

مجتمع آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی (ره) - امیرالمومنین (ع)

**هندبوک اعتبار بخشی**

**۱۴۰۱**

مجتمع آموزشی-درمانی- پژوهشی شهید دکتر بهشتی(ره) - امیرالمؤمنین(ع)

## رسالت بیمارستان

این مرکز به عنوان بزرگ ترین و مجهزترین بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم، جهت ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران و جامعه شریف استان قم و زائرین کریمه اهل بیت و ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی به فراگیران علوم پزشکی تأسیس شده است.

این مرکز تلاش می کند تا با بهره مندی از کارکنان مجرب و توانمند و تجهیزات به روز، با تأکید بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و بر مبنای استانداردهای بیمارستانی، سالم ترین خدمات را به ایشان ارائه دهد.

## منشور حقوق بیمار

این منشور با توجه به ارزش های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

### حقوق بیمار

- ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار(حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق

## 9 راه حل ایمنی بیمار:

(۱) شناسایی صحیح بیمار

(۲) توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه

(۳) اجتناب از اتصالات نادرست سوند ها ولوله ها

(۴) ارتباط موثر در زمان تحویل

(۵) اطمینان از صحت دارو درمانی

(۶) کنترل غلظت محلول های الکترولیت

(۷) بهبود بهداشت دست

(۸) انجام پروسجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

(۹) استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات

\* آگاهی پرسنل از مفهوم و چگونگی اجرای هر یک از ۹

راه حل ایمنی بیمار الزامی می باشد.

# 7 قانون RIGH

## روش صحیح دارو دهی:

(۱) بیمار صحیح

(۲) داروی صحیح

(۳) دوز صحیح

(۴) زمان صحیح

(۵) روش تجویز صحیح

(۶) ثبت صحیح

(۷) دلیل صحیح

## روش شناسایی بیمار:

در بیمارستان بیماران با دو روش پرسش از بیمار و یا همراه وی به صورت شفاهی و استفاده از دستبند مشخصات یا گردنبندها (در موارد خاص: آسیب به اندام فوقانی سوختگی یا شکستگی) شناسایی می گردند.

### **\*\* شناسایی فعال بیمار:**

قبل از انجام هرگونه اقدام برای بیمار (درمانی و تشخیصی) باید شناسایی فعال انجام شود.

۲. شناسه اصلی شناسایی بیمار (نام و نام خانوادگی + تاریخ تولد) است.

از بیمار درخواست می نمایند نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود و در صورت ضرورت (وجود اسامی مشابه) نام پدر خود را بیان کند و سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق می دهیم.

**در صورت وجود اسامی مشابه از نام پدر به عنوان شناسه اصلی استفاده میشود.**

\* در صورت اینکه بیمار کودک یا معلول ذهنی باشد و یا قادر به تکلم نباشد با پرسش مشخصات از والدین یا وابستگان درجه یک، بیمار شناسایی می گردد.

## **روش شناسایی بیمار (ادامه از صفحه قبل):**

\* به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، آماده سازی داروهای با هشدار بالا به بیماران ، بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دونفر پرستار(کادر حرفه ای)به صورت مستقل ازیکدیگر کنترل و شناسایی میشوند.

درموارد تهدید کننده حیات بیمار، اقدامات درمانی فوری انجام شده و سپس زمانی که نام و نام خانوادگی بیمار تایید گردید دستبند شناسایی توسط پذیرش صادر میشود و به دست بیمار متصل میشود.

**\*\* لزوم حفظ دستبند شناسایی را به بیماران به خصوص**

**زمان پذیرش آموزش دهید و درگزارش پرستاری ثبت کنید.**

## ارزیابی اولیه:

- ◆ ذکر ساعت ورود بیمار و ساعت شروع ارزیابی اولیه در فرم ارزیابی اولیه بسیار مهم است.
- ◆ ملاک انجام ارزیابی اولیه ثبت تشخیص های پرستاری و نتایج حاصل از تکمیل فرم در گزارش پرستاری می باشد
- ◆ ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری و در بدو پذیرش بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست.
- ◆ در ارزیابی اولیه لازم است بیماران پرخطر در ۷ گروه شناسایی شوند و برای آنها دستبند زرد تهیه شود.
- ◆ در خصوص بیماران تحت نظر در اورژانس که پرونده بستری برای آنها تشکیل می شود تا زمان انجام ارزیابی اولیه ضروری است در بدو پذیرش ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی (خطر اقدام به خودکشی با استفاده از معیار **NGASR**)، روانی و عوامل تهدیدکننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. لازم است میزان این مخاطرات **درهوشیافت** ارزیابی شود.



## ارزیابی اولیه (ادامه از صفحه قبل):

### و در گزارش پرستاری و قسمت مداخلات پرستاری

### کار دکس نیز ثبت شود.

• در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده سرویس پزشکی معالج تشکیل شده است در صورتی که این بیماران بیشتر از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشند باید فرم ارزیابی اولیه تکمیل گردد و نتایج آن در گزارش پرستاری ثبت شود.

• در خصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی، و شیