار می گیرد  
روش تهیه محلول ۲٪ گیگاسپت

۱. برای محافظت خود از دستکش های پلاستیکی و عینک های ایمنی استفاده نمایید.
۲. بعد از شستن و برس زدن وسایل با آب و ماده دترجنت، اجزای وسایل را از همدیگر جدا نموده و در داخل محلول غوطه ور سازید.

۳. مطمئن شوید که حبابهای هوا به طور کامل از تمام حفره های موجود در وسایل خارج شده باشند.
۴. صبر کنید تا زمان لازم برای ضدعفونی شدن سپری شود. ( ۱۵ دقیقه در داخل محلول رقیق شده ۰.۲٪ )
۵. بعد از ضدعفونی کردن، وسایل را با آب شستشو داده و خشک نمایید.
۶. محلول رقیق شده حداکثر تا ۷ روز قابل نگهداری است در اثر آلودگی ظاهری می توان زودتر از ۷ روز نیز محلول را تعویض نمود.

### محلول ضدعفونی کننده پروسپت اینسترومنت ( Prosept Instrument Disinfection )

محلول پروسپت اینسترومنت بمنظور ضدعفونی و تمیز نمودن ابزارهای پزشکی کارآیی دارد. این محلول با داشتن ترکیبات فعال بر پایه آلکیل آمین ها و ترکیبات چهارظرفیتی آمونیوم ، قادر است طیف وسیعی از میکروارگانیسم ها را نابود کند. آلودگی های مختلف از جمله خون، بزاق و سایر مایعات حاوی پروتئین، توسط این محلول به آسانی از سطح لوازم پزشکی زدوده می شوند. این محلول حتی برای آلودگی زدایی از ابزارهای بسیار آلوده کارآیی داشته و به هیچ محلول پاک کننده دیگری نیاز ندارد. ترکیبات ضدخوردگی موجود در این محلول، سبب افزایش طول عمر لوازم پزشکی شده و آزمایشات انجام شده حاکی از سازگاری آن با تجهیزات ساخته شده از جنس پلی اتیلن، سیلیکون، آهن، استیل و شیشه های آکرلیک بدون خطر رنگ بری آنها است. استفاده از این محلول مانع از ثبات خون و پروتئین ها بر روی ابزارهای پزشکی می گردد.

- ✓ این محلول به عنوان محلول ضدعفونی کننده برای استفاده در تانک های اولتراسونیک نیز قابل استفاده است.
- ✓ این محلول عاری از ترکیبات فنولی و آلدهیدی بوده و با محیط زیست کاملا سازگاری دارد.
- ✓ حجم پیمانه زیر درپوش بطری ۲۰ سی سی است

### طرز استفاده:

نحوه رقیق نمودن محلول پروسپت اینسترومنت جهت تهیه غلظت ۰.۲٪:

حجم محلول غلیظ	حجم آب	مدت زمان غوطه وری	مدت زمان مانگاری محلول رقیق شده
۲۰ سی سی	یک لیتر	یک ساعت	یک هفته

- ✓ برای محافظت خود از دستکش لاتکس و عینک های ایمنی استفاده نمایید.
- ✓ بعد از شستن و برس زدن وسایل با آب و ماده دترجنت، اجزای وسایل را از همدیگر جدا نموده و در داخل محلول غوطه ور سازید.
- ✓ مطمئن شوید که حبابهای هوا به طور کامل از تمام حفره های موجود در وسایل خارج شده باشند.
- ✓ صبر کنید تا زمان لازم برای ضدعفونی شدن سپری شود. ( یک ساعت در داخل محلول رقیق شده ۰.۲٪ )
- ✓ بعد از ضدعفونی کردن، وسایل را با آب شستشو داده و خشک نمایید.
- ✓ محلول را هر هفته تعویض نمایید در صورت آلودگی ۲ تا ۳ بار در هفته تعویض کنید.
- ✓ این محلول برای ضدعفونی وسایل آلومینیومی مناسب نیست.

### محلول ضدعفونی تجهیزات پزشکی دکونکس ۵۳ پلاس ( Deconex ۵۳ plus )

این فرآورده حاوی کوکوس پروپیلن دی آمین-۱، ۵- بیس گوانیدیم استات، N- دی استیل -N- متیل پلی ( اوکستیل ) آمونیوم پروپیونات به همراه ترکیبات سورفکتانت، مواد ضدخوردگی، حلال، اسانس و رنگ است. همزمان موجب ضدعفونی و پاک کنندگی تجهیزات می شود. ضدباکتری، ضد قارچ، ضدبسیل سل و ضد ویروس است. فاقد مواد آلدئیدی و فنلی است.

" این محلول فقط در بخش رسپیراتوری و اتاق عمل مورد استفاده قرار می گیرد"

غلظت	حجم محلول غلیظ	حجم آب	مدت زمان غوطه وری سازی	مدت زمان مانگاری محلول رقیق شده
۲٪	۲۰ سی سی	یک لیتر	۱۵ دقیقه	۱۴ روز
۱٪	۱۰ سی سی	یک لیتر	۶۰ دقیقه	۱۴ روز

طرز استفاده:

۱. فرآورده های حاوی ترکیبات صابونی، کلر دار و سورفکتانت های آنیونی نباید همراه با این محلول مورد استفاده قرار گیرد.
۲. برای محافظت خود از دستکش های پلاستیکی و عینک های ایمنی استفاده نمایید.
۳. بعد از شستن و برس زدن وسایل با آب و ماده دترجنت، اجزای وسایل را از همدیگر جدا نموده و در داخل محلول غوطه ور سازید.
۴. مطمئن شوید که حبابهای هوا به طور کامل از تمام حفره های موجود در وسایل خارج شده باشند.
۵. صبر کنید تا زمان لازم برای ضد عفونی شدن سپری شود. ( ۱۵ دقیقه در داخل محلول رقیق شده ۲٪ )
۶. بعد از ضد عفونی کردن، وسایل را با آب شستشو داده و خشک نمایید.
۷. محلول رقیق شده حداکثر تا ۱۴ روز قابل نگهداری است در اثر آلودگی ظاهری می توان زودتر از ۱۴ روز نیز محلول را تعویض نمود.

**امکانات و ملزومات: انواع ضد عفونی کننده ها بر اساس سیاست مرکز - وسایل حفاظت فردی**

**کادر مرتبط: سرپرستاران بخشهای بستری و سر پای - کمک بهیاران**

**جدول اسامی :**

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس کنترل عفونت	مهتری راسخی		مدیر خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	پرستار اندوسکوپی	ویدا عبداللهی		کارشناس ارشد سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی کودکان	معصومه محمدنژاد
				سرپرستار اتاق عمل و CSR	سکینه موسویان
	امضاء:	دکتر شهرام عبدلی		امضاء:	دکتر میر هادی موسوی

منابع مورد استفاده :

Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities (۲۰۰۸)



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: نظافت اتاق های عمل

کد دستورالعمل: ۳۹ - INS

تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**تعریف:** نظافت (washing) اتاقهای عمل فرایندی است برای کاهش تعداد میکرو ارگانیسمهای پاتوژن از سطوح مختلف و کف اتاق عمل به نحوی که جواب کشت از قسمتهای مختلف اتاق عمل منفی باشد.

**هدف:** کنترل عفونت با نظافت محیط

**دامنه:** اتاق های عمل

**گام های دقیق انجام کار:**

- سطوح اتاقهای عمل و ریکاوری بوسیله اسپری ضدعفونی کننده (سارفوسپت یا سپتی سورفیس) انجام می شود.
- تمام تجهیزات داخل اتاق های عمل بوسیله اسپری ضدعفونی کننده (سارفوسپت یا سپتی سورفیس) ضدعفونی می شود.
- هر روز قبل از شروع عمل های جراحی درب ورودی اتاق عمل گردگیری و سپس با اسپری ضدعفونی کننده (سارفوسپت یا سپتی سورفیس) ضدعفونی می شود.
- ضدعفونی و نظافت کف اتاقهای عمل و راهروها بوسیله محلول هیپوکلریت ۱٪/انجام می شود.

همکاران موظف هستند طبق دستورالعمل ارائه شده محلول ضدعفونی را تهیه و طبق اصول توصیه شده اقدام نمایند.

دستورالعمل تهیه محلول: هیپو کلریت ۱٪=۱سی سی محلول وایتکس در ۱۰۰سی سی آب

آب	وایتکس
۱۰۰ سی سی	۱ سی سی
۱ لیتر	۱۰ سی سی
۲ لیتر	۲۰ سی سی
۳ لیتر	۳۰ سی سی
۴ لیتر	۴۰ سی سی
۵ لیتر	۵۰ سی سی

## \*اصول توصیه شده :

محلول هیپوکلریت ۱٪ بایستی بصورت روزانه و تازه تهیه و مصرف شود و از مصرف محلول رقیق شده پس از گذشت ۲۴ ساعت پرهیز شود زیرا محلول اثر بخشی خود را از دست میدهد . همچنین از مصرف محلول با غلظت بیش از ۱٪ خودداری شود زیرا باعث تحریک دستگاه تنفسی شده و برای بیماران و پرسنل بصورت جدی آزار دهنده می باشد .  
بدلیل اثر خوردگی از مصرف هیپو کلریت سدیم بر روی اشیاء فلزی و استیل خودداری شود.

• در این مرکز برنامه هفتگی واشینگ وجود دارد که خدمات و پرسنل اتاق عمل و بیهوشی طبق برنامه زیر در واشینگ اتاقها شرکت می کنند.

### برنامه نظافت روزانه اتاق عمل

ایام هفته	عصر	شب
شنبه	اتاق ۱	سالن داخلی
۱شنبه	اتاق ۲	سالن خارجی
۲شنبه	اتاق ۳	سی اس ار
۳شنبه	اتاق ۴	اتوکلاوها
۴شنبه	اتاق ۵	پزشکان
۵شنبه	اتاق پرسنل	تی شویی
جمعه	ریکاوری	رختکن ها

- هر روز بعد از اتمام عمل های جراحی دمپایی ها بوسیله یک ماده دترجنت (تاید) شسته و با آب ازون دار آب کشی میشود.
- بعد از هر عمل جراحی ، اتاق عمل برای آماده شدن جهت انجام عمل بعدی نظافت شده و زباله ها جمع آوری و تفکیک میشود.

### شرح دستورالعمل:

۱. هر روز قبل از شروع عمل های جراحی درب ورودی اتاق عمل و ایستگاه پرستاری توسط خدمات گرد گیری و سپس به وسیله اسپری ضد عفونی کننده (سارفوسپت یا سپتی سورفیس) ضد عفونی گردد.
۲. هر روز قبل از شروع عمل های جراحی تمام سطوح مثل دیوارها و تجهیزات و وسایل اتاق های عمل و ریکاوری توسط خدمات ابتدا گردگیری و سپس بوسیله اسپری ضد عفونی کننده (سارفوسپت یا سپتی سورفیس ) ضد عفونی شود. لا زم به ذکر است هر روز بعد از اتمام عمل های جراحی پرسنل اتاق عمل باید تمام تجهیزات اتاق عمل را با اسپری ضد عفونی کننده ، ضد عفونی کرده و سپس وسایل را جمع آوری و مرتب نمایند. همچنین پرسنل بیهوشی باید تمام تجهیزات و وسایل بیهوشی را بعدا از اتمام عمل های جراحی بوسیله اسپری ضد عفونی کننده ، ضد عفونی کرده و سپس جمع آوری و مرتب نمایند.
۳. اتاقهای عمل بعد از اتمام هر عمل جراحی توسط خدمات تمیز شده و زباله های هر اتاق عمل جمع آوری شود و بعد از تفکیک زباله (به این ترتیب که زباله های عفونی در پلاستیک زرد رنگ و زباله های غیر عفونی در پلاستیک مشکی رنگ گذاشته می شود ) به خارج از اتاق عمل انتقال یافته و اتاق برای عمل بعدی آماده شود.

۴. هر روز بعد از اتمام عملهای جراحی کف اتاقهای عمل و ریکاوری و سالن های داخلی و خارجی توسط خدمات بوسیله هیپوکلریت ۱٪ تمیز و ضدعفونی شود.
۵. علاوه بر نظافت روزانه اتاقهای عمل، نظافت (washing) اتاقها طبق برنامه مدون ذکرشده در ب انجام شود. در این برنامه washing تمام پرسنل اتاق عمل و بیهوشی و خدمات حضوری فعال خواهند داشت. در این راستا تمام تجهیزات مثل تخت عمل و ترالی ها و چراغ های سیالتیک و کوتر و...بوسیله کادر اتاق عمل و تمام تجهیزات مثل دستگاههای بیهوشی، پمپ انفوریون، وارم تاج و پایه های سرم و...بوسیله کادر بیهوشی تمیز و با اسپری ضدعفونی کننده، ضدعفونی شده، دیوارها و کف اتاقهای عمل توسط خدمات تمیز و ضدعفونی گردد. و مسئولین شیفت ها بر انجام این امور نظارت داشته باشند.
۶. هر روز بعد از اتمام عمل های جراحی، دمپاییهای مخصوص اتاق عمل، توسط خدمات ابتدا به وسیله یک ماده دترجنت مثل تاید شسته و سپس با آب ازون دار آب کشی شده و سپس در جا کفشی قرار داده شوند.
۷. در انجام تمام مراحل ذکرشده نظارت سرپرستار اتاق عمل لازم و ضروری است.

روش استفاده از دستگاه نوکواسپری:

۸. قبل از استفاده از دستگاه نوکواسپری، می بایست اتاق را به طور کامل تمیز نمود.(مطابق با نظر کمیته کنترل عفونت کشوری و وزارت بهداشت، شستشو و پاکسازی قبل از عمل ضدعفونی الزامی است)
۹. دستگاه نوکواسپری را در یکی از گوشه های اتاق قرار دهید.
۱۰. نحوه محاسبه و تنظیم پیچ دستگاه:
۱۱. روش روتین بعد از پایان روزکاری(اتمام آخرین عمل) دستگاه را در یکی از اتاق های عمل قرار داده و در صورت دارا بودن کانال هوا ساز یا کولر، حجم کانال(۳۰۰-۲۰۰) را به همراه حجم اتاق در نظر گرفته و پیچ تنظیم را روی عدد بدست آمده تنظیم نمایید.(شب های بعد بطور متناوب اتاق عمل دیگری انتخاب گردد به طوری که در طول یک هفته حداقل یک بار هر اتاق ضدعفونی گردد).
۱۲. بعد از موارد عفونی در اتاق عمل، استفاده در ICU، اتاق های ایزوله، بخش های عفونی، بخش های پیوندی و سایر بخش ها، ابتدا دریچه ها و کانال های جریان هوا را بطور کامل مسدود نمایید.(حتی الامکان توسط کیسه) و حجم اتاق را در ۲ ضرب کنید و پیچ تنظیم را روی عدد به دست آمده تنظیم نمایید.
۱۳. اطمینان حاصل کنید که مقدار کافی (محلول نانوسیل D۶) در بطری وصل شده به دستگاه وجود دارد.(هنگام وصل کردن محلول به دستگاه مناسب استفاده نمایید)
۱۴. دستگاه را به برق وصل کرده و ابتدا دکمه سبز رنگ پشت دستگاه را روشن نمایید و سپس دکمه(شروع) را فشار دهید. دستگاه بعد از آلارم زدن شروع بکار می کند.
۱۵. از محیط خارج شوید.
۱۶. دستگاه بعد از اتمام کار بصورت خودکار خاموش می گردد.
۱۷. حدود یک ساعت بعد از خاموش شدن دستگاه، اتاق قابل استفاده می باشد.
۱۸. می توان میزان کاهش میکروارگانیسم ها را با نمونه برداری قبل و بعد از استفاده از دستگاه ارزیابی نمود.

برنامه دستگاه نوکواسپری همزمان با نظافت روزانه اتاق های عمل

روزهای هفته	اتاق	مساحت	تنظیم حجم	زمان
شنبه	۱	۱۲۰m <sup>۲</sup>	۳۷۰	دقیقه ۲۵
یکشنبه	۲	۱۳۰m <sup>۲</sup>	۳۸۰	دقیقه ۲۵
دوشنبه	۳	۸۵m <sup>۲</sup>	۳۳۵	دقیقه ۲۰
سه شنبه	۴	۱۱۷m <sup>۲</sup>	۳۷۰	دقیقه ۲۵
چهارشنبه	۵	۱۰۰m <sup>۲</sup>	۳۵۰	دقیقه ۲۵

\*توجه\*

برنامه دستگاه نوکواسپری همزمان با برنامه روزانه نظافت اتاق های عمل خواهد بود.

مسئولیت کار با دستگاه برعهده مسئول شیفت میباشد.

دستگاه نوکواسپری توسط خدمات با نظارت مسئول شیفت در اتاق مربوطه گذاشته شده و پرده درب اتاق عمل کشیده شده و دستگاه روشن شود. بعد اتمام کار دستگاه توسط خدمات با نظارت مسئول شیفت جمع آوری خواهد شد.

در صورت کثرت اعمال جراحی در شیفت عصر کاری، بکارگیری دستگاه نوکواسپری به شیفت شبکاری موکول گردد.

**امکانات و ملزومات:** مواد ضد عفونی کننده طبق سیاست مرکز

**کارکنان مرتبط:** سرپرستار اتاق عمل - کارشناس بهداشت محیط - خدمات اتاق عمل

**جدول اسامی:**

نام و نام خانوادگی تهیه کننده	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کننده	سمت	امضاء
دکتر داوود بادبرین	رئیس اتاق عمل فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان		مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل و CSR	
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی	سمت: پزشک کنترل عفونت	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده:

Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities (۲۰۰۸)



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: پایش فرآیند استریلیزاسیون

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد دستورالعمل: +۴-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

تعاریف:

بازخوانی ابزار جراحی: در مواردی که به استریل بودن وسیله بعد از تحویل به بخش ها مشکوک شده یا در مواقعی که تست بیولوژیکال دستگاه استریل کننده از طرف آزمایشگاه مثبت اعلام شده باشد.

نشانهگر شیمیایی کلاس ۴: برای تایید صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست های پانسمان استفاده می شود (و در صورتی که اقلام ست وارد فضای استریل بدن نمی شود) و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود. با استفاده از این نشانهگر و چسبانیدن آن ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست استفاده شده و الصاق کد فراخوان در برگه مخصوص موجود در پرونده سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

نشانهگر کلاس ۶: یکی از مهم ترین نشانهگرهای شیمیایی است که به شاخصه های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل حساس می باشد، به طوری که این نشانهگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. با استفاده از این نشانهگر و چسبانیدن آن ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست استفاده شده و الصاق کد فراخوان در برگه مخصوص موجود در پرونده سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

از نشانهگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم مانند ست های لاپاراتومی، ایمپلنت (و در صورتی که اقلام ست وارد فضای استریل بدن می شود حتی اگر یک قلم باشد) استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود.

نشانهگر کلاس ۱: چسب خط دار روی ست است که پس از استریل شدن خط ها به مشکی تغییر رنگ می دهند و نشانهگر این است که بسته وارد اتوکلاو شده یا خیر.

حداقل اطلاعات روی ست: حداقل اطلاعات لازم بر روی هر بسته استریل شامل موارد: تاریخ و شیفت کاری - شماره/کد دستگاه استریل کننده - تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل - چرخه بارگذاری - نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل - نام ست می باشد.



زمان انقضاء بسته های استریل: در مورد ست های پارچه ای ۱۵ روز و وی پک ۳ ماه می باشد.

ویال بیولوژیک: در میال های بیولوژیک (تست اسپور) از میکروارگانسیم های مقاوم به صورت اسپور استئاروتروفیلوس و باسیلوس آتروفوس استفاده می شود و این ویال ها به صورت هفتگی در اتوکلاو بخار و در هر بار استفاده از اتوکلاو پلاسما و به تعداد سه عدد در آن جای گذاری می گردد. هدف از استفاده از آن ها سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکروارگانسیم های زنده و مقاوم است. در پایان چرخه ویال ها از اتوکلاو خارج شده و ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می شود. همچنین در صورت جابجایی دستگاه استریلائزر، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، باید آزمون های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد.

اتوکلاو پلاسما: روش استریل اقلام با درجه حرارت پایین است.

پلاسما: فرایندی است که گاز پراکسید هیدروژن در حضور امواج با فرکانس رادیویی به حالت چهارم ماده تبدیل شده و با ایجاد رادیکالهای آزاد موجب استریل شدن وسایل می شود.

اتوکلاو بخار: دستگاهی برای استریل اقلام توسط بخار تحت فشار است.

برون سپاری: طبق توافق بیمارستان با یکی از مراکز آموزشی درمانی سطح تبریز، وسایل آماده استریلیزاسیون به مرکز مور نظر ارسال می شود.

## استریلیزاسیون:

هدف:

- پیشگیری از استفاده از ست غیراستریل
- ارتقا ایمنی بیمار
- کاهش عفونت مرتبط با مراقبت

**دامنه:** واحد استریلیزاسیون اتاق عمل و تمام بخش های بستری و پاراکلینیک

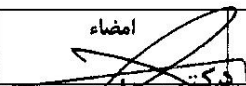
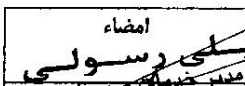
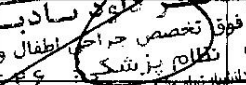
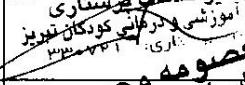
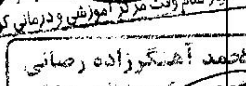
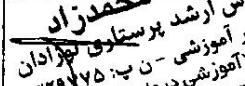
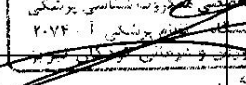
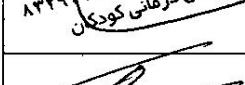

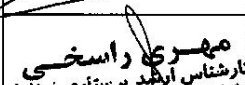
## گام های دقیق انجام کار:

۱. قبل از استفاده از ست استریل توسط کاربر از بسته بندی سالم و خشک بودن ست، وجود کد فراخوان، تاریخ انقضاء و تغییر رنگ برچسب نشانگر کلاس یک اطمینان حاصل می شود.
۲. پس از باز کردن ست قبل از انجام پانسمان نشانگر کلاس چهار یا شش داخل ست بررسی شده و در صورت تغییر رنگ مناسب پانسمان / پروسیجر مورد نظر انجام شده و پس از اتمام کار، نشانگر و کد فراخوان در برگه مخصوص در پرونده بیمار با نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست چسبانده می شود.

۳. هنگام باز کردن ست قبل از انجام پانسمان/پروسیجر در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر گزارش به کارشناس کنترل عفونت (در نبود ایشان گزارش به مسئول CSR) انجام شده و متعاقباً در صورت لزوم فراخوان انجام می شود.
۴. نشانگر بیولوژیک (تست اسپور) بصورت هفتگی در اتوکلاو بخار و در هر بار استفاده در اتوکلاو پلاسما به تعداد سه عدد در شرایط معمول و در مواقع جابجایی، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن باید از نظر آلودگی منفی باشد.
۵. برچسب فراخوان که شامل تاریخ و شیفت کاری، شماره/کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل، چرخه بارگذاری و نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل برای فرآیند رهگیری و فراخوان ارقام استریل شده بر روی تمامی ست های استریل شده توسط CSR نصب می شود و سه رقم فوقانی سمت راست کد فراخوان محسوب می شود که معنی ارقام به ترتیب از سمت چپ، عدد اول کد کاربر، عدد دوم کد اتوکلاو و عدد سوم کد سیکل کاری اتوکلاو می باشد.
۶. جواب تست بیولوژیکال مثبت به کارشناس کنترل عفونت یا به مسئول واحد CSR (در نبود کارشناس کنترل عفونت) توسط پزشک آزمایشگاه اطلاع داده می شود.
۷. استفاده از دستگاه مورد نظر (تست بیولوژیکال مثبت دارد) توسط مسئول CSR متوقف می شود.
۸. کد فراخوان و تاریخ مربوطه، به عنوان مثال مورخه ۹۸/۷/۷ کد ۱۲۲ با نامه آنی و تماس اضطراری به بخش های بستری توسط کارشناس کنترل عفونت یا مسئول CSR در شیفت صبح و با تماس اضطراری به مسئولین شیفت ها در شیفت عصر اطلاع رسانی می شود.
۹. کلیه بسته ها و پک های استریل شده در تاریخ مورد نظر با کد اعلام شده در بخش های بستری و اتاق های عمل توسط مسئول بخش ها به واحد CSR برگرداننده می شود.
۱۰. بسته ها و پکهای جمع آوری شده از بخش های بستری و اتاق های عمل توسط کمک بهیاران و تکنسین اتاق عمل به سالن کثیف واحد CSR عودت داده می شود. ست ها از طریق پنجره ارتباطی سالن کثیف توسط کمک بهیار به سالن کثیف منتقل می شود.
۱۱. بسته ها و پک های اتاق استریل توسط پرسنل CSR ، بازبینی و بررسی و جمع آوری میگردند و به سالن نیمه استریل منتقل می شود.
۱۲. وسیله ها و بسته ها و پک ها جهت استریل شدن مجدد توسط پرسنل CSR آماده می گردد.
- ابتدا تمام ویال های بیولوژیک و نشانگرهای کلاس چهار و شش موجود در CSR و بخش ها بررسی می شود تا اطمینان حاصل کنیم که نشانگرها تاریخ انقضاء و کیفیت مطلوب داشته باشند.

۱۳. جهت پیگیری و بررسی و رفع نقص فنی اتوکلاو مورد نظر برگه درخواست تعمیرات فوری به مدیر خدمات پرستاری در اتوماسیون ارسال می شود. و بصورت تلفنی به واحد تجهیزات پزشکی مرکز اطلاع داده می شود تا نقص فنی دستگاه بررسی و رفع شود.
- نقص فنی دستگاه بررسی می گردد و در مواردی که اتوکلاو نیاز به تعمیر اساسی دارد از برون سپاری استفاده می گردد.
۱۴. پس از تعمیر و رفع نقص فنی دستگاه یک سیکل خالی همراه با سه ویال بیولوژیک انجام شده و پس از اطمینان از منفی بودن جواب دستگاه به روال عادی کاربری باز گرداننده می شود.
۱۵. جواب تست های ویال های بیولوژیک در دفتری در واحد CSR مستند می شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر داود بادبرین	رئیس اتاق عمل		دکتر سید سجاد پور رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
دکتر محمد آهنگر زاده رضایی	میکروبیولوژیست		محمنداد	سوپروایزر و اینسپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی کودکان	
خانم سکینه موسویان	مسئول CSR		جلاله مهدیزاده	کادر CSR	
خانم نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی		مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	دکتر شهرام عبدلی اسکویی	امضاء:	امضاء:	دکتر شهرام عبدلی اسکویی	
سمت: پزشک کنترل عفونت	تاریخ تایید:				
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	دکتر میر هادی موسوی	امضاء:	امضاء:	دکتر میر هادی موسوی	
سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:				

منابع مورد استفاده: کتاب راهنمای کشوری کنترل عفونت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی اعمال جراحی

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد دستورالعمل: ۴۱-INS تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**تعریف:** نحوه تجویز آنتی بیوتیک به منظور پیشگیری قبل از اعمال جراحی

**هدف:** کاهش مقاومت میکروبی

**دامنه:** کلیه بخش های بستری

**گام های دقیق انجام کار**

نوزادان:

- ✓ در اکثر جراحی های نوزادان آمپی سیلین و جنتا مایسین تجویز می گردد.
- ✓ در کودکان زیر یکسال و نوزادان نیاز به پوشش آنتی بیوتیک بی هوازی نداریم.
- ✓ در ترکیبات آنتی بیوتیکی که برای پرو فیلاکسی تجویز می شود، در کودکان زیر یکسال مترونیدازول یا کلیندا مایسین حذف می گردد.
- ✓ در تمام موارد نوع آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، با نظر پزشک معالج (اساتید جراحی) قابل تغییر است.

**آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویزی در اعمال جراحی:**

✓ جراحی های گاسترو دئودنال و مری: جراحی های گاسترو دئودنال و مری: سفازولین (بالای یکسال)

✓ کیسه صفرا و مجاری صفراوی: سفازولین ۲۰-۳۰mg/kg

✓ آپاندیسیت بدون عارضه: سفازولین ۲۰-۳۰ mg/kg

✓ آپاندیسیت با عارضه: سفتریاکسون ۵۰mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg

یا: جنتا مایسین ۲-۳mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg + سفازولین ۲۰-۳۰mg/kg

✓ جراحی روده باریک:

در مواردی که احتمال باز شدن روده (انسداد روده) هست: سفتریاکسون ۲۵mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg

یا: جنتا مایسین ۲۰-۳۰mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg

✓ جراحی روده باریک:

در مواردی که نیاز به باز شدن روده نیست (انواژیناسیون): سفازولین ۲۰-۳۰mg/kg

پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در جراحی

کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی - مرکز آموزشی درمانی کودکان

✓ جراحی های کولورکتال: سفتریاکسون ۲۵mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg

یاف: سفازولین ۲۰-۳۰mg/kg + مترونیدازول ۳۰mg/kg + جنتامایسین ۲-۳mg/kg

- ✓ در عمل هرنی کودکان وعدم نزول بیضه (UDT) نیاز به تجویز آنتی بیوتیک پرو فیلاکسی نمی باشد.
- ✓ در سایر جراحی های الکتیو، نیاز به تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی نمی باشد.
- ✓ در اعمال ارولوژی شامل UPJo (تنگی حالب)، UVJO (تنگی محل اتصال حالب به مثانه)، اکستروفی مثانه و سنگ حالب آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویز نمی گردد. (با توجه به اینکه کودکان کاندیدای این جراحی ها قبل از مراجعه به اتاق عمل و در زمان تشخیص بیماری از دوره نوزادی تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار می گیرند).
- ✓ در اعمال جراحی مربوط به ترمیم های واژینال، آنومالیهای اروژنیتال و کلواکال آنتی بیوتیک پروفیلاکسی با نظر جراح محترم، بر اساس وضعیت بیمار تجویز می گردد.
- ✓ در بیماران دارای نقص ایمنی و دارای پروتز، برای جراحیهای الکتیو آنتی بیوتیک پروفیلاکسی لازم است.
- ✓ در صورت وجود مشکل قلبی، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی توسط اساتید محترم قلب (مشاوره قلب) تجویز می گردد.
- ✓ در تمام جراحی های الکتیو که احتمال باز شدن حفرات بدن و احشا ( گوارش، دستگاه ادراری، دستگاه تنفسی و مجاری صفراوی)، وجود دارد، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بر حسب مورد تجویز می گردد.

پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در جراحی

کمیتة کنترل عفونتهای بیمارستانی - مرکز آموزشی درمانی کودکان

اعمال جراحی گوش و حلق و بینی:

- ✓ برونکوسکوپی ریجید: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ ازوفاگوسکوپی ریجید: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ آدنوتانسیلکتومی: آمپی سیلین ۲۰mg/kg
- ✓ سپتو پلاستی: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ لب شکری: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ شکاف کام: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ رینو پلاستی (مربوط به لب شکری): سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ تعبیه VT یا TG: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ میرنگوپلاستی و تمپانو پلاستی: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ تمپانو ماستوئیدکتومی: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ توده های گردنی شامل توده های مادرزادی گردن و موارد بیوپسی: سفازولین ۲۰mg/kg
- ✓ برای موارد آبسه، چون برای بیمار معمولاً از چند روز قبل آنتی بیوتیک به صورت دو دارویی شروع می شود، آنتی بیوتیک پرو فیلاکسی توصیه نمی شود.
- ✓ برای بیماران مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی، پروتکل استاندارد مربوط به پروفیلاکسی با مشاوره اساتید محترم قلب، اجرا می گردد.
- در موارد حساسیت به پنی سیلین، کلیندامایسین ۲۰mg/kg

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	اورولوژیست مرکز	دکتر سعید اصلان آبادی	رئیس بخش جراحی	دکتر سعید اصلان آبادی
	رئیس بخش ENT	دکتر مهروش موسوی اقدس	جراح فوق تخصص جراحی اطفال	دکتر مسعود جمشیدی
	پزشک ENT	دکتر یلدا جباری مقدم	رئیس اتاق	دکتر داود بادبرین
	کارشناس کنترل عفونت	دکتر مهران راسخی	دکتر فوق تخصص جراحی اطفال	خانم لیلی رسولی
	پزشک ENT	دکتر مصباح کدخدای محمدی	پزشک ENT	دکتر زیلا محمدی آذر
امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی		
امضاء :		سمت: پزشک کنترل عفونت		
امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
امضاء :		سمت: رئیس مرکز		



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد دستورالعمل: ۴۲-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

تعداد صفحه: ۲

**تعریف:** بکارگیری روش ها و استراتژی های محدودکننده برای کاهش مصرف آنتی بیوتیک و کاهش مقاومت میکروبی

**هدف:** کاهش مقاومت میکروبی

**دامنه:** کلیه بخش های بستری

**شیوه انجام کار:**

تیم کنترل عفونت بر الگوی مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی هر سه ماه یکبار نظارت نموده و بصورت محرمانه به پزشکان و پرسنل نسبت به تجویز آنتی بیوتیک در چارجوب دستورالعمل های صادره بازخورد داده می شود. آزمایشگاه ماهانه مقاومت میکروبی کشت های مثبت را در اختیار تیم کنترل عفونت قرار می دهد. مسئول داروخانه آنتی بیوتیک های مصرفی را در طی دوره های یک الی سه ماهه بررسی و به کمیته اقتصاد و درمان دانشگاه ارائه می نماید.

آنتی بیوگرام عفونت های شایع مرکز توسط تیم کنترل عفونت هر ۳ ماه یکبار بررسی شده و مقاومت های دارویی به اطلاع معاون آموزشی جهت طرح در گروه های مختلف ارائه می گردد.

جهت شروع آنتی بیوتیک های پرهزینه (۸ قلم آنتی بیوتیک): کارباپنم، وریکونازول، ونکومایسین، آمفوتریپسین لیپوزومال، کولیستین لینزولید، تیکوپلانین، کاسپوفانژین) در بخش ها، مشاوره عفونی درخواست خواهد شد.

تمامی بخش ها هشت آنتی بیوتیک پرهزینه را ( کارباپنم، وریکونازول، ونکومایسین، آمفوتریپسین لیپوزومال، کولیستین، لینزولید، تیکوپلانین، کاسپوفانژین) باید پس از مشاوره و تایید شروع نمایند.

صرفاً آنتی بیوتیک های مروپنم، ایمی پنم و وانکومایسین در بخش های NICU، PICU، خون، عفونی و نوزادان قابل شروع بوده و باید تا سه روز مشاوره عفونی انجام شود و جهت شروع سایر آنتی بیوتیک ها در سایر بخش ها باید از همان روز اول مشاوره انجام شود.

بیمارانی که کاندید بستری به بخش های ویژه بوده ولی به دلیل نبود جا فعلاً انتقال میسر نیست از این قاعده پیروی می کنند.

آنتی بیوتیک های هشت گانه در بقیه بخش ها قابل استفاده نیست مگر با مشاوره عفونی با اساتید عفونی مرکز آقای دکتر اسکویی و دکتر عابدینی و در صورت ادامه بیش از ۱۴ روز باید مشاوره مجدد انجام شود.

از فرم آنتی بیوتیک ادغام شده استفاده خواهد شد و برای هر آنتی بیوتیک در محل مخصوص تیک زده شده و برای هر آنتی بیوتیک فرم مجزا استفاده خواهد شد.

تحويل آنتی بیوتیک های هشت گانه به بخش ها منوط به تکمیل دقیق و خوانای فرم آنتی بیوتیک به داروخانه است.

کلیه آنتی بیوتیک های هشت گانه از کلیه بخش ها جمع آوری شده است و صرفا در بخش های NICU, PICU نوزادان، خون و عفونی آنتی بیوتیک های مروپنم، وانکومايسين و ایمی پنم موجود است.

در صورت وجود بیمار بدحال در سایر بخش ها از بخش های مجاز و مذکور دارو تهیه خواهد شد.

در بیماران نوتروپنیک و بیمارانی که داروهای ضدقارچ را در منزل مصرف می کنند می توانند در بدو ورود درمان آنتی بیوتیکی را شروع نمایند و تا سه روز مشاوره عفونی درخواست کنند.

تکمیل فرم ها توسط رزیدنت یا اتند می باشد و حتما به مهر اتند مهور شود.

هنگام ثبت داروها در HIS نام پزشک تجویز کننده صحیح انتخاب شود تا قابل پیگیری باشد.

تمامی بخش ها مطابق بخش نامه بیمه عمل نمایند و در مورد بخش های خون و نوزادان و NICU اساتید محترم ذیل جهت تایید فرم های مذکور به عنوان پزشک معتمد مرکز معرفی شده است.

آقای دکتر عطالله هیراد فر: بخش خون

آقای دکتر میرهادی موسوی: بخش های NICU و نوزادان

اساتید عفونی (آقای دکتر شهرام عبدلی اسکویی، آقای دکتر بابک عبدی نیا و آقای دکتر علی اکبر عابدینی): سایر بخش ها

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر بابک عبدی نیا	فوق تخصص عفونی مرکز		دکتر علی اکبر عابدینی	فوق تخصص عفونی مرکز	
دکتر عطالله هیرادفر	مستول داروخانه مرکز		دکتر نسرين حاجی زاده	مستول داروخانه مرکز	
دکتر محمد آهنگرزاده رضائی	میکروبیولوژیست		لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
دکتر نعمت بیلان	رئیس مرکز بخش PICU		مهري راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
دکتر مجید محله ای	رئیس مرکز بخش NICU				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی		امضاء:			
سمت: پزشک کنترل عفونت		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : مقابله با سوانح براساس شرایط واقعی کار

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۱۰ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: INS-۴۳ تعداد صفحه: ۲
--	--

**تعریف :**

حفاظت انسان ومحیط زیست ونسل های آینده در برابر اثرات زیانبار پرتوها جهت جلوگیری از بروز اثرات قطعی پرتوها ومحدود کردن ریسک اثرات احتمالی آنها از طریق وضع قوانین ومقررات مربوطه وهمچنین کنترل ونظارت بر رعایت آنها ،طوریکه میزان پرتوگیری تاحد امکان کمتر وموجه باشد.

**اهداف :**

- ۱- آگاهی از اثرات پرتوها وروش های حفاظت از خود ودیگران در برابر اثرات ناخواسته
- ۲- کار صحیح وایمن بامنابع پرتوودستگاههای پرتوساز
- ۳- آگاهی از قوانین ،مقررات واستانداردهایی که رعایت آنها الزامی است
- ۴- ایجاد علاقه برای کارکنان رادیولوژی در جهت اعمال حفاظت پرتوی

**دامنه :بخش تصویربرداری**

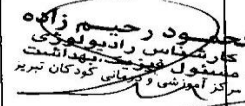

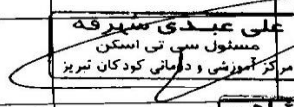
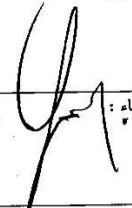
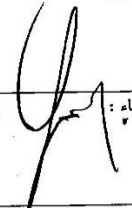
**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

الف)مسئول فیزیک بهداشت ومسئول بخش:

- کنترل کارکرد صحیح دستگاه از نظر مکانیکی ،الکتریکی وشرایط پرتودهی مناسب توسط مسئول فیزیک بهداشت ومسئول بخش
- کنترل کارکرد صحیح علائم هشداردهنده در ورودیهای اطاق اکسپوز توسط مسئول فیزیک بهداشت
- تهیه تجهیزات حفاظتی لازم برای بیمار وهمراه بیمار وپرتوکاران از جمله (روپوش سربی ،عینک سربی ؛گناد بند سربی ،تیروئید بند سربی وروپوش سربی )توسط مسئول فیزیک بهداشت ومسئول بخش
- کنترل آزمایشات ومعیانات پزشکی پرتوکاران سالی دوبار ، توسط مسئول فیزیک بهداشت
- کنترل ومواظبت از عدم تجاوز میانگین دوز موثر کارکنان از ۲۰ mSv در طول ۵سال متوالی توسط مسئول فیزیک بهداشت
- تشکیل پرونده وثبت سوابق پزشکی وپرتوگیری احتمالی پرتوکاران توسط مسئول فیزیک بهداشت
- ثبت گزارشها ونتایج بازرسی ونظارت بر اجرای توصیه های حفاظتی وایمنی توسط مسئول فیزیک بهداشت
- بازرسی وکنترل نظام یافته منابع پرتو ومحیط کار در منطقه کنترل شده توسط مسئول فیزیک بهداشت
- آموزش مستمر نکات حفاظت در برابر اشعه به پرتوکاران توسط مسئول فیزیک بهداشت
- نظارت بر رویه های پرتوتشخیصی انجام شده توسط تکنولوژیستها با کنترل مسئول فیزیک بهداشت
- ب)پرتوکاران:
- warm up(گرم کردن وآماده به کار نمودن)دستگاههای پرتونگاری قبل از شروع کار توسط پرتوکار
- کنترل درخواست آزمون ومشخصات بیمار وشناسائی فعال بیمار توسط پرتوکار
- مطابقت فیلم بچ با شماره اختصاصی هر فرد توسط پرتوکار
- نصب فیلم بچ بر روی روپوش هنگام کار ودر صورت استفاده از پیشبند در زیر پیشبند

- اطمینان از بسته بودن درب اتاق گرافی هنگام اکسپوز توسط پرتوکار
- خالی نمودن اتاق اکسپوز در زمان اکسپوز توسط پرتوکار
- دادن پوزیشن مناسب به بیمار جهت جلوگیری از تکرار آزمون توسط پرتوکار
- استفاده از شرایط اکسپوز مناسب (kvp ,mas,ffd) توسط پرتوکار
- محدود نمودن میدان تابش اشعه توسط پرتوکار
- پوشش گنادها و تیروئید تا حد امکان که باعث از بین رفتن اطلاعات تشخیصی نشود، جهت جلوگیری از پرتوگیری ارگانهای حساس به اشعه توسط پرتوکار
- استفاده از وسایل کمکی مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن بیماران بی قرار و کودکان به جای همراه موقع تابش اشعه توسط پرتوکار
- ممانعت از ورود همراهان به اتاق اشعه غیر از موارد ضروری نیاز به نگهداشتن بیمار توسط همراهان و استفاده از حفاظ های سری همراهان توسط پرتوکار
- رعایت قانون ده روز برای خانمهای باردار (LMP) توسط پرتوکار
- اطلاع به پزشک مربوطه در زمانهای ضروری گرافی از ناحیه شکم و لگن خانمهای باردار جهت رعایت حداکثری حفاظت در برابر اشعه توسط پرتوکار
- اطلاع به مسئول فیزیک بهداشت در صورت پرتوگیری ناخواسته خانمهای باردار توسط پرتوکار
- ج)مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان:
- کالیبراسیون و کنترل کیفی دستگاهها به طور منظم توسط مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
محمود رحیم زاده	مسئول فیزیک بهداشت مرکز تخصصی رادیولوژی بهداشت مرکز مسئول تجهیزات پزشکی کودکان تبریز مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز		نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	
علی عبدی	مسئول بخش تصویربرداری				
نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
مستوفی	رئیس مرکز		دکتر میر هادی موسوی	دکتر میر هادی موسوی	

### منابع مورد استفاده :

- قوانین حفاظت کمیون بین المللی حفاظت در برابر پرتوهای یونیزان(ICRP)
- کتاب فیزیک تشعشع دکتر نجم آبادی
- سایت سازمان انرژی اتمی ایران



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : استفاده ایمن از مواد حاجب

کد دستورالعمل : ۴۴-INS

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۵/۴

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۷

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف:** مواد حاجب به موادی گفته می شود که از طریق خوراکی ویا تزریق داخل وریدی ویا تنقیه به داخل حفرات واندامهای داخلی بدن وارد شده وآزمونهای اختصاصی ازآنها صورت می گیرد(الترایست وویزیپاک در تزریق داخل وریدی ،سولفات باریم ومگلامین کامپاند در سیستم گوارشی ومگلامین کامپاند در تزریق داخل مئانه).به دلیل احتمال حساسیت هاومشکلات مختلف استفاده ازمواد حاجب بارعایت مسائل ایمنی الزامی است.

### اهداف :

- ۱-انجام آزمون درخواستی به نحو احسن
- ۲-جلوگیری از مشکلات احتمالی ناشی از تزریق مواد حاجب
- ۳-درمان مشکلات پیش آمده حین انجام آزمون های اختصاصی برای بیمار
- ۴-تحويل بیمار درحالت stableوالدین درحالت سرپائی ویا به بخش درخواست کننده درحالت بستری

**دامنه :** بخش تصویربرداری

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :

- ۱-تهیه مواد حاجب بعد از نسخه پیچی توسط متخصص رادیولوژی توسط بیمار در مواد سرپائی ویا تهیه مواد حاجب توسط بخش درخواست کننده برای بیماران بستری
- ۲-پذیرش وپرکردن فرم مخصوص انجام آزمونهای اختصاصی توسط مسئول پذیرش که شامل مشخصات بیمار وسابقه مشکلات وحساسیتهای احتمالی بیمار ورضایت والدین وهمچنین تایید انجام آزمون توسط متخصص رادیولوژی نرس مقیم وپرتوکار ومسئول پذیرش می باشد
- ۳-ترکیب مواد حاجب باریمی با آب ویا کشیدن محلول تزریق داخل سرنگ توسط پرتوکاران ونرس مقیم بخش با دوز تعیین شده توسط متخصص رادیولوژی در فرم انجام آزمون های اختصاصی
- ۴-اطمینان از رگ مناسب وگزارش کلیه موارد اکستراواژیشن به کارشناس درمان زخم
- ۵-تزریق مواد حاجب توسط نرس مقیم بخش با حضور متخصص رادیولوژی مطابق دوز تعریف شده
- ۶-تهیه گرافیهای لازم ویا سی تی اسکنهای لازم توسط پرتوکاران وکنترل آنها توسط متخصص رادیولوژی

۷- کنترل وضعیت stable بودن بیمار توسط نرس مقیم بخش و تحویل ایمن بیمار به والدین در موارد سرپائنی و یا بخش بستری در موارد بستری

۸- تحویل رپورت آزمونها جهت ادامه درمان توسط مسئول پذیرش

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
علی عبدی	کارشناس مسئول بخش		علی عبدی	کارشناس مسئول بخش	
نیره فرج زاده	همانگ کننده ایمنی بیمار				
نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز		دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: شناسائی بیمار در بخش تصویربرداری

تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۸	کد دستورالعمل: INS-۴۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۲	

**تعریف:** بیمارانی که به بخش تصویربرداری به صورت سرپائی و یا بستری مراجعه می نمایند باید دقیقاً شناسائی شوند که این شناسائی در بیماران سرپائی با پرسش نام ونام خانوادگی ونام پدر وتطبیق بابرگ درخواست بوده ودر بیماران بستری با شناسائی فعال بیمار که شامل (درخواست از والدین برای نام ونام خانوادگی بیمار ونام پدروتطبیق با دستبند شناسائی) خواهد بود تا احیاناً اشتباهی در ارائه خدمات به بیمار مورد نظر پیش نیاید.

**اهداف:**

- ۱- ارائه خدمات بهینه به بیمار مورد درخواست
- ۲- جلوگیری از بروز خطرات احتمالی ناشی از اشتباه در شناسائی بیمار
- ۳- جلوگیری از تکرار انجام آزمون درخواستی برای بیمار
- ۴- عدم اتلاف وقت در تشخیص ودرمان به موقع بیماری

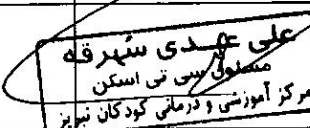


**دامنه:** بخش تصویربرداری

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

- ۱- بیمار یا به صورت سرپائی به پذیرش بخش تصویربرداری جهت انجام درخواست تجویز شده توسط پزشک مراجعه می کند ویا به صورت بستری بعد از ثبت درخواست توسط بخش درخواست کننده به بخش تصویربرداری مراجعه می کند
- ۲- برگ درخواست بیمار بعد از گذراندن مراحل پذیرش توسط مسئول پذیرش چاپ می شود.
- ۳- در صورتی که درخواست بیمار سونوگرافی باشد توسط مسئول پذیرش رادیولوژی فراخوانده می شود در صورت سرپائی بودن بعد از پرسش از والدین در مورد نام ونام خاندهگی ونام پدر وتطبیق با برگ درخواست ودر صورت بستری بودن بعد از شناسائی فعال بیمار ,بیمار را به واحد سونوگرافی هدایت می کند وپزشک متخصص رادیولوژی ,سونوگرافی درخواستی را انجام می دهد.
- ۴- در صورتی که درخواست بیمار سی تی اسکن باشد توسط مسئول پذیرش سی تی اسکن فراخوانده می شود در صورت سرپائی بودن بعد از پرسش از والدین در مورد نام ونام خاندهگی ونام پدر وتطبیق با برگ درخواست ودر صورت بستری بودن بعد از شناسائی فعال بیمار ,بیمار را به واحد سی تی اسکن هدایت می کند وپرتوکار بعد از کنترل با برگ درخواست آزمون درخواست شده را انجام می دهد.
- ۵- درخواست در صورتی که رادیوگرافی باشد لیبل مشخصات بیمار توسط مسئول پذیرش نوشته می شود وپرتوکار بعد از پرسش از والدین در مورد نام ونام خاندهگی ونام پدر وتطبیق با برگ درخواست ودر صورت بستری بودن بعد از شناسائی فعال بیمار ,بیمار را به واحد رادیوگرافی فرا می خواند وآزمون درخواستی را انجام می دهد.
- ۶- رپورت از مونها توسط متخصص رادیولوژی ویا رزیدنت رادیولوژی نوشته شده وتوسط تایپیست ,تایپ می شود.

۷- رپورتها در موارد سرپائى زمان مراجعه والدين بيمار بعد از پرسش وتطبيق با مشخصات بيمار به والدين تحويل داده مى شود ودرموارد بسترى بعد از امضاء رابطين در دفتر رپورت به بخشها تحويل داده مى شود.

### جدول اسامى :

نام و نام خانوادگى تهيه كنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگى تهيه كنندگان	سمت	امضاء
على عبدى	كارشناس مسئول بخش	 على عبدى سهرقه مسئول بيمى تى اسكن مرکز آموزشی و درمانی کودکان نیریز			
نيره فرج زاده	كارشناس هماهنگ كننده ايمنى بيمار				
نام و نام خانوادگى تاييد كننده	دكتور اميررضا جهانشاهى		امضاء :		
سمت :	رئيس متخصص راد يولوژى نظام بى شكوى : ۹۶۸۹۰ تاريخ تاييد : 98/7/10 استاديار تمام وقت مرکز آموزشى و درمانى کودکان نيريز				
نام و نام خانوادگى ابلاغ كننده :	دكتور مير هادى موسوى		امضاء :		
سمت :	رئيس مركز شماره و تاريخ ابلاغ :				

منابع مورد استفاده : تجربيات بيمارستانى



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی

تاریخ تدوین: ۹۵/۹ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: INS-۴۶ تعداد صفحه: ۳
---	--

**اهداف:** نمونه گیری صحیح از بیماران بستری و سرپائی جهت انجام آزمایشات مورد درخواست طبق استانداردهای مربوطه و با در نظر گرفتن خطاهای پره آنالیتیکال

**دامنه:** کلیه بخشهای بستری و سرپائی و آزمایشات ارجاعی به خارج و قبول آزمایشات ارجاعی از سایر مراکز

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

الف ( نمونه برداری از بیماران سرپائی مراجعه کننده به آزمایشگاه یا بخش های بستری

۱- دریافت برگه پذیرش از بیماران سرپائی و کنترل آنها توسط کارشناس یا کاردان آزمایشگاه که آموزشهای لازم برای نمونه برداری از بیماران را گذرانیده و صلاحیت نمونه برداری از بیماران را طبق تائید مسئول فنی آزمایشگاه دارا می باشد . در

بخش های بستری رویت دستورات پزشک و بت و پذیرش در HIS و کنترل آنها توسط پرستار آموزش دیده

۲- مرور آزمایشات ثبت شده در برگ پذیرش و کسب اطمینان از آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه مانند مراعات ناشتائی - شایط فیزیولوژیک بدن - عدم مصرف برخی مواد غذایی یا مصرف داروها و ... آمادگی شرایط جسمانی و فیزیکی . در صورت نداشتن هر کدام از شرایط ضمن توضیح به بیمار و موکول نمودن نمونه برداری به زمان دیگر .

۳- شناسائی بیمار طبق ضوابط ایمنی بیمار ، مطابقت برگه پذیرش با مشخصات بیمار با سوال از خود بیمار یا والدین بیمار تحت عنوان نام شما چیست ؟ یا نام بیمار چیست ؟ در بخشهای بستری شناسائی بیمار از طریق مچ بند بیمار و کسب اطمینان نمونه گیر از مطابقت شناسه های موجود بر روی دستبند بیمار و برچسب ظروف نمونه

۴- مدیریت و کنترل ابزارهای نمونه برداری و انتخاب لوله های مناسب ، متناسب با نوع درخواست و مواد ضد انعقادی مناسب

۵- آماده سازی بیمار و رعایت موازین بهداشت دست و کنترل عفونت و ایمنی بیمار و پرسنل توسط فرد نمونه گیر.

۶- تمیزکردن محل نمونه گیری

ناحیه نمونه گیری به کمک گاز آغشته به ایزوپروپیل الکل یا اتیل الکل ۷۰٪ به صورت حرکت دورانی از داخل به خارج تمیز میشود. نمونه گیری پس از خشک شدن موضع در هوا، به منظور جلوگیری از همولیز و کاهش سوزش ناشی از تماس نوک سوزن با الکل و پوست، صورت میگیرد.

باید سر سوزن در حالی که قسمت مورب نوک آن به سمت بالا است، با زاویه ۳۰° C یا کمتر وارد ورید شود

سر سوزنهای آلوده بدون گذاشتن درپوش سرسوزن باید در ظروف ایمن، دفع گردند .سپس نمونه خون به آرامی در ظروف مربوطه تخلیه شود. نمونه هایی که در لوله های حاوی ماده ضد انعقاد ریخته میشوند باید بلافاصله و به آرامی ۵ تا ۱۰ بار مخلوط شوند.

در صورتیکه نمونه در لوله بدون ماده ضد انعقاد ریخته میشود باید به آرامی در جدار داخلی لوله تخلیه گردد.

۷- اخذ نمونه خون بیمار و انتقال به لوله های مربوطه و برچسب گذاری نمونه ها و تحویل به محل جمع آوری نمونه ها برای تهیه برگه های کار مربوطه در بخش های بستری کسب اطمینان نمونه گیر از مطابقت شناسه های موجود بر روی دستبند بیمار و برچسب ظروف نمونه

۸- ارائه برگه های راهنمایی جمع آوری نمونه هایی که باید توسط خود بیمار یا به کمک همراهان بیمار باید تهیه شود ( یا در روزهای بعد باید تهیه و ارائه شود ) و ارائه توضیح شفاهی و عملی ( در موارد مقدور ) به ساده ترین وجه ممکن برای تفهیم تمام سطوح اجتماعی جامعه . ارائه راهنمایی برای تحویل این نمونه ها به محل جمع آوری نمونه تا ساعت معین .

ب ) تحویل گرفتن نمونه های ارسالی از بخشها و نمونه های ارجاعی از سایر مراکز با در نظر گرفتن موارد قبول و رد نمونه :

۱- لیست آزمایشات انجامی و ارجاعی به بخشهای بستری ارسال شده است .

۲- کلیه موارد نیاز به ناشتایی به بخشهای بستری ارسال شده است .

۳- مدت زمان پایداری نمونه ها به بخشهای بستری ارسال شده است .

۴- مقدار نمونه لازم و نوع لوله ها و مواد ضد انعقاد به بخشهای بستری ارسال شده است .

۵- آزمایشات اورژانسی قابل انجام و TAT و نوع آزمایشات بحرانی

۶- ساعت جوابدهی انواع آزمایشات

۷- موارد عدم انطباق طبق فرمهای گزارش خطاهای پزشکی به مراجع ذیربط بیمارستان ارسال میگردد

۸- نمونه های ارسالی از بخشها با در نظر گرفتن معیارهای قبول و رد نمونه و .... توسط همکاران تحویل نمونه اخذ و در سیستم HIS تائید و برگه کار صادر و به آزمایشگاه تحویل داده میشود .

۹- در صورت نیاز به تکرار آزمایش یا کمبود نمونه یا نیاز به نمونه گیری مجدد موارد با بت در فرمهای عدم انطباق به اطلاع بخش ها میرسد .

۱۰- نمونه های مربوط به آزمایشات ارجاعی خارج از مرکز به مسئول مربوطه تحویل و ایشان موارد مرتبط با اصلت ، قابلیت و .. را بررسی و اقدام لازم انجام میشود .



## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سو پروایز آزمایشگاه	ابراهیم دشتی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : تاریخ تایید:		
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

**منابع مورد استفاده :** استانداردهای آزمایشگاه - تجربه آزمایشگاه- الزامات اعتبار بخشی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( بخش بیوشیمی )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : ۱-۴۷-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ : ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۸	

**تعریف :**

**اهداف :** انجام آزمایشات بیوشیمی منطبق با استانداردهای آزمایشگاههای پزشکی

**دامنه :** بخش بیوشیمی و بیوشیمی ادرار - کلیه کشیک های صبح و عصر و شب

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

در این بخش در صبح کاری یک نفر کشیک (کارکنان آزمایشگاه) امورات بیوشیمی را انجام می دهد.

۱- اجرای عمل بلانک کووت از دستگاه selectra در اول شیفت کاری توسط کشیک بیوشیمی صورت گیرد و در صورتی که SD کووت بیشتر از ۰.۲ باشد باید کووت تعویض گردد.

۲- اجرای عمل بلانک محلولها

۳- آماده سازی سرم کنترل : چون کنترلها بصورت لیوفیلیزه می باشد پس برای رفع خطای به حجم رساندن باید از وسایل حجمی مناسب و طبق بروشو شرکت سازنده عمل کرد. لازم به ذکر است برروی ویال کنترل مقدار آب مقطر مورد نیاز (مثلا ۵ میلی لیتر) درج شده است. و نیز طبق بروشو مدت زمان ۳۰ دقیقه بعد از اضافه نمودن آب مقطر به ویال سرم کنترل جهت استفاده آماده می باشد ضمنا از تکان دادن شدید که موجب ایجاد کف شود جلوگیری شود فقط سرو ته کردن کافی می باشد . بعد از آماده سازی سرم کنترل های لیوفیلیزه آنها را در حجمهای ۰/۵ سی سی تقسیم و در فریزر قرار میدهم و روزانه یکعدد یا بر حسب تعداد نمونه در صورت لزوم ۲ عدد ( یکی برای وسط یا آخر راند کاری ) استفاده کنید.

۴- سرم کنترل با مقادیر مشخص به دستگاه دهید و جوابهایش را طبق قوانین وستگارد بررسی نمایید . ( از برنامه پذیرش کنترل را انتخاب ، سپس نوع کنترل را برحسب نام کنترل نرمال وغیره ، و شماره کنترل (lot no) انتخاب ، بعد تستها را انتخاب نمایید. ) . بر اساس قوانین وستگارد باید به تستهای مورد انجام جواب قابل قبول داده شود تا امکان انجام تست ها وجود داشته باشد.

اگر تستی جواب غیر قابل قبول داد بسته به نوع خطای ایجاد شده (خطای سیستماتیک و راندوم ) برای رفع ایراد اقدام شود. در صورتیکه ایراد مورد نظر رفع شود و دستگاه به کنترل بعدی (بعد از رفع ایراد ) جواب بدهد تست های مربوط به آن آزمایش انجام شده و جوابدهی شود در صورتیکه بعد از رفع عیب باز هم به کنترل مربوطه جواب قابل قبول ارائه نشود آن آزمایش در آنروز کنسل شده و به هیچ یک از بیماران که آن آزمایش را دارند جوابدهی نشود.

در صورتیکه در وسط راندکاری سرم کنترل به دستگاه داده شود و جوابها براساس قوانین وستگارد صحیح نباشد بازهم نمیتواند به تستی که جواب قابل قبول داده نشده است جوابدهی انجام دهد و باید بعد از اصلاح ایراد دوباره تستها تکرار و در صورت صحیح بودن جواب کنترل ، تست های بیماران انجام و جوابدهی شود . (تفسیر قوانین وستگارد در خط مشی کنترل کیفی بیوشیمی ذکر شده است.

- بعد از مطمئن شدن از جوابهای کنترل دستگاه نمونه های بیماران را به طریق زیر در دستگاه پذیرش کنید :
- تحویل سرم بیماران سرپایی و بستری توسط کشیک جداسازی سرم به بخش بیوشیمی
  - بررسی مجدد نمونه با برگه کار بیوشیمی توسط کارشناس بخش

## نحوه کار با دستگاه میکرولایت:

بعد از دادن نمونه به دستگاه selectra جهت انجام آزمایشات بیوشیمی در فاصله زمانی آماده شدن نتایج، کارشناس بخش با توجه به برگه کار بیمارانی که آزمایش سدیم، پتاسیم و کلسیم دارند جدا کرده و به طریق زیر به دستگاه میکرولایت بدهد: روش نمونه دادن به دستگاه: محلولهای مورد استفاده در این دستگاه شامل استانداردهای ۱،۲ و ۳ و محلول شستشو و کلین می باشد. این دستگاهها ۲۴ ساعته روشن می باشند.

- ۱- نوع نمونه را به کمک دکمه F۱ مشخص کنید (خون کامل، سرم، ادرار، پلاسما...).
- ۲- از روی صفحه دستگاه علامت نقطه را بزنید پروب جلو آمده نمونه را زیرش قرار داده کمی به عقب فشار دهید بعد از مکش نمونه را بیرون بکشید.
- ۳- جهت کالیبره کردن (f۴ سپس f۳) بصورت دستی انجام دهید.
- ۴- اکیداً توصیه می شود فقط از استانداردهای کمپانی استفاده کنید.
- ۵- نمونه را سه ثانیه بعد از شنیدن سیگنال بیپ دستگاه از پروب جدا کنید.
- ۶- به مقدار کافی حجم نمونه استفاده کنید (حداقل نمونه ۲۰۰ لاندا می باشد) و دقت فرمائید مکش نمونه از کف تیوپ انجام نشود نوک پروب نباید با دیواره تیوپ یا با کف آن برخورد کند.
- ۷- آب مقطر دیونیزه یا محلولهای دیگر نباید در تماس با Membranes الکترودها قرار گیرد.
- ۸- وقتیکه استانداردها را تعویض می کنید به این منظور که استاندارد تعویض شده در مسیر مکش شود و حبابهای مسیر از بین رود از مرحله Priming برای استاندارد مورد نظر استفاده کنید. (f۴ سپس f۲) پس از مرحله Priming بطور اتوماتیک کالیبراسیون نیز انجام می گردد.
- ۹- محفظه waste را هر روز برای تمیزی محیط کار تعویض نمائید که از روش زیر استفاده کنید:

F۳ → F۴ → ۱۱ → ENTER → F۱ → ENTER

- ۱۰- به هیچ عنوان نباید الکترودها ضربه بینند لذا در حین حمل یا تعویض آنها از زدن ضربه به آنها خودداری کنید و با احتیاط آنها را جابجا نمائید.

۱۱- هنگامیکه دستگاه در حال ضبط (saving) اطلاعات در حافظه است دستگاه را خاموش نکنید.

## "شستشو" "Washing"

۱- به هیچ عنوان از محلولهای شستشو بغیر از محلولهای کمپانی استفاده نکنید.

۲- مرحله wash را در شروع مراحل اندازه‌گیری انجام دهید.

۳- معمولاً مرحله stand by قبل از خاموش کردن میکروولایت را انجام دهید. این مرحله شامل روش washing (اتوماتیک) و روش cleansing (دستی) می‌باشد که از روش زیر استفاده میکنیم:

F۴ → F۴ → F۲ → Clean

F۴ → F۴ → F۱ → FLUSH → wash

نکته مهم: این دو مرحله washing و cleansing را فقط یک بار در روز انجام دهید.

۴- این نکته مهم است که تیوپ‌ها و بلوک الکترودها در فاصله‌های زمانی منظم برای جلوگیری از تجمع پروتئین‌ها و lipidها در سیستم شستشو wash شود.

۵- اگر washing در حین کار روزانه انجام می‌شود، ۳۰ دقیقه منتظر شوید و سپس مجدداً کالیبر نموده و به کار ادامه دهید.

## فعال سازی الکترودها

قبل از نصب و سوار کردن، هر الکتروده باید فعال گردد. فعال سازی برای مطمئن شدن از عملکرد اندازه‌گیری صحیح الکتروولیت انجام می‌شود

۱- برای فعال سازی هر الکتروده از یک سرنگ استفاده کنید.

۲- محلول filling فعال سازی برای الکترودهای k,ca یکی است و می‌توان برای آن دو از یک سرنگ نیز استفاده کرد

۳- برای فعال سازی الکترودهای ca,k,cl,Na از محلول فعال سازی مخلوط شده استفاده کنید که شامل ۱/۱۰ محلول filling مخصوص الکتروده و ۹/۱۰ آب مقطر است.

نکته مهم: سرنگ‌ها را با هم عوض نکنید، که آلودگی بوجود نیاید.

۴- برای فعال سازی الکتروده Li مستقیماً از محلول filling لیتیم استفاده کنید.

۵- کانال اندازه‌گیری هر الکتروده را با محلول فعال ساز پر کنید، دقت کنید سوزن سرنگ به انتها و بدنه محفظه الکتروده برخورد نکند، سپس محفظه داخلی الکتروده را از محلول پر کنید.

## روش کار با دستگاه الکتروولیت Audicom

الف ( صفحه اصلی دستگاه شامل موارد ذیل میباشد :

- ۱- آنالیز
- ۲- Q.C
- ۳- SET UP
- ۴- Service
- ۵- Calibration
- ۶- Data

۱- آنالیز : آنالیز blood و Urine : نمونه سرم را مستقیماً" به دستگاه می‌دهیم و جوابها را برایمان پرینت میکند . نمونه ادرار را باید به نسبت ۱/۳ با آب مقطر رقیق و سپس به دستگاه بدهیم . دستگاه خودش جوابهای حاصله را ضربدر ۳ کرده و به ما میدهد .

➤ هر جا خواستیم وارد صفحه اصلی شویم باید دگمه NO را فشار دهیم.

ب ( روش نمونه دادن به دستگاه :

➤ قطره نوک پروب را اول پاک کنیم بعد نمونه بدهیم .

۱- وقتی دستگاه در صفحه اصلی است میتوانیم به دستگاه نمونه بدهیم :

۲- دگمه ۱ ( آنالیز ) را می زنیم

۳- دگمه ۱ ( BLOOD ) را می زنیم

۴- پروب را با انگشت جلو میکشیم

۵- نمونه را در زیر پروب میگیریم و دگمه YES را میزنیم .نمونه در حدود ۲۰۰ تا ۲۵۰ میکرولیتر لازم است . ( تا حد امکان نمونه را در لوله لخته زیر پروب نگیرید ) از طریق کاپ یا سرسمپلر ۲۰۰ لاندن نمونه را به دستگاه بدهید

۶- جوابها چاپ شده و در دسترس خواهند بود .

➤ اگر در گوشه سمت راست بالای برگ جواب سه عدد ستاره چاپ شده باشد به معنی این است که نمونه وارد دستگاه نشده است و جوابهای حاصل اشتباه هستند.

➤ جواب Na و k بصورت مستقیم گزارش میشوند . و لیتیم گزارش نمیشود . اولاً درخواست نداریم و ثانیاً الکتروود مربوطه بر روی دستگاه نصب نمیشود .

➤ جواب  $iCa$  ( کلسیم یونیزم ) را باید از گزینه  $nCa$  ( کلسیم یونیزه نرمال شده ) گزارش کنیم .

➤ جواب  $tCa$  ( کلسیم توتال ) عدد گزارش شده را اگر ضربدر ۴ بکنیم تقریباً" کلسیم توتال بیمار خواهد بود .

ج ( نگهداری دستگاه :

آخر هر شیفت کاری : از منوی اصلی گزینه ۴ ( سرویس ) را انتخاب ، بعد ۲ ( مینتننس ) ، بعد ۱ را انجام می‌دهیم ( یعنی ۴۲۱ ) در این مرحله از محلول دپروتئینه ( ویال رنگ سبز ) استفاده میکنیم .

بعد به همانصورت از منوی اصلی ، ۴۲۲ را انجام می‌دهیم . ( ویال رنگ قرمز یعنی اکتیویاتور را به دستگاه می‌دهیم )

زمانیکه محلولی را عوض کردیم : در منوی اصلی گزینه ۵ (کالیبریشن) بعد ۱ را میزنیم گزینه ۲ در این برنامه سیرکولاسیون است که فقط پمپ را می چرخاند .

اگر در صفحه فقط *stand by* مشاهده میشود :

۱- Yes را بزنید

۲- اکتیواتور میخواهد ( دوباره yes اکتیواتور میدهیم ) بعد دستگاه خودبخود کالیبراسیون انجام میدهد .

۳- اگر کالیبر نشد **Re calibration** میدهد که آنرا yes میکنیم . اگر کالیبر شد که وارد منوی اصلی میشود . اگر که نه برنامه نگهداری را انجام میدهیم (یعنی از صفحه اصلی ۴۲۲) .

تعویض کردن کاغذ پرینتر :

سه دگمه در محل پرینتر قرار دارد: ۱- بزرگ ۲- قرمز ۳- سبز

۱- دگمه بزرگ را اگر فشار دهیم درب پرینتر باز میشود . کاغذ را از محلی که بر روی آن چاپ میشود به بیرون بگذارید و درب پرینتر را ببندید .

۲- دگمه قرمز همیشه باید روشن باشد تا هرموردی را ( اعم از خطا یا نتایج کالیبراسیون یا نتایج نمونه ها چاپ شود )

۴- دگمه سبز کاربردی ندارد .

د) اگر دستگاه به هردلیلی خاموش روشن شد یا در حالت **STAND BY** بود :

۱- دگمه **YES** را میزنیم ۲- الکتروود اکتیویاتور میخواهد که **YES** میکنیم ۳- پروب را باز میکنیم ۴- اکتیویاتور را زیر پروب گرفته و

**YES** میکنیم ۵- بعد از اینکه نمونه را کشید با دستور دستگاه پروب را می بندیم (به عقب می رانیم) ۶- دستگاه کارها را انجام و

به صفحه اصلی میرود اگر کالیبراسیون انجام نشد نگهداری را انجام میدهیم تا کالیبر شود و به صفحه اصلی برود . ۷- اگر دستگاه

در حالت **Emergency** بود با زدن دگمه **yes** دستگاه بعد از کالیبراسیون اتوماتک آماده برای دادن نمونه میباشد .

➤ پایان هر شیفت کاری بهتر است برود **stand by** بعد مراحل فوق را در اول شیفت اجرا کنیم

و) رفع ایراد های احتمالی اعلام شده توسط دستگاه :

➤ اگر در مسیر رشته فیبرین گیر کند یا حباب هوا ( **air babel** ) باشد :

۱- اگر محلول شماره یک ( **A** ) را نمیتواند بکشد : از نوک پروب تا محلول **A** ایراد دارد با یک سرنگ محلول **A** را کشیده و از دم

شیلنگ محلول **A** با اجرای این برنامه ( اول ۵ و بعد یک ۱ را میزنیم ) به محض کارکردن پمپ محکم محلول داخل سرنگ را

تزریق میکنیم .

۲- اگر خطای ( **air babel** ) خودش را در مرحله **B** نشان دهد : اول ۵ بعد یک ۱ به محض کار کرده پمپ از محل شیلنگ **B** تزریق

میکنیم .

➤ رسوب محلول در کاپ فاضلاب باعث گرفتگی مسیر فاضلاب میشود :

پیچ زیر کاپ را باز کرده و تمیز میکنیم .

اگر کاپ تمیز است و بازهم سرریز دارد

۱-- شیلنگ پشت پمپ فرسوده است

۲- جسم خارجی در جایی از شیلنگ گیر کرده است پس باید کاری بکنیم که پمپ بچرخد :

گزینه ۵ ( کالیبریشن ) بعد یک ۱ یا ۵ کالیبریشن بعد ۲ را میزنیم : سمپل پمپ کالیبریشن ، بعد YES : به محض چرخیدن

پمپ تزریق با سرنگ از محل خارج شده از کاپ WASTE.

ح ) دو نقطه مکانیکی که شیلنگ ها درگیر هستند :

۱- دور پمپ : قابل تعویض با شیلنگهای یدکی هستند .

۲- دو شیر برقی که شیلنگ های جلویی درگیر هستند : این شیلنگها به آسانی با انگشت کوچک در می آیند و بعد از رفع داغی آنها

برای وارد کردن شیلنگها در جای خود بایستی شاستی شیر برقی را فشار و بعد به آرامی در جای خود قرار دهیم .

شیفت عصر و شب:

در شیفت عصر و شب نیز یک نفر کشیک بیوشیمی می باشد دستگاه اتونالایزر در این شیفت Mindray-BS۲۰۰ می باشد

□ تحویل نمونه های بخش و سرپایی توسط کشیک بخش سرولوژی صورت می گیرد

۱- گرفتن برگه کار بستری و سرپایی در سه نوبت کاری در یک شیفت

۲- جداسازی سرم

۳- تطبیق نمونه با برگه کار و شماره گذاری نمونه ها

۴- ثبت اسمامی و آزمایشات طبق شماره برگه کار ، در دستگاه

۵- ثبت جوابها در HIS

۶- ذخیره برگه کار در پوشه مخصوص بیوشیمی و بایگانی جوابها تا پایان ماه

## نحوه کار با دستگاه BS۲۰۰ Mindray

ابتدا میزان آب مقطر موجود در مخزن را کنترل کنید که نباید کمتر از ۵ لیتر باشد. بهتر است مخزن پر باشد.

اگر مخزن فاضلاب نیز پر باشد باید آنرا خالی کرد. سپس ظرف محلولها را در جایگاه خود به طور صحیح قرار

می دهیم و به ترتیب زیر عمل کنید:

۱- روشن کردن قسمت اصلی دستگاه Main Power

۲- روشن کردن کلید دوم

۳- روشن کردن مونیاتور

۴- روشن کردن کامپیوتر متصل به دستگاه

۵- روشن کردن چاپگر

پس از انجام مراحل فوق در مونیاتور متصل به کامپیوتر دستگاه، نرم افزار دستگاه را اجرا میکنیم که رمز ورودی به صورت زیر می باشد:

User..... Admin

Password..... Admin

باید دقت کرد که در مسیر حرکت بازوهای دستگاه هیچ گونه مانعی وجود نداشته باشد.

پس از ورود به نرم افزار بازوهای دستگاه به حرکت در آمده و دستگاه میخواهد که در جایگاه شماره ۳۹ محلولها دترجانت را قرار دهد تا

دستگاه شستشوی اولیه خود را آغاز می نماید. سپس شروع به بلانک گیری از کووتها میکند که ابتدا میخواهد که کووت قطعه ۱ از قسمت

Reaction Disk را برداشته و پس از انجام بلانک گیری و تست لامپ دوباره کووت قطعه ۱ را در جایگاه خود قرار دهد. پس از آن تعداد

کووتهای تمیز را نشان میدهد. (در کل ۸۰ کووت وجود دارد.)

باید در این مرحله اسکن انجام شود تا تمام ۸۰ کووت را شناسایی نماید. ( در قسمت تعویض کووت توضیح داده شده) اگر لامپ دستگاه ایراد داشته باشد اعلام خطا می کند که باید لامپ تعویض گردد. پس از ورود موفق صفحه اصلی نرم افزار نمایش داده میشود که در قسمت بالای این صفحه وضعیت دستگاه نمایش داده می شود. در ابتدای ورود دستگاه در حال Incubation می باشد تا به دمای ۳۷ درجه برسد. ( باید منتظر بمانیم )

تعریف نمونه به دستگاه از منوی Sample Request

از قسمت Sample Disk شماره سینی نمونه را انتخاب کنید..

در قسمت Sample Information مشخصات بیمار را وارد کنید:

۱- NO که شامل دو خانه برای عدد میباشد نشان دهنده عدد نمونه است که یا به طور دستی وارد میشود یا بطور اتوماتیک. اعداد باید متفاوت باشد. عدد اول نشان دهنده نمونه آغازین و عدد دوم نشاندهنده نمونه پایانی می باشد

۲- Position نشاندهنده جایگاه نمونه در سینی نمونه ها می باشد.

۳- Patient نام و نام خانوادگی بیمار را وارد کنید

۴- Type نوع نمونه مانند سرم-پلاسما- ادرار و...

۵- Bar Code مشخصات بارکد بیمار(در صورت داشتن بارکد خوان)

۶- STAT اگر انتخاب شود دستگاه آن نمونه را به عنوان اولین نمونه شروع به کار خواهد کرد.

از قسمت TEST آزمایشات مورد نظر را انتخاب کنید.

Replicate تعداد دفعات انجام آزمایش را نشان میدهد.

Sample Blank برای جلوگیری از تاثیرات همولیز با انتخاب این گزینه تستها در مقابل بلانک نمونه خوانده میشود.

Predilution برای رقیق نمودن از این گزینه استفاده میشود که بطور دستی و یا اتوماتیک میباشد.

با زدن OK انتخابها و مشخصات بیمار تایید میشود و کلید Start پررنگ میگردد.

در منوی QC Request میتوان کنترل را برای تستهای مورد نظر انتخاب کرد.

راه دیگر دادن نمونه کنترل به دستگاه : سرم کنترل را به عنوان یک نمونه به دستگاه تعریف کرد)

(منوی Start)

با انتخاب کلید Start صفحه بالا نمایش داده میشود که در آن تعدادتست در حال انتظار و شماره سینی نمونه ها دیده میشود. در قسمت Sample میتوان تمام نمونه ها را انجام داد و یا با تعریف شماره تعدادخاصی را درخواست کرد. با زدن کلید OK در این مرحله دستگاه شروع به کار میکند.

Prob Stop هنگامی که دستگاه در حال کار می باشد برای جلوگیری از بر خورد با بازوهای مکانیکی باید درپوش دستگاه را پایین بکشید ولی

اگر وسط کار بخواهید نمونه جدیدی به دستگاه تعریف کنید ابتدا با زدن کلید Prob Stop بازوها بطور موقت متوقف شده و دستگاه پیامی

مبنی بر آمادگی برای تعریف و جایگذاری نمونه جدید میدهد که پس از اتمام کار گزینه Resume را انتخاب کنید.

گزینه STOP برای توقف کامل دستگاه بکار میرود که پیشنهاد میگردد تا زمان ضروری این کار انجام نگیرد. در صورت انتخاب تستهای

ناتمام بعد از شروع بکار دستگاه مجددا ادامه خواهد یافت.

منوی Results :

در این قسمت نتایج تستهای تمام شده ارائه میگردد که دارای دو زیر منوی Current-History می باشد. در قسمت Current نتایج کنونی و در

قسمت دیگر نتایج یک روز کامل را میشود مشاهده کرد. که میتوان نتایج را جستجو کرد و یا چاپ نمود و یا تکرار کرد.

در صورت انتخاب Rerun صفحه زیر نمایش داده میشود:



Selected Sample: انجام دوباره تمام تستها برای نمونه مورد نظر

Selected Run: انجام دوباره تست انتخاب شده برای نمونه مورد نظر

Selected Test: انجام دوباره تست انتخاب شده برای تمام نمونه هایی که دارای آن تست هستند.

All Run: انجام دوباره تمام تستها برای تمام نمونه ها

منوی: Replace

برای تعویض کووتها از این قسمت عمل میشود شماره قطعه مورد تعویض و نیز تعداد کووتهای مصرف شده را میتوان دید. در پایان جایگذاری باید Scan زده شود.

منوی: Relog برای ورود مجدد به نرم افزار استفاده میشود.

منوی: Exit

برای خروج از نرم افزار از این منو استفاده میشود. بعد از انتخاب این منو و تایید آن سیستم میخواید که در جایگاه ۳۹ محلولها دترجنت قرار داده شود تا شستشو انجام گیرد.

SOP دستگامهه در هر بخش موجود می باشد.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس آزمایشگاه	وحید پیرزاد		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس آزمایشگاه	ابراهیم دشتی
		 امضاء :		سمت: رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده
		 امضاء :		سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی

### منابع مورد استفاده :

Sop تجهیزات - راهنمای دستگاهها- بروشور کیت ها و محلولها- تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( بخش هماتولوژی )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : INS-۴۷-۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :**

**اهداف :** انجام آزمایشات هماتولوژی منطبق با استانداردهای آزمایشگاههای پزشکی

**دامنه :** بخش هماتولوژی - کلیه همکاران آزمایشگاه - کلیه شیفت ها

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

نمونه های بخش هماتولوژی:

نمونه CBC به صورت نمونه خون همراه ضد انعقاد EDTA در ویال CBC

نمونه ESR که بصورت نمونه خون به همراه ضد انعقاد سیترات سدیم در لوله سدیمان (با توجه به اینکه در این مرکز خونگیری مجدد برای ESR مشکل می باشد از همان نمونه CBC و مطابق روش استاندارد وسترگرین اصلاح شده استفاده می شود.

Retic count که از خون و ضد انعقاد و EDTA استفاده میشود. (نمونه CBC)

تجهیزات و مواد لازم :

دستگاه Sysmex

پایه سدیمان و پیپت سدیمان

لام و لامل تمیز

محلول رنگ آمیزی

محلول Retic

آنتی های گروه خونی

لوله آزمایش

میکروسکوپ نوری

SOP دستگاهها به طور جداگانه موجود است .

نکات ایمنی : استفاده از دستکش و عینک محافظ در حین کار

## روش اجرایی:

نمونه ها به دو صورت به بخش هماتولوژی تحویل داده می شود:

بخش بستری : در بخش ها پس از درخواست آزمایش توسط پزشک نمونه توسط پرستار مربوطه گرفته شد (با توجه به اینکه نوع نمونه هر آزمایش به صورت کتبی در اختیار بخش ها می باشد) و پس از ثبت در HIS توسط رابط بخش به قسمت پذیرش آزمایشگاه تحویل داده می شود . متصدی پذیرش پس از اطمینان از ثبت آزمایش و همخوانی نمونه با نوع آزمایش ،نمونه ها را با برگه کار بخش هماتولوژی به کارشناس بخش تحویل می دهد .

بخش سرپایی: بیمار پس از پذیرش توسط آزمایشگاه به خونگیری مراجعه کرده و باتوجه به برگه آزمایش نمونه گیری شده و نمونه ها با برگه آزمایش به بخش مربوطه تحویل داده می شود.

نمونه با توجه به برگه کار توسط کارشناس بخش در دفتر ثبت شده و نمونه ها به دستگاه داده می شود. اپراتور دستگاه بر اساس شماره های ثبت شده در دفتر نمونه را به دستگاه می دهد. پس از چاپ جواب CBC در صورت نیاز لام کشیده و از روی لام نیز توسط مسئول بخش بررسی می شود. (چگونگی کار با سل کانتر در بخش هماتولوژی به صورت مکتوب می باشد.

رنگ آمیزی لام خون محیطی و مغز استخوان : ابتدا یک قطره از خون بیمار را روی لام گذاشته و فروتی می کشیم سپس خشک شده با متانول فیکس می کنیم . رنگ گیمسا را به نسبت یک به ده رقیق کرده و به مدت ۱۰ دقیقه بر روی لام خون محیطی و ۲۰ دقیقه بر روی لام مغز استخوان قرار می دهیم سپس با آب مقطر شسته و پس از خشک شدن بررسی می شود.

بررسی لام خون محیطی : در صورت نیاز (جواب خارج از محدوده نرمال باشد) ویا در صورت درخواست پزشک لام خون محیطی توسط مسئول بخش بررسی می شود. لام در زیر میکروسکوپ با عدسی ۱۰۰ (پلاکت - WBC و مورفولوژی RBC) بررسی و گزارش می شود . گاهی به علت وجود NRBC در گلبول قرمز ، شمارش WBC توسط دستگاه به طور صحیح انجام نمی گیرد و علامت خطا صادر می شود در زیر میکروسکوپ ۱۰۰ گلبول سفید شمارش شده و همزمان با آن تعداد NRBC نیز شمارش می شود

$$\text{Corrected WBC} = \text{WBC}/\text{NRBC} + 100 \text{ کل تعداد}$$

شمارش Retic : در یک لوله آزمایش به نسبت مساوی از خون بیمار و محلول رتیک (۱۰۰ الاندا) ریخته و پس از مخلوط کردن لوله را در ۳۷ درجه به مدت ۱۰ دقیقه ویا در دمای اتاق به مدت ۲۰ دقیقه قرار می دهیم . سپس فروتی تهیه و پس از خشک شدن ، در زیر میکروسکوپ با عدسی ۱۰۰ بررسی می کنیم . در این بررسی تعداد ۱۰۰۰ عدد RBC شمارش کرده و تعداد NRBC را بر حسب درصد گزارش می کنیم .

اگر هموگلوبین بیمار کمتر از ۱۰ باشد نسبت خون به محلول دو به یک می شود (۲۰۰ الاندا خون و ۱۰۰ الاندا محلول)

در صورت بالا بودن میزان رتیک شمارش شده ، با استفاده از فرمول زیر رتیک کانت را تصحیح می

$$\text{R.Index} = \text{Retic count} \times \text{Hct} / \text{نرمال Hct} / \text{بیمار Hct}$$

هماتوکریت نرمال ۴۵ در نظر گرفته می شود .

تهیه رنگ Retic: افزودن مقدار یک گرم از پودر رنگ متیلن بلو را به ۱۰۰ میلی لیتر از نرمال سالین ۰.۹٪ و خلوط کره در ۳۷ درجه انکوبه و پس از ۲۴ ساعت از صافی گذرانده و مصرف می کنیم .

بررسی میزان ESR: این آزمایش که به روش وسترگرین در مرکز صورت می گیرد ، جهت اندازه گیری سرعت رسوب گلبولهای قرمز خون می باشد. برای سدیمان همان طور که قبلاً اشاره شد از نمونه EDTA که برای CBC گرفته شده استفاده می شود . و چون نسبت ۱ به ۴ نمونه های حاوی سیترات سدیم در آن مراعات نمی شود ، ابتدا یک سی سی خون را با ۲۵۰ الاندا سرم فیزیولوژی ۰.۸۵٪ کلرور

سدیم مخلوط کرده و سپس به کمک پوار خون را تا نقطه صفر پیپت سدیمان کشیده و در پایه سدیمان قرار می دهیم. پس از یک ساعت میزان رسوب قرائت می شود. (با واحد میلی متر)  
 محل قرار گرفتن پیپت و پایه سدیمان کاملاً " عمودی و بدون لرزش باشد

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	مسئول فنی آزمایشگاه هماتولوژی	دکتر مجید فرش دوستی		کارشناس آزمایشگاه	راحله و فائی خواه
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

کتاب : هنری دیویدسون - راهنمای دستگاهها - بروشور کیت ها و محلولها- تجربه آزمایشگاه  
 Sop تجهیزات



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( بخش میکروب شناسی )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : : ۳-۴۷-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ : ۹۸/۹	

**تعریف :**

**اهداف :** انجام آزمایشات میکروب شناسی مطابق استانداردهای اعلامی

**دامنه :** بخش میکروبی شناسی آزمایشگاه - بخشهای بستری - نمونه برداری آزمایشگاه - کلیه همکاران آزمایشگاهی

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

آزمایشاتی که در بخش میکروب شناسی انجام می گیرد:

- ۱- نمونه کشت خون به صورت نمونه خون در ویال Bactec همراه با ضد انعقاد
- ۲- نمونه کشت ادرار و آنالیز به صورت نمونه ادرار در کسبه برای نوزادان و یا در ظرفهای استریل برای بزرگسالان ارسال میگردد.
- ۳- نمونه کشت مدفوع یا به صورت رکتال سواب در بیماران بستری در محیط انتقالی کری بلر و یا همراه نمونه آنالیز مدفوع به صورت مدفوع جمع اوری می شود .
- ۴- نمونه CSF که بعد از نمون گیری در لوله های استریل به آزمایشگاه ارسال میگردد.
- ۵- کشت از ترشحات زخم - گلو-چشم-واژن-مایعات بدن (پلور-اسیت) و نمونه های چرکی که به صورت سرپایی و بستری انجام می شود .
- ۶- نمونه برداری از بخش ها که به صورت درخواست کتبی مسئول کنترل عفونت ، توسط بخش میکروب شناسی انجام می شود .
- ۷- دید مستقیم لام به روش KOH از نظر قارچ
- کشت ادرار (تمام این مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در میکروب شناسی صورت میگیرد.)
- ۱- محیط کشت بلاد آگار را از یخچال بیرون آورید
- ۲- پس از مخلوط کردن ادرار یک لوپ استریل برداشته روی محیط بلاد آگار کشت دهید و پس از ۲۴ ساعت انکوباسیون در دمای ۳۷ درجه جواب کشت هارا با استفاده از آنالیزادرار بررسی نمایید.
- ۴- در صورت مثبت بودن کشت ادرار،هم زمان کلنی کانت و تعیین سوش و آنتی بیوگرام انجام داده و جواب بیمار در روز بعد در اختیار پزشک معالج قرار دهید تا درمان صورت گیرد

**روش تعیین گرم مثبت یا منفی بودن باکتری:**

- ۱- اگر گرم مثبت باشد کاتالاز بگذارید و اگر کاتالاز مثبت شد گواگولاز بگذارید

۲- برای گذاشتن کوآگولاز از پلاسما (موجود در بانک خون) استفاده کنید

۳- یک دیسک نوویوسین برای تشخیص استافیلوکوکها بگذارید

۴- چنانچه کاتالاز منفی شد روی محیط کشت بایل اسکولین ببرید که برای تشخیص استرپتوکوکهاست

۵- چنانچه گرم منفی باشد یک تست اکسیداز بگذارید اگر رنگ بنفش ایجاد شد نشان دهنده اکسیداز مثبت بودن است و باکتری بدست

آمده سودوموناس می باشد که آنتی بیوگرام مخصوص سودوموناس را انجام دهید. اگر اکسیداز منفی باشد به محیطهای افتراقی ببرید

که ۷ محیط است به ترتیب:

کلیگرن آیرن آگار KIA – SIM – سیمون سترات-فنیل آنالین آگار-متیل رد ووزپروسکور-لیزین آبرون آگار - کشت خون

### نحوه نمونه گیری :

نمونه برداری به صورت استریل که در بزرگسالان خون به مقدار ۵ سی سی و در نوزادان و کودکان ۱-۳ سی سی باشد سپس مشخصات

بیمار روی آن چسبانده شده به آزمایشگاه تحویل داده می شود

نکته مهم: توجه به این نکته ضروری است که حجم نمونه تلقیح شده به ویال ها نباید از سه سی سی بیشتر باشد در این موارد امکان

ایجاد نتایج مثبت کاذب وجود دارد

### روش تعریف ویال ها به دستگاه :

ابتدا مشخصات بیمار در دفتر مربوطه نوشته می شود. مانند نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، بخش، ساعت تحویل گرفتن نمونه و تاریخ

ارسال نمونه. در مرحله بعد بخشی از بارکد ویال را که با خط چین مشخص شده جدا کرده و در مقابل اطلاعات بیمار بر روی دفتر می

چسبانیم. اطلاعات بیمار را وارد کامپیوتر کرده و بارکد خوانرا مقابل بارکد ویال گرفته و دگمه آن را فشار می دهیم پس از شنیدن بوق و

ظاهر شدن شماره بارکد بیمار در روی مونیتر دگمه F10 را فشار می دهیم تا اطلاعات بیمار در کامپیوتر ذخیره شود. سپس درب

انکوباتور دستگاه را باز کرده و ابتدا بارکدخوان راجلوی لیبیل Vial Entry گرفته و فشار می دهیم تا دستگاه آماده پذیرش ویال جدید

باشد، با شنیدن صدای بوق، بار دیگر بارکد خوان را مقابل بارکد ویال گرفته و دگمه آنرا مجدداً فشار می دهیم. دستگاه محل قرار گیری

ویال را با روشن کردن چراغ سبز نشان می دهد. در این حالت ویال را به طور کامل در محل مشخص شده قرار داده و درب دستگاه را می

بندیم.

روش تعریف ویال به دستگاه در کشیک های عصر و شب :

۱- ابتدا مشخصات بیمار را در دفتر مربوطه بنویسید.

۲- بخشی از بارکد ویال را که با خط چین مشخص شده جدا نموده و در مقابل اطلاعات بیمار بچسبانید.

۳- در دستگاه را باز کرده، بارکد خوان را مقابل بارکد "Vial Entry" گرفته و دگمه آن را فشار دهید.

۴- پس از شنیدن بوق دستگاه، بارکد خوان را روی بارکد ویال گرفته و دگمه را فشار دهید.

۵- دستگاه محل قرارگیری ویال را با روشن شدن چراغ نشان می دهد.

۶- ویال را بطور کامل در محل مشخص شده قرار داده و درب دستگاه را ببندید.

\* در صورت شنیدن صدای سوت ممتد دستگاه، کلید F2 را فشار دهید (سوت دستگاه قطع خواهد شد) و با کارشناسان بخش یا مسئول

آزمایشگاه تماس بگیرید.

## نحوه جواب گیری از دستگاه :

تمامی نمونه ها هر ده دقیقه یک بار توسط دستگاه به صورت اتوماتیک چک شده و نمونه های مثبت تشخیص داده می شوند. این ویژگی امکان تسریع در شناسایی نمونه های مثبت و انجام کشت بعدی (Subculture) را فراهم می نماید تا پروسه تشخیص افتراقی پاتوژن، آنتی بیوگرام و گزارش نتیجه نهایی کشت بیمار سریع تر و بهتر انجام شود بطوریکه حداکثر در مدت ۵ روز جواب منفی کشت (در صورت عدم جداسازی باکتری) به پزشک داده می شود.

## موارد اعلام آلام :

الف: خطا در خود دستگاه مانند دمای بالا

ب: اعلام کشت مثبت

## نحوه جواب گیری از دستگاه در موارد مثبت یا منفی در صبح کار:

ابتدا با زدن دکمه Current Positive در قسمت F۷ دستگاه از نام و مشخصات بیمار پرینت می گیریم سپس در دستگاه را باز کرده بارکدخوان را مقابل بارکد Remove Positive گرفته و دکمه را فشار می دهیم باروشن شدن چراغ ویال مثبت به نشان داده می شود که آن را خارج کرده دوباره بارکدخوان را روی قسمت بارکد ویال گرفته و دکمه را فشار می دهیم با شنیدن بوق ویال را خارج میکنیم و بعد عملیات Sub-culture و آنتی بیوگرام را آغاز می کنیم و مشخصات بیمار را به بخش گزارش می کنیم و در مورد ویالهای منفی هرروز با بررسی مانیتور دستگاه که ویالهای منفی را نشان می دهد ابتدا در دستگاه را باز کرده بارکدخوان را مقابل کلمه Remove Negative گرفته و با زدن دکمه آن چراغ حاوی ویال منفی روشن می شود که ما ویال را خارج کرده و دوباره بارکدخوان را روی بارکد ویال می زنیم و خارج می کنیم و جوابها را گزارش می کنیم.

در کشیک های عصر شب در صورت مثبت شدن ویال که با شنیدن سوت ممتد دستگاه همراه است، ابتدا با زدن F۲ صدای بوق قطع می کنیم سپس در دستگاه را باز کرده بارکدخوان را روی کلمه Remove Positive گرفته فشار می دهیم و با روشن شدن چراغ محل قارگیری ویال مثبت آن را خارج کرده دوباره بارکدخوان را روی بارکد ویال گرفته و فشار می دهیم و آن را خارج می کنیم و عملیات Sub-culture ( کشت دادن در محیط های شکلات آگار) انجام می دهیم و مشخصات بیمار را به بخش گزارش می کنیم یا با کارشناسان بخش تماس می گیریم و در مورد ویالهای منفی هم با بررسی از روی مانیتور دستگاه که ویال منفی را نشان می دهد ابتدا در دستگاه را باز کرده بارکدخوان را روی کلمه Remove Negative گرفته و فشار می دهیم با روشن شدن چراغ در محل قرار گیری ویال منفی آن را خارج کرده و جواب را گزارش می کنیم.

کشت مدفوع :

برای کشت روتین مدفوع جهت جداسازی باکتری های رودهای از محیط های افتراقی و انتخابی زیر استفاده می کنند

۱- محیط SS

۲- محیط های مایع غنی کننده: رایج ترین محیط مایع غنی کننده مورد استفاده در کشت مدفوع SF برات می باشد

۳- محیط کشت انتقالی: معمولاً از محیط کشت کری بلر در این مرکز استفاده می شود

## تلقیح به محیط های کشت و انکوباسیون:

نمونه های مدفوع پس از تحویل به آزمایشگاه باید بر روی محیط های ذکر شده کشت داده شود

در بخشهای بستری اکثرا به روش رکتال سواب می باشد که بعد از تهیه نمونه سواب داخل محیط کتری بلر انتقال داده شده و به آزمایشگاه تحویل داده می شود  
قسمت سرپایی از نمونه مدفوع تهیه شده در ظرف جمع آوری مدفوع استفاده می شود

## نحوه تلقیح به محیط های آگار

اگر نمونه سواب رکتال باشد ابتدا به طور کامل در یک ناحیه محیط مالیده و سپس نمونه را با لوپ استریل از منطق تلقیح به صورت خطی کشت دهیم در محیط کشت. SS  
اگر نمونه بیمار ارسال شده در ظرف مخصوص جمع آوری نمونه باشد یک قطره از مدفوع آبکی و یا از سوسپانسیون تهیه شده از مدفوع جامد (در سرم فیزیولوژی) رابه عنوان مایع تلقیح استفاده می گردد و پلیت های کشت مدفوع باید به مدت ۱۸ الی ۲۴ ساعت در گرمخانه ۳۷ درجه انکوبه گردد.

پس از کشت ، سواب را داخل محیط SF قراده و روز بعد از در صورت نیاز (در صورت مثبت بودن و ایزوله بودن کلنی ها نیازی به کشت روی محیط SS دوم نخواهد بود )  
بر روی محیط کشت ۲ SS به صورت خطی کشت می دهیم

## خصوصیات کلنی شیگلا:

کلنی های شیگلا پس از ۲۴ ساعت بر روی محیط کشت SS بیرنگ خواهد بود.

در صورت مشاهده کلنی های بیرنگ و بابررسی نتیجه جواب انالیز مدفوع از نظر وجود wbc و Rbc و انتقال از کلنی های بیرنگ به محیط های افتراقی کلیگر- سیمون سیترات SIM - و اوره می توان به شیگلا بودن کلنی های ایزوله اطمینان داشت .

۱- KIA شیگلا هابرروی این محیط منظره AIK/Acid یعنی سطح قلیایی و عمق اسیدی بدون تولید گاز ایجاد می نمایند

۲- محیط سیترات:سیترات منفی بوده و رنگ محیط تغییری نمی کند

۳- محیط:SIM حرکت و H<sub>2</sub>S منفی می باشند

۴- شیگلاها اوره منفی می باشند

## تعیین سوش :

پس از تایید شیگلا بودن میکروارگانسیم و تعیین سوش گروه به کمک انتی سرم آنتی بیوگرام گذاشته و جواب را به پزشک



اعلام می نمایم

خصوصیات کلنی سالمونلا:

برروی محیط SS کلنی بیرنگ با مرکز

سیاه ایجاد میشود در اینجانب بعد تایید سالمونلا بودن به کمک محیط های افتراقی و تعیین سوش به کمک انتی سرم آنتی بیوگرام ( دیسکهای تریجیحی ) انجام داده و جواب را به پزشک مربوط ارسال مینمایم.

خصوصیات سالمونلا برروی محیط های افتراقی

۱- محیط: KIA اکثر سویه های سالمونلا بر روی این محیط واکنش

Aik/Acid همراه با ایجاد گاز تولید می نمایند

۲- محیط سیمون سیترات: سویه های تیفی و پاراتیفی سیترات منفی

بقیه سویه سیترات مثبت می باشند

۳- همه اوره منفی می باشند

۴- محیط: SIM تقریباً همه حرکت مثبت و تولید H<sub>2</sub>S می کنند

### تشخیص اشريشيا كلي های پاتوزن:

بعد از مشاهده کلنی های صورتی رنگ در محیط کشت SS آگار و انجام افتراقی تعیین سوش به کمک انتی سرم اشريشيا كلي تعیین سوش کرده و به تایید نهایی جواب میرسیم که بعد از انتی بیوگرام در محیط کشت مولر هینتون بعد از ۲۴ ساعت جواب به پزشک گزارش میشود

نتیجه تست های افتراقی اشريشياكلي:

۱- محیط سیمون سیترات: همه سیترات منفی هستند

۲- محیط: KIA تقریباً همه گلوکز و لاکتوز مثبت هستند

۳- SIM اندول مثبت و حرکت هم بیشتر مثبت هستند

روش کشت مدفوع از نظر التور :

بعد از رسیدن نمونه مدفوع به آزمایشگاه ما مقداری از مدفوع را در محیط کشت TCBS اگر کشت داده و همزمان کمی از نمونه را در باکتو پپتون قلیایی کشت میدهم بعد از ۸-۱۲ انکوباسیون دوباره از محیط باکتو پپتون به محیط TCBS انتقال میدهم بعد از ۲۴ ساعت انکوباسیون محیط TCBS را از نظر وجود کلنهای زرد رنگ مشکوک به وبا بررسی میکنیم بعد از مشاهده کلنی های زرد رنگ در مرحله اول تشخیص رنگ آمیزی گرم انجام میدهم در صورت مشاهده باسیلهای گرم منفی خمیده کلنی را به محیطهای افتراقی انتقال میدهم ( ) بعد از تایید در محیط های افتراقی و تست اکسیداز+ و تست استرینگ تایید نهایی با انتی سرم ویبریو کلرا است که در مرحله آخر انتی بیوگرام و گزارش به پزشک معالج است

### کشت CSF

۱- به محض دریافت نمونه را در مدت ۱۵ دقیقه با دور rpm ۲۰۰۰ سانتریفوژ کنید.

۲- از مایع رویی جهت جستجوی آنتی ژنهای باکتریایی با روش لاتکس استفاده می شود

- ۳- برای کشت و رنگ آمیزی گرم رسوب را تکان داده و ۱ الی ۲ قطره از آن استفاده می شود.
- ۴- اگر نمونه کمتر از ۱ سی سی باشد بدون سانتریفوژ به طور مستقیم برای کشت و رنگ آمیزی گرم از آن استفاده کنید.
- ۵- بهترین محیط جهت جداسازی استرپتوکوک پنومونیه آگار خوندار محتوی ۵ درصد خون گوسفند یا اسب است.
- ۶- مناسب ترین محیط برای جداسازی هموفیلوس آنفولانزه محیط شکلات آگار مغذی شده با همین و فاکتور رشد نظیر ایزوویتالکس ، ساپلمنت B و یا ویتوکس است.
- ۷- در صورت عدم نیاز به فاکتور رشد می توان از تلقیح همزمان استافیلوکوکوس ارئوس روی پلیت خوندار استفاده کرد.
- ۸- که در این صورت کلنی های اقماری هموفیلوس در اطراف تلقیح استافیلوکوک ظاهر خواهد شد.
- ۹- نایسریا مننژیتیدیس مانند استرپتوکوک روی هردو محیط رشد می کند. ولی بهترین محیط شکلات آگار است زیرا هر سه عامل بیماری زا روی آن رشد می کند.
- ۱۰- پلیت هارا در انکوباتور حاوی ۵ درصد CO<sub>2</sub> یا جار محتوی شمع قرار داده می شود .

### روش رنگ آمیزی:

- یک عدد لام را با الکل تمیز کرده و خشک کنید. ۱ الی ۲ قطره از رسوب مایع را بدون پخش کردن قطره ها گستره تهیه کنید بعد از خشک شدن لام را ۳ مرتبه روی شعله حرکت دهید تا ثابت شود. و یا به جای آن از متانول ۹۵-۱۰۰ درصد استفاده کنید.
- کریستال ویوله را روی لام ریخته و ۱ دقیقه صبر کنید
- به آرامی آبکشی کرده محلول ید را روی لام ریخته ۱ دقیقه صبر کنید.
- دوباره آبکشی کرده توسط الکل استن عمل رنگ بری را در سریع ترین زمان انجام دهید
- سافرانین را روی لام ریخته ۳۰ ثانیه صبر کنید
- لام را آبکشی کرده بگذارید خشک شود و با عدسی ۱۰۰ بررسی کنید نتایج کشت توسط میکروب شناسی بررسی می شود

### روش رنگ آمیزی گرم:

- ۱- حدود ۱۰۰-۵۰ لانداسرم فیزیولوژی را روی لام بریزید .
- ۲- مقداری از کلنی خالص را با آنس استریل (روی شعله استریل کنید) روی لام پخش کنید .
- ۳- لام را در دمای اتاق قرار دهید تا خشک شود.
- ۴- لام را روی شعله فیکس کرده دو بار به آرامی از بالای شعله لام را عبور دهید .
- ۵- بعد از سرد شدن، لام آماده رنگ آمیزی است .
- ۶- ابتدا روی نمونه فیکس شده کریستال ویوله بریزید .
- ۷- سی ثانیه صبر کنید بعد با آب بشویید.
- ۸- محلول لوگول ریخته بعد از سی ثانیه با آب بشویید .
- ۹- محلول الکل استون را بریزید بعد از ده ثانیه با آب بشویید .
- ۱۰- محلول فوشین را بریزید بعد از سی ثانیه با آب بشویید.

## آنتی بیوگرام:

ابتدا لازم است سوسپانسیونی از باکتری ایزوله شده در لوله حاوی سرم فیزیولوژی استریل تهیه شود که کدورتی معادل لوله نیم مک-فارلند داشته باشد. برای این منظور به کمک آنس استریل ۱-۲ کلنی خالص از باکتری را برداشته و در داخل یک لوله حاوی سرم فیزیولوژی استریل به صورت سوسپانسیون در می آوریم. سپس کدورت محلول حاصل را بصورت چشمی با کدورت لوله نیم مک-فارلند در یک زمینه روشن با خطوط سیاه رنگ مقایسه میکنیم. توجه به این نکته ضروری است که اگر سوسپانسیون رقیق تر از لوله مک-فارلند باشد هاله های عدم رشد بزرگتر و اگر غلیظ تر از لوله مک-فارلند باشد، هاله های عدم رشد کوچکتر از حد واقعی خواهند بود.

بهرحال پس از تنظیم دقیق غلظت نمونه میکروبی، یک سواب استریل در سوسپانسیون میکروبی فرو برده و کاملاً آغشته می کنیم. سپس سواب را از محلول خارج کرده و آب اضافی آن را با فشار دادن سواب به کنار لوله گرفته و سپس در سطح پلیت مولر هینتون آگار بصورت چمنی کشت می دهیم. برای این منظور لازم است سه بار با زاویه ای حدود ۶۰ درجه سطح آگار بطور کامل توسط سواب کشت داده شود. در مرحله بعد با استفاده از پنس استریل دیسک های آنتی بیوتیکی را که از نیم-ساعت قبل از یخچال خارج شده اند را در سطح محیط کشت قرار می دهیم سپس با نوک پنس هر کدام از دیسک ها را در جای خود محکم می کنیم. در این مرحله بایستی فاصله هر دیسک از لبه پلیت حدود ۱۵ میلی متر و از دیسک مجاور حدود ۲۴ میلی متر باشد تا تداخلی رخ ندهد. نهایتاً پلیت آنتی بیوگرام را به مدت ۲۴ ساعت در انکوباتور ۳۷-۳۵ درجه قرار مید هیم. پس از این مدت قطر هاله های عدم رشد را با استفاده از خط کش دقیق بر حسب میلی متر اندازه گرفته و میزان حساسیت باکتری را نسبت به هر یک از آنتی بیوتیک ها (با توجه به جدول استاندارد (CLSI) به صورت حساس، نیمه حساس یا مقاوم گزارش می نمائیم.

لازم به ذکر است جهت کنترل کیفی روش آنتی بیوگرام لازم است در هر ران کاری، الگوی حساسیت آنتی-بیوتیکی سوش های استاندارد (که نوع آنها برحسب نوع باکتری ایزوله شده تعیین می شود) هم ارزیابی و با جدول استاندارد چک شود.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول فنی بخش میکروبیولوژی	دکتر آهنگرزاده رضائی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	کاردان آزمایشگاه	مریم رسولی		کارشناس آزمایشگاه	جابر کامران
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت  
تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( بیوشیمی ادرار )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : : ۴-۴۷-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :** نحوه انجام آزمایش ها بی که در بخش بیوشیمی ادرار انجام می شود

**اهداف :** انجام آزمایشات بیوشیمی ادرار

**دامنه :** کلیه همکاران آزمایشگاه - بخشهای بستری

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

صبح و عصر کاری:

➤ تمام نمونه های جمع آوری شده در بخشها توسط رابطین و نمونه های سرپایی توسط همراهان بیماران و با راهنمایی همکاران خونگیری در داخل هود گذاشته شده و در نیم ساعت اول توسط خدمات آزمایشگاه برداشته و تحویل کشیک بیوشیمی ادرار داده می شود .

آنالیز ادرار:

۱- پس از انتقال نمونه ها به بخش هر نمونه جهت اینکه در HIS ثبت شده و شامل چه آزمایشاتی می باشد توسط کشیک بخش بررسی شود . نمونه ها بی که کشت ادرار نیز دارند ابتدا توسط کشیک بخش میکروب شناسی برداشته شود و روند کار خود را طی کند . سپس نمونه ها توسط کشیک بخش ادرار برداشته ابتدا شماره گذاری و سپس در دفتر ثبت گردد (حتی نمونه هایی که فقط بیوشیمی ادرار نیز دارند با قیید نام آزمایشات در دفتر ثبت می شوند )

۲- نمونه ها پس از شماره گذاری لوله های آزمایش در لوله ریخته و مشخصات ظاهری (رنگ و منظره) یادداشت می شود بعد ادرار را درون این لوله ها ریخته تا نوار ادرار زده شود و نتیجه آن گزارش شود .(قبل از ریختن ادرار در لوله باید آنرا درون ظرف فرستاده شده بخوبی مخلوط کنیم تا نمونه برای انجام آزمایش هموزن باشد)، در مورد نمونه هایی که حجمشان کم است در دفتر در مقابل اسم بیمار حجم نمونه باید یادداشت شود .

بعد از زدن نوار ادرار که فعلاً " ۱۱ پرامتر دارد نتایج یادداشت می شود

۳- دستگاه رفاکتومتر را با آب مقطر تنظیم کنید و سپس وزن مخصوص نمونه هارا دوباره توسط آن چک کنید و با جواب نوار مقایسه و در دفتر یادداشت کنید ، در مورد نمونه هایی که بالاتر از مقدار مشخص دستگاه نشان داده می شود  $> ۴۰$  یادداشت

می کنیم. اگر پس از زدن نوار ادرار گلوکز آن مثبت شود یک نوار ادرار مخصوص گلوکز را دوباره درون ظرف ادرار بزنید و با آن نیز چک می شود و بعد گزارش می شود و اگر پروتئین نوار ادرار مثبت شد، آنرا سانتریفیوژ می کنیم و توسط روش اسید سولفوسالسیلیک، پروتئین آنرا چک کنید. ( درون لوله های ادرار حدود ۲ سی سی اسید سولفوسالسیلیک ۳٪ اضافه می کنیم و بعد از چند دقیقه کدورت ایجاد شده را از trace تا ۴+ گزارش کنید. )

۴- لوله های ادرار را در ۲۰۰۰ rpm به مدت ۵ دقیقه سانتریفیوژ کرده، بعد محلول رویی آنرا خالی می کنیم تا فقط ۱ سی سی رسوب آن در ته لوله بماند. این رسوب را مخلوط کرده و حدود ۲۰ لانداز آنرا روی لام گذاشته و آنرا با لامل ۲۲×۲۲ می پوشانیم و بطور میکروسکوپی بررسی می کنیم. ۰ حتماً گزارش WBC, RBC و سلول اپی تلیال، وجود کست و باکتری و سایر موارد گزارش شود.

۵- شیفت کاری صبح در اتمام کار، برگه کار مربوط به آزمایشات بیوشیمی ادرار را از حدود چهار روز قبل گرفته (برخی موقع پذیرش چند روز قبل انجام شده و به علت موفق نبودن در نمونه گیری، نمونه ادرار چند روز بعد فرستاده می شود) و نمونه ها در لوله آزمایش ریخته و تحویل بخش بیوشیمی داده شود. در مورد ادرار ۲۴ ساعته حتماً حجم نمونه ها نوشته شود.

➤ در ابتدای هر شیفت کاری سه نمونه بدون نام و فقط شماره گذاری شده که توسط کشیک شیفت قبل جدا شده است، کشیک مربوطه از نظر میکروسکوپی بررسی شود و در دفتر مخصوص کنترل کیفی یادداشت شود.

### بررسی فیزیکی :

بررسی خصوصیات فیزیکی اولین مرحله آزمایش ادرار است که شامل بررسی رنگ، ظاهر، بو، وزن مخصوص (البته وزن مخصوص را میتوان با روش شیمیایی نیز تعیین کرد) می باشد

ادرار در حالت طبیعی دارای رنگ روشن متمایل به زرد کم رنگ تا غلیظ هست. تغییرات رنگی ادرار به غلظت ادرار و میزان آب مصرفی فرد بستگی دارد. رنگ ادرار بیشتر به علت وجود رنگدانه اروکروم است مقدار کمی نیز به دلیل وجود اروبیلین و اوروایتترین است. غلظت اروکروم در موارد تب، تیروتوکسیلوز و گرسنگی بیشتر میشود. ادرار در صورت ماندن ممکن است کدر و تیره رنگ شود به ویژه در صورت پایین بودن درجه حرارت محیط از حلالیت املاح معدنی موجود در ادرار کاسته میشود و ذرات حل شده در ادرار به حالت معلق درمی آیند البته گاه کدورت ادرار ناشی از رشد زیاد باکتریها بر اثر ماندن زیاد ادرار است و نیز به هر صورت یکی از علل بروز کدورت در ادرار وجود چرک در آن است

شایع ترین علت تغییر بوی ادرار آلوده شدن آن به باکتریهای تجزیه کننده اوره و ناشی از تولید آمونیاک است کتونوری موجب می شود که ادرار بوی میوه گندیده بدهد بعضی از بیماریها مثل فنیل کتونوریا و بیماری شربت افرا موجب پیدایش بوهای غیرطبیعی در ادرار شوند.

### وزن مخصوص ادرار

تعیین وزن مخصوص ادار (SG) آسان، سریع، ارزان و راحت است وزن مخصوص عبارتند از نسبت توده محلول در ادار به نسبت همان حجم از آب است.

در حقیقت مقایسه وزن هاست و اجسام محلول در ادار را نشان نمیدهد. در یک فرد سالم برخوردار از رژیم خوراکی و آشامیدنی طبیعی، وزن مخصوص بین ۱/۰۰۱ تا ۱/۰۳۵ در شبانه روز خواهد بود نمونه اتفاقی باید حدود ۱/۰۲۳ یا بیشتر باشد.

### بررسی میکروسکوپی

۱- برای آماده کردن میکروسکوپی ادار ابتدا باید نمونه ادار را به خوبی تکان داده برای این منظور حدود ۱۰ سی سی از نمونه داخل لوله مناسب بریزید

۲- سپس نوار اداری را داخل لوله آزمایش حاوی ادار به مدت چند ثانیه قرار داده و بعد از خارج کردن پس از حدود ۱ دقیقه (زمان دقیقه را باید از بروشور کارخانه به دست آورد) پارامترهای آن را خوانده و درلیست کاری یادداشت نمائید. (نوار اداری حاوی پارامترهای وزن مخصوص SG، PH، لکوسیت استراز، نیتريت، پروتئين، گلوکز، کتون، اروبیلینوژن، بیلی روبین، خون و اسید اسکوربیک) می باشد.

۳- لوله را داخل سانتریفوژ قرار داده و به مدت ۵ دقیقه با دور ۲۰۰۰ rpm سانتریفوژ نمائید.

۴- بعد از سانتریفوژ در صورت مثبت بودن نوار ادار از نظر پروتئين آزمایش تائیدی آن را انجام دهید که به شرح زیر می باشد :

توسط روش اسید سولفوسالیسیلیک، پروتئين آنرا چک می کنیم. ( درون لوله های ادار حدود ۲ سی سی اسید سولفوسالیسیلیک ۳٪ اضافه می کنیم و بعد از چند دقیقه کدورت ایجاد شده را از trace تا +۴ گزارش می کنیم

۵- بعد از سانتریفوژ کردن مایع رویی را دور ریخته تا حدوداً "نیم میلی لیتر از حجم لوله همراه با رسوب باقی بماند.

۶- آنگاه آن را به خوبی تکان داده و از آن به مقدار ۲۰ میکرولیتر بر روی لام تمیز قرار بدهید.

۷- یک لامل بر روی آن قرار داده و فوراً با میکروسکوپ بررسی کنید.

۸- ابتدا لام را با درشت نمایی کم برای تجسس سیلندر ها و تعیین دقیق ترکیب کلی رسوب آزمایش نموده و هنگامی که به چیزی برخوردیم که نیاز به شناسایی داشت آنگاه از درشت نمایی زیاد میکروسکوپ کمک بگیرید.

۹- حداقل باید ۱۰ و ترجیحاً ۲۰ میدان میکروسکوپی را با درشت نمایی زیاد مشاهده کنید.

۱۰- وقتی که میکروسکوپ معمولی استفاده میشود باید دقت نمود که میزان نور را کم کنید ( زیرا بسیاری از عناصر موجود در رسوب ضریب انکسارشان مشابه ادار است و در نور زیاد دیده نمیشوند. همچنین کانونی کردن مداوم میکروسکوپ به وسیله پیچ تنظیم دقیق در تجسس این عناصر کمک میکند).

۱۱- نتایج را بر اساس میانگینی از میداین میکروسکوپی آزمایش شده گزارش نمائید.

۱۲- گلبول های قرمز و سفید سلول های پوششی را به صورت تعداد در میدان میکروسکوپی با درشت نمایی زیاد گزارش نمائید. , طبق این فرمت : تعداد سلول ها تا ۵ عدد : ۱-۰ و ۴-۵ تعداد سلول ها تا ۱۵ عدد : ۶-۸ و ۱۲-۱۴

تعداد تا ۴۰ عدد : ۱۵-۲۰ و ۳۵-۴۰ تعداد بیش از ۴۰ عدد تا ۵۰ در صد از میدان پر از سلول باشد : MODRATE

و در صورتیکه بیش از ۵۰ درصد زیر عدسی پر از سلول باشد MANY گزارش میشود

۱۳- سایر اجزا را به صورت ۱+، ۲+، ۳+، ۴+ و یا به صورت rare (نادر)، few (کم)، many (فراوان) و packed (مترکم) گزارش نمائید.

در شبکاری : فقط نمونه های اورژانسی ارسالی از بخشهای بستری یا سرپائی توسط کشیک های بخش بان خون ( از ساعت ۱۹:۳۰ الی ۲۴ ) و از ساعت ۲۴:۰۰ تا ۷:۳۰ صبح توسط همکار پذیرش انجام میشوند

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
اکبر صمدی	مسئول آزمایشگاه		محمد رضا جباری	کارشناس آزمایشگاه	
حامد خدایی	کارشناس آزمایشگاه				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده		تاریخ تایید:	امضاء : 		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		رئیس مرکز	امضاء : 		
		شماره و تاریخ ابلاغ :			

### منابع مورد استفاده :

استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت - آنالیز مایعات بدن هنری دیویدسون - توصیه های شرکت سازنده کیت ( بروشور کیت ) تجربه آزمایشگاه





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد ( انگل شناسی )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : INS-۴۷-۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	تعداد صفحه: ۴
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :** نحوه انجام آزمایش ها بی که در بخش انگل شناسی انجام میشود

**اهداف :** انجام آزمایشات انگل شناسی

**دامنه :** کلیه همکاران آزمایشگاه – کلیه بخشهای بستری

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

- ۱- نمونه های بخشها توسط رابطین و نمونه های سرپایی توسط همراهان بیمار و با راهنمایی همکاران خونگیری در داخل هود گذاشته می شود (نمونه های اسهالی توسط بخش و یا توسط بخش نمونه گیری (از همراهان پرسیده می شود) به کشیک بخش اطلاع داده می شود تا در اسرع وقت (در عرض نیم ساعت) بررسی شوند .
  - ۲- اگر بیمار کشت مدفوع داشته باشد توسط بخش میکروب روند کار انجام می گیرد .
  - ۳- پس از کنترل آزمایشات از HIS توسط کاردان یا کارشناس کشیک بخش انگل شناسی تمام نمونه ها شماره گذاری و با درج مشخصات کامل و نوع آزمایش در دفتر SE یادداشت می شود
  - ۴- لام مربوط به هر نمونه شماره گذاری و بر روی هر لام یک قطره سرم فیزیولوژی ریخته و با اپلیکاتور از نمونه برداشته و کاملاً در آن حل کرده و بعد از گذاشتن لامل در زیر میکروسکوپ از نظر وجود تخم انگل، WBC, RBC و چربی و غذای هضم نشده و ..... بررسی کنید.
- هنگام تهیه لام باید به رنگ و قوام دقت شده و در دفتر ثبت شود .
- ۵- لام های اسکاج مربوط به تست اسکاج نیز توسط کشیک انگل شناسی بررسی و در دفتر SE یادداشت می شود
  - ۶- نمونه های مدفوع که آزمایش OB طبق روال کیت و مراحل ذکر شده در SOP آزمایشات، تست را انجام و در دفتر یادداشت کنید .
  - ۷- برای نمونه هایی که درخواست تست سودان شده طبق روال انجام می دهیم .

## نوبت کاری عصر

در این شیفت کاری یک نفر در بخش میکروب شناسی کشیک می باشد. آزمایشات کشت و آنالیز ادرار و مدفوع - کشت خون - سودان - تست اسکاج و OB در این شیفت انجام می گیرد .

- ۱- در عصر کاری نیز نمونه ها طبق روال صبح کاری در داخل هود قرار داده می شود
- ۲- تمام نمونه ها چه سرپایی و چه بیماران بستری تا ساعت ۱۸:۳۰ توسط کشیک بخش پذیرفته می شود .
- ۳- در این شیفت کشت ادرار و مدفوع نیز توسط همکار کشیک بخش ادرار انجام می شود
- ۴- ویالهای کشت خون نیز توسط کشیک پذیرفته شده در دفتر مخصوص مشخصات ثبت و طبق SOP کار با BACK TEC در دستگاه تعریف می شود
- ۵- نمونه های التور و CSF آورده شده در این شیفت در ۳۷ درجه نگهداری و فردا توسط همکاران بخش میکروب در صبح کاری ادامه کار صورت می گیرد .
- ۶- پس از کشت نمونه و ثبت مشخصات در دفتر مخصوص کشت ، آنالیز نمونه طبق روال صبح کاری انجام می گیرد .

### شیفت شب کاری :

در این شیفت یک نفر همکار کشیک در بانک خون موظف است در این شیفت طبق روال عصر کاری بوده با این تفاوت که نمونه مدفوع و آزمایشات مربوط به آن فقط در موارد اورژانس بررسی می شود .

### روش انجام کامل مدفوع:

زمان انجام آزمایش پس از تهیه نمونه:

- نمونه های watery باید در عرض ۳۰ دقیقه انجام بگیرد
- نمونه های loose باید در عرض ۳۰ دقیقه انجام بگیرد
- نمونه های soft باید در عرض ۶۰ دقیقه انجام بگیرد
- نمونه های formed باید در همان روز انجام بگیرد
- آزمایش میکروسکوپی نمونه های مدفوع: ( تمام این مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در بخش بیوشیمی ادرار انجام میگردد.
- روش دید مستقیم مدفوع

- ۱- یک قطره سرم فیزیولوژی ۰/۸۵٪ را در چپ و یک قطره از محلول لوگل را در طرف راست لام قرار دهید.
- ۲- مقدار خیلی کمی از مدفوع ( به اندازه ۲ میلی گرم که توسط اپلیکاتور برداشته شود) را در سرم فیزیولوژی به حالت یکنواخت در آورید.
- ۳- عمل فوق را بوسیله اپلیکاتور دیگری با محلول لوگل انجام دهید.
- ۴- سپس جهت بررسی نمونه های فوق یک لامل ۲۲\*۲۲ میلی متر بر روی نمونه تهیه شده قرار دهید ( ترجیحا " می توان نمونه های تهیه شده در سرم فیزیولوژی را بر روی لام های جداگانه ای قرار داد. )

- ۵- جهت بررسی گسترش ابتدا با عدسی با بزرگنمایی کم (۱۰\*) تمامی قسمتهای گسترش (لامل) را بررسی نمائید.
- ۶- اگر مورد مشکوکی مشاهده گردید از عدسی با بزرگنمایی (۴۰\*) برای بررسی جزئیات استفاده نمائید.
- ۷- حتی در مواردی که مورد مشکوکی مشاهده نگردید حداقل یک سوم سطح لامل باید با عدسی ۴۰\* مورد بررسی مجدد قرار بدهید.

۸- لازم به یادآوری میباشد جهت مشاهده حرکت تروفوزئیت ها در مدفوع از سرم فیزیولوژی گرم (۳۷ درجه سانتی گراد) استفاده کنید. (این محلول سرم فیزیولوژی حتما" باید زیر میکروسکوپ از نظر امکان آلودگی قارچی و باکتریایی هر از چند گاهی کنترل شود

کنترل کیفی در آزمایشگاه انگل شناسی : روزانه سرم فیزیولوژی مورد استفاده از نظر وجود قارچ و سایر میکرو ارگانیسم ها بررسی میشود . با تهیه لام مرطوب از نمونه خونی از کارایی و کیفیت آن اطمینان حاصل میشود .

### روش انجام اسکاچ تست:

- ۱- نمونه را باید صبح زود پیش از این که فرد مدفوع کند و یا استحمام کند تهیه نمائید.
- ۲- یک عدد لام شیشه ای تهیه کنید.
- ۳- برای انجام نمونه گیری صبح زود قبل از آنکه بیمار از رختخواب بلند شود و دفع مدفوع نماید یک قطعه (۵ سانتی متر چسب نواری شفاف) را از طرف چسبدار آن محکم به ناحیه اطراف مقعد چسبانده و فشار دهید که در صورت وجود انگل یا تخم آن به سطح چسب دار نوار بچسبند.
- ۴- بعد از حدود ۱۰ دقیقه چسب را بلند کرده و آنرا از طرف چسب دار روی لام شیشه ای بچسبانید.
- ۵- بعد از تهیه لام را با عدسی ۱۰ از نظر وجود تخمهای کرمک بررسی کنید.

### روش آزمایش OB: (کیت صبا )

این کیت بر اساس خاصیت پراکسیدازی هموگلوبین و مجاورت آن با معرف ارتو تولئیدین تهیه شده است .  
کاردان یا کارشناس کشیک آزمایشگاه ابتدا مقداری مدفوع را بر روی لام مقوایی قرار داده و به آن یک قطره معرف رنگزا و یک قطره محلول بافر اضافه کرده و مخلوط نمایید و رنگ ایجاد شده را تا یک دقیقه مشاهده و گزارش کنید .  
➤ اگر رنگ ایجاد شده از آبی به زرد تبدیل شود (به دلیل خون زیاد) میتوانید یک تا سه قطره معرف رنگزا اضافه نموده سپس شدت رنگ را گزارش نمایید.

کنترل کیفی آزمایش OB :

محلول ۳٪ از یک نمونه CBC در آب مقط تهیه کرده و مانند نمونه بیمار آزمایش OB را بر روی آن انجام میدهیم جواب باید در حد ۳+ قابل مشاهده باشد .

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس آزمایشگاه	محمد رضا جباری		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس آزمایشگاه	حامد خدایی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

**منابع مورد استفاده :** استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت- توصیه های شرکت سازنده کیت ( بروشور کیت ها )- تجربه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و  
منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد (سرو ایمنولوژی و هورمون )

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل) INS-۴۷-۶ تعداد صفحه: ۲۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :** نحوه انجام آزمایش ها بی که در بخش سرو ایمنولوژی و هورمون انجام می شود

**اهداف :** انجام آزمایشات سرو ایمنولوژی و هورمون طبق دستورالعمل های استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت

**دامنه :** کلیه همکاران آزمایشگاه - بخشهای بستری

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

❖ آزمایشاتی که در این بخش انجام می شود شامل :

ASO , CRP , RF , WrightC.Wright , ۲ME ,Widal , G۶PD , Bili.T ,A/VBG , RPR,PT,PTT ➤

CSF & Other Body FloyedAnalys می باشد . آزمایشات در سه شیفت کاری توسط یک نفر کشیک سرولوژی (کاردان یا

کارشناس آزمایشگاه ) صورت می گیرد

➤ انجام اورژانسی آزمایشات : , A/VBG , Bili.T و تحویل جواب آزمایشات به پذیرش

➤ انجام اورژانسی سایر آزمایشات در صورت قید شدن کلمه اورژانس در برگه کار مربوطه .

➤ بررسی یخچال سرولوژی از نظر وجود مواد و کیت های مصرفی و گزارش کمبودها به مسئول مربوطه ، برداشتن نمونه های G۶PD

که از شیفت های عصر و شب روز قبل در یخچال قرار داده شده است .

➤ تحویل گرفتن نمونه های دارای آزمایش G۶PD به همراه جواب آزمایش Hb از بخش هماتولوژی .

➤ آزمایش CSF & Other Body FloyedAnalys در صبحکاری توسط کشیک آزمایشات ارجاعی انجام میشود .

➤ تحویل گرفتن نمونه های سانتریفوژ شده از بخش سرم جداکنی و تطبیق مشخصات و شماره روی نمونه ها با مشخصات و

شماره روی برگه کار آزمایشات و انجام آزمایشات مربوطه .

➤ ثبت جواب های آزمایشات انجامی بر روی برگه کار مربوطه و تحویل به جوابدهی آزمایشگاه .

➤ در صورت داشتن مواردی که مربوط به خط مشی "اعلام اضطراری نتایج پاراکلینیکی حیاتی به بخشها" باشد طبق خط مشی مربوطه اقدام و در دفتر مربوطه ثبت گردد .

➤ تحویل کشیک صبح به کشیک عصرکاری طبق فرم تحویل کشیک .

روش اجرایی:

روش اندازه گیری زمان PT, PTT:

- ۱- ابتدا دمای بمری را بررسی و از ۳۷ درجه بودن آن مطمئن می شویم .
- ۲- محلولهای مورد استفاده برای آزمایش را از یخچال بیرون می آوریم تا به دمای محیط برسد
- ۳- محلول کلرور کلسیم تازه تهیه میکنیم (۲۰۰ لاندا از محلول کلرور کلسیم STOCK را به ۱,۸ سی سی آب مقطر اضافه می کنیم
- ۴- محلول تهیه شده را در بمری ۳۷ درجه قرار می دهیم .
- ۵- برای انجام PT ابتدا ۲۰۰ لاندا از محلول PT را در لوله ریخته و به مدت ۳-۲ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه قرار می دهیم سپس اضافه کردن ۱۰۰ لاندا از پلاسمای بیمار به لوله و زدن بلافاصله کرنومتر
- ۶- لوله را در داخل بن ماری به مدت ۷ ثانیه حرکت داده و سپس لوله را از بن ماری خارج و از نظر داشتن فیبرین در زیر چراغ مطالعه بررسی می کنیم
- ۷- جواب را در برگه کار ثبت می کنیم
- ۸- برای انجام PTT ۱۰۰ لاندا از محلول PTT و پلاسمای بیمار را به داخل لوله ریخته به مدت ۳-۲ دقیقه در بن ماری قرار داده و سپس ۱۰۰ لاندا از محلول کلرور کلسیم تهیه شده به آن اضافه کرده و کرنومتر را می زنیم
- ۹- لوله را در داخل بن ماری به مدت ۱۷ ثانیه تکان داده و از نظر تشکیل فیبرین زیر چراغ مطالعه بررسی می کنیم و جواب را در برگه کار یادداشت می کنیم

روش انجام PT, PTT با کوآگولومتر: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

- ۱- از پشت دستگاه دگمه Powre را روشن کنید .
- ۲- محلول های مورد استفاده را از یخچال بیرون آورده تا به دمای محیط برسد .
- ۳- پس از روشن شدن دستگاه صفحه اصلی نمایش داده می شود (شماره کانال - تعداد تست - نوع تست روی آن نمایش داده می شود

(

۴- برای آزمایش PT با سمپلر روی دستگاه ۵۰ لاندا پلاسما (نمونه های بخش قبلا توسط بخش جدا سازی سرم آماده و همراه برگه کار تحویل کشیک بخش سرولوژی داده می شود) در یکی از کاپهای ریخته و سپس یک ساچمه داخل آن ریخته در یکی از ۱۶ کانالهای دستگاه گذاشته می شود .

۵- با انتخاب یکی از دگمه های A,B,C,D روی دستگاه که نشانگر مدت زمان لازم برای رسیدن نمونه به ۳۷ درجه می باشد ، دمای نمونه مورد آزمایش را به ۳۷ درجه می رسانیم . (A:۶۰S- B:۱۲۰S- C:۱۸۰S- D:۲۴۰S)

۶- در سمت راست دستگاه دگمه های زرد رنگی تعبیه شده که نام تست مورد آزمایش را از روی آنها انتخاب می کنیم (در این قسمت PT) و نام تست بر روی صفحه نمایش ظاهر میشود.

۷- کاپ حاوی سرم را از کانال قبلی برداشته و در کانالهای مخصوص سنجش قرار دهید .

۸- سپس با سمپلر موجود روی دستگاه ۵۰ لاندا محلول PT را برداشته و داخل کاپ حاوی پلاسما خالی کنید.

۹- در این لحظه سمپلر دستگاه که حاوی سنسور می باشد سوت زده و زمان انجام تست آغاز می شود.(در صورتیکه سنسور سمپلر کار نکرد ،در پائین دستگاه دکمه سبز رنگی به نام Start وجود دارد و می توانید زمان شروع آزمایش را با زدن این دگمه مشخص کنید)

۱۰- در این حالت ساچمه داخل کاپ طی پدیده مغناطیسی به حرکت در آمده و با تشکیل فیبرین متوقف می شودو زمان آزمایش روی منیتور مشخص می شود.

۱۱- با فشار دادن دگمه صفر در سمت راست دستگاه کلیه اطلاعات مربوط به آزمایشات قبلی پاک و آزمایش PTT را انتخاب کنید .

۱۲- برای آزمایش PTT با سمپلر روی دستگاه ۵۰ لاندا پلاسما و ۵۰ لاندا از محلول PTT (نمونه های بخش قبلا توسط بخش جدا سازی سرم آماده و همراه برگه کار تحویل کشیک بخش سرولوژی داده می شود) در یکی از کاپهای ریخته و سپس یک ساچمه داخل آن ریخته در یکی از ۱۶ کانالهای دستگاه گذاشته می شود .

۱۳- با انتخاب یکی از دگمه های A,B,C,D روی دستگاه که نشانگر مدت زمان لازم برای رسیدن نمونه به ۳۷ درجه می باشد ، دمای نمونه مورد آزمایش را به ۳۷ درجه می رسانیم . (A:۶۰S- B:۱۲۰S- C:۱۸۰S- D:۲۴۰S)

۱۴- در سمت راست دستگاه دگمه های زرد رنگی تعبیه شده که نام تست مورد آزمایش را از روی آنها انتخاب می کنیم (در این قسمت PTT) و نام تست بر روی صفحه نمایش ظاهر میشود.

۱۵- سپس با سمپلر موجود روی دستگاه ۵۰ لاندا محلول کلرور کلسیم را برداشته و داخل کاپ حاوی پلاسما خالی کنید.

۱۶- در این لحظه سمپلر دستگاه که حاوی سنسور می باشد سوت زده و زمان انجام تست آغاز می شود. (در صورتیکه سنسور سمپلر کار نکرد، در پائین دستگاه دکمه سبز رنگی به نام Start وجود دارد و می توانید زمان شروع آزمایش را با زدن این دکمه مشخص کنید)

۱۷- در این حالت ساچمه داخل کاپ طی پدیده مغناطیسی به حرکت در آمده و با تشکیل فیبرین متوقف می شود و زمان آزمایش روی مینیاتور مشخص می شود.

➤ محلول کلرور کلسیم در هر شیفت کاری به صورت تازه تهیه شود (۲۰۰ لاندا از محلول کلرور کلسیم STOCK را به ۱،۸ سی سی سی آب مقطر اضافه کنید)

➤ دقت نمائید در صورتیکه محلول کلرور کلسیم بصورت تجاری در دسترس باشد، نیاز به رقیق سازی یا عدم نیاز طبق دستورالعمل شرکت سازنده اقدام گردد.

### روش انجام RF,ASO,CRP

(تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک صورت میگیرد)

۱- CRP: ۵۰ لاندا از سرم بیمار را روی اسلاید گذاشته و یک قطره از آنتی ژن CRP را روی سرم ریخته و با اپلیکاتور مخلوط کرده و به مدت ۲ دقیقه روی روتاتور قرار دهید. و سپس از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید.

سوسپانسیون یکنواخت و عدم وجود آگلوتیناسیون (Neg) ذرات آگلوتینه کوچک با پس زمینه کدر +۱

ذرات آگلوتینه متوسط با پس زمینه نیمه کدر +۲ ذرات آگلوتینه درشت با پس زمینه شفاف +۳

۲- ASO: در اینجا این تست به روش اسلایدی انجام می شود و اساس آن آگلوتیناسیون است. این تست برای شناسایی آنتی بادی بر علیه SLO استرپتوکوک  $\beta$  همولیتیک گروه A لانسفیلد در سرم انسان است.

۵۰ لاندا از سرم رقیق نشده بیمار به همراه یک قطره آنتی ژن ASO روی اسلاید قرار داده، سپس با اپلیکاتور آنرا در سطح دایره اسلاید پخش کرده و به مدت ۲ دقیقه روی روتاتور قرار دهید. اگر آگلوتیناسیون مشاهده شد جواب تست مثبت است و در صورت عدم مشاهده آگلوتیناسیون جواب منفی (ASO: ۲۰۰) است. در صورت وجود آگلوتیناسیون، روی سه خانه اسلاید به هر کدام ۵۰ لاندا سرم فیزیولوژی ریخته و روی سرم فیزیولوژی اول ۵۰ لاندا از سرم بیمار گذاشته و سپس با پر و خالی کردن سمپلر مایع را به هم زده بعد ۵۰ لاندا از خانه اول به خانه دوم انتقال دهید و پس از مخلوط کردن ۵۰ لاندا به خانه سوم افزوده و پس از مخلوط کردن ۵۰ لاندا به بیرون بریزید در نهایت به هر کدام از خانه ها یک قطره از آنتی ژن ASO افزوده با اپلیکاتور به هم زده و ۲ دقیقه روی روتاتور قرار دهید و پس از طی زمان ۲ دقیقه از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید.



عدم وجود آگلوتیناسیون :  $ASO < 200$

وجود آگلوتیناسیون در اسلاید در خانه اول  $ASO : 400$

وجود آگلوتیناسیون در اسلاید در خانه دوم :  $ASO 800$

وجود آگلوتیناسیون در اسلاید در خانه سوم :  $ASO 1600$

۳- RF- برای تشخیص فاکتور روماتوئید از روش لاتکس آگلوتیناسیون استفاده می شود. و معرفیها باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد نگهداری شوند. معرف لاتکس نباید یخ بزند. قبل از انجام تست دمای همه معرفیها به دمای آزمایشگاه برسد. در اینجا فقط روش اسلایدی انجام می شود. با توجه به کیت گاهی سرم را دکمپلمانه کنید.

۵۰ لاند از سرم بیمار را روی لامهای زمینه سیاه بریزید و به آن یک قطره از آنتی ژن لاتکس بیافزایید و با اپلیکاتور مخلوط و روی روتاتور قرار دهید، بعد از ۲ دقیقه نتیجه را بخوانید. اگر آگلوتیناسیون ایجاد شده بود، جواب را بر اساس شدت آگلوتیناسیون از +۱ تا +۴ گزارش می کنیم. اگر سرم بخوبی دکمپلمانه نشود یا نمونه کاملاً لخته نشده باشد یا PH آنتی ژن کمتر از ۸٫۲ باشد باعث مثبت کاذب می شود.

### **RPR ( VDRL )**

تست سریع غیر تریپونومی جهت تشخیص اولیه سیفلیس و بررسی نتیجه درمان آن است.

تست RPR دارای ویژگی و حساسیت معادل VDRL بوده، تست RPR بعنوان یک تست کیفی اولیه بخصوص هنگامی که تعداد نمونه زیاد باشد بسیار ارزشمند است.

نیازی به غیر فعال کردن نمونه ندارد و در کمترین زمان ممکن قابل انجام می باشد. برای این تست سرم یا پلاسما هر دو می تواند مورد استفاده قرار گیرد. از سرم تازه حاصل از سانتریفوژ نمودن خون لخته برای انجام تست استفاده شود. سرم آلوده، همولیز و لیپمیک باید دور ریخته شود. (از مایع نخاع استفاده نشود).

### **روش کیفی :**

قبل از انجام تست محتویات کیت را به درجه حرارت اتاق برسانید و آنتی ژن را با حرکت ملایم مخلوط و یکنواخت کنید. یک قطره کنترل مثبت، یک قطره کنترل منفی و یک قطره ( ۵۰ میکرولیتر ) نمونه سرم رقیق نشده را روی دایره پلیت قرار دهید سپس یک قطره از سوسپانسیون آنتی ژن را کنار قطره سرم قرار داده سپس هر دو قطره را با هم مخلوط و در تمام سطح دایره پخش کرده و با استفاده از روتاتور ( ۸۰ تا ۱۰۰ دور در دقیقه ) یا با دست، پلیت را به مدت ۸ دقیقه حرکت داده از نظر فلاکولاسیون بررسی می کنیم. زمان بیش از ۸ دقیقه ممکن است باعث واکنش غیر اختصاصی شود.

وجود توده های مجتمع سیاه رنگ در یک زمینه شفاف نشاندهنده جواب مثبت است.

سوسپانسیون خاکستری رنگ یکنواخت نشاندهنده جواب منفی است.

## روش انجام آزمایش راییت، کومس راییت، ۲ME، ویدال

راییت: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

برای انجام آزمایش به روش سریع بر روی پلیت یک قطره سرم حدود ۳۰-۲۵ میکرولیتر و یک قطره آنتی ژن به همان مقدار مساوی ریخته و با اپلیکاتور کاملا به هم بزنید. پلیت را به مدت ۵ دقیقه جهت انجام واکنش آنتی ژن و آنتی بادی روی روتاتور قرار داده و سپس از نظر آگلوتیناسیون بررسی می شود موارد مثبت باید با روش لوله ای تیترا شود و از تیتراسیون آزمایش با پلیت خودداری گردد بهتر است در آزمایش از نمونه های کنترل مثبت و منفی جهت مقایسه آگلوتیناسیون استفاده گردد.

آزمایش آگلوتیناسیون لوله ای یا آزمایش راییت لوله ای (Standard tube Agglutination Test):

در یک ردیف لوله ی همولیز از سرم بیمار رقت های ۱/۱۰ تا ۱/۶۴۰ و رقت های بالاتر در حد نیاز تهیه می شود.

الف - در لوله ی اول ۰/۹ میلی لیتر و در لوله های بعدی ۰/۵ میلی لیتر سرم فیزیولوژی فنیکه ریخته می شود.

ب - ۰/۱ میلی لیتر از سرم مورد آزمایش به لوله ی اول اضافه کرده و سپس از لوله ی اول ۰/۵ میلی لیتر به لوله ی دوم و از لوله دوم به لوله ی سوم و به این ترتیب تا آخرین لوله ادامه داده و از آخرین لوله ۰/۵ میلی لیتر دور ریخته می شود.

ج - آنتی ژن راییت لوله ای به مقدار ۰/۵ میلی لیتر به تمام لوله ها اضافه می شود.

رقت نهایی لوله ها از ۱/۲۰ شروع شده و به ترتیب ۱/۴۰ و ۱/۸۰ و ۱/۱۶۰ و .... ادامه می یابد.

لوله ها را کاملا به هم زده و درب لوله ها را با پارافیلیم بسته و مدت ۲۴ ساعت در اتو ۳۷ درجه سانتیگراد نگهداری می شود و سپس نتایج قرائت می شود.

### قرائت نتایج:

بر مبنای میزان شفافیت مایع فوقانی لوله ها (با مقایسه لوله شاهد) و آگلوتیناسیون ایجاد شده، نتایج گزارش می شود. وجود شفافیت دلیل بر آگلوتیناسیون مثبت و عدم شفافیت نشان دهنده ی عدم آگلوتیناسیون می باشد. بیشترین رقت لوله ای که نسبت به لوله ی شاهد منفی، ۵۰ درصد شفافیت یا آگلوتیناسیون را نشان دهد، تیترا نهایی آزمایش می باشد.

در مورد تفسیر آزمایش راییت و تعیین تیترا آلودگی اتفاق نظر وجود ندارد. در کشورهای غربی به علت اینکه بیماری شیوع چندانی ندارد و تعداد بیماران اندک است و فقط یک بیماری شغلی محسوب می شود، آلودگی با بروسلا آبورتوس و سوئیس با تماس مکرر بوجود می آید و آلودگی با بروسلا ملی تن سیس رواج ندارد، لذا تیترا قابل ارزش برای درمان ۱/۱۶۰ می باشد. ولی در ایران که بیشترین آلودگی با بروسلا ملی تن سیس گزارش گردیده تیترا ۱/۸۰ به بالا برای درمان ارزش بیشتری دارد. اما تیتراهای پایین تر بویژه در ارتباط با بیماریهای غیرشغلی نبایستی کم اهمیت در نظر گرفته شود مگر در مواردیکه علائم کلینیکی وجود نداشته باشد. در این موارد آزمایش دو هفته بعد تکرار می شود در صورت عدم افزایش تیترا و منفی بودن ۲ME پاسخ منفی تلقی می گردد.

تهیه ی شاهد مثبت و منفی برای آزمایش رایت لوله ای:

- ۱- تهیه شاهد منفی: ۰/۵ میلی لیتر آنتی ژن رقیق یا آماده ی مصرف را در یک لوله ی همولیز ریخته و ۰/۵ میلی لیتر محلول سرم فیزیولوژی فنیکه به آن بیافزایید.
  - ۲- تهیه ی شاهد مثبت: یک نمونه سرم مثبت قوی را به صورت ۱/۵ رقیق کرده (۱۰۰ میکرولیتر سرم + ۴۰۰ میکرولیتر سرم فیزیولوژی) سپس ۰/۵ میلی لیتر از آن را با ۰/۵ میلی لیتر آنتی ژن در لوله مخلوط نمایید.  
۲ME: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)
- آزمایش ۲ME به همان روش آگلوتیناسیون رایت لوله ای انجام می شود با این تفاوت که رقت های سرم بجای سرم فیزیولوژی با بافر ۲ME تهیه می گردد.

به تعداد نمونه های مورد آزمایش لوله ی همولیز در نظر گرفته و در لوله اول ۰/۹ میلی لیتر بافر ۲ME و ۰/۱۰ میلی لیتر سرم بیمار و در لوله های بعدی ۰/۵ میلی لیتر از محلول مرکابتواتانول (بافر ۲ME) اضافه می کنیم. لوله ها را کاملا به هم زده و از لوله ی اول ۰/۵ میلی لیتر به لوله ی دوم و از لوله ی دوم به لوله ی سوم و الی آخر اضافه کرده و از لوله ی آخر ۰/۵ میلی لیتر به بیرون ریخته و بعد به تمام لوله های ۰/۵ میلی لیتر آنتی ژن ۲ME اضافه می کنیم. لوله ها را به مدت ۲۴ ساعت در اتو ۳۷ درجه قرار داده و سپس از نظر وجود آگلوتیناسیون بررسی کنید.

تست ویدال: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

روش انجام متد سریع بروی لام (Rapid slide test):

شیشه های آنتی زن را قبل از شروع آزمایش از یخچال بیرون آورده تا به حرارت محیط آزمایشگاه برسند ۵۰لاندن سرم هر بیمار را به سه خانه از اسلاید اضافه کرده و به هر یک آنتی A,B,,D اضافه می کنیم ۲۰ دقیقه روی روتاتور گذاشته و از نظر آگلوتیناسیون بررسی می کنیم و در صورت مثبت بودن به روش لوله ای ادامه دهید .

هر کدام از آنتی ها که با روش اسلایدی مثبت است به روش لوله ای انجام می دهیم که همانند رایت لوله ای می باشد فقط در این روش آنتی ژن را رقیق نکنید از همان آنتی ژن اسلایدی به هر کدام از لوله ها ۵۰۰لاندن می افزاییم و پس از ۲۴ساعت انکوبه در ۳۷درجه سانتیفرود کرده و هر کدام از لوله ها را از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید و به ترتیب رقت گزارش کنید.

**: A/VBG**

(تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

از نمونه هپارینه برای آزمایش استفاده می شود. پس از آمدن نمونه در سرنگ کنار یخ ،سرنگ را داخل کف دست قرار داده و هم بزنید سپس یک قطره اول را روی گاز خارج کرده تا از لخته نبودن و نداشتن حباب در نمونه اطمینان حاصل شود سپس دکمه venous را زده و خون را به نیدل دستگاه وارد کنید و سرنگ را نگاه دارید تا دستگاه خودش مکش کند در صورت برداشتن حجم کافی از نمونه ،آلارم می دهد. در این هنگام نمونه را از نیدل بیرون می کشیم و نیدل به جای اول فرد برمی گردد. در این هنگام صفحه ای نمایش داده می شود که اطلاعات بیمار که شامل ID،نام و نام خانوادگی ،دما، 0۲بیمار است پس از وارد کردن اطلاعات دگمه OKدر بالای صفحه را می زنیم و

منتظر بمانید تا جواب پرینت شود سپس پرینت جواب را از دستگاه جدا کرده و تمام مشخصات بیمار را همراه با تاریخ و مهر و امضا، روی جواب ثبت می کنیم همچنین تمام این مشخصات را در دفتر ثبت کنید. در صورت بالا و پایین بودن پارامترها، فوراً" به بخش مربوطه و پرستار خبر داده و در مورد بیماران سریایی به والدین بیمار اطلاع دهید. در صورت لخته بودن به همکاران اطلاع دهید.

## :VBG

۱- از نمونه هپارینه برای آزمایش استفاده می شود. پس از آمدن نمونه در سرنگ کنار یخ، سرنگ را داخل کف دست قرار داده و هم بزیند سپس یک قطره اول را روی گاز خارج کرده تا از لخته نبودن و نداشتن حباب در نمونه اطمینان حاصل شود سپس دکمه کناری Measure را زده و منتظر می شوید تا چراغ سفید رنگ مربوط به الکترودها روشن شود.

۲- سرنگ حاوی نمونه را به صورت عمودی در قسمت پلاستیکی قرمز رنگ دستگاه فشار داده و به آرامی نمونه را تزریق کرده تا از زیر الکترودها رد شده و تمامی الکترودها را پوشش دهد در این هنگام صدای بوق اول شنیده می شود در این هنگام تزریق نمونه را متوقف کرده منتظر شده تا بوق دوم شنیده شود و در نهایت سرنگ را خارج کنید.

۳- در صورت نیاز به وارد کردن پارامترها دکمه مربوط به کلمه Input را فشار داده و بترتیب شماره پرونده بیمار، دما، Hb, Fio، را وارد کرده و بعد از هر مرحله دکمه Inter را زده تا آخرین پارامتر را وارد کنی و بعد منتظر چاپ جواب شوید .

۳- در این مرحله منتظر شوید دستگاه با شستوی خودکار و تا رسیدن به مرحله stand by خود را برای پذیرش بعدی آماده کند

## اطلاعات مربوط به نگهداری :

۱- دستگاه در مدت های مشخص به کالیبراسیون خودکار رفته و در این هنگام تا زمان stand by صبر کنید .

۲- محلول مصرفی شامل BaG<sub>1</sub>, BaG<sub>2</sub>, wash می باشد که در صورت تمام شدن هر یک آلامر مربوطه روی صفحه مانیتور نمایان می شود .

۳- محلولهای جدید را جایگزین کنید (در این هنگام شستی مربوط به هر BaG را فشار داده و BaG خالی را خارج کرده و محلول جدید را جایگزین و پرامتر این BaG را به صورت دستی یا از طریق بار کد و به صورت اتوماتیک وارد کرده تا دستگاه مرحله CHEK را انجام داده و stand by شود .

۴- در صورت پر شدن ظرف Waste اقدام به خالی کردن ظرف مربوطه کنید .

۵- هر هفته یکبار برای حفظ عمر مفید الکترودها باید محلولهای الکتروود کنترل شود .

۶- با استفاده از آمپولهای کنترل کیفی صحت جواب دستگاه چک شود .

۷- هر ۲۴ ساعت یکبار (۷۰ نمونه) از طریق برنامه مربوط ، محلول Protein Remove به دستگاه داده شود بعد از این مرحله کالیبراسیون انجام می گردد اگر به طور خودکار انجام نشود کالیبراسیون را به صورت دستی انجام دهید .

۸- در صورت ورود لخته به دستگاه باید مسیرهای مختلف از نظر وجود لخته بررسی و شناسائی شوند پس از شناسایی شیلنگ انتهایی هر مسیر خارج شده و از ابتدای مسیر مربوطه از طریق آب مقطر تزریق شده تا لخته خارج گردد و سپس شیلنگها را جاگذاری کنید. اگر لخته در الکتروود باشد آن را خارج و از طریق آب مقطر تزریق شده تا لخته خارج گردد.

## G6PD:

(تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

برگه کار روزانه از طریق پذیرش و نمونه های بیمار نیز پس از بررسی هموگلوبین، به مسئول کشیک بانک خون داده می شود. این آزمایش در شیفیت صبح انجام شده بنابراین در مورد نمونه های عصر و شب، پذیرش برگه کار را به بخش سرولوژی تحویل و کشیک بخش نمونه ها را همراه با میزان هموگلوبین از یخچال ۴درجه که نمونه های و سرم عصر و شب در آن نگهداری میشود، جدا می کند

نحوه آزمایش :

- ریختن یک سی سی آب مقطر به لوله آزمایش
- اضافه کردن خون بیمار به هر یک از لوله ها و مخلوط کردن نمونه با آب مقطر جهت همولیز شدن (مقدار خون بدین طریق محاسبه می شود Hb بیمار/۰,۳)
- اضافه کردن ۲۰۰ لاندا از بافر موجود در کیت به ویالهای مخصوص داخل کیت و مخلوط کردن خوب آنها با یکدیگر
- اضافه کردن ۵۰۰ لاندا از نمونه همولیز شده به ویال حاوی بافر و مخلوط کردن آنها و در نهایت بر روی آن یک قطره از A Reagent و نیز روغن موجود در کیت بر روی آن (جهت عدم ورود هوا به داخل ویالها) و در ویال رابسته سپس یک ساعت در ۳۷درجه و بررسی آنها از ۲۰ دقیقه به ۲۰ دقیقه از نظر همولیز شدن یا نشدن (در صورت عدم کمبود G6PD رنگ ویالها از آبی به قرمز تغییر رنگ می دهد) در صورت داشتن کمبود، دوباره آزمایش را تکرار کرده و در برگه کار یادداشت کنید.

## CSF & Other Body FloyedAnalys

: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

۱- بررسی ظاهری و حجم ۲- آنالیز سلولی و بیوشیمیائی ۳- کشت ۴- تهیه لامها برای سیتولوژی.

توجه: اگر خون در هر سه لوله CSF به طور یکنواخت باشد ناشی از خونریزی ولی اگر در لوله اول بیشتر و در لوله های بعدی کمتر یا اصلاً نباشد ناشی از صدمه در هنگام نمونه گیری می باشد.

ممکن است ۲۰۰ عدد WBC و ۴۰۰ عدد RBC در هر میکرولیتر ظاهر طبیعی CSF را تغییر ندهد پس همه نمونه ها باید به طور میکروسکوپی بررسی شوند.

نمونه ها CSF به کشیک بخش تحویل داده می شود اگر برای درخواست و نمونه های کشت و سیتولوژی نیز داشته باشد لوله ای که بیشترین حجم را دارد برای آنالیز و دو لوله بعدی را به بخش خود تحویل می دهیم. در شیفیت عصر و شب نمونه کشت را در ۳۷درجه قرار داده و از نمونه پاتولوژی لام تهیه و همراه نمونه در بخش پاتولوژی قرار می دهیم.

روش آزمایش:

- ابتدا محتوی لوله را به آرامی تکان داده حدود ۲۰ ثانیه از آن را بروی لام نئوبار (لام شمارش سلولی) که روی آن لامل قرار دارد انتقال می دهیم . چند لحظه صبر کرده تا مایع ثابت شود .
  - با عدسی ۱۰ حداقل ۹ خانه بزرگ را شمارش می کنیم  
فرمول شمارش :  $10 \times$  تعداد کل سلول در ۹ خان
  - اگر تعداد سلولها خیلی زیاد باشد می توان با سرم فیزیولوژی رقیق سازی کرد:  
فاکتور رقت  $10 \times$  تعداد سلولهای شمارش شده
- تعداد خانه شمارش شده

- در صورت وجود RBC میتوان نمونه را با محلول مارکانو و ... آغشته کرده و
  - اسید استیک سبب لیز RBC می شود
  - بعد از چند لحظه آن را روی لام نئوبار قرار داده شمارش کنید
  - در این مرحله تعداد تام شمارش شده را از تعداد WBC کم می کنیم تا RBC به دست آید
  - برای شمارش افتراقی بهتر است اسمیر تهیه شده و رنگ آمیزی گیمسا صورت گیرد
  - گزارش به صورت درصد در نهایت نوشته شود .
- الف: اندازه گیری پروتئین CSF

- کدورت سنجی
- بوسيله اسيد سولفوسالسیلیک ۳٪
- (بیشتر آلبومین رسوب داده می شود)
- تری کلرواستیک ۱۰٪ ( در این روش آلبومین و گلوبولین به یک نسبت رسوب داده می شود)

لوله	CSF	استاندارد	آب مقطر	اسید سولفوسالسیلیک
تست	۵۰۰µl	-	-	۱ ml
استاندارد	-	۵۰۰µl	-	۱ ml
بلانک	-	-	۵۰۰µl	۱ ml

- پس از ۱۰ دقیقه انکوباسیون در درجه حرارت اتاق در طول موج ۶۲۰ نانومتر خوانده شده و محاسبه شود

## غلظت استاندارد) ODT/ODS X c S

ب: اندازه گیری قند

- بر اساس دستور العمل موجود در کیت میزان ۱۰ لانداز CSF بر داشته وارد ۱ سی سی از محلول قند نمایید.
- نمونه را برای مدت ده دقیقه در بین ماری ۳۷ درجه قرار دهید.
- اسپکتروفوتومتر روی طول موج ۵۴۶ نانومتر تنظیم نمایید.

## ODT/ODS× C

- معمولاً قند CSF در حدود ۷۰ درصد قند سرم می باشد.
- به علت انجام سریع فرآیند گلیکولیز در CSF اندازه گیری قند باید به سرعت انجام شود.

کار با دستگاه فوتومتر Stat fax ۳۳۰۰:

باتوجه به اینکه استانداردها قبلاً در دستگاه تعریف شده است به روش زیر نمونه ها با دستگاه داده می شود :

۱- از پشت دستگاه دکمه power را بزنید .

۲- از منوی اصلی دستگاه گزینه Run Test را انتخاب کنید .

۳- از بین تستهای ذخیره شده تست مورد نظر خود را انتخاب کنید و دکمه inter را زده وارد مرحله بعد شوید .

۴- در این مرحله سوالی مبنی بر اینکه آیا جزئیات تست ذخیره شود یا نه بر روی مونیتور ظاهر شده که با زدن دکمه F۳ جواب NO به دستگاه دهید .

۵- ابتدا بلانک هر تستی و سپس خود نمونه را به دستگاه داده و غلظت نمونه را یادداشت کنید

۶- پس از اتمام کار دستگاه را با آب مقطر شستشو دهید .(با زدن دکمه F۱ به منوی اصلی بروید در این هنگام شستی دستگاه را با دست نگاه داشته تا آب مقطر به طور کامل از نیدل کشیده شده و تمام مسیر را شستشو دهد )

Bil T: (تمام مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک در سرولوژی صورت میگیرد)

۱- نمونه ها در لوله موئینه از بخش ها (توسط رابطین) یا بیماران سرپایی (توسط خونگیری) گرفته و به بخش سرولوژی تحویل داده می شود.

۲- نمونه ها حداقل تا یک سوم لوله موئینه پر شود و تا یک سانتی متر خمیر هماتوکریت داشته باشد.

۳- دکمه Power دستگاه بیلی روبینومتری را روشن کنید.

۴- صبر کنید تا زمان Warm up دستگاه تمام شده و دستگاه صفر شود.

۵- اجازه دهید نمونه به طور ایستاده (قسمت خمیر لوله به سمت پایین باشد) ۱۰-۵ دقیقه بماند

۶- لوله را در سانتریفوژ مخصوص میکرو هماتوکریت قرار داده و ۳-۵ دقیقه با دور ۱۰۰۰ RPM سانتریفوژ کنید.

۷- لوله را در دستگاه بیلیروبینومتری (قسمت سرم نمونه در مقابل فتومتر قرار گیرد) قرار دهید و عدد ظاهر شده بر روی مانیتور را ثبت کنید.

۸- مقادیر بحرانی بلافاصله اطلاع داده شود ( $BIL > 15$ )

بخش هورمون شناسی:

**روش انجام کار با کیت پیش تاز (B.HCG)**

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱- ابتدا ۵۰ لانداسرم و کنترل به چاهکها بریزید.

۲- ۵ دقیقه در دمای اتاق انکوبه کنید.

۳- ۵ بار با محلول شستشو که قبلا با رقت ۱/۲۰ تهیه کرده اید شستشو دهید. (۱ سی سی محلول شستشو بعلاوه ۲۰ سی سی آب مقطر.)

۴- بعد از شستشو ۵۰ لانداسرم محلول کونژوکه به چاهکها ریخته ۵ دقیقه در دمای اتاق انکوبه کنید.

۵- بعد از این مدت ۵ بار شستشو دهید.

۶- بعد از شستشو ۱۰۰ لانداسرم محلول رنگزا به چاهکها ریخته ۵ دقیقه در تاریکی و دمای اتاق انکوبه کنید.

۷- در مرحله آخر ۱۰۰ لانداسرم محلول استاپ اضافه کرده توسط دستگاه الیزا لیدر بخوانید.



## اندازه گیری TSH

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود  
در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱- کیت مربوط به آزمایش را یک ساعت قبل از یخچال خارج کرده تا به دمای آزمایشگاه برسد(۲۷-۲۰)

۲- ۵۰ لاندا از نمونه ، استاندارد ، و یا کنترل را داخل چاهک ها بریزید.

۳- ۱۰۰ لاندا از محلول کونژوکه به همه چاهک ها اضافه کنید.

۴- پلیت را به مدت ۲۰ الی ۳۰ ثانیه روی سطح میز به آرامی شیک کرده سطح چاهکها را با چسب پلیت ببوشانید.

۵- پلیت را به مدت یک ساعت در دمای اتاق انکوبه کنید.

۶- بعد محتویات داخل پلیت را تخلیه کرده ۳۵۰ لاندا از محلول شستشوی رقیق شده را به همه چاهکها اضافه نموده عمل فوق را ۳ بار انجام دهید.

۷- ۱۰۰ لاندا از محلول سوبسترای آماده شده A و B را به چاهکها اضافه کنید.(جهت آماده کردن سوبسترا به نسبتهای مساوی از

هر دو محلول استفاده میکنیم مثلا جهت ۱۶ چاهک یک سی سی از محلول A و یک سی سی از محلول B را با هم مخلوط می

کنیم البته ۱۵ دقیقه قبل آماده کرده و در تاریکی قرار دهید).

۸- پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و در تاریکی قرار دهید.

۹- ۵۰ لاندا از محلول ایستاپ به چاهکها اضافه کرده توسط دستگاه بخوانید.

## (Anti Nuclear Antibody ANA)

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱- ۱۰۰ لاندا از کالیبراتور ، کنترل و سرم رقیق شده ره به هر چاهک انتقال می دهیم و به مدت ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم

۲- محتویات چاهک را به بیرون انتقال داده و سه مرتبه با محلول شستشوی قبلا"آماده شده به صورت دستی و هر بار با مقدار ۴۵۰ لاندا شستشو می دهیم و در بین هر مرحله ۳۰-۱۵ ثانیه زمان خیس خوردن را در نظر می گیریم .

۳- در پایان مرحله سوم با کوبیدن چاهک ها به صورت وارونه به روی میز و دستمال کاغذی از خالی شدن چاهک ها اطمینان حاصل می کنیم .

۴-۱۰۰ لاندا از محلول آنزیم کونژوگه که به صورت آماده در داخل کیت می باشد به هر چاهک اضافه می کنیم و ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم پس از اتمام مدت زمان انکوبه، همانند روش بالا شستشو می دهیم .

۵- لاندا از محلول کروموژن -سوبسترا در این مرحله به هر چاهک اضافه می کنیم و ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محفظه تاریک انکوبه می نماییم

۶- لاندا از محلول Stop موجود در کیت را به چاهکها اضافه کرده تا واکنش پایان یابد و در نهایت OD هر چاهک را توسط دستگاه الیزا اندازه می گیریم .  
محاسبات :

- دستگاه را روشن نموده تا کلمه Ready بر روی صفحه نمایش ظاهر شود .
- با زدن دکمه Absorbance گزینه جذب نوری را انتخاب می کنیم
- در این فاصله دستگاه طول موج مورد نظر را می خواهد که با استفاده از دکمه شماره ۲ که طول موج ۴۵۰ نانومتر را انتخاب می کند ، اقدام به انتخاب طول موج اصلی می کنیم و در مرحله بعد با زدن دکمه شماره ۴ اقدام به انتخاب طول موج ۶۳۰ نانومتر می نمائیم که طول موج فرعی یا فرانس برای اندازه گیری ANA بر اساس اطلاعات موجود در کیت می باشد.
- استریپ های هشت تایی را در محل خود بر روی دستگاه قرار می دهیم و با زدن دکمه شماره ۹ اقدام به انتخاب تعداد چاهک ها می نماییم . اگر یک استریپ کامل باشد عدد شماره ۸ و اگر کمتر باشد به تعداد چاهک ها انتخاب می کنیم و در آخر دوبار علامت را می زنیم (
- خروجی دستگاه (OD) برای هر چاهک می باشد که شماره یک آن را قبلا کنترل مثبت و شماره دو را کنترل منفی و شماره سه را کالیبراتور ریخته بودیم ، در نظر گرفته و نمونه ها را در چاهکهای بعدی ریخته بودیم ، OD آنها را یادداشت می کنیم .  
گزارش نتایج به صورت نیمه کیفی می باشد . به این ترتیب که (جذب کنترل یا نمونه بیمار / Cut - off )

یعنی عدد OD حاصل از دستگاه برای هر مریض و کنترل مثبت و منفی را بر عدد OD کالیبراتور یا Cut - off

تقسیم می گردد. اگر این نسبت کمتر از یک باشد منفی و بیشتر از یک باشد مثبت در نظر گرفته می شود .

### روش اندازه گیری DsDNA

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱- ۱۰۰ لاندا از کالیبراتور ، کنترل و سرم رقیق شده ره به هر چاهک انتقال می دهیم و به مدت ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم

۲- پس از پایان انکوبه محتویات چاهک را به بیرون انتقال داده و سه مرتبه با محلول شستشوی قبلا آماده شده به صورت دستی و هر بار با مقدار ۴۵۰ لاندا شستشو می دهیم و در بین هر مرحله ۳۰-۱۵ ثانیه زمان خیس خوردن را در نظر می گیریم .

۳- در پایان مرحله سوم با کوبیدن چاهک ها به صورت وارونه به روی میز و دستمال کاغذی از خالی شدن چاهک ها اطمینان حاصل می کنیم .

۴- ۱۰۰ لاندا از محلول آنزیم کونژوگه که به صورت آماده در داخل کیت می باشد به هر چاهک اضافه می کنیم و ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم و پس از اتمام مدت زمان انکوبه، همانند روش بالا شستشو می دهیم .

۵- ۱۰۰ لاندا از محلول کروموزن -سوبسترا در این مرحله به هر چاهک اضافه می کنیم و ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محفظه تاریک انکوبه می نماییم

۶- ۱۰۰ لاندا از محلول Stop موجود در کیت را به چاهکها اضافه کرده تا واکنش پایان یابد در نهایت OD هر چاهک را توسط دستگاه الیزا اندازه می گیریم .  
محاسبات :

▪ دستگاه را روشن نموده تا کلمه **Ready** بر روی صفحه نمایش ظاهر شود چون اساس این کیت اندازه گیری کمی اتو آنتی بادی علیه **ds DNA** می باشد و کیت حاوی ۶ عدد کالیبراتور (استاندارد) با غلظت های ۰-۳-۱۰-۳۰-۱۰۰-۳۰۰ می باشد لذا گزینه **multi** را از صفحه کلید انتخاب می کنیم تا دستگاه با استفاده از منحنی استاندارد غلظت نمونه های مجهول را مشخص نماید .

▪ بعد از انتخاب **multi** دستگاه سوالی مبنی بر انتخاب نقطه به نقطه یا به صورت اگرسیمون (پیوسته) از ما می کند که ما گزینه **Point to Point** یا نقطه به نقطه را انتخاب می کنیم .

▪ در این فاصله دستگاه طول موج مورد نظر را می خواهد که با استفاده از دکمه شماره ۲ که طول موج ۴۵۰ نانومتر را انتخاب می کند ، اقدام به انتخاب طول موج اصلی می کنیم و در مرحله بعد با زدن دکمه شماره ۴ اقدام به انتخاب طول موج ۳۰ نانومتر می نمائیم .

▪ به سوال دستگاه که بلانک موجود است یا نه جواب **NO** می دهیم و گزینه **NO** را برای سوال **Duplicate** انتخاب می کنیم چون ما **Duplicate** انجام نمی دهیم .

▪ تعداد کالیبراتور را که عدد ۶ می باشد وارد می کنیم . واحد را انتخاب نمی کنیم چون جواب دستگاه مستقیم به مریض و بخش ارسال نمی شود .

▪ در مرحله بعدی مقادیر کالیبراتورها را وارد می کنیم و بعد از هر کالیبراتور ها را وارد می کنیم و بعد از هر کالیبراتور ←  
را می زنیم . اگر بخواهیم غلظت های بیشتر از آخرین استاندارد که عدد ۳۰۰ می باشد ، را دستگاه گزارش نماید گزینه **Yes off** **carve** را انتخاب می کنیم .

▪ استریپ های هشت تایی را در محل خود بر روی دستگاه قرار می دهیم و با زدن دکمه شماره ۹ اقدام به انتخاب تعداد چاهک ها می نماییم . اگر یک استریپ کامل باشد عدد شماره ۸ و اگر کمتر باشد به تعداد چاهک ها انتخاب می کنیم و در آخر دوبار علامت را می زنیم )

▪ خروجی دستگاه (**OD**) برای کالیبراتورها خوانده شده و دستگاه در حافظه خود اقدام به رسم منحنی استاندارد بر اساس مقادیر استانداردها که ما از روی بروشور کیت وارد نموده ایم می کند و اگر بخواهیم از این منحنی پرینت بگیریم نهایتاً "دستگاه از ما می پرسد که آیا منحنی ذخیره شود یا نه ؟ که ما گزینه **yes** را انتخاب می کنیم .

▪ در مرحله بعد استریپ های هشت تایی را با انتخاب دکمه های ۸ و ۹ و دوبار زدن وارد دستگاه می کنیم تا **OD** نمونه ها خوانده شود و بر روی منحنی استاندارد برده شده و غلظت آنها مشخص گردد ←

روش اندازه گیری ویتامین **D<sub>3</sub>** : کیت یوروایمیون .

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

این کیت حاوی ۶ عدد کالیبراتور به غلظت (۰-۴-۱۰-۲۵-۶۰-۱۲۰ میلی گرم) و دو عدد کنترل منفی و مثبت می باشد .  
۱- ۲۰۰ لاندا از کالیبراتور ، کنترل و سرم رقیق شده ره به هر چاهک انتقال می دهیم وبه مدت ۱۲۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم

۲- پس از پایان انکوبه محتویات چاهک را به بیرون انتقال داده و سه مرتبه با محلول شستشوی قبلا"آماده شده به صورت دستی و هر بار با مقدار ۴۵۰ لاندا شستشو می دهیم و در بین هر مرحله ۳۰-۱۵ ثانیه زمان خیس خوردن را در نظر می گیریم .

۳- در پایان مرحله سوم با کوبیدن چاهک ها به صورت وارونه به روی میز و دستمال کاغذی از خالی شدن چاهک ها اطمینان حاصل می کنیم .

۴- ۱۰۰ لاندا از محلول آنزیم کونژوگه که به صورت آماده در داخل کیت می باشد به هر چاهک اضافه می کنیم و ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد انکوبه می کنیم و پس از اتمام مدت زمان انکوبه ، همانند روش بالا شستشو می دهیم .

۵- ۱۰۰ لاندا از محلول کروموژن -سوبسترا در این مرحله به هر چاهک اضافه می کنیم و ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محفظه تاریک انکوبه می نماییم

۶- ۱۰۰ لاندا از محلول Stop موجود در کیت را به چاهکها اضافه کرده تا واکنش پایان یابد در نهایت OD هر چاهک را توسط دستگاه الیزا اندازه می گیریم .  
محاسبات :

▪ دستگاه را روشن نموده تا کلمه **Ready** بر روی صفحه نمایش ظاهر شود و گزینه **multi** را از صفحه کلید (۱/۴) انتخاب می کنیم تا دستگاه با استفاده از منحنی استاندارد غلظت نمونه های مجهول را مشخص نماید .

▪ بعد از انتخاب **multi** دستگاه سوالی مبنی بر انتخاب نقطه به نقطه یا به صورت اگرسیمون (پیوسته) از ما می کند که ما گزینه **Point to Point** یا نقطه به نقطه را انتخاب می کنیم .

▪ در این فاصله دستگاه طول موج مورد نظر را می خواهد که با استفاده از دکمه شماره ۲ که طول موج ۴۵۰ نانومتر را انتخاب می کند ، اقدام به انتخاب طول موج اصلی می کنیم و در مرحله بعد با زدن دکمه شماره ۴ اقدام به انتخاب طول موج ۶۳۰ نانومتر می نمائیم . و نیز چون از بلانک استفاده نمی شود کلمه **NO** می زنیم .

▪ به سوال دستگاه که بلانک موجود است یا نه جواب **NO** می دهیم و گزینه **NO** را برای سوال **Duplicate** انتخاب می کنیم چون ما **Duplicate** انجام نمی دهیم .

▪ تعداد کالیبراتور را که عدد ۶ می باشد وارد می کنیم به این صورت که دکمه اینتر را فشار داده که نوشته **# Of cal** که عدد ۶ را وارد می کنیم و واحد را انتخاب نمی کنیم چون جواب دستگاه مستقیم به مریض و بخش ارسال نمی شود

در مرحله بعدی مقادیر کالیبراتورها را وارد می کنیم و بعد از هر کالیبراتور ها را وارد می کنیم و بعد از هر کالیبراتور

را می زنیم (۰-۱۰-۴-۲۵-۶۰-۱۲۰) . اگر بخواهیم غلظت های بیشتر از آخرین استاندارد که عدد ۳۰۰ می باشد ، را دستگاه گزارش نماید گزینه **Yes off carve** را انتخاب می کنیم .

▪ استریپ های هشت تایی را در محل خود بر روی دستگاه قرار می دهیم

▪ در مرحله بعد استریپ های هشت تایی را با انتخاب دکمه های ۹ و ۸ و دوبار زدن ← وارد دستگاه می کنیم تا OD نمونه ها خوانده شود و بر روی منحنی استاندارد برده شده و غلظت آنها مشخص گردد و به صورت اتوماتیک بر روی این منحنی انتقال داده و در نهایت برای هر کنترل و نمونه غلظت را اندازه می گیریم .

#### روش اندازه گیری -T۴- T۳ :

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱- کیت مربوط به آزمایش را یک ساعت قبل از یخچال خارج کرده تا به دمای آزمایشگاه برسد.

۲- ۲ لاندای نمونه ، استاندارد و کنترل را داخل چاهکها بریزید .

۳- ۱۰۰ لاندای محلول کونژوکه به همه چاهکها اضافه کنید.

۴- پلیت را به مدت ۳۰-۲۰ ثانیه به آرامی روی سطح کاری بلرزانید تا مخلوط شود

۵- سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت بپوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۶- پلیت را به مدت ۶۰ دقیقه طبق بروشور در دمای اتاق انکوبه کنید.

۷- محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده ایم (طبق بروشور) ۳ بار شستشو می دهیم.

۸- ۱۰۰ لاندای محلول سوبسترای آماده شده (مخلوط محلولهای A,B) را طبق بروشور به چاهکها اضافه کنید.(دقت

شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید.)

۹- پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۱۰- ۵۰ لاندای مخلول STOP به همه چاهکها اضافه کنید.

۱۱- توسط دستگاه الیزا ریدر که قبلا منحنی مربوطه رسم شده و ذخیره کرده اید بخوانید.

#### روش اندازه گیری FT۴ :

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱) ۵۰ لاندای نمونه ، استاندارد و کنترل را داخل چاهکها بریزید .

۲) ۱۰۰ لاندای محلول کونژوکه به همه چاهکها اضافه کنید.

۳) پلیت را به مدت ۳۰-۲۰ ثانیه به آرامی روی سطح کاری بلرزانید تا مخلوط شود سپس سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت

بپوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۴) پلیت را به مدت ۶۰ دقیقه طبق بروشور در دمای اتاق انکوبه کنید.

۵) محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده اید(طبق بروشور) ۳ بار شستشو دهید.

۶) ۱۰۰ لاندا محلول سوبسترای آماده شده (مخلوط محلولهای A,B) را طبق بروشور به چاهکها اضافه کنید.(دقت شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید).

۷) پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۸) ۵۰ لاندا مخلوط STOP به همه چاهکها اضافه کنید.

۹) توسط دستگاه الیزا ریدر که قبلا منحنی مربوطه رسم شده و ذخیره کرده اید بخوانید.

### روش اندازه گیری HCV:

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱) ۲۰۰ لاندا محلول رقیق کننده و کنترل ها را به همه چاهکها اضافه کنید.

۲) ۱۰ لاندا نمونه ، استاندارد و کنترل را داخل چاهکها بریزید .

۳) پلیت را به مدت ۱۵ ثانیه به آرامی روی سطح کاری بلرزانید تا مخلوط شود سپس سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت بیوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۴) پلیت را به مدت ۶۰ دقیقه طبق بروشور در دمای ۳۷ درجه انکوبه کنید.

۵) محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده اید (طبق بروشور) ۵ بار شستشو دهید.

۶) ۱۰۰ لاندا آنزیم کنژوکه اضافه کنید.

۷) دهانه چاهکها را پوشانده ۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه قرار دهید.

۸) ۵ بار شستشو دهید

۹) ۱۰۰ لاندا محلول رنگزا به چاهکها اضافه کنید.(دقت شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید).

۱۰) پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۱۱) ۱۰۰ لاندا مخلوط STOP به همه چاهکها اضافه کنید.

۱۲) توسط دستگاه الیزا ریدر در طول موجهای ۴۵۰ و ۶۳۰ قرائت کنید.

### روش اندازه گیری HIV:

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱) ۱۰۰ لاندا محلول رقیق کننده را به همه چاهکها اضافه کنید.

۲) ۵۰ لاندا نمونه و کنترل را داخل چاهکها بریزید .

۳) پلیت را به مدت ۱۵ ثانیه به آرامی روی سطح کاری بلرزانید تا مخلوط شود سپس سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت بیوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۴) پلیت را به مدت ۳۰ دقیقه طبق بروشور در دمای ۳۷ درجه انکوبه کنید.

۵) محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده اید (طبق بروشور) ۵ بار شستشو دهید.

۶) ۱۰۰ لاندا آنزیم کنژوکه اضافه کنید.

۷) دهانه چاهکها را پوشانده ۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه قرار دهید.

۸) ۵ بار شستشو دهید

۹) ۱۰۰ لاندا محلول رنگزا به چاهکها اضافه کنید. (دقت شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید).

۱۰) پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۱۱) ۱۰۰ لاندا محلول STOP به همه چاهکها اضافه می کنیم.

۱۲) توسط دستگاه الیزا ریدر در طول موجهای ۴۵۰ و ۶۳۰ قرائت می کنیم.

### روش اندازه گیری HBSAb:

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱) ۲۰۰ لاندا کنترل به چاهک اضافه کنید.

۲) ۲۰۰ لاندا محلول رقیق کننده به چاهکهایی که نمونه میخواستیم بریزیم بریزید.

۳) ۱۰ لاندا نمونه ، را داخل چاهکها بریزید .

۴) پلیت را به مدت ۱۵ ثانیه به آرامی روی سطح کاری بلرزانید تا مخلوط شود سپس سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت بیوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۵) پلیت را به مدت ۶۰ دقیقه طبق بروشور در دمای ۳۷ درجه انکوبه کنید.

۶) محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده اید (طبق بروشور) ۵ بار شستشو دهید.

۷) ۱۰۰ لاندا آنزیم کنژوکه به تمام چاهکها اضافه کنید.

۸) دهانه چاهکها را پوشانده ۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه قرار دهید.

۹) ۵ بار شستشو دهید

۱۰) ۱۰۰ لاندا محلول رنگزا به چاهکها اضافه کنید. (دقت شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید).

۱۱) پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۱۲) ۱۰۰ لاندا محلول STOP به همه چاهکها اضافه کنید.

۱۳) توسط دستگاه الیزا ریدر در طول موجهای ۴۵۰ و ۶۳۰ قرائت می کنیم.

### روش اندازه گیری HBSAg

در حالت کلی روش انجام تست در صورت تغییر کیت طبق بروشور کیت مربوطه و بعد از مطالعه کامل آن شروع شود

۱) ۱۰۰ لاندا استانداردها را به چاهک مربوط به آن اضافه کنید.

۲) ۱۰۰ لاندا نمونه را داخل چاهکها بریزید .

۳) سپس سطح چاهکها را با چسب مخصوص کیت بپوشانید تا محتویات تبخیر نگردد.

۴) پلیت را به مدت ۶۰ دقیقه طبق بروشور در دمای ۳۷ درجه انکوبه کنید.

۵) محتویات داخل چاهکها را با محلول شستشو که قبلا آماده کرده اید (طبق بروشور) ۵ بار شستشو دهید.

۶) ۱۰۰ لاندا آنزیم کنژوکه اضافه کنید.

۷) دهانه چاهکها را پوشانده ۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه قرار دهید.

۵ بار شستشو دهید

۹) ۱۰۰ لاندا محلول رنگزا به چاهکها اضافه کنید. (دقت شود در این مرحله به هیچ عنوان چاهکها را مخلوط نکنید).

۱۰) پلیت را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و محیط تاریک انکوبه کنید.

۱۱) ۱۰۰ لاندا محلول STOP به همه چاهکها اضافه می کنیم.

۱۲) توسط دستگاه الیزا ریدر در طول موجهای ۴۵۰ و ۶۳۰ قرائت می کنیم.

## روش کنترل کیفی در بخش هورمون شناسی

روش کنترل	نام تست
سرم کنترل خارجی	TSH
سرم کنترل خارجی	T <sub>4</sub>
سرم کنترل خارجی	T <sub>3</sub>
سرم کنترل خارجی	FT <sub>4</sub>
سرم کنترل خارجی	AFP
سرم کنترل خارجی و کنترل داخلی کیت	V.D <sub>3</sub>
سرم کنترل خارجی	IgE
کنترل داخلی کیت	HBS Ab
کنترل داخلی کیت	HCV Ab
کنترل داخلی کیت	HBS Ag



	کنترل داخلی کیت	HIV Ab
	کنترل داخلی کیت	ANA
	با توجه به OD خوانده شده و مورد انتظار	Anti DNA

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد ایمنولوژی آزمایشگاه	محمد سجای اسبق		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	کارشناس آزمایشگاه	ابراهیم دشتی		کارشناس آزمایشگاه	وحید پیرزاد
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت  
توصیه های شرکت سازنده کیت ( بروشور کیت ها )  
تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی میباشد (پاتولوژی)

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل: INS-۴۷-۷ تعداد صفحه: ۴
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف:** « برابر قانون ثبت و گزارش اجباری بیماریهای سرطانی مصوب ۱۳۶۳/۷/۱۷ مجلس شورای اسلامی هریک از پزشکان ومؤسسات اعم از درمانی وغیردولتی مکلفند هربافت و نمونه ای که به هرعنوان از بدن انسان زنده نمونه برداری می شود مورد آزمایش قرار دهند .

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

تمام این مراحل توسط کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک صبح در بخش پاتولوژی صورت میگيرد.  
الف) نمونه های بافتی (بیوپسی و اتوپسی):

۱- دریافت نمونه از بخشهای بستری و سرپائی :

نمونه های ارسالی از اتاق عمل با ظرفهای حاوی نگهدارنده مثلا" فرمالین و برچسب مربوط به بیمار به همراه یک برگه درخواست پاتولوژی به بخش پاتولوژی ارسال می گردد پس از تحویل نمونه توسط کادر پاتولوژی و امضاء کردن دفاتر مخصوص ارسال نمونه برگه ها را با نمونه ها تطبیق داده و سپس با HIS تطبیق و تایید می گردد.

- در صورتیکه مشخصات نمونه ای با برگه هماهنگی نداشت یا اشکالاتی در نمونه ها یا برگه ها وجود داشت از تحویل گرفتن نمونه اجتناب خواهد شد و برای اصلاح موارد به بخش ارجاء خواهد گردید.

- در بیماران سرپائی که بیمار نمونه خود را به بخش پاتولوژی تحویل داد پس از تطبیق دادن برگه و مشخصات بیمار،بیمار با دفترچه یا بصورت آزاد توسط کادر پذیرش آزمایشگاه پذیرش می گردد.

۲- شماره زدن به برگه ها و وارد کردن مشخصات بیمار به دفتر پذیرش پاتولوژی

۳- پاس کردن نمونه ها توسط پاتولوژیست (درصورتیکه نمونه استخوانی باشد باید تا زمان نرم شدن نمونه در محلول اسید نیتریک گذاشته شود (۴۵ دقیقه تا چند روز)

۴- گذاشتن نمونه ها در دستگاه تیشوپروسور جهت فیکس شدن نمونه (مدت زمان کارکرد این دستگاه با ۵-۶ ساعت تاخیر ۱۸ ساعت می باشد)

۵- قالب گیری نمونه ها با پارافین ذوب شده

۶- گذاشتن نمونه ها روی یخ جهت سفت شدن و برش مطلوب

۷-برش دادن نمونه ها توسط دستگاه میکروتوم (زمان ۱ دقیقه الی ۳ دقیقه،بستگی به نوع نمونه دارد.

۸-گذاشتن لامها پس از برش در دستگاه فور به مدت ۱ ساعت اغلب نمونه ها تا فردای روز برش در دستگاه می ماند.

۹-رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین

۱۰-چسباندن لامل روی لام (مونته کردن لامها)

۱۱-بعد از خشک شدن لامها برچسبها و شماره های لامها زده می شود و سپس برگه ها با لامها تطبیق و جدا می گردد.

- ۱۲- تحویل پزشک متخصص پاتولوژی می شود.
- ۱۳- در صورتیکه پاتولوژیست رنگ آمیزی مجدد-برش مجدد-رنگ آمیزی اختصاصی درخواست کرد تمامی مراحل فوق از شماره ۶ و در صورتیکه پاس مجدد درخواست گردد از مرحله ۳ دوباره تکرار می گردد.
- ۱۴- تایپ جوابهای پاتولوژی توسط کادر بخش پاتولوژی
- ۱۵- امضاء برگه ها توسط پاتولوژیست
- ۱۶- جداکردن جواب بخشها و در دفتر تحویل جوابها اسامی بخش به بخش نوشته شده و در پوشه های مخصوص گذاشته می شود.
- ۱۷- هنگام تحویل جوابهای پاتولوژی به رابطین بخش امضاء گرفته می شود.
- ۱۸- بایگانی کردن جوابها با دستخط پاتولوژیست، لامها و بلوکها

### ب) نمونه های سیتولوژی:

- ۱- نمونه های ارسالی از بخشها حاوی مایع سیتولوژی با برچسب مربوط به بیمار به همراه یک برگه درخواست سیتولوژی به بخش پاتولوژی ارسال می گردد پس از تحویل نمونه توسط کادر پاتولوژی و امضاء کردن دفاتر مخصوص ارسال نمونه برگه ها را با نمونه ها تطبیق داده و سپس با HIS تطبیق و تایید می گردد.
- در صورتیکه مشخصات نمونه ای با برگه هماهنگی نداشت یا اشکالاتی در نمونه ها یا برگه ها وجود داشت از تحویل گرفتن نمونه اجتناب خواهد شد و برای اصلاح موارد به بخش ارجاء خواهد گردید.
- در بیماران سرپائی که بیمار نمونه خود را به بخش پاتولوژی تحویل داد پس از تطبیق دادن برگه و مشخصات بیمار، بیمار با دفترچه یا بصورت آزاد توسط کادر پذیرش آزمایشگاه پذیرش می گردد.
- ۲- نمونه ها سانتریفیوژ شده و یک قطره در وسط لام گذاشته می شود و به مدت یک روز در مجاورت هوا قرار می گیرد تا نمونه بطور کامل خشک و بر روی لام بماند و سپس در الکل ۹۶٪ (فیکساتور) قرار داده می شود
- ۳- رنگ آمیزی پاپانیکولائو (زمان رنگ آمیزی ۱ ساعت می باشد).
- ۴- چسباندن لامها با لامل (مونتج کردن)
- ۵- بعد از خشک شدن لامها برچسبها و شماره های لامها زده می شود و سپس برگه ها با لامها تطبیق و جدا می گردد.
- ۶- تحویل پزشک متخصص پاتولوژی می شود.
- ۷- در صورتیکه پاتولوژیست رنگ آمیزی مجدد درخواست کرد از مرحله ۳ دوباره تکرار می گردد.
- ۸- تایپ جوابهای پاتولوژی توسط کادر بخش پاتولوژی
- ۹- امضاء برگه ها توسط پاتولوژیست
- ۱۰- جداکردن جواب بخشها و در دفتر تحویل جوابها اسامی بخش به بخش نوشته شده و در پوشه های مخصوص گذاشته می شود.
- ۱۱- هنگام تحویل جوابهای پاتولوژی به رابطین بخش امضاء گرفته می شود.
- ۱۲- بایگانی کردن جوابها با دستخط پاتولوژیست و لامها

### ج) نمونه های اورژانسی:

- ۱- نمونه های اورژانسی با هماهنگی قبلی و آماده کردن دستگاه فروزن سکشن تا به دمای ۴۲- درجه سانتی گراد برسد و حضور به موقع پاتولوژیست آغاز می گردد. در صورت نیاز باهماهنگی تلفنی توسط کارشناس پاتولوژی، پاتولوژیست در اسرع وقت حضور می یابد.
- ۲- پس از تحویل نمونه و امضاء دفتر تحویل نمونه، نمونه ها که بدون فیکساتور فرستاده می شوند روی پایه دستگاه فروزن سکشن با ژل مخصوص قرار گرفته و داخل دستگاه می گذاریم.

- ۳- پس از منجمد شدن کامل نمونه برش انجام می شود
- ۴- رنگ آمیزی هماتوکسیلین - اتوزین با متد سریع تر در عرض ۳ دقیقه
- ۵- چسباندن لام و لامل با گلیسرین
- ۶- تحویل به پاتولوژیست
- ۷- جوابدهی بصورت تلفنی به اتاق عمل
- ۸- انتقال نمونه به محلول فیکساتیو
- ۹- انجام کلیه مراحل نمونه های بیوپسی

### جوابدهی : برای بیماران بستری:

- ۱- کلیه جوابهای بیماران بصورت کتبی بیمار به بخش مربوطه ارسال می گردد، بخش موظف است جوابها را به اطلاع پزشک مربوطه برساند و پزشک موظف است پس از رویت جواب آنها امضا کرده و در صورت نیاز دستور پیگیری صادر کند و سپس توسط منشی بخش در پرونده بیمار قرار داده شود، در صورتی که بیمار مرخص شده باشد باید جواب توسط منشی بخش تحویل ترخیص ، مدارک پزشکی و...شود.
- ۲- جواب پاتولوژی بیماران بدخیم (cirtical value) با ثبت تشخیص - تاریخ - ساعت - نام فرد مخاطب در دفتری یادداشت و به بخش مربوطه اطلاع داده می شود، فرد مخاطب ،پرستار بخش موظف است در اسرع وقت پزشک را در جریان امر قرار دهد. در صورتی که این امکان فراهم گردد تا شماره تماس بیمار در برنامه HIS ثبت گردد می توان به بیماران مرخص شده نیز از طریق آزمایشگاه و بطور مستقیم به بیمار اطلاع داده شود.
- ۳- جهت اطلاع دادن به بیماران بدخیم یا ارسال نمونه جهت مشاوره یا رنگ آمیزیهای ایمونوهیستوشیمی پیشنهاد می شود شماره تلفن بیماران بستری که ترخیص شده اند در برنامه پاتولوژی قابل رویت شود تا دسترسی به بیمار وجود داشته باشد در غیر اینصورت باید از طریق مدارک پزشکی شماره تلفن بیمار در اختیار آزمایشگاه قرار گیرد.

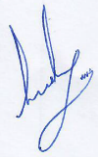
### برای بیماران سرپایی:

- ۱- برای کلیه نمونه های بیماران سرپایی یک هفته تا ۱۰ روز زمان می دهیم ، به بیمار توصیه می شود قبل از مراجعه هماهنگی تلفنی انجام دهد ، در صورتی که جواب بیمار آماده نبود زمان دقیق توسط پاتولوژیست به بیمار اطلاع داده می شود، شماره تلفن بیمارستان و داخلی آزمایشگاه بر روی برگه های پذیرش بیمار ثبت شده است.
- ۲- گاهی نیاز است پاتولوژیست با پزشکان خارج از مرکز مشاوره ای در مورد نمونه یک بیمار یا ارسال نمونه جهت رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی انجام دهد. که بدلیل در دسترس بودن شماره تلفن بیماران سرپایی با بیمار تماس و بیمار را مطلع می سازیم.

### محدوده بحرانی در پاتولوژی:

- ۱- مایعات CSF یا سایر مایعات بامشاهده بدخیمی ( وجود حتی یک بلاست در سیتولوژی )
  - ۲- سیتولوژی مایع CSF بیش از ۱۵ عدد WBC در آنالیز آن
  - ۳- هر نوع بدخیمی در نمونه های بافتی
- تمام نتایج بحرانی طبق خط مشی، گزارش موارد بحرانی به بیماران اطلاع داده می شود .
- نتایج معوقه بخش میکروب شناسی و هورمون نیز به بخش مربوطه تحویل و اگر بیمار ترخیص شده باشد در پرونده وی در ج می شود

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	سولماز مددی		مسئول فنی بخش پاتولوژی	دکتر باب اله قاسمی
				مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

**منابع مورد استفاده :** استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت- توصیه های شرکت سازنده کیت ( بروشور کیت ها )- تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : INS-۴۸-۱ تعداد صفحه: ۴
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف :** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه :** بخش بیوشیمی - کلیه پرسنل آزمایشگاه

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :

کنترل کیفی آزمایشات بیوشیمی در شیفت صبحکاری مرکز

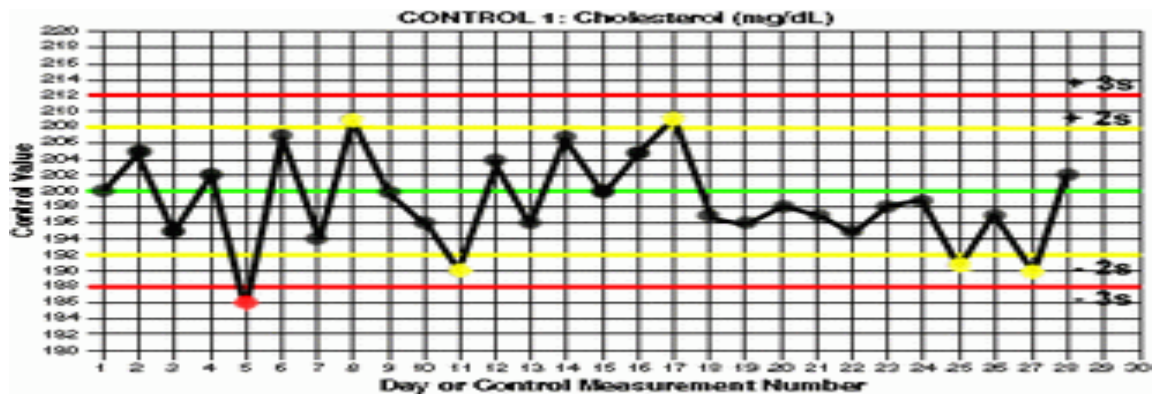
۱- اجرای عمل بلانک کووت از دستگاه (در صورتی که SD کووت بیشتر از ۰,۰۲ باشد باید کووت تعویض گردد). در اول شیفت کاری .

۲- اجرای عمل بلانک محلولها

۳- آماده سازی سرم کنترل : چون کنترلها بصورت لیوفیلیزه می باشد پس برای رفع خطای به حجم رساندن باید از وسایل حجمی مناسب و طبق بروشو شرکت سازنده عمل کرد. لازم به ذکر است برروی ویال کنترل مقدار آب مقطر مورد نیاز (مثلا ۵ میلی لیتر) درج شده است. و نیز طبق بروشور مدت زمان ۳۰ دقیقه بعد از اضافه نمودن آب مقطر به ویال سرم کنترل جهت استفاده آماده می باشد ضمنا از تکان دادن شدید که موجب ایجاد کف شود جلوگیری شود فقط سرو ته کردن کافی می باشد . بعد از آماده سازی سرم کنترل های لیوفریزه آنها را در حجمهای ۵/۰ سی سی تقسیم و در فریزر قرار میدهیم و روزانه یکعدد یا بر حسب تعداد نمونه در صورت لزوم ۲ عدد ( یکی برای وسط یا آخر راند کاری ) استفاده کنید .

۴- سرم کنترل با مقادیر مشخص به دستگاه می دهیم و جوابهایش را طبق قوانین وستگارد بررسی می نماییم . (از برنامه پذیرش کنترل را انتخاب ، سپس نوع کنترل را بر حسب نام کنترل نرمال وغیره ، و شماره کنترل ( lot no ) انتخاب ، بعد تستها را انتخاب می نماییم .) . بر اساس قوانین وستگارد باید به تستهای مورد انجام جواب قابل قبول داده شود تا امکان انجام تست ها وجود داشته باشد . اگر تستی جواب غیر قابل قبول داد بسته به نوع خطای ایجاد شده (خطای سیستماتیک و راندوم ) برای رفع ایراد اقدام میشود. در صورتیکه ایراد مورد نظر رفع شود و دستگاه به کنترل بعدی (بعد از رفع ایراد ) جواب بدهد تست های مربوط به آن آزمایش انجام شده و جوابدهی میشود در صورتیکه بعد از رفع عیب باز هم به کنترل مربوطه جواب قابل قبول ارائه نشود آن آزمایش در آنروز کنسل شده و به هیچیک از بیماران که آن آزمایش را دارند جوابدهی نمیشود . در صورتیکه در وسط راندکاری سرم کنترل به دستگاه داده شود و جوابها براساس قوانین وستگارد صحیح نباشد بازهم نمیتوانیم به تستی که جواب قابل قبول داده نشده است جوابدهی انجام دهیم و باید بعد از اصلاح ایراد دوباره تستها تکرار و در صورت صحیح بودن جواب کنترل ، تست های بیماران انجام و جوابدهی شود .

تفسیر قوانین وستگارد در منحنی لویجینگ :



•قانون وستگارد ۱:۲S

یک کنترل خارج از محدوده  $\pm 2SD$  می باشد. به معنی هشدار بوده لزوم بررسی سایر قوانین مانند  $2:2S$  مطرح می گردد.

• قانون وستگارد ۱:۳S

یک کنترل خارج از محدوده  $\pm 3SD$  می باشد و باعث رد نتایج شده و می تواند نشان دهنده یک خطای راندوم یا شروع یک خطای سیستماتیک باشد.

جهت بررسی اینکه آیا خطا راندوم بوده یا شروع یک خطای سیستماتیک است نمونه کنترل را مجدداً تکرار کرده اگر در محدوده مجاز قرار گرفت خطا راندوم بوده در غیر اینصورت شروع یک خطای سیستماتیک مطرح می گردد.

•قانون وستگارد ۲:۲S

دو کنترل متوالی، هم جهت و خارج از محدوده  $\pm 2SD$  می باشند که باعث رد نتایج و حساس به خطای سیستماتیک می باشد.

از عوامل ایجاد خطای سیستماتیک می توان به خراب شدن محلول و یا عدم کالیبراسیون تجهیز اشاره کرد.

•قانون وستگارد R:۴S

یک کنترل خارج از محدوده  $-2S$  و کنترل دیگر خارج از محدوده  $+2S$  بصورت متوالی قرار دارد که بیانگر خطای راندوم و باعث رد نتایج می گردد.

•قانون وستگارد ۴:۱S

چهار کنترل متوالی خارج از محدوده  $+1SD$  یا  $-1SD$  قرار دارد و به خطای سیستماتیک حساس است، باعث رد نتایج می گردد البته با داشتن این ۲ شرط:

۱- چهار کنترل همسو باشند.

۲- حداقل یکی از ۴ کنترل خارج از محدوده  $\pm 2SD$  باشد.

•قانون وستگارد ۱۰X

۱۰ کنترل متوالی در یک سمت میانگین (بالا یا پایین میانگین و بدون توجه به اندازه انحراف معیار) و شرط دیگر اینکه حداقل یکی از ۱۰ کنترل خارج از محدوده  $\pm 2SD$  باشد که باعث رد نتایج می گردد.

انواع خطا در آنالیزهای بیوشیمی

خطای سیستمیک :

خطای سیستماتیک به یکی از دلایل زیر به وجود می آید :

- ۱- اشکال در کالیبراسیون مانند اشتباه وارد کردن مقادیر کالیبراتور، تهیه نامناسب کالیبراتور، آلودگی، افت غلظت، تغلیظ، تغییر شماره ساخت و نظیر آن
- ۲- تعویض و تغییر معرف بدون انجام کالیبراسیون جدید
- ۳- خراب شدن معرف
- ۴- عدم رعایت دستورالعمل سازنده برای تهیه معرف
- ۵- تغییر در دمای انکوباسیون
- ۶- اشکال ثابت در سیستم های مکانیکی، الکترونیکی، هیدرولیکی، سیستم نمونه بردار یا نوری دستگاه

خطای راندوم :

خطای راندوم یا تصادفی به یکی از دلایل زیر به وجود می آید

- ۱- دمای ناپایدار
  - ۲- نوسانات جریان الکتریکی دستگاه
  - ۳- وجود حباب هوا در زمان انتقال نمونه یا معرف
  - ۴- عدم رعایت حجم برداشتی از نمونه یا معرف
  - ۵- ناپایداری معرف
  - ۶- عدم رعایت شرایط نگه داری نمونه
  - ۷- آلودگی ظروف مورد استفاده، نوک سمپلرها و نظیر آن
  - ۸- آلودگی نمونه، کنترل یا معرف
  - ۹- اشکال لحظه ای در سیستم های مکانیکی، الکترونیکی، هیدرولیکی یا نوری دستگاه
- کنترل دقت: یک نمونه سرم سه بار به دستگاه جهت انجام یک تست (مثلا اوره) تعریف می کنیم و بعد نتایج را از نظر دقت بررسی می کنیم باید همه نتایج براساس ضریب انحراف (CV) کیت مورد استفاده باشد تا دقت دستگاه مورد تایید قرار گیرد.
- کنترل صحت :
- جوابهای دستگاه به داده های مورد انتظار نزدیک باشد. برای این منظور استفاده از سرم کنترل و رسم منحنی لویجینینگ مربوط به هر کنترل .

محدوده اندازه گیری ( کارایی کیت ) :

کیت های مورد استفاده در بیوشیمی در محدوده اندازه گیری مشخصی طراحی شده اند در صورتی که در محدوده نباشد باید نمونه بیمار را با سرم فیزیولوژی به نسبت هایی که در کیت مورد استفاده اشاره شده رقیق کرد. مثلا در تست گلوکز محدوده اندازه گیری ۵ تا ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر می باشد در مواردی که مقدار گلوکز بیش از ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد باید نمونه به نسبت ۱ به ۴ با سرم فیز یولوژی رقیق و جواب رادر عدد ۵ ضرب کرد.

آب مقطر و کنترل کیفی آب مقطر

کیفیت نا مرغوب آب اثر نا مطلوبی بر نتایج آزمایش ها دارد؛ از این رو تضمین کیفیت آب مصرفی در آزمایشگاه لازم و ضروری است . آب خالص به دو روش تهیه می گردد:

۱- تقطیر

در این روش آب را می جوشانند و بخار آن را سرد می کنند. در این روش آهن، منیزیم، کلسیم و همچنین ارگانسیم ها برداشته می شوند اما



ناخالصی های فرار مانند دی اکسید کربن، کلر و آمونیاک جدا نمی شوند.

۲- دیونیزه کردن آب

در این روش آب از بین ستون های رزینی که حاوی ذرات باردار منفی و مثبت است عبور داده می شود. این ذرات با یونهای موجود در آب ترکیب شده و آب نهایی دیونیزه خواهد بود. مواد آلی و سایر موادی که قادر به یونیزه شدن نیستند برداشته نمی شوند. برای تهیه به این روش باید از فیلتر غشایی و شارکول فعال استفاده کنیم.

کنترل کیفی آب آزمایشگاه

۱- تعیین هدایت یا مقاومت الکتریکی آب :

با استفاده از کنداکتو متر (هدایت سنج) میزان هدایت یا مقاومت الکتریکی آب انجام میگیرد. میزان قابل قبول کمتر از ۵ میکروزیمنس است .

آب : PH ۲- اندازه گیری

که میزان قابل قبول آن ۵ تا ۸ می باشد .

۳- بررسی کشت میکروبی :

آب مقطر مورد استفاده در دستگاه بیوشیمی اب دیونیزه می باشد که ماهانه توسط مسئول بهداشت محیط مرکز کنترل کیفی شده و گواهی کیفیت دریا فت می شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
اکبر صمدی	مسئول آزمایشگاه		وحید پیرزاد	کارشناس آزمایشگاه	
ابراهیم دشتی	کارشناس آزمایشگاه		دکتر سینا رئیس	مسئول فنی بخش بیوشیمی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده					
سمت : رئیس آزمایشگاه		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی					
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :			
		امضاء :			

**منابع مورد استفاده :** دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه بیوشیمی آزمایشگاه مرجع سلامت- توصیه شرکت های سازنده کیت های مصرفی- Sop تجهیزات بیوشیمی- تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش هماتولوژی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: ۲-۴۸-INS تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف:** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف:** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه:** بخش هماتولوژی - کلیه پرسنل آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

الف - کنترل کیفی دستگاه سل کانتر KX۲۱-

۱ - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک صبح کار کنترل روزانه دستگاه با خون کنترل سنتتیک R and D انجام میدهد . دستگاه قابلیت نصب منحنی را دارد و تمام نتایج بر روی منحنی ثبت می شود (تاریخ انقضای خون کنترل دو هفته می باشد)

۲- اولین نمونه به عنوان نمونه کنترل محسوب شده در آخر شیفت نیز بعد از اتمام کار مجددا" به دستگاه داده می شود. نتایج هر دو تست مقایسه می شود.

۳-نمونه کنترل در شرایط استاندارد(دمای یخچال) نگهداری شده روز بعد در ابتدای شیفت کاری (قبل از شروع تستهای بیماران) به دستگاه داده می شود. نتایج سه تست مقایسه شده از لحاظ همخوانی بررسی می شود.

۴-در اواسط شیفت کاری جهت اطمینان از تکرار پذیری دستگاه یک نمونه دو بار پشت سر هم به دستگاه داده می شود. هم خوانی نتایج تکرار پذیری دستگاه را تأیید می کند.

۵-حداقل سالیانه یکباریک نمونه کنترل کیفی از طرف آزمایشگاه تهیه می گردد نتایج حاصله با نتایج سایر مراکز مقایسه گردیده در صورت عدم تطابق اقدامات لازم اعمال می شود.

۶- مقایسه نتایج آزمایشات دو سل کانتر موجود در آزمایشگاه با یکدیگر

۷- نتایج غیر قابل انتظار بیماران با سوابق قبلی بیمار (در صورت موجود بودن) مقایسه می گردد و در صورت عدم همخوانی اقدامات لازم صورت گرفته (تماس با پرستار مربوطه و آگاهی از چگونگی درمان وی) و مستندات ثبت می گردد.

#### کنترل کیفی دستگاه سل کانتر - Sysmex XS ۸۰۰i

۱- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه کشیک صبح کار کنترل دستگاه روزانه توسط خون Rand D انجام میدهد. دستگاه قابلیت نصب منحنی را دارد و تمام نتایج بر روی منحنی ثبت می شود (تاریخ انقضای خون کنترل دو هفته می باشد)

- در قسمت F۲ گزینه QC را انتخاب کرده روی کنترل پارامتر مورد نظر کلیک کرده گزینه OK را بزنید
- خون کنترل را مانند نمونه به دستگاه دهید منتظر شوید نتایج روی صفحه L.Y.XS۸۰۰i نمایان شود
- در صورت قابل قبول بودن نتایج گزینه Accept را انتخاب کنید. نتایج به صورت خودکار روی صفحه ثبت می شود.
- برای بررسی منحنی از کلید F۵ استفاده کنید در این قسمت مجدداً روی کنترل پارامتر مورد نظر دابل کلیک کرده و از این قسمت منحنی را ببینید.

۲- در هر شیفت کاری ۵ نمونه به صورت دوبلیکیت به دستگاه داده می شود.

۳- دلتا جک در مورد بیمارانی که سابقه قبلی دارند انجام گیرد. (دستگاه قابلیت محاسبه برای ۷ مورد اخیر را دارد)

ب- اقدامات جهت کالیبر دستگاههای هماتولوژی:

• دستگاه Sysmex XS ۸۰۰i را نمی توان کالیبر کرد. فقط لز طریق سل کنترل تجاری می توان از صحت عملکرد دستگاه و صحت نتایج مطمئن گردید. در صورت اختلال در نتایج بایستی شرکت پشتیبان را مطلع نمود.

• در مورد دستگاه Sysmex KX۲۱N می توان پارامتر Hb-Hct را به صورت دستی کالیبر نمود.

از صفحه Select (گزینه ۳) Calibration را انتخاب کرده در صفحه Calibration (گزینه ۲) Manual را انتخاب می کنیم. در صفحه باز شده در مقابل Hb و Hct عدد ۱۰۰ درج شده. در هنگام کالیبراسیون را می توان با توجه به جواب آزمایشات تأیید شده، تغییر دهیم.

- به معمول سالانه بازدید و بررسی دستگاهها توسط شرکت مربوطه صورت می گیرد.
- در هر شیفت کاری اگر دستگاه در مورد پارامتری Error داده و یا کانت پلاکت کمتر از ۱۷۰ هزار و نیز WBC بالای ۱۵ هزار و MIX > ۱۵٪ و خارج بودن سایر پارامترها از محدوده نرمال حتماً "PBS کشیده و بررسی می گردد.
- در صورت نیاز بیشتر فروتی خون محیطی توسط پزشکان بخش خون نیز بررسی می شود.

ج- کنترل کیفی Retic count :

۱- رعایت نسبت خون و رنگ

۲- بررسی میزان انکوباسیون

۳- تمیز بودن لوله

۴- در هر شیفت کاری یک نمونه با مشخصات دیگر به شیفت بعدی جهت شمارش رتیک تحویل داده شده و روز بعد جوابها توسط مسئول مربوطه بررسی می گردد.

د- کنترل کیفی ESR:

▪ در هر راند کاری یک نمونه در دو فاصله زمانی تکرار می شود

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول فنی بخش هماتولوژی	دکتر مجید فرش دوستی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	کارشناس آزمایشگاه	راحله وفائی خواه		کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه هماتولوژی آزمایشگاه مرجع سلامت  
 توصیه شرکت های سازنده کیت های مصرفی -Sop تجهیزات هماتولوژی- تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: INS-۴۸-۳ تعداد صفحه: ۱۰
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف:** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف:** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه:** بخش میکروب شناسی – کلیه پرسنل آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

۱. هر روز محیط های کشت داخل یخچال را از لحاظ تاریخ انقضاء ، تغییر رنگ محیط ، حجم ویال ها و پلیت ها، عدم وجود قارچ و یا آلودگیهای دیگر بررسی کنید
- a. ۲-دمای یخچال را بررسی کرده ثبت کنید.
- b. ۳-دیسک ها را از لحاظ تاریخ انقضاء و عدم تغییر رنگ بررسی کنید
- ۴- این دیسکها را تا زمان مصرف باید در دمای ۸ درجه یا پایین تر یخچال و یا در دمای منهای ۱۴ درجه یا پایین تر فریزر نگهداری کنید.
- ۵- هنگامی که دیسکهای آنتی بیوگرام را باز می کنید باید سریعا بسته شده و در جای فاقد رطوبت نگهداری کنید.
- ۶- از دیسکهایی باید استفاده کنید که دارای تاریخ مصرف باشند.
- ۷- دمای انکوباتور ها را بررسی کنید اگر مشکل داشت به مسئول فنی اطلاع دهید
- ۸- از سوش های استاندارد تجاری برای کنترل محیط کشت ها و آنتی بیوتیک ها میتوانید استفاده کنید
۲. ۹- PH محیط های کشت را قبل از اتوکلاو حتما" اندازه گیری کنید
- ۹- در هنگام تهیه محیط کشت حتما" از آب مقطر استاندارد استفاده کنید تا از نبود یون مس اطمینان داشته باشید
- ۱۰- برای کنترل کیفی اتو کلاو از ویال های استاندارد اسپور استراترموفیلوس و آتروفیلوس استفاده کنید
- ۱۱- به هنگام کار با اتوکلاو یک ویال داخل اتوکلاو قرار دهید بعد از خاموش کردن اتوکلاو آن را بردارید و بشکنید و در ۳۷ درجه و ۵۴ درجه قرار دهید . بعد از دو الی سه روز عدم تغییر رنگ نشان دهنده استریل بودن اتوکلاو میباشد

**خطاها، مشکلات و علل ممکن در استریلیزاسیون محیط های کشت**  
رنگ یا تیرگی غیر طبیعی محیط کشت (Abnormal color/darkening)  
ا آب ناخالص

ا ظروف شیشه ای کثیف  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا حرارت زیاد یا نادرست در طی استریلیزاسیون  
ا pH اشتباه یا تغییر و انحراف pH  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا ذخیره سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C°

### لخته یا منعقد شدن محیط کشت (Coagulation)

داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن ساپلمنت (مکمل) به آن  
رگه رگه شدن محیط کشت  
(Flecks in culture medium)  
رگه رگه سیاه بنموسوز شدن آگار  
رگه رگه روشن سرد شدن تقریبی آگار در هنگام افزودن ساپلمنت (مکمل) به آن

### pH نادرست (Incorrect pH)

ا آب ناخالص یا ظروف شیشه‌های کثیف  
ا حرارت زیاد در طی استریلیزاسیون  
ا ذوب مجدد یا ذخیره سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C°  
ا آلودگی شیمیایی  
ا کالیبراسیون نادرست pH متر  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا اندازه گیری pH در دمای بالای ۲۵°C°  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا ذخیره سازی نادرست یا بیش از نیمه عمر محیط کشت دهیدراته  
ا کیفیت پایین آب یا ظروف

### مشکلات - علل ممکن

#### ایجاد رسوب یا کدورت (Precipitation/Turbidity)

ا حرارت بیش از اندازه در طی استریلیزاسیون  
ا ذخیره سازی طولانی مدت (بیش از ۴ ساعت) در حالت مذاب (بیش از ۵۰°C°)  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا pH اشتباه  
ا آب ناخالص یا ظروف شیشه‌های کثیف  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن مکمل به آن  
ا کیفیت پایین آب یا ظروف

#### سمیت (Toxicity)

ا حرارت بیش از اندازه در طی استریلیزاسیون  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا قرارگیری در معرض نور مستقیم خورشید  
ا حجم اشتباه مکمل اضافه شده

### رشد باکتریولوژیک ضعیف یا اثر روی خواص انتخابی/ افتراقی

ا توزین یا مخلوط کردن نادرست  
ا آب یا ظروف آلوده

ا مواد مهارکننده در آب یا ظروف  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن مکمل به آن  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام کشت نمونه بر روی آن  
ا ذخیره سازی طولانی مدت محیط کشت  
ا خشک شدن بیش از حد سطح محیط کشت  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا تیرگی محیط کشت و تغییر و انحراف pH  
ا حرارت بیش از اندازه و طولانی مدت

### شل بودن آگار (Soft agar)

ا حرارت بیش از اندازه (به ویژه در مقایسه pH پایین)  
ا هیدرولیز اسید در محیط کشت با pH پایین  
ا توزین یا مخلوط کردن نادرست  
ا حل نشدن کامل آگار  
ا حجم نادرست آب  
ا رقیق سازی زیاد با مایه تلقیح یا مکملهای محیط کشت  
ا ذخیره سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C

### ارزیابی کیفیت محیط های کشت:

هر آزمایشگاه باید از کیفیت هر شماره ساخت از محیط های آماده مصرف تجاری و یا محیط های دهیدراته، قبل از استفاده اطمینان حاصل نماید.

### الزامات عمومی کنترل کیفیت محیط های کشت عبارتند از:

#### الف) ثبت اطلاعات محیط های کشت

۱. محیط های آماده مصرف تجاری:

• منبع تهیه آن، شماره ساخت، تاریخ انقضاء، تاریخ دریافت و تاریخ شروع به استفاده از آن را برای هر یک از انواع محیط ثبت کنید.

• هر محیط را مطابق دستور العمل سازنده نگهداری کنید (معمولاً در ۲ - ۸°C)

۲. محیط های ساخته شده از پودر دهیدراته در آزمایشگاه:

• مقدار محیط ساخته شده، منبع تهیه آن، شماره ساخت، روش استریل نمودن آن، تاریخ ساخت، pH، تاریخ شروع به استفاده از آن، تاریخ انقضاء و نام فرد سازنده آن ثبت شود.

#### ب) بررسی مشخصات ظاهری:

محیط های کشت تهیه شده باید قبل از استفاده، از لحاظ فیزیکی و ظاهری نیز بررسی شوند:

• شکستگی یا آسیب دیدگی پلیت ها و لوله ها؛

• جدا شدن آگار از جداره پلیت ها و لوله ها؛

• یخ زدگی یا ذوب شدن آگار؛

• نافت شدن پلیت ها؛

• مقدار ناکافی آگار در پلیت ها (عمق کمتر از ۳ mm و لوله ها) عمق و سطح ناکافی؛

• وجود همولیز در محیط های حاوی خون؛

• تغییر در رنگ مورد انتظار برای هر محیط (احتمال اشکال در pH محیط)؛

• وجود حباب یا ناهمواری بیش از حد در سطح محیط؛

• رطوبت اضافی یا خشک شدن بیش از حد محیط؛

- آلودگی قابل مشاهده؛
- وجود رسوب.

### ج) بررسی وجود آلودگی:

به عنوان یک قاعده کلی، برای سري ۱۰۰ تایی یا کمتر (۱۰۰ ، ) % ۳ - ۵ (از لوله ها / پلیت ها باید از نظر عدم وجود آلودگی و رشد باکتریایی بررسی شوند. برای مقادیر بیشتر) > ۱۰۰ (باید ۱۰ لوله یا پلیت به ورت رندوم و تصادفی انتخاب، و انکوبه شوند. نمونه ها باید برای ۲۴ - ۴۸ ساعت در دمای ۳۵ - ۳۷ °C انکوبه، و سپس به مدت ۴۸ ساعت در دمای اتاق نگهداری شوند. نباید شواهدی از رشد میکروبی بعد از انکوباسیون مشاهده گردد. بعد از کامل شدن بررسی، باید تمام نمونه های بررسی شده دور ریخته شوند.

### د) انجام آزمایش کنترل کیفیت:

هر محیط کشت باید از نظر میزان رشد قابل قبول و/یا خصوصیت مهارکنندگی، با میکروارگانیسم های کنترل مناسب مطابق جدول شماره ۳ بررسی شوند. منابع تهیه میکروارگانیسم های کنترل عبارتند از:

#### ATCC (American Type Culture Collection) • یا PTCC (Persian Type Culture Collection)

- سویه های شناسنامه دار که طی برنامه ارزیابی خارجی کیفیت دریافت می شوند.
- سویه های شناخته شده بیماران که دارای ثبات فنوتیپی می باشند.
- برای این کار لازم است از سویه های کنترل کیفی مورد نظر، سوسپانسیون میکروبی تهیه شود.

#### A. تهیه سوسپانسیون میکروبی:

یک کشت از ارگانیسم کنترل کیفی مورد نظر روی پلیت بلاد آگار تهیه کنید. بعد از انکوباسیون پلیت به مدت ۱۸ - ۲۴ ساعت در دمای ۳۵ ± ۲ °C ، ۳ - ۵ کلنی ایزوله را در ۳ - ۵ میلی لیتر سرم فیزیولوژی استریل حل کرده و کدورت آن را با کدورت اساتاندارد نیم مک فارلند تنظیم نمایید. این ساوسپانسیون میکروبی باید کدورتی مطابق با اساتاندارد نیم مک فارلند (۱۰ - ۱۰۰ CFU/ml) داشته باشد.

#### B. بررسی عملکرد محیط های کشت:

۱) بررسی ظرفیت می ی بودن ( Nutritional activity محیط های کشتی ریر انتخابی پلیت ی مانند بلاد آگار،

نوترینت آگار، تریپتیک سوی آگار و...

سوسپانسیون اولیه میکروبی مطابقت یافته با کدورت MF ۰,۵ را مطابق شکل ۱ به ن سبت ۱:۱۰۰ در سرم فیزیولوژی استریل رقیق نموده و مقدار ۱۰ μl یا ۰ / ۰ ml سوسپانسیون رقیق شده را به محیط کشت مورد آزمایش، تلقیح نموده و به گونه ای کشت دهید که کلنی های ایزوله بدست آید. پلیت ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳ انکوبه نمایید. تعداد کلنی های مورد انتظار در هر پلیت بعد از انکوباسیون ۱۰ - ۳۱۰ (CFU/plate) می باشد. برای اجتناب از رشد زیاد باکتری در بعضی از محیط های کشت غیر انتخابی و برای داشتن کلنی های ایزوله، ممکن است لازم باشد رقت ۱:۱۰۰۰ تهیه شود.

۲) بررسی ظرفیت مهارکنندگی ( Inhibitory activity محیط های کشتی انتخابی ی پلیتی مانند مکانکی آگار،

EMB آگار، XLD آگار و...

سوسپانسیون اولیه میکروبی مطابقت یافته با کدورت MF ۰,۵ را مطابق شکل ۱ به ن سبت ۱:۱۰ در سرم فیزیولوژی استریل رقیق نموده و مقدار ۱۰ μl یا ۰ / ۰ ml سوسپانسیون رقیق شده را به محیط کشت مورد آزمایش تلقیح نموده و به گونه ای کشت دهید که کلنی های ایزوله بدست آید. پلیت ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳



انکوبه نمایید. تعداد کلنی های مورد انتظار در هر پلیت بعد از انکوباسا ایون ۱۰ - ۱۰۰ (CFU/plate) (می باشد) برای اجتناب از رشد زیاد باکتری در بیع ضی از محیط های کشت انتخابی و برای داشتن کلنی های ایزوله ممکن است لازم باشد رقت ۱۰۰: تهیه شود.

( ۳ بررسی محیط های کشت لوله ای مانند نوترینت برات، MRVP، SIM، مالونات و... هر لوله را با ۱۰ μl یا ۰.۱ ml از سو سپان سیون اولیه میکروبی مطابقت یافته با کدورت (MF ۰.۵ بدون رقیق سازی) تلقیح نمایید. لوله ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳ انکوبه نمایید. پس از انکوباسیون، لوله ها را از نظر وجود رشد و/یا ایجاد کدورت و نیز ایجاد واکنش مناسب بیوشیمیایی بررسی نمایید.

#### C زمان انکوباسیون جدول شماره (۲):

سویه های کنترل کیفی	دمای انکوباسیون	اتمسفر انکوباسیون	مدت انکوباسیون
باکتری های دارای رشد سریع	۳۵ - ۳۷°C	هوای محیط یا غنی شده با OC <sub>2</sub>	۲۴ - ۱۸ ساعت
باکتری های دارای نیاز های خاص برای رشد	۳۵ - ۳۷°C	غنی شده با OC <sub>2</sub>	۷۲ - ۲۴ ساعت
بی هوازی ها	۳۵ - ۴۲°C	گاز بی هوازی	۷۲ - ۲۴ ساعت
کمپیلوباکتر	۳۷°C	گاز Campy	۴۸ - ۲۴ ساعت
مایکوباکتریوم ها	۳۵ - ۳۷°C	غنی شده با OC <sub>2</sub>	۲۱ - ۷ روز
مخمر	۳۵ - ۳۷°C	هوای محیط	≥ ۷۲ ساعت
کپک ها	۲۵ - ۳۰°C	هوای محیط	≥ ۷۲ ساعت

\*اتمسفر به نوع محیط بستگی دارد. تویه های سازنده را بررسی نمایید.

#### D تفسیر نتایج:

- عملکرد محیط های غیر انتخابی در ورته رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی، رشد کافی، سایز مورد انتظار کلنی، مرفولوژی بارز کلنی را نشان دهند.
- عملکرد محیط های انتخابی در ورته رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی، رشد کافی، سایز مورد انتظار کلنی، مرفولوژی بارز کلنی و مهار رشد بعضی از ارگانیزم های خاص را نشان دهند.
- در بعضی موارد، واکنش های رنگی خاص یا همولیز همچنان که در جدول شماره ۳ آمده است، باید ایجاد شود. مثلاً در مورد محیط کشت بلاد آگار ایجاد همولیز مناسب ضروری است و یا برای محیط مکانکی آگار ایجاد واکنش های رنگی برای سویه های میکروبی مشخص ضروری می باشد.
- عملکرد محیط های لوله ای در ورته رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی در آن رشد کافی نموده یا کدورت لازم را ایجاد کنند و واکنش های بیوشیمیایی مورد انتظار را نشان دهند.

### کنترل کیفیت رنگ آمیزی گرم :

- معرف ها را از نظر ظاهری، به طور روزانه بررسی کنید (a).
- اگر کریستال ویوله رسوب کند یا ته نشین شود، قبل از استفاده آن را صاف کنید.
- اگر محلول های کاری با مصرف روزانه تمام نمی شوند، باید به طور منظم عوض شوند. تبخیر مواد ممکن است عملکرد معرف ها را تغییر دهد.
- معرف های کاری را حداقل به صورت ماهانه دور بریزید تا استفاده مکرر آنها محدود شود.
- توجه: رنگ ها می توانند آلوده شوند. وقتی مشکوک می شوید، باید از سری ساخت جدید معرف استفاده کنید.
- روش انجام آزمایش رنگ آمیزی را قبل از استفاده از هر سری ساخت جدید هر رنگ و معرف رنگ بر و بعد از آن (b)

حداقل به صورت هفتگی با یک میکروارگانیسم گرم مثبت و یک گرم منفی آزمایش کنید. کارکنان آزمایشگاه که رنگ آمیزی گرم را به دفعات کم انجام می دهند، باید به صورت روزانه یا با هر بار آزمایش نمونه بیمار، با یک کنترل مثبت و یک کنترل منفی آزمایش کنند.

*Escherichia coli* (ATCC ۲۵۹۲۲) و *Staphylococcus aureus* (ATCC ۲۵۹۲۳) ۱. سوسپانسیون با کدورت کم از ۲۵۹۲۲)

در محیط مایع تهیه کنید (ATCC ۲۵۹۲۳).

۲. دو قطره از برات روی هر لام ریخته و دو اسمیر تهیه نمایید.

۳. - نگهداری کنید  $37^{\circ}\text{C}$ . آنها را در متانول فیکس کرده و در

۴. مطابق روش رنگ آمیزی گرم، رنگ آمیزی نمایید.

نتایج مورد انتظار:

• باسیل گرم منفی: صورتی

• کوکسی گرم مثبت: بنفش پررنگ

۶. به طور جایگزین، از بین دندان ها با یک اپلیکاتور چوبی نمونه گیری کرده و در انتهای لام ی که برای نمونه استفاده شده است، قرار دهید. این یک روش کنترل Built-in می باشد که شامل سویه های گرم مثبت و گرم منفی است.

(C وقتی که اسمیرهای رنگ شده کیفیت خوبی نداشته باشند، تفسیر رنگ ها مشکل باشد، یا تفسیر آنها صحیح نباشد، اقدام اصلاحی انجام دهید. مشخصات رنگ آمیزی نامناسب) مانند رنگ آمیزی کمرنگ ارگانیسم های گرم مثبت، باقی ماندن کریستال ویوله در ارگانیسم های گرم منفی، رنگ گرفتن فقط کناره های اسمیر، رسوب روی لام و غیره) ممکن است به دلیل نامناسب بودن مراحل آماده سازی نمونه، معرف ها یا روش انجام رنگ آمیزی با شد. بعضی عوامل رایج که باعث ایجاد نتایج نامناسب در رنگ آمیزی گرم می شوند، عبارتند از:

۱. استفاده از لام های شیشه ای که تمیز نباشند.

۲. اسمیری که خیلی ضخیم تهیه شده باشد.

۳. حرارت دادن زیاد اسمیر، زمانی که برای فیکس کردن از روش حرارت استفاده می شود.

۴. آبکشی زیاد در طی انجام رنگ آمیزی، به خصوص اگر اسمیر به طور صحیح فیکس نشده باشد.

۵. وجود رسوب در معرف ها

(d به علاوه، برای اطمینان از صحت تفسیر، برنامه ای برای مرور گزارش های رنگ آمیزی گرم تهیه کنید.

۱. مرور رنگ آمیزی های گرم انتخابی به وسیله سوپروایزر، برای تعیین نیازهای آموزشی و همچنین کمک به یکپارچگی اطلاعات بالینی مربوطه

۲. نتایج کشت نهایی را با گزارش های رنگ آمیزی گرم مقایسه کنید. مرفولوژی های گزارش شده در رنگ آمیزی گرم را که در کشت جدا نشده اند، بررسی کنید. همچنین زمانی که به تعداد ۴ - ۳ میکروارگانیسم از کشت جدا شده، اما در رنگ آمیزی گرم میکروارگانیسمی مشاهده نشده است، هم رنگ آمیزی و هم کشت را بررسی نمایید.

• توجه: تعداد قابل توجهی از ارگانیسم های تشخیص داده شده روی اسمیر، از کشت جدا می شوند. بنابراین

تفاوت ها باید برای از بین بردن خطاهای ناشی از بررسی اسمیر یا به عنوان نشانه هایی برای به کارگیری

سایر روش های کشت (مانند کشت بی هوازی، کشت برای قارا یا کشت باسیل های اس پد فست

([AFB] بررسی شوند.

۳. مجموعه ای از لام های مرجع برای آموزش تهیه نمایید.

۸ محدودیت ها:

(a) نتایج رنگ آمیزی گرم را در ارتباط با سایر یافته های بالینی و آزمایشگاهی استفاده کنید. از

روش های اضافی دیگر (مثل رنگ آمیزی های خاص، استفاده از محیط های انتخابی و غیره) برای تأیید

اطلاعات بدست آمده از اسمیرهای رنگ شده گرم استفاده نمایید.

(b) به کارگیری دقیق روش انجام آزمایش و معیارهای تفسیر برای کسب نتایج صحیح نیاز می باشد. صحت، ارتباط

زیادی با آموزش و مهارت شخص مشاهده کننده لام دارد.

(روش های رنگ آمیزی دیگر برای نمونه های بالینی چرکی که هی ارگانیسمی در روش رنگ آمیزی گرم

مشاهده نشده، پیشنهاد می شود.

(d) مشاهده میکروارگانیسم در لام گرم برای کشت های منفی ممکن است ناشی از آلودگی معرف ها و لوازم، وجود

عوامل ضد میکروبی یا عدم رشد ارگانیسم ها تحت شرایط کشت معمول (محیط کشت، اتمسفر و غیره) باشد.

( نتایج گرم کاذب ممکن است مربوط به مقدار ناکافی نمونه یا تأخیر در ارسال آن باشد.  
( [تهیه اسمیر از کشت های تازه (کمتر از ۲۴ ساعت) روی محیط های غیر مهار کننده و  
نمونه های بالینی تازه، صحیح ترین نتیجه را می دهند. زمانی که مرفولوژی مهم است) مانند استرپتوکوک ها و  
باسیل های گرم مثبت)، کشت های مایع ارجحیت دارد.

## کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیک جهت انجام آزمایش تعیین *disk diffusion agar* حساسیت میکروبی به روش

هدف

هدف از برنامه کنترل کیفی پایش و ارزیابی موارد زیر می باشد:

- صحت و دقت روش انجام آزمایش تعیین حساسیت
- مواد و وسایل به کار برده شده در این آزمایش
- عملکرد افرادی که آزمایش را انجام داده و نتایج بدست آمده را قرائت می نمایند .
- به منظور دست یابی بهینه به این اهداف در دسترس داشتن سویه های کنترل کیفی تهیه شده از مراکز معتبر ضروری است .

عبارتند از CLSI: سویه های کنترل کیفی پیشنهادی توسط

*Enterococcus faecalis* ATCC ۲۹۲۱۲

*Escherichia coli* ATCC ۲۵۹۲۲

*Escherichia coli* ATCC ۳۵۲۱۸

*Haemophilus influenzae* ATCC ۴۹۲۴۷

*Haemophilus influenzae* ATCC ۴۹۷۶۶

*Klebsiella pneumoniae* ATCC ۷۰۰۶۰۳

*Neisseria gonorrhoeae* ATCC ۴۹۲۲۶

*Pseudomonas aeruginosa* ATCC ۲۷۸۵۳

*Staphylococcus aureus* ATCC ۲۵۹۲۳

*Streptococcus pneumoniae* ATCC ۴۹۶۱۹

فقط به عنوان یک میکروارگانیسم کنترلی برای ترکیبات ممانعت کننده بتالاکتاماز، *E.coli* ATCC ۳۵۲۱۸،  
مثل ترکیبات حاوی کلاولانیک اسید، سولباکتام یا تازوباکتام پیشنهاد می شود.

برای ارزیابی محیط مولر *E. faecalis* ATCC ( *E. faecalis* ATCC ۲۹۲۱۲ یا *Enterococcus faecalis* ATCC ۳۳۱۸۶ )

هیئتوں آگار با دیسک تری متوپریم / سولفامتوکسازول استفاده می شود. در محیط کشت قابل قبول ، هاله عدم  
رشد

یا بزرگتر ایجاد می شود در حالیکه در محیطهای کشت غیر قابل قبول ، هاله عدم رشد ایجاد *mm* واضحی به  
قطر

۲۰ ایجاد میگردد. این کار به *mm* نمی شود یا در داخل هاله ، رشد کم مشاهده می شود و یا هاله ای با قطر  
کمتر از

منظور بررسی مقادیر غیر قابل قبول تیمیدین در محیط کشت مزبور است.

همچنین برای کنترل دیسکهای آمینو گلیکوزید با دوز بالا به *Enterococcus faecalis* ATCC ۲۹۲۱۲  
کار می رود .

به کار *ESBL* به عنوان یک سویه کنترلی برای آزمایشات *Klebsiella pneumoniae* ATCC ۷۰۰۶۰۳  
برده می شود.

## کنترل کیفیت قطر هاله عدم رشد سویه کنترلی / دیسک آنتی بیوتیکی

و با استفاده از همان مواد و *disk diffusion* سویه های کنترل کیفی را باید به روش استاندارد آزمایش A<sup>3</sup> روشی که برای سویه های جدا شده از نمونه های کلینیکی استفاده می شود آزمایش و نتایج را با جداول ۳ و ضمیمه ۳ (مقایسه و بررسی نمود . محدوده قطر هاله عدم رشد قابل قبول برای هر سویه کنترلی نسبت به ( CLSI

یک دیسک آنتی بیوتیکی در جداول فوق فهرست شده است .

چنانچه تغییر در میانگین قطر هاله عدم رشد ناشی از خطا در روش انجام آزمایش نباشد ، احتمالاً "ناشی از تغییر در حساسیت ذاتی باکتری نسبت به آن آنتی بیوتیک می باشد . در این صورت لازم است کشت تازه از سوش کنترل تهیه شود .

### آزمایش کنترل کیفیت را باید در چه فواصل زمانی انجام داد ؟

الف \_ انجام آزمایش روزانه

برای هر سویه کنترلی با یک دیسک آنتی بیوتیکی باید ۲۰ روز متوالی آزمایش تعیین حساسیت انجام و نتایج با مقادیر قابل قبول اشاره شده در جداول فوق مقایسه گردد . بر اساس ضریب اطمینان ۹۵ % تنها یک مورد از ۲۰ نتیجه

قرائت شده می تواند خارج از محدوده کنترل باشد ( به ضمیمه ۲ مراجعه کنید . چنانچه بیشتر از یک مورد خارج از

محدوده کنترل باشد نیاز به اقدامات اصلاحی خواهد بود ، که در ادامه توضیح داده می شود .

ب \_ انجام آزمایش هفتگی

-در صورتیکه تنها یک مورد از ۲۰ نتیجه قطر هاله عدم رشد برای هر سویه کنترلی / دیسک آنتی

۳ ( ضمیمه ۳ (قرار گیرد ، کنترل کیفی روزانه را به A بیوتیکی خارج از محدوده قابل قبول مندرج در جداول ۳ و هفتگی تغییر دهید) به ضمیمه ۲ مراجعه کنید)

-آزمایش کنترل کیفی هفتگی را یکبار در هفته و هم چنین زمانیکه یکی از عوامل آزمایش) مانند سری ساخت آگار یا دیسکهای تهیه شده از یک سازنده (تغییر کند، انجام دهید . اگر هر یک از نتایج کنترل کیفی هفتگی خارج از محدوده قابل قبول باشد ، انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز است .

### Corrective actions ( اقدامات اصلاحی

الف \_ نتایج خارج از محدوده قابل قبول به دلیل خطاهای مشهود و واضح شامل:

-استفاده از دیسک اشتباه

-استفاده از سویه کنترلی اشتباه

-آلودگی واضح سویه

-استفاده غیرعمدی از دما و شرایط اشتباه انکوباسیون

بوجود آمده است . در این حال باید دلیل ایجاد خطا مکتوب و پس از اصلاح آزمایش دوباره تکرار شود .

اگر نتایج گزارش شده در محدوده مورد نظر قرار گرفت ، عملیات اصلاحی بیشتری مورد نیاز نمی باشد .

ب \_ عامل ایجاد نتایج خارج از محدوده کنترل نامشخصاست . در این حال باید اقدامات اصلاحی فوری بشرح زیر انجام شود .

-آزمایش را جهت یک سویه کنترلی / دیسک آنتی بیوتیکی برای ۵ روز متوالی تکرار و همه نتایج را ثبت کنید .

۳) (ضمیمه ۳) (و در محدوده قابل قبول باشد ، A - اگر اندازه هر ۵ قطره‌اله مطابق جداول ۳ و عملیات اصلاحی بیشتری مورد نیاز نمی باشد .

- اگر اندازه هر یک از ۵ قطر هاله عدم رشد خارج از محدوده قابل قبول باشد ، به عملیات اصلاحی اضافی نیاز است .

- آزمایشهای کنترلی روزانه باید ادامه داده شود تا به دلیل نهایه مشکل پی برده شود .

### **عملیات اصلاحی اضافی:**

وقتی عملیات اصلاحی فوری مشکل را حل نکرد ، احتمالا "خطای مشاهده شده بعلت بروز یک اشکال کلی در سیستم و نه یک خطای تصادفی ایجاد شده است . در این حالت باید موارد بیشتری بررسی شوند .مانند:  
- اندازه گیری و ثبت صحیح قطر هاله های عدم رشد

- رعایت تاریخ انقضا و شرایط نگهداری دیسکها و مواد مورد استفاده (۰ دور از رطوبت و در دمای مناسب)

- مناسب بودن دما و اتمسفر انکوباتور

- تغییر نیافتن یا آلوده نبودن سوبه های کنترل

- مطابقت صحیح سوسپانسیون تلقیح با استاندارد نیم مک فارلند

- استفاده از پلیت کشت تازه برای تلقیح ( پلیت کشت باید تازه بوده و مدت زمان

انکوباسیون آن بیشتر از ۲۴ ساعت ، نباشد ) .

وقتی مشکل بر طرف شد ، میتوان کنترل کیفی هفتگی را برقرار کرد .

### **نگهداری دیسکهای آنتی بیوتیکی**

۱۴ - و پایین تر تا زمان مصرف نگهداری شوند  $8.0^{\circ}\text{C}$  و پایین تر ، یا در فریزر  $-^{\circ}\text{C}$  دیسکها باید در یخچال

- تمامی دیسکهای گروه بتالاکتام مانند پنی سیلین ، آمپی سیلین ، کربنی سیلین ، تیکارسیلین ، اگزاسیلین و

نسل اول ، دوم و سوم سفالوسپورین ها و ... باید در فریزر نگهداری شوند ، و فقط می توان مقداری از آن را بر اساس کار روزانه آزمایشگاه حداکثر به مدت یک هفته در یخچال نگهداری نمود .

- بعضی آنتی بیوتیکهای حساس مثل ایمپینم ، سفاکلر و ترکیبات کلولانیک اسید یا سولباکتام اگر تا

هنگام مصرف در فریزر نگهداری شوند ، پایداری بیشتری خواهند داشت .

- دیسکها باید در ظروف دارای درپوش محکم و حاوی مواد جاذب رطوبت نگهداری شوند .

- دیسکهای آنتی بیوتیکی باید یک تا دو ساعت قبل از استفاده از یخچال یا فریزر خارج شوند تا به درجه

حرارت اتاق برسند .

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول فنی بخش میکروبیولوژی	دکتر محمد آهنگر زاده رضائی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی کارشناس ارشد آزمایشگاه		کارشناس آزمایشگاه	جابر کامران
	کاردان آزمایشگاه	مریم رسولی		کارشناس آزمایشگاه	محمد رضا محمودی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه میکروب شناسی آزمایشگاه مرجع سلامت  
 توصیه شرکت های سازنده کیت های مصرفی  
 Sop تجهیزات میکروب شناسی  
 تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

تاریخ تدوین: ۹۵/ ۵ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	کد دستورالعمل: INS-۴۸-۴ تعداد صفحه: ۲
--	--

**تعریف:** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف:** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه:** بخش میکروب شناسی – کلیه پرسنل آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

تمام مراحل توسط کاردان و کارشناس آزمایشگاه کشیک در بخش بیوشیمی ادرار صورت میگیرد .

- ۱- به صورت روزانه کلیه تست هایی که پروتئین در نوار ادرار آنها مثبت می باشد با اسید سولفو سالسیلیک چک می گردد.
- ۲- به صورت روزانه کلیه تست هایی که گلوکز در نوار ادرار آنها مثبت می باشد با نوار تست گلوکز چک می گردد.
- ۳- به صورت روزانه کلیه تست هایی که اروبیلینوژن در نوار ادرار آنها مثبت می باشد با معرف ارلیخ چک می شود
- ۴- برای کنترل نوار های ادراری که تست آنها منفی نشان داده شده است ، با نمونه های قبلی شیفت که منفی و یا مثبت هستند نوار های ادراری را کنترل کنید .
- ۵- برحسب تعداد نمونه های موجود در صبح ۰.۵٪ از نمونه ها به صورت راندم یا در صورت داشتن مورد ،جهت آموزش و کنترل (با نظر کارشناس انجام دهنده آزمایش در صبح ) انتخاب و به عنوان نمونه کنترل به عصر کاری تحویل می شود .
- ۶- کارشناس شیفت عصر کاری موظف به انجام آزمایش و یادداشت جواب در دفتر کنترل ادرار می باشد .
- ۷- به همان صورت از نمونه های عصر کاری ۲ مورد به عنوان کنترل انتخاب و در شیفت صبح کنترل می شود .

➤ کنترل کیفی نوار تست تیپ ادراری : با استفاده از کنترل تجاری موجود در بازار (ادرار تجاری تهیه و کنترل میشود)

۸- وزن مخصوص ادراری در نوار ادراری را با رفاکتومتر کنترل می شود. یک نمونه کنترل S.G نوار ادراری با دستگاه رفاکتومتر روزانه انجام می شود یک نمونه از نمونه هایی که کمتر از ۱۰,۱۰ می باشد و یک نمونه از وزن مخصوص بیشتر ۱۰,۱۵ می باشد.

۹- تمام این مراحل به صورت هفتگی توسط سوپروایزر آزمایشگاه کنترل میگردد.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
اکبر صمدی	مسئول آزمایشگاه		محمد رضا جباری	کارشناس آزمایشگاه	
حامد خدایی	کارشناس آزمایشگاه				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاظم قهرمان زاده	سمت : رئیس آزمایشگاه	تاریخ تایید:			 امضاء :
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت : رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :			 امضاء :

### منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار آزمایشگاه مرجع سلامت - توصیه شرکت های سازنده کیت های مصرفی  
Sop تجهیزات میکروب شناسی - تجربه آزمایشگاه





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون

تاریخ تدوین: ۹۵/۵	کد دستورالعمل : INS-۴۸-۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا و هشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف :** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه :** بخش سروولوژی - ایمنولوژی و هورمون شناسی - کلیه پرسنل آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

- در بخش سروولوژی کنترل کیفی در هر شیفت کاری در ابتدای شروع به کار صورت می گیرد
- ۱- کنترل PT, PTT با نمونه تجاری لیوفریزه کنترل و در دفتر مخصوص ثبت می شود
  - ۲- برای RF, VDRL, GPCR, RF, VDRL, و راییت نمونه کنترل مثبت و منفی همراه هر کیت موجود بوده و با آنها روزانه کنترل می کنیم و در برگه کار هر روز یادداشت می کنیم .
  - ۳- در صورت عدم جوابدهی نمونه های کنترل مثبت و منفی کیت ، مراتب را به سوپروایزر آزمایشگاه اطلاع و از کیت دیگری استفاده می کنیم .
  - ۴- برای کنترل قند نیز در مورد آزمایش SCF از نمونه استاندارد داخل کیت استفاده می کنیم .
  - ۵- دستگاه VBG هر چند یک بار توسط شرکت مسئول بررسی و کنترل می شود
  - ۶- جهت کنترل راییت و کومس راییت از کنترل مثبت و منفی داخل کیت استفاده می شود .

**هورمون شناسی:**

در مورد آزمایشات هورمون شناسی برخی کیتها دارای نمونه کنترل بوده و در هر راند کاری کنترل گذاشته می شود در مورد آزمایشات هورمون نیز بهتر است برای هر نمونه دوبار آزمایش گذاشته شود ولی با توجه به اینکه برای مرکز هزینه مالی زیادی دارد، فقط نمونه های که مشکوک باشد مجددا تست گذاشته می شود .

TSH: از کنترل های سه گانه شرکت monobind استفاده می نمایم .

Contorol A ۰,۶۴-+ ۰,۲۱

Control B ۵,۲۲-+۱,۷۲  
Control C ۲۹,۱-+۹,۶

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد ایمنولوژی آزمایشگاه	محمد سجای		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس آزمایشگاه	وحيد پيرزاد
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
		 امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه سرولوژی - ایمنولوژی و هورمون شناسی آزمایشگاه مرجع سلامت - توصیه شرکت های سازنده  
کیت های مصرفی -Sop تجهیزات بخش های مرتبط - تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش پاتولوژی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: INS-۴۸-۶
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۴	

**تعریف :** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف :** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه :** بخش پاتولوژی آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

کنترل کیفی دستگاه تیشیو پروسور :

تعداد ۱۰۰-۵۰۰ نمونه پاتولوژی بصورت تصادفی جهت کنترل کیفی توسط یک پاتولوژیست انتخاب می گردد.

پس از رنگ آمیزی H&E کیفیت لام در دو گروه Suboptimal یا Satisfactory قرار گرفته و نتایج ارزیابی می شود.

دمای حمام پارافین را روی منحنی حرارت ثبت نموده و بر مبنای نتایج آن تصمیم گیری می گردد.

تنظیم دمای پارافین بستگی به نوع آن دارد ولی بطور کلی نباید از ۶۰ درجه سانتی گراد بالاتر رود.

\*هرگاه ثبوت بافت به درستی انجام نگیرد وسط قالب خراب شده و بافت داخل ان خشک و چروکیده می شود.

\*اگر آبگیری ناکامل باشد ، قسمت وسط قالب شفاف نمی شود و منطقه وسط برش نرم بوده و به سادگی بریده نمی شود.

\*چنانچه آبگیری کامل انجام نگیرد، باعث ایجاد اشکال در مراحل شفاف کردن و آغشتگی می گردد که نتیجه آن چروکیدگی و خشکی نمونه ها و همچنین ایجاد فرورفتگی در سطح قالب است.

\*برش های حاصل از این قالب ها روی حمام آب ، بافتها تکه تکه و جدا می گردند.

\*اگر آغشتگی با پارافین کامل نباشد، وسط قالب نرم و بوی ماده شفاف کننده را می دهد.

•قالب ها باید یکنواخت و شفاف باشند.چین دار یا خط خطی بودن آنها بعلت پارافین متبلور شده است.

•اگر بافتها بسیار سخت باشند ممکن است بعلت وجود نسوج ضخیم کلاژن ، استخوان، پوست، چشم و تیروئید کلونیدی و دکالسیفیکاسیون ناکامل و بدی ثبوت، حرکت سریع از آب به داخل الکل با درجه بالا، زیاد ماندن در گزیلول یا زیاد ماندن در حمام پارافین و یا بالابودن درجه حرارت حمام پارافین باشد.

•چنانچه نسوج خیلی چرب بوده و قابل برش نباشند، علت آن است که چربی بافت خوب گرفته نشده است پس باید بافت بار دیگر داخل ماده شفاف کننده قرار گیرد و سپس پردازش از آن مرحله ادامه یابد.

•بافتهای مختلفی را که داخل یک قالب قرار می گیرند باید از نظر نوع و چگالی با یکدیگر هماهنگ باشند. اگر بافتها بد پردازش شده باشند بایستی قالب ها را دوباره در گزیلول قرار داد تا پارافین آنها برداشته شود سپس در الکل مطلق، ۸۰،۹۶ درصد قرار گیرند و بعد با ملایمت دهیدراته و شفاف شوند و با پارافین آغشته شده و مجددا قالب گیری شوند.

### کالیبراسیون دستگاہ:

کالیبره کردن زمان قرار دادن بافتها در ظرفهای حامل محلول ها معمولا با توجه به کیفیت لامهای تهیه شده صورت می پذیرد که معمولا بصورت تجربی می توان این زمان ها را تا رسیدن به مقدار بهینه تغییر داد.

قطعات مکانیکی دستگاہ بایستی هر ۶ ماه یکبار کنترل شود.

### کنترل کیفی دستگاہ ذوب پارافین :

روزانه تعدادی نمونه پاتولوژی را بصورت تصادفی زیرنظر پاتولوژیست انتخاب میکنیم، سپس در دماهای متفاوتی پارافین را توسط دستگاہ پارافین ذوب کن تهیه کرده و قالب گیری میکنیم بعد از اتمام پروسه و تهیه لام ها نتایج را بررسی کرده و دماهای مورد نظر انتخاب شده را روی منحنی دما-حرارت ثبت می کنیم و در نهایت بر مبنای آن تصمیم گیری می کنیم.

### کالیبراسیون دستگاہ:

کالیبر کردن دمای ذوب پارافین در قالب گیری معمولا با توجه به نحوه ی برش و کیفیت لام های تهیه شده صورت می پذیرد. که معمولا بصورت تجربی میتوان این دما را تا رسیدن به نتیجه به مقدار بهینه تغییر داد.

### کنترل کیفی دستگاہ میکروتوم:

نسوج بایستی بصورت نواری شکل از قالب ها بیرون آیند و کاملا مسطح و بدون چین و چروک و خطوط پارگی باشند.در مطالعه میکروسکوپی برش ها نباید دچار خراشهای طولی ویا عدم یکنواختی ها بصورت عرضی باشند و علاوه بر آن ضخامت نسوج تعیین شده باید برای روش مطالعه و درجه تنظیم میکروتوم تناسب داشته باشند.

بعنوان یک قانون کلی تیغه های میکروتوم بایستی همیشه تیز و تمیز باشند.

## کالیبراسیون دستگاه:

در صورت رعایت نمودن تمامی موارد اگر اشکالی در روند برش رخ داد و نتوانستیم حل کنیم بایستی با شرکت مربوطه تماس حاصل کنیم که معمولا هر ۶ ماه یکبار یا در صورت مشکل دار شدن دستگاه نیاز به کالیبر میباشد.

## کنترل کیفی و کالیبراسیون دستگاه تیشیو فلوت :

معمولا بصورت تجربی می توان به کیفیت دستگاه پی برد. همچنین می توان در دماهای مختلف لامهایی تهیه نمود و پس از اتمام رنگ آمیزی نتیجه را بررسی کرده و از بین دماهای ثبت شده اقدام به تصمیم گیری نمود.





\* بعد از تهیه لامها به اصطلاح شکار نمونه از تیشوفلوت، همگی لامها داخل فور رفته و به مدت ۴۵ دقیقه و در دمای ۶۰-۵۶ درجه سانتی گراد گذاشته میشود تا پارافین های اضافی روی لامها ذوب شوند. بعد از آن وارد مرحله ی رنگ آمیزی و مونتاژ کردن میشوند.

## کنترل کیفی رنگ آمیزی H & E:

رنگ آمیزی تعدادی از بافتها را در زمان های مختلف از رنگهای هماتوکسیلین وائوزین انجام داده و زمان ها را ثبت میکنیم و در نهایت با نظر مسئول فنی زمان نهایی مطلوب را انتخاب میکنیم.

همچنین در صورت وجود مشکل در پروسه رنگ آمیزی اقدام به تعویض یا پر کردن محلول ها میکنیم.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول فنی بخش پاتولوژی	دکتر باب اله قاسمی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس ارشد آزمایشگاه	سولماز مددی
			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر باب اله قاسمی - دکتر کاظم قهرمان زاده - سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:		

## منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه سرولوژی - ایمنولوژی و هورمون شناسی آزمایشگاه مرجع سلامت - توصیه شرکت های سازنده  
کیت های مصرفی -Sop تجهیزات بخش های مرتبط - تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروبیولوژی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: INS-۴۸-۷
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

تعداد صفحه: ۱۱

**تعریف:** کنترل کیفی فرایندی است که در سایر فرایندها اعم از فرایندهای فنی اداری وارد شده و از خروج جواب غیر صحیح جلوگیری می کند که شامل روش های بکار رفته جهت ارزیابی متد آزمایش و نحوه انجام آزمایش است وغالبا برای شناسایی منبع خطا تضمین میزان خطا وهشدار به پرسنل نسبت به بروز خطا است.

**اهداف:** ارائه جوابهایی با دقت و صحت بالا

**دامنه:** بخش میکروب شناسی آزمایشگاه

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

۱- هر روز محیط های کشت داخل یخچال را از لحاظ تاریخ انقضاء ، تغییر رنگ محیط ، حجم ویال ها و پلیت ها، عدم وجود قارچ و

یا آلودگیهای دیگر بررسی کنید

۲- دمای یخچال را بررسی کرده ثبت کنید.

۳- دیسک ها را از لحاظ تاریخ انقضاء و عدم تغییر رنگ بررسی کنید

۴- این دیسکها را تا زمان مصرف باید در دمای ۸ درجه یا پایین تر یخچال و یا در دمای منهای ۱۴ درجه یا پایین تر فریزر

نگهداری کنید.

۵- هنگامی که دیسکهای آنتی بیوگرام را باز می کنید باید سریعاً بسته شده و در جای فاقد رطوبت نگهداری کنید.

۶- از دیسکهایی باید استفاده کنید که دارای تاریخ مصرف باشند.

۷- دمای انکوباتور ها را بررسی کنید اگر مشکل داشت به مسئول فنی اطلاع دهید

۸- از سوش های استاندارد تجاری برای کنترل محیط کشت ها و آنتی بیوتیک ها میتوانید استفاده کنید

۹- PH محیط های کشت را قبل از اتوکلاو حتماً اندازه گیری کنید

۹- در هنگام تهیه محیط کشت حتماً از آب مقطر استاندارد استفاده کنید تا از نبود یون مس اطمینان داشته باشید

۱۰- برای کنترل کیفی اتوکلاو از ویال های استاندارد اسپور استراترموفیلوس و آتروفیلوس استفاده کنید

۱۱- به هنگام کار با اتوکلاو یک ویال داخل اتوکلاو قرار دهید بعد از خاموش کردن اتوکلاو آن را بردارید و بشکنید و در ۳۷ درجه و

۵۴ درجه قرار دهید . بعد از دو الی سه روز عدم تغییر رنگ نشان دهنده استریل بودن اتوکلاو میباشد

### خطاها، مشکلات و علل ممکن در استریلیزاسیون محیط های کشت

رنگ یا تیرگی غیر طبیعی محیط کشت (Abnormal color/darkening)

آب ناخالص

ظروف شیشه ای کثیف

افت کیفیت محیط کشت دهیدراته

حرارت زیاد یا نادرست در طی استرایلیزاسیون

pH اشتباه یا تغییر و انحراف pH

حل نشدن کامل محیط کشت

ذخیره سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C

### لخته یا منعقد شدن محیط کشت (Coagulation)

داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن ساپلمنت (مکمل) به آن

رگه رگه شدن محیط کشت

(Flecks in culture medium)

رگه رگه سیاه :نیمسوز شدن آگار

رگه رگه روشن :سرد شدن تقریبی آگار در هنگام افزودن ساپلمنت (مکمل) به آن

### pH نادرست (Incorrect pH)

آب ناخالص یا ظروف شیشه های کثیف

حرارت زیاد در طی استرایلیزاسیون

ذوب مجدد یا ذخیره سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C

آلودگی شیمیایی

کالیبراسیون نادرست pH متر

حل نشدن کامل محیط کشت

اندازه گیری pH در دمای بالای ۲۵°C

افت کیفیت محیط کشت دهیدراته

ذخیره سازی نادرست یا بیش از نیمه عمر محیط کشت دهیدراته

کیفیت پایین آب یا ظروف

### مشکلات - علل ممکن

ایجاد رسوب یا کدورت (Percipitation/Turbidity)



ا حرارت بیش از اندازه در طی استریلیزاسیون  
ا ذخیره‌سازی طولانی مدت (بیش از ۴ ساعت) در حالت مذاب (بیش از ۵۰°C)  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا pH اشتباه  
ا آب ناخالص یا ظروف شیشه‌های کثیف  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن مکمل به آن  
ا کیفیت پایین آب یا ظروف

### سمیت (Toxicity)

ا حرارت بیش از اندازه در طی استریلیزاسیون  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا قرارگیری در معرض نور مستقیم خورشید  
ا حجم اشتباه مکمل اضافه شده

### رشد باکتریولوژیک ضعیف یا اثر روی خواص انتخابی/ افتراقی

ا توزین یا مخلوط کردن نادرست  
ا آب یا ظروف آلوده  
ا مواد مهارکننده در آب یا ظروف  
ا افت کیفیت محیط کشت دهیدراته  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام افزودن مکمل به آن  
ا داغ بودن محیط کشت در هنگام کشت نمونه بر روی آن  
ا ذخیره‌سازی طولانی مدت محیط کشت  
ا خشک شدن بیش از حد سطح محیط کشت  
ا حل نشدن کامل محیط کشت  
ا تیرگی محیط کشت و تغییر و انحراف pH  
ا حرارت بیش از اندازه و طولانی مدت

### شل بودن آگار (Soft agar)

ا حرارت بیش از اندازه (به ویژه در مقایسه با pH پایین)  
ا هیدرولیز اسید در محیط کشت با pH پایین  
ا توزین یا مخلوط کردن نادرست  
ا حل نشدن کامل آگار  
ا حجم نادرست آب  
ا رقیق‌سازی زیاد با مایه تلقیح یا مکمل‌های محیط کشت  
ا ذخیره‌سازی طولانی مدت در دمای ۵۰°C

### ارزیابی کیفیت محیط های کشت:

هر آزمایشگاه باید از کیفیت هر شماره ساخت از محیط های آماده مصرف تجاری و یا محیط های دهیدراته، قبل از استفاده اطمینان حاصل نماید.

الزامات عمومی کنترل کیفیت محیط های کشت عبارتند از:

#### الف) ثبت اطلاعات محیط های کشت

۱. محیط های آماده مصرف تجاری:

- منبع تهیه آن، شماره ساخت، تاریخ انقضاء، تاریخ دریافت و تاریخ شروع به استفاده از آن را برای هر یک از انواع محیط ثبت کنید.
- هر محیط را مطابق دستورالعمل سازنده نگهداری کنید (معمولا در  $2 - 8^{\circ}\text{C}$ ).
- محیط های ساخته شده از پودر دهیدراته در آزمایشگاه:
- مقدار محیط ساخته شده، منبع تهیه آن، شماره ساخت، روش استریل نمودن آن، تاریخ ساخت، pH، تاریخ شروع به استفاده از آن، تاریخ انقضاء و نام فرد سازنده آن ثبت شود.

#### ب) بررسی مشخصات ظاهری:

محیط های کشت تهیه شده باید قبل از استفاده، از لحاظ فیزیکی و ظاهری نیز بررسی شوند:

- شکستگی یا آسیب دیدگی پلیت ها و لوله ها؛
- جدا شدن آگار از جداره پلیت ها و لوله ها؛
- یخ زدگی یا ذوب شدن آگار؛
- نا اف پر شدن پلیت ها؛
- مقدار ناکافی آگار در پلیت ها (عمق کمتر از ۳ mm و لوله ها) (عمق و سطح ناکافی)؛
- وجود همولیز در محیط های حاوی خون؛
- تغییر در رنگ مورد انتظار برای هر محیط (احتمال اشکال در pH محیط)؛
- وجود حباب یا ناهمواری بیش از حد در سطح محیط؛
- رطوبت اضافی یا خشک شدن بیش از حد محیط؛
- آلودگی قابل مشاهده؛
- وجود رسوب.

#### ج) بررسی وجود آلودگی:

به عنوان یک قاعده کلی، برای سری ۱۰۰ تایی یا کمتر ۱۰۰ (، % ۳ - ۵) (از لوله ها / پلیت ها باید از نظر عدم وجود آلودگی و رشد باکتریایی بررسی شوند. برای مقادیر بیشتر  $> 100$  ( باید ۱۰ لوله یا پلیت به ورت رندوم و تصادفی انتخاب، و انکوبه شوند. نمونه ها باید برای ۲۴ - ۴۸ ساعت در دمای  $35 - 37^{\circ}\text{C}$  انکوبه، و سپس به مدت ۴۸ ساعت در دمای اتاق نگهداری شوند. نباید شواهدی از رشد میکروبی بعد از انکوباسیون مشاهده گردد. بعد از کامل شدن بررسی، باید تمام نمونه های بررسی شده دور ریخته شوند.

## د) انجام آزمایش کنترل کیفیت:

هر محیط کشت باید از نظر میزان رشد قابل قبول و/یا خصوصیت مهارکنندگی، با میکروارگانیسم های کنترل مناسب مطابق جدول شماره ۳ بررسی شوند.

منابع تهیه میکروارگانیسم های کنترل عبارتند از:

### ATCC (American Type Culture Collection) • یا PTCC (Persian Type Culture Collection)

- سویه های شناسنامه دار که طی برنامه ارزیابی خارجی کیفیت دریافت می شوند.
  - سویه های شناخته شده بیماران که دارای ثبات فنوتیپی می باشند.
- برای این کار لازم است از سویه های کنترل کیفی مورد نظر، سوسپانسیون میکروبی تهیه شود.

#### A. تهیه سوسپانسیون میکروبی:

یک کشت از ارگانیسم کنترل کیفی مورد نظر روی پلیت بلاد آگار تهیه کنید. بعد از انکوباسیون پلیت به مدت ۱۸-۲۴ ساعت در دمای  $35 \pm 2^\circ \text{C}$ ، ۳-۵ کلنی ایزوله را در ۳-۵ میلی لیتر سرم فیزیولوژی استریل حل کرده و کدورت آن را با کدورت اساتاندارد نیم مک فارلند تنظیم نمایید. این سوسپانسیون میکروبی باید کدورتی مطابق با اساتاندارد نیم مک فارلند (۷۱۰ - ۸۱۰ CFU/ml) داشته باشد.

#### B. بررسی عملکرد محیط های کشت:

(۱) بررسی ظرفیت می ی بودن) **Nutritional activity** محیط های کشییت ریر انتخابی پلیت ی مانند بلاد آگار، نوترینت آگار، تریپتیک سوی آگار و... سوسپانسیون اولیه میکروبی مطابق یافته با کدورت MF ۰.۵، را مطابق شکل ۱ به نسبت ۱:۱۰۰ در سرم فیزیولوژی استریل رقیق نموده و مقدار  $10 \mu\text{l}$  یا  $0.1 \text{ ml}$  سوسپانسیون رقیق شده را به محیط کشت مورد آزمایش، تلقیح نموده و به گونه ای کشت دهید که کلنی های ایزوله بدسات آید. پلیت ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳ انکوبه نمایید. تعداد کلنی های مورد انتظار در هر پلیت بعد از انکوباسیون ۳۱۰ - ۴۱۰ (CFU/plate) می باشد. برای اجتناب از رشد زیاد باکتری در بعضی از محیط های کشت غیر انتخابی و برای داشتن کلنی های ایزوله، ممکن است لازم باشد رقت ۱:۱۰۰۰ تهیه شود.

#### (۲) بررسی ظرفیت مهار کنندگی) **Inhibitory activity** محیط های کشییت انتخاب ی پلیتی مانند مکانکی آگار،

EMB آگار، XLD آگار و...

سوسپانسیون اولیه میکروبی مطابق یافته با کدورت MF ۰.۵، را مطابق شکل ۱ به نسبت ۱:۱۰ در سرم فیزیولوژی استریل رقیق نموده و مقدار  $10 \mu\text{l}$  یا  $0.1 \text{ ml}$  سوسپانسیون رقیق شده را به محیط کشت مورد آزمایش تلقیح نموده و به گونه ای کشت دهید که کلنی های ایزوله بدسات آید. پلیت ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳ انکوبه نمایید. تعداد کلنی های مورد انتظار در هر پلیت بعد از انکوباسیون ۴۱۰ - ۵۱۰ (CFU/plate) می باشد. برای اجتناب از رشد زیاد باکتری در بعضی از محیط های کشت انتخابی و برای داشتن کلنی های ایزوله ممکن است لازم باشد رقت ۱:۱۰۰ تهیه شود.

#### (۳) بررسی محیط های کشت لوله ای مانند نوترینت برات، MRVP، SIM، مالونات و...

هر لوله را با  $10 \mu\text{l}$  یا  $0.1 \text{ ml}$  از سوسپانسیون اولیه میکروبی مطابق یافته با کدورت MF ۰.۵، بدون رقیق سازی) تلقیح نمایید. لوله ها را مطابق شرایط ذکر شده در جداول شماره ۲ و ۳ انکوبه نمایید. پس از انکوباسیون، لوله ها را از نظر وجود رشد و/یا ایجاد کدورت و نیز ایجاد واکنش مناسب بیوشیمیایی بررسی نمایید.

C. زمان انکوباسیون جدول شماره(۲):

سویه های کنترل کیفی	دمای انکوباسیون	اتمسفیر انکوباسیون	مدت انکوباسیون
باکتری های دارای رشد سریع	۳۵° - ۳۷°C	هوای محیط یا غنی شده با OC۲	۲۴ - ۱۸ ساعت
باکتری های دارای نیاز های خاص برای رشد	۳۵° - ۳۷°C	غنی شده با OC۲	۲۴ - ۷۲ ساعت
بی هوازی ها	۳۵ - ۴۲°C	۳۵ گاز بی هوازی	۲۴ - ۷۲ ساعت
کمپیلوباکتر	۳۷°C	گاز Campy	۲۴ - ۴۸ ساعت
مایکوباکتریوم ها	۳۵° - ۳۷°C	غنی شده با OC۲	۲۱ - ۷ روز
مخمر	۳۵° - ۳۷°C	هوای محیط	≥ ۷۲ ساعت
کپک ها	۲۵° - ۳۰°C	هوای محیط	≥ ۷۲ ساعت

\*اتمسفیر به نوع محیط بستگی دارد. تویه های سازنده را بررسی نمایید.

**D. تفسیر نتایج:**

- عملکرد محیط های غیر انتخابی در ورتهی رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی، رشد کافی، سایز مورد انتظار کلنی، مرفولوژی بارز کلنی را نشان دهند.
- عملکرد محیط های انتخابی در ورتهی رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی، رشد کافی، سایز مورد انتظار کلنی، مرفولوژی بارز کلنی و مهار رشد بعضی از ارگانیسیم های خاص را نشان دهند.
- در بعضی موارد، واکنش های رنگی خاص یا همولیز همچنان که در جدول شماره ۳ آمده اسات، باید ایجاد شود.
- مثلاً در مورد محیط کشت بلاد آگار ایجاد همولیز مناسب ضروری است و یا برای محیط مکانکی آگار ایجاد واکنش های رنگی برای سویه های میکروبی مشخص ضروری می باشد.
- عملکرد محیط های لوله ای در ورتهی رضایت بخش است که سویه های کنترل کیفی در آن رشد کافی نموده یا کدورت لازم را ایجاد کنند و واکنش های بیوشیمیایی مورد انتظار را نشان دهند .

**کنترل کیفیت رنگ آمیزی گرم :**

- معرف ها را از نظر ظاهری، به طور روزانه بررسی کنید a) .
۱. اگر کریستال ویوله رسوب کند یا ته نشین شود، قبل از استفاده آن را صاف کنید.
  ۲. اگر محلول های کاری با مصرف روزانه تمام نمی شوند، باید به طور منظم عوض شوند. تبخیر مواد ممکن است عملکرد معرف ها را تغییر دهد.
  ۳. معرف های کاری را حداقل به صورت ماهانه دور بریزید تا استفاده مکرر آنها محدود شود.
- توجه: رنگ ها می توانند آلوده شوند. وقتی مشکوک می شوید، باید از سری ساخت جدید معرف استفاده کنید.
- روش انجام آزمایش رنگ آمیزی را قبل از استفاده از هر سری ساخت جدید هر رنگ و معرف رنگ بر و بعد از آن حداقل به صورت هفتگی با یک میکروارگانیسیم گرم مثبت و یک گرم منفی آزمایش کنید. کارکنان آزمایشگاه که رنگ آمیزی گرم را به دفعات کم انجام می دهند، باید به صورت روزانه یا با هر بار آزمایش نمونه بیمار، با یک کنترل مثبت و یک کنترل منفی آزمایش کنند.
- Escherichia coli* (ATCC) و *Staphylococcus aureus* ۱ .
- سوسپانسیون با کدورت کم از (۲۵۹۲۳) در محیط مایع تهیه کنید (ATCC ۲۵۹۲۳) .
۲. دو قطره از براث روی هر لام ریخته و دو اسمیر تهیه نمایید.

۲۰ - نگهداري كنيد °C ۳. آنها را در متانول فیکس کرده و در ۴. مطابق روش رنگ آمیزی گرم، رنگ آمیزی نمایید.

نتایج مورد انتظار:

• باسیل گرم منفی: صورتی

• کوکسی گرم مثبت: بنفش پررنگ

۶. به طور جایگزین، از بین دندان ها با یک اپلیکاتور چوبی نمونه گیری کرده و در انتهای لام ی که برای نمونه استفاده شده است، قرار دهید. این یک روش کنترل Built-in می باشد که شامل سوپه های گرم مثبت و گرم منفی است. (C وقتي که اسمیرهای رنگ شده کیفیت خوبی نداشته باشند، تفسیر رنگ ها مشکل باشد، یا تفسیر آنها صحیح نباشد، اقدام اصلاحی انجام دهید. مشخصات رنگ آمیزی نامناسب (مانند رنگ آمیزی کم رنگ ارگانایسم های گرم مثبت، باقی ماندن کریستال ویوله در ارگانایسم های گرم منفی، رنگ گرفتن فقط کناره های اسمیر، رسوب روی لام و غیره) ممکن است به دلیل نامناسب بودن مراحل آماده سازی نمونه، معرف ها یا روش انجام رنگ آمیزی باشد. بعضی عوامل رایج که باعث ایجاد نتایج نامناسب در رنگ آمیزی گرم می شوند، عبارتند از:

۱. استفاده از لام های شیشه ای که تمیز نباشند.

۲. اسمیری که خیلی ضخیم تهیه شده باشد.

۳. حرارت دادن زیاد اسمیر، زمانی که برای فیکس کردن از روش حرارت استفاده می شود.

۴. آبکشی زیاد در طی انجام رنگ آمیزی، به خصوص اگر اسمیر به طور صحیح فیکس نشده باشد.

۵. وجود رسوب در معرف ها

(d به علاوه، برای اطمینان از صحت تفسیر، برنامه ای برای مرور گزارش های رنگ آمیزی گرم تهیه کنید.

۱. مرور رنگ آمیزی های گرم انتخابی به وسیله سوپروایزر، برای تعیین نیازهای آموزشی و همچنین کمک به یکپارچگی اطلاعات بالینی مربوطه

۲. نتایج کشت نهایی را با گزارش های رنگ آمیزی گرم مقایسه کنید. مرفولوژی های گزارش شده در رنگ آمیزی گرم را که در کشت جدا نشده اند، بررسی کنید. همچنین زمانی که به تعداد ۴ - ۳ میکروارگانایسم از کشت جدا شده، اما در رنگ آمیزی گرم میکروارگانایسمی مشاهده نشده است، هم رنگ آمیزی و هم کشت را بررسی نمایید.

• توجه: تعداد قابل توجهی از ارگانایسم های تشخیص داده شده روی اسمیر، از کشت جدا می شوند. بنابراین تفاوت ها باید برای از بین بردن خطاهای ناشی از بررسی اسمیر یا به عنوان نشانه هایی برای به کارگیری سایر روش های کشت (مانند کشت بی هوازی، کشت برای قارا یا کشت باسیل های اسید فست (AFB) بررسی شوند.

۳. مجموعه ای از لام های مرجع برای آموزش تهیه نمایید.

#### ۸ محدودیت ها:

( نتایج رنگ آمیزی گرم را در ارتباط با سایر یافته های بالینی و آزمایشگاهی استفاده کنید. از روش های اضافی دیگر (مثل رنگ آمیزی های خاص، استفاده از محیط های انتخابی و غیره) برای تأیید اطلاعات بدست آمده از اسمیرهای رنگ شده گرم استفاده نمایید. (به کارگیری دقیق روش انجام آزمایش و معیارهای تفسیر برای کسب نتایج صحیح نیاز می باشد. صحت، ارتباط زیادی با آموزش و مهارت شخص مشاهده کننده لام دارد. )

(روش های رنگ آمیزی دیگر برای نمونه های بالینی چرکی که هی ارگانایسمی در روش رنگ آمیزی گرم مشاهده نشده، پیشنهاد می شود.

( مشاهده میکروارگانایسم در لام گرم برای کشت های منفی ممکن است ناشی از آلودگی معرف ها و لوازم، وجود عوامل ضد میکروبی یا عدم رشد ارگانایسم ها تحت شرایط کشت معمول (محیط کشت، اتمسفر و غیره) باشد.

( نتایج گرم کاذب ممکن است مربوط به مقدار ناکافی نمونه یا تأخیر در ارسال آن باشد.  
( [تهیه اسمیر از کشت های تازه (کمتر از ۲۴ ساعت) روی محیط های غیر مهار کننده و  
نمونه های بالینی تازه، صحیح ترین نتیجه را می دهند. زمانی که مرفولوژی مهم است) مانند استرپتوکوک ها و  
باسیل های گرم مثبت)، کشت های مایع ارجحیت دارد.

## کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیک جهت انجام آزمایش تعیین *disk diffusion agar* حساسیت میکروبی به روش

هدف

هدف از برنامه کنترل کیفی پایش و ارزیابی موارد زیر می باشد:  
صحت و دقت روش انجام آزمایش تعیین حساسیت •  
مواد و وسایل به کار برده شده در این آزمایش •  
عملکرد افرادی که آزمایش را انجام داده و نتایج بدست آمده را قرائت می  
نمایند • .

به منظور دست یابی بهینه به این اهداف در دسترس داشتن سویه های کنترل  
کیفی تهیه شده از مراکز  
معتبر ضروری است.

عبارتند از CLSI: سویه های کنترل کیفی پیشنهادی توسط

*Enterococcus faecalis* ATCC ۲۹۲۱۲

*Escherichia coli* ATCC ۲۵۹۲۲

*Escherichia coli* ATCC ۳۵۲۱۸

*Haemophilus influenzae* ATCC ۴۹۲۴۷

*Haemophilus influenzae* ATCC ۴۹۷۶۶

*Klebsiella pneumoniae* ATCC ۷۰۰۶۰۳

*Neisseria gonorrhoeae* ATCC ۴۹۲۲۶

*Pseudomonas aeruginosa* ATCC ۲۷۸۵۳

*Staphylococcus aureus* ATCC ۲۵۹۲۳

*Streptococcus pneumoniae* ATCC ۴۹۶۱۹

فقط به عنوان یک میکروارگانیسم کنترلی برای ترکیبات ممانعت کننده

بتالاکتاماز، *E.coli* ATCC ۳۵۲۱۸

مثل ترکیبات حاوی کلوانیک اسید، سولباکتام یا تازوباکتام پیشنهاد می  
شود.

برای ارزیابی محیط مولر (*E.faecalis* ATCC ) یا *Enterococcus faecalis* ATCC (۳۳۱۸۶  
۲۹۲۱۲

هینتون آگار با دیسک تری متوپریم / سولفامتوکسازول استفاده می شود .  
در محیط کشت قابل قبول ، هاله عدم رشد

۲۰ یا بزرگتر ایجاد می شود در حالیکه در محیط های کشت غیر قابل قبول ،  
هاله عدم رشد ایجاد *mm* واضحی به قطر

۲۰ ایجاد میگردد . این کار به *mm* نمی شود یا در داخل هاله ، رشد کم  
مشاهده می شود و یا هاله ای با قطر کمتر از

منظور بررسی مقادیر غیر قابل قبول تیمیدین در محیط کشت مزبور است.

همچنین برای کنترل دیسک های آمینو گلیکوزید با دوز بالا به *Enterococcus*

*faecalis* ATCC ۲۹۲۱۲

کار می رود .

به کار *ESBL* به عنوان یک سویه کنترلی برای آزمایشات *Klebsiella pneumoniae* *ATCC ۷۰۰۶۰۳* برده می شود.

### کنترل کیفیت قطر هاله عدم رشد سویه کنترلی / دیسک آنتی بیوتیکی

و با استفاده از همان مواد و *disk diffusion* سویه های کنترل کیفی را باید به روش استاندارد آزمایش *A3* روشی که برای سویه های جدا شده از نمونه های کلینیکی استفاده می شود آزمایش و نتایج را با جداول ۳ و ضمیمه ۳ (مقایسه و بررسی نمود . محدوده قطر هاله عدم رشد قابل قبول برای هر سویه کنترلی نسبت به *CLSI* ) یک دیسک آنتی بیوتیکی در جداول فوق فهرست شده است. چنانچه تغییر در میانگین قطر هاله عدم رشد ناشی از خطا در روش انجام آزمایش نباشد ، احتمالاً "ناشی از تغییر در حساسیت ذاتی باکتری نسبت به آن آنتی بیوتیک می باشد . در این صورت لازم است کشت تازه از سوش کنترل تهیه شود.

### آزمایش کنترل کیفیت را باید در چه فواصل زمانی انجام داد ؟

الف \_ انجام آزمایش روزانه برای هر سویه کنترلی با یک دیسک آنتی بیوتیکی باید ۲۰ روز متوالی آزمایش تعیین حساسیت انجام و نتایج با مقادیر قابل قبول اشاره شده در جداول فوق مقایسه گردد . بر اساس ضریب اطمینان ۹۵٪ تنها یک مورد از ۲۰ نتیجه قرائت شده می تواند خارج از محدوده کنترل باشد ( به ضمیمه ۲ مراجعه کنید . چنانچه بیشتر از یک مورد خارج از محدوده کنترل باشد نیاز به اقدامات اصلاحی خواهد بود ، که در ادامه توضیح داده می شود.

ب \_ انجام آزمایش هفتگی - در صورتیکه تنها یک مورد از ۲۰ نتیجه قطر هاله عدم رشد برای هر سویه کنترلی / دیسک آنتی بیوتیکی (۳) (قرار گیرد ، کنترل کیفی روزانه را به *A* بیوتیکی خارج از محدوده قابل قبول مندرج در جداول ۳ و هفتگی تغییر دهید) به ضمیمه ۲ مراجعه کنید .

- آزمایش کنترل کیفی هفتگی را یکبار در هفته و هم چنین زمانی که یکی از عوامل آزمایش (مانند سری ساخت آگار یا دیسکهای تهیه شده از یک سازنده (تغییر کند، انجام دهید. اگر هر یک از نتایج کنترل کیفی هفتگی خارج از محدوده قابل قبول باشد ، انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز است.

### ( Corrective actions ) اقدامات اصلاحی

الف \_ نتایج خارج از محدوده قابل قبول به دلیل خطاهای مشهود و واضح شامل:

- استفاده از دیسک اشتباه
  - استفاده از سویه کنترلی اشتباه
  - آلودگی واضح سویه
  - استفاده غیرعمدی از دما و شرایط اشتباه انکوباسیون
- بوجود آمده است . در این حال باید دلیل ایجاد خطا مکتوب و پس از اصلاح آزمایش دوباره تکرار شود.

اگر نتایج گزارش شده در محدوده مورد نظر قرار گرفت ، عملیات اصلاحی بیشتری مورد نیاز نمی باشد.  
ب\_ عامل ایجاد نتایج خارج از محدوده کنترل نامشخصاست . در این حال باید اقدامات اصلاحی فوری بشرح زیر انجام شود.

- آزمایش را جهت یک سویه کنترلی / دیسک آنتی بیوتیکی برای ۵ روز متوالی تکرار و همه نتایج را ثبت کنید.

۳) ضمیمه ۳ (و در محدوده قابل قبول باشد ، -A اگر اندازه هر ۵ قطرهاله مطابق جداول ۳ و

عملیات اصلاحی بیشتری مورد نیاز نمی باشد.

- اگر اندازه هر یک از ۵ قطر هاله عدم رشد خارج از محدوده قابل قبول باشد ، به عملیات

اصلاحی اضافی نیاز است.

- آزمایشهای کنترلی روزانه باید ادامه داده شود تا به دلیل نهایی مشکل پی برده شود.

### عملیات اصلاحی اضافی:

وقتی عملیات اصلاحی فوری مشکل را حل نکرد ، احتمالاً "خطای مشاهده شده بعلت بروز یک اشکال کلی

در سیستم و نه یک خطای تصادفی ایجاد شده است . در این حالت باید موارد بیشتری بررسی شوند.مانند:

- اندازه گیری و ثبت صحیح قطر هاله های عدم رشد

- رعایت تاریخ انقضا و شرایط نگهداری دیسکها و مواد مورد استفاده ( دور از رطوبت و در دمای مناسب)

- مناسب بودن دما و اتمسفر انکوباتور

- تغییرنیافتن یا آلوده نبودن سویه های کنترل

- مطابقت صحیح سوسپانسیون تلقیح با استاندارد نیم مک فارلند

- استفاده از پلیت کشت تازه برای تلقیح ( پلیت کشت باید تازه بوده و مدت زمان

انکوباسیون آن بیشتر از ۲۴ ساعت ، نباشد ) .

وقتی مشکل بر طرف شد ، میتوان کنترل کیفی هفتگی را برقرار کرد.

### نگهداری دیسکهای آنتی بیوتیکی

۱۴ - و پایین تر تا زمان مصرف نگهداری شوند  $8.0^{\circ}\text{C}$  و پایین تر ، یا در

فریزر  $- 20^{\circ}\text{C}$  دیسکها باید در یخچال

- تمامی دیسکهای گروه بتالاکتام مانند پنی سیلین ، آمپی سیلین ، کربنی سیلین ، تیکارسیلین ، اگزاسیلین و

نسل اول ، دوم و سوم سفالوسپورین ها و ... باید در فریزر نگهداری شوند ، و فقط می توان مقداری از آن را بر

اساس کار روزانه آزمایشگاه حداکثر به مدت یک هفته در یخچال نگهداری نمود.

- بعضی آنتی بیوتیکهای حساس مثل ایمپنم ، سفاکسر و ترکیبات کلوانیک اسید یا سولباکتام اگر تا

هنگام مصرف در فریزر نگهداری شوند ، پایدارتری خواهند داشت.

- دیسکها باید در ظروف دارای درپوش محکم و حاوی مواد جاذب رطوبت نگهداری شوند.



-دیسکهای آنتی بیوتیکی باید یک تا دو ساعت قبل از استفاده از یخچال یا فریزر خارج شوند تا به درجه حرارت اتاق برسند.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول فنی بخش میکروبیولوژی	دکتر محمد آهنگر زاده رضائی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی کارشناس ارشد آزمایشگاه		کارشناس آزمایشگاه	جابر کامران
	کاردان آزمایشگاه	مریم رسولی		کارشناس آزمایشگاه	محمد رضا محمودی
	امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده: کاظم قهرمان زاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:			
	امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :			

### منابع مورد استفاده :

دستورالعمل کنترل کیفی در آزمایشگاه میکروب شناسی آزمایشگاه مرجع سلامت - توصیه شرکت های سازنده کیت های مصرفی  
Sop تجهیزات میکروب شناسی - تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : ارجاع نمونه های بالینی

کد دستورالعمل : INS-۴۹

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف:** آزمایشاتی که در مرکز انجام نمی شود باید ابتدا زمان و نحوه خونگیری طبق دستور العمل ارسالی نمونه ها، که توسط آزمایشگاه به بخشها ارسال شده ، توسط بخش نمونه گیری شده و سپس در HIS ثبت شده و همراه برگه مطالبات برای بخش دولتی و خصوصی ، نام آزمایشات نوشته و به آزمایشگاه ارسال گردند.

**اهداف:** هدف ارائه خدمات مطلوب به بیماران و به دست آوردن نتایج صحیح و دقیق در نتیجه رعایت انتقال امن و بسته بندی صحیح نمونه ، ایجاد سلامت بیمار می باشد

**دامنه:** تمام بخشهای بستری

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ):**

- ۱- درخواست آزمایش توسط پزشک
- ۲- ارسال نمونه در شیفت صبح در زمان مشخص توسط بخشها طبق دستور العمل ارسال نمونه ها (نوع و زمان نمونه گیری به صورت مکتوب در بخش ها موجود می باشد) در غیر این صورت هماهنگ با آزمایشگاه
- ۳- ثبت تمام آزمایشات ارسالی در HIS (کد آزمایشات به صورت مکتوب در بخش ها موجود می باشد).
- ۴- تکمیل فرم مطالبات به همراه نوشتن کامل مشخصات بیمار و نام آزمایشات ارسالی
- ۵- ارسال نمونه های ارسالی به آزمایشگاه و تحویل آنها به مسئول مربوطه
- ۶- بررسی نوع نمونه با آزمایشات ثبت شده در برگه های مطالبه و HIS توسط فرد گیرنده در آزمایشگاه
- ۷- ثبت نام بیمار و آزمایشات در دفتر ارسال آزمایشات به سایر مراکز و امضاء فرد تحویل دهنده و گیرنده نمونه ،
- ۸- جداسازی سرم یا پلاسما به محض تحویل نمونه توسط آزمایشگاه و نگهداری در دمای ۴ درجه در فاصله زمانی ارسال تمام نمونه ها
- ۹- فریز برخی نمونه ها بلافاصله و ارسال در کنار یخ
- ۱۰- ارسال نمونه ها در جعبه حاوی یخ به سایر مراکز مطابق با دستورالعمل کشوری مربوط به انتقال نمونه ها :

**روش بسته بندی:**

جهت بسته بندی نمونه ها طبق شرایط استاندارد، باید از سه محفظه که واجد شرایط ذیل باشد، استفاده نمود:

نمونه راداخل ظرف درپنج دارکه غیرقابل نفوذ به مایعات وغیر قابل نشت بوده،قرار دهید.

در صورتی که تعداد نمونه ها وبالطبع تعداد لوله ها زیادباشد، می توان مطابق اشکال پیوست لوله ها را توسط جداکننده های مقوایی ضخیم ویاجداکننده هایی ازجنس دیگر مانند اسفنج بسته بندی نمود و در صورتی که نمونه مایع باشد، اطراف لوله ها به طور

جداگانه ماده جاذب الرطوبه مانندتکه های ابر و.....قرارداد که در واقع این مواد جاذب بین محفظه اول و محفظه دوم قرار می گیرند، تا در صورت شکستن و یا نشت لوله ها، موادآلوده به محفظه بیرونی نشت ننماید.حجم مواد جاذب باید متناسب با حجم مایع باشد. سپس محفظه اول را داخل محفظه دوم مقاومی که غیرقابل نشت و غیرقابل نفوذ به مایعات بوده، قرارداده و مشخصات نمونه را روی آن درج کنید.

سپس محفظه دوم را داخل محفظه سوم مقاوم به ضربه و شرایط محیطی (که معمولاً در نمونه هایی که نیاز به رعایت زنجیره سرد دارند محفظه سوم را می تواند Cold Box تشکیل دهد) قرار داده ودر غیر این صورت، بایداین محفظه از مقاومت بسیار خوبی برخوردار باشد.

۱۱- ارسال نمونه ها به نزدیکترین مرکز طرف قرارداد با آگاهی از انجام آزمایشات مربوطه در آن مرکز

۱۲- تحویل و نگهداری برگه پذیرش آزمایشات ارسالی در آزمایشگاه

۱۳- ثبت تاریخ جوابدهی پس از بازگشت پذیرش آزمایشات در مقابل نام بیماران ثبت شده در دفتر ارسال

۱۴- دریافت جواب آزمایشات در زمان مقرر وثبت نام بیمار و آزمایشات در دفتر تحویل جواب آزمایشات ، به بخشها با امضاء گیرنده جواب

۱۵- به هیچ عنوان جواب به همراه بیمار تحویل داده نمی شود.

۱۶- پس از دریافت جوابها از سایر مراکز ابتدا آنها را اسکن کرده و هرکدام را در پوشه جداگانه در کامپیوتر ذخیره می کنیم

۱۷- نام بیمار را باذکر آزمایشات در دفتر نتایج یادداشت می کنیم

۱۹- نام بخش را بر روی برگه های نتایج ثبت و با امضاء رابط به بخش ارسال می کنیم

۲۰- در صورت نیاز بخش های بستری به نتایج مجدداً آزمایشگاه از طریق جوابهای ذخیره شده در کامپیوتر المثنی صادر می کنیم

- در صورت اورژانس بودن آزمایشات ارسالی در شیفت عصر و شب باید با هماهنگی سوپروایزر وقت ارسال و قبوض دریافتی برای پیگیری های بعدی و دریافت جواب به آزمایشگاه تحویل گردد.
- موارد Critical Valu از طریق مراکز اطلاع داده می شود.

**مستندات مرتبط:** منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

**مواد مورد نیاز:** ظرف مخصوص حمل نمونه ، دفتر یادداشت مشخصات بیمار، سانتریفوژ، سمپلر جهت جداسازی نمونه معیارهای رد یا قبول نمونه های ارجاعی :

تطابق برگه درخواست نمونه مورد آزمایش با لیبل روی نمونه (نام - نام خانوادگی- نام پدر- کد بیمار - تاریخ و زمان - حجم کافی نمونه ارسالی با توجه به تعداد آزمایشات درخواستی - رعایت تهیه و نحوه نقل و انتقال نمونه

-جهت ثبت نمونه هایی که رد می شوند دفتری اختصاص داده شده که در این دفتر نام بیمار و نام بخش و کد یا نام فرد خونگیر و علت رد نمونه را بنویسید

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس آزمایشگاه مسئول نمونه های ارجاعی	سعیده دستوری
			نام و نام خانوادگی تایید کننده : آقای دکتر کاظم قهرمانزاده - سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ : امضاء :		



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل گزارش نتایج بحرانی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل : INS-۵۰
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۵	

**تعریف :**

محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (Panic Value) مقادیر بحرانی، مواردی هستند که نتایج آزمایش به نحو خطرناکی غیر طبیعی است و ممکن است جان بیمار در خطر باشد و زمان بندی و نحوه گزارش دهی فوری نتایج که در محدوده هشدار یا بحرانی قرار میگیرند

**هدف:** آگاهی سریع پزشک از نتایج آزمایشات و اقدامات فوری برای درمان و بهبود حال بیمار

روش اجرایی(با ذکر سمت و نقش افراد دخیل در اجرای آن):

برای بیماران بستری جهت تشخیص و سیر بیماری، توسط پزشک معالج یکسری آزمایشات درخواست می شود و پرستار مسئول بیمار نمونه را اخذ و ارسال نموده و جواب راپیگیری و به پزشک مربوطه گزارش می دهد. در مواردی که جواب آزمایشات بحرانی و در محدوده غیر طبیعی باشد، کشیک آزمایشگاه بلافاصله پرستار بخش را در جریان گذاشته تا اقدامات لازم توسط پزشک صورت گیرد.

- ۱- محدوده مقادیر بحرانی توسط پزشکان هر بخش به مسئول فنی آزمایشگاه تحویل داده شده است ..
- ۲- اطلاع و آگاهی همکاران آزمایشگاه از نتایج بحرانی تست ها طبق جداول نصب شده در بخش های مختلف آزمایشگاه و بخشهای بستری حاصل شده است
- ۳- پس از انجام آزمایشات درخواستی نتایج بالا و پائین آزمایشات با مقادیر بحرانی طبق جدول پیوستی مقایسه میشود. در صورتیکه نتیجه آزمایش در محدوده بحرانی بود باید به بخش مربوطه اطلاع داده شود.
- ۴- اطلاع دادن موارد بحرانی قبل از تکرار و کنترل مجدد آزمایش به پرستار مربوطه از طریق خط تلفن یکطرفه و ثبت آن در دفتر بحرانی آزمایشات با ذکر نام پرستار و شخص انجام دهنده آزمایش درخصوص بیماران سرپائی به پذیرش آزمایشگاه اطلاع داده و ایشان ضمن بت در دفتر بحرانی به شماره تلفن موجود در پذیرش بیماران زنگ زده و اعلام میکنند جواب هایشان آماده است برای نشان دادن به پزشک معالج به آزمایشگاه تشریف بیاورند .
- ۵- در صورت نیاز به تکرار یا درخواست نمونه مجدد، بعد از اطلاع رسانی با تلفن بحرانی نسبت به تکرار آزمایش یا درخواست نمونه مجدد و اطلاع به مسئول فنی و ... اقدام میشود .
- ۶- در صورت تأیید جواب اولیه ، جواب اصلی صادر و در HIS بت خواهد شد و در صورت عدم تأیید ( چنانچه جواب در محدوده نرمال باشد ) جواب ضمن اطلاع به بخش بستری جهت بررسی علت به مسئول فنی آزمایشگاه گزارش خواهد شد .
- ۷- شماره تلفنهای خط یک طرفه به شرح ذیل میباشد :

لیست تلفنهای خط یک طرفه برای اعلام موارد بحرانی آزمایشات

ردیف	نام بخش	شماره تلفن بحرانی	ردیف	نام بخش	شماره تلفن بحرانی
۱	آزمایشگاه	۱۰۰	۹	جراحی	۱۴۵
۲	اورژانس	۱۱۰	۱۰	داخلی A	۱۵۰
۳	خون	۱۱۵	۱۱	نوزادان	۱۵۵
۴	دفتر پرستاری	۱۲۰	۱۲	NICU	۱۶۰
۵	دیالیز	۱۲۵	۱۳	ENT	۱۶۵
۶	اتاق عمل	۱۳۰	۱۴	داخلی B	۱۷۰
۷	Picu ( L ۱ )	۱۳۵	۱۵	عفونی	۱۷۵
۸	Picu ( L ۲ )	۱۴۰	۱۶	درمانگاه خون	۱۸۰


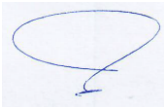
مقادیر بحرانی آزمایشات آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی کودکان

	Unite	Low	High	Sample	
<b>Blood Gases</b>					
PH	-	7.2	7.6	Arterial, capillary	
PCO <sub>2</sub>	mmHg	20	70	Arterial, capillary	
PO <sub>2</sub>	mmHg	40	-	Arterial	
PO <sub>2</sub> (children)	mmHg	45	125	Arterial	
PO <sub>2</sub> (newbon)	mmHg	35	90	Arterial	
<b>Chemistry</b>					
Albumin(children)	g/dL	1.7	6.8	Serum or plasma	
Ammonia(children)	μmol/L	-	109	plasma	
Bilirubin(newbon)	mg/dL	-	15	Serum or plasma	
Calcium	mg/dL	6	13	Serum or plasma	
Calcium(children)	mg/dL	6.5	12.7	Serum or plasma	
Calcium(ionized)	mmol/L	0.75	1.6	plasma	
Chloride	mmol/L	80	120	Serum or plasma	
Creatinine	mg/dL	-	5	Serum or plasma	
Creatinine(children)		-	3.8	Serum or plasma	
Glucose	mg/dL	40	450	Serum or plasma	
Glucose(children)	mg/dL	46	445	Serum or plasma	
Glucose(newbon)	mg/dL	30	325	Serum or plasma	
Glucose.CSF	mg/dL	40	200	CSF	
Glucose. CSF(children)	mg/dL	31	-	CSF	
Magnesium	mg/dL	1	4.7	Serum or plasma	
Phosphorus	mg/dL	1	8.9	Serum or plasma	
Potassium	mmol/L	2.8	6.2	Serum or plasma	
Potassium(newborn)	mmol/L	2.8	7.8	Serum or plasma	
Protein(children)	g/dL	3.4	9.5	Serum or plasma	
Protein. CSF(children)	mg/dL	-	188	CSF	
Sodium	mmol/L	120	160	Serum or plasma	
Urea nitrogen	mg/dL	-	80	Serum or plasma	
Urea nitrogen(children)	mg/dL	-	55	Serum or plasma	
Uric acid	mg/dL	-	13	Serum or plasma	
Uric acid(children)	mg/dL	-	12	Serum or plasma	
<b>Hematology</b>					
Hematocrit( adult)	%	20	60	EDTA .ed Vial	First report only
Hematocrit(newborn)	%	33	71	EDTA.ed Vial	First report only
Hemoglobin( adult)	g/dL	7	20	EDTA.ed Vial	First report only
Hemoglobin(newborn)	g/dL	10	22	EDTA.ed Vial	First report only
WBC( adult)	x10 <sup>3</sup> /μL	2	30	EDTA.ed Vial	First report only
WBC(children)	x10 <sup>3</sup> /μL	2	43	EDTA.ed Vial	First report only
Platelets	x10 <sup>3</sup> /μL	40	1000	EDTA .ed Vial	
Blast	Any seen(first report only)				
Drepanocytes	Presence of sickle cells or aplastic crisis				

<b>Coagulation</b>					
Fibrinogen	mg / dl			Citrate.ed Vial	
Prothrombin time	s	١٠ ٠	٨٠٠	Citrate.ed Vial	
Partual thromboplastin time	s	-	٣٠	Citrate.ed Vial	
<b>Urinalysis</b>					
Microscopic	Presence of pathological crystals( urate,cysteine,leucine,or tyrosine)				
Chemical	Strongly positive glucose and ketones				
<b>Cerebrospinal fluid</b>					
WBC ( ٠-١ yr )	Cells per $\mu$ L	-	>٣٠	CSF	
WBC ( ١-٤ yr )	Cells per $\mu$ L	-	>٢٠	CSF	
WBC ( ٥-١٧ yr )	Cells per $\mu$ L	-	>١٠	CSF	
WBC ( >١٧ yr )	Cells per $\mu$ L	-	>٥	CSF	
Malignent cells ,blasts,or microorganism		An y	Appliese to other sterile body fluids		



## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس ارشد آزمایشگاه	نصیبه شهبازی		مسئول آزمایشگاه	اکبر صمدی
				کارشناس آزمایشگاه	محمدرضا افغان
			نام و نام خانوادگی تایید کننده : آقای دکتر کاظم قهرمانزاده - سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت  
دستورالعمل معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
تجربه آزمایشگاه



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Crossmatch و Antibody screening خون و فرآورده های خونی

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: INS ۵۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	
تعداد صفحه: ۳	

### تعریف:

**اهداف:** تهیه خون همگروه و ایمن برای بیماران

**دامنه:** پزشکان، سرپرستاران، پرستاران، پرسنل بانک خون

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسؤل ):

برای انجام کراس مچ از سرم و پلاسمای بیمار میتوان استفاده کرد . در این آزمایش سرم یا پلاسمای بیمار به عنوان آنتی بادی و گلبول قرمز اهدا کننده به عنوان آنتی ژن در لوله آزمایش با اهداف زیر مخلوط می شوند:

- ۱- آیا در سرم بیمار آنتی بادی وجود دارد که بتواند با گلبول های اهداکننده همولیز بدهد؟
  - ۲- آیا در سرم بیمار آنتی بادی وجود دارد که بتواند با گلبولهای اهدا کننده آگلوتینه بدهد؟
  - ۳- آیا در سرم بیمار آنتی بادی وجود دارد که بتواند با گلبول اهدا کننده واکنش آغستگی بدهد؟
- اگر پاسخ سه مورد فوق منفی باشد کراس مچ منفی و خون برای تزریق سازگار می باشد و پاسخ مثبت در هر مورد بیانگرناسازگاری خون است .

روش کار:

▪ کاردان یا کارشناس آزمایشگاه پس از تعیین گروه خون بیمار نمونه سرم یا پلاسما که دارای لیبل مشخصات بیمار روی آن است به مدت ۳ دقیقه سانتریفوژ کند . از کیسه های خون هم گره بیمار یک کورد جدا کرده ( مجدداً تعیین گروه خونی کرده ) و داخل لوله آزمایش ریخته و سوسپانسیون ۵-۳ درصد تهیه کند ( خون موجود در لوله آزمایش راسه بار با سرم فیزیولوژی شسته سپس در مرحله آخر سرم فیزیولوژی را بیرون ریخته و از خون شسته ۱۰۰ لاندا برداشته و در لوله آزمایش دیگر ریخته و رویش اسی سی سرم فیزیولوژی اضافه می کنیم بدین ترتیب سوسپانسیون ۵-۳ درصد به دست می آید)

▪ کاردان یا کارشناس آزمایشگاه بعد از تهیه سرم بیمار و سوسپانسیون سلولی سه لوله آزمایش برای هر کیسه خون بردارد ( , RT, IDC, آلبومین)

Room Temperature (RT): برای تجسس آنتی بادیهای سرد (۲۲-۱۸ درجه سانتی گراد)  
Indirect Coombs (IDC) و آلبومین (Alb): برای تجسس آلو آنتی بادیهای گرم

▪ کاردان یا کارشناس آزمایشگاه داخل هر دو لوله ۱۰۰ لاندا از سرم بیمار و ۵۰ لاندا سوسپانسیون سلولی اضافه کرده لوله RT را در دمای اتاق و دو لوله بعد را در بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهد .

- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه پس از نیم ساعت به لوله آلبومین موجود در ۳۷ درجه یک قطره آلبومین ۲۲٪ گاوی اضافه کند.
- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه لوله RT و آلبومین را بعد از یک ساعت از نظر لیز و آگلوتیناسیون بررسی کند .
- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه به لوله IDC را سه بار با سرم فیزیولوژی شسته و در مرحله آخر قطرات سرم فیزیولوژی را با وارونه کردن لوله بر روی یک گاز خارج کند ( تشکیل تکه خشک سلولی ) . و در نهایت ۲ - ۳ قطره آنتی هیومن بر روی تکه خشک سلولی ریخته و ۳۰ ثانیه سانتریفیوژ کرده و از نظر آگلوتیناسیون بررسی کند .

	RT	IDC-Alb
کراس مچ منفی (خون سازگار)	-	-
دارای آنتی بادی سرد ( ناسازگار )*	+	-
دارای آنتی بادی گرم ( ناسازگار)	-	+

در مورد ناسازگاری آنتی بادیهای سرد در صورت صلاحدید پزشک با گرم نمودن کیسه قبل از طریق می توان تزریق را انجام داد

در مورد ناسازگاری، اسگرینینگ آنتی بادی در مرکز انجام شده و در صورت نیاز به آزمایشات تکمیلی پانل تست نمونه به سازمان فرستاده می شود که در نهایت سازمان انتقال خون نوع آنتی بادیهای فرعی را مشخص کرده و خون فاقد همان آنتی ژنهای فرعی ارسال کرده و کارشناس بانک خون پس از کراس مچ مجدد خون را آماده تزریق می نماید.  
روش انجام آزمایش اسگرینینگ آنتی بادی:

- کاردان یا کارشناس بانک خون ۳ لوله را به صورت جداگانه نشانه گذاری نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به هر یک از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسمای بیمار را اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به ترتیب به هر یک از لوله ها ۱ قطره گلبول قرمز استاندارد I, II, III اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون لوله ها را در سانتریفیوژ با دور ۱۰۰۰ بمدت ۳۰-۱۵ ثانیه سانتریفیوژ نمایند. سپس لوله ها را جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز ارزیابی نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به هر یک از لوله های فوق ۲ قطره آلبومین ۲۲ درصد اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون لوله ها را به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون پس از طی زمان مشخص لوله ها را سانتریفیوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون بررسی نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون در ادامه لوله ها را حداقل ۳ تا ۴ بار با سالیین ۰/۹ درصد شسته و پس از آخرین مرحله شستشو محلول سالیین را با ضربه آرام بر روی سطح یک گاز کاملاً تخلیه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به لوله های شسته شده معرف آنتی هیومن گلوبین اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون لوله ها را ۳۰-۱۵ ثانیه سانتریفیوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز بررسی نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون جهت کنترل و معتبر سازی نتایج منفی آزمایش، ۱ قطره از گلبول قرمز حساس شده (را به لوله های منفی اضافه نمایند).

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر آزمایشگاه	اکبر صمدی		کارشناس آزمایشگاه	نصیبه شهبازی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمانزاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده :

روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمنونوهما تولوژی سازمان انتقال خون ایران - کتاب های رفرانس بانک خون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز حساس

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: ۵۲-INS
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :**

**اهداف :** جلوگیری از مثبت کاذب در انجام آزمایش

**دامنه :** مسئول آزمایشگاه، پرسنل بانک خون

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

برای تهیه سوسپانسیون ۳-۵ درصد ، کاردان یا کارشناس آزمایشگاه، خون موجود در لوله آزمایش راسه بار با سرم فیزیولوژی شسته سپس در مرحله آخر سرم فیزیولوژی را بیرون ریخته و از خون شسته ۵۰لاندرا برداشته ودرلوله آزمایش دیگر ریخته و رویش اسی سی سرم فیزیولوژی اضافه کند .

در این مرکز گلبول قرمز حساس به صورت تجاری خریداری می شود .

درجه بندی شدت آگلوتیناسیون در لوله آزمایش

مشاهدات ماکروسکوپی	نتیجه
یک توده آگلوتیناسیون سفت	۴+
چند توده آگلوتیناسیون بزرگ	۳+
چند توده آگلوتیناسیون متوسط	۲+
آگلوتیناسیون کوچک	۱+
آگلوتیناسیون خیلی کوچک	۱W
آگلوتیناسیون که به سختی قابل رویت است	+W
عدم آگلوتیناسیون	۰
مخلوطی از گلبول قرمز آگلوتینه شده و آگلوتینه نشده	Mixed Field
همولیز	Hemolysis

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر آزمایشگاه	اکبر صمدی		کارشناس آزمایشگاه	نصیبه شهبازی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاظم قهرمانزاده سمت : رئیس آزمایشگاه تاریخ تایید:		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمنوهماتولوژی سازمان انتقال خون ایران - کتاب های رفرانس بانک خون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : انجام آزمایش های کومس غیر مستقیم و انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: ۵۳-INS تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

### تعریف :

**اهداف :** تجسس آنتی بادیهای غیر منتظره برای تزریق خون ایمن

**دامنه :** پزشکان، سرپرستاران، پرستاران، پرسنل بانک خون

### گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :

آزمایش کومس غیر مستقیم ( Indirect Coombs ):

- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه ابتدا سوسپانسیون ۵-۳ درصد از ۵-۶ نمونه گلبول قرمز O+ تهیه نماید..
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه ۱۰۰ لاندا از سوسپانسیون سلولی رادر لوله آزمایش ریخته و رویش ۲۰۰ لاندا سرم بیمار اضافه و سپس لوله را ۶۰ دقیقه در ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهد.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه با دور ۳۰۰۰ در دقیقه به مدت ۳۰ ثانیه سانتریفوژ کرده و از نظر آگلوتیناسیون و همولیز بررسی کند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه در صورت واکنش منفی ۳-۴ بار با سرم فیزیولوژی شستشو داده و در مرحله آخر با واژگون کردن لوله روی پارچه تمیز آخرین قطره سرم فیزیولوژی را خارج نماید.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه سپس دو قطره AHG (آنتی هیومن) اضافه و لوله را سانتریفوژ کرده و مجدداً از نظر آگلوتیناسیون بررسی کند و در صورت منفی بودن ماکروسکوپی بصورت میکروسکوپی نیز بررسی نماید .
- در صورت منفی بودن یک قطره گلبول حساس شده به آن اضافه کرده(چک سل ) سپس سروفیوژ کرده و از نظر آگلوتیناسیون بررسی شود.

- وجود آگلوتیناسیون در کنترل به مفهوم نتیجه منفی تست کومبس غیر مستقیم است ( AHG قابلیت لازم را دارد ) و عدم وجود آگلوتیناسیون در این مرحله بعلت بی خاصیت بودن AHG می باشد و باید آزمایش با AHG دارای خاصیت تکرار شود .

آزمایش کومس مستقیم ( Direct Coombs ):

- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه نمونه خون بیمار را سه بار شستشو دهد.

- کاردان یا کارشناس آزمایشگاه سوسپانسیون ۵-۳٪ با سرم فیزیولوژی تهیه کند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه دو تا سه قطره از سوسپانسیون را برداشته و سانتریفوژ کند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه در مرحله آخر شستشو بعد از دور ریختن کامل سرم فیزیولوژی لوله را روی گاز تمیز واژگون کرده تا در لوله یک تکمه سلولی باقی بماند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه دو تا سه قطره آنتی هیومن اضافه کرده و ۳۰ ثانیه با دور ۳۰۰۰ سانتریفوژ کند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه لوله را از سانتریفوژ در آورده و مایع را تکان داده و از نظر آگلوتیناسیون بررسی کند.
  - کاردان یا کارشناس آزمایشگاه در صورت واکنش منفی لوله آزمایش را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در دمای اتاق ذخیره و سپس سانتریفوژ کرده و بررسی کند.
- چنانچه در این مرحله نیز آگلوتیناسیون مشاهده نشد یک قطره گلبول قرمز حساس شده به آن اضافه میکنیم بعد از سانتریفوژ وجود آگلوتیناسیون در این مرحله به مفهوم نتیجه منفی آزمون کومبس مستقیم است اما عدم وجود آگلوتیناسیون به معنی بی خاصیت بودن آنتی هیومن گلبولین میباشد و باید تکرار شود.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر آزمایشگاه	اکبر صمدی		کارشناس آزمایشگاه	نصیبه شهبازی
		 امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر کاظم قهرمانزاده سمت :	تاریخ تایید:
		 امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :	

**منابع مورد استفاده :** روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمنوهماتولوژی سازمان انتقال خون ایران - کتاب های رفرنس بانک خون





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلوبول قرمز و سرم به روش لوله ای و آزمایش RH(D) به روش لوله ای

تاریخ تدوین: ۹۵ / ۵	کد دستورالعمل: ۵۴ - INS تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**تعریف :**

**اهداف :** تزریق ایمن خون و سایر فرآورده خونی

**دامنه :** پزشکان، سرپرستاران، پرستاران، پرسنل بانک خون

**گام های دقیق انجام کار ( ترتیب اجرا با مشخص کردن مسئول ) :**

روش سل تایپ (cell type)

- کاردان یا کارشناس بانک خون سه لوله آزمایش A,B,D را نشانه گذاری نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به لوله A یک قطره Anti-A ، به لوله B یک قطره Anti-B و به لوله D یک قطره Anti-D اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به هریک از لوله های فوق یک قطره از سوسپانسیون ۵٪ گلبولی بیمار را اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون سپس لوله ها را به مدت ۳۰ ثانیه با دور ۳۰۰۰ سانتریفیوژ نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون نتیجه را بر اساس آگلوتیناسیون بررسی نمایند.

روش بک تایپ (Back type)

- کاردان یا کارشناس بانک خون در تعیین گروه خون به دو لوله آزمایش A,B را نشانه گذاری نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به لوله A یک قطره A Cell و به لوله B یک قطره B Cell اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به هریک از لوله های فوق ۱۰۰ لانداز سرم خون بیمار را اضافه نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون به آرامی محتویات لوله ها را مخلوط نموده و سپس به مدت ۳۰ ثانیه با دور ۳۰۰۰ سانتریفیوژ نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون نتیجه را بر اساس آگلوتیناسیون بررسی نمایند.
- کاردان یا کارشناس بانک خون در صورت هماهنگی و همخوانی بین بک تایپ و سل تایپ نتیجه گروه خون را گزارش نمایند.

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر آزمایشگاه	اکبر صمدی		کارشناس آزمایشگاه	نصبیه شهبازی
				رئیس آزمایشگاه	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر کاظم قهرمانزاده
				تاریخ تایید:	سمت : رئیس آزمایشگاه
					نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی
		امضاء :		شماره و تاریخ ابلاغ :	سمت : رئیس مرکز

## منابع مورد استفاده :

روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمنونوهما تولوژی سازمان انتقال خون ایران - کتاب های رفرنس بانک خون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان دستورالعمل : اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش

انسانی

کد روش اجرایی : INS-۵۵

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۶/۲۵

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

## هدف:

حفظ آرامش روانی بیمار و پیشگیری از بروز تنش و ارائه ی خدمات در راستای مراقبت معنوی

دامنه : کل بخش های درمانی

## تعریف :

- ۱- خبر ناگوار عبارتست از هر گونه اطلاعاتی درباره بیماری بیمار که در عرف جامعه و از منظر بیمار خبری ناگوار تلقی گردد .
- ۲- اخلاق حرفه ای مجموعه ای از کنش ها و واکنشهای اخلاقی پذیرفته شده که از سوی سازمانها و مجامع حرفه ای مقرر می شود تا مطلوب ترین روابط اجتماعی ممکن را برای اعضای خود در اجرای وظایف حرفه ای فراهم آورد اخلاق حرفه ای گویند(آزاد،۱۳۷۳)

## مسئولیت ها و اختیارات :

-پزشک معالج : مسئولیت انتقال خبر ناگوار بد به بیمار یا همراه ایشان - پاسخگوی سوالات درباره سیر بیماری ( پروگنوز = prognoses

-) برنامه آینده درمانی و یا فوت بیمار

- دستیار پزشک معالج : مسئولیت انتقال خبر ناگوار بد به بیمار یا همراه ایشان - پاسخگوی سوالات درباره سیر بیماری ( پروگنوز =

prognoses -) برنامه آینده درمانی و یا فوت بیمار

- مسئول بخش/ پرستار مسئول بیمار : مسئولیت انتقال خبر ناگوار بد به بیمار یا همراه ایشان

شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود .)

۱- آموزش پرسنل واجد شرایط برای اعلام خبر با محوریت کمیته اخلاق بالینی انجام می شود و از ساعت یک بامداد تا هفت صبح به


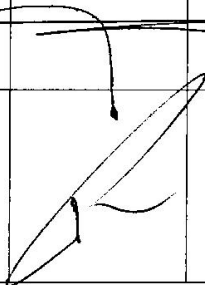
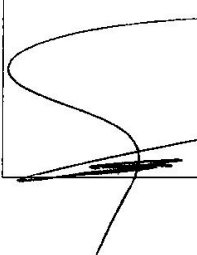
دلایل اخلاقی و حفظ آرامش خانواده های بیماران ، اطلاع رسانی خبر ناگوار انجام نمی گیرد .



۲- مسئول هر بخش محیط خلوت و مناسبی را در بخش با شرایط ذیل جهت برگزاری جلسه گفتن اطلاع خبر ناگوار فراهم می نماید :

- دارای صندلی راحت جهت نشستن به تعداد حاضرین می باشد.
- فضای اتاق مذکور دارای حریم مناسبی است بنحوی که محرمانگی اطلاعات ذکر شده در این جلسه حفظ می شود.
- درمحل تردد پرسنل نیست.
- در محل قرار گرفتن تلفنی که دیگران به آن پاسخ دهند نیست.
- فضای اتاق صمیمانه - غیررسمی - یا نیمه رسمی می باشد.
- امکانات پذیرایی و نیز مدیریت کردن واکنش های احساسی همراه بیمار یا والدین همچون غش کردن وجود دارد.
- پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد مسئولیت انتقال خبر ناگوار بد به بیمار یا همراه ایشان را دارد و در صورت عدم حضور پزشک با توجه به تصویب در کمیته اخلاق بیمارستان این مسئولیت با دستیار ایشان یا باسابقه ترین پرستار حاضر دربخش می باشد.
- پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد و یا دستیار ایشان دربخش می تواند پاسخگوی سوالات درباره سیر بیماری ( پروگنوز = prognoses - ) برنامه آینده درمانی و یا فوت باشد.
- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد در خصوص بیماری و عوارض آن و یا فوت بیمار ، همراه ایشان را به اتاق مناسب هدایت نموده و با حفظ خونسردی و ضمن احترام به عقاید و ارزش ها در خصوص بیماری و روند آن و یا فوت بیماراطلاعات را به همراه بیمار ارائه می نماید .
- اطلاع اخبار ناگوار بصورت تلفنی در موارد در دسترس نبودن والدین

**مستندات مرتبط :** مصاحبه با بیماران و رضایت بیماران

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		مدیر مرکز پرستاری	دکتر داوود علیپور
	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	مریم حسین زاده		مدیر دفتر پرستاری	لیلی رسولی

	امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی
		سمت : رئیس مرکز تاریخ تایید:
	امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی
		سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده :

- ۱- ta.mui.ac.ir > sites > ta.mui.ac.ir > files > akhlgh
- ۲- ۲۰۰۸ - Ethical issues in cancer patient care second edition – peter Angelo's
- ۳- www.ssu.ac.ir > fileadmin > ravan > pdf > faaliyatha > pptfiles > bad\_news

لیست خط مشی ها براساس استانداردهای اعتباربخشی (ویرایش چهارم) سال ۱۳۹۸



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی : مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت

سلامت

کد روش اجرایی : POL-۱

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۵/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**تعریف :** عوامل مستعد کننده بروز خطادر بیمارستان به دو دسته زیر ساختی و فرآیندی تقسیم می شوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی، تجهیزات و عوامل ساختار یا عوامل فرآیند مرتبط با روشهای مراقبت و درمان است.

یکی از ابزارهای مهم در زمینه پیشگیری از بروز خطر Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) با رویکرد تحلیل حالات بالقوه خطا است.

**خط مشی :** مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

**هدف:**

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی

توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی

شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی محتمل آتی (FMEA)

**دامنه خط مشی و روش:** بخش های درمانی ، پاراکلینیک و پشتیبانی

**مخاطبین یا ذینفعان:** پزشکان ، رزیدنتها ، سرپرستاران ، پرستاران ، انترنها ، اکسترنها ، دانشجویان پرستاری ، پرسنل واحد پاراکلینیک و

پرسنل بخش های پشتیبانی

**فرد پاسخگوی خط مشی:** مسئول ایمنی بیمار

**روش اجرایی:**

۱- روش های گرد آور اطلاعات برای انجام FMEA شامل

الف - موارد مشاهده شده در بازدیدهای میدانی

ب- موارد مشاهده شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی

ج- موارد اعلام شده توسط مسئولین بخشها و واحدها با درج در نرم افزار

د- موارد استخراج شده از جلسات بارش افکار با حضور مسئولین واحدها

۲- مرحله تحلیل اطلاعات

کلیه موارد اعلامی در جلسه کمیته پایش و سنجش کیفیت مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و بر اساس آیتم های شدت خطا ، میزان وقوع خطا و قابلیت شناسایی خطا ، عدد اولویت ریسک ( RPN ) محاسبه می گردد.

۳- اولویتهای برنامه ریزی و مداخله بر اساس نمره RPN مشخص می گردد .

۴- اقدامات پیشنهادی برای کاهش میزان ریسک تعیین می شود .

۵- نتایج تحلیل بعمل آمده به تیم مدیریت و رهبری گزارش و برنامه عملیاتی تدوین و مورد تأیید قرار می گیرد .


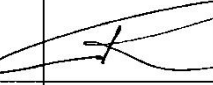
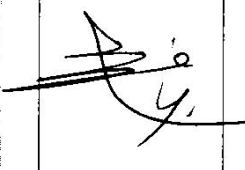
۶- FMEA تأیید شده و برنامه عملیاتی مربوطه در نرم افزار بهبود کیفیت ثبت می گردد.

۷- مسئول واحد بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بر روند اجرای برنامه نظارت می کنند.

۸- پایش مستمر نتایج حاصله توسط مسئول تعیین شده در برنامه عملیاتی صورت می گیرد و مسئول واحد بهبود کیفیت بر روند پایش نظارت می کند .



## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول ایمنی	آقای دکتر عطاالله هیرادفر		مدیر مرکز	آقای دکتر داود علیپور
	ریاست امور اداری	آقای عیسی سجلاتی		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مسئول واحد بهبود کیفیت	آقای ابوذر رشیدی نسب
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلا شکراللهی		معاون آموزشی مرکز	آقای دکتر افشین قلعه گلاب بهبهانی
	امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی			
		سمت : ریاست مرکز تاریخ تایید:			
	امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی			
		سمت : ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :			

منبع \*

## منبع :

- راهنمای استانداردهای ویرایش چهارم سال ۱۳۹۸
- تجارب بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی ( آیین نامه مالی و معاملاتی )

کد خط مشی: POL-۲

تعداد صفحه:

تاریخ تدوین: ۹۵/۵

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

### بیانیه سیاست / خط مشی:

بیمارستان در صورت نیاز برای انجام طیف وسیعی از فعالیت های خود از خدمات پشتیبانی گرفته تا امور فنی با پیمانکاران خارجی قرارداد منعقد می کنند. قراردادهای برون سپاری واحدها در بیمارستان براساس آئین نامه مالی و معاملاتی ، مصوبات هیئت مدیره ، قوانین و مقررات مالی استانداردها و قوانین نهادهای بالادستی توسط پیمانکاران (درموارد برون سپاری شده ) مشخص گردیده اند. باهدف انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه و صلاح بیمارستان و اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران، خط مشی های زیر در بیمارستان دنبال می گردد:

- ✓ حیطه های نیازمند به واگذاری شناسایی و اولویت بندی می شوند و بر اساس اولویت تعیین شده برون سپاری صورت می گیرد.
- ✓ پیمانکاران مختلف بررسی و ارزیابی شده و پس انتخاب بهترین آنها بر اساس معیارهای بیمارستان قرارداد منعقد می گردد.
- ✓ فرمت اولیه هر نوع قراردادی به تأیید مشاور حقوقی بیمارستان می رسد.
- ✓ کلیه قراردادها دارای تاییدیه مدیر مالی و مدیرعامل می باشند.
- ✓ سیستم نظارتی و کنترلی دقیق برای ممیزی عملکرد پیمانکاران ایجاد شده و در تمامی قراردادها ، نماینده ای از بیمارستان به عنوان ناظر فنی مشخص می گردد.
- ✓ مبلغی از تمامی قراردادها، به عنوان حسن انجام کار در نظر گرفته می شود.
- ✓ نحوه برخورد با عدم اجرای تعهدات در متن قرارداد گنجانده می شود.
- ✓ وضعیت قبل و پس از عقد قرارداد با پیمانکاران برای تجدید زمان قرارداد می گردد.
- ✓ درمفاد قراردادها رعایت الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت توسط پیمانکاران الزامی می باشد.
- ✓ مسئولان بخش مربوطه در صورت واگذاری خدمات بالینی، الزامات ایمنی و سلامت را در قرارداد مورد ارزیابی قرار می دهند. منابع مورد نیاز مانند آموزش، تجهیزات و حتی نیروی انسانی باید مطرح شده و از سوی مدیریت بیمارستان حتی الامکان تامین شود.

### دامنه :

تمامی واحدهای واگذار شده - واحدهای ناظر

## تعریف :

**پیمانکار:** شخص حقوقی یا حقیقی واجد صلاحیت فنی و علمی است که تحت عنوان پیمانکار جهت انجام امور و فعالیت های مختلف اجرائی، خدماتی، فنی و مهندسی، تحقیقاتی و غیره، که یک سوی امضا کننده پیمان است و اجرای موضوع پیمان را بر اساس اسناد و مدارک پیمان، بعهدہ گرفته است. نمایندگان و جانشین های قانونی پیمانکار، در حکم پیمانکار می باشند.

## فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :

مدیر بیمارستان مسئولیت نهایی پاسخگویی به اجرای صحیح این خط مشی را عهده دار است. ایشان از طریق مشورت با مسئولان بخش های مربوط و تیم مدیریت ارشد بیمارستان از انجام فعالیت ها طبق استانداردهای قرارداد اطمینان حاصل می کند.

## شیوه انجام کار به صورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا

۱. تیم مدیریت ارشد بیمارستان ( متشکل از رئیس، مدیر، معاون آموزشی، معاون درمانی، مترون، مدیر منابع انسانی، مدیر مالی و مشاور بیمارستان ) پس از بررسی روند کاری و وضعیت عملکرد واحد مربوطه تصمیم به برون سپاری به پیمانکاران خارجی می گیرند.

۲. تیم مدیریت ارشد بیمارستان حوزه های نیازمند واگذاری به پیمانکار را اولویت بندی می کنند.

۳. تیم مدیریت ارشد بیمارستان نمونه دستورالعمل ها و قراردادهای ابلاغی در خصوص واگذاری خدمات به پیمانکاران را بررسی می نمایند.

۴. تیم مدیریت ارشد بیمارستان، پیش و پس از عقد قرارداد با پیمانکاران مولفه های اختصاصی زیر را مدنظر قرار داده و بررسی می نمایند:

✓ مطالعات تطبیقی استفاده از تفکر گروهی

✓ تحلیل هزینه \_ منفعت

✓ استفاده از مشاوران و سازمان های صاحب دانش

✓ استفاده از اصول مدیریت پیمان

۵. مسئول امور مالی بیمارستان، نسخه اول الگوی قراردادها و دستورالعمل های واگذاری خدمات و نظارت بر آن را تهیه می نمایند که شامل موارد زیر می باشد:

❖ شناسایی پیمانکاران

❖ شاخص گذاری ارزیابی اولیه پیمانکاران (برای تضمین اینکه فعالیتهای زیر به خوبی انجام می شود:

- برنامه های مدیریت کیفیت

- مطابقت با استانداردهای کاری

- ملاحظات ایمنی و بهداشت)

❖ ارزیابی و رتبه بندی پیمانکاران

❖ انتخاب پیمانکار

❖ واگذاری کار و عقد قرارداد

❖ ارزیابی عملکرد پیمانکار منتخب از طریق ناظرین تخصصی کارفرما

❖ مکانیزم‌های تشویق و تنبیه مبتنی بر نتایج ارزیابی عملکرد

❖ انجام اقدامات اصلاحی و بهبود با مشارکت پیمانکار

۶. مدیر امور قراردادهای، متن قرارداد را به همراه تاریخ پایان و تجدید حقوق به صورت واضح و روشن تهیه می کند.

۷. در صورت نیاز، مدیر بیمارستان منابع مالی مورد نیاز جهت عقد قرارداد و پیگیریهای مربوطه را از محل بودجه مربوطه تایید می نماید.

۸. تیم مدیریت ارشد بیمارستان ساز و کارهای نظارتی دقیق و قوی را با استفاده از نقش ناظرین تخصصی بر اساس دستورالعمل‌های مدون و جامع قبل از انجام واگذاری طراحی می کند.

۹. مدیر منابع انسانی قبل از آغاز به کار پیمانکاران، اطلاعات کافی در خصوص ارزیابی ریسک را به آنها ارائه می دهد از جمله: اطلاعاتی در خصوص گازهای طبی، برق، لوله های بخار، پیشگیری و کنترل عفونت، کار در ارتفاع، فضاهای بسته و... .

۱۰. مدیر امور مالی متن قرارداد را نهایی و تایید می نماید. در این خصوص ایمنی و سلامت کارکنان و محرمانگی منابع از اهمیت برخوردارند. سپس به هر قرارداد جدید یک شماره اختصاص می دهد.

۱۱. نمایندگان تعیین شده در هیئت امنای بیمارستان به نمایندگی از دیگر اعضا قرارداد را بررسی و امضا می نمایند.

۱۲. زمانی که قرارداد به امضای طرفین می رسد، مدیر امور قراردادهای اصلی را برای ذخیره سازی در واحد بایگانی نگه می دارد. همچنین ممکن است در صورت ضرورت کپی مستندات مربوط دیگر نیز درخواست گردد. مستندات لازم در عقد قرارداد به صورت زیر می باشند:

○ صورتحساب و یا صورت وضعیت حسب مورد

○ قرارداد

○ مدارک انجام مناقصه و ترک تشریفات مناقصه حسب مورد

○ ابلاغ افزایش یا کاهش کار

○ تائیدیه ریاست یا مدیریت بیمارستان حسب مورد یا مقامات مجاز مبنی بر انجام موضوع قرارداد حسب شرایط قرارداد

○ ارائه تصفیه حساب طرف قرارداد از سوی مراجع قانونی ذیربط حسب مورد (سازمان تأمین اجتماعی، وزارت امور

اقتصادی و دارایی و ... )

○ ارائه مستندات مبنی بر پرداخت به ذینفع

۱۳. مدیر امور قراردادهای، قراردادهای را به صورت یک فایل الکترونیک در فایل قراردادهای بیمارستانی ذخیره می کند.

۱۴. پیمانکار سرپرستی را در حیطة تخصصی موجود تعیین می نماید تا دستورالعمل های مربوطه را از مدیر منابع انسانی دریافت و به پرسنل خود انتقال دهد.

۱۵. مسئولان مربوطه نظارت و کنترل بر اقدامات و خدمات پیمانکاران را بر اساس سیستم ممیزی طراحی شده (از جمله چک لیست ها، شاخص های ارزیابی عملکرد پیمانکاران و...) انجام داده و نتایج را به آنها اطلاع می دهند. همچنین این نتایج در کارنامه فعالیت پیمانکار درج می گردد.

۱۶. تیم مدیریت ارشد بیمارستان بسته به وضعیت عملکردی پیمانکاران، خدماتی را به آنها ارائه می دهند.

۱۷. تیم مدیریت ارشد بیمارستان جلساتی را در خصوص مشکلات اجرایی پیمانکاران در بیمارستان برگزار کرده و راهکارهایی برای رفع آنها پیشنهاد می دهند.



۱۸. مدیر منابع انسانی در اسرع وقت بخش های تحت تاثیر فعالیت پیمانکاران را به آنها اطلاع می دهد .

۱۹. مدیر قراردادها، ممیزی خدمات ارائه شده از سوی پیمانکاران را در مدت زمان تعیین شده انجام می دهد.

۲۰. مدیر قراردادها در صورت نزدیک شدن به تاریخ تجدید یا شروع به کار پیمانکار، موضوع را به مسئول تجدید و حفظ قرارداد اطلاع خواهد داد.

۲۱. مسئول تجدید و حفظ قرارداد اقدامات پیگیری مورد نیاز را تکمیل کرده و گزارش آن را به مدیر قراردادها برای به روزرسانی ثبت نام الکترونیکی ارائه می دهد.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول بهبود کیفیت	ابوذر رشیدی نسب		رئیس امور اداری	عیسی سجلاتی
	سرپرست امور مالی	جواد انصاری		مسئول امور قراردادها	مقصود احتمالی
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داوود علیپور		
			سمت : مدیر مرکز		
			تاریخ تایید:		
		امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز		
			شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

۲- آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه ها ودانشکده های علوم پزشکی وخدمات بهداشتی و درمان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱	کد خط مشی: POL-۳ تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**بیانیه سیاست / خط مشی:**

در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه، توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی (مانند مراقبتهای اورژانسی، جراحیهای فوری، ..... ) در شرایط بحرانی

**دامنه:**

کلیه بخش های درمانی و غیر درمانی

**فرد پاسخگو:** دبیر کمیته بحران - مدیر خدمات پرستاری - مدیر مرکز

**تعریف:**

استمرار خدمات حیاتی: یک حادثه و بلایای ضروری روزانه، جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی مانند مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری و مراقبت از مادر و کودک، در شرایط عادی وجود دارند حذف نمی کند. بنابراین، در دسترس بودن خدمات اساسی باید به موازات ادامه یا فعال شدن یک برنامه پاسخ اورژانس بیمارستان ادامه پیدا کند. در خصوص نیل به این هدف کلیه فعالیت های ذیل انجام شوند

۱. فهرست بندی و اولویت بندی همه خدمات بیمارستان
۲. لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آنهایی که باید در همه زمان در هر شرایطی نیز در دسترس باشند.
۳. تعیین منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تأمین آنها به خصوص برای گروههای دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر (مانند کودکان، افراد مسن، از کارافتاده)
۴. تعیین یک طرح سیستماتیک و قابل گسترش برای حفظ تداوم مراقبت های ضروری (به عنوان مثال دسترسی به تهویه مکانیکی و داروهای حیاتی)
۵. هماهنگی با وزارت بهداشت، بیمارستان های همجوار و پزشکان خصوصی جهت اطمینان از ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی در سراسر جامعه
۶. حصول اطمینان از درد دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی در بیمارستان، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا
۷. بررسی تأثیر وقایع احتمالی ناشی از حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی
۸. حصول اطمینان از وجود مکانیسم های احتمالی برای جمع آوری و دفع اجساد و دیگر ضایعات خطرناک بیمارستانی

## فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :

دبیر کمیته بحران - مدیر خدمات پرستاری - سرپرستار اورژانس

### شیوه انجام کار به صورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا

- ۱- ریاست بیمارستان لیست تمامی خدماتی که در بیمارستان انجام می شود را در اختیار دارد و بر اساس نیاز، آنها را اولویت بندی می کند.
- ۲- جراحی های غیر ضروری بیمارستان در شرایط بحرانی لغو می گردد
- ۳- ریاست بیمارستان جهت تامین منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و یا انتقال آنها بخصوص برای گروههای دارای شرایط بحرانی و سایر گروههای آسیب پذیر ( مانند کودکان ) در شرایط عادی با همکاری دبیر کمیته مدیریت خطر و بلایا تفاهم نامه هایی با سایر بیمارستانها امضا می نماید
- ۴- کمیته مدیریت خطر و بلایا محلهایی برای افزایش تخت های بستری تعیین نموده است
- ۵- کمیته مدیریت خطر و بلایا در زمان وقوع حادثه و احتمال افزایش تعداد اجساد برنامه ریزی نموده و ظرفیت نگهداری اجساد در حالت عادی که شش فوت شده می باشد به بیست و دو جسد برای نگهداری ۴۸ ساعت افزایش می دهد

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر میرهادی موسوی	ریاست مرکز		آقای داود علیپور	مدیر مرکز	
آقای عیسی سجلاتی	رئیس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )		خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
نام و نام خانوادگی تایید کننده :		دکتر داود علیپور	امضاء :		
سمت : مدیر مرکز		تاریخ تایید :	امضاء :		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده :		دکتر میرهادی موسوی	امضاء :		
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :	امضاء :		

منابع مورد استفاده : تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها

تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۰۷/۱۲	کد خط مشی: POL-۴ تعداد صفحه: ۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۷	

**بیانیه سیاست / خط مشی:** صیانت از پرونده های بالینی بیماران در موقع نقل و انتقال پرونده های بیماران .

**دامنه:** بخش مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات ، واحدهای درمانی .

**تعریف:**

محرم‌انگي : محافظت فیزیکی از پرونده های بیماران و پیشگیری از افشای اطلاعات محتویات پرونده .

نقل و انتقال پرونده ها : ارسال پرونده های بیماران در زمان انتقال بین بخش ها ، زمان ترخیص و پس از ترخیص جهت اهداف درمانی ، آموزشی و پژوهشی و حقوقی .

در جهت صیانت از پرونده ها نقل و انتقال پرونده ها با اخذ رسید انجام می گیرد.

**فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :** مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت .

**شیوه انجام کار به صورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا:**

در جهت صیانت و کنترل و رصد پرونده های بیماران بستری تحویل پرونده ها بصورت دستی و الکترونیک صورت می گیرد که شیوه انجام هر یک بصورت گام به گام شرح داده می شود.

۱- بیمار در هنگام ترخیص از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) و پرونده کاغذی توسط منشی های بخشهای درمانی به واحد ترخیص تحویل داده می شود .

۲- پرونده های بیماران بستری ۲۴ ساعت الی ۴۸ ساعت بعد از ترخیص با الصاق لیست بیماران از واحد ترخیص جهت کدگذاری و ارسال اطلاعات به سامانه سپاس به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ارسال می گردد.

۳- پرونده های بیماران بستری ۲۴ ساعت الی ۴۸ ساعت بعد از تحویل تشخیص اولیه ،حین درمان ،نهایی و ... پرونده ها کدگذاری و ارسال به سامانه سپاس با همان لیست پیوستی پرونده ها جهت انجام امور درآمد و بیمه گری به واحد ترخیص ارسال می گردد.

۴- پرونده های بیماران بستری بعد تکمیل پرونده مالی بیماران بیوست لیست بر اساس صندوق بیمه به کارشناسان مربوطه تحویل و بعد از رسیدگی با همان لیست به واحد ترخیص عودت داده می شوند.



۵- پرونده های مالی از پرونده بالینی تفکیک و بصورت الکترونیکی و با پیوست کاغذی به واحد درآمد ارسال می گردد.

۶- پرونده های بالینی بعد از اتمام امور درآمد و بیمه گری از طریق الکترونیکی در قسمت گردش پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ارسال و پرونده های کاغذی بالینی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ارسال می گردد.

۷- پرونده های بیماران از روی کد پذیرش بیماران در سیستم HIS تحویل گرفته می شود و بعد از انجام امور مربوطه جهت فایلینگ به واحد بایگانی ارسال می گردد و پس از ثبت در دفاتر بایگانی در محل جایگزینی پرونده در قفسه ها بایگانی می شود. انتقال پرونده ها جز بند (۱) که توسط منشی انجام می گیرد بقیه بندها توسط رابط و خدمات واحد صورت می گیرد.

نکته : در سیستم HIS مشخصات ارسال کننده با تاریخ ارسال توسط واحد ترخیص و مشخصات کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت با تاریخ تحویل در قسمت گردش پرونده ثبت و قابل نمایش است. بدین ترتیب پرونده های بیماران بستری بین واحد ترخیص و مدیریت اطلاعات سلامت قابل ردیابی می باشد.

درخواست پرونده از بایگانی :

حتی الامکان مطالعه پرونده جهت اهداف آموزشی، پژوهشی و... در محل بایگانی صورت می گیرد. در صورتیکه جهت ادامه درمان نیاز به ارسال پرونده به بخشهای بستری می باشد به شرح زیر اقدام می شود:

الف - درخواست بصورت سیستم دستی:

۱ - درخواست کتبی پرونده از طرف درخواست کننده مجاز با مشخصات نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده و تاریخ مراجعه قبلی بصورت کتبی درخواست می شود و در خواست کتبی توسط درخواست کننده یا منشی و رابط بخش به بایگانی مدارک پزشکی ارائه می شود و پرسنل بایگانی با اخذ درخواست و تکمیل فرم جایگزین و اخذ رسید از درخواست کننده و یا تحویل گیرنده و تاریخ عودت پرونده، پرونده تحویل می گردد.

۲- بعد از بهره برداری ، پرونده توسط درخواست کننده یا منشی و رابط بخش به بایگانی عودت داده شده و رسید پرونده نیز به حامل پرونده تحویل می شود و از دفتر ثبت حذف می شود.

۳- در صورتیکه در موعد مقرر پرونده تحویل بایگانی نشده باشد تلفنی پیگیری می شود.

تمامی مراحل فوق توسط درخواست کننده مجاز ، منشی و رابط بخش صورت می گیرد و پرونده به دست والدین و همراهان بیماران داده نمی شود.

در جهت تکمیل پرونده بیماران گزارش هایی که در زمان ترخیص بیماران آماده نمی باشند در برگ چک لیست ممیزی درج می شود و بعد از ترخیص در واحدهای مختلف ترخیص و درآمد نواقص پرونده پیگیری و در پرونده درج می شود.

در بین گزارش های تاخیری برگ پاتولوژی به خاطر اهمیت در کدگذاری بیماریها، کارشناس کدگذاری در حین کدگذاری در صورتی که جواب پاتولوژی آماده نباشد پیگیری لازم را انجام می دهد (در صورتیکه در سیستم HIS جواب پاتولوژی ثبت شده باشد یکبرگ پرینت ضمیمه پرونده می نماید و در صورتیکه هنوز جواب در سیستم HIS وارد نشده باشد کارشناس مربوطه پیگیری لازم را از واحد پاتولوژی انجام می دهد).

در جهت کنترل و مطابقت پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده به شرح زیر اقدام می شود.

#### کنترل پرونده ها بصورت دستی :

- ۱- یک نسخه از برگ پذیرش بیماران بستری و بیماران سرپائی بار اول روز بعد و در روزهای تعطیل در اولین روز کاری به مسئول بخش مدارک پزشکی ارسال می شود.
- ۲- برگ های پذیرش بیماران بستری بار اول و بیماران با سابقه بستری (مکرر) توسط مسئول بخش از هم تفکیک و به ترتیب صعودی مرتب می شوند .
- ۳- در صورتیکه در شماره های بار اول شماره ای بدون برگه باشد بررسی لازم انجام شده و اگر نیاز به پرینت مجدد باشد تهیه شده و اگر به هر دلیلی شماره خالی باشد به واحد پذیرش بستری جهت تخصیص شماره به فرد دیگر اطلاع داده میشود و در روز بعد جهت حصول اطمینان از تخصیص شماره به بیمار دیگر پیگیری می شود
- ۴- شماره های مربوط به بیماران بستری بار اول جهت قرار گرفتن در پوشه مربوطه به متصدی تنظیم پرونده ها تحویل می گردد.
- ۵- شماره های مربوط به بیماران بستری دارای سابقه بستری بصورت صعودی و به ترتیب تاریخ مرتب شده بصورت ماهانه در یک زونکن بصورت شماره ای و به ترتیب تاریخ بایگانی می شود .
- ۶- پس از ارسال پرونده ها از واحد حسابداری ترخیص وبعد از تحویل پرونده ها و انجام مراحل مربوطه پرونده های بیماران بستری بدون سابقه و سابقه دار از هم تفکیک می شوند.
- ۷- پرونده های مربوط به بیماران بستری بار اول در داخل پوشه قرار داده می شود و برگه پذیرش پرونده های مکرر از زونکن مربوطه به همان ترتیبی که فایل شده اند با توجه به تاریخ بستری و شماره پرونده از زونکن درآورده می شوند و بعد از ترتیب و تنظیم و ثبت در دفتر توسط متصدی مربوطه به بایگانی ارسال می شوند.
- ۸- پس از ارسال پرونده ها از واحد ترخیص پوشه های احتمالی بدون پرونده و برگ های پذیرش موجود در زونکن هاپس از نشان دهنده آن است که پرونده های بیماران مذکور به مدارک پزشکی ارسال نشده است که مراتب به واحد حسابداری ترخیص جهت پیگیری تا وصول پرونده ها ارائه می شود.

#### کنترل پرونده ها بصورت الکترونیکی :

پس از اتمام مراحل درآمد و بیمه گری توسط واحد حسابداری ترخیص در برنامه ترخیص در قسمت ارسال پرونده به بایگانی با انتخاب ارسال پرونده بالینی پرونده ها بصورت الکترونیکی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات ارسال می گردد و پرونده های بالینی نیز به این واحد ارسال می شود در نرم افزار در قسمت در حال تحویل قرار می گیرد. کارشناس واحد مدیریت اطلاعات سلامت با وارد کردن کد کامپیوتری پذیرش بیماران در

قسمت گردش پرونده ، با انتخاب گزینه تحویل پرونده بصورت الکترونیکی از قسمت در حال تحویل خارج شده و در قسمت پرونده ای موجود در بایگانی قرار می گیرد.

بعد از مدت زمانی که واحد حسابداری ترخیص اعلام می کند پرونده ها تماما" از آن واحد ارسال شده از طریق گزارشگیری پرونده هایی که احتمالا" به بایگانی ارسال نشده باشند جهت پیگیری به واحد حسابداری ترخیص ارسال می شود و نسبت به تعیین تکلیف پرونده اقدام می شود.

در صورتیکه پرونده بیماری مفقود شود و بعد از پیگیری به نتیجه ای منتج نشود به شرح ذیل اقدام می شود :

۱- مراتب بصورت کتبی از طریق واحدی که پرونده در آن واحد مفقود شده به ریاست محترم مرکز اعلام می شود.

۲- ریاست مرکز نامه را جهت طرح در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات و اقدامات لازم قبل از تشکیل کمیته به مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات ارجاع می دهد.

۳- در واحد مدیریت اطلاعات سلامت ابتدا پیگیری لازم از محلی که در آن واحد مفقودی اتفاق افتاده در جهت جستجو برای پیدا کردن پرونده صورت می گیرد. در صورتیکه دیگر از مفقودی پرونده بستری بیمار اطمینان حاصل شد اوراق پرونده پزشکی (برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، صورتحساب، جوابهای آزمایشگاهی، پاتولوژی، رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن و ...) که امکان تهیه نسخه چاپی از سیستم HIS وجود دارد یک نسخه تهیه شده و در پوشه پرونده مذکور ضمیمه می شود.

۴- در گام دوم موضوع مفقودی پرونده در اولین کمیته مذکور مطرح و توسط اعضای کمیته عاملین مفقودی، علل آن و راهکارهای پیشگیری موردی از مفقودی بررسی می شود.

۵ - اقدامات اصلاحی پیشگیرانه نظیر توجیه مسئولیت کارکنانی که با پرونده بیماران سروکار دارند بر حسب مورد صورت می گیرد .

۶ - برنامه بهبود فرایند مراقبت از پرونده های بیماران ( تحویل و تحول پرونده ها با اخذ رسید ، نگهداری پرونده ها از دسترس افراد غیرمجاز ، انجام به موقع امورات و عودت پرونده به بایگانی بلافاصله بعد از بهره برداری) تدوین و اجرایی شود.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	وحیده طالبی		کارشناس مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	علیرضا قهرمانی
	کاردان مدارک پزشکی	رقيه حسن پور		کاردان مدارک پزشکی	پریسا موحد
	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی		مسئول ترخیص	محمدصادق علی نژادان
		امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده : علیرضا قهرمانی سمت : کارشناس مسئول مدیریت اطلاعات سلامت تاریخ تایید: 1398/08/25	
		امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :	

منابع مورد استفاده :

تجربیات بیمارستانی  
سنجه های اعتباربخشی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: خط مشی مهار شیمیایی

کد خط مشی: POL-4

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۴/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

**تعریف:** مهار شیمیایی بیمار خصوصا در مورد کودکان، کمک موثری به حفظ لاین وریدی بیمار و پیشگیری از خطرات سقوط از تخت و اکستوبه شدن بیمار و سایر خطرات بالقوه می نماید.

**خط مشی:** مهار شیمیایی بیمار

**هدف:** افزایش ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطرات بالقوه

**دامنه خط مشی و روش:** بخش های درمانی

**مخاطبین یا ذینفعان:** پزشکان - رزیدنتها - سرپرستاران - پرستاران - انترن ها - اکسترنها - دانشجویان پرستاری

**فرد پاسخگوی خط مشی:** سرپرستار بخش

**روش اجرایی:**

۱- سابقه داروئی و حساسیتهای شناخته شده بیمار، و پیشگیری از عوارض و تداخلات داروئی، در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار توسط پزشک معالج، در نظر گرفته می شود.

۲- با انتخاب ایمن ترین روش مهار شیمیایی صرفا با دستور پزشک معالج یا رزیدنت با ثبت دستور در پرونده انجام و انتخاب مهار شیمیایی بر اساس آخرین گایدلاینها و رفرنس های هر رشته تخصصی صورت می گیرد و اصول داروهای ایمن توسط پرستار مسئول بیمار رعایت می گردد.

۳- پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی توسط پرستار مسئول بیمار، ارزیابی و در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

۴- تمهیدات لازم جهت اجتناب از سقوط بیماران فراهم می شود و نرده های تخت حتما بالا نگه داشته می شود .

۵- حریم خصوصی بیمار حین مهار شیمیایی، توسط تیم درمانی حفظ می گردد.

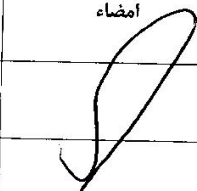
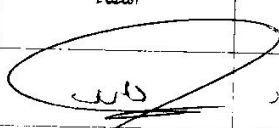
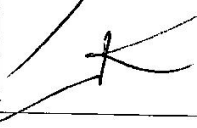
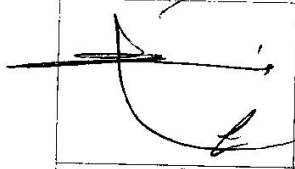

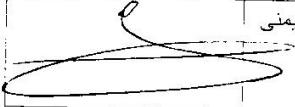
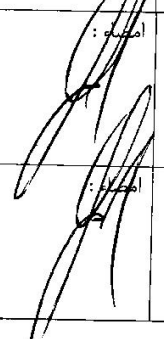
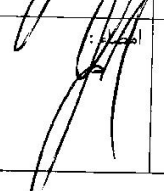
۶- وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار ، بررسی و در صورت بروز گزارش می گردد.

۷- مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن توسط پزشک/رزیدنت قطع می گردد.

۸- تکرار مهار شیمیایی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک در هر ویزیت بوده و اجرای مهار شیمیایی با دستور PRN ممنوع می باشد .

۹- توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز ( حداکثر سه بار ) و توصیه به استفاده از روشهای غیر شیمیایی مهار بیمار و از طریق کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، استفاده می شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر عطاالله هیرادفر	مسئول ایمنی		خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی	سوپروایزر	
خانم لیلی رسولی	مدیریت خدمات پرستاری		خانم نیره فرج زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
خانم معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		خانم ژلیلا شکر الهی	کارشناس ایمنی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میر هادی موسوی					
سمت : ریاست مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی					
سمت : ریاست مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ :			

### منبع :

- راهنمای استانداردهای ویرایش چهارم سال ۱۳۹۸
- ونگ - پرستاری کودکان
- تجارب بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: خط مشی مهار فیزیکی

تاریخ تدوین: ۹۴/۱	کد خط مشی: POL-۵ تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	

**تعریف:** مهار فیزیکی بیمار خصوصا در مورد کودکان، کمک موثری به حفظ لاین وریدی بیمار و پیشگیری از خطرات سقوط از تخت و اکستوبه شدن بیمار و سایر خطرات بالقوه می نماید.

**خط مشی:** مهار فیزیکی بیمار

**هدف:** افزایش ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطرات بالقوه

**دامنه خط مشی و روش:** بخش های درمانی

**مخاطبین یا ذینفعان:** پزشکان - رزیدنتها - سرپرستاران - پرستاران - انترن ها - اکسترنها - دانشجویان پرستاری

**فرد پاسخگوی خط مشی:** سرپرستار بخش

**روش اجرایی:**

- ۱- پزشک معالج یا رزیدنت، دستورمهار فیزیکی را در پرونده قید می نماید. انجام مهار فیزیکی و مدت آن، صرفا بر اساس دستور پزشک/رزیدنت و ذکر اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستورات پزشکی باید قید گردد. تکرار مهار فیزیکی صرفا منوط به دستور مجدد وی بوده و تکرار مهار فیزیکی، بدون دستور مجدد پزشکی، حتی با وجود دستور در صورت لزوم (PRN) ممنوع می باشد.
- ۲- ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با کمترین آسیب به بیمار، برای مهار فیزیکی باید توسط سرپرستار درخواست گردیده و همواره در بخش موجود باشد.
- ۳- جهت مهار فیزیکی، پرستار با همکاری کمک پرستار از نوار مناسب و پد یا پنبه مناسب که داخل نوار گذاشته شده استفاده شود و سیستم عصبی - عروقی اندامهای مهار شده، از نظر عدم آسیب یا محدودیت به صورت مستمر هر یک ساعت، کنترل و ثبت می شود.

- ۴- زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
- ۵- در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.
- ۶- نرده های تخت (به منظور جلوگیری از سقوط بیمار) حتما باید بالا باشد.
- ۷- از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندامها و اعضای مجاز با روشهای استاندارد و بدون عوارض استفاده گردد.
- ۸- تمهیدات ایمنی لازم از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود و... در نظر گرفته می شود.

۹- وقایع ناخواسته / آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار بررسی و در صورت بروز گزارش گردد.

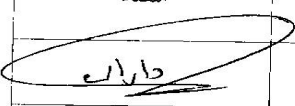
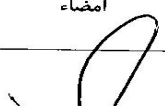
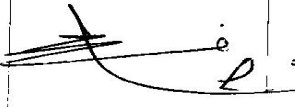

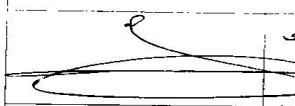

۱۰- شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن مورد بررسی قرار می گیرد.

۱۱- حریم خصوصی بیمار حین مهار فیزیکی حفظ گردد.

۱۲- در کوتاهترین زمان ممکن، اقدام به قطع مهار فیزیکی گردد.

۱۳- علایم عوارض مهارهای فیزیکی به صورت دوره ای به پرستاران گوشزد و بازآموزی می گردد.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر	خانم فریبا گوزل اوغلی دارابی		مسئول ایمنی	آقای دکتر عطالله هیرادفر
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خانم نیره فرج زاده		مدیریت خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
	کارشناس ایمنی	خانم ژیلا شکراللهی		سوپروایزر آموزشی	خانم معصومه محمدزاد
		امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میرهادی موسوی		
		امضاء:	سمت: ریاست مرکز تاریخ تایید:		
		امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		
		امضاء:	سمت: ریاست مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:		

### منبع :

- راهنمای استانداردهای ویرایش چهارم سال ۱۳۹۸
- ونگ - پرستاری کودکان
- تجارب بیمارستان





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

تاریخ تدوین: ۹۵/۹	کد خط مشی: POL-۶ تعداد صفحه: ۵
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	

**بیانیه خط مشی :**

- پایش مداوم وضعیت بیمار با کنترل مداوم علائم حیاتی از طریق دستگاه پالس اکسی متری و مانیتورینگ قلبی انجام می شود.
- در خصوص نوزادان بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان، مراقبت های تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزادان و انجام معاینه چشم نوزادان پس از پایدار شدن علائم حیاتی و فیزیولوژیک برنامه ریزی و انجام می شود

**دامنه کاربرد :** کلیه واحدهای بالینی

**تعاریف :**

بیماران حاد بیمارانی هستند که به صورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی شده است. این بیماران نیازمند به مانیتورینگ مداوم بوده و در فهرست پذیرش بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان قرار میگیرند، سطح ارائه مراقبت از آنها ارتباطی به حضور بیمار در بخش عادی، ویژه یا اورژانس ندارد و بایستی مراقبتهای ویژه تا زمان پایداری کامل وضعیت بیمار ادامه پیدا کند.

• بیماران نیازمند مراقبتهای بحرانی به علت ناپایداری علائم حیاتی، نیازمند استمرار مداخلات درمانی و پایش مداوم وضعیت بیمار و ارتقاء مراقبتها در حیطه های فیزیولوژیکی می باشند.

• مراقبت فیزیولوژیک بیماران شامل: فشار خون سیستولیک (SBP) فشارخون دیاستولیک (DBP)، فشار متوسط شریانی (MAP) ، ضربان قلب (HR)، تعداد تنفس (RR)، درجه حرارت (BT)، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (SPO<sub>2</sub>)، کنترل نبض های محیطی و برگشت وریدی می باشد.

**ذینفعان :** پرستاران - پزشکان

**فرد پاسخگو :** رئیس بخش - سرپرستار بخش

## شیوه انجام کار :

پرستار بیمار را ارزیابی کرده و در صورت بروز علائم خطر زیر ، بیمار را تحت مانیتورینگ مداوم قرار داده و وضعیت بالینی بیمار را به پزشک اطلاع می دهد.

### علائم خطر در کودکان و نوزادان:

- وجود دیسترس تنفسی
  - تاکی پنه
  - رتراکسیون
  - پرش پره های بینی (nasal flaring)
  - وجود گرانترینگ (در موقع بازدم صدای ناله مانند داشته باشد)
  - تغییر در صداهای تنفسی مثل استریدور و ویزینگ
- علائم شدت یافتن دیسترس تنفسی:
  - تغییر رنگ پوست به رنگ خاکستری و سیانوز
  - عدم شنیدن صدای ورود هوا
  - آپنه و تنفس های نامنظم
  - تغییر در سطح هوشیاری و فعالیت
  - برادی کاردی
- علائم خطر کلاپس قلبی عروقی
  - تاکی کاردی
  - تغییر پرفیوژن
  - پوست: افزایش زمان پرشدگی مجدد مویرگی بیش از ۲ ثانیه
  - مغز: تغییر سطح هوشیاری و فعالیت، کاهش پاسخ دهی
  - کلیه ها: کاهش Output ادراری به کمتر از ۱ ml/kg/hr و کاهش کیفیت نبض
- علائم شدت یافتن کلاپس قلبی عروقی
  - کاهش پاسخ به درد
  - شل بودن اندام ها
  - هیپوتانسیون یا نبض های ضعیف
  - برادی کاردی

### نحوه ی مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم در بخش PICU :

- پرستار در صورت وجود تغییرات در هر یک از علائم حیاتی بیمار، اقدامات مناسب را بر حسب نیاز (مانیتورینگ مداوم قلبی - ریوی و یا پالس اکسی متری مداوم) انجام داده و به پزشک جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.
- پزشک دستورات لازم را در پرونده بیمار ثبت و پرستار دستورات را چک و اجرا می کند.
- در این بیماران، پرستار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیمار را هر ۲-۱ ساعت یکبار (بسته به شرایط بیمار) با استفاده از کاف فشارسنج مانیتور و با فشردن دکمه کنترل NIBP در دستگاه مانیتورینگ قلبی، اندازه گیری و چارت می کند.
- اگر بیمار تحت مانیتورینگ باشد، پرستار، بسته به شرایط بیمار و طبق دستور پزشک، فشار متوسط شریانی (MAP) از روی مانیتور در برگ علائم حیاتی چارت می کند.
- پرستار ضربان قلب (HR) کودک را هر دو ساعت از طریق گوشی (نبض آپیکال) در مدت یک دقیقه کامل سمع و یا در صورت مانیتورینگ بیمار، عدد مربوط به HR را از روی دستگاه خوانده و در قسمت مربوطه چارت می کند.
- پرستار وجود نبض های محیطی را در هر شیفت کاری و پرشدگی مویرگی (capillary filling) را بسته به وضعیت بیمار و دستور پزشک، در بیمار لمس و چارت میکند.
- پرستار تعداد تنفس (RR) بیمار را هر دو ساعت، در یک دقیقه کامل شمارش کرده و ثبت می نماید و به الگوی تنفسی بیمار توجه می کند.
- پرستار SPO<sub>2</sub> بیمار را با استفاده از دستگاه مانیتورینگ قلبی-ریوی و یا دستگاه پالس اکسی متری به روش صحیح اندازه گیری کرده و هر ۲-۱ ساعت بسته به وضعیت بیمار چارت می کند.
- پرستار درجه حرارت (BT) بیمار را هر ۲ ساعت و PRN (در صورت نیاز) کنترل و چارت می نماید.
- پرستار در کنترل علائم حیاتی به جدول مقادیر نرمال علائم حیاتی در کودکان و نوزادان که در تمامی بخش ها موجود است توجه کرده و در صورت غیر طبیعی بودن علائم حیاتی بیمار (تغییرات خارج از محدوده نرمال) آن را به پزشک اطلاع می دهد.

### نحوه مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ در بخش NICU :

- پرستار در صورت وجود تغییرات در هر یک از علائم حیاتی بیمار، اقدامات مناسب (مانیتورینگ مداوم قلبی - ریوی و یا پالس اکسی متری مداوم) را بر حسب نیاز انجام داده و به پزشک جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.
- پزشک دستورات لازم را در پرونده بیمار ثبت و پرستار دستورات را چک و اجرا می کند.
- در این بیماران، پرستار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیمار را هر ۲-۱ ساعت یکبار (بسته به شرایط بیمار) با استفاده از کاف فشارسنج مانیتور و با فشردن دکمه کنترل NIBP در دستگاه مانیتورینگ قلبی، اندازه گیری و چارت می کند.

**توجه:** در صورتیکه دستور پزشک مبنی بر کنترل BP بر اساس ساعت باشد اجرا میشود ولی در خصوص نوزدان بستری بر روی وارمردر بخش NICU و کلیه نوزادانی که در انتظار بستری در بخش NICU می باشند کنترل BP هر ۶ ساعت انجام شود. در مورد نوزدان داخل انکوباتور با توجه به رعایت NIDCAP کنترل BP هر ۲۴ ساعت انجام شود.

- اگر بیمار تحت مانیتورینگ باشد، پرستار، فشار متوسط شریانی (MAP) از روی مانیتور در برگ علائم حیاتی چارت می کند.
- پرستار ضربان قلب (HR) کودک را از طریق گوشی (نبض آپیکال) در مدت یک دقیقه کامل سمع و یا در صورت مانیتورینگ بیمار، عدد مربوط به HR را از روی دستگاه خوانده و در بخش مربوطه چارت می کند.
- وجود نبض های محیطی و پرشدگی مویرگی (capillary filling) را هر دو ساعت در بیمار لمس و چارت میکند.
- پرستار تعداد تنفس (RR) بیمار را در یک دقیقه کامل شمارش کرده و ثبت می نماید و به الگوی تنفسی بیمار توجه می کند.
- پرستار SPO<sub>2</sub> بیمار را با استفاده از دستگاه مانیتورینگ قلبی-ریوی و یا دستگاه پالس اکسی متری به روش صحیح اندازه گیری کرده و هر ۱-۲ ساعت بسته به وضعیت بیمار چارت می کند.
- در خصوص نوزدان با سابقه جراحی قلب و بیماران قلبی که دستور پزشک مبنی بر مانیتورینگ قلبی دارند و نیز در نوزادانی که با شکایت آریتمی مراجعه کرده اند، مانیتورینگ قلبی الزامی است.
- پرستار درجه حرارت (BT) بیمار را هر ۲ ساعت (و PRN) از طریق آگزیلاری با ترمومتر دیجیتالی کنترل و چارت می نماید.
- پرستار در کنترل علائم حیاتی به جدول مقادیر نرمال علائم حیاتی در کودکان و نوزادان که در تمامی بخش ها موجود است و در صورت غیر طبیعی بودن علائم حیاتی (تغییرات خارج از محدوده نرمال) آن را به پزشک اطلاع می دهد.

### نحوه ی مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم در بیماران حاد در انتظار بستری در بخش های ویژه

- ۱- از آنجا که بیماران حاد نیازمند مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم می باشند بیماران در انتظار بستری در بخش ویژه از درمانهای پزشکی و مراقبتهای مستمر پرستاری و تجهیزات مشابه با بیماران بخش ویژه در همان بخش بستری برخوردار می شوند در این شرایط پرستار به نزدیک ترین اتاق به ایستگاه پرستاری انتقال داده و به منظور پیشگیری از بروز آسیب های روحی و روانی به سایر بیماران در اتاق خصوصی و تک تخته بستری کرده و یا خلوت بیمار را فراهم می کند و یا حداقل بیماران با وضعیت مشابه را در یک اتاق استقرار می دهد.
- پرستار در صورت وجود تغییرات در هر یک از علائم حیاتی بیمار، اقدامات مناسب را بر حسب نیاز انجام داده و به پزشک جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.
- در این بیماران، پرستار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیمار را هر ۱-۲ ساعت یکبار (بسته به شرایط بیمار) با استفاده از کاف فشارسنج دستی یا فشردن دکمه کنترل NIBP در دستگاه مانیتورینگ قلبی، اندازه گیری و چارت می کند.
- پرستار تعداد تنفس، Sp O<sub>2</sub>، ضربان قلب و درجه حرارت را تا stable شدن علائم حیاتی کنترل می کند.
- پرستار وضعیت بیمار را به پزشک اطلاع و توسط پزشک بخش ویژه ویزیت می شود.
- پزشک دستورات لازم را در پرونده بیمار ثبت و پرستار دستورات را چک و اجرا می کند
- بیمار در اولین فرصت پس از مهیا شدن تخت در بخش های ویژه توسط پرستار و با رعایت شرایط ایمنی به بخش ویژه منتقل و پذیرش می شود.

### نحوه نظارت بر اجرای خط مشی :

بازدید های سوپروایزرین از بخش  
نظارت توسط سرپرستار و مسئول شیفت

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		نسرین اکبری	سرپرستار PICU	 پروژه نوپری کارشناس پرستار نظام پرستاری ۲۴۶۵۵
فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی ارشد		ام البنین حسینی	سرپرستار NICU	 مهمان نظام پرستاری کارشناس پرستار نظام پرستاری ۲۴۶۵۵
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی		رقیه نصیری	پرستار NICU	 دایسه نصیری کارشناس پرستار
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر نعمت بیلان		امضاء :			
سمت : رئیس بخش PICU		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر مجید محله ای		امضاء :			
سمت : رئیس بخش NICU		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی تایید کننده دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان		امضاء :			
سمت : معاون آموزشی مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		امضاء :			
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ : ۹۸۱۹۱۲			

منابع مورد استفاده :

۱- Wong' s clinical manual of pediatric Nursing, ۸th edition. ۲۰۱۱

۲- تجربه بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه

تاریخ تدوین: ۹۵/۱۰	کد خط مشی: PLO-۷ تعداد صفحه: ۷
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۹	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

بیانیه خط مشی :

کلیه بیماران بستری نیازمند به اقدامات مراقبتی ویژه و فراتر از سطح معمول بر طبق اولویت های مداخلات درمانی و نوع بیماری تهدید کننده سلامتی آنها از این حق برخوردارند که از سطوح بالاتر مداخلات درمانی برخوردار گردند . مراقبت از این بیماران به طور شبانه روزی و در تمام طول هفته صورت می گیرد.

▪ وجود یک روش متحد و هماهنگ در پذیرش و ترخیص بیماران در NICU , PICU

▪ عدم سردرگمی و اتلاف وقت در پذیرش بیمار بدحال

▪ ارائه خدمات در اسرع وقت به بیمار بدحال

▪ حفظ حیات بیمار

▪ پیشگیری از ایجاد عوارض احتمالی ناشی از بیماری

▪ بازگرداندن حداکثر ظرفیت های عملی، فیزیکی و روانی به بیمار

دامنه کاربرد : بخش های ویژه و کلیه بخش ها

تعاریف : مراقبت ویژه عبارت است از مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های حاد مخاطره آمیز حیات ، تحت نظر ماهرترین پرسنل همراه با وسایل و امکانات پیشرفته.

ذینفعان : رئیس بخش های ویژه - دستیار فوق تخصصی نوزادان و ریه - پزشک مقیم بیمارستان - دستیار کودکان - سوپروایزر -

سرپرستار بخش - پرسنل بخش های ویژه

تعاریف :

اندیکاسیون پذیرش : بیماری که ضرورت بستری در بخش ویژه را دارا می باشد

پذیرش : آماده کردن تخت بخش ویژه و پذیرش بیمار

ترخیص : تشخیص به موقع عدم نیاز وجود بیمار در بخش ویژه

بیماران حاد: بیمارانی هستند که به صورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می نماید.

فرد پاسخگو : ریاست مرکز - رئیس بخش های ویژه - سرپرستار بخش های ویژه

شیوه انجام کار :

اندیکاسیون های پذیرش بیماران در NICU

- آپنه، سیانوز و یا دیسترس تنفسی نیازمند حمایت تنفسی (تهویه مکانیکی، CPAP و یا HFNC)
- مراقبت از نوزادان کمتر از ۳۲ هفته و یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم و یا نوزادان ماکروزم (بیش از ۴ کیلو گرم)
- سپسیس و شوک سپتیک، تشنج، اختلالات متابولیک و الکترولیتی مقاوم، هیپوگلیسمی پایدار، inborn error of methabolism
- نوزادان نیازمند مداخلات جراحی (ترمیم نقایص دیواره شکمی، آترزی مری، آنتروکولیت نکرروزان، پرفوراسیون روده، میلومننگوسل و ...)
- ناهنجاری های قلبی مادرزادی ، بیماران نیازمند مداخلات جراحی قلب و یا مراقبت های بعد از اعمال جراحی قلب ، آریتمی ها ، هیپوتانسیون و هیپرتانسیون
- آنسفالوپاتی یا اختلال هوشیاری، خونریزی داخل مغزی
- نوزادان مبتلا به زردی در مقادیری که نیاز به تعویض خون دارند.
- نوزادان در حال وزن گیری تا وزن ۱۵۰۰ گرم و نوزادانی که در حفظ دمای بدن یا در تحمل تغذیه PO ناتوان هستند.
- عدم تحمل تغذیه و استفراغ های مکرر در چند روز اول
- عوارض ناشی از ترومای زایمانی
- سندرم محرومیت از دارو
- نوزادان با بیماری مزمن ریوی که به اکسیژن محیطی و یا سایر روش های حمایت تنفسی و کنترل نیاز دارند.
- نوزادانی که احیا پیشرفته دریافت کرده اند ( فشردن قفسه سینه، تجویز دارو یا لوله گذاری تراشه)
- هرگونه بدحالی یا ناپایداری وضعیت بالینی به تشخیص پزشک
- نوزاد نیازمند پایش همودینامیک یا مراقبت های ویژه پرستاری بعد از اعمال جراحی

## اندیکاسیون ترخیص نوزاد از NICU:

- وزن حداقل ۱۵۰۰ گرم در نوزادان نارس
- عدم نیاز به ادامه حمایت تنفسی یا اکسیژن تراپی (در صورتی که نوزاد به اکسیژن آزاد با غلظت ۴۰ درصد نیاز داشته باشد، قابلیت انتقال به بخش نوزادان را دارد به شرطی که وسایل مانیتورینگ SPO<sub>2</sub> در بخش موجود باشد).
- تحمل تغذیه شیر به میزان حداقل ۵۰٪ مقدار نیاز روزانه برای بیماران نارس
- رفع علت بستری زمینه ای و ثبات وضعیت بالینی
- پایداری همودینامیک

## اندیکاسیونهای پذیرش در بخش PICU

A- با توجه به نیازهای بالینی و شرایط ، بیمار در بخش PICU بستری می گردد :

### (۱) حفاظت تنفسی

- احتمال بدتر شدن ناگهانی عملکرد تنفسی که نیاز فوری به لوله گذاری نای ویا تهویه مکانیکی باشد

### (۲) پایش و حفاظت پایه تنفسی

- نیاز به اکسیژن با غلظت بیش از ۴۰ درصد
- احتمال نیاز به لوله گذاری نای
- کودکی که به دنبال یک انتوباسیون یا تهویه میکانیکی طولانی اکستوبه شده است
- نیاز به تهویه میکانیکی غیر تهاجمی و یا ماسک CPAD
- کودک بیماری که به علت حفاظت راه هوایی انتوبه شده و متصل به t.tube است

### (۳) حفظ همودینامیک

- نیاز به داروهای وازواکتیو
- اختلالات همودینامیک بعلت هیپوولومی به هر دلیلی
- کودک بیمار پس از احیا (CPR)

### (۴) حفاظت و پایش نورولوژیک

- اختلالات سیستم اعصاب مرکزی که رفلکسهای محافظتی را مختل کرده و نیاز به حفاظت از راه هوایی را الزامی می کند
- پایش های تهاجمی دستگاه عصبی



## ۵) نیاز به درمان جایگزین کلیوی بصورت حاد

### ○ آنوری

#### B- پذیرش با توجه به وضعیت خاص و نوع بیماری کودک

##### ✓ سیستم قلب و عروق

- ایسکمی حاد میوکارد با عارضه
- شوک کاردیوژنیک
- آریتمی های پیچیده که نیاز به تداخلات بالینی و پایش مداوم دارد.
- نارسایی حاد احتقانی قلب با نارسایی تنفسی – با یا بدون نیاز به حفاظت همودینامیکی
- اورژانسه‌های فشارخون ( هیپوتانسیون شدید و یا مقاوم بر اساس نمودار سنی فشار خون و هیپرتانسیون بدخیم)
- دیس ریتمی، ناپایداری همودینامیک، یا درد قفسه سینه مداوم
- پس از احیای ایست قلبی
- تامپوناد قلبی یا کودک بیماری محدود کننده قلب با ناپایداری همودینامیک
- آنوریسم آئورت دیسکانت
- بلوک کامل قلبی

##### ✓ سیستم تنفسی

- نارسایی حاد تنفسی که نیاز به حمایت تهویه ای و یا احتمال نیاز فوری به لوله گذاری نای باشد.
- آمبولی ریه با ناپایداری همودینامیک
- هموپتزی وسیع
- انسداد راه هوایی

##### ✓ بیماریهای نورولوژیک

- شوک حاد با تغییرات سطح هوشیاری
- کومای متابولیک، توکسیک یا آنوکسیک
- خونریزی مغزی با احتمال بالقوه هرنی
- خونریزی حاد تحت عنكبوتیه

- مننژیت با تغییرات قوای شعوری یا اختلالات تنفسی
- اختلالات سیستم اعصاب مرکزی یا عصبی -عضلانی با اختلال عملکرد عصبی یا ریوی
- استاتوس اپی لپتیکوس
- کودک بیمار مرگ مغزی یا بالقوه مرگ مغزی که کاندید اهدا پیوند هستند.
- کودک بیمار با ضربه شدید به سر

#### ✓ سوء مصرف دارو

- سوء مصرف دارو با ناپایداری همودینامیک
- سوء مصرف دارو با تغییرات قوای شعوری که قادر به حفاظت راه هوایی نباشد.
- تشنج بدنبال سوء مصرف دارو

#### ✓ بیماریهای گوارشی

- وضعیتهای تهدید کننده حیات بدنبال خونریزی گوارشی مانند کاهش فشارخون، خونریزی ممتد
- بیماریهای همراه کشنده کودک
- پانکراتیت شدید
- پارگی نای یا بدون مدیاستینیت

#### ✓ بیماریهای غدد

- کتواسیدوز دیابتی همراه با ناپایداری همودینامیک، تغییرات قوای شعوری، نارسایی تنفسی، یا اسیدوز شدید
- طوفان تیروئیدی یا کوما میگزدم با ناپایداری همودینامیک
- وضعیت هیپراسمولار با کوما یا ناپایداری همودینامیک
- مشکلات غددی دیگر مانند کریز آدرنال با ناپایداری همودینامیک
- هیپر کلسمی شدید با تغییرات قوای شعوری که نیازمند پایش همودینامیک باشد.
- هیپو یا هیپرترمی با تشنج و تغییرات قوای شعوری
- هیپو یا هیپرمنیزمی با اختلالات همودینامیک یا دیس ریتمی
- هیپو یا هیپرکالمی با دیس ریتمی یا ضعف عضلانی
- هیپو یا هیپرفسفاتمی با ضعف عضلانی

## ✓ جراحی

- کودک بیمار بعد از جراحی نیازمند پایش همودینامیک، تهویه مکانیکی یا مراقبت شدید پرستاری

## ✓ دیگر اندیکاسیونها

- شوک سپتیک با ناپایداری همودینامیک
  - پایش همودینامیک
  - وضعیتهای بالینی که نیازمند پرستاری در حد PICU دارند.
  - صدمات محیطی آفتاب زدگی، غرق شدگی، هیپو یا هیپرترمی
- C- بستری بیمار بر طبق یافته های پاراکلینیک مانند یافته های آزمایشگاهی، رادیولوژیک و ...

## ✓ آزمایشات جدید

- Serum sodium  $< 110$  mEq/L or  $> 170$  mEq/L
- Serum potassium  $< 2,0$  mEq/L or  $> 7,0$  mEq/L
- PaO<sub>2</sub>  $< 50$  mm Hg
- pH  $< 7,1$  or  $> 7,7$
- Serum glucose  $> 800$  mg/dl
- Serum calcium  $> 15$  mg/dl
- Toxic level of drug or other chemical substance in a hemodynamically or neurologically compromised

## ✓ یافته های جدید رادیولوژیک

- Cerebral vascular hemorrhage, contusion or subarachnoid hemorrhage with altered mental status or focal
- neurological signs
- Ruptured viscera, bladder, liver, esophageal varices or uterus with hemodynamic instability
- Dissecting aortic aneurysm

## اندیکاسیون ترخیص بیمار از بخش PICU

- ❖ رفع علت بستری زمینه ای و پایداری وضعیت همودینامیک
- ❖ عدم نیاز به حمایت تنفسی یا عدم نیاز به اکسیژن با غلظت بیش از ۴۰ درصد

❖ بیمار End stage، به گونه ای که مراقبت در PICU در روند درمانی تاثیری نداشته باشد، معیاری برای جایابی کودک بیمار

به بخش مناسب دیگر باشد.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی :

مستندات موجود در پرونده پزشکی بیماران

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان شیراز نظام پرستاری: ۳۰۷۷۶	نسرين اکبری	سرپرستار PICU	سرپرستار PICU کارشناس پرستاری نظام پرستاری: ۳۲۴۶۵۵
فريبا دارابی	سوپروایزر بالینی ارشد	دارابی	ام البنین حسینی	سرپرستار NICU	سرپرستار NICU
معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزشی - نظام پرستاری: ۸۲۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان	رقیه نصیری	پرستار NICU	پرستار NICU
پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU	پونه نویدی کارشناس پرستاری نظام پرستاری: ۸۲۲۴۶۵۵	پونه نویدی	پرستار PICU	پرستار PICU
دکتر نعمت بیلان تاریخ تایید:					
دکتر مجید محله ای تاریخ تایید:					
دکتر محمد باقر حسینی تاریخ تایید:					
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی					
سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:				

منابع مورد استفاده :

نلسون - تجربه ی بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	
کد خط مشی: POL-8	تاریخ تدوین: ۹۵/۹
تعداد صفحه: ۴	تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸
	تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

**بیانیه سیاست / خط مشی:**

مراقبتهای بحرانی به موقع و سریع در بخش اورژانس و یا هر بخش بستری در شرایط بحرانی بیماران ارائه می شود در راستای شناسایی بیماران بدحال، شاخص های بیماریهای اورژانسی و پرخطر در هر یک از بخش های بالینی با تایید معاون آموزشی مرکز تهیه شده است .  
پزشک ذیصلاح/ جانشین در این خط مشی به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط، پزشک آنکال فوق تخصص و در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصص مرتبط است.

**دامنه :** کلیه واحدهای بالینی مرکز

**تعریف :**

بیماران اورژانس به بیماران بدحالی اطلاق میشود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبتهای فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است.  
رسیدگی فوری و به موقع ، مراقبتهایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت جهت حفظ و پایداری وضعیت حیاتی بیمار صورت می پذیرد.

**فرد ناظر و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :**

معاون آموزشی ( از طریق کمیته مورتالیته ) ، مدیر خدمات پرستاری ( از گزارشات سوپروایزوری )

**شیوه انجام کار :**

۱- بیمارانی که دارای شاخص های بیماریهای اورژانس یا پرخطر بخش بوده و احتمال وخامت حال آنها می رود در ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک (شرح حال ) و پرستار و نیز ارزیابی های مستمر پزشکی و پرستاری شناسایی می شوند و به هنگام تحویل شیفت به پزشک و پرستار کشیک شیفت بعد تحویل داده می شوند.

**علائم خطر در کودکان و نوزادان:**

- وجود دیسترس تنفسی
  - تاکی پنه
  - رتراکسیون
  - پرش پره های بینی

- وجود گرانترینگ (در موقع بازدم صدای ناله مانند داشته باشد)
- تغییر در صداهای تنفسی مثل استریدور و ویزینگ

● **علائم شدت یافتن دیسترس تنفسی:**

- تغییر رنگ پوست به رنگ خاکستری و سیانوز
- عدم شنیدن صدای ورود هوا
- آپنه و تنفس های نامنظم
- تغییر در سطح هوشیاری و فعالیت
- برادی کاردی
- تاقیکاردی

● **علائم خطر کلاپس قلبی عروقی**

- تاکی کارد
- تغییر پرفیوژن، رنگ پریدگی و تعریق سرد
- پوست: افزایش زمان پرشدگی مجدد مویرگی (CRT: Capillary Refill Time) بیش از ۲ ثانیه
- مغز: تغییر سطح هوشیاری و فعالیت، کاهش پاسخ دهی
- کلیه ها: کاهش Output ادراری به کمتر از ۱ ml/kg/hr و کاهش کیفیت نبض

● **علائم شدت یافتن کلاپس قلبی عروقی**

- کاهش پاسخ به درد
- شل بودن اندام ها
- هیپوتانسیون یا نبض های ضعیف
- برادی کاردی

۲- پرستار مسئول بیمار، کودک را از نظر علائم خطر ارزیابی کرده و در صورت مناسب نبودن وضعیت بیمار اقدام زیر را ضمن اطلاع سریع به پزشک معالج و پرستار مسئول شیفت، انجام می دهد:

- بررسی سطح هوشیاری و مانیتورینگ علائم حیاتی بیمار شامل فشارخون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و اشباع اکسیژن شریانی و CRT. (در تمام کودکان و نوزادانی که مشکلات تنفسی دارند باید پالس اکسی متری انجام شود)
- اگر بیمار افت هوشیاری داشته باشد ولی نبض قابل لمس بوده و کودک تنفس خودبخودی دارد، پرستار بلافاصله به پزشک بیمار اطلاع و بیمار را تحت پالس اکسی متری قرار می دهد.

c. اگر بیمار افت هوشیاری داشته و تنفس خودبخودی نداشته باشد یا تنفس های **gasping** داشته باشد ولی ضربان قلب بالای ۶۰ باشد، **PPV** برای بیمار شروع شده و سریعاً به پزشک اطلاع داده می شود.

d. در صورتی که بیمار دچار ایست قلبی تنفسی شده است، سریعاً اقدامات پایه احیا مطابق الگوریتم احیا پایه ( **AHA** ۲۰۱۵) شروع شده و کد ۹۹ اعلام می شود و تیم احیا مطابق دستورالعمل مرکز سریعاً در بالین بیمار حاضر و عملیات احیا مطابق گایدلاین ( **AHA** ۲۰۱۵) انجام می شود.

۳- پزشک دیصلاح موظف است بلافاصله و در حداقل زمان ممکن بر بالین بیمار حاضر شود و پس از ویزیت و ارزیابی بیمار دستورات لازم را به صورت شفاهی (در صورت وجود شرایط تهدید کننده حیات) یا کتبی ( ثبت در پرونده بیمار) میدهد. تنها در صورتیکه تا زمان حضور ایشان اقدامی ضروری لازم باشد یا امکان حضور فوری ایشان مقدور نباشد، با توجه به شرح حال بیمار و در صورت نیاز به اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، دستور تلفنی صادر می کند.

۴- به صلاحدید پزشک به منظور پیشرفت در امر درمان بیمار و اجتناب از اتلاف زمان در این بیماران و دوگانگی درمان، درخواست مشاوره اورژانسی با سرویس تخصص مدنظر داده می شود.

۵- پرستار مسئول بیمار سریعاً دستورات پزشکی داده شده ( تزریق دارو، ارسال آزمایشات، تصویر برداری و یا انجام مشاوره های اورژانسی ) را اجرا می کند. در صورت وجود دستور تلفنی یا شفاهی مطابق خط مشی مربوطه عمل می شود.

۶- پرستار مسئول شیفت موظف است بدحالی بیمار را به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد.

۷- سوپروایزر با بخش های پاراکلینیک مانند سی تی اسکن و آزمایشگاه برای انجام اقدامات در اسرع وقت هماهنگی سریع انجام می دهد

۸- پزشک کلیه دستورات شفاهی و تلفنی را بلافاصله پس از پایدار شدن وضعیت بیمار در پرونده ثبت و مهر و امضا می کند.

۹- پرستار مسئول بیمار دستورات را چک و مهر و امضا می نماید.

۱۰- پرستار مسئول شیفت بیمار را تا انتقال بیمار به بخش مراقبت های ویژه (در صورت وجود دستور و تخت خالی در بخش ویژه) به نزدیک ترین اتاق به ایستگاه پرستاری انتقال داده و به منظور پیشگیری از بروز آسیب های روحی و روانی به سایر بیماران در اتاق خصوصی و تک تخته بستری کرده و یا خلوت بیمار را فراهم می کند و یا حداقل بیماران با وضعیت مشابه را در یک اتاق استقرار می دهد.

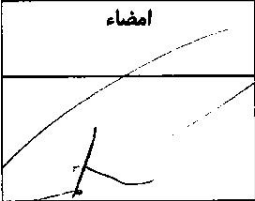

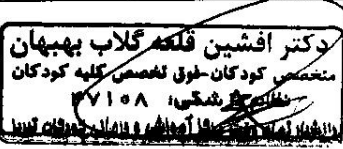
۱۱- از آنجا که بیماران حاد نیازمند مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم می باشند بیماران در انتظار بستری در بخش ویژه از درمانهای پزشکی و مراقبتهای مستمر پرستاری و تجهیزات مشابه با بیماران بخش ویژه در همان بخش بستری برخوردار می شوند:

- پرستار بیمار را تحت مانیتورینگ مداوم قلبی ریوی قرار داده و در صورت وجود تغییرات در هر یک از علائم حیاتی بیمار، اقدامات مناسب را بر حسب نیاز انجام داده و به پزشک جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.
- در این بیماران، پرستار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیمار را هر یکساعت با استفاده از کاف فشارسنج دستی یا فشردن دکمه کنترل **NIBP** در دستگاه مانیتورینگ قلبی، اندازه گیری و چارت می کند.
- پرستار تعداد تنفس و ضربان قلب و درج حرارت را **stable** شدن علائم حیاتی کنترل می کند.
- پرستار وضعیت بیمار را به پزشک مقیم بخش ویژه اطلاع و بیمار توسط پزشک بخش ویژه ویزیت می شود.

- پزشک دستورات لازم را در پرونده بیمار ثبت و پرستار دستورات را چک و اجرا می کند
- در صورت باز شدن تخت خالی در بخش ویژه بیمار تحت پالس اکسی متری پرتابل، وسایل کمک تنفسی، اکسیژن پرتابل، با حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب و با رعایت شرایط ایمنی به همراه کلیه مدارک پزشکی به بخش ویژه منتقل می شود.

۱۲- پرستار مسئول بیمار گزارش کلیه اقدامات انجام گرفته را مطابق با دستورالعمل مستند سازی مرکز در پرونده بیمار ثبت می کند.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی		سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد
	امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر افشین قلعه گلاب بهبهان	تاریخ تایید: ۹۸/۸/۳۰	سمت : معاون آموزشی	
	امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی	شماره و تاریخ ابلاغ :	سمت : رئیس مرکز	

منابع مورد استفاده : درسنامه پرستاری مراقبت ویژه، استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان، پرستاران و سایر

کارکنان بالینی

کد خط مشی: POL-9

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

### بیانیه/سیاست خط مشی:

کاهش و کنترل عفونت مرتبط با مراقبت با رعایت بهداشت دست مطابق گزارشات سازمان بهداشت جهانی رعایت بهداشت دست در حال گسترش می باشد. هدف از این خط مشی تغییر رفتار پرسنل مراقبتهای بهداشتی در جهت انجام بهداشت دست در لحظات کلیدی مورد نیاز برای بهبود ایمنی بیمار است. به منظور حصول به این هدف تامین لوازم و امکانات مورد نیاز برای رعایت بهداشت دست، آموزش و تمرین پرسنل، نظارت بر اجرای دستوالعمل ها و بررسی انجام آنها، الزامی است.

**دامنه:** کلیه بخش های بستری

### تعریف:

Hand wash: شستشوی دست با آب و صابون

Hand rub: ضدعفونی دست از طریق مالش محلولهای ضدعفونی

**فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:** دبیر کمیته کنترل عفونت-چک لیست

### شیوه انجام کار

کارشناس کنترل عفونت دستورالعملهای بهداشت دست به مترون بیمارستان جهت ابلاغ به کلیه بخشها، ارائه می کند. کارشناس کنترل عفونت پوسترهای بهداشت دست را در اختیار سرپرستاران و رابطین کنترل عفونت جهت نصب در محلها مناسب قرار می دهد.

کارشناس کنترل عفونت جهت ارتقاء سطح آگاهی پرسنل برای ایشان کلاسهای آموزش بهداشت دست برگزار می کند. طبق مصوبه کمیته کنترل عفونت، پزشکان کنترل عفونت و پرستاران کیفیت کلاس آموزشی بهداشت دست را برای رزیدنتها و اینترنها برگزار می شود.

آموزش های لازم در خصوص بهداشت دست برای تمامی پرسنل جدیدالورود انجام می شود.

کارشناس کنترل عفونت قبل از تایید صابون مایع یا محلول هندراب جهت خریداری، پس از اطمینان از نتایج کشت، نمونه ای از صابون یا محلول رادر اختیار پرسنل بخشها قرار می دهد، تا ایشان هم نظرشان را اعلام نمایند. (یکی از شرایط تهیه این اقلام رضایت پرسنل درمانی می باشد).

کارشناس و رابطین کنترل عفونت ماهیانه امکانات بهداشت دست (روشویی- شیر آب- صابون مایع- دستمال کاغذی مناسب-محلول هندراب) را در بخشها کنترل می نمایند.

کارشناس کنترل عفونت جهت جلوگیری از درماتیت علاوه بر آموزش پرسنل، لوسیون مرطوب کننده در اختیار پرسنل بخشها قرار می دهد.

کارشناس و رابطین کنترل عفونت ماهیانه رعایت بهداشت دست (۵موقعیت رعایت بهداشت دست و تکنیک شستشو و ضدعفونی دست را کنترل می کنند.

اسکراپ جراحی قبل از اقدامات تهاجمی انجام می شود.

کارشناس کنترل عفونت هر شش ماه یکبار نتایج پایش بهداشت دست در بین کارکنان را در کمیته کنترل عفونت مطرح نموده و تمهیدات لازم در کمیته اتخاذ می گردد.

پرستاران بخشها در زمان پذیرش بیمار رعایت بهداشت دست را به همراهان (مادر بیمار) آموزش می دهند.

سرپرستاران بخشها بر رعایت بهداشت دست توسط پرسنل نظارت دارند و اسامی کادر شاخص از نظر رعایت بهداشت دست را به مترون جهت تشویق اعلام می کنند.

فیلم ها و تصاویر مرتبط با بهداشت دست در تلویزیون و بخش ها و سالن های انتظار پخش می شود.

بک گراند و اسکرین سیور کامپیوترهای کل بیمارستان با تصاویر و پوستره های مرتبط با بهداشت دست تنظیم می شود.

ایستگاه بهداشت در ورودی بیمارستان نصب شده است.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر رضایی	میکرو بیولوژی	دکتر محمد آهنگر زاده رضایی میکرو بیولوژی میکروسنجی مکمل پزشکی مركز آموزش و درمان کودکان نمریز ۲۰۷۴	خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات مدیر خدمات پرستاری پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان نمریز نظام پرستاری: ۳۳۵۷۲۱	لیلی رسولی مدیر خدمات مدیر خدمات پرستاری پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان نمریز نظام پرستاری: ۳۳۵۷۲۱
دکتر داود علیپور	مدیر بیمارستان		خانم مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت مرکز آموزشی و درمانی کودکان نمریز	مهری راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کارشناس کنترل عفونت ۸۲۱۹۵۱۹
دکتر نسرین حاجی زاده	مسئول داروخانه		آقای سید مقصود نیم گز محمودپور	کارشناس بهداشت محیط	
خانم معصومه محمدزاد	سوپر وایزر سوپر وایزر آموزشی - ن پ: ۸۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان آموزشی م		خانم نسیم باقری	کارشناس تجهیزات پزشکی	
خانم ام البنین حسینی	سرپرستار NICU		خانم پونه نویدی	جانشین سرپرستار NICU	
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی	سمت پزشک کنترل عفونت:	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:	امضاء:		

منابع مورد استفاده :

کتاب راهنمای کشوری کنترل عفونت ۸۶  
راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران فرناز مستوفیان ۱۳۹۲



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



**عنوان خط مشی:** روش استفاده مجدد از وسیله پزشکی است که یک بار مصرف شده و بعد از استفاده بر روی یک بیمار، مجدداً مورد فرآوری قرار گرفته و مجدد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	<b>کد خط مشی: ۱۰ - POL</b> <b>تعداد صفحه: ۴</b>
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**بیانیه/سیاست خط مشی:** کاهش هزینه با استفاده از وسایل یکبارمصرف

**دامنه:** کلیه بخش‌های بستری

**تعریف:**

وسيله پزشکی یکبارمصرف (single-use device): تجهیزات یکبارمصرفی که برای استفاده در یک بیمار و جهت انجام یک پروسیجر تهیه و آماده شده و برحسب موازین کارخانه سازنده قرار نیست که این وسایل تمییز، ضدعفونی و مجدداً استریل شود و برای بیمار دیگری در حین انجام پروسیجر دیگر مورد استفاده قرار گیرد.

استفاده مجدد از وسیله پزشکی (reuse): استفاده مجدد از وسیله پزشکی است که یک بار مصرف شده و بعد از استفاده بر روی یک بیمار، مجدداً مورد استفاده قرار می‌گیرد.

وسایل یکبارمصرفی که استفاده مجدد می‌شود شامل: کیت نبولایزر، TTUBE، HFNC، لوله تراشه REA، فیلتر آنتی باکتریال آنتی ویرال نوزادی- لوله های خرطومی دستگاه بیهوشی، ماسک بیهوشی، لوله تراشه دابل لومن، ماسک اکسیژن، تجهیزات CPAP و لارنژیال ماسک

**فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:** دبیر کمیته کنترل عفونت-چک لیست

**شیوه انجام کار**

به منظور مشخص کردن سقف تعداد فرآوری مجدد، در صورتیکه کلیه مراحل در بخش انجام می‌شود، با هر بار استفاده، شماره تعداد استفاده مجدد روی وسیله چسبانده شده پس از اتمام استفاده با روش مشخص فرآوری شده و پس از فرآوری شماره تعداد استفاده مجدد روی وسیله نصب شده و وسیله در شرایط خشک و تمییز نگه داری می‌شود و پس از اتمام دفعات فرآوری و یا عدم کارکرد مناسب وسیله مورد نظر دور انداخته می‌شود.

به منظور مشخص کردن سقف تعداد فرآوری مجدد، در صورتیکه وسیله پس از ضدعفونی به اتاق عمل فرستاده می‌شود هنگام تحویل، تعداد فرآوری مجدد روی وسیله مشخص شده و هنگام وی پک تعداد فرآوری روی وسیله چسبانده می‌شود پس از اتمام دفعات فرآوری و یا عدم کارکرد مناسب وسیله مورد نظر دور انداخته می‌شود. همچنین در مواردی که بیمار عفونی شدید (مثل آسینتوباکتر) دارد وسیله فرآوری نشده و دور انداخته می‌شود. نظارت بر فرآوری بصورت رندوم و با تکمیل لیست انجام می‌شود.

مسئول نظارت اعضای کمیته کنترل عفونت می باشند.

گزارش به ترتیب به مترون و رئیس بیمارستان در صورت وجود مشکل منعکس می شود.

نحوه گزارش بصورت مکتوب از طریق اتوماسیون خواهد بود.

صحت کارکرد وسیله یکبارمصرف فرآوری شده قبل از استفاده مجدد توسط سرپرستار و کاربر وسیله و مسئول تجهیزات پزشکی (در صورت نیاز) تایید می شود.

هزینه جهت وسایل فرآوری شده اخذ نمی شود.

نیاز به اخذ رضایت جهت استفاده از وسایل فرآوری شده برای بیمار نیست.

در صورت تغییر در تعداد این وسایل طرح در کمیته کنترل عفونت (زیر کمیته فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی) و تصمیم گیری در مورد آن انجام خواهد شد.

روش ضدعفونی و آماده سازی:

نام وسیله یکبار مصرف	روش استریلیزاسیون/ضدعفونی	دفعات فرآوری مجدد
کیت نبولایزر	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب پس از جدا کردن قطعات و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی	۱۵
T.TUBE	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب پس از جدا کردن قطعات و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی	با توجه به درخواست های مکرر و عدم امکان تهیه، سالهای متوالی تعداد ۱۰ عدد فرآوری و استفاده می شود
HFNC	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی و استریل کردن در پلاسما در بسته بندی وی پک	با توجه به درخواست های مکرر و عدم امکان تهیه، مکرر فرآوری و استفاده می شود
لوله تراشه های rea	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول متوسط به بالا و شستشو با آب اوزون دار و استریل کردن در پلاسما با وی پک- در بیمار عفونی دور انداخته می شود.	۱۰
لوله های خرطومی بیهوشی	شستشوی دستی پس از جدا کردن قطعات دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول متوسط به بالا و شستشو با آب اوزون دار بعد از هر بار استفاده- در بیمار عفونی دور انداخته می شود. هفتگی تعویض می شود.	۷
لوله تراشه دابل لومن	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول متوسط به بالا و شستشو با آب اوزون دار و استریل کردن در پلاسما با وی پک- در بیمار عفونی دور انداخته می شود.	۱۵

با توجه به درخواست های مکرر و عدم امکان تهیه، سالهای متوالی تعداد محدودی فرآوری و استفاده می شود	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و شستشو با آب اوزون دار و ضدعفونی با اسپری تجهیزات بین بیماران	ماسک بیهوشی
۱۵	شستشوی دستی با آب و دترجنت برس مناسب و پس از جدا کردن قطعات و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی	ماسک اکسیژن
۱۵	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی	فیلتر آنتی باکتریال آنتی ویرال نوزادی
۱۰	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی و استریل کردن با پلاسما در بسته بندی وی پک	نازال ماسک
۱۰	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی و استریل کردن با پلاسما در بسته بندی وی پک	نازال پرونگ
۲۰	شستشوی دستی با آب و دترجنت	کلاه سپپ
۵	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی و استریل کردن با پلاسما در بسته بندی وی پک	تیوبینگ سپپ
۱۰	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی و استریل کردن با پلاسما در بسته بندی وی پک	ژنراتور سپپ
۱۰	شستشوی دستی با آب و دترجنت و برس مناسب و غوطه وری در محلول ضدعفونی متوسط به بالا و آبکشی - در بیمار عفونی دور انداخته می شود.	لارنژیال ماسک

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر رضایی		دکتر محمد آهنگر زاده رضایی میکرو بیولوژی و ایمونولوژی دکتر تخصصی میکروبیولوژی و شناسایی پزشکی مركز آموزش و درمانی کودکان تبریز ۲۰۷۴	خانم معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	کارشناس ارشد پرستاری نوزادان سوپروایزر آموزشی - ن. پ: ۳۲۹۷۷۵ مرکز آموزشی درمانی کودکان
آقای دکتر داود علیپور	مدیر بیمارستان		خانم سکینه موسویان	(مسئول CSR)	
خانم دکتر نسرين حاجی زاده	مسئول داروخانه		آقای سید مقصود نیم گز محمولپور	کارشناس بهداشت محیط	
دکتر داریوش شیخ زاده	رئیس بخش متخصص بیماریهای کودکان و مراقبتهای ویژه نظام پزشکی: ۵۹۲۵۵		خانم فاطمه احمدی	سرپرستار NICU	
خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات مدیریت خدمات پرستاری پرستار بخش آموزش و درمانی کودکان تبریز نظام پزشکی: ۵۹۲۵۵		خانم نسیم باقری	کارشناس تجهیزات پزشکی	
خانم ام البنین حسینی	سرپرستار NICU		خانم نسیم باقری	کارشناس تجهیزات پزشکی	
خانم پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU		خانم نسیم باقری	کارشناس تجهیزات پزشکی	
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	سمت:	تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی اطلاع کننده:	سمت:	تاریخ تایید:
آقای دکتر شهرام عبدلی اسکویی	رئیس مرکز		دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	

منابع مورد استفاده :

دستورالعمل فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی  
چک لیست نظارت بر نحوه تبعیت مراکز آموزشی درمانی/بیمارستان ها از دستورالعمل فرآوری مجدد ایمن



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین	
تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷/۰۸	کد خط مشی: POL-۱۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸	تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**بیانیه سیاست / خط مشی:** ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خسارت وارده به بیمار

**دامنه:** کل واحد های بیمارستان و بیماران سرپائی و بستری

**تعریف:** پنهان کاری : دور نگه داشتن دیگران از حقیقتی بخاطر ترس و نگرانی است.

**فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :**

تیم درمان به عنوان پاسخگو و کمیته ی اخلاق بالینی نقش نظارتی بر اجرای خط مشی فوق را دارد.

**شیوه انجام کار به صورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا :**

۱- فرآیندکشف و گزارش خطا ، تشکیل کمیته RCA، گزارش دهی درمان

۲- بر اساس ماده ۹۳ حق بیماران بر آگاهی از اطلاعات مربوط به سلامت خود، شاغلان حرف پزشکی و وابسته، باید در صورت بروز خطای منجر به ایراد خسارت، مسؤولیت عمل خود را بپذیرند و ضمن عذرخواهی و انجام اقدامات اصلاحی و پیگیرانه، اصل بروز خطا و جزئیات مربوط بدان، از جمله علل و عوارض ناشی از خطا را برای بیماران آشکار کنند.

۳- بر اساس ماده ۹۴ برای حفظ اعتماد متقابل جامعه و حرفه ی پزشکی، لازم است ، شاغلان حرف پزشکی و وابسته ، در موارد بروز خطای منجر به ایراد هر نوع خسارت جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به بیماران، ضمن پرهیز از هرگونه پنهان کاری، با توافق بیمار و به صورت داوطلبانه، برای جبران خسارت وارد شده بر اثر بروز خطای خود، اقدام کنند.

۴- در مورد وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار در مورد وقایعی که مربوط به تیم پرستاری است سرپرستار مربوطه و در مورد وقایعی که تیم پزشکی دخیل اند پزشک مربوطه اطلاع رسانی می نماید.



۵- اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به مراجعین/بیمار/همراهان در مورد نتایج و پیامدهای بد درمان شامل هفت مرحله آمادگی، شروع مکالمه، بیان واقعیات، گوش دادن فعال، تأیید آن چه بیان شده است، نتیجه گیری مکالمه و مستند کردن میباشد.

۶- قبل از اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری، مرور و بررسی تمامی واقعیات دخیل در حادثه صورت می گیرد.

۷- در محل مناسبی برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/مراجعین یا فرد حامی او بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته صورت می پذیرد.

۸- اظهار پشیمانی و تأسف از وقوع آن چه که اتفاق افتاده است.

۹- برقراری ارتباط به موقع و صادقانه طی ۲۴ ساعت اول بعد از وقوع حادثه و با تشریح کامل رخداد بصورت باز و شفاف توضیح واقعه برای بیمار / مراجعین / همراهان و اظهار پشیمانی /عذرخواهی توسط تیم درمان صورت می گیرد.

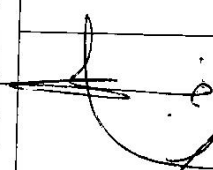


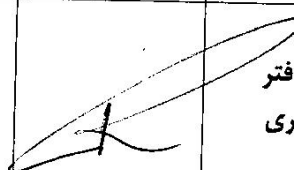
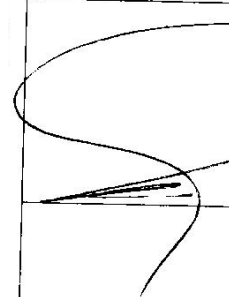
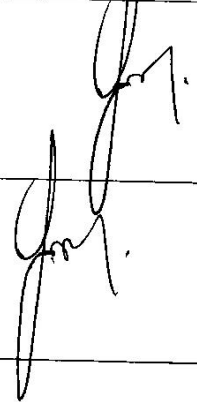
۱۰- انتظارات منطقی مراجعین/بیمار/همراهان و فرد حامی وی تشخیص داده می شود.

۱۱- حمایت از کارکنان منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار( از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان و)... است.

۱۲- جوانب محرمانگی وقایع رخ داده حفظ می شود.

۱۳- جبران خسارت از طریق ارتباط با امور درمان دانشگاه و پرکردن برگ مطالبه صورت می گیرد.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس هماهنگ کننده ی ایمنی	نیره فرج زاده		مدیر مرکز	دکتر داوود علیپور
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		مدیر دفتر پرستاری	لیلی رسولی
	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	مریم حسین زاده		کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش
	امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی	امضاء :	سمت : رئیس مرکز	تاریخ تایید:
	امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میرهادی موسوی	امضاء :	سمت : رییس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده :

<https://www.beytoote.com/wedlock/tafahom/privacy&-hide.html>

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان خط مشی: مددکاری اجتماعی در بیمارستان در زمینه کاهش آسیب های اجتماعی

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷/۰۴	کد خط مشی: POL-۱۲ تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸۸	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

بیانیه سیاست / خط مشی: حمایت از شناسائی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری

دامنه: کل بیماران سرپائی و بستری

### تعریف:

مددکار اجتماعی: مددکار حرفه ای است مبتنی بر دانش، اصول، ارزشها، مهارت ها و روش هایی که هدف ان کمک به افراد (انسان) است و با تکیه بر توانایی های انسان و با استفاده از منابع قابل دسترسی برای حل مشکلات و یا رفع نیاز های خود بتواند اقدام کند و به نتیجه ی مطلوب و تاثیر گذار بر روی خود (انسان) برسد.

مددجو: شخص یا خانواده ای که در شرایط نامناسب قرار گرفته و بدون دخالت سازمان یا فرد حرفه ای قادر به حل و فصل مشکل خود نمی باشد.

### فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

فرد پاسخگو واحد مددکاری می باشد و کمیته ی اخلاق بر اجرای این دستور العمل نظارت می نماید.

### شیوه انجام کار به صورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجرا:

- مددکار اجتماعی در زمان بحران تمامی بیماران در معرض خطر و آسیب دیده را شناسایی کرده و با توجه به نوع مشکل برنامه حمایتی ویژه برای گروه ارائه می کند و پروتکل مداخله ای در بحران جهت ارائه خبرهای ناگوار و فهرستی از بیماران مجهول الهویه و فاقد همراه تهیه کرده و در اختیار ریاست مرکز و فرمانده حادثه قرار می دهد.
- نحوه هماهنگی بخش اورژانس با واحد مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی شامل موارد ذیل می باشد:
  - مراجعه بیمار به پذیرش اورژانس طبق مدارک هویتی و بیمه ای و ثبت در سامانه HIS
  - شناسایی بیمار طبق مدارک هویتی و بیمه ای و کنترل ثبت در HIS مرکز توسط پرستار تریاژ
  - اطلاع به مسئول شیفت و ویزیت بیمار توسط پزشک اورژانس
  - در بیماران بیهوش، رها شده، مجهول الهویه، بدون همراه با مددکاری تماس گرفته می شود.
  - بعد از Stable شدن بیمار. بیمار به همراه پرونده بیمارستانی به بخش درمانی مربوطه منتقل می شود.

اگر بیمار در گروه بیماران پر خطر قرار داشته باشد توسط پرستار تریاژ یا مسئول اورژانس، بصورت تلفنی اطلاع داده شده و در HIS ثبت خواهد شد. مددکار جهت ارزیابی خدمات اجتماعی بر بالین بیمار حاضری شود.

۳- شناسایی بیماران آسیب دیده، کودک آزاری (ضرب و شتم، آزار جنسی، آزار جسمی، مسمومیت با هر نوع دارو یا مواد شیمیایی) طبق دستور پزشک معالج مسئول بخش به واحد مددکاری اطلاع می دهد و مددکار جهت ارزیابی تخصصی بیمار، به اورژانس اجتماعی اطلاع می دهد و کارشناس مربوطه بر بالین بیمار حضور می یابند.

- در صورتی که والدین صلاحیت نگهداری فرزند را نداشته باشند (بد سرپرست یا بی سرپرست و غیره)، بعد از ترخیص بیمار توسط پزشک معالج، طی صورتجلسه تنظیمی مددکاری، به کارشناسان اورژانس اجتماعی، با حکم قضایی اخذ شده جهت نگهداری و مراقبتهای لازم به مراکز ذیصلاح تحویل داده می شود.

۴- شناسایی بیماران (مجهول الهویه و نوزادان رها) طی ۲۴ ساعت اولیه گزارش به اورژانس اجتماعی جهت اخذ حکم قضایی و نیروی انتظامی مستقر در مرکز جهت هماهنگی با پلیس ۱۱۰ بعد از ترخیص بیمار، با صورتجلسه تنظیمی بیمارستان جهت نگهداری و مراقبت های لازم در مراکز ذیصلاح تحویل داده میشود.

۵- بیمه برای نوزاد مجهول الهویه و رها شده:

- اخذ و تایید فرم معرفی نامه افراد مجهول الهویه از بیمه مستقر در مرکز و اداره بهزیستی

- فرم توسط کارشناس ناظر بیمارستانی جهت اخذ کد یکتا و دریافت خدمات بستری تکمیل می گردد،

- این بیمه نامه سه ماه از تاریخ صدور اعتبار دارد.

- اگر بیمار بستری فاقد بیمه یا مشکل بیمه داشته باشد جهت تهیه دفترچه درمانی یا حل مشکل بیمه ای با راهنمایی منشی بخش و مددکار دفترچه بیمه تهیه نماید.

۶- شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از مددجویان: موسسه خیریه مرکز کودکان، موسسه خیریه محک، کمیته امداد امام خمینی ره، موسسه قلب های سبز، مجمع خیرین بیماران مادر زادی قابل علاج؛ خیرین موسسه خیریه امدادگران عاشورا، موسسه خیریه مستمندان، موسسه تسکین، اداره بهزیستی، سایر موسسات و نهادهای دولتی؛ خیرین خود معرف

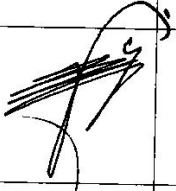



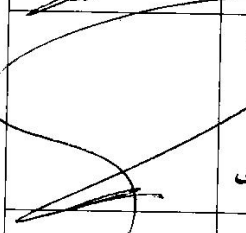
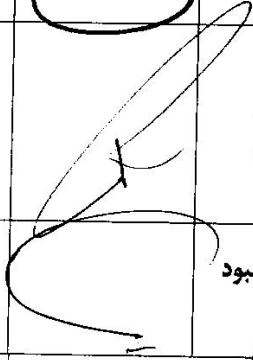
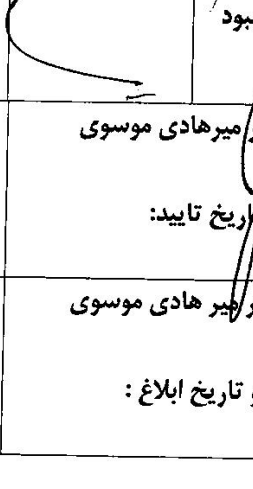
۷- مددکار در جلسات، کمیته ها، کلاس های آموزشی در حوزه مددکاری حضور فعال داشته و دستورات ابلاغی را اجرا نماید.

۸- اجرای دستورالعمل های حمایتی بیماران خاص، صعب العلاج، پیوند اعضا، سرطان طبق طرح تحول برنامه اجرای سلامت وابسته به وزارت بهداشت و درمان توسط مددکار. ثبت خدمات روزانه مددکار در برنامه HIS مرکز شامل: راند روزانه، ثبت تخفیفات سایت محک، نیازمندان، خیریه نوبر، تخفیفات بیماران خاص و صعب العلاج

۹- گزارش ماهانه و تهیه آمار عملکرد مددکاری به معاونت درمان تنظیم و ثبت می گردد.

۱۰- فرآیند خدمت رسانی در قالب فلوجارت توسط مددکار ترسیم شده و در معرض دید مراجعه کنندگان نصب شده است.

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مددکار	قادر رضائی		مدیر مرکز	دکتر داوود علیپور
	مددکار	پروین ابراهیمی		مسئول حراست	فرامرز اسمعیل زاده
	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	مریم حسین زاده		مدیر دفتر پرستاری	لیلی رسولی
				کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش
امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی	امضاء :	سمت : رئیس مرکز	تاریخ تایید :
امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر پیر هادی موسوی	امضاء :	سمت : رییس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده :

- تجربیات بیمارستانی
- استانداردهای اعتباربخشی سنجه مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکار اجتماعی

لیست روش های اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی (ویرایش چهارم) سال ۱۳۹۸



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

کد روش اجرایی : PRO-۱  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷/۰۸  
تاریخ آخرین بازننگری: ۹۸ / ۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

هدف: رعایت حقوق گیرندگان خدمت

دامنه : کل بیمارستان

تعریف :

۱- اخلاق حرفه ای : مجموعه ای از کنش ها و واکنشهای اخلاقی پذیرفته شده که از سوی سازمانها و مجامع حرفه ای مقرر می شود تا مطلوب ترین روابط اجتماعی ممکن را برای اعضای خود در اجرای وظایف حرفه ای فراهم آورد اخلاق حرفه ای گویند(آزاد، ۱۳۷۳)

**مسئولیت ها و اختیارات :**

دفتر بهبود کیفیت : پیگیری امور بیماران - انجام و پایش رضایت سنجی از بیماران  
مسئول روابط عمومی : جمع آموری و جمع بندی شکایات مردمی از طریق تلفن گویا  
کمیته اخلاق : نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای و تعیین مصادیق رفتار غیر حرفه ای و تحلیل ریشه ای

تیم رهبری و مدیریت : نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای  
از طریق بازدید های سرزده و بررسی نتایج تحلیل رفتارهای غیر حرفه ای و عدم رعایت حقوق گیرندگان خدمت و انجام مداخلات لازم

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

- بیمارستان از طریق روش های زیر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت نظارت می کنند :

۱- گیرندگان خدمت در صورت داشتن شکایت به واحد رسیدگی به شکایات مراجعه و حضوری فرم شکایات را پر کرده و از طریق اتوماسیون شکایت به رئیس مرکز و فردی که شکایت از وی صورت گرفته فرستاده می شود و فرد شکایت شونده توضیحات مربوطه را به واحد رسیدگی به شکایات می فرستد و بعد از بررسی در صورت صحت شکایات با فرد مورد نظر برخورد لازم صورت می پذیرد و شاکی از طریق شماره تماس مستقیم و یا مراجعه حضوری از روند شکایت خود باخبر می شود .

۲- اخذ گزارشهای محیطی از صندوقهای ارتباط مردمی و ارائه به رئیس مرکز و همچنین تجزیه و تحلیل در واحد رسیدگی به شکایات جهت اصلاح فرایندهای مشکل دار صورت می پذیرد.

۳- از طریق تلفن گویا شکایات مردمی مطرح می شود و مسئول روابط عمومی موارد مطروحه را به ریاست و مدیریت مرکز ارسال می نمایند.

۴- مراجعه حضوری مسئول محور حقوق گیرندگان خدمت به بخشها و تکمیل چک لیست گفتگوی حضوری جهت اطلاع از مشکلات مراجعین و تحلیل نتایج چک لیست انعکاس به مدیران ارشد در جاسه ی کمیته ی اخلاق بالینی صورت می گیرد.

۵- برنامه های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت با مراجعین در مرکز پیش بینی شده است. تا به مشکلات مراجعین به صورت حضوری رسیدگی شود.

۶- از طریق پایش نتایج رضایت سنجی بخش ها و درمانگاه و اورژانس از بیماران بر رعایت حقوق گیرنده خدمت نظارت می شود.

۷- بازدید های سرزده توسط تیم مدیریت و رهبری مرکز از بخش ها جهت ارزیابی نظارت بر رعایت حقوق گیرنده خدمت صورت می گیرد.

۸- از طریق گزارش خطاهای ارسالی توسط کارشناس هماهنگ کننده ی ایمنی مرکز به ریاست هم نظارت بر رعایت حقوق گیرنده خدمت انجام می گیرد.

**مستندات مرتبط:** فرم های رضایت سنجی - فرم شکایات - فرم های گزارش خطا

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر داوود علیپور	مدیر مرکز		معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
لیلی رسولی	مدیر دفتر پرستاری		مریم حسین زاده	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	
بهجت پریش	کارشناس بهبود کیفیت				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر میرهادی موسوی		امضاء: 			
سمت: رئیس مرکز		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میرهادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده:

ta.mui.ac.ir > sites > ta.mui.ac.ir > files > akhlagh





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

کد روش اجرایی : ۲ - PRO  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۷/۰۸  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**هدف:** رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

**دامنه :** کل بیمارستان

**تعریف :**

- ۱- مجموعه ای از کنش ها و واکنشهای اخلاقی پذیرفته شده که از سوی سازمانها و مجامع حرفه ای مقرر می شود تا مطلوب ترین روابط اجتماعی ممکن را برای اعضای خود در اجرای وظایف حرفه ای فراهم آورد اخلاق حرفه ای گویند(آزاد، ۱۳۷۳)
- ۲- اخلاق پزشکی، اخلاق در صحنه عمل پزشکی است. اخلاق پزشکی بالینی، زاویه دید و نگرشی خاص در حیطه عمل در طبابت ایجاد می کند که هدف آن بهبود کیفیت مراقبت بیمار از طریق شناسایی، تحلیل و حل مشکلات و مسائل اخلاقی است که در صحنه عمل بروز می نماید.

**مسئولیت ها و اختیارات :**

تیم پزشکی و فراگیران: رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان  
کمیته اخلاق : نظارت بر رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان  
کمیته بررسی پایبندی فراگیران به اخلاق حرفه ای



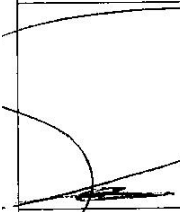





**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود .)**

رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان در سه حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی و فراگیران ( انترن ، دستیار ، فلوشیپ ) در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران، و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش می شود.  
موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از:

- ۱- بیمار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان و اخذ رضایت آگاهانه مشارکت می‌کند.
  - ۲- احترام به بیمار و عقاید بیمار و حریم خصوصی وی رعایت می‌شود.
  - ۳- دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهم‌جنس اجرا می‌شود.
  - ۴- آموزش کافی به بیمار ارائه می‌شود.
  - ۵- حقوق بیمار در پژوهش رعایت می‌شود.
  - ۶- پزشکان در رابطه با بیمار در پی بهره‌جویی و سود جوئی نیستند.
  - ۷- با بیمار و همراهان متعارض برخورد حرفه‌ای می‌شود.
  - ۸- هزینه بی‌مورد تحمیل نمی‌شود و در ارائه مراقبت به بیمار تبعیض قائل نمی‌شوند.
  - ۹- کوریکولوم‌های پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک اجرا می‌شود.
  - ۱۰- به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات بازخورد داده می‌شود.
  - ۱۱- به منافع سلامت بیمار اولویت بخشی می‌دهند.
  - ۱۲- تیم پزشکی با بیمار صداقت داشته و اطلاعات مناسب به بیمار ارائه می‌شود.
- موارد مرتبط با حیطة اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از:
- ۱- پزشکان با یکدیگر تعامل داشته و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان پاسخگو می‌باشد.
  - ۲- تیم پزشکی در زمان بروز اختلاف برخورد مناسب با یکدیگر دارند و به همدیگر بی‌احترامی نمی‌کنند.
  - ۳- پزشکان حضور به موقع دارند و پزشکان آنکال در دسترس بوده و به فراخوان‌ها پاسخگو می‌باشند.
  - ۴- تیم پزشکی ساعات ویزیت را رعایت می‌کنند.
  - ۵- پزشکان دانش‌دانش و تجربه خود را به سایر همکارانشان منتقل می‌کنند.
  - ۶- پزشکان مطابق فرم‌های مصادیق اخلاق حرفه‌ای انجام وظیفه می‌نمایند.
  - ۷- تیم پزشکی در صورت وجود ناتوانی و بیماری همکار و وجود سوء رفتار جزئی و جدی همکار برخورد مناسب دارند.
- از طریق (فرم‌های رضایت‌سنجی بیماران بستری، اورژانس، درمانگاه)، پایش شکایات و مراجعه‌ی حضوری به بخش‌ها توسط مسئول محور حقوق‌گیرندگان خدمت‌پایبندی کارکنان به اصول اخلاق حرفه‌ای پایش می‌شود و گزارش در کمیته اخلاق و تیم مدیریت و رهبری ارائه می‌گردد.
- ۳- اقدام اصلاحی / پیشگیرانه توسط تیم رهبری در مورد فرایندهای مورد دادرز راستای رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای پیشنهاد و توسط دفتر بهبود کیفیت پایش می‌شود.

مستندات مرتبط : مستندات پرونده ها - فرم های رضایت سنجی

جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	
	سوپروایزر آموزشی	معصومه محمدزاد		مدیر مرکز	دکتر داوود علیپور
	کارشناس بهبود کیفیت و دبیر کمیته اخلاق بالینی	مریم حسین زاده		مدیر دفتر پرستاری	لیلی رسولی
				کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش
		امضاء :	نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر میرهادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز تاریخ تایید:		
		امضاء :	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده :

۱- eprints.qums.ac.ir

۲- ta.mui.ac.ir > sites > ta.mui.ac.ir > files > akhlagh



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: گزارش حوادث بیمارستان

تاریخ تدوین: ۹۷/۱۲/۰۱	کد روش اجرایی: ۳ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۳۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

**هدف:**

-تعیین خط مشی / روش اجرائی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار میدهد.

تعیین مسئولیتهای افراد و بخشهای بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه

**دامنه:**

حوادث و بحرانهای داخلی و خارجی بیمارستانها و بطور کلی هر عاملی که باعث اختلال در روال کار عادی بیمارستان گردد.

**تعریف:**

**حوادث غیرمترقبه خارجی**

طبق تعریف به حوادثی اطلاق میگردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء میگیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان میشوند. مثالهایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل
- نشت مواد مضر
- آتش سوزی وسیع
- مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- حوادث با تلفات متعدد
- هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علا نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

**حوادث غیرمترقبه داخلی**

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونههایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- بمب گذاری
- گروگان گیری
- قطع ارتباطات
- قطع برق یا آب

• آتش سوزی

• سیل

• نشت مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو

• نقص سیستم گرمایشی

• قطع گازهای درمانی

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را میتوان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر

۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد میکند.

۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد میکند.

۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه میباشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.

۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ میدهد .

### مسئولیت ها و اختیارات :

در شرح فعالیت ها و وظایف و اختیارات بوضوح قید شده است.

### شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

۱. حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرد اعلام کننده خطر(فرمانده حادثه) بیمارستان اطلاع داده می شود. فرد اعلام کننده خطر (فرمانده حادثه) در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.

۲. فرمانده حادثه با کسب اطلاعات کامل از شدت و وسعت حادثه نیاز های اولیه منابع مالی ، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها دستورات لازم را به سوپروایزر بیمارستان میدهد و در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد. فرمانده حادثه در برنامه ریزی بحران بلایای بیمارستان با مشخصات و شرح وظایف ذیل انتخاب میشود:

○ فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه انتخاب میگردد دارای مسئولیت مشخص میباشد و از بین با سابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان (Incident Commander) برگزیده میشود.

○ این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد.

○ این فرد وظیفه تقسیم مسئولیتها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیتها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان بر عهده دارد.

○ وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد میباشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده

میگیرند. (این مسئولیتها برحسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین میشوند) :

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مترون بیمارستان

سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه

۳. سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس میزان و شدت حادثه با هماهنگی فرماندهی حادثه اقدام می نماید.

۴. مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل مدیریت پشتیبانی \_ مدیریت خدمات انسانی-مدیریت خدمات پاراکلینیک-مدیریت مناطق درمان-مدیریت مناطق بیماران در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند

۵. مدیران مناطق مذکور پس از حضور در پوزیشن عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام میکنند.

۶. سوپر وایزر کشیک به پوزیشن اصلی خود بر میگردد.

۷. پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت طبیعی حالت پاسخ به حادثه توسط فرمانده حادثه اعلام می شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
آقای دکتر میرهادی موسوی	ریاست مرکز		آقای داود علیپور	مدیر مرکز	
آقای عیسی سجلاتی	رئیس امور اداری ( دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا )		خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
نام و نام خانوادگی تایید کننده :	دکتر داود علیپور		امضاء :		
سمت : مدیر مرکز	تاریخ تایید:		امضاء :		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	دکتر میر هادی موسوی		امضاء :		
سمت : رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :				

### منابع مورد استفاده :

کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا ( دکتر حمیدرضا خانکه)



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۹/۱۰	کد روش اجرایی: PRO-۴
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۴/۳۰	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸	

**هدف:**

- ✓ تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران
- ✓ هماهنگی کارکنان واحدها در جهت ارائه خدمات مراقبتی ایمن ، با کیفیت و یک پارچه در بیمارستان به گیرنده خدمت و افزایش رضایتمندی

**دامنه :** کلیه بخش های بالینی ، واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک و خدمات

**تعریف :**

تعامل بین بخشی : هماهنگی و اتحاد نیروها ، امکانات واحدهای مختلف برای حل مشکلاتی است که خارج از ظرفیت ، توان و مسئولیت یک واحد است .

**مسئولیت ها و اختیارات :**

- مدیریت خدمات پرستاری (مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند تعامل بخش های بالینی بیمارستان با سایر بخش ها به منظور تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران نظارت داشته و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه به عمل می آورد)
- سوپروایزر( در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل سوپروایزر کشیک به عنوان مسئول فنی بیمارستان ، مسئولیت نظارت بر همکاری بین بخشی جهت تعامل بیشتر بخش ها را عهده دار می باشد).
- سرپرستار (در شیفت های صبحکاری در صورت لزوم برای رفع موانع در جهت همکاری بین بخشی ، سرپرستار بخش مربوطه مسائل را به مدیر خدمات پرستاری یا جانشین ایشان اطلاع داده و مدیر یا جانشین ایشان اقدامات لازم را به عمل می آورند .)

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود ) .**

**انجام اقدامات نظارتی توسط مسئولین :**

- ۱- در خصوص شناسایی موارد عدم انطباق بین بخش ها براساس گزارشات سوپروایزرین که در شیفت ها در دفتر گزارش سوپروایزر ی ثبت می شود و مدیر پرستاری موارد را در گزارشات روزانه به ریاست و مدیریت جهت حل مشکلات ارجاع می دهد.
- ۲- برگزاری جلسات سرپرستاران : مشکلات در جلسات سرپرستاران مطرح مس شود و چاره اندیشی می شود.

۳- جلسات تفاهم و هم اندیشی : جلساتی با حضور سرپرستاران و مسئولین واحدهای پاراکلینیک جهت حل مشکلات تشکیل و در آن چاره اندیشی شده و راهکار ارائه می شود. نتایج عدم تفاهم و عدم انطباق در جلسات تیم رهبری و مدیریت بررسی و تصمیمات گرفته می شود.

۴-دفتر پرستاری و سوپروایزر کشیک در صورت افزایش حجم کاری در بخش ها و یا در صورت عدم حضور پرسنل به علت استعلاجی و ... و کمبود کادر، نسبت به تامین نیروی انسانی مورد نیاز با همکاری سرپرستار بخش به صورت فراخوان یا جا به جایی بین بخشی افراد اقدام می نمایند.

۵- تحت نظارت سوپروایزر ، مسئول شیفت در صورت نیاز هماهنگی های لازم را با واحدهای پاراکلینیکی مانند آزمایشگاه ، رادیولوژی ..... جهت پیشبرد هر چه سریعتر انجام اقدامات درمانی لازم برای بیماران بدحال و به صورت اورژانسی را انجام می دهد.

۶-تحت نظارت دفتر پرستاری، سوپروایزر کشیک و واحد ایمنی ؛ باید مسئول شیفت واحد آزمایشگاه در صورت مشاهده نتایج بحرانی آزمایشات، مستقیماً پرستار مسئول بیمار یا مسئول شیفت بخش مورد نظر را مطلع سازد و مقادیر بحرانی در دفتر panic valu توسط نرس مطلع با شرح جزئیات ثبت گردد .

۷-در صورت خرابی تجهیزات یا مشکلات IT و نیاز به حل اورژانسی مشکل ،مورد از طریق سوپروایزر کشیک به آنکال واحد تجهیزات پزشکی یا IT اطلاع داده می شود تا به نحوه مقتضی جهت حل مشکل اقدام نمایند.

۸-سوپروایزر کشیک جهت مدیریت بهتر تخت ها و تعیین تکلیف بیماران اورژانس پس از راند بخش ها ابتدای شیفت و اخذ آمار تخت های خالی ،آمار را به مسئول اورژانس و رزیدنت اورژانس اعلام نموده و در طول شیفت بر تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش ها نظارت می نماید.

۹-در موارد بحران و نبود تخت خالی در بخش ها ، سوپروایزر کشیک تحت نظارت ریاست و مدیریت بیمارستان با اطلاع به ستاد هدایت موظف به مدیریت بحران و حفظ تعامل بهینه بین بخشی در حد امکان می باشد

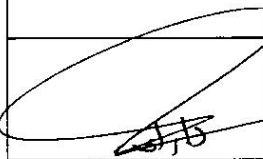
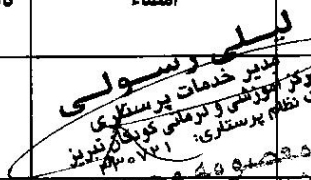
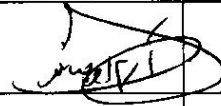
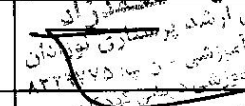
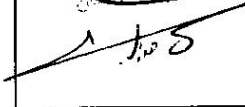
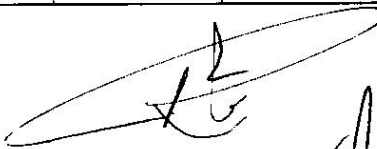

### **مستندات مرتبط :**

❖ گزارشات مسئولین واحدها و مستندات مربوط به پس خوراند

❖ مصوبات کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان



جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سوپروایزر	فریبا دارابی	 مدیر خدمات پرستاری مؤسسه آموزشی و تربیتی کودکان شیراز پرستاری نظام پرستاری ۱۳۹۱	لیلی رسولی	لیلی رسولی
	سوپروایزر	اکرم اوسانلو	 سوپروایزر آموزش پرستاری کودکان آموزش پرستاری - ۱۳۹۱	معصومه محمدزاد	معصومه محمدزاد
			 کارشناس پرستاری	شیوا محمدزاد اکبری	شیوا محمدزاد اکبری
	امضاء :		نام و نام خانوادگی تایید کننده : لیلی رسولی		
			سمت : مدیر خدمات پرستاری تاریخ تایید:		
	امضاء :		نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ : ۹۸۱۹۱۱۳		

منابع مورد استفاده : شرح وظایف عمومی و تخصصی وزارت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : نحوه تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان پرستاری

کد روش اجرایی : PRO - ۵  
تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۹  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۰۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

هدف:

- ✓ نظام مند نمودن فرایند تشویق و تنبیه کارکنان
- ✓ افزایش سطح کیفی خدمات و جلوگیری از بروز خطا
- ✓ آشنایی پرسنل با کنترل های انضباطی و نحوه صدور تشویقی ها و تذکرها
- ✓ ایجا دانگیزه مثبت در کارکنان ساعی و منضبط
- ✓ افزایش مسئولیت پذیری و انضباط کاری

دامنه : مجموعه تحت سرپرستی مدیریت پرستاری

تعریف :

کنترل های انضباطی شامل سیاست ها و روش هایی برای اطمینان از انطباق عملکرد پرسنل با آئین نامه و قوانین می باشد که میتوان به دو قسمت تشویق و تنبیه تقسیم بندی نمود.

تشویق : یک فرایند پاداش دهی است به رفتار فرد جهت قدردانی یا برانگیختن شوق و علاقه مجدد فرد برای انجام همان رفتار.

تنبیه : آگاه کردن و هشدار دادن به فرد در نتیجه رفتار غیر حرفه ای

مسئولیت ها و اختیارات :

➤ پزشک - سوپروایزر و سر پرستار و دبیران کمیته (ارائه درخواست)

➤ مدیر خدمات پرستاری (بررسی و درخواست و تائید)

➤ ریاست بیمارستان ( تائید نهایی )

شیوه انجام کار

۱) مدیر خدمات پرستاری شرح وظایف پرسنل بالینی را به واحد های بالینی ابلاغ می نماید.

۲) مسئولین واحدهای بالینی انتظارات و توقعات خود را به پرستاران بخش اعلام می نماید.

۳) مسئولین بخش های بالینی و سوپروایزرها بر عملکرد پرسنل بالینی نظارت می نمایند ( عملکرد کارکنان بخش به صورت روزانه در نرم افزار فایل الکترونیکی در قسمت عملکرد کارکنان توسط سرپرستار و سوپروایزر وارد می گردد و بصورت فرم کاغذی هر سه ماه توسط پرسنل امضاء و به دفتر پرستاری ارسال می گردد).

۵) مسئولین بخش های بالینی و سوپروایزرها براساس معیارهای درخواست کتبی تشویق و کنترل انضباطی پرسنل را به مدیر خدمات پرستاری گزارش می دهند

۶) مدیر خدمات پرستاری درخواست های تشویقی و کنترل انضباطی ارسالی را مطابق با آیتم های زیر بررسی می نماید:

### معیارهای تشویقی :

- اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در سیستم
- تلاش در راستای ارتقاء مهارت های بالینی
- رعایت استانداردهای مراقبت پرستاری
- همکاری در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی
- انجام شرح وظایف به نحوه احسن و عمل به آن
- شرکت فعال در کارگاهها و کلاس های آموزشی و کنفرانس های درون بخشی
- ترویج فرهنگ حجاب و عفاف و فعالیت در زمینه فرهنگی و اخلاقی
- نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری و رضایتمندی مددجو و همراهان
- همکاری با مسئولین بخش ها و پرسنل مافوق و همکاران ( رضایتمندی اساتید و پزشکان معالج ، سرپرستار و سوپروایزر و گزارش همکاری مناسب )
- درخواست تشویق مسئولین سایر واحدها به جهت تعامل بین بخشی
- کارائی موثر و انجام به نحو احسن وظیفه و مسئولیت واگذار شده ( مسئولین شیفت ها، رابطین آموزشی، پژوهشی و مروجین تغذیه با شیر مادر و ...)
- عضویت در تیم های تخصصی بیمارستان و عملکرد فعال در خور تشویق (تیم اعزام ، تیم IV و ...)
- رعایت صحیح استانداردهای ایمنی بیمار و کنترل عفونت
- در صورت ارائه ایده های جدید و عملکرد موثر دبیران کمیته ها و اعضای آن
- فعالیت پژوهشی و بکار بستن نتایج حاصل در بالین با هماهنگی مسئولین ذیربط
- شرکت در فعالیت های داوطلبانه و فراخوان ها جهت ارتقاء سلامت جامعه
- ارائه پیشنهادات و راهکارهای قابل اجرا در جهت ارتقاء فرایندها
- آموزش پرستاران جدید، نظارت بر عملکرد پرستار جدید
- همکاری در تهیه محتوای آموزشی
- ارائه گزارش خطا
- همکاری موثر در امر آموزش
- ۱- ارائه صحیح آموزش به بیمار
- ۲- آموزش به همکاران

↳ شرط لازم برای انتخاب پرسنل نمونه :

- ✓ تعیین ملاکهای شناسایی و معرفی کارکنان نمونه در تمامی بخش ها و اطلاع رسانی ملاکها به تمامی کارکنان
- ✓ انتخاب کارکنان نمونه براساس ملاک های شناسایی شده با روش مشخص
- ✓ داشتن حسن شهرت و عدم وجود سوء سابقه در زمینه اخلاق حرفه ای ، شرط لازم برای انتخاب پرسنل نمونه می باشد.

## معیارهای کنترل های انضباطی :

- رعایت نکردن موازین اخلاقی و اداری
- عدم حضور در برنامه های آموزشی
- تکرار خطاهای فردی
- عدم رعایت سلسله مراتب اداری و عدم همکاری با مسئولین بخش ها و پرسنل مافوق و همکاران
- رعایت نکردن استانداردهای ایمنی بیمار و کنترل عفونت
- استفاده نکردن از مهارت های ارتباطی و آموزش به بیمار
- داشتن غیبت ، استعلاجی های مکرر و بی مورد و عدم حضور در شیفت موظفی
- عدم اجرای فرایندهای مرتبط با شرح وظایف و سهل انگاری در انجام شرح وظایف مرتبط (در صورتیکه فرد هیچ گونه تلاشی برای اصلاح عملکرد انجام نداده و نقصان در ارزیابی عملکرد پرسنل تکرار گردد).
- نامه امضا شده توسط ریاست یا مدیر مرکز و یا مدیر خدمات پرستاری جهت تشویق یا کنترل انضباطی پرسنل صادر و از طریق اتوماسیون اداری به سرپرستار فرد مذکور و همچنین به کارتاپل خود فرد ارسال می گردد. ( یک برگ آن در سابقه فرد بایگانی می شود)
- ۸) سرپرستار برگ تشویق و یا تذکر را به پرسنل هدف ارائه می دهد.

## تشویق

تشویق به اطلاع فردی که مورد تشویق قرار گرفته رسانده می شود که در ذیل به برخی مصادیق تشویق اشاره می شود :

- ❖ تشویق کتبی یا مالی نظیر ضریب کارانه یا پرداخت پاداش ویا دریافت کارت هدیه
  - ❖ Off تشویقی و اعمال آن در برنامه کاری
  - ❖ نظر خواهی از فرد مورد نظر در مورد نوع تشویق
  - ❖ ارتقاء شغلی و دادن مسئولیتهای مدیریتی یا ابلاغهای رابط نظیر کنترل عفونت ، آموزش و ...
- ↪ هیچ گونه محدودیت و فاصله زمانی برای دریافت تشویق مجدد وجود نداشته و افراد در صورت رعایت آیتم های تشویق ممکن است بصورت مکرر و متوالی مورد تشویق قرار گیرند .

## اخطار و برخورد انضباطی

- ❖ معرفی جهت گذراندن دوره های اجباری
- ❖ تغییر بخش
- ❖ انفصال از ابلاغ و مسئولیت های واگذار شده

## مراحل کنترل انضباطی و تنبیه

تصمیم گیری در جهت موارد انضباطی و تنبیهی پرسنل در مراحل ذیل قابل اجرا می باشد:

- ❖ در اولین بروز خطا، صحبت به صورت محرمانه توسط مسئول بخش با فرد خاطی که در فایل عملکرد فرد نیز ثبت می گردد.
- ❖ در دومین خطا مذاکره با فرد خاطی و کسر از نمره ارزشیابی با ذکر علت توسط سرپرستار، چک لیست ارزیابی شده به مدیر پرستاری جهت رویت ارسال می گردد.
- ❖ در سومین خطا، گزارش خطا توسط سرپرستار به مدیر خدمات پرستاری اعلام شده و تذکر شفاهی توسط مدیریت پرستاری داده می شود.
- ❖ در صورت تکرار خطا برای چهارمین بار، گزارش حاوی مستندات تذکرات قبلی به ریاست بیمارستان توسط مدیر پرستاری ارسال شده و تذکر کتبی با درج در پرونده پرسنلی و کسر از کارانه صورت می گردد.
- ❖ در صورت تکرار خطا، موضوع در کمیته مدیریت و رهبری تصمیم گیری در مورد پرستار مطرح شده، در صورت عدم اصلاح و قصور در کار، موضوع به تخلفات اداری دانشگاه جهت تصمیم گیری نهایی اطلاع داده می شود.
- ❖ رای نهایی واحد تخلفات اداری به ریاست بیمارستان اعلام می گردد.
- ☆ توجه: بدیهی است که طی این مراحل در شرایط معمولی بوده و در صورتیکه حیات بیمار با عملکرد پرسنل به تهدید افتد برخورد با فرد خاطی از این روند خارج می گردد و ممکن است از مرحله چهارم و بالاتر شروع گردد
- مستندات مرتبط: وجود اسناد مرتبط در پرونده پرسنلی و فرم ارزیابی و فایل عملکرد پرسنل

### جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
شیوا محمدزاد اکبری	کارشناس پرستاری		فریبا دارابی	سوپروایزر	
ناهید دهخدا	سوپروایزر سلامت		زینب نورمحمدی	سوپروایزر	
نام و نام خانوادگی تایید کننده:		امضاء:			
سمت:		امضاء:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده: قوانین اداری و شرح وظایف وزارت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند

کد روش اجرایی : ۶ - PRO  
تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۴  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**هدف:** کنترل صحت داده های ثبت شده در سیستم HIS

**دامنه:** واحدهای درمانی و پاراکلینیکی - واحد های زیر مجموعه اطلاعات سلامت - واحد امور مالی

**تعریف:** با تدوین روش کنترل صحت داده های ثبت شده در سیستم HIS ، از صحت داده های ثبت شده در این سیستم اطمینان حاصل می گردد.

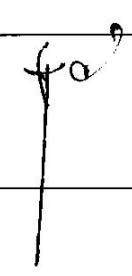


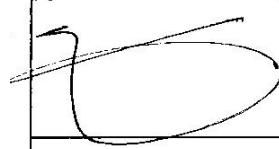



**مسئولیت ها و اختیارات:** مسئول IT ، مسئول HIS ، مدیر فناوری اطلاعات سلامت ، مسئولین بخشها ، پاراکلینیک ها ، مسئول ترخیص و درآمد

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود ).**

- مسئول IT با استقرار سامانه استحقاق سنجی در سیستم های پذیرش بیماران در ابتدای ورود اطلاعات بیمار به سیستم HIS ، ضمن انجام استحقاق سنجی اولیه برای هر بیمار در لحظه پذیرش بجهت ضرورت رعایت موازین بیمه ای و برخورداری قانونی از صندوق های بیمه ای موجود ، اجازه ورود اشتباه کد ملی بیمار و یا انتخاب اشتباه بیمه بیمار به کاربر پذیرش نمی دهد .
- مسئول HIS با ارائه دسترسی های لازم به مسئولین واحدهای پاراکلینیک ها ، داروخانه و مسئول درآمد ، امکان کنترل سیستمی برای ثبت صحیح درخواست بخش های بستری از واحدهای مذکور را در سیستم HIS برای آنان فراهم می نماید .
- در صورت هر گونه بروز خطا در کنترل ثبت صحیح داده ، مورد به اطلاع مسئول HIS رسانیده می شود تا علت خطا بررسی و رفع گردد.

**مستندات مرتبط :**

## جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	مسئول اطلاعات سلامت	علیرضا قهرمانی		<del>مدیر مرکز</del>	دکتر داود علیپور
				مسئول واحد فناوری اطلاعات	داود محمدی
	مسئول درآمد	سریه شرفی		کلرشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش
			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر داود علیپور		
			سمت : مدیر مرکز تاریخ تایید: ۱۳۹۸/۰۸/۳۰		
امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		
			سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

## منابع مورد استفاده :

تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعاتی الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان

کد روش اجرایی : ۷- PRO  
تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۸ / ۴

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸ / ۸

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹

**هدف:** تهیه منظم نسخه پشتیبان از کلیه بانک های اطلاعاتی موجود در بیمارستان در جهت صیانت از داده ها

**دامنه:** واحد فناوری اطلاعات

**تعریف:** منظور از نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی بیمارستان ، تهیه back up دوره ای و منظم از آنها بوده تا در صورت هر گونه از دست رفتن اطلاعات فوق امکان بازیابی آخرین نسخه پشتیبان موجود باشد .

**مسئولیت ها و اختیارات:** مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود .)**

- مسئول واحد فناوری اطلاعات برنامه تهیه back up از سیستم HIS را به صورت خودکار در Server برای ساعت سه بامداد تنظیم کرده تا ساعت چهار و نیم بامداد به اتمام برسد و این فایل پشتیبان در یک حافظه External نگهداری می شود
- مسئول واحد فناوری اطلاعات هر روز جهت حصول اطمینان از صحت داده های پشتیبان ، حافظه مورد نظر را بازبینی و حجم اطلاعات فایل back up را کنترل می کند .
- مسئول واحد فناوری هر هفته یک بار آخرین اطلاعات فایل back up را در فضای اختصاص داده شده از طرف مدیریت محترم آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه در محل Datacenter بارگذاری می گردد .
- مسئول واحد فناوری اطلاعات گزارش های تایید شده اقدامات فوق از مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه طی آخرین دوره بازدید به عمل آمده از مرکز از انجام به موقع و صحت اطلاعات فایل back up در نسخه های پشتیبان بانک اطلاعاتی سامانه اطلاعات بیمارستان تهیه می نماید .

**مستندات مرتبط:** اطلاعات فایل back up های موجود ، گزارش تاییدیه مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و

فناوری اطلاعات دانشگاه



جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	کارشناس بهبود کیفیت	بهجت پریش		مسئول واحد فناوری اطلاعات	داود محمدی
 امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : داود محمدی سمت : مسئول واحد فناوری اطلاعات تاریخ تایید: ۱۳۹۸/۰۸/۳۰		
 امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :		

منابع مورد استفاده :

تجربیات بیمارستان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری

تاریخ تدوین: ۹۸ / ۴	کد روش اجرایی: ۸ - PRO
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷/۱۵	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۹	

تعداد صفحه: ۲

**هدف:** مراقبت و نگهداری صحیح از سیستم های سخت افزاری و در دسترس بودن اطلاعات بدون وقفه

**دامنه:** کلیه واحدهای بیمارستانی اعم از اداری و درمانی

**تعریف:** کلیه سیستم های سخت افزار موجود در مرکز اعم از رایانه ها ، چاپگرها ، سوئیچ ها و سرورهای موجود و ... نیازمند پشتیبانی و نگهداشت برای برقراری سرویس های نرم افزاری مورد نیاز واحدها در تمام ساعات شبانه روز می باشند .

**مسئولیت ها و اختیارات :**


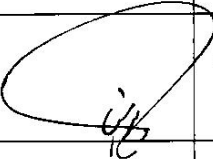


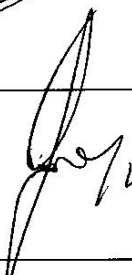
مسئول واحد فناوری اطلاعات و کارشناس سخت افزار

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود ) .**

۱. مسئول واحد IT کلیه سخت افزارهای موجود در مرکز را شناسایی و برای آنها شناسنامه تدوین می نماید .
۲. دو عدد کیس آماده و مجهز به انواع نرم افزارهای مورد نیاز واحدهای درمانی و اداری به صورت buck up به همراه ضمایم مورد نیاز در واحد فناوری اطلاعات نگهداری می گردد تا هر زمان از شبانه روز که خرابی سیستم برای یک واحد حساس ( پذیرش ، صندوق ، بخش های بستری و مدیریت ) نیازمند به سیستم پیش آمده باشد فوراً جایگزین به موقع انجام گیرد .
۳. علاوه بر شیفت صبح در روزهای کاری برای ساعات عصر و شب و روزهای تعطیل نیز برنامه آنکالی واحد IT تهیه شده و در دسترس سوپروایزر بیمارستان می باشد تا در موقع مورد نیاز آنکال مربوطه فراخوانی و رفع مشکل گردد .
۴. روش کار با سخت افزار های موجود در واحدها و نوه مراقبت از آنها توسط کارشناس سخت افزار در واحدهای ذیربط به کارکنان آموزش می شود .
۵. مشکلات تجهیزات سخت افزاری تا حد امکان در داخل بیمارستان توسط کارشناس سخت افزار بررسی و رفع می گردد در صورتی که نیاز به تعمیرات تخصصی در خارج از مرکز باشد با اطلاع امین اموال و تهیه برگ خروج به خارج از مرکز و شرکت های ارائه دهنده خدمات سخت افزاری ارجاع می گردد .

مستندات مرتبط : دو عدد کیس آماده در واحد IT ، تجهیزات انجام تست برای رفع خرابی و گواهی های ارائه آموزش

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
داود محمدی	مسئول IT		بهجت پریش	کارشناس بهبود کیفیت	
حسین موثق	کارشناس سخت افزار				
نام و نام خانوادگی تایید کننده : داود محمدی سمت : مسئول IT تاریخ تایید: ۱۳۹۸/۰۸/۳۰			 امضاء :		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :			 امضاء :		

منابع مورد استفاده : تجربیات بیمارستانی



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : انجام مشاوره های اورژانس و غیر اورژانسی

کد روش اجرایی: PRO-۹  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۵/۹  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۷  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸

**هدف:**

- ✓ جهت مدیریت بهتر روند تشخیص و درمان بیماران بدحال و تسریع در روند بهبود بیمار
- ✓ رهبری بالینی منسجم توسط پزشک معالج و اثربخشی بهتر مراقبت و درمان
- ✓ سازماندهی طرح مراقبت و درمان توسط پزشک معالج

**دامنه:**

کلیه بیماران بخش های بستری و بیماران تحت نظر بخش اورژانس

**تعریف:**

مشاوره: درخواست مشورت علمی و بهره گیری پزشک معالج از نقطه نظرات تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار.

مشاوره اورژانس: در برخی موارد به صلاحدید پزشک معالج به منظور پیشرفت در امر درمان بیمار و اجتناب از اتلاف زمان در بیماران بدحال و دوگانگی درمان، درخواست مشاوره اورژانسی با سرویس تخصص مدنظر داده می شود. مدت زمان مشاوره های اورژانسی حداکثر تا یک ساعت می باشد.

- موارد مشاوره اورژانسی لازم است فوراً و به صورت تلفنی، به پزشک مشاور اطلاع رسانی گردد.

مشاوره غیر اورژانس: در برخی موارد به صلاحدید پزشک معالج به منظور پیشرفت در امر درمان بیمار، درخواست مشاوره با سرویس تخصص مدنظر داده می شود. مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد. مدت زمان مشاوره های غیر اورژانسی حداکثر تا ۲۴ ساعت می باشد

**مسئولیت ها و اختیارات:**

پزشک معالج یا ذیصلاح/جانشین: ثبت درخواست مشاوره با قید مشاوره اورژانسی یا غیر اورژانسی با ذکر سرویس تخصصی مدنظر

سر پرستار/پرستار مسئول شیفت: پیگیری ارسال و انجام مشاوره

سوپروایزر درگرددش: پیگیری ارسال و انجام مشاوره در صورت نیاز به مداخله در نوبت کاری عصر و شب

پرستار: پیگیری انجام، همراهی در ویزیت بیمار توسط پزشک معالج و مشاور و اجرای دستورات و ثبت در گزارش پرستاری

### شیوه انجام کار :

\*\*\* پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی تحت نظر و با آگاهی و تایید ایشان انجام شود

### مشاوره های تخصصی اورژانسی

۱) ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج در پرونده بیمار  
۲) ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره با قید اورژانسی بودن مشاوره و ذکر سرویس تخصصی مد نظر و سرویس درخواست کننده ( در صورت دسترس نبودن پزشک مشاور آنکال همانروز، نام پزشک مشاور در سرویس مورد نظر قابل تغییر است)

۳) برگه مشاوره توسط کمک بهیار یا رابط بخش به سرویس تخصصی مورد نظر تحویل داده می شود.

۴) حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار و انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک با ذکر تاریخ ساعت و انجام مشاوره

\* مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد، اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور پزشک مشاور در بالین بیمار قابل اجراء می باشد. تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد.

\* اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج و ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک توسط پزشک معالج/جانشین در اولین حضور بر بالین بیمار و شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی

\*\*\* دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی و اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

۵) در صورت وجود مشاوره های اورژانسی با پزشکان سایر مراکز ، دو برگه مطالبه و برگه مشاوره در صورت لزوم و با تایید پزشک معالج همراه با بیمار و به همراه تیم اعزام و با حفظ موارد ایمنی به مرکز مورد نظر فرستاده می شود.

\* اگر وضعیت بیمار غیر قابل انتقال باشد در روی برگه مشاوره کلمه " غیر قابل انتقال " توسط پزشک معالج ثبت می گردد.

۶) پرستار پس از تایید مشاوره توسط پزشک معالج بیمار، دستورات را در کاردکس وارد و اجرا می نماید. کلیه اقدامات انجام شده با ذکر تاریخ و ساعت توسط پرستار بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت می شود.

### مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی

۱) ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " غیر اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج در پرونده بیمار

۲) ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره با قید غیر اورژانسی بودن با ذکر

سرویس تخصصی مد نظر و سرویس درخواست کننده

۳) برگه مشاوره توسط کمک بهیار یا رابط بخش به سرویس تخصصی مورد نظر تحویل داده می شود.

۴) حضور پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار و انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک با ذکر تاریخ ساعت و انجام مشاوره

\* مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد، به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد.

\*\* اطلاع نتایج مشاوره به پزشک معالج و ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک توسط پزشک معالج/جانشین در اولین حضور بر بالین بیمار

\*\*\* دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی و اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

۵) در صورت وجود مشاوره های غیر اورژانسی با پزشکان سایر مراکز ، دو برگه مطالبه و برگه مشاوره در صورت لزوم و با تایید پزشک معالج همراه با بیمار و به همراه تیم اعزام و با حفظ موارد ایمنی به مرکز مورد نظر فرستاده می شود.

۶) پرستار پس از تایید مشاوره توسط پزشک معالج بیمار، دستورات را در کاردکس وارد و اجرا می نماید . کلیه اقدامات انجام شده با ذکر تاریخ و ساعت توسط پرستار بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت می شود.

\* پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا پزشک انکال با تخصص مرتبط و در بیمارستانهای آموزشی زیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

### مستندات مرتبط :

پرونده های بیماران ، چک لیست بازدیدهای میدانی تیم مدیریت

### منابع مورد استفاده :

استانداردهای اعتبار بخشی و تجربه بیمارستان

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		معصومه محمدزاد	سوپروایزر آموزشی	
شیوا محمدزاد اکبری	پرستار		فریبا دارابی	سوپروایزر بالینی	
نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
مستخلص کودکان - فوق تخصص کلیه کودکان	معاون پرستاری		دکتر میر هادی موسوی	رئیس مرکز	
تاریخ تایید: ۹۸۱۹۱۷	شماره و تاریخ ابلاغ: ۹۸۱۹۱۷				



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی

کد روش اجرایی: ۱۰ - PRO  
تعداد صفحه: ۶

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:** پیشگیری از انتقال عفونت های منتقله از راه خون و ترشحات بالقوه عفونت زا

**دامنه:** کلیه واحدها و بخش ها

**تعریف مواجهه شغلی:** تماس با خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرورفتن سرسوزن در پوست یا بریدگی با شی تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (مانند پوست ترک خورده، یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت) است که می تواند فرد را در معرض عفونت های منتقله از راه خون و ترشحات بالقوه عفونت زا نظیر ایدز، هپاتیت B و هپاتیت C قرار دهد.

مایعات بالقوه عفونت زا: خون، مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک ادرار، بزاق، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونت زا نیستند مگر خون داخل آنها مشاهده شود. تعریف منبع: فردی است که یکی از کارکنان با یک مایع بالقوه عفونت زای وی مواجهه یافته است.

تعریف میزان خطر:

احتمال ابتلا به عفونت معین بعد از مواجهه با آن، که برای مواجهه های شغلی با HCV, HBV و HIV به شرح زیر است:

خطر انتقال شغلی هپاتیت B: در صورت مثبت بودن منبع حدود ۲۲٪ تا ۳۱٪ است.

خط انتقال شغلی هپاتیت C: در صورت مثبت بودن منبع حدود ۰٪-۷٪ می باشد.

خطر انتقال شغلی ایدز: در صورت مثبت بودن منبع حدود ۰,۲٪ تا ۰,۵٪ می باشد.

### شیوه انجام کار :

کلیه پرسنل موظف به رعایت احتیاطات استاندارد در مراقبت از تمام بیماران هستند. احتیاط استاندارد شامل پوشیدن دستکش- شستن دستها- استفاده از گان، ماسک، محافظ چشم در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده شدن مایعات بدن وجود دارد- عدم دستکاری سوزن و وسایل تیز، عدم recap (در صورت نیاز روش یک دستی)، رفع مواد تیز و برنده در سفتی باکس- ضدعفونی صحیح وسایل و تجهیزات مصرفی بیمار است.

بهداشت دست باید در ۵ موقعیت رعایت بهداشت دست الف. قبل از تماس با بیمار ب. قبل از پروسیجر آسپتیک ج. بعد از مواجهه با خون و مایعات بدن بیمار د. بعد از تماس با بیمار ه. بعد از تماس با محیط مجاور بیمار رعایت شود.

پرسنل درمانی در مواردی که احتمال آلوده شدن دست با ترشحات بدن بیمار وجود دارد، از دستکش استفاده نمایند

پرسنل درمانی برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس ها طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن وجود دارد، باید از گان تمیز و غیر استریل استفاده نمایند.

پرسنل درمانی برای حفاظت از غشای مخاطی بینی و دهان در طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیدن خون مایعات و ترشحات بدن وجود دارد، باید از ماسک استفاده کنند. ماسک باید روی بینی، دهان و چانه را بپوشاند. ماسک باید بوسیله بند یا کش پشت سر بسته شود. ماسک باید در صورت مرطوب شدن تعویض شود. ماسک را هرگز به گردن آویزان نکنید. پس از استفاده از ماسک دستها را بشویید. ماسک باید پس از استفاده معدوم گردد.

پرسنل درمانی صرفنظر از تشخیص بیماری، زمانی که خطر آلودگی چشم ها و ملتحمه وجود دارد باید از عینک محافظ / محافظ صورت استفاده نمایند.

اگرچه معمولاً حفاظت از پاها در احتیاطات استاندارد وجود ندارد، اما برای حفاظت کارکنان امر مهمی محسوب می شود. پرسنل هنگام کار باید کفش هایی بپوشند که مقاوم به جذب مایعات باشد و کاملاً تمام سطح پاها را فراگیرد (نه صندل یا دمپایی).

کلیه پرسنل موظف به تشکیل پرونده بهداشتی و انجام واکسیناسیون طبق پروتکل کشوری هستند .

جهت رعایت اصول ایمنی برای شکستن ویال های دارویی با استفاده از یک محافظ پد از تیغ اره استفاده کنید .

پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیدا خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی بایستی انجام شود. روش یک دستی: سرپوش را روی میز قرار دهید. سرنگ و سرسوزن را در یک دست گرفته و بدون استفاده از دست دیگر داخل سرپوشی که روی میز گذاشته‌اید، با زاویه ۴۵ درجه وارد شده و سرسوزن را داخل درپوش قرار دهید سپس با دست دیگر درپوش را فیکس کنید. (پیوست ۱۸)

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

کلیه پرسنل موظف به پیگیری و اخذ جواب آزمایش خود و تحویل آن به کارشناس کنترل عفونت هستند.

## پیشگیری از مواجهه شغلی:

شستن مکرر دست ها

استفاده صحیح و مناسب از وسایل حفاظت فردی

استفاده از دستکش در تماس با ترشحات



استفاده صحیح از سفتی باکس

عدم درپوش گذاری مجدد سوزن ها

استفاده از وسایل ایمنی مناسب

همه کارکنان واکسن هپاتیت ب دریافت کرده و آزمایش پاسخ به واکسن را یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره انجام داده باشند.

تشکیل پرونده بهداشتی توسط کلیه پرسنل نزد کارشناس کنترل عفونت

آموزش مدیریت مواجهه شغلی توسط کارشناس کنترل عفونت به کارکنان

مداوای محل مواجهه: ابتدا خونسردی خود را حفظ کنید و سپس

در صورت بریدگی پوست با سرسوزن یا شی تیز و برنده: فوراً محل را با آب و صابون بشویید، محل ورود شی را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.

از فشردن یا مکیدن ناحیه اجتناب کنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست ناسالم: فوراً محل را با آب روان بشویید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم: چشم را با آب معمولی یا نرمال سالن بشویید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان: فوراً خون یا مایع را بیرون بریزید و با آب یا نرمال سالن دهان را کاملاً بشویید.

### **ثبت و گزارش دهی:**

فرم گزارش موارد مواجهه شغلی را که در تمام بخش ها موجود است تکمیل کرده (بطور کامل پر کرده و امضا نمایید) و تحویل پرستار کنترل عفونت نمایید، در شیفت صبح به سرپرستار و در شیفت عصر و شب به مسئول شیفت و سوپروایزر اطلاع دهید.

در صورت مشخص بودن منبع آزمایشات HBSAg، HCVAb و HIVAb را از منبع خونگیری کرده و در سیستم بصورت اورژانسی ثبت نمایید.

### **ارزیابی فردی که دچار مواجهه شده:**

سابقه ابتلا به عفونت HCV، HBV و HIV

سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب و وضعیت پاسخ به آن

ارسال آزمایشات HCVAb، HBSAb، HBSAg و HIVAg با نمونه گیری ۳ سی سی خون و ثبت در دفترچه بصورت اورژانسی و پذیرش آن برای فردی که دچار مواجهه شغلی شده

در صورتیکه دو نوبت و هر نوبت سه بار واکسن هیپاتیت ب تزریق کرده و تیتراژ هیپاتیت ب چک کرده اید و تیتراژ پایین است شما به واکسن پاسخ نداده اید و در صورت مواجهه با منبع مثبت باید ایمونوگلوبولین هیپاتیت ب تزریق نمایید.

افرادی که به HBV مبتلا شده اند نسبت به عفونت مجدد مصون هستند و نیاز به پروفیلاکسی بعد از مواجهه ندارند.

### معیارهای پروفیلاکسی در مواجهه با HIV:

- مواجهه در طی ۷۲ ساعت اخیر باشد و
- مخاط یا پوست آسیب دیده یا ناسالم بوده و در تماس با مایعات بالقوه عفونی قرار گرفته باشد و
- منبع مواجهه مبتلا به HIV یا جز گروه های پرخطر است و
- فرد مواجهه یافته به HIV مبتلا نیست.

اگر واکسیناسیون هیپاتیت ب را انجام نداده اید:

انجام واکسیناسیون نوبت ۰، ۱ ماه و ۶ ماه بعد از اولین نوبت تزریق و چک تیتراژ آنتی بادی هیپاتیت ب حداقل یک ماه بعد از آخرین دوز

اگر دو بار واکسیناسیون هیپاتیت ب انجام داده اید (دو بار و هر بار سه نوبت) و حداقل یک ماه بعد چک تیتراژ را انجام داده اید و همچنان تیتراژ کمتر از ۱۰ (۲۰ بسته به کیت و رنج نرمال آزمایشگاه) می باشد، شما به واکسن پاسخ نداده اید و در صورت مواجهه با منبع مثبت باید:

ایمونوگلوبولین هیپاتیت ب ۰،۰۶cc/kg یا ۵۰۰ واحد داخل عضلانی طی حداکثر ۱۴ روز بعد از مواجهه تزریق کنید و یک ماه بعد مجدد تکرار نمایید.

سایر موارد: اطلاع به پزشک کنترل عفونت و کسب تکلیف از ایشان

محل استقرار ایمونوگلوبولین هیپاتیت B در داروخانه مرکز است و حداقل دو عدد نوع بزرگسال در داروخانه مرکز وجود خواهد داشت.

هر فرد موظف به پیگیری مواجهه شغلی خود می باشد و در صورت عدم تشکیل پرونده بهداشتی، عدم اطلاع و عدم پیگیری و عدم ارسال آزمایشات هیچگونه ادعایی نخواهد داشت.

### آزمایشات پیگیری در صورت منبع مثبت:

	بلافاصله بعد از تماس	۴-۶ هفته بعد از تماس	۳ ماه بعد از تماس	۶ ماه بعد از تماس
HIVAg/Ab	√	√	√	√
HBSAg-HBSAb-HBCAb	√	-		√
HCVAb	√	-	-	√
ALT-AST	√	√		
CBC در صورت دارو درمانی)	√	√	-	-

در صورت دارو درمانی)	Cr	✓	✓	-	-
-------------------------	----	---	---	---	---

### مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

## راهنمای پیشگیری پس از مواجهه شغلی در کارکنان درمانی

### Post Exposure Prophylaxi : PEP

#### تعریف مواجهه شغلی :

- ✓ مواجهه از راه پوست ( مانند فرو رفتن سوزن به دست )
- ✓ مواجهه ی غشاهای مخاطی ( مانند پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان )
- ✓ مواجهه ی پوست ناسالم ( مانند تماس با پوست بریده، ترک خورده یا دچار درماتیت )

#### مایعات بالقوه عفونی که می توانند HIV/ HCV/ HBV را منتقل نمایند:

- خون، سرم، پلاسما
- منی و ترشح مهبل
- مایع مغزی نخاعی، سینوویوم، جنب، صفاق، پریکاره و آمیون
- کشتهای غلیظ شده ی آزمایشگاهی HIV

### اقدامات اولیه

#### ۱. مداوای محل مواجهه

- a. در اولین فرصت، محل مواجهه با مایعات بالقوه عفونی را با استفاده از آب معمولی و صابون شستشو دهید.
- b. غشاهای مخاطی غیر چشم مواجهه یافته را با آب معمولی و فراوان شستشو دهید.
- c. چشم مواجهه یافته را با محلول نرمال سالین یا آب سالم فراوان شستشو دهید.
- d. از هرگونه دستکاری و فشردن محل مواجهه خودداری نمایید.
- e. از مواد گندزدا یا ضدعفونی کننده که می توانند باعث سوزاندگی و التهاب شوند، استفاده نکنید.

#### ۲. ثبت و گزارش دهی:

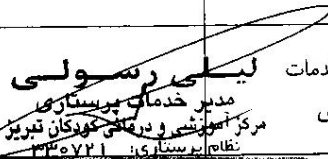
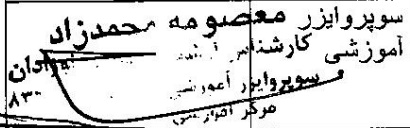
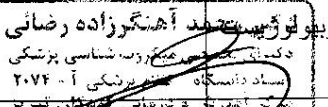
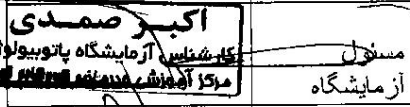
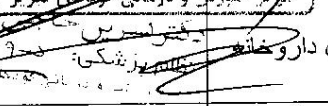
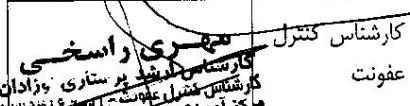
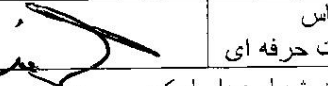
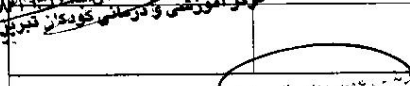

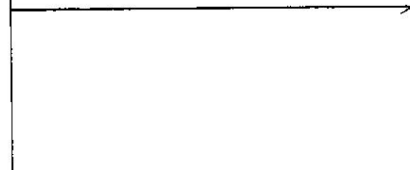
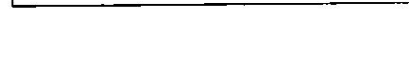

- a. اطلاع به کارشناس کنترل عفونت / سرپرستار / سوپروایزر کشیک / پرستار مسئول شیفت بلافاصله بعد از انجام اقدامات اولیه
- b. ثبت مشخصات منبع مواجهه ( نام بیمار، شماره پرونده، تشخیص ) و ارسال به دفتر پرستاری
- c. اخذ نمونه خون لخته ( ۳-۲ سی سی ) از بیمار و ارسال به آزمایشگاه مرکز جهت انجام آزمایشات HBSAg- HCVAb- HIVAb و ثبت در سیستم HIS ( هزینه آزمایشات رایگان است. )
- d. اخذ نمونه خون لخته ( ۳-۲ سی سی ) از فرد آسیب دیده و ارسال به آزمایشگاه مرکز، جهت انجام آزمایش HIVAb و ثبت در دفترچه بیمه

#### ( آزمایشات HBSAg- HCVAb- HIVAb- HBSAb در صورتیکه که قبلا انجام نشده باشد، درخواست می شود )

- e. به هنگام درخواست آزمایشات به رازداری در مورد نتایج آزمایشات توجه شود.
- f. تشکیل پرونده، پیگیری جواب آزمایشات و انجام اقدامات لازم بر عهده کارشناس کنترل عفونت مرکز می باشد.
- g. در صورتیکه منبع مواجهه مشخص نیست، پیگیری اقدامات توسط کارشناس کنترل عفونت انجام خواهد گرفت.

#### کمیته کنترل عفونت

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری		معصومه محمدزاد	سوپروایزر معصومه محمدزاد آموزشی کارشناس آموزش و سوپروایزر آموزشی مرکز آموزش	
دکتر محمد آهنگر زاده رضایی	میکروبیولوژیست		اکبر صمدی	مسئول آزمایشگاه	
دکتر نسرین حاجی زاده	مسئول داروخانه		مهتری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
فرامرزی عدل بخش	کارشناس بهداشت حرفه ای		امضاء :		
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	دکتر شهرام عبدلی اسکویی		امضاء :		
سمت پزشک کنترل عفونت:	تاریخ تایید:		امضاء :		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	دکتر میر هادی موسوی		امضاء :		
سمت : رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :				

منابع مورد استفاده : مدیریت مواجهه شغلی وزارت بهداشت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی حین بستری و پس از ترخیص

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	کد روش اجرایی: ۱۱-PRO تعداد صفحه: ۲
---	--

### اهداف:

- ارتقای ایمنی کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان
- کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی
- ارتقا و بهبود روند گزارش دهی عفونت های بیمارستانی و بیماریابی در بخش ها
- جلوگیری از انتقال عفونت
- پیگیری و شناسایی مخازن عفونت
- دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعاریف:** سیستم نظام مراقبت کشوری عفونتهای بیمارستانی، طبق تعریف عفونت بیمارستانی عفونت های مرتبط با مراقبت را از طریق جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل و ارائه نتایج پایش و گزارش می کند.

( Iranian Nosocomial Infection Surveillance ) INIS

**دامنه:** کلیه بخش های بستری

### شیوه انجام کار:

۱. کارشناس کنترل عفونت روزانه جواب کشتهای مثبت را از آزمایشگاه میکروبیشناسی دریافت می کند.
۲. سرپرستاران بخشها روزانه موارد تب، تغییر زخم جراحی به نفع عفونت، شروع آنتی بیوتیک جدید، تغییر آنتی بیوتیک و نظریه پزشک مبنی بر عفونت بیمارستانی را از طریق فرم مخصوص گزارش عفونتهای بیمارستانی به کارشناس کنترل عفونت ارسال می کند.
۳. کارشناس کنترل عفونت روزانه، پرونده بیماران با شرایط موارد فوق ( بند ۱ و ۲ ) را بررسی و فرم شماره ۱ را تکمیل می کند.
۴. پزشک کنترل عفونت فرمهای شماره یک را از جهت عفونت بیمارستانی تایید می کند.

۵. کارشناس کنترل عفونت، در ۱۰ روز اول هر ماه، آمار فرم شماره ۱ عفونتهای بیمارستانی ماه قبل را به سایت NNIS وارد می کند.
۶. فرم شماره ۲ (مخرج ها) در بخش ها بطور روزانه کامل شده و آخر هر ماه به واحد کنترل عفونت ارسال می شود.
۷. کارشناس کنترل عفونت فرم شماره ۲ عفونت بیمارستانی را در سایت INIS ۱۰ روز اول هر ماه ثبت می کند.
۸. کارشناس کنترل عفونت آمار عفونتهای بیمارستانی را ماهانه در کمیته کنترل عفونت مطرح می کند.
۹. اعضای کمیته کنترل عفونت، آمار عفونتهای بیمارستانی و نوع سوشهای ایزوله شده را تجزیه و تحلیل می کنند.
۱۰. کارشناس کنترل عفونت بر اساس نتایج تحلیل شده با نظر اعضای کمیته کنترل عفونت برنامه عملیاتی جهت کاهش عفونت بیمارستانی را تهیه می کند.
۱۱. کارشناس کنترل عفونت برنامه عملیاتی را طبق برنامه تنظیم شده اجرا و پیگیریهای لازم را بعمل می آورد.
۱۲. سرپرستار بخش براساس آمار عفونتهای بیمارستانی بخش با هماهنگی کارشناس کنترل عفونت پیگیریهای لازم جهت کاهش عفونت بیمارستانی را بعمل می آورد.
۱۳. در خصوص پیگیری بیماران بعد از ترخیص آموزش حین ترخیص به والدین و بیمار در مورد علائم عفونت (قرمزی قسمت زیادی از اطراف محل عمل، تورم، خونریزی یا ترشحات چرکی محل عمل، تب بالای ۳۸ درجه، عفونت محل پورت کت، عفونت محل کتتر ورید دایمی و ...) بصورت کتبی و شفاهی ارائه می گردد.
۱۴. به والدین و همراه توضیح داده می شود در صورت مشاهده علائم عفونت به درمانگاه مرکز مراجعه کند.
۱۵. همکاران در صورت مراجعه این بیماران در فرم گزارش عفونت بیمارستانی مشخصات بیمار را به کارشناس کنترل عفونت گزارش می کنند.
۱۶. در مورد بیماران استوما در بخش جراحی، کاشت حلزون، آدنوتالسیلکتومی، شکاف کام و شکاف لب در بخش ENT، بیماران دیالیز صفاقی در بخش داخلی C پیگیری تلفنی بعد از ترخیص انجام شده و تا یک هفته بعد از ترخیص توسط پرستار آموزش به بیمار تماس گرفته شده و پیگیری بیمار از نظر عفونت انجام می شود.

## جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر نعمت بیلان	رئیس بخش ICU فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان	دکتر سعید اصلان آبادی	ناهد دهنخدا	سوپروایزر آموزش سلامت	ناهد اصلان آبادی
دکتر سعید اصلان آبادی	رئیس بخش جراحی مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران	دکتر جعفر افشاری - ن.ب: ۹۷۲	خانم حق شناس	سرپرستار ENT	خانم حق شناس
دکتر مجید محله ای	رئیس بخش NICU	دکتر امیر شهبان	خانم عباسی	سرپرستار جراحی	خانم عباسی
دکتر داریوش شیخ زاده	رئیس بخش NICU	دکتر امیر شهبان	معمومه محمدزاده	سوپروایزر آموزش سلامت	معمومه محمدزاده
دکتر افشین قلمه کلاب	معاون مرکز	دکتر امیر شهبان	سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل	سکینه موسویان
دکتر محمد آهنگرزاده رضایی	میکر مرکز	دکتر امیر شهبان	ام الین حسین	سرپرستار NICU	ام الین حسین
دکتر داود بادبرین	رئیس بخش	دکتر امیر شهبان	پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU	پونه نویدی
دکتر مهرنوش موسوی اقدس	رئیس بخش ENT	دکتر امیر شهبان	مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	مهری راسخی
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	دکتر امیر شهبان			
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	دکتر شهرام عبدالعظیمی	امضاء:			
سمت پزشک کنترل عفونت:	تاریخ تایید:				
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	دکتر میر هادی موسوی	امضاء:			
سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:				

منابع مورد استفاده : تعاریف عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی وزارت بهداشت



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : گندزدایی و استریل ارقام حساس به حرارت

کد روش اجرایی: PRO- ۱۲  
تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:** گندزدایی و استریل ارقام حساس به حرارت

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

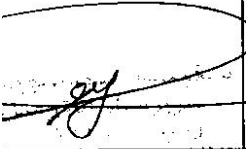
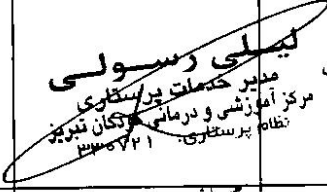
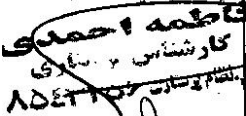

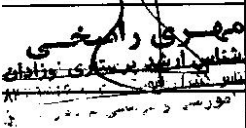
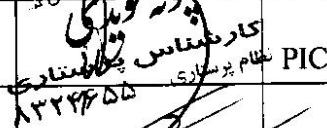

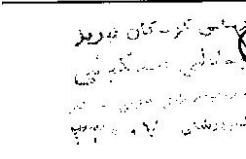
**تعریف:** وسایل حساس به حرارت عبارتند از : کلیه لوازم و وسایل سیستم اسکوپ، برونکوسکوپ، لاپاراسکوپ و تیغه های لارنگوسکوپ، فلوسنسورهای نوزادی، قطعات بازدمی ونتیلاتورها، HFNC، نازال سیپ، نازال پرونگ، فلکسی تیوب و ژنراتور سیپ. پلازما فرایندی است که گاز پراکسید هیدروژن در حضور امواج با فرکانس رادیویی به حالت چهارم ماده تبدیل شده و با ایجاد رادیکالهای آزاد موجب استریل شدن وسایل می شود.

**روش:**

کلیه وسایل سیستم اسکوپ، برونکوسکوپ، لاپاراسکوپ بعد از استفاده، توسط پرستار اسکراب شسته ( طبق خط مشی مرکز) و به کادر CSR تحویل داده می شود. وسایل بعد از خشک شدن با وی پک، پک شده و در داخل هر پک نشانگر کلاس ۶ مخصوص پلازما قرار داده شده و با استفاده از دستگاه سیلر بسته می شود. وسایل در داخل سبدهای مخصوص دستگاه قرار داده شده و به داخل دستگاه پلازما انتقال می یابد. در دمای ۵۰ درجه سانتی گراد و مدت زمان ۶۸ دقیقه وسایل استریل می شوند. وسایل از داخل دستگاه خارج و در داخل بیکس های مخصوص قرار داده می شود. وی پک ها به مدت ۳ ماه در صورت پاره نشدن قابل نگهداری می باشد.



جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سرپرستار اتاق عمل	خانم سکینه موسویان	 لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز نظام پرستاری ۳۳۰۷۲۱	مدیر خدمات پرستاری	خانم لیلی رسولی
 فاطمه احمدی کارشناس و سرپرستار نظام پرستاری ۸۵۴۱۱۳	سرپرستار رسیپراتوری	خانم فاطمه احمدی	 امیر حسین سرپرستار NICU	سرپرستار NICU	خانم ام البنین حسینی
 مهری راسخی کارشناس کنترل عفونت	کارشناس کنترل عفونت	خانم مهری راسخی	 امیر حسین کارشناس کنترل عفونت نظام پرستاری ۸۲۲۴۶۵۵	جانشین سرپرستار PICU	خانم پونه نویدی
			 امیر حسین کادر CSR	کادر CSR	آقای جلال مهدیزاده
 امیر حسین دکتر شهروز متخصص کودکان استاد رکن وقت دانشورشی ۸۲۲۴۶۵۵		امضاء :			نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر شهرام عبدلی اسکویی سمت پزشک کنترل عفونت: تاریخ تایید:
		امضاء :			نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت : رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ :

منابع مورد استفاده : راهنمای جامع ضد عفونی و استریلیزاسیون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: استریل فوری اقلام خاص

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۹۵۱	کد روش اجرایی: ۱۳ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**هدف:** پیشگیری از استفاده از اقلام غیر استریل در جراحی

**دامنه:** اتاق عمل و CSR

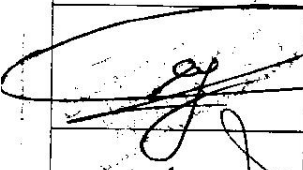
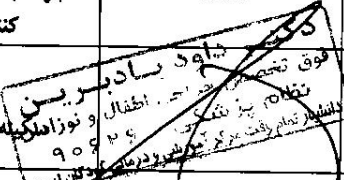
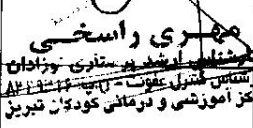
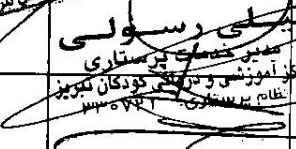

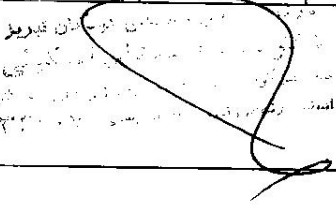

**تعریف:** فرآیندی است که در آن وسایل و ابزارآلات جراحی با قابلیت استفاده مجدد به صورت فوری استریل می شوند.

### شیوه انجام کار

۱. سرپرستار اتاق عمل با توجه به نوع اعمال جراحی و وسایل مورد استفاده تعداد اقلام تک پیچ را مشخص می کند.
  ۲. وسایل بصورت وی پک بسته بندی و در دستگاه اتوکلاو پری و کیوم و یا پلاسما استریل و در قفسه مخصوص حداکثر به مدت سه ماه ( در صورت وارد نشدن خدشه به پک و آن استریل نشدن آن ) قابل نگهداری است.
  ۳. در صورتی که در حین عمل جراحی وسیله ای به هر عنوان آن استریل شد بلافاصله از محل استریل دور شده و وسیله تک پیچ استریل جایگزین می شود.
  ۴. وسیله آن استریل بلافاصله طبق اصول توصیه شده، شستشو و ضدعفونی و سپس بسته بندی و استریل می شود.  
توجه:
- لیست وسایل تک پیچ جراحی عمومی عبارتند از: کورت-پنس قوی -سوزنگیر-رسیور-دکولر-ببکاک-پنس کر-سراسپیراتور-پنس روده-دشان-اسپیکلوم رکتوم-اکارتور چنگکی-سوندکانوله-آلیس -دنده گیر-استیله-قیچی ظریف راست-قیچی نخ-قیچی متزظریف-قیچی متزبلند-پنست آدسون دنداندار-دسته بیستوری-پارابوف-اکارتور چنگالی-پنست آدسون ساده-موسکیتو-اکارتور روی-اکارتور والو-اکارتور سینه-قیچی دیسکسیون.
  - لیست وسایل تک پیچ ENT عبارتند از: دهان بازکن-بک کاتین-پنس گوژ-اسپیکلوم بینی-سرنو-سراسپیراتور لوزه-پنس ظریف کج-دکولر-پنست گوش-پنست بایونت-پنست آدسون ساده و دنداندار-پنست ظریف بلندساده و دنداندار-دیویس گگ-سراسپیراتور گوش-قیچی متزبزرگ-قیچی تانومی-اکارتور چنگالی اتوماتیک-بیستوری لوزه-روژین-سیم بر-آلیس-سوزنگیر.
  - لیست وسایل تک پیچ ارولوژی عبارتند از: پنس پان-سنگ گیرمئانه-سوندبنیکه-اسپاچول-اکارتور شکمی-پنس سه گوش-بوژی کوچک.

- در این مرکز با توجه به نوع اعمال جراحی و تعداد وسایل مصرفی، اقلام فوق بصورت استریل با وی پک در قفسه نگهداری وسایل استریل در اتاق عمل موجود است و در صورت آن استریل شدن هر یک از وسایل استریل در حین عمل جراحی وسیله تک پیچ استریل آماده، در اختیار تیم جراحی قرار می گیرد.
- خرید دستگاه استریلایزر (فلش) در برنامه تامین تجهیزات پزشکی بیمارستان مدنظر قرار گرفته است.

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سرپرستار اتاق عمل	دکتر داوود بادبرین		رئیس اتاق عمل	دکتر داوود بادبرین
	کارشناس کنترل عفونت	مهري راسخی		مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
				کادر CSR	جلال مهدیزاده
	امضاء :	دکتر شهرام عبدلی اسکویی		سمت پزشک کنترل عفونت:	نام و نام خانوادگی تایید کننده :
				تاریخ تایید:	
	امضاء :	دکتر امیر هادی موسوی		سمت : رئیس مرکز	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده :
				شماره و تاریخ ابلاغ :	

منابع مورد استفاده : راهنمای جامع ضد عفونی و استریلیزاسیون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: استفاده از دستگاه ست شور

کد روش اجرایی: PRO-۱۴

تعداد صفحه: ۲

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:** روش استفاده صحیح دستگاه ست شور

**دامنه:** CSR

### شیوه انجام کار

ابتدا دستگاه باید اتصال به آب سرد، آب گرم، و در صورت امکان آب نرم، برق سه فاز با قدرت ۴۰ آمپر، محلول ضدعفونی کننده و محلول جلا دهنده می باشد...

شروع به کار دستگاه

با استفاده از POWER دستگاه را روشن کنید.

جهت استفاده از دستگاه در صورت مشاهده آلارمهای Disinfection (ضدعفونی) و یا Netrulize (جلا دهنده) مواد را در قسمت بخصوص دستگاه قرار داده و سنسورهای مکنده مربوط به هر کدام را داخل دستگاه قرار دهید و همچنین از باز بودن شیرهای آب سرد و گرم اطمینان حاصل کنید.

درب سمت اتاق کثیف را باز کرده و سبدها را خارج کنید و ابزار را روی سبدها قرار دهید.

قرار دادن ابزار جراحی داخل دستگاه: ابزار بسته باید حتما بصورت باز قرار گیرد تا مابین آنها کاملا تمییز شود. قرار گرفتن ابزارها روی یکدیگر مانعی ندارد. رسیورها، سینی ها و کاسه ها را بصورت واژگون، ترجیحا روی پایین ترین طبقه و به تنهایی (به طوری که روی سایر ابزار را نپوشاند) قرار داده تا آب، داخل آنها جمع نگردد

قبل از بستن درب مطمئن شوید ابزار بصورتی قرار نگیرند که مانع گردش نازلها شوند و نیز در هنگام قرار دادن سبدها مواظب باشید به نازل ها ضربه وارد نگردد.

پس از بستن درب دستگاه عملکرد مربوطه را انتخاب نمایید.

کلید START را بزنید تا دستگاه شروع به کار کند. پس از پایان کار دستگاه چراغ END در طرف کثیف و تمییز روشن شده و آلارم می دهد.

درب دستگاه را از قسمت تمییز باز کرده و ابزار را خارج کنید

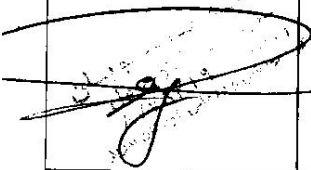
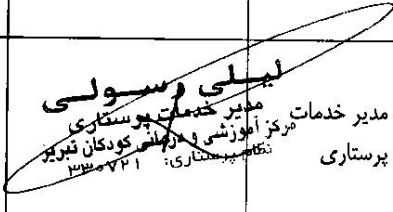
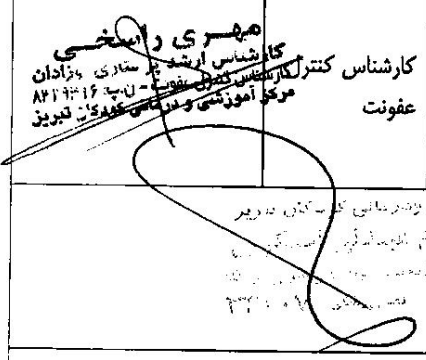
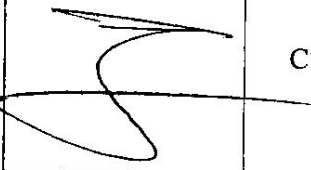
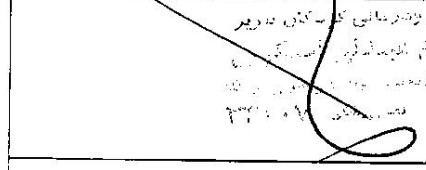

سیکل کاری دستگاه

مرحله اول Pre-wash: آب سرد روی ابزار ریخته شده و پاکسازی می شود.

مرحله دوم Wash: مواد ضدعفونی با آب گرم ۵۵ درجه روی ابزار پاششیده شده و ضدعفونی انجام می شود.

مرحله سوم خنثی سازی Neutralize: مواد جلا دهنده به آب سرد اضافه می شود.  
 مرحله چهارم آب کشی: با پاشیدن آب سرد مواد جلا دهنده رفع می شود.  
 مرحله پنجم شستشو و ضدعفونی با آب ۹۰ درجه (شستشوی نهایی: آبکشی نهایی با آب ۹۰ درجه انجام می شود).  
 مرحله ششم شستشو با آب نرم: آبکشی نهایی

### جدول اسامی :

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
	سرپرستار اتاق عمل	سکینه موسویان	 لیلی رسولی مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و پژوهشی کودکان تبریز دفتر پرستاری: ۷۲۱-۷۳۳	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
 مهری راسخی کارشناس ارشد پرستاری کنترل کارکنان عفونت - آپ ۱۶-۸۲۱ مرکز آموزشی و پژوهشی کودکان تبریز	کارشناس عفونت	مهری راسخی		کادر CSR	جلال مهدیزاده
	امضاء:	• مرکز آموزش و پژوهشی کودکان تبریز دکتر نفیسه اتم متخصص کودکان استاد ارشد و استادیار	امضاء:	نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی سمت پزشک کنترل عفونت: تاریخ تایید:	
	امضاء:		امضاء:	نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی سمت: رئیس مرکز شماره و تاریخ ابلاغ:	

منابع مورد استفاده: راهنمای جامع ضدعفونی و استریلیزاسیون



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : استفاده از نوکواسپری

کد روش اجرایی: ۱۵ - PRO  
تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:** ضدعفونی محیط جهت کاهش انتقال عفونت

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعریف:** نوکواسپری: دستگاه مه پاش جهت ضدعفونی سطوح و محیط

### شیوه انجام

محلول نوکواسپری

طیف اثر ضد میکروبی با قابلیت از بین بردن انواع باکتری ها (از جمله TB) قارچ ها ویروس ها (H1N1, HCV, HIV, HBV) اسپورها (از

جمله اسپور کلیستریدیوم دیفیسیل)

قابلیت از بین بردن بیوفیلم

محلول ضد عفونی غیرسمی (فاقد آلدئید و فنل)

قابلیت تجزیه کامل محلول ضد عفونی کننده به اکسیژن و رطوبت هوا

فاقد اثر خوردگی

راهنمای استفاده از دستگاه:

قبل از استفاده از دستگاه نوکواسپری، می بایست اتاق را به طور کامل تمیز نمود. (مطابق با نظر کمیته کنترل عفونت کشوری و وزارت

بهداشت، شستشو و پاکسازی قبل از عمل ضد عفونی الزامی است)

دستگاه نوکواسپری را در یکی از گوشه های اتاق قرار دهید.

## نحوه محاسبه و تنظیم پیچ دستگاه:

روش روتین بعد از پایان روز کاری (اتمام آخرین عمل) دستگاه را در یکی از اتاق های عمل قرار داده و در صورت دارا بودن کانال هواساز یا کولر، حجم کانال (۳۰۰-۲۰۰) را به همراه حجم اتاق (طول ضربدر عرض ضربدر ارتفاع) در نظر گرفته و پیچ تنظیم را روی عدد بدست آمده تنظیم نمایید. (شب های بعد بطور متناوب اتاق عمل دیگری انتخاب گردد به طوری که در طول یک هفته حداقل یک بار هر اتاق ضد عفونی گردد).

بعد از موارد عفونی در اتاق عمل، استفاده در ICU، اتاق های ایزوله، بخش های عفونی، بخش های پیوندی و سایر بخش ها، ابتدا در پیچه ها و کانال های جریان هوا را بطور کامل مسدود نمایید. (حتی الامکان توسط کیسه) و حجم اتاق را در ۲ ضرب کنید و پیچ تنظیم را روی عدد به دست آمده تنظیم نمایید.

اطمینان حاصل کنید که مقدار کافی (محلول نانوسیل D۶) در بطری وصل شده به دستگاه وجود دارد. (هنگام وصل کردن محلول به دستگاه مناسب استفاده نمایید)

هر ۱۰۰ متر مکعب ۶ دقیقه طول می کشد و به ازای هر متر مکعب یک سی سی محلول استفاده می شود.

در مواقع اورژانسی و نیاز به ضد عفونی سریع روی کانال ها را بپوشانید و حجم کانال ها را کاسته و در عرض نیم ساعت ضد عفونی انجام می شود.

دستگاه را به برق وصل کرده و ابتدا دکمه سبز رنگ پشت دستگاه را روشن نمایید و سپس دکمه (شروع) را فشار دهید. دستگاه بعد از آلام زدن شروع بکار می کند.

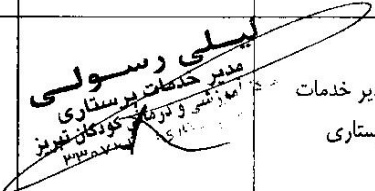
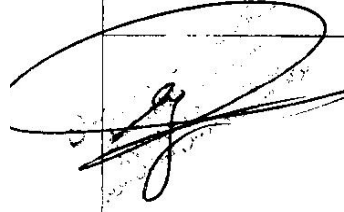
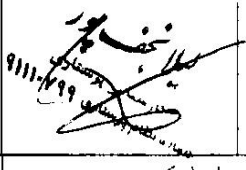
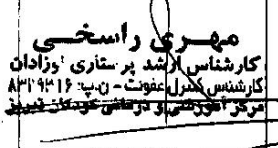

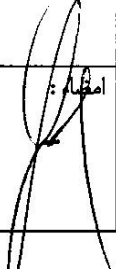
از محیط خارج شوید.

دستگاه بعد از اتمام کار بصورت خودکار خاموش می گردد.

حدود یک ساعت بعد از خاموش شدن دستگاه، اتاق قابل استفاده می باشد.

می توان میزان کاهش میکروارگانیسم ها را با نمونه برداری قبل و بعد از استفاده از دستگاه ارزیابی نمود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری پرستاری		سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل	
لیلا نجف پور	سرپرستار بخش خون		مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر شهرام عبدلی اسکویی	سمت پزشک کنترل عفونت:	تاریخ تایید:	امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت : رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ :	امضاء:		

منابع مورد استفاده : راهنمای جامع ضد عفونی و استریلیزاسیون





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : ایزولاسیون بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد روش اجرایی: ۱۶ - PRO تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**هدف:** جداسازی بیماران عفونی جهت کاهش انتقال عفونت به سایر افراد

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعریف:** ایزولاسیون: هدف از جدا سازی بیماران در بیمارستان ، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران ( چه مبتلا به عفونت و یا کلونیزه با عفونت ) به سایر بیماران، عیادت کنندگان و کارکنان بیمارستان است.

**شیوه انجام کار**

۱. پزشک، بیماری که نیاز به ایزولاسیون دارد شناسایی و دستور ایزوله بیمار را می دهد.
۲. سرپرستار طبق دستور پزشک بیمار را در اتاق ایزوله برحسب راه انتقال بیماری، ایزوله می کند و تابلوی نوع ایزولاسیون را بر درب اتاق نصب می کند.
۳. سرپرستار مشخصات بیمار ایزوله را به کارشناس کنترل عفونت با تکمیل فرم مربوطه، اطلاع می دهد.
۴. کارشناس کنترل عفونت بر نحوه ایزولاسیون بر اساس راه انتقال بیماری، نظارت و در صورت لزوم مداخلات لازم را بعمل می آورد.
۵. کارشناس کنترل عفونت توصیه های لازم در مورد نحوه رعایت اصول احتیاطات ایزولاسیون و نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی را طبق دستورالعمل به پرسنل درمانی می دهد.
۶. کلیه پرسنل درمانی در هنگام مراقبت از بیمار، احتیاطات لازم بر اساس راه انتقال بیماری را طبق دستورالعمل رعایت می کنند.
۷. لیست ورود و خروج پرسنل به اتاق ایزوله در ورودی اتاق ایزوله قرار داده می شود و ورود و خروج افراد ثبت می شود.
۸. وسایل مخصوص اتاق ایزوله با برچسب ایزوله برای بیمار استفاده می شود و در صورت استفاده مشترک از وسایل اتاق ایزوله، قبل و بعد از استفاده توسط کمک بهیار ضدعفونی می شود.
۹. نوع ایزولاسیون در گزارش پرستاری حداقل هر شیفت یکبار و در کاردکس توسط پرستار ثبت می شود.
۱۰. بیمار ایزوله تا حد امکان جابجا نمی شود.
۱۱. در صورت جابجایی بیمار شرایط بیمار به بخش مقصد اطلاع داده می شود تا آماده تحویل بیمار شوند.
۱۲. در صورتی که بیمار ایزولاسیون تنفسی یا قطره ای دارد ماسک جراحی قبل از انتقال توسط بیمار استفاده می شود.
۱۳. حمل و جابجایی نمونه های بیمار با رعایت احتیاطات استاندارد و در باکس نمونه و اطلاع به آزمایشگاه توسط رابط یا کمک بهیار انجام می شود.

۱۴. سرپرستار بخش در صورتی که شرایط ایزوله نمودن بیمار در بخشی ( بجز بخش عفونی ) امکان پذیر نباشد، به پزشک معالج جهت درخواست مشاوره عفونی و انتقال به اتاق ایزوله بخش عفونی، اطلاع می دهد.
۱۵. پزشک کنترل عفونت، بیمار را ویزیت و در صورت لزوم دستور انتقال بیمار به اتاق ایزوله عفونی را می دهد( در صورت وجود اتاق ایزوله در بخش بیمار در همان بخش ایزوله می شود).
۱۶. در صورت عدم وجود اتاق ایزوله سایر بیماران از اتاق خارج شده و بیمار در همان اتاق ایزوله می گردد.
۱۷. سرپرستار بخش جهت انتقال بیمار به اتاق ایزوله بخش عفونی، هماهنگی های لازم را با سرپرستار بخش عفونی بعمل می آورد.
۱۸. پرستار بخش با رعایت شرایط ایمن بیمار را به بخش عفونی انتقال می دهد.
۱۹. سرپرستار بخش در صورت بستری بیماری با تشخیص بیماریهای واگیر قابل گزارش طبق دستورالعمل مرکز، در شیفت صبح و مسئول شیفت در روزهای تعطیل و در شیفت های عصر و شب، مشخصات بیمار را در فرم مخصوص ثبت و به کارشناس کنترل عفونت مرکز / دفتر پرستاری ارسال می کند.
۲۰. پرستار براساس نوع بیماری واگیر، نمونه لازم را طبق دستورالعمل، نمونه برداری و فرمهای مربوطه را تکمیل می کند.
۲۱. کارشناس کنترل عفونت مشخصات بیمار را به مرکز بهداشت شهرستان بصورت تلفنی اطلاع می دهد.
۲۲. کارشناسان مرکز بهداشت جهت تکمیل فرمهای خطی به بیمارستان مراجعه و نمونه را به مرکز بهداشت انتقال می دهند.
۲۳. کارشناس کنترل کارشناس کنترل عفونت، نواقص اتاق ایزوله را در کمیته کنترل عفونت مطرح و کمیته اقدامات لازم را در راستای فراهم نمودن شرایط استاندارد بعمل می آورد.
۲۴. بعد از خروج بیمار از اتاق ایزوله اتاق و وسایل آن شسته، ضدعفونی شده و از چراغ UV یا نوکواسپری استفاده می شود

### جدول اسامی :

نام و نام خانوار	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر بابک ع	دکتر		خانم مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
دکتر علی ا	دکتر		خانم لیلا نجف پور	سرپرستار بخش انکولوژی	
دکتر افشین قلعه	دکتر		خانم معصومه محمدزاده	سوپروایزر آموزشی	
خانم لیلی ر	پرستاری		خانم افسانه نجفی	سرپرستار بخش عفونی	
خانم ام الینیا	سرپرستار NICU		خانم پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU	
نام و نام خانوار	سمت	تاریخ تایید:	نام و نام خانوادگی	سمت	تاریخ تایید:
دکتر شهرام عبدلی اسکویی	دکتر		دکتر میر هادی میرسوی	دکتر	
دکتر حسین معصومی	دکتر		دکتر میر هادی میرسوی	دکتر	
شماره و تاریخ ابلاغ:			شماره و تاریخ ابلاغ:		

منابع مورد استفاده : دکتر حسین معصومی اصل و همکاران: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۶



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: مدیریت و حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی در برابر عفونت ها

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد روش اجرایی: ۱۷ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

### اهداف:

ارتقای ایمنی بیماران دچار نقص ایمنی  
پیشگیری ابتلا به عفونت های ثانویه  
کاهش متوسط اقامت بیماران

### دامنه: کلیه بخش ها و واحدها

**تعاریف:** بیمار دچار نقص ایمنی، بیماری است که بخاطر نوع بیماری زمینه ای که دارد دچار نقصان در دفاع برابر عوامل بیماریزایی است که برای افراد سالم یا حتی سایر بیمارانی که دچار نقص ایمنی نیستند در شرایط عادی خطرآفرین نمی باشند. بیمارانی که دچار نقص سیستم ایمنی هستند شامل بیماران نوتروپنی، بیماران دریافت کننده داروهای کاهنده سیستم دفاعی بدن، بیماران پیوندی و اعمال جراحی بزرگ است.

### روش:

سرپرستار بیماران بستری دچار نقص ایمنی را در بخش شناسایی می کند.  
پزشک دستور ایزولاسیون و نوع آن را در هنگام ویزیت، صادر می کند.  
پرستار بیمار را بر اساس نوع ایزولاسیون به اتاق ایزوله بخش با رعایت شرایط ایمنی انتقال می دهد.  
در صورت عدم وجود اتاق ایزوله سایر بیماران از اتاق خارج شده و بیمار در همان اتاق ایزوله می گردد.  
سرپرستار ملاقات بیمار را محدود به والدین می کند و از ورود سایر ملاقاتی ها ممانعت بعمل می آورد.  
کمک بهیار بر اساس نوع ایزولاسیون بیمار، تابلو مربوطه را بر روی درب اتاق نصب می کند.  
لیست ورود و خروج پرسنل به اتاق ایزوله در ورودی اتاق ایزوله قرار داده می شود و ورود و خروج افراد ثبت می شود.  
کلیه پرسنل درمانی در هنگام مراقبت از بیمار احتیاطات استاندارد و بهداشت دست را رعایت می کنند.  
سرپرستار از مراقبت بیمار توسط پرسنلی که دچار بیماریهای عفونی و واگیر از قبیل سرماخوردگی، آنفلوانزا، آبله مرغان، اسهال، استفراغ، التهاب و عفونت پوستی باشند، خودداری می کند.

سرپرستار بخش، بستری بیمار با نقص سیستم ایمنی و ایزولاسیون بیمار را به کارشناس کنترل عفونت اطلاع می دهد. وسایل مخصوص اتاق ایزوله با برچسب ایزوله برای بیمار استفاده می شود و در صورت استفاده مشترک از وسایل اتاق ایزوله، قبل و بعد از استفاده توسط کمک بهیار ضدعفونی می شود.

سرپرستار مشخصات بیمار ایزوله را به کارشناس کنترل عفونت با تکمیل فرم مربوطه، اطلاع می دهد. نوع ایزولاسیون در گزارش پرستاری حداقل هر شیفت یکبار و در کاردکس توسط پرستار ثبت می شود. در صورت جابجایی بیمار شرایط بیمار به بخش مقصد اطلاع داده می شود تا آماده تحویل بیمار شوند.

کارشناس کنترل عفونت بر نحوه رعایت احتیاطات و نوع ایزولاسیون، نحوه عملکرد کارکنان نظارت می کند و در صورت لزوم مداخلات لازم را بعمل می آورد.

کمک بهیار در هنگام بستری بیمار با نقص ایمنی در اتاق ایزوله، تمام سطوح، تخت، لاکر و کلیه وسایل و تجهیزات را طبق دستورالعمل تمیز و ضدعفونی می کند.

کمک بهیار از گذاشتن گل طبیعی و یا مصنوعی در اتاق بیمار، خودداری می کند.

پرستار در طول مراقبت از بیمار، آموزش های لازم در رابطه با رعایت بهداشت فردی و شستشوی مرتب دست رابه بیمار / مادر آموزش می دهد.

پرستار در هر شیفت آموزش های لازم و کافی را در مورد استفاده از ماسک جراحی به بیمار می دهد و بر نحوه استفاده بر آن نظارت و در گزارش پرستاری ثبت می کند.

کادر خدمات بخش، در هر شیفت به روشن بودن دستگاه تهویه اتاق بیمار نظارت می کند.

کادر خدمات در هر شیفت اتاق ایزوله را تمیز و پسماندها را جمع آوری می کند.

سرپرستار بخش در هنگام بستری بیمار با نقص ایمنی در بخش، از انجام کارهای عمرانی و ساخت و ساز در بخش خودداری می کند.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی	سمت	تخصص	محل خدمت	امضاء
دکتر یکتا	دکتر	خانم میری راسخی	خانم میری راسخی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
دکتر علی اکبر عابدی	دکتر	خانم معصومه محمدزاده	خانم معصومه محمدزاده	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
دکتر احسین قلعه بهیمان	دکتر	خانم معصومه محمدزاده	خانم معصومه محمدزاده	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	خانم افسانه نجفی	خانم افسانه نجفی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
خانم ام البنین	مدیریت	خانم افسانه نجفی	خانم افسانه نجفی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
نام و نام خانوادگی	سمت	تخصص	محل خدمت	امضاء
دکتر یکتا	دکتر	خانم میری راسخی	خانم میری راسخی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
دکتر علی اکبر عابدی	دکتر	خانم معصومه محمدزاده	خانم معصومه محمدزاده	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
دکتر احسین قلعه بهیمان	دکتر	خانم معصومه محمدزاده	خانم معصومه محمدزاده	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
خانم لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	خانم افسانه نجفی	خانم افسانه نجفی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران
خانم ام البنین	مدیریت	خانم افسانه نجفی	خانم افسانه نجفی	مهرسر علی راسخی کارشناس ارشد پرستاری نوزادان کلیه تخصصی نوزادان - ن پ: ۸۲۲۹۳۱۶ مرکز آموزشی و درمانی کودکان تهران

منابع مورد استفاده: دکتر حسین معصومی اصل و همکاران: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۶



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : پیشگیری از عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری

کد روش اجرایی: ۱۸ - PRO

تعداد صفحه: ۳

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:** پیشگیری از عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری با رعایت اقدامات کنترل عفونت

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعریف:** عفونت محل عمل جراحی به عفونتی اطلاق می شود که بدنبال جراحی و آلودگی محل اتفاق افتاده و با علائم زیر بروز کند: دردناک بودن محل عمل، ورم موضعی، قرمزی یا گرمی، خروج ترشح چرکی از محل برش. عفونتهای محل عمل جراحی می تواند در طی ۳۰ روز پس از عمل اتفاق بیفتد و اگر ایمپلنت در محل عمل جراحی قرار داده شود، این زمان تا سه ماه افزایش مییابد

**روش اجرایی:**

قبل از عمل:

۱. ارزیابی از نظر وجود عفونت: قبل از عمل جراحی عفونت سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل مشخص و توسط پزشک معالج تحت درمان درمان قرار گیرد.
۲. قند خون در بیماران مبتلا به دیابت کنترل شود.
۳. در جراحی های الکتیو شب قبل از عمل بیمار باید استحمام نماید و در مورد نوزادان در صورت لزوم و بسته به شرایط بیمار حمام داده می شوند.
۴. موهای محل عمل در صورت نیاز به شیو، بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراشی انجام گیرد.
۵. اولین دوز آنتی بیوتیک با دستور پزشک معالج ، توسط پرستار در شروع جراحی تزریق شود.
۶. قبل از جراحی های انتخابی کولورکتال ، با استفاده از تنقیه و مسهل، کولون از نظر مکانیکی طبق دستور پزشک در بخش آماده شود. ( طبق خط مشی مرکز )
۷. پرسنل اتاق عمل:

۱. شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دست بایستی قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل و جراح مربوطه اجرا شود.
۲. ماسک جراحی استاندارد استفاده شود. در صورت مرطوب شدن و در بین اعمال جراحی باید عوض شود. ماسک را نباید از گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد.
۳. تمام پرسنل اتاق عمل باید از گان استریل استفاده نمایند.
۴. شان استریل برای ایجاد سد بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها استفاده گردد.
۵. تیم جراحی باید لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان بپوشند.
۶. کلاه مخصوص اتاق عمل بایستی استفاده گردد.

۷. برای پیشگیری از انتشار قطرات آلوده به چشم و بینی از محافظ چشم و صورت استفاده گردد.
۸. تعویض کفش انجام گیرد و در صورت آلودگی با خون یا مایعات بدن چکمه غیرقابل نفوذ آب پوشیده شود.
۹. ناخن ها کوتاه شده و نباید از ناخن مصنوعی، جواهرات و زیورآلات استفاده گردد.
۱۰. دستکش لاتکس استریل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل پوشیده شود و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض گردند. پوشیدن دوجفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مایعات بدن را کاهش می دهد.
۱۱. در مواردی که دستکش آلوده شده یا با دست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غیر استریل یا سوراخ شدن، نشت داشتن یا پارگی آن را تعویض نمایید. در صورت طولانی تر شدن عمل هر دو ساعت دستکش را تعویض نمایید.
۱۲. محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل استریل نگه داشته می شود.
۱۳. کنترل خونریزی حین عمل و جابجایی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود.
۱۴. در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپتیک رعایت گردد.
۱۵. اگر درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته استفاده گردد و هر چه سریع تر درن خارج گردد.

### کنترل محیط اتاق عمل:

۱. ورود پرسنل به اتاق عمل فقط محدود به پرسنل ضروری گردد.
۲. بجز در مواقع عبور وسایل، پرسنل و بیمار، درب های اتاق عمل بسته باشد.
۳. ورود کل جریان هوا از سمت سقف و خروج آن نزدیک به کف زمین باشد.
۴. تعویض هوا حداقل ۲۰ بار در ساعت انجام شود، دما ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتی گراد و رطوبت ۲۰٪ تا ۶۰٪ نگه داشته شود.
۵. کف اتاق عمل روزانه و بعد از هر با جراحی تمیز شود.
۶. سطوح افقی و موارد جراحی (مثل میزها، سطل ها) بین هر جراحی تمیز شود.
۷. در صورت پاشیدن خون و ترشحات فوراً طبق دستورالعمل اقدام شود.
۸. به منظور پیشگیری از عفونت زخم جراحی از اشعه ماورای بنفش استفاده نشود.
۹. به منظور کنترل عفونت از پادری یا زیرانداز در محل ورود به سوئیت اتاق عمل استفاده نکنید.

### مراقبت از زخم بعد از عمل جراحی :

۱. اگر زخم بخیه شده است بعد از عمل به مدت ۲۴-۴۸ ساعت از پانسمان استریل استفاده گردد.
۲. قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هرگونه تماس با محل جراحی دستهای خود را بشویید.
۳. اگر نیاز به تعویض پانسمان محل آنسزیون باشد از روش استریل استفاده نمایید.
۴. علایم عفونت زخم و لزوم گزارش دهی به بیمار و خانواده وی به پزشک معالج، توسط پرستار مسئول بیمار در حین ترخیص آموزش داده شود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر نعمت بیلان	رئیس بخش ICU	لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	لیلی رسولی
دکتر سعید اصلان آبادی	رئیس بخش جراحی	زیبا حق شناس	سرپرستار ENT	زیبا حق شناس
دکتر مجید محله ای	رئیس بخش NICU	مینا عباسی	سرپرستار جراحی	مینا عباسی
دکتر داریوش شیخ زاده	رئیس بخش متخصص بیهوشی و مراقبت های موبوهمه محمدزاده	سوپروایزر آموزش و مراقبت های موبوهمه محمدزاده	سرپرستار اتاق عمل	معمومه محمدزاده
دکتر افشین قلعه گلاب	معاون مرکز	سکینه موسویان	سرپرستار NICU	سکینه موسویان
دکتر محمدرضا محمدی	رئیس بخش جراحی	محمدرضا محمدی	جانشین سرپرستار PICU	محمدرضا محمدی
دکتر داود یادبرین	رئیس بخش جراحی	داود یادبرین	کارشناس کنترل عفونت	مهتری راسخی
دکتر مهرنوش موسوی اقدس	رئیس بخش ENT	مهرنوش موسوی	مسئول داروخانه	مهرنوش موسوی
دکتر نسرين حاجی زاده	رئیس بخش	نسرين حاجی زاده	مسئول داروخانه	نسرين حاجی زاده
نام و نام خانوادگی تایید کننده:	دکتر شهرام عدلی اسکویی	امضاء:	تاریخ تایید:	
سمت پزشک کنترل عفونت:		امضاء:		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده:	دکتر میر هادی موسوی	امضاء:		
سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده :

- کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
- Guideline for Prevention of Surgical Site Infection (۲۰۱۷)





بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۱	کد روش اجرایی: ۱۹ - PRO تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۶/۱	

**هدف:** پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری از طریق رعایت اصول کنترل عفونت

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعریف:** پیشگیری از عفونتهای ادراری در بیمارانی که کاتتر ادراری دارند.

### شیوه انجام کار

دستور تعبیه کاتتر توسط پزشک برحسب وضعیت بیمار نوشته می شود.

سرپرستار از تعبیه کاتتر ادراری توسط کادر تازه کار ( افرادی که مهارت لازم را ندارند ) خودداری می کند.

پرسنل درمانی قبل از تعبیه کاتتر ادراری بهداشت دست را رعایت می کنند.

در صورت وجود هرگونه آنومالی آناتومیکی ( نظیر اپی سپادیازیس، هیپوسپادیازیس...) از دستکاری اجتناب می نماید.

پرستار با رعایت اصول آسپتیک اقدام به تعبیه کاتتر ادراری طبق دستورالعمل می کند. در صورت مواجهه با هرگونه مشکل و یا وجود مانع

از اعمال فشار و دستکاری مکرر اجتناب نموده و بلافاصله به پزشک اطلاع داده می شود تا در صورت نیاز مشاوره ارولوزی ارسال گردد.

استفاده از دستکش استریل و ست مخصوص تعبیه سوند و رعایت شرایط استریل توسط تعبیه کننده کاتتر

پس از تعبیه سوند را به خوبی فیکس کنید تا از حرکت کاتتر در مجرای ادراری پیشگیری شود.

پس از تعبیه سیستم بسته را حفظ کنید.

در صورتی که رعایت تکنیک استریل با مشکل مواجه شد، سوند فولی از کیسه جدا شده و آلوده شد یا نشت وجود داشت سوند و کیسه را

تعویض کرده و شرایط آسپتیک را رعایت کنید.

دقت کنید که مسیر سوند باز بوده و مانعی در مسیر ادرار نباشد.

پرستار و کمک بهیار در هنگام مراقبت از کاتتر ادراری دقت می کند که کاتتر از کیسه ادراری جدا نشود. کمک بهیار کیسه ادراری را به

قلاب مخصوص در کنار تخت آویزان می کند و از قرار دادن کیسه ادرار بر روی زمین خودداری می کند.

کمک بهیار در طول مدتی که بیمار کاتتر ادراری دارد، از قرار دادن کیسه ادرار بر روی تخت و همسطح مثانه خودداری می کند.

کمک بهیاری در مدتی که بیمار کاتتر ادراری دارد سطح میاندوره را روزانه با سرم سالیین نرمال استریل شستشو می دهد.

کمک بهیاری، در هنگام تخلیه کیسه ادرار دستکش لاتکس پوشیده و ادرار را داخل یورین باتل تخلیه می کند و از تماس شیر کیسه ادرار با یورین باتل خودداری می کند.

پرستار کاتتر ادراری ( از جنس لاتکس ) را هر ۷ تا ۱۰ روز یکبار تعویض می کند.

قبل از تعویض کاتتر از پزشک در مورد خروج کاتتر سوال می شود. در اولین فرصتی که نیاز به کاتتر رفع شد با دستور پزشک خارج می شود.

محل فیکس کاتتر روزانه از نظر ایجاد آسیب پوستی بررسی می گردد.

در صورت نیاز به ارسال نمونه از کاتتر اصول آسپتیک رعایت می شود.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	امضاء
دکتر نعمت بیلان	رئیس بخش ICU	لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری	
دکتر مجید محله ای	رئیس بخش ICU	معصومه محمدزاده	سوپروایزر آموزش ارشد پرستاری نوآدان	
دکتر داریوش شیخ راه	رئیس بخش ICU	سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل	
دکتر افشین قلمی	رئیس بخش ICU	میرحسین حسینی	سرپرستار NICU	
دکتر محمد آهنگرزاده	رئیس بخش ICU	رضایی	جانشین سرپرستار PICU	
دکتر داود بادبرین	رئیس بخش ICU	راستی	کارشناس کنترل عفونت	
دکتر نسرين حاجی زاده	مسئول داروخانه	امضاء :		
نام و نام خانوادگی تایید کننده :	دکتر شهرام عبدلی اسکویی	تاریخ تایید:		
سمت پزشک کنترل عفونت:		امضاء :		
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده :	دکتر میر هادی موسوی	شماره و تاریخ ابلاغ :		

### منابع مورد استفاده :

- منابع/مراجع: دکتر حسین معصومی اصل و همکاران: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۶

۲) [Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009](#)



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی : انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد روش اجرایی: ۲۰ - PRO تعداد صفحه: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**هدف:** پیشگیری از انتقال عفونت های منتقله از راه خون به سایر بیماران

**دامنه:** کلیه واحدهای مرکز

**تعریف:** انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت با توجه به اینکه دستگاه دیالیز هپاتیت مثبت در مرکز موجود نیست

**روش:**

بیمار جدید جهت انجام دیالیز مراجعه می کند.

آزمایش آنتی ژن هپاتیت ب برای بیمار انجام می شود و یا سوابق انجام آزمایش تحویل سرپرستار می شود.

در صورتیکه جواب آزمایش مثبت است هماهنگی با واحد بیماری های خاص و ارجاع بیمار به آن واحد انجام می شود.

در صورت منفی بودن آنتی ژن هپاتیت ب گزارش به پزشک جهت دریافت دستورات انجام می شود.

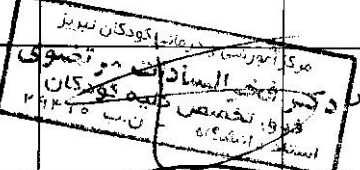
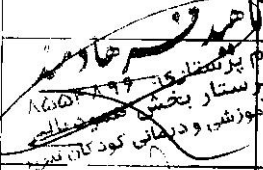
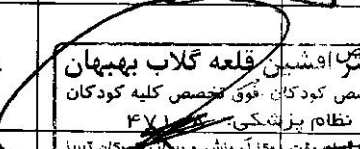
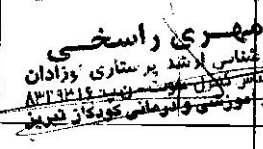
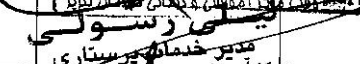
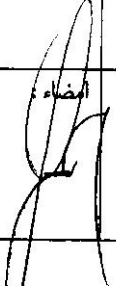
در صورت اورژانسی بودن دیالیز بیمار ارسال نمونه جهت آزمایش آنتی ژن انجام شده و دیالیز با دستگاه اتاق ایزوله انجام می شود و

دستگاه دیالیز تا اخذ نتیجه آزمایش استندبای STANDBY نگه داشته می شود تا نتیجه آزمایش اخذ شود.

در صورت مثبت بودن جواب آزمایش بیمار دستگاه دیالیز طبق دستورالعمل مربوطه ضد عفونی می گردد و با دستگاه مذکور صرفا دیالیز

بیماران هپاتیت ب انجام خواهد شد.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر فخرالسادات میرتظیری	رئیس بخش دیالیز		ناهد فرهادمند	سرپرستار دیالیز آموزش و درمانی کودکان تبریز	
دکتر افشین قلعه گلاب پزیرجانی	فوق تخصص کلیه کودکان		خانم مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
خانم لیلی بسولی	مدیر بخش پرستاری				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدی نظام پزشکی: ۳۳۰۷۲۱					
سمت پزشک کنترل عفونت:	تاریخ تایید:				
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی	سمت: رئیس مرکز	شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده :

استاندارد پاکسازی و ضدعفونی ویژه در فرآیند دیالیز بیماران آلوده به ویروس های HBV, HIV, HCV  
 نامه ۴۰۹/۱۱۶۹۵ د مورخه ۱۳۹۰/۱۲/۲۱ معاونت درمان



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد.

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد روش اجرایی: ۲۱ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**هدف:** پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد.

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدها

**تعریف:** عفونت وابسته به ونتیلاتور ( Ventilator- Associated Pneumonia ): تهویه مکانیکی با فشار مثبت، موجب انتقال

میکروارگانیسم های بیماری زا به قسمت های تحتانی ریه می شود و پنومونی ایجاد می کند.

### روش کار :

۱. پرستار با کمک کمک بهیار ، سر تخت بیماران تحت ونتیلاسیون مکانیکی را ۴۵- ۳۰ درجه بالا می آورد.
۲. پزشک، در بیماران با خطر بالای آسپیراسیون، داروهای افزایشنده PH معده(به استثنای نوزادان) تجویز می کند.
۳. پرسنل درمانی در هنگام مراقبت از بیمار تراکئوستومی و انتوبه، از قبیل تعویض لوله تراکئوستومی، تعویض پانسمان، ساکشن، تعبیه لوله تراشه، بهداشت دست را رعایت می کند.
۴. پزشک در هنگام لوله گذاری، از لوله تراشه استریل استفاده نموده و با رعایت شرایط استریل لوله را تعبیه می کند.
۵. پرستار رسیپراتوری در هنگام وصل بیمار به دستگاه ونتیلاسیون مکانیکی از مدار تنفسی یکبار مصرف استفاده نموده و هر ۱۴ روز یکبار و یا آلوده شدن مدار با ترشحات تنفسی و یا عدم کارکرد، آن را تعویض می کند.
۶. پرستار رسیپراتوری در هنگام وصل مدار تنفسی به لوله تراشه، از فیلتر آنتی باکتریال / ویرال استفاده نموده و هر ۲۴ ساعت یکبار آن را تعویض می کند.
۷. پرستار در هنگام ساکشن ترشحات لوله تراشه و یا تراکئوستومی، از کاتتر ساکشن استریل و یکبار مصرف استفاده می کند.
۸. پرستار در هنگام ساکشن ترشحات لوله تراشه و تراکئوستومی، دستکش استریل پوشیده و اصول آسپتیک را رعایت می کند.
۹. پرستار رسیپراتوری جهت مرطوب و گرم نگه داشتن تهویه بیمار، از دستگاه مرطوب کننده فعال ( هیومیدیفایر ) استفاده می کند.
۱۰. پرستار رسیپراتوری ، در هیومیدیفایر از آب مقطر استریل استفاده می کند و به روش آسپتیک آب مقطر را به داخل محفظه هیومیدیفایر ریخته و هر ۷۲ ساعت یکبار و یا در صورت اتمام آب مقطر، آن را تعویض می کند.
۱۱. پرستار در صورت نیاز به استفاده از نبولایزر برای بیمار تحت ونتیلاسیون مکانیکی، از نبولایزر یکبار مصرف یا فرآوری شده استفاده می کند.
۱۲. پرستار قبل از چک لارنگوسکوپ هندراب می کند و لارنگوسکوپ پس از کنترل با پنبه الکل تمیز ضدعفونی می شود.

۱۳. کمک بهیار در هر شیفت با نظارت پرستار، دهان بیمار تحت ونتیلاسیون مکانیکی را با محلول کلرگزیدین در کودکان بالای ۶ سال و با محلول نرمال سالن در کودکان زیر ۶ سال، شستشو می دهد.
۱۴. کمک بهیار بعد از هر بار استفاده از آمیوبگ و ماسک، آن را طبق دستورالعمل مرکز شسته و ضدعفونی می کند.
۱۵. کمک بهیار در هر شیفت و قبل از پرشدن کامل بطری ساکشن، آن را خالی و طبق دستورالعمل مرکز شسته و ضدعفونی می کند.
۱۶. کمک بهیار لارنگوسکوپ را طبق دستورالعمل بلافاصله پس از استفاده برای بیمار تمیز کرده و ضدعفونی می کند.
۱۷. پزشک در هر بار تعویض لوله تراکئوستومی، با رعایت شرایط آسپتیک راه هوایی را ساکشن و لوله استریل را جایگزین می کند.
۱۸. کمک پرستار در صورت چند بار مصرف بودن لوله تراکئوستومی، آن را شسته و با محلول ضدعفونی کننده موجود در مرکز ( غوطه ورسازی ) ضدعفونی شسته، پک بندی و به واحد CSR جهت استریل شدن ارسال می کند.
۱۹. پرستار بیهوشی قبل از وصل هر بیمار از لوله خرطومی بیهوشی یکبارمصرف یا فرآوری شده و فیلتر آنتی باکتریال استفاده می کند.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده		نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر نعمت	مدیر خدمات	خانم لیلی رسولی	پرستاری
دکتر سعید	سرپرستار ENT	خانم حق شناس	سرپرستار
دکتر مجید	سرپرستار	خانم فاطمه احمدی	سرپرستار
دکتر داریوش	سوپروایزر آموزشی	زنانی معصومه محمدزاده	سوپروایزر آموزشی
دکتر افشین	سرپرستار اتاق عمل	خانم سوسان	سرپرستار اتاق عمل
دکتر بهبهانی	سرپرستار	خانم آرمین حسینی	سرپرستار
دکتر محمد آهنگر زاده	جانشین سرپرستار	خانم پونه نویدی	جانشین سرپرستار
دکتر مهدی	کارشناس کنترل عفونت	خانم مری راسخی	کارشناس کنترل عفونت
دکتر نسیم			
نام و نام خانوادگی			
سمت			
نام و نام خانوادگی			
سمت			

منابع مورد استفاده : محمد اسماعیل اکبری و همکاران، راهنماهای ملی سلامت، کتاب اول، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، ۱۳۹۹



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونتهای خون و مرتبط با کاتترهای عروقی

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱	کد روش اجرایی: ۲۲ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱	

**هدف:** پیشگیری و کنترل عفونتهای خون و مرتبط با کاتترهای عروقی با انجام اقدامات کنترل عفونت

**دامنه:** کلیه بخش ها و واحدهای درمانی

**تعریف:** پورت کت: قطعه و دستگاه بیو تکنولوژیک است که از طریق جراحی در ناحیه زیر پوست جهت دسترسی به یک ورید مرکزی

قرار داده می شود.

### شیوه انجام کار

پیشگیری و کنترل عفونتهای خون

- ۱ پرستار بلافاصله قبل از هر نوع دستکاری کاتتر و یا اقدام به تعبیه، دستهای خود را با آب و صابون شسته و یا با محلول هندراب الکلی ضدعفونی می کنند.
- ۲ پرستار آموزشهای لازم در مورد نحوه و اهمیت مراقبت از انواع کاتتر و انسزیون را به مادر بیمار می دهد.
- ۳ پرستار با همکاری کمک پرستار پانسمان محل هر گونه کاتتر را در صورت آلودگی واضح با ترشحات خونی و یا سرم وکنده شدن چسبها و پس از اتمام زمان توصیه شده تعویض می کند.
- ۴ در صورت بروز نشت، وجود ترشحات چرکی و شواهد عفونت هر نوع کاتتر را در گزارش پرستاری ثبت کرده و اطلاع می دهد.
- ۵ خونگیری وریدی و شریانی و تزریق یا انفوزیون سرم با رعایت اصول آسپتیک انجام می گیرد.
- ۶ عدم دستکاری بخیه ها و اتصالات به مادر و کودک آموزش داده می شود.
- ۷ اصول آسپتیک و انجام اسکراب جراحی قبل از بخیه زدن و اقدامات تهاجمی رعایت می شود.
- ۸ داروهای تزریقی و سرم در شرایط آسپتیک و بلافاصله قبل از نیاز به تزریق و انفوزیون تهیه می شود.
- ۹ از سیستم بسته در مسیر تزریق و انفوزیون استفاده می شود.
- ۱۰ از وسایل استریل و یکبارمصرف در تزریقات وریدی استفاده می گردد.
- ۱۱ اتصالات هنگام آن استریل شدن و پس از اتمام زمان توصیه شده تعویض می شود.
- ۱۲ مسیر سرم قبل از جابجایی بیمار جهت پیشگیری از برگشت خون به ست سرم کلمپ می گردد.
- ۱۳ از ایجاد فشار منفی (بطور مثال خالی شدن میکروست و وکیوم توسط پمپ انفوزیون) و تخلیه خون به داخل ست جلوگیری می شود.

کاتتر ورید مرکزی :

۱. دستور تعبیه کاتتر توسط پزشک معالج بر حسب شرایط بیمار نوشته و برگه مشاوره ارسال میگردد.

۲. به پرستار مسئول کاتترهای مرکزی جهت بررسی پرونده و صحبت با والدین و آشناسازی ایشان با پروسیجر اطلاع داده می شود.
۳. پزشک، کاتتر ورید مرکزی را با رعایت شرایط آسپتیک در اتاق عمل طبق دستورالعمل مرکز تعبیه می کند.
۴. پرسنل درمانی قبل از هر بار دستکاری کاتتر، بهداشت دست را رعایت می کنند.
۵. پرستار پانسمان کاتتر را هر ۴۸ ساعت یکبار و یا در صورت خونریزی و وجود ترشحات با رعایت شرایط آسپتیک طبق دستورالعمل مرکز تعویض می کند، در صورت استفاده از پانسمان شفاف تعویض پانسمان هفته ای یکبار انجام می شود.
۶. پرستار، در هنگام مراقبت از کاتتر، لومنی که استفاده نمی شود را روزانه یکبار طبق دستورالعمل مرکز با رعایت شرایط آسپتیک، با سرم سالین نرمال استریل و با سرنگ ۱۰ سی سی در حالیکه زیر آن از گاز یا شان استریل استفاده می کند با فشار مثبت شستشو داده و هپارین لاک می کند.
۷. در صورت خروج کاتتر کشت از نوک کاتتر بصورت استریل ارسال می گردد.
۸. در صورت بروز نشت، وجود ترشحات چرکی و شواهد عفونت کاتتر در گزارش پرستاری ثبت شده و به جراح و پرستار کاتتر و کارشناس کنترل عفونت اطلاع داده شود.
۹. در صورت باز شدن بخیه و جابجایی کاتتر به جراح و پرستار کاتتر اطلاع رسانی شود و در گزارش پرستاری مستند شود.

### کاتتر ورید محیطی:

۱. پرستار و کمک بهیار بلافاصله قبل از تعبیه لاین ورید محیطی، دستهای خود را با آب و صابون شسته و یا با محلول هندراب الکلی ضد عفونی می کنند.
۲. پرستار آموزشهای لازم را به مادر بیمار در مورد نحوه و اهمیت مراقبت از کاتتر ورید محیطی می دهد.
۳. پرستار با همکاری کمک پرستار پانسمان محل کاتتر ورید محیطی را در صورت آلودگی واضح با ترشحات خونی و یا سرم وکنده شدن چسبها تعویض می کند.
۴. پرستار در صورت مشاهده فلبیت و یا زیر جلد شدن سرم، آنژیوکت را تعویض می کند.
۵. پرستار در بیماران خونی و نوتروپنی، آنژیوکت را هر ۷۲ ساعت یکبار برای پیشگیری از بروز عفونت تعویض می کند.
۶. پرستار در صورت هپارین لاک بودن آنژیوکت، در بیماران خونی تا ۷۲ ساعت آن را حفظ می کند و در سایر بیماران در صورت سالم بودن مسیر ورید تا یک هفته، آن را حفظ می کند.
۷. پرستار در صورت هپارین لاک بودن آنژیوکت، هر ۲۴ ساعت یکبار مسیر را با ۳-۵ سی سی سرم نرمال سالین استریل و با سرنگ ۵ سی سی شستشو و هپارین لاک را تعویض می کند.

### پورت کت Port- a- cat

۱. درخواست تعبیه پورت کت بر اساس تشخیص بیمار و با نظر پزشک معالج نوشته و ارسال میگردد.
۲. به پرستار مسئول کاتترهای مرکزی جهت بررسی پرونده و همچنین آشناسازی والدین بیمار با پروسیجر اطلاع داده میشود.
۳. پزشک پورت کت را در اتاق عمل در شرایط کاملا استریل تعبیه می کند.
۴. پرسنل درمانی قبل از هر بار دستکاری پورت کت به هر علت، بهداشت دست را رعایت می کنند.
۵. پرستار پانسمان پورت کت را هر ۴۸ ساعت یکبار با رعایت شرایط آسپتیک تعویض می کند.
۶. پرستار هابر نیدل را هر ۷-۵ روز یکبار و در صورت لزوم در شرایط آسپتیک تعویض می کند.
۷. پرستار در صورت عدم استفاده از پورت هر ۳۰ روز یکبار، با استفاده از سرنگ ۱۰ سی سی، به حجم ۱۰ سی سی نرمال سالین پورت را شستشو داده و سپس با ۵ سی سی سرم نرمال سالین هپارینه ( ۱۰۰ ml/ unit ) و یا با آمپول ترولاک شستشو داده و در نیم سی سی آخر در حین تزریق با فشار مثبت کلمپ می کند.
۸. در صورت بروز نشت، وجود ترشحات چرکی و شواهد عفونت پورت در گزارش پرستاری ثبت شده و به جراح و پرستار کاتتر و کارشناس کنترل عفونت اطلاع داده شود.



## کاتتر نافی:

۱. پزشک کاتتر نافی را در بخش با رعایت اصول آسپتیک تعبیه می کند.
۲. پرستار پانسمان محل کاتتر را هر ۴۸ ساعت یکبار با رعایت اصول آسپتیک تعویض می کند.
۳. پزشک، جهت پیشگیری از بروز عفونت کاتتر شریانی را در عرض ۵ روز و کاتتر نافی را در عرض ۱۴ روز در می آورد.

## جدول اسامی:

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر نعمت بیلان	رئیس بخش ICU		لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کوچه گلرنگ، نظام پرستاری: ۳۳۵۷۲۱	
دکتر مجید محله ای	رئیس بخش NICU		معصومه محمدزاده	سوپروایزر آموزشی کارشناس ارشد پرستاری کودکان مرکز آموزش عالی تخصصی کودکان	
دکتر داریوش شیخ زاده	رئیس بخش بیهوشی		سکینه موسویان	سرپرستار اتاق عمل	
دکتر افشین قلعه گلاب بهبهانی	دکتر افشین قلعه گلاب بهبهانی معاون آموزشی کودکان - فوق تخصص کلیه کودکان نظام پزشکی: ۴۷۱۵۸ دانشیار، ترمز و فک و مرکز درمانی کودکان ترمز		ام البین حسینی	سرپرستار NICU	
دکتر محمد آهنگرزاده رضایی	میکروبیولوژیست مرکز		پونه نویدی	جانشین سرپرستار PICU	
دکتر داود بادبرین	رئیس اتاق عمل		مهتری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
دکتر نسرین حاجی زاده	مسئول داروخانه				
نام و نام خانوادگی تایید کننده: دکتر شهرام عبدلی اسکویی		امضاء:			
سمت پزشک کنترل عفونت:		تاریخ تایید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده: دکتر میر هادی موسوی		امضاء:			
سمت: رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده:

## منابع مورد استفاده:

- ۳) منابع/مراجع: دکتر حسین معصومی اصل و همکاران: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۶
- ۴) دستورالعمل وزارتی تزریقات ایمن، فرناز مستوفیان ۱۳۹۱
- ۵) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections ۲۰۰۲



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت در اسکوپ‌های مربوط به بیمار

تاریخ تدوین: ۹۵/۶/۶	کد روش اجرایی: ۲۳ - PRO تعداد صفحه: ۳
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۶	
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۶/۶	

**هدف:** انجام اقدامات پیشگیرانه جهت کنترل عفونت در واحد CSR و آندوسکوپ‌ها

**دامنه:** واحد CSR و آندوسکوپ‌ها

**تعریف:** جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی با استفاده از تجهیزات پزشکی (اسکوپ) ضروری است، لذا جهت پیشگیری از بروز عفونت، در این مرکز پرسنل درمانی باید شرایط آسپتیک را در حین استفاده از تجهیزات رعایت نمایند. اسکوپ‌ها پسوندی به دنبال اقدامات تشخیصی است که به صورت مشاهده ناحیه یا عضو مورد نظر برای بیمار انجام می‌شود.

**روش:**

تمامی کارکنان آندوسکوپ‌ها علیه هپاتیت ب واکسینه شده و حداقل یک ماه بعد از نوبت سوم واکسن چک تیترا انجام داده و از تیترا خود اطلاع دارند.

تمامی کارکنان آندوسکوپ‌ها تشکیل پرونده بهداشتی داده اند.

هنگام تمیز کردن و ضد عفونی کردن آندوسکوپ‌ها و زمان استریل کردن آنها پرسنل از شیلد صورت استفاده می‌کنند.

گان ضد رطوبت جهت جلوگیری از پاشیده شدن قطرات خون و سایر ترشحات و مواد شیمیایی استفاده می‌شود.

گان بین هر یک از موارد آندوسکوپ‌ها تعویض می‌گردد.

از دستکش جهت جابجایی مواد آلوده و خون و مایعات بدن استفاده میشود.

سفتی باکس در واحد آندوسکوپ‌ها موجود میباشد و به طرز صحیح از آن استفاده میشود.

پرسنل آندوسکوپ‌ها ناخنهای کوتاه دارند و از زیور آلات استفاده نمی‌کنند

شستن کافی دستها در بین تماس با هر بیمار، درآوردن دستکش، وارد یا خارج شدن از اتاق آندوسکوپ‌ها انجام میگردد.

در صورت آلودگی دستها با خون و مایعات خونی دستها بلا فاصله شستشو میشوند.

کارکنان واحد از نحوه صحیح شستشوی دست و هند رآب اطلاع دارند.

کارکنان از فرآیند نیدل استیک شدن اطلاع دارند و فلوجارت فرآیند در معرض دید کارکنان هست.

از کار کردن کارکنان با ضایعات اگزوداتیو و درماتیت ترشح دار در بخش آندوسکوپ‌ها جلوگیری میشود.

تست نشت آندوسکوپ (طبق دستورالعمل کارخانه) قبل از شروع پروسه تمیز کردن انجام میشود.

در پوش گذاری تمام ویدئو اسکوپ‌ها در هنگام فرو بردن در آب انجام می‌شود.

پرستار، بعد از هر بار استفاده از دستگاه آندوسکوپ / کولونوسکوپ، آن را طبق دستورالعمل مرکز (دستورالعمل مرکز ضمیمه است). شسته و ضد عفونی و خشک می‌کند.

در تمام مراحل جابجایی آندوسکوپ باید از نظر وجود آسیب دیدگی بررسی شود.

پرستار، هر روز قبل از استفاده از دستگاه، قسمت بیرونی لوله و لنز را با سواب آغشته به الکل ضدعفونی می کند. در شستشوی دستی کمک پرستار، محلول ضدعفونی کننده آلدئیدی را هر ۳۰ روز یکبار و یا در صورت تغییر رنگ و نظر پرستار، تعویض می کند.

غلظت محلول ضدعفونی با نشانگر مخصوص هر هفته اندازه گیری و در دفتر مخصوص مستند می شود. در شستشو با آندوسکوپ شوی محلول توسط پرستار داخل دستگاه آندوسکوپ شوی ریخته می شود و محلول هر ۳۰ روز یکبار تعویض می شود.

مراحل زیر به ترتیب در پروسه شستشو و ضد عفونی انجام میشود :

آندوسکوپ را از منبع نوری جدا کنید.

تمیز کردن دستی مهم ترین بخش در فرآیند تمیز کردن است.

سطح خارجی آندوسکوپ با گاز آغشته به آب بلافاصله پس از خارج کردن آندوسکوپ از دهان بیمار پاک کنید.

آندوسکوپ را برای پیشگیری از خشک شدن ترشحات در یک محلول دارای ماده شوینده بطور کامل فرو ببرید. تمام لوله ها را بخاطر زودودن مواد آلی و کاستن تعداد ارگانسیم ها برس بزنید.

با آب ولرم و مواد شوینده تمام قسمت های خارجی دستگاه را از بالا به سمت نوک ( لنز ) بشوئید.

کلیه کانال های دستگاه ( کانال آب، هوا و بیوپسی ) با برس تمیز کنید. اینکار را چند بار تکرار کنید.

نوک آندوسکوپ ( عدسی ها ) با استفاده از یک برس نرم تمیز کنید.

آب حاوی مواد شوینده به داخل کلیه کانالها از طریق ست شستشوی مخصوص، تزریق گردد و تا حصول اطمینان کامل از شستشوی کانالها آن را تکرار کنید.

آب ظرف شستشوی آندوسکوپ را از طریق شیر تخلیه خالی کنید.

مجددا با آب ساده دستگاه را آبکشی و با استفاده از ست مخصوص شستشو آب را به کلیه کانالها تزریق کنید تا کانالها نیز آبکشی شود.

بعد از اتمام مرحله تمیزی بصورت چشمی دستگاه و تجهیزات جانبی آن را بررسی نمایید.

گندزدایی :

در مرحله ضدعفونی، محلول ضدعفونی کننده را در داخل ظرف شستشوی دستگاه ریخته تا دستگاه در آن غوطه ور گردد.

دستگاه حداقل به مدت ۲۰ دقیقه باید در داخل محلول ضدعفونی کننده غوطه ور بماند.

با استفاده از سرنگ ۲۰ CC محلول به داخل کانالها ( از طریق ست مخصوص شستشو ) تزریق گردد.

توجه: در طول مدت زمانی که دستگاه در داخل محلول غوطه ور است درب ظرف شستشو باید بسته باشد.

بعد از ۲۰ دقیقه با استفاده از شیر تخلیه، محلول خالی گردد.

مجددا جهت آبکشی به داخل ظرف شستشو به مقدار کافی آب ریخته شود .

تمام قسمت های بیرونی دستگاه آبکشی و آب تمیز به داخل کانالها تزریق شود تا داخل کانالها به خوبی تمیز و شسته گردد.

شستشو با آب استریل پس از شستشو با مواد ضد عفونی کننده (اگر از آب شیر استفاده می شود بعد از آب با الکل ۷۰٪ شستشو داده و با

هوای فشرده خشک کنید )

با استفاده از فشار هوای فشرده، کانالها را بطور کامل، خشک کنید.

دستگاه را در محلی تمیز آویزان کنید. آندوسکوپ ها بطور عمودی و خشک داخل کابینت نگهداری می شود تا از آلودگی مجدد پیشگیری شود.

پوشش انتهایی و دریچه کانالها را در محل مناسب خود قرار دهید.

فورسپس های بیوپسی، محافظ دهان و برس سیمی نیز همزمان با شستشو و ضدعفونی دستگاه، شسته و تمیز می شود. در صورت استفاده از دستگاه آندوسکوپ شور بعد از خروج از دهان بیمار با گاز آغشته به آب پاک شده و بعد داخل آب و ماده دترجنت غوطه ور شده و سطوح و کانال ها برس زده شده و داخل دستگاه آندوسکوپ شوی گذاشته شده و اتصالات دستگاه را وصل کرده و در دستگاه بسته شده و شستشو و ضدعفونی اتوماتیک انجام می شود بعد از اتمام کار دستگاه آلام زده و آندوسکوپ خارج شده و خشک می گردد.

گندزدایی دستگاه آندوسکوپ در بین بیماران:

گندزدایی دستگاه در فواصل معاینه با آندوسکوپ، طبق روش فوق الذکر انجام می گیرد.

شستشو و ضدعفونی کولونوسکوپ نیز به روش بالا صورت می گیرد.

اتاق آندوسکوپی از تهویه کافی برخوردار میباشد

قفسه های انبار هفته ای یکبار با محلول ضد عفونی از بالا به پایین تمیز میگردد

برسهای تمیز کننده دور انداخته میشود ویا کاملاً" تمیز شده و هر بار برای استفاده ضد عفونی کامل و سطح بالا میگردد

رنگ بندی سطل زباله و کیسه پسماندهای بخش درست انجام می شود.

تفکیک پسماندهای پزشکی در واحد به درستی انجام میشود

روشویی مناسب با صابون مایع وجود دارد

از ملحفه و رو انداز تمیز استفاده می شود

نظافت و تمیزی واحد آندوسکوپی در حد مطلوب است.

### جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	امضاء
دکتر ماندانا رفیعی	رئیس واحد آندوسکوپی		معصومه محمدزاد	سوپروایزر کارشناس ارتشده پرستاری کودکان آموزشی	
لیلی رسولی	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز نظام پرستاری		مهری راسخی	کارشناس کنترل عفونت	
ویدا عبداللهی	مسئول آندوسکوپی		جلال مهدیزاده	کادر CSR	
نام و نام خانوادگی تایید کننده : دکتر شهرام عبدلی اسکویی		امضاء :			
سمت : پزشک کنترل عفونت		تاریخ ابیید:			
نام و نام خانوادگی ابلاغ کننده : دکتر میر هادی موسوی		امضاء :			
سمت : رئیس مرکز		شماره و تاریخ ابلاغ:			

منابع مورد استفاده : دستورالعمل ضدعفونی سطح بالا/استریلیزاسیون دستگاه های آندوسکوپی با قابلیت انعطاف



بسمه تعالی  
مرکز آموزشی، درمانی کودکان



عنوان روش اجرایی: نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها

کد روش اجرایی: ۲۴ - PRO

تعداد صفحه: ۴

تاریخ تدوین: ۹۶/۶/۱  
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۸/۱  
تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۸/۱

**هدف:**

پیشگیری از استفاده از ست غیراستریل  
ارتقا ایمنی بیمار  
کاهش عفونت مرتبط با مراقبت

**دامنه:** واحد استریلیزاسیون اتاق عمل و تمام بخش های بستری و پاراکلینیک

**تعاریف:**

بازخوانی ابزار جراحی: در مواردی که به استریل بودن وسیله بعد از تحویل به بخش ها مشکوک شده یا در مواقعی که تست بیولوژیکال دستگاه استریل کننده از طرف آزمایشگاه مثبت اعلام شده باشد.

نشانگر شیمیایی کلاس ۴: برای تایید صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست های پانسمن استفاده می شود (و در صورتی که اقلام ست وارد فضای استریل بدن نمی شود) و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود. با استفاده از این نشانگر و چسباندن آن ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست استفاده شده و الصاق کد فراخوان در برگه مخصوص موجود در پرونده سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

نشانگر کلاس ۶: یکی از مهم ترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخصه های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل حساس می باشد، به طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. با استفاده از این نشانگر و چسباندن آن ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست استفاده شده و الصاق کد فراخوان در برگه مخصوص موجود در پرونده سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم مانند ست های لاپاراتومی، ایمپلنت (و در صورتی که اقلام ست وارد فضای استریل بدن می شود حتی اگر یک قلم باشد) استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود.

نشانگر کلاس ۱: چسب خط دار روی ست است که پس از استریل شدن خط ها به مشکی تغییر رنگ می دهند و نشانگر این است که بسته وارد اتوکلاو شده یا خیر.

حداقل اطلاعات روی ست: حداقل اطلاعات لازم بر روی هر بسته استریل شامل موارد: تاریخ و شیفت کاری - شماره/کد دستگاه استریل کننده - تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل - چرخه بارگذاری - نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل (که با دستگاه لیبل زن ثبت میشود) - نام ست می باشد.

زمان انقضاء بسته های استریل: در مورد ست های پارچه ای ۱۵ روز و وی پک ۳ ماه می باشد.

ویال بیولوژیک: در میال های بیولوژیک (تست اسپور) از میکروارگانیسم های مقاوم به صورت اسپور استئاروتروفیلوس و باسیلوس آتروفوس استفاده می شود و این ویال ها به صورت هفتگی در اتوکلاو بخار و در هر بار استفاده از اتوکلاو پلاسما و به تعداد سه عدد در آن جای گذاری می گردد. هدف از استفاده از آن ها سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکروارگانیسم های زنده و مقاوم است. در پایان چرخه ویال ها از اتوکلاو خارج شده و ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می شود. همچنین در صورت جابجایی دستگاه استریلایزر، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، باید آزمون های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد.

اتوکلاو پلاسما: روش استریل اقلام حساس به حرارت با درجه حرارت پایین است.

پلاسما: فرایندی است که گاز پراکسید هیدروژن در حضور امواج با فرکانس رادیویی به حالت چهارم ماده تبدیل شده و با ایجاد رادیکالهای آزاد موجب استریل شدن وسایل می شود.

اتوکلاو بخار: دستگاهی برای استریل اقلام توسط بخار تحت فشار است.

برون سپاری: طبق توافق بیمارستان با یکی از مراکز آموزشی درمانی سطح تبریز، وسایل آماده استریلیزاسیون به مرکز مور نظر ارسال می شود.

### گام های دقیق انجام کار:

۱. قبل از استفاده از ست استریل توسط کاربر از بسته بندی سالم و خشک بودن ست، وجود کد فراخوان، تاریخ انقضاء و تغییر رنگ برچسب نشانگر کلاس یک اطمینان حاصل می شود. در صورت عدم وجود نشانگر داخلی از استفاده ست اجتناب شود.
۲. پس از باز کردن ست قبل از انجام پانسمان/ پروسیجر نشانگر کلاس چهار یا شش داخل ست بررسی شده و در صورت تغییر رنگ مناسب پانسمان/ پروسیجر مورد نظر انجام شده و پس از اتمام کار، نشانگر و کد فراخوان در برگه مخصوص در پرونده بیمار با نوشتن تاریخ و ساعت و نام ست چسبانده می شود.
۳. هنگام باز کردن ست قبل از انجام پانسمان/ پروسیجر در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر گزارش به کارشناس کنترل عفونت (در نبود ایشان گزارش به مسئول CSR) انجام شده و متعاقباً در صورت لزوم فراخوان انجام می شود
۴. نشانگر بیولوژیک (تست اسپور) بصورت هفتگی در اتوکلاو بخار و در هر بار استفاده از اتوکلاو پلاسما به تعداد سه عدد در شرایط معمول و در مواقع جابجایی، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن باید از نظر آلودگی منفی باشد.
۵. برچسب فراخوان که شامل تاریخ و شیفت کاری، شماره/ کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل، چرخه بارگذاری و نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل برای فرآیند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی تمامی ست های استریل شده توسط CSR نصب می شود و سه رقم فوقانی سمت راست کد فراخوان محسوب می شود که معنی ارقام به ترتیب از سمت چپ، عدد اول کد کاربر، عدد دوم کد اتوکلاو و عدد سوم کد سیکل کاری اتوکلاو می باشد.

۶. جواب تست بیولوژیکال مثبت به کارشناس کنترل عفونت یا به مسئول واحد CSR (در نبود کارشناس کنترل عفونت) توسط پزشک آزمایشگاه اطلاع داده می شود.
۷. استفاده از دستگاه مورد نظر (تست بیولوژیکال مثبت دارد) توسط مسئول CSR متوقف می شود.
۸. کد فرآخوان و تاریخ مربوطه، به عنوان مثال مورخه ۹۸/۷/۷ کد ۱۲۲ با نامه آنی و تماس اضطراری به بخش های بستری توسط کارشناس کنترل عفونت یا مسئول CSR در شیفت صبح و با تماس اضطراری به مسئولین شیفت ها در شیفت عصر اطلاع رسانی می شود.
۹. کلیه بسته ها و پک های استریل شده در تاریخ مورد نظر با کد اعلام شده در بخش های بستری و اتاق های عمل توسط مسئول بخش ها به واحد CSR برگرداننده می شود.
۱۰. بسته ها و پکهای جمع آوری شده از بخش های بستری و اتاق های عمل توسط کمک بهیاران و تکنسین اتاق عمل به سالن کثیف واحد CSR عودت داده می شود. ست ها از طریق پنجره ارتباطی سالن کثیف توسط کمک بهیار به سالن کثیف منتقل می شود.
۱۱. بسته ها و پک های اتاق استریل توسط پرسنل CSR ، بازبینی و بررسی و جمع آوری میگردند و به سالن نیمه استریل منتقل می شود.
۱۲. وسیله ها و بسته ها و پک ها جهت استریل شدن مجدد توسط پرسنل CSR آماده می گردد.
- ابتدا تمام ویال های بیولوژیک و نشانگرهای کلاس چهار و شش موجود در CSR و بخش ها بررسی می شود تا اطمینان حاصل کنیم که نشانگرها تاریخ انقضاء و کیفیت مطلوب داشته باشند.
۱۳. جهت پیگیری و بررسی و رفع نقص فنی اتوکلاو مورد نظر برگه درخواست تعمیرات فوری به مدیر خدمات پرستاری در اتوماسیون ارسال می شود. و بصورت تلفنی به واحد تجهیزات پزشکی مرکز اطلاع داده می شود تا نقص فنی دستگاه بررسی و رفع شود.
- نقص فنی دستگاه بررسی می گردد و در مواردی که اتوکلاو نیاز به تعمیر اساسی دارد از برون سپاری استفاده می گردد.
۱۴. پس از تعمیر و رفع نقص فنی دستگاه یک سیکل خالی همراه با سه ویال بیولوژیک انجام شده و پس از اطمینان از منفی بودن جواب دستگاه به روال عادی کاربری باز گرداننده می شود.
۱۵. جواب تست های ویال های بیولوژیک در دفتری در واحد CSR مستند می شود.

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کننده	امضاء	امضاء
دکتر داود پادیرین	مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز تلفن: ۳۳۵۷۲۱	خانم لیلی رسولی	خانم لیلی رسولی	دکتر داود پادیرین فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان رئیس اتاق عمل دانشگاه تهران تلفن: ۹۵۶۳۳
دکتر محمد رضایی	سوپروایزر آموزش مرکز آموزشی درمانی کودکان	خانم معصومه	خانم معصومه	دکتر محمد رضایی میکروبیولوژیست مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز تلفن: ۲۰۷۴
خانم سکیذه موسویان	کادر CSR	خانم مهديزاده	خانم مهديزاده	خانم سکیذه موسویان مسئول CSR
خانم نیره درویش زاده	کارشناس کنترل عفونت تلفن: ۸۲۱۹۳۱۶	خانم راسخی	خانم راسخی	خانم نیره درویش زاده کارشناس کنترل عفونت
نام و نام خانوادگی	سمت	امضاء	امضاء	نام و نام خانوادگی
دکتر شهرام عبدلی اسکویی	تاریخ تایید:	دکتر شهرام عبدلی اسکویی	دکتر شهرام عبدلی اسکویی	دکتر شهرام عبدلی اسکویی
دکتر میر هادی موسوی	شماره و تاریخ ابلاغ:	دکتر میر هادی موسوی	دکتر میر هادی موسوی	دکتر میر هادی موسوی

منابع مورد استفاده :

راهنمای جامع ضد عفونی و استریلیزاسیون  
راهنمای کشوری کنترل عفونت ۱۳۸۶