



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
کهگیلویه و بویراحمد

کتابچه

خط مشی های

بیمارستان بی بی حکیمه خاتون (س) گچساران



تهیه کننده: تیم مدیریت اجرایی

گردآوری: دفتر بهبود کیفیت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

ردیف	زیرمحمور	لیست خط مشی ها	کد
مدیریت و رهبری			
۱	تیم حاکمیتی	مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار	BB-POL-GT-1
۲	تیم حاکمیتی	مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان	BB-POL-GT-2
۳	تیم مدیریت اجرایی	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی، و رعایت مقررات مالی معاملاتی	BB-POL-EM-1
۴	مدیریت تأمین و تسهیلات اقامت	تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات	BB-POL-EM-2
مراقبت و درمان			
۵	مراقبت های عمومی بالینی	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	BB-POL-CC-1
۶	مراقبت های اورژانسی	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	BB-POL-EC-1
۷	مراقبت های حاد	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	BB-POL-AC-1
۸	مراقبت های حاد	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	BB-POL-AC-2
۹	مراقبت های بیهوشی و جراحی	رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل	BB-POL-SC-1
۱۰	مراقبت های مادر و نوزاد	مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان	BB-POL-MC-1
۱۱	مراقبت های مادر و نوزاد	اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین	BB-POL-MC-2
پیشگیری و بهداشت			
۱۲	مدیریت بهداشت محیط	کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها	BB-POL-EHM-1
۱۳	پیشگیری و کنترل عفونت	ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی	BB-POL-IC-1
رعایت حقوق گیرنده خدمت			
۱۴	اطلاع رسانی و ارتباطات	راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان	BB-POL-PR-1
۱۵	تسهیلات و حمایت ها	رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	BB-POL-PR-2
۱۶	تسهیلات و حمایت ها	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	BB-POL-PR-3
۱۷	تسهیلات و حمایت ها	نحوه گفتن خبر بد	
۱۸	تسهیلات و حمایت ها	نحوه گفتن خبر خوب	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مدیریت و رهبری

تیم حاکمیتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه(س) گچساران

کدمدرک: BB-POL-GT-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه بیمار	
تعریف	کلیه عبارت های بکار رفته در این سند کاملا گویا بوده و نیازی به تعریف ندارند.	
بیانیه خط مشی	<p>اهداف: ارتقا کیفیت خدمات در بیمارستان</p> <p>چرایی: پیشگیری از بیماری ها و ارتقا دهنده سلامت برای بیماران، تغییر نگرش درمان-محور به نگرش سلامت-محور</p> <p>سیاست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تاسیس واحد پیشگیری و ارتقا سلامت (آموزش به بیمار) • آموزش مفهومی ارتقای سلامت • فرهنگ سازی ارتقا سلامت • ایجاد خدمات مشاوره ارتقا سلامت • حمایت از ارتقا سلامت • تامین خدمات پرستاری و پزشکی 	
روش نظارت	تشکیل جلسات ماهانه و بررسی میزان پیشرفت کار طبق برنامه عملیاتی مکتوب	
منابع	سیاست های بیمارستان	
ذینفعان	کل بیمارستان	
امکانات و تسهیلات	پمفلت-کلاس و..	
فرد پاسخگو	رییس بیمارستان	
روش اجرا	<ol style="list-style-type: none"> ۱. رییس بیمارستان نسبت به معرفی فردی تحت عنوان کارشناس آموزش به بیمار اقدام می نماید. ۲. امکانات لازم جهت دفتر آموزش به بیمار قرار می دهد. ۳. آموزش بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص بیمار در رابطه با بیماری، تداخلات دارویی، تاریخ مراجعات بعدی و سایر ۴. فعالیت ها و مراقبت های لازم از بیمار در منزل ۵. ویزیت روزانه بیمار توسط و ارزیابی ارتقا سلامت و ثبت در پرونده بیمار ۶. تلفیقات دارویی بیمار در بدو ورود توسط پزشک و پرستار بررسی می شود. ۷. انجام آموزش های تغذیه ای متناسب با شرایط و سن بیمار. ۸. رعایت شستشو و بهداشت دست بر اساس موقعیت های پیش آمده. ۹. حضور روانشناس جهت موارد مشاوره ای لازم 	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>۱۰. کارشناس بهداشت حرفه ای پیش بینی موارد خطر احتمالی و اقدامات مداخله ای جهت پیشگیری از هرگونه خطا و خطری برای بیمار.</p> <p>۱۱. استفاده از اتیکت شناسایی و معرفی پرسنل به بیمار جهت آرامش روحی بیمار .</p> <p>۱۲. تامین نیازهای محیطی و همگانی جهت بیماران در کلیه بخش های درمانی.</p> <p>۱۳. حفظ حریم شخصی بیماران توسط کارکنان بیمارستان.</p> <p>۱۴. پرسنل و پزشکان در برخورد با تمام بیماران عدالت را رعایت می نمایند.</p> <p>۱۵. آموزش به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار بطور دقیق کامل و مکتوب آموزش داده می شود.</p>		
<p>تهیه کننده مسئول آموزش به بیمار</p>	<p>تایید کننده پروین باوری مدیر خدمات پرستاری</p>	<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کدمدرک: BB-POL-GT-2	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	مشارکت در پیشگیری و ارتقای سلامت کارکنان	
تعریف	فرایند قادر سازی افراد به افزایش کنترل سلامت خود و ارتقاء بیمارستان	
بیانیه خط مشی	این بیمارستان در راستای پیوستن به شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده؛ سلامت بصورت رویکردجامعه و یک پارچه درداخل سیستم های مدیریت کیفیت بیمارستان اقدام وبا هدف مشارکت درپیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان سیاستهای افزایش آگاهی و توانمند سازی کارکنان و حذف عوامل خطر آفرین عام و خاص را فراهم نموده است	
روش نظارت	تشکیل جلسات ماهانه و بررسی میزان پیشرفت کار طبق برنامه عملیاتی مکتوب	
منابع	سیاست های بیمارستان	
ذینفعان	کلیه واحد های پرسنل بیمارستان	
امکانات و تسهیلات	کلاس های آموزش ؛ پمفلت و پوستر های آموزشی ؛ آزمایشگاه ؛ تسهیلات ورزشی	
فرد پاسخگو	ریاست بیمارستان	
روش اجرا	<ol style="list-style-type: none">۱. سوپروایزر آموزش تقویم آموزش سالیانه در خصوص خود مراقبتی کارکنان تدوین و تهیه و اجرا می نماید.۲. سوپروایزر کنترل عفونت آزمایشات لازم جهت بازبایی و تعیین سطح تیر آنتی بادی را در بدو ورود و در فواصل زمانی مشخص کنترل می نماید.۳. سوپر وایزر آموزش و کنترل عفونت برنامه آموزش مدونی را جهت پیشگیری از نیدل استیک و نحوه مقابله با نیدل استیک را به کلیه پرسنل به خصوص جدید الورد آموزش میدهند.۴. سوپر وایزر آموزش و کارشناس بهداشت حرفه ای پمفلت آموزشی خود مراقبتی در اختیار پرسنل قرار می دهد.۵. مسئول بهداشت حرفه ای کارکنان مبتلا به بیماریهای خاص را شناسایی کرده و به سازمانهای حمایت کننده ارجاع نماید.۶. مسئول بهداشت حرفه ای جهت سنجش استرس شغلی کارکنان برنامه ریزی نموده و اقدامات مقتضی را انجام میدهد.	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

۷. کارشناس تغذیه به صورت سالیانه برنامه BMI کارکنان بیمارستان را مشخص و مشاوره تغذیه و سنجش کارکنان را انجام می دهند.
۸. مسئول بهداشت حرفه ای یا سوپر وایزر کنترل عفونت برنامه ریزی جهت معاینات دوره ای کارکنان را سالیانه انجام میدهد.
۹. مسئول خدمات و روابط عمومی بیمارستان تورهای مسافرتی علمی و تفریحی جهت پرسنل به صورت دوره ای در طول سال انجام میدهند.
۱۰. امور مالی و روابط عمومی بیمارستان برنامه های ورزشی (استخر و باشگاه) را جهت پرسنل با قیمت مناسب برنامه ریزی می نماید (داخل یا خارج بیمارستان)
۱۱. ریاست بیمارستان و مدیران در کلیه موارد اعم از حقوقی، ارتقاء و ... عدالت را رعایت می نمایند.
۱۲. ریاست بیمارستان و مدیران در موارد ترک سیگار و الکل نسبت به تشویق آنها اقدام می نمایند.
۱۳. پزشک طب کار با توجه به معاینات انجام شده، لیست کارکنان مورد نظر با هماهنگی قبلی، جهت انجام پایش سلامتی به مراکز مربوطه ارجاع میدهد.
۱۴. پزشک طب کار طبق برنامه زمانبندی شده معاینات دوره ای و مشاوره کارکنان را بر اساس فرم معاونت بهداشتی انجام میدهد.
۱۵. توصیه سلامتی طبق منشور سازمان جهانی بهداشت توسط کارشناس بهداشت حرفه ای داده شود (یا سوپرایز آموزشی)

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری	تهیه کننده سوپروایزر آموزشی / مسئول آموزش به بیمار
---	---	--

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مدیریت و رهبری

تیم مدیریت اجرایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	کد مدرک: BB-POL-EM-1
انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی معاملاتی	عنوان خط مشی	
عقد یا قرارداد : به توافق دو اراده ضروری در جهت ایجاد یک اثر حقوقی را گویند. به عبارت ساده تر هرگاه جهت به وجود آمدن یک اثر حقوقی همچون بیع، اجاره و نظایر آن، نیاز به تلاقی و تراضی ضروری دو اراده باشد، عقد محقق میگردد. کارفرما : بیمارستان بی بی حکیمه گچساران که موضوع این خط مشی می باشد کارفرما می باشد و شخص حقوقی امضاء کننده پیمان است.	تعریف	
با توجه به لزوم تسهیل در فعالیت هایی که در بیمارستان نیاز به برونسپاری می باشد و نهایی شدن قراردادها، بیمارستان ضمن اجرای الزامات و قوانین مدنی، تجارت، سازمان امور مالیاتی، وزارت کار و تامین اجتماعی و وزارت بهداشت، دستورالعمل های داخلی را جهت انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران لحاظ نموده است.	بیانیه خط مشی	
مدیریت به صورت ۶ ماه یکبار بر حسن اجرای این خط مشی نظارت دارد	روش نظارت	
قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / قانون اجتماعی / استاندارد اعتبار بخشی ایران	منابع	
کلیه واحدها و بخش های بیمارستان	ذینفعان	
آیین نامه کمیته خرید دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکاران	امکانات و تسهیلات	
حوزه مدیریتی	فرد پاسخگو	
شیوه انجام کار به صورت گام به گام : ۱- به طور کلی موضوع هر قرارداد و نیز شرایط و تعهداتی که طرفین یک قرارداد برای خود تعیین میکنند، قانون حاکم بر قرارداد را معین میکند بنابراین واحد امور مالی بیمارستان در تنظیم هر قراردادی پس از قانون مدنی که مرجع اصلی تعیین کننده شرایط صحت قرارداد و اوصاف اصلی و تشکیل دهنده آنها را به طور کلی بیان میکند، به سایر قوانین نیز مراجعه می کنند. بعنوان مثال چنانچه موضوع قراردادی، اشتغال کارگر است به قانون کار و قانون تامین اجتماعی مراجعه میکند یا در تنظیم قرارداد مربوط به حمل و نقل به قانون تجارت یا	روش اجرا	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

برونسپاری بخشی از بیمارستان به قوانین وزارت بهداشت و امور مالیاتی مراجعه می نماید.

۲- قراردادهای بیمارستان طبق فرمت زیر نوشته میشود:

حتماً در آنها ۱- طرفین قرارداد ۲- موضوع قرارداد ۳- مبلغ قرارداد ۴- مدت قرارداد ۵- تعهدات پیمانکار یا شرکت یا فروشگاه ۶- تعدات مشتری ۷- کسورات قانونی ۸- فورس ماژور (شرایط خاص) ۹- موارد حل اختلاف ۱۰- فسخ قرارداد قید میگردد.

۳- سالانه پس از ارزیابی دانشگاه علوم پزشکی (ریاست بیمارستان) و معاونت پشتیبانی (تیم اجرایی بیمارستان) افرادی که صلاحیت آماده سازی قراردادها را دارند به حسابداری معرفی می شوند و حدود اختیارات آنها نیز مشخص میگردد .

۴- قبل از هرگونه قراردادی ، معاونت پشتیبانی (تیم اجرایی) بر اساس ملاک های ارزیابی، پیمانکاران مربوطه را به معاونت اجرایی و واحد مالی جهت انتخاب طبق ضوابط داخلی بصورت مکتوب پیشنهاد میدهد.

۵- هر گونه واگذاری خدمات به پیمانکار و برون سپاری با تایید معاونت پشتیبانی (ریاست بیمارستان) می باشد.

۶- کلیه قراردادهایی که مربوط به نیروهای انسانی بیمارستان می باشد پس از دستور ریاست دانشگاه علوم پزشکی (بیمارستان) توسط رئیس واحد منابع انسانی نوشته شده و به امضاء ریاست دانشگاه علوم پزشکی (بیمارستان) میرسد.

۷- کلیه قراردادهای مربوط به تجهیزات و لوازم ساختمانی و سرویس و نگهداری و پشتیبانی پس از اخذ دستور کتبی ریاست دانشگاه و معاونت پشتیبانی، توسط معاونت اجرایی تهیه و به دفتر ریاست دانشگاه و معاونت پشتیبانی جهت ثبت و اخذ امضاء ارسال میشود.

۸- کلیه قراردادهای داخلی با پاراکلینیک و کلینیک ها توسط مدیر امور مالی پس از اخذ ریاست بیمارستان نوشته شده و به امضاء ریاست بیمارستان می رسد.

۹- در صورتی که معاونت پشتیبانی (ریاست بیمارستان) صلاح بداند هر یک از قراردادها پس از مطالعه توسط معاونت پشتیبانی (ریاست بیمارستان) به دفتر حقوقی طرف قرارداد دانشگاه (بیمارستان) جهت اظهار نظر در مورد صحت و سقم قرارداد توسط دفتر مدیریت ارسال میشود تا آن مرکز به طور کتبی نظر خود را به دفتر مدیریت اعلام نماید.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

۱۰- در صورتی که مبلغ قرارداد بالاتر از ۳۰ میلیارد ریال باشد درخواست قرارداد توسط دفتر مدیریت جهت تصویب به مجمع عمومی بیمارستان ارسال میشود تا پس از تصویب توسط واحد مالی نوشته شود.

۱۱- در صورت صلاحدید ریاست بیمارستان در هر یک از مراحل قراردادهای خرید نیاز باشد در کمیته خرید مطرح و پس از اخذ تایید واحد مالی اقدام به نوشتن قرارداد مینمایند.

۱۲- معاونت پشتیبانی بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادهای پیش از امضاء توسط طرفین نظارت میکند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مالی عودت می دهد.

۱۳- مدیر مالی بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادهای پیش از امضاء توسط طرفین نظارت میکند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مدیریت عودت میدهد و کارشناسی قراردادهای از جنبه های مالی و تعهدات انجام شده و کسورات قانونی را بعهده دارد.

۱۴- واحد ذینفع به طور مستمر و معاونت پشتیبانی به صورت دوره ای حداکثر دو هفته بر حسب نوع قرارداد نظارت بر انجام مراحل قرارداد را بر اساس بر مفاد مندرج در قرارداد و صورت و وضعیت های ارائه شده و طبق دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران انجام میدهند.

۱۵- مدیر مالی در مقابل پیش پرداختها حتماً چک تضمینی حداقل به میزان پرداخت انجام شده در وجه بیمارستان بی بی حکیمه دریافت میکند. (در صورت وجود مدت گارانتی در متن قرارداد، چک تضمینی به مدت مذکور در قرارداد اخذ میگردد.)

۱۶- در صورت وجود هرگونه تخلف و عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد ، موارد مذکور توسط مسئول واحد ذینفع پس از تذکر به پیمانکار و عدم رفع نقص به مدیر مالی و ریاست بیمارستان به طور شفاهی اطلاع داده میشود.

۱۷- بلافاصله پس از اعلام واحد مربوطه یا مدیریت مبنی بر عدم رعایت مفاد قرارداد تمامی پرداخت ها توسط رئیس واحد حسابداری به شرکت یا پیمانکار متوقف میشود.

۱۸- بلافاصله پس از اعلام واحد مربوطه مبنی بر عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد به

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مدیریت به صورت شفاهی توسط مدیر مالی اطلاع داده میشود.

۱۹- در صورت عدم رعایت مفاد قرارداد با شرایط فوق الذکر اصل گزارش به ریاست بیمارستان توسط مدیر مالی رسانده می شود و مشکل توسط ایشان پیگیری و در هیئت امنای مطرح شده و نسبت به ادامه یا فسخ قرارداد تصمیم گیری میشود.

۲۰- پیگیری در مورد خسارات یا فسخ یا ادامه قرارداد توسط وکیل بیمارستان پس از دستور کتبی ریاست بیمارستان انجام میشود.

۲۱- گزارش نحوه و چگونگی برخورد با پیمانکار خارجی پس از حل دعوی به مدیر عامل به صورت کتبی توسط امور مالی داده میشود .

۲۲- صورت وضعیت پیمانکار می بایست توسط مسئول مربوطه تایید و به واحد مالی ارسال گردد.

۲۳- پس از عقد قرارداد پیمانکار و بیمارستان ، موضوع فعال شدن قرارداد به واحد متقاضی اعلام می گردد و همزمان واحد مالی ، جهت نظارت بر روند کار و گزارش دهی و پیگیری آن ، ابلاغ شروع آن به پیمانکار اعلام می نماید.

۲۴- واحد مالی کلیه تائیدیه های صلاحیت حرفه ای پیمانکار با توجه به نوع پیمان اخذ می نماید.

۲۵- واحد مالی در صورت رعایت مفاد دستورالعمل با توجه به چک لیست نظارتی نسبت به جریمه پیمانکار اقدام می نماید.

تهیه کننده مجتبی عسکری/مدیر امور مالی	تایید کننده بهرروز ظفیری مدیر داخلی بیمارستان	تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان
--	---	---

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مدیریت و رهبری

مدیریت تأمین و تسهیلات

اقامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	کد مدرک: BB-POL-EM-2
	تهیه و توزیع و ملزومات و تجهیزات	عنوان خط مشی
	کلیه عبارت های بکار رفته در این سند کاملا گویا بوده و نیازی به تعریف ندارند.	تعریف
<p>در راستای تامین و تدارک اقلام و ملزومات سرمایه ای و غیر سرمایه ای مورد نیاز بیمارستان و به منظور انجام بهینه فرآیند خرید، تامین و توزیع در مرکز سیاست های ذیل اتخاذ گردیده است.</p> <p>✓ کلیه خرید های بیمارستان (به جز خرید و تامین دارو و لوازم مصرفی پزشکی) بصورت متمرکز و توسط کارپرداز مرکز انجام می پذیرد.</p> <p>✓ خرید داروها و لوازم مصرفی پزشکی توسط کارشناس امور دارویی بیمارستان انجام می پذیرد.</p> <p>✓ کلیه ملزومات و اقلام مورد نیاز از تامین کنندگان معتبر تهیه می گردد.</p> <p>✓ روند خرید های عادی مبتنی بر نقطه سفارش ملزومات و تجهیزات می باشد.</p> <p>✓ انجام کلیه خرید های سرمایه ای منوط به تایید ریاست مرکز می باشد.</p> <p>✓ ورود اقلام خریداری شده به زنجیره مصرف منوط به تایید واحد سفارش دهنده می باشد.</p> <p>✓ ورود و توزیع کلیه اقلام خریداری شده از مبدا انبار می باشد.</p>		بیانیه خط مشی
	کمیته های دارو و تجهیزات پزشکی، تغذیه و بهبود کیفیت بر روند اجرای این خط مشی در بیمارستان نظارت می نمایند و در صورت نیاز و بر اساس گزارشات، موانع استقرار این خط مشی در تیم اجرایی بررسی و مداخلات اقدامات اصلاحی تعیین می گردد.	روش نظارت
	سیاست بیمارستان	منابع
	بیماران-کارکنان	ذینفعان
	-	امکانات و تسهیلات
	مسئول تدارکات - تجهیزات پزشکی	فرد پاسخگو
<p>۱. مسئول تدارکات پس از رسیدن میزان یک کالا به نقطه سفارش و یا درخواست خرید از واحد ها، درخواست خرید را به مدیریت ارائه می دهد.</p> <p>۲. مسئول تدارکات با توجه به لیست تامین کنندگان کالاهای مورد نیاز بیمارستان، نسبت به استعلام قیمت و دریافت پیش فاکتور از فروشندگان اقدام می نماید. (حداقل سه مورد از تامین کنندگان)</p> <p>۳. مسئول تدارکات پیشنهاد های دریافتی را بر اساس مواردی چون قیمت پایه، هزینه</p>		روش اجرا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

- حمل و نقل، تخفیف های کلی، شرایط پرداخت، مدت زمان تحویل، ضمانت نامه و اعتبار فروشنده بررسی می نماید.
۴. مسئول تدارکات موارد مندرج در پیش فاکتور را به تایید مدیریت می رساند.
۵. مدیریت با بررسی شرایط نسبت به صدور دستور خرید اقدام می نماید.
۶. مسئول تدارکات با توجه به بررسی شرایط تامین کنندگان مختلف، کالای مورد نظر را از فروشنده ای که شرایط و قیمت مناسب تری اعلام نموده است خریداری می نماید.
۷. مسئول تدارکات زمان تحویل کالا را مشخص و به فروشنده اعلام می نماید.
۸. مسئول تدارکات پس از دریافت کالا مشخصات کالا را با پیش فاکتور مطابقت می دهد.
۹. مسئول تدارکات در هنگام تحویل کالا از فروشنده، تطابق کالا با سفارش بیمارستان را بررسی می نماید.
۱۰. مسئول تدارکات در صورتی که ملزومات و تجهیزات به سفارش واحد / بخش خاصی خریداری شده باشد قبل از ثبت کالا در سیستم انبار داری نسبت به اخذ تاییدیه نهایی از مسول واحد/بخش مربوطه اقدام می نماید.
۱۱. مسئول تدارکات مجاز به تحویل اقلامی که با سفارش بیمارستان منطبق نیستند نمی باشد.
۱۲. مسئول تدارکات در هنگام تحویل، کالاها را از نظر عدم وجود هر گونه آسیب ظاهری، تعداد بسته ها، تاریخ انقضا و.. بررسی می نماید.
۱۳. مسئول تدارکات پس از تحویل گرفتن مواد و اقلام، اقدامات لازم مانند ثبت در سیستم کامپیوتری مربوط به کالاهای ورودی به انبار، انبار کل و خرید را انجام میدهد.
۱۴. مسئول تدارکات اقلام ضروری و فوری مورد نیاز بخش ها را پس از تاییدیه از مدیریت بر اساس خط مشی خرید خریداری می نماید.
۱۵. مسئول تدارکات لیست اقلام غیر ضروری مورد نیاز بخش ها را جمع و به صورت متمرکز خریداری می نماید.
۱۶. مسئول انبار بر انتقال کالای مورد نظر به انبار و انبارش آن در محل مناسب نظارت می نماید.
۱۷. انبار دار به منظور سهولت در دسترسی، انبارش و نگهداری، هر نوع کالا در انبار را در قسمت مربوط به خود چیدمان می کند.
۱۸. مسئول تدارکات پس از دریافت و تایید کالا، صورتحساب ها را برای پرداخت به واحد حسابداری ارسال می نماید.
۱۹. مسئول تدارکات اقلام مصرفی مورد نیاز بخش ها (مانند اقلام اداری) را به صورت ماهیانه در بین بخش ها توزیع می نماید.
۲۰. پرسنل انبار پس از تحویل اقلام سرمایه ای به واحدها از مسئول واحد رسید دریافت می کند.
۲۱. امین اموال تجهیزات سرمایه ای جدید هر واحد را در لیست دارایی های آن واحد ثبت می کند.
۲۲. امین اموال پس از استقرار دستگاه در بخش مورد نظر، نسبت به نصب لیبل کد اموال بر روی آن اقدام می کند.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه(س) گچساران

۲۳. مسئول تدارکات نسخه ای از کاتالوگ دستگاه را به مسئول واحد مهندسی پزشکی تحویل می نماید.
۲۴. مسئول تدارکات ضمانت نامه دستگاه ها را در واحد تدارکات بایگانی می کند.
۲۵. خرید دارو و ملزومات مصرفی پزشکی:
۲۶. مسئول تدارکات دارویی کلیه داروهای مورد نیاز را از فهرست IDL تامین می نماید.
۲۷. مسئول تدارکات دارویی پس از رسیدن میزان دارو به نقطه سفارش درخواست خرید را به تامین کنندگان دارویی ارائه می دهد.
۲۸. مسئول تدارکات دارویی زمان تحویل داروها و اقلام مورد نیاز را مشخص و به انبار دارویی اعلام می نماید.
۲۹. مسئول انبار دارویی اقلام و داروهای مورد نیاز را از شرکت های دارویی تحویل می گیرد.
۳۱. مسئول انبار دارویی بر چیدمان و انبارش صحیح داروها و ملزومات در انبار دارویی نظارت میب نماید.
۳۲. مسئول داروخانه میان بخشی داروها و ملزومات مورد نیاز بر اساس روند مصرف بخش ها را از انبار دارویی درخواست و پس از تایید مسئول انبار دارویی به داروخانه میان بخشی منتقل می نماید.
۳۳. بخش های بالینی درخواست های دارویی خود را پس از ثبت در سیستم HIS از داروخانه میان بخشی تحویل می گیرند.
۳۴. در صورت نیاز اضطراری به داروی خاص در بخش ها موضوع توسط سوپروایزر به اطلاع مسئول تدارکات دارویی می رسد.
۳۵. مسئول تدارکات دارویی با توجه به لیست دارویی هریک از شرکت های دارویی و یا سایر داروخانه های فعال در سایر مراکز درمانی، نسبت به تامین داروی مربوطه اقدام و به بخش مورد نظر تحویل می نماید.

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده بهروز ظفری مدیر داخلی بیمارستان	تهیه کننده مسدول امور دارویی/مسدول تجهیزات پزشکی
---	---	--

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مراقبت و درمان

مراقبت های عمومی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-CC-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	
تعریف	به مجموعه اقداماتی گفته میشود در جهت صدور و دریافت دستورات تلفنی	
بیانیه خط مشی	<p>برای مدیریت صحیح در مورد صدور و اجرای دستورات تلفنی جهت مراقبت مطلوب و درمان به موقع و ثبت اقدامات و جلوگیری از بروز خطا و به حداقل رساندن اشتباهات این بیمارستان سیاست های زیر را در این باره اتخاذ کرده است :</p> <p>۱- دستورات تلفنی و مراقبتی در صورتی انجام شود که تاخیر ممکن است باعث حادثه در موارد اورژانس شود .</p> <p>۲- دستورات تلفنی الزاما توسط ۲ نفر ثبت ، کنترل و اجرا شود.</p> <p>هر نوع دستورات تلفنی بلا فاصله بایستی پس از حضور پزشک به تایید او برسد.</p>	
روش نظارت	سر پرستار - سوپر وایزر بالینی - مدیر خدمات پرستاری	
منابع	تجربیات بیمارستان - کتاب دستور شفاهی تلفنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
ذینفعان	کلیه پرسنل کادر درمان- بیماران	
امکانات و تسهیلات	تلفن	
فرد پاسخگو	مدیر پرستاری	
روش اجرا	<ol style="list-style-type: none"> ۱. پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت نیاز به گرفتن گزارش شفاهی ، پزشک کشیک را مطلع نماید. ۲. دستور تلفنی توسط پرستار / ماما مسئول بیمار با حضور یک شاهد گرفته میشود (هم شیفتی یا مسئول شیفت) ۳. با گزارش شرح حال کامل بیمار توسط ماما / پرستار مسئول بیمار به پزشک مربوطه با گذاشتن تلفن روی آیفون و یا تکرار واضح دستورات پزشک برای رفع ابهامات احتمالی توسط گیرنده انجام تا هم شیفتی و یا مسئول شیفت نیز مطلع شوند. ۴. تمام دستورات شفاهی تلفنی گفته شده توسط پزشک مربوطه ، توسط ۲ ماما / پرستار مسئول بیمار با ذکر ساعت و تاریخ و شیفت و مهر و امضا آنها ثبت شود. ۵. ماما / پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت یا هم شیفتی دستورات را طبق دستورالعمل تکمیل کرده و در کاردکس وارد می نماید. ۶. دستورات اخذ شده به نحو صحیح و کامل جهت بیمار توسط ماما/پرستار بیمار اجرا شود . ۷. دستورات صادر شده شفاهی اجرا شده یا قابل پیشگیری در گزارش پرستاری با قید 	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>ساعت ، تاریخ دقیق دستور تلفنی و ذکر نام پزشک دستور دهنده توسط ماما / پرستار بیمار مهر و امضا شود.</p> <p>۸. مسئول شیفت ، مسئول شیفت بعدی را در خصوص اخذ مهر و امضاء پزشک مربوطه جهت دستورات شفاهی ثبت شده (در صورتی که در همان شیفت انجام نشده باشد) مطلع نماید .</p> <p>۹. در اولین فرصت (حداکثر تا پایان شیفت) پزشک با حضور بر بالین بیمار دستورات ثبت شده را تایید و مهر امضا نماید.</p> <p>۱۰. در صورت عدم دسترسی به پزشک مربوطه حداکثر تا ۲۴ ساعت دستورات مهر و امضا شود.</p> <p>۱۱. سرپرستار بخش ضمن بررسی پرونده بیماران با دستور تلفنی در صورت نیاز به آموزش پرسنل و جهت افزایش آگاهی آنان در زمینه خط مشی (دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی ضروری) سوپروایزر آموزش را مطلع نماید.</p> <p>۱۲. سوپروایزر آموزش جهت اجرای صحیح خط مشی مربوطه دوره های آموزشی را در صورت نیاز برگزار نماید.</p> <p>*در صورتی که در دستورات اخذ شده داروی پر خطر ذکر شده باشد طبق دستور العمل داروهای پر خطر اقدام شود.</p>		
<p>تهیه کننده تیم دفتر پرستاری</p>	<p>تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری</p>	<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مراقبت و درمان

مراقبت های اورژانس

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کدمدرک: BB-POL-EC-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری	
تعریف	کلیه عبارات به کار برده کاملاً گویا و واضح بوده و نیازی به تعریف ندارد	
بیانیه خط مشی	این بیمارستان برای دریافت مراقبت های اختصاصی، این خط مشی را با هدف دسترسی سریع بیماران بد حال به خدمات درمانی قابل قبول و کاهش خطرات احتمالی حین انتقال، حفظ حریم خصوصی و احترام بیمار و اطمینان از اجرای این سیاست که انتقال بیمار با هماهنگی بین بخش رعایت ایمنی کامل بیمار و در دسترس بودن تجهیزات کافی و اطلاع رسانی به همراه بیمار انجام میشود، اتخاذ نموده است.	
روش نظارت	بررسی پرونده ها و مشاهده مستندات و گزارشات سوپروایزری در خصوص مدیریت بیماران بد حال و اورژانسی توسط دفتر خدمات پرستاری، مصاحبه با پرسنل توسط سوپروایزر بالینی، گزارش و تحلیل و پیگیری نتایج صورت گرفته کمیته های مربوطه بهبود کیفیت	
منابع	اکبری-پور اسماعیل ملی سلامت جلد ۱ انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی چاپ دوم ۱۳۹۲	
ذینفعان	بیماران، پرسنل بالینی	
امکانات و تسهیلات	پرونده بیماران و دفتر سوپروایزری	
فرد پاسخگو	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر بالینی و آموزشی	
روش اجرا	<p>الف- انتقال بیماران بد حال و اورژانسی به اتاق عمل</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. پزشک متخصص جراح در اسرع وقت بر بالین بیمار حاضر شده و دستور انتقال اورژانسی بیمار به اتاق عمل را در پرونده ثبت میکند و توضیحات لازم را به بیمار و همراهانش می دهد. ۲. ماما/ پرستار با سوپروایزر مامایی / بالینی هماهنگ و با اتاق عمل نیز هماهنگی تلفنی جهت انتقال اورژانس بیمار را انجام داده و گزارش کاملی از بیمار را به بخشهای بستری بعد از عمل و حتی در صورت نیاز بخشهای ویژ می دهد و هماهنگی لازم را انجام می دهد. ۳. ماما / پرستار، بیمار را جهت انتقال به اتاق عمل آماده و علائم حیاتی و lv Line در جریان، ارسال آزمایشات طبق دستورات داده شده توسط پزشک مربوطه و گرفتن رضایت با توضیحات لازم به بیمار و همراهش را انجام می دهد سوند فولی از نظر درست بودن موقعیت و تخلیه کیسه ادرار کنترل می کند. ۴. ماما / پرستار دستبند مشخصات بیمار را چک می کند. ۵. کمک بهیار / ماما / پرستار بیمار لوازم مشخص و قیمتی بیمار را (هرگونه طلا و جواهر و دندان مصنوعی و ...) را در حضور مسئول شیفت تحویل همراهان و در صورت نبودن 	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه(س) گچساران

همراه تحویل مسئول شیفت میدهد و در پوشیدن لباس اتاق عمل به بیمار کمک می کند.

۶. ماما / پرستار بیمار گزارش پرستاری را تکمیل و کنترل می کند و دستورات پزشک را چک و اجرا می کند و فرم رضایت قبل از عمل جراحی و فرم رضایت آگاهانه پروسیجر را کنترل و ضمیمه پرونده می کند.

۷. خدمه با کمک ماما / پرستار بیمار با رعایت حریم خصوصی بیمار و احترام و رعایت اصول ایمنی بیمار را با برانکارد (با یا بدون اکسیژن) منتقل مینماید.

۸. ب – انتقال بیماران بد حال از بخش ها به آی سی یو :

۹. وضعیت بیمار توسط ماما / پرستار بیمار به آنکال مربوطه اطلاع داده میشود و به سوپروایزر وقت نیز اطلاع رسانی می کند.

۱۰. پزشک متخصص آنکال ضمن ویزیت اورژانس بیمار در خدمات مشاوره اورژانسی (بیهوشی و ...) و ماما / پرستار بیمار با پزشک مشاوره هماهنگی لازم را جهت ویزیت اورژانس انجام میدهد.

۱۱. پزشک مشاور، مشاوره را انجام و در صورت نیاز دستور انتقال را در پرونده بیمار ثبت می کند.

۱۲. ماما / پرستار کلیه دستورات پزشک را چک و اجرا و در پرونده ثبت و تکمیل نموده و اتصالات بیمار را چک و کنترل مینماید.

۱۳. مسئول شیفت هماهنگی لازم را با خدمه بخش جهت انتقال بیمار با حفظ حریم خصوصی و برانکارد مجهز به اکسیژن و ترالی اورژانس حامل ،... را مینماید.

۱۴. ماما / پرستار بیمار به همراه خدمه بخش بیمار با برانکارد مجهز به اقدامات احیاء و پرونده تکمیل شده تحویل بخش مقصد میدهد.

* قابل ذکر است با توجه به اورژانسی بودن انتقال بیمار و حفظ حیات او(فرزندش در زن های باردار) در صورتی که فرصت تشکیل و تکمیل پرونده تا زمان انتقال نداشته باشیم اقدامات لازم را پس از انتقال بیمار در اتاق عمل و یا بخش های ویژه انجام میشود.

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری	تهیه کننده تیم دفتر پرستاری
---	---	--------------------------------

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مراقبت و درمان

مراقبت های حاد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کدمدرک: BB-POL-AC-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	نحوه اندیکاسیون پذیرش در ترخیص بیماران در بخشهای ویژه (ICU- NICU)	
تعریف	موارد پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای آی سی یو و ویژه نوزادان	
بیانیه خط مشی	<p>با توجه به محدودیت تخت های ویژه و لزوم استفاده بهینه و موثر از منابع موجود در راستای ارائه خدمات اثر بخش به بیماران نیازمند استفاده از خدمات بخش های فوق ، سیاست های زیر درباره اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه اتخاذ شده است :</p> <p>۳- پذیرش نوزادان طبق دستور متخصص نوزادان (بخش NICU و نوزادان)</p> <p>۴- پذیرش بیمار در بخش ICU با توجه به دستور پزشک مشاور و یا پزشک مربوطه میباشد.</p> <p>ترخیص بیمار با توجه به وضعیت بیمار و دستور پزشک مربوطه در بخش های فوق میباشد</p>	
روش نظارت	کنترل روزانه توسط سرپرستار بخش و ارزیابی صحت عملکرد کلیه پرسنل در ارتباط با خط مشی از طریق مصاحبه با آنها	
منابع	تجارب و سیاست بیمارستان	
ذینفعان	بیماران، پرسنل کادر درمان	
امکانات و تسهیلات	وجود فرمهای پذیرش بیمار، آموزش و ترخیص و خلاصه پرونده	
فرد پاسخگو	مدیر خدمات پرستاری	
روش اجرا	<p>۱- پزشک متخصص / مشاوره دستور بستری بیمار را در بخش ICU صادر مینماید.</p> <p>۲- پزشک متخصص / مشاوره دستور ترخیص بیمار از بخش ICU را صادر مینماید.</p> <p>۳- در صورت ترخیص با میل شخصی ، پس از اطلاع رسانی به پزشک مربوطه، سوپروایزر وقت ماما / پرستار بیمار از بیمار و همراهش با آموزش کامل و توضیح کامل و گرفتن رضایت شخص و پر کردن فرم مربوطه اقدام به ترخیص بیمار می نماید.</p> <p>الف - اندیکاسیون پذیرش بیماران در ای سی یو نوزادان:</p> <p>۴- پزشک آنکال نوزادان در صورت وجود زایمان یا سزارین پر خطر طبق دستورالعمل موجود در بخش بر بالین مادر حاضر و پس از تولد نوزاد، نوزاد توسط ایشان بطور دقیق معاینه و بررسی و ضمن انجام اقدامات لازم در صورت صلاحدید دستور انتقال نوزاد به بخش نوزادان جهت بستری را میدهد.</p> <p>۵- پزشک آنکال نوزادان در صورت صلاحدید اگر نوزاد تازه متولد شده یا سرپایی (پذیرش از مطب - کنار مادر در بخش زایمان- پذیرش از اتفاقات) نیاز به بستری داشته باشد بلافاصله در بخش نوزادان بستری می شود.</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مثال هایی از علل بستری در بخش نوزادان:

- ۱- هیپو گلیسمی کمتر از ۴۰
- ۲- هیپو کلسمی در نوزاد ترم کمتر از ۸ و نوزاد پره ترم کمتر از ۷/۵
- ۳- نوزاد متولد شده با آپگار کمتر از ۷
- ۴- انجام عملیات احیاء پیشرفته زمان تولد
- ۵- سیانوزه مرکزی یا sat O_2 کمتر از ۸۵%
- ۶- کیسه آب مادر بیش از ۱۸ ساعت باز باشد
- ۷- نوزاد مادر معتاد
- ۸- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰
- ۹- نوزاد با ژنیتال مبهم
- ۱۰- دیسترس تنفسی
- ۱۱- شیر نخوردن و بی حالی نوزاد
- ۱۲- زردی با توجه به جواب بیلی روبین طبق دستور پزشک
- ۱۳- اختلالات انعقادی
- ۱۴- تشنج
- ۱۵- آپنه تنفسی که بیش از ۲۰ ثانیه یا همراه برادیکاری یا سیانوزه باشد.
- ۱۶- تب بدون علت محیطی
- ۱۷- عدم دفع مکنونیوم تا ۴۸ ساعت یا عدم دفع ادرار تا ۲۴ ساعت
- ۱۸- استفراغ صفاوی

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری	تهیه کننده تیم دفتر پرستاری
---	---	--------------------------------

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کدمدرک: BB-POL-AC-2	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	
تعریف	موارد پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای آی سی یو و ویژه نوزادان	
بیانیه خط مشی	ارائه مراقبت از بیمارانی که به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، دچار آسیب یا نارسایی ارگان های متعدد شده و نیازمند دریافت مراقبت های مستمر و پایش مداوم وضعیت بیمار هستند.	
روش نظارت	نظارت توسط سوپروایزرین بالینی	
منابع	مراقبتهای ویژه پرستاری ICU-CCU - دیالیز- ملاحظت نیکروان فود- حسین شیری- انتشارات رز دانش	
ذینفعان	کلیه بخش های بیمارستان	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	دفتر خدمات پرستاری	
روش اجرا	<p>۱- پزشک دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات پزشک ثبت می کند.</p> <p>۲- پرستار ضمن چک کردن دستورات پزشک، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار میدهد در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.</p> <p>۳- پرستار جهت اندازه گیری فشار خون ، ابتدا بازوبند با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس بازوبند را دور بازوی بیمار قرار میدهد. به صورتی که قسمت قابل باد شدن قسمت بازوبند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند و طول بازوبند به صورتی باشد که حدود ۱/۵ دور به دور بازوی بیمار می پیچد و لبه تحتانی بازوبند حدوداً ۲/۵ سانتی متر در بالای چین جلوی آرنج قرار داشته باشد.</p> <p>۴- پرستار دقت می کند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل ۵ دقیقه استراحت کرده باشد.</p> <p>۵- پرستار وضعیت بازو را طوری تنظیم میکند که شریان بازویی وی در سطح قلب قرار گیرد (تقریباً هم سطح با چهارمین فضای بین دنده ای در محل اتصال آن با جناغ)</p> <p>۶- پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ، با فشردن دکمه کنترل BP ، فشار خون بیمار شامل فشار سیتولیک، فشار خون دیاستولیک را اندازه گیری کرده و در پرونده بیمار ثبت و چارت می کند.</p> <p>۷- پرستار در صورت نیاز به کنترل دستی فشار خون، بعد از بستن بازوبند، کاف فشار سنج را</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

به حدی افزایش میدهد که نبض رادیال ناپدید شود، این فشار را از روی مانومتر خوانده و ۲۰ میلی متر جیوه به آن اضافه می کند. از این حاصل جمع به عنوان نقطه ای برای سنجش های بعدی استفاده می کند تا از بوجود آمدن ناراحتی غیر ضروری در اثر فشارهای بازوبند جلوگیری شود. سپس قسمت بل گوشی را بر روی شریان بازویی قرار میدهد و بازوبند را به آهستگی و با سرعت تقریباً ۲-۳ میلی متر جیوه در ثانیه خالی میکند و در همین حین عمل سمع صدا را انجام میدهد و اعداد مربوطه به سمع صداهای کورتوکوف و قطع آن را ثبت می کند.

۸- پرستار جهت کنترل ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت میکند. در بیماران AF، تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه سمع و ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان PR (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید، براکیال، رادیال و فمورال استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه، در پرونده بیمار ثبت می کند. اگر ریتم تنظیم بود تعداد نبض را در ۱۵ ثانیه شمارش نموده و سپس در عدد ۴ ضرب می کند، اگر تعداد ضربان بطور غیر طبیعی کند یا سریع بود، تعداد نبض را در یک دقیقه کامل شمارش میکند).

۹- پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی ۱۵ ثانیه یا ۱ دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خود را روی مچ بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.

۱۰- پرستار جهت کنترل درجه حرارت (T) از روش اورال استفاده می کند در هنگام از ترومتر، ابتدا با تکان دادن دماسنج آن را به حداکثر از ۳۵/۵ رساند. پس ترومتر را در زیر زبان قرار داده و به بیمار آموزش میدهد لب های خود را ببندد و پس از ۳-۵ دقیقه درجه حرارت را خوانده و ثبت می کند.

پرستار جهت کنترل درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (spo2)، پروپ پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان spo2 بیمار را کنترل و ثبت می کند.

تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده
تیم دفتر پرستاری	پروین باوی	دکتر پردیس بخشایی
	مدیر خدمات پرستاری	دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مراقبت و درمان

مراقبت های بیهوشی و جراحی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶		کد مدرک: BB-POL-SC-1
تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸		
عنوان خط مشی	رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل	
تعریف	رعایت اصول ایمنی بیمار با معیارهای اساسی و ضروری	
بیانیه خط مشی	توجه به اینکه الزامات ایمنی بیماران در پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی و آسیب به بیمار نقش موثر و واضح دارد سیاست بیمارستان بر این شده است که خط مشی فوق را ارائه نماید .	
روش نظارت	بازدید های سوپروایزری-بازدیدهای تیم مدیریت اجرایی و تیم ایمنی	
منابع	دستورالعمل استانداردهای بیمارستان امن بیمار- راهنمایی ارزیابان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار چاپ ۱۳۹۰ وزارت بهداشت و درمان- دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	
ذینفعان	کلیه بیماران بستری	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	مدیر خدمات پرستاری	
روش اجرا	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تهیه و الحاق دستبند جهت شناسایی بیماران توسط مدیران و سرپرستان و پرستاران ✓ شناسایی بیمار با دو شناسه توسط کارکنان بیمارستان در اجرای خدمات پاراکلینیکی، تشخیص و درمان ✓ رعایت اصول ایمنی در ساختار فیزیکی بیمارستان توسط مسئول فنی بیمارستان ✓ رعایت اصول ایمنی در رابطه با تجهیزات بیمارستانی (خریداری تجهیزات استاندارد، بررسی دوره ای، کالیبراسیون، ...) توسط مسئول فنی بیمارستان . ✓ رعایت استانداردهای داروئی مرتبط با نشانه اسمی، نشانه ظاهری، تلفیق داروئی داروهای پرخطر توسط واحد داروخانه و کارکنان بخشهای درمانی. 	
تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده
تیم دفتر پرستاری	پروین باوی مدیر خدمات پرستاری	دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

مراقبت و درمان

مراقبت های مادر و نوزاد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-MC-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	مدیریت مادران پر خطر در بلوک زایمان	
تعریف	مادران مبتلا به بیماری زمینه ای و یا مادران با فشار خون بالا، دیابتی، خون ریزی، بیمارانی قلبی، تیروئید و	
بیانیه خط مشی	هدف: جلوگیری از عوارض بیماری و بوجود آمدن سرانجام خوش برای مادر و جنین چرایی: سلامت مادر و جنین سیاست: انجام تریاژ در بدو ورود و پی گیری مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان	
روش نظارت	چک لیست	
منابع	کتاب خدمات مامایی	
ذینفعان	مادران پر خطر	
امکانات و تسهیلات	فرم تریاژ - بلوک زایمان	
فرد پاسخگو	مسئول بلوک زایمان	
روش اجرا	<p>۱- مامای ادمیت کننده در ابتدا مادران پر خطر را تشخیص داده و شفاهاً به همکاران داخل لیبر تحویل می دهد و در پرونده بیمار قید می کند.</p> <p>۲- مامای لیبر، مادر پر خطر ترجیحاً مامای مجرب تری می باشد.</p> <p>۳- وضعیت مادر توسط مامای لیبر به پزشک اطلاع داده می شود. (به دستور پزشک)</p> <p>۴- کلیه اقدامات اورژانس اولیه توسط ماما طبق پروتکل دوستدار مادر انجام میشود.</p> <p>۵- بیمار توسط پزشک ویزیت میشود و دستورات پزشک در پرونده ی بیمار ثبت می شود.</p> <p>۶- دستورات پزشک توسط ماما چک و اجرا می گردد.</p> <p>۷- تصمیم نهایی جهت نحوه زایمان توسط پزشک گرفته میشود.</p> <p>۸- اقدامات لازم جهت سزارین یا زایمان طبیعی توسط ماما صورت میگیرد.</p> <p>۹- جهت پذیرش مادران پر خطر در بیمارستان تیم تشکیل شده است.</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>۱۰- در صورت صلاحدید پزشک معالج، برای مادر باردار مشاوره انجام می گردد.</p> <p>۱۱- ترخیص مدد جو بعد از ویزیت پزشک معالج انجام می پذیرد و علائم خطر توسط ماما و پزشک، به بیمار توضیح داده میشود.</p> <p>جهت مادران پر خطر ۳ نوبت تا ۴۲ روز پس از زایمان پی گیری تلفنی توسط ماما انجام می گردد.</p>		
<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>	<p>تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری</p>	<p>تهیه کننده تیم دفتر پرستاری</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-MC-2	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	اطمینان از رعایت اندیکاسیونهای انجام سزارین	
تعریف	کلیه عبارات بکار رفته در این سند کاملاً گویا بوده و نیازی به تعریف ندارد.	
بیانیه خط مشی	توجه به ارجحیت زایمان طبیعی به سزارین و به منظور جلوگیری از انجام سزارین های بی رویه و غیر منطقی و کاهش مداخلات طبی غیر ضروری در جهت تامین اهداف بیمارستان دوستدار مادر، بیمارستان این خط مشی را با اطمینان از اجرای این سیاست که سزارین فقط در موارد ضروری برای حفظ جان مادر یا جنین انجام شود اتخاذ نموده است.	
روش نظارت	کنترل مستندات : پرونده بیمار مطابق روش اجرایی توسط مسئول زایشگاه / شیفت زایشگاه کنترل و در صورت عدم وجود اندیکاسیون، مورد با پزشک معالج بررسی می گردد. گزارش و پیگیری : تحلیل میزان سزارین و زایمان طبیعی به صورت ماهانه در کمیته ترویج زایمان طبیعی انجام میگردد و ضمن بررسی مستندات پرونده های مربوطه اقدام اصلاحی لازم اتخاذ می گردد.	
منابع	راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری دوم)	
ذینفعان	مادران باردار	
امکانات و تسهیلات	راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری دوم)	
فرد پاسخگو	مسئول بلوک زایمان	
روش اجرا	<p>۱- پرستار یا ماما مسئول بیمار جهت مادرانی که سزارین قبلی هستند(مورد در برگه پذیرش توسط پزشک معالج درج گردیده و بیمار در روز مقرر جهت سزارین به زایشگاه یا بخش مامایی مراجعه می نماید) پس از تشکیل پرونده، قلب جنین را کنترل و در برگه سیرزایمان ثبت و مهر و امضا مینماید و وی را جهت عمل جراحی آماده می نماید.</p> <p>۲- مامای مسئول بیمار جهت مادرانی که با اندیکاسیون زجر جنین که شامل کاهش حرکت جنین، آریتمی قلب جنین مراجعه می نمایند. مدارک لازم جهت مسجل شدن که شامل نوار ، NST و OCT مثبت میباشد را گرفته، سونوگرافی بیو فیزیکیال را به پرونده الصاق و در برگه سیر زایمان ثبت می نماید.</p> <p>۳- مامای مسئول بیمار جهت مادرانی که با تشخیص اندیکاسیون های غیر طبیعی از جمله دو قلوبی، همچنین پلاسنتا پرویا (جفت سر راهی) مراجعه می نمایند. سونوگرافی هفته های آخر بارداری مبنی بر وجود پرزانتاسیون غیر طبیعی و یا جفت سر راهی (پلاسنتا</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

پرویا) را به پرونده الصاق می نماید و علت در پرونده بیمار توسط پزشک معالج و مامای مسئول بیمار ثبت میگردد.

۴- مامای مسئول بیمار جهت مادرانی با اندیکاسیون عدم پیشرفت، فرم پارتوگراف را تکمیل کرده و در صورت عدم پیشرفت به اطلاع پزشک رسانده و پس از اقدام اصلاحی تصمیم به ختم بارداری به روش سزارین گرفته می شود.

۵- متخصص زنان و زایمان و ماما مسئول بیمار اگر در مانور لئو پولد، وزن جنین را بیش از ۴ تا ۵ کیلوگرم تخمین زده باشند و لگن به نظر جهت زایمان مناسب نباشد، تشخیص عدم تطابق لگن و جنین CPD داده و در پرونده بیمار به عنوان اندیکاسیون C/S قید می گردد.

متخصص زنان و زایمان جهت مادرانی که به دلایل مختلف بنا به تشخیص پزشکان متخصص دیگر (ارتوپدی، چشم، اعصاب و روان و ...) کاندید عمل C/S هستند، در برگ پذیرش بیمار قید می نماید و مامای مسئول برگ مشاوره متخصص معتمد ارجاع دهنده را به پرونده الصاق می نماید.

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده پروین باوی مدیر خدمات پرستاری	تهیه کننده تیم دفتر پرستاری
---	---	--------------------------------

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

پیشگیری و بهداشت

مدیریت بهداشت محیط

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-EHM-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشتی و حفاظت پرتوها	
تعریف	منظور از این خط مشی رعایت بهداشت و حفاظت پرتویی واحدهای پرتو پزشکی اعم از حفاظت از بیمار، همراه بیمار، پرسنل و محیط و کاهش مواجهات شغلی، افزایش بهره وری و کارایی پرسنل پرتو کار و ارتقا ایمنی در راستای اهداف بیمارستان می باشد	
بیانیه خط مشی	اعمال استانداردهای بهداشتی پرتوها، پیروی از اصل ALARA (حداقل پرتو گیری موجه) - آموزش پرسنل پرتو کار، بازدید و نظارت بر واحدهای پرتو پزشکی.	
روش نظارت	تکمیل چک لیست حداقل هر ۶ ماه یک بار توسط کارشناس بهداشت محیط کنترل کیفی و بررسی مدارک و تاییدیه های واحد رادیولوژی و اقدامات اصلاحی توسط کارشناس بهداشت محیط در کمیته بهداشت محیط	
منابع	آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه، سایت بهداشت محیط ایران	
ذینفعان	-	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	مدیر داخلی - مدیر خدمات پرستاری	
روش اجرا	<p>طراحی مناسب بخش های تصویر برداری پزشکی از نظر فضاهای فیزیکی مطابق استانداردهای سازمان انرژی اتمی توسط بیمارستان</p> <p>طراحی مناسب اتاق اشعه ایکس و اتاق کنترل توسط بیمارستان به گونه ای که ضخامت و جنس دیوارها مطابق استانداردهای سازمان انرژی اتمی باشد.</p> <p>وجود ست کامل وسایل حفاظت فردی پرتویی در هر اتاق اشعه ایکس و استفاده مناسب از آنها برای بیمار و همراه بیمار و در صورت نیاز برای پرسنل تصویر برداری.</p> <p>اجرای منظم و دوره ای آزمون های کنترل کیفی دستگاه های تصویر برداری پزشکی.</p> <p>اطلاع از بارداری مادران باردار و به تعویق انداختن تصویر برداری به سه ماهه سوم بارداری و در صورتی که تصویر برداری بسیار ضروری باشد استفاده مناسب از تجهیزات حفاظت پرتویی مخصوص دوران بارداری.</p> <p>رعایت قانون ۱۰ روز و ۲۸ روز در صورت تاخیر بمدت ۱۰ روز از تاریخ پریودی فرد باردار</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>تلقی شده و باید قبل از عکس برداری تست بارداری بدهد.</p> <p>بعد از روز بیست و هشتم (۲۸) ، عکسبرداری بمدت ۷ روز آزاد می باشد انجام دهد.</p> <p>کارکنان بخش پرتو پزشکی، معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز، اقدامات مداخله ای توسط ایشان انجام گیرد.</p> <p>گزارش تحلیل نتایج بازدید بهداشت محیط و حرفه ای بیمارستان به اتفاق کارشناس بهداشت پرتوهای استان در کمیته بهداشت محیط مطرح و اقدامات اصلاحی مورد نیاز صورت گیرد.</p>		
<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>	<p>تایید کننده بهروز ظفیری مدیر داخلی بیمارستان</p>	<p>تهیه کننده مسئول بهداشت محیط</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

پیشگیری و بهداشت

پیشگیری و کنترل عفونت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶		تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸	کد مدرک: BB-POL-IC-1
عنوان خط مشی		ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی	
تعریف		شستشوی دست با آب و صابون Hand Wash شستشوی دست با استفاده از محلول ضد عفونی کننده Hand rab	
بیانیه خط مشی		با توجه به لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان با اهداف اشاعه فرهنگ شستشوی دست در بیمارستان و جامعه بیمارستانی سیاست فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کلیه کارکنان را تدوین مینماید.	
روش نظارت		تکمیل چک لیست حداقل هر ۶ ماه یک بار توسط کارشناس بهداشت محیط کنترل کیفی و بررسی مدارک و تاییدیه های واحد رادیولوژی و اقدامات اصلاحی توسط کارشناس بهداشت محیط در کمیته بهداشت محیط	
منابع		۲/۲۰۷۵/س مورخ ۱۳۸۸/۰۳/۱۲ ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت در خصوص رعایت بهداشت دست.	
ذینفعان		کلیه پرسنل بیمارستان	
امکانات و تسهیلات		پوسترهای آموزشی کتابچه کنترل عفونت، مایع صابون، محلول ضد عفونی کننده	
فرد پاسخگو		سوپروایزر کنترل عفونت	
روش اجرا		<p>۱- سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان دستورالعملهای رعایت بهداشت دست را به کلیه واحدهای بیمارستانی اعلام می کند.</p> <p>۲- سوپروایزر کنترل عفونت پوسترهای بهداشت دست را در تمامی واحدهای بیمارستانی کنار روشویی نصب میکند.</p> <p>۳- سوپروایزر آموزش و کنترل عفونت برای کلیه سطوح (پزشکان و پیراپزشکان و خدمات) جهت ارتقاء سطح آگاهی کلاسهای آموزشی برگزار می کند .</p> <p>۴- مسئول بهداشت محیط وجود امکانات لازم جهت بهداشت دست را در تمامی واحدها و بخش های بیمارستان نظارت می کند.</p>	
تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده	
سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط	بهروز ظفری (مدیر داخلی)	دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

رعایت حقوق گیرنده

خدمت

اطلاع رسانی و ارتباطات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-PR-1	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان	
تعریف	-	
بیانیه خط مشی	<p>نظر به لزوم راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در باره ی دسترسی به خدمات، فضاهای فیزیکی مورد نیاز خدمات جانبی و رفاهی در بیمارستان، سیاست های زیر در این باره اتخاذ گردیده است:</p> <p>۱- کلیه پرسنل ملزم به راهنمایی و هدایت صمیمانه و محترمانه مراجعین بیمارستان می باشند.</p> <p>۲- واحد آموزش همگانی (آموزش بیمار) به صورت تلفنی و حضوری پاسخگوی تمام مراجعین می باشد.</p> <p>۳- آموزش های ارتقاء سلامت برای تمام مراجعین رایگان می باشد.</p> <p>۴- مسیرهای دسترسی به تمام مناطق مجاز مراجعین بیمارستان، مشخص و باز می باشد.</p> <p>۵- هر نوع تغییر کاربری و انسداد مسیرهای عبور و مرور مراجعین منوط به تعیین محل جدید و مسیر دسترسی می باشد.</p> <p>۶- واحد حقوق گیرنده خدمت متولی اصلی راهنمایی و هدایت گیرنده خدمت در بیمارستان می باشد.</p>	
روش نظارت	نظارت مسوول حقوق گیرنده خدمت	
منابع	جزوه آموزشی ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت، منشور حقوق بیمار	
ذینفعان	کلیه پرسنل بیمارستان	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	کلیه کارکنان بیمارستان	
روش اجرا	<p>۱- متصدی پذیرش، در زمان پذیرش، اطلاعات اولیه را در اختیار بیمار قرار می دهد.</p> <p>۲- متصدی پذیرش، در صورتیکه بیمار در خصوص هزینه درمان سوال داشته باشد وی را راهنمایی می نماید.</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

۳-متصدی پذیرش، به سوالات بیمار راجع به خدمات ارائه شده در بیمارستان، پاسخ می دهد.

۴-پرستار در حین پذیرش بیمار در بخش، خدمات قابل دسترسی در بخش را برای بیمار توضیح داده و در فرم آموزش ثبت می نماید.

۵-منشی بخش پمفلت مقررات بخش را در اختیار بیمار قرار داده و راهنمای استفاده از آنرا برای وی بیان می کند.

۶-مددکار بیمارستان با همکاری مسئول آموزش همگانی در صورت نیاز به استفاده از خدمات نهادهای حمایتی، هماهنگی لازم را برای وی انجام می دهد.

۷-مسئول حقوق گیرنده خدمت بر وجود و بروز رسانی تعرفه های اعمال جراحی شایع و هتلینگ در واحدهای پذیرش، حسابداری ترخیص و سالن های اصلی انتظار مراجعین نظارت می نماید.

۸-مسئول حقوق گیرنده خدمت بر وجود و کارایی تابلوها و خطوط راهنما در هدایت مراجعین نظارت نموده و در صورت نیاز به اقدام اصلاحی، موارد را از طریق دفتر بهبود کیفیت و کمیته اخلاق پزشکی پیگیری می نماید.

۹-مسئول آموزش همگانی به صورت دوره ای آموزش ارتقای سلامت مراجعین را در سالن های اصلی انتظار مراجعین ارائه نموده و در صورت نیاز افراد به راهنمای بیشتر، نسبت به برگزاری کلاس های گروهی (حسب شرایط و امکانات موجود بیمارستان) اقدام می نماید.

۱۰-مسئول آموزش بر دسترسی آزاد افراد حاضر در سالن های انتظار به مطالب علمی مرتبط با ارتقای سلامت نظارت می نماید.

۱۱-کلیه افراد ذینفع در فرآیند راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت، موارد نیازمند اقدام اصلاحی بهبود را در کمیته های سنجش و پایش کیفیت و اخلاق پزشکی مطرح و کمیته های مذکور نسبت به برنامه ریزی و ارتقاء وضعیت موجود اقدام می نماید.

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	بهروز ظفری (مدیر داخلی)	مسئول گیرنده خدمت

رعایت حقوق گیرنده

خدمت

تسهیلات و حمایت ها

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-PR-2	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	
تعریف	کلیه عبارتهای بکار رفته در این سند کاملاً گویا بوده و نیازی به تعریف ندارند	
بیانیه خط مشی	منظور حمایت از حقوق بیمار و با هدف حریم خصوصی و اسرار بیماران سیاست پوشاندن مناطقی از بدن گیرنده ی خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیاز به مداخله ندارند و آموزش و افزایش آگاهی نیروها در جهت رعایت حریم خصوصی و تعالی ارزشهای انسانی اتخاذ شده است	
روش نظارت	سوپروایزین بالینی و مسئول گیرنده خدمت طی بازدید از بخش از نحوه ی اجرای خط مشی اطمینان کسب مینماید.	
منابع	دستور العمل انطباق و سنجه های اعتبار بخشی حقوق گیرندگان خدمت	
ذینفعان	بیماران	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	کارکنان بیمارستان	
روش اجرا	<p>خدمات سلامت با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت (حق خلوت و رعایت اصل رازداری) توسط پرسنل ارائه میشود</p> <p>۲- تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت توسط مسئول تدارکات فراهم می شود</p> <p>۳- در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه استفاده از پرسنل همگن ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان) در صورت درخواست بیمار امکان پذیر می باشد. (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد)</p> <p>۴- در بخش های بالینی و پاراکلینیک و اتاق عمل از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند، توسط مسئول بخش، اطمینان حاصل می شود.</p> <p>۵- حریم مناسب در قرار گیری تخت ها رعایت می شود و از پاراوان و پرده های سقفی اطراف تخت ها در بخش ها جهت حفظ حریم خصوصی استفاده می شود.</p> <p>۶- مواردی همچون در زدن ورود به اتاق به ویژه در صورت درخواست بیمار و یا همراه وی رعایت می گردد</p> <p>۷- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آنرا استثنا کرده باشد.</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

۸- در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی به حریم خصوصی بیمار توسط تیم درمان احترام گذاشته می شود.

۹- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند میتوانند به اطلاعات بیمار دسترسی داشته باشند.

۱۰- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک میباشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورتهای پزشکی.

۱۱- حریم خصوصی بیمار، توسط پزشکان و پرستاران، خصوصاً هنگام سوال و جوابهای بالینی، آزمایشات، روشها و درمان هاو نقل و انتقال، رعایت می شود.

۱۲- جهت بیمارانی که تمایل دارند تنها، به دور از کارکنان، دیگر بیماران و حتی اعضاء خانواده خود باشند تمهیداتی لازم توسط سرپرستار صورت می پذیرد

۱۳- همچنین، ممکن است بیماران نخواهند که از آنها عکسی گرفته شود، گزارشی در موردشان تهیه یا در بازرسی یا اعتبار بخشی شرکت کنند، همانطور که کارکنان، مراقبت و خدمات مورد نیاز بیمار را تامین میکنند، در مورد نیازها و انتظارات بیمار و حریم خصوصی و تنهایی در ارتباط با خدمات و مراقبت نیز از وی سوال می کنند.

۱۴- اطلاعات بهداشتی مربوط به یک فرد خاص که تحت درمان قرار میگیرد محرمانه تلقی می شود و افشا نمی شود.

۱۵- اطلاعات بهداشتی باید فقط در موارد ذیل افشاء شوند یا در دسترس قرار بگیرند:

استفاده برای مراقبت بهداشتی مستقیم؛ وقتی در خواستی به وسیله بیمار یا موسسه مراقبت بهداشتی مسئول مراقبت مستقیم بیمار موجود باشد.

استفاده شخصی؛ وقتی توسط بیمار یا نماینده قانونی وی مجاز شمرده شود.

استفاده ثانویه؛ وقتی افراد یا نهادهای مجاز در خواست کنند.

۵- استفاده قانونی؛ وقتی از طرف مراجع قانونی در خواستی صورت بگیرد

تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان	تایید کننده بهروز ظفیری (مدیر داخلی)	تهیه کننده مسئول گیرنده خدمت
---	---	---------------------------------

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه(س) گچساران

کد مدرک: BB-POL-PR-3	تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸
عنوان خط مشی	حمایت از گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	
تعریف	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	
بیانیه خط مشی	باتوجه به لزوم حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر براساس سیاست های بیمارستان و هدف رسیدگی و تکریم ارباب رجوع سیاست فراهم نمودن امکانات مناسب در بیمارستان برای این گروه از بیماران اتخاذ شده است	
روش نظارت	نظارت مستقیم مسئول ورابطین حقوق گیرنده خدمت	
منابع	جزوه آموزشی ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت، منشور حقوقی بیمار	
ذینفعان	گروه های آسیب پذیر	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	تیم مدیریت اجرایی - مسئول حقوق گیرنده خدمت	
روش اجرا	<p>گروه‌های آسیب پذیر شامل :</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. کودکان ۲. زنان باردار ۳. افراد ناتوان ۴. سالمندان ۵. بیماران روانی ۶. گیرندگان خدمت مجهول الهویه ۷. معلولان ذهنی و جسمی ۸. افراد بی سرپرست ۹. و دیگر جمعیت های در معرض خطر میباشد ۱۰. بیمارستان از گروه های آسیب پذیر نامبرده بطور مناسب (تجهیزاتی فیزیکی ایمنی و درمانی) حمایت می نماید. ۱۱. در بیمارستان گروه بیماران آسیب پذیر و در معرض خطر شناسایی شده و برای حمایت از حقوق این افراد در این گروه ها فرآیندی را ایجاد میکند. ۱۲. کارکنان به مسئولیت های خود در این فرایند واقف هستند. ۱۳. شناسایی و جمع آوری اطلاعات در خصوص گروه هدف توسط مسئولین بخشها صورت می پذیرد. ۱۴. در صورتی که بیماران در حالت اغما یا افرادی باناتوانی های ذهنی یا عاطفی در سازمان بستری باشند نیز در این فرایند منظور میشوند. 	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>۱۵. گروه های آسیب پذیر شناسایی شده دارای اولویت درمان ونوبت دهی نیز میباشد.</p> <p>۱۶. جهت رفاه حال افراد ناتوان وسالمند نرده های اطراف دیوار تعبیه شده است.</p> <p>۱۷. درمان وانجام عمل جراحی توسط پزشک جهت گروه های آسیب پذیر با احتیاطات خاصی صورت می گیرد.</p> <p>۱۸. جهت گروه های آسیب پذیر رضایت نامه جهت ادامه درمان وانجام اعمال جراحی از نزدیکان آنها اخذ میگردد</p> <p>۱۹. جهت حمایت ونگهداری کودکان یک نفر همراهی بخصوص مادر بیمار اجازه ورود به بخش وهمراه بودن با وی را دارد.</p> <p>۲۰. تخت های بخشهای اطفال دارای نرده اطراف تخت جهت جلوگیری از سقوط بیمار وآسیب به بیمار میباشد.</p> <p>۲۱. ویلچر جهت جابجایی افراد ناتوان وسالمند دربخشها موجود میباشد.</p> <p>۲۲. جهت افراد بدون سرپرست نیز تمهیداتی صورت گرفته بعنوان مثال اینکه هزینه درمان آنها شامل تخفیف میشود وغیره</p> <p>۲۳. حمایت از گروه آسیب پذیر شامل حوزه های ایمنی فراتر از هتک حرمتهای فیزیکی هم میشود مانند محافظت درمقابل سوء استفاده، مراقبت سهل انگارانه امتناء از ارائه خدمات یا کمک هنگام بروز آتش سوزی</p>		
<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>	<p>تایید کننده بهرروز ظفری (مدیر داخلی)</p>	<p>تهیه کننده تیم مدیریت اجرایی</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸	کد مدرک: BB-POL-PR-4
عنوان خط مشی	نحوه گفتن خبر بد به بیمار	
تعریف	خبر بد عبارتست از هرگونه اطلاعاتی درباره بیمار که در عرف جامعه و از نظر خبری ناگوار تلقی گردد.	
بیانیه خط مشی	بیمارستان به منظور رعایت حقوق بیمار و افزایش تکریم ارباب رجوع نحوه فرایند گفتن خبر بد را تعیین نموده و از اجرای صحیح آن اطمینان حاصل نماید.	
روش نظارت	راندهای مدیریت و سوپروایزرها	
منابع	جزوه آموزشی ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت، منشور حقوقی بیمار	
ذینفعان	تمام کارکنان بیمارستان-خانواده بیماران	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	مسئول بخش	
روش اجرا	<p>مسئول هر بخش یک اتاق در بخش با شرایط ذیل جهت برگزاری جلسه گفتن خبر بد آماده نموده و به پرسنل و پزشکان بخش اطلاع رسانی مینماید:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. دارای صندلی راحت جهت نشستن به تعداد حاضرین ۲. فضای اتاق مذکور دارای حریم مناسبی باشد بنحوی که محرمانگی اطلاعات ذکر شده در این جلسات حفظ شود. ۳. محل تردد پرسنل نباشد. ۴. فضای اتاق صمیمانه و غیررسمی و یا نیمه رسمی باشد. ۵. امکانات پذیرایی و نیز مدیریت کردن واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون faint کردن مریض و ... در محیط در دسترس باشد. ۶. پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان میباشد مسئولیت گفتن خبر بد به بیمار یا همراه ایشان را دارد و در صورت عدم حضور پزشک با توجه به تصویب در کمیته اخلاق بیمارستان این مسئولیت به دستیار ایشان یا با سابقه ترین پرستار حاضر در بخش که میتواند پاسخگوی سوالات درباره سیر بیماری و برنامه آینده درمانی باشد تفویض میگردد. ۷. فرد مسئول جهت گفتن خبر بد در خصوص بیماری و عوارض آن بیمار یا 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 اطلاعات لازم را به بیماران ارایه مینماید. 	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>۸. در صورت ارایه اطلاعات به خانواده یا همراه بیمار لازم است اسرار شخصی بیمار محرمانه حفظ گردد و در صورت تمایل بیمار و با رضایت ایشان اطلاعات به اعضا خانواده یا سایر همراهان ارایه گردد.</p> <p>۹. بیمارستان تا حد امکان وسایل نوشتاری صوتی تصویری و مولتی مدیای علمی در خصوص بیماری های شایع بخش را فراهم مینماید.</p> <p>۱۰. فرد مسئول از وسایل نوشتاری صوتی و تصویری علمی بنا به ضرورت جهت آگاهی و اطلاع رسانی بهتر استفاده مینماید.</p> <p>۱۱. در صورتی که بیمار ظرفیت تصمیم گیری درباره بیماری خود را نداشته باشد یعنی صرفاً در شرایط اختلال هوشیاری بیمار، حمله حاد سایکوز و نیز در بیماران عقب مانده ذهنی و کودکان زیر سن قانونی جایگزین قانونی او در جریان امور قرار میگیرد.</p> <p>۱۲. بیماران واجد ظرفیت نیز میتوانند در صورتی که خود تمایل داشته باشند حق دانستن خبر بد مرتبط با بیماری خود را به دیگران واگذار نمایند.</p>		
<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>	<p>تایید کننده بهروز ظفری (مدیر داخلی)</p>	<p>تهیه کننده تیم مدیریت اجرایی</p>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

تاریخ تدوین: دی ماه ۹۶	تاریخ دومین بازنگری: دی ماه ۹۸	کد مدرک: BB-POL-PR-5
عنوان خط مشی	نحوه گفتن خبر فوت بیماران به همراه	
تعریف	تمامی عبارات گویا هستند	
بیانیه خط مشی	بیمارستان به منظور رعایت حقوق بیمار و افزایش تکریم ارباب رجوع نحوه فرایند گفتن خبر فوت را تعیین نموده و از اجرای صحیح ان اطمینان حاصل نماید.	
روش نظارت	راندهای مدیریت و سوپروایزرها	
منابع	جزوه آموزشی ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت، منشور حقوقی بیمار	
ذینفعان	همراهان بیمار-کارکنان بیمارستان	
امکانات و تسهیلات	-	
فرد پاسخگو	مسئول بخش	
روش اجرا	<p>۱. فرد مسئول جهت گفتن خبر فوت بیمار (پزشک معالج بیمار یا دستیار ارشد ایشان و یا با سابقه ترین پرستار حاضر در بخش) در زمانیکه همراه در بخش حضور دارد ضمن اطلاع رسانی به مسیول انتظامات جهت حضور در بخش مذکور همراه متوفی را به اتاق مناسب هدایت نموده و با پیش بینی های لازم بر اساس فرهنگ میزان استرس و... ضمن ابراز همدردی خبر فوت بیمار را به همراه ایشان ارایه مینماید.</p> <p>۲. در شیفت های شب یا در زمانیکه همراه در بخش حضور ندارد در صورتی که فرد مشخصی از خانواده شماره تماس خود را در اختیار بخش قرار داده تا در موارد ضروری و فوری به ایشان اطلاع داده شود فرد مسئول به ان شماره و در غیر این صورت به شماره ثبت شده در پرونده تماس گرفته و از ایشان درخواست مینماید فردی مطمئن در اولین فرصت ممکن در بیمارستان جهت انجام امور مربوطه حاضر شود.</p> <p>۳. فرد مسئول خبر فوت بیمار را به هیچ عنوان به صورت تلفنی به خانواده و همراه ایشان اطلاع نمیدهد.</p> <p>۴. پس از حضور همراه متوفی در بیمارستان مسئول اطلاع رسانی ضمن هماهنگی با مسئول انتظامات ایشان را به اتاق مناسب هدایت و ضمن کسب اطمینان از آمادگی روحی و جسمی مراجعه کننده خبر فوت را با ضمن ابراز همدردی به ایشان اطلاع داده و فضا و</p>	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یاسوج

مرکز آموزشی درمانی بی بی حکیمه (س) گچساران

<p>امکانات لازم را جهت ابراز احساسات و گریه بنابر فرهنگ فرد تا حد امکان فراهم مینماید.</p> <p>۵.مسئول سردخانه موظف است زمان و فضای مناسب جهت ابراز احساسات همراهان متوفی به خصوص در حین انتقال متوفی به امبولانس محل جسد را در اختیار همراهان قرار دهد.</p> <p>۶.مسئول شیفت انتظامات موظف است ضمن هماهنگی با مسئول بخش و سردخانه زمان و فضای مناسب را در اختیار همراهان متوفی جهت ابراز احساسات قرار دهد به نحوی که تا حد امکان سایر بیماران و همراهان تحت تاثیر حداقل قرار گیرند.</p>		
<p>تصویب کننده دکتر پردیس بخشایی ریاست بیمارستان</p>	<p>تایید کننده بهروز ظفری (مدیر داخلی)</p>	<p>تهیه کننده تیم مدیریت اجرایی</p>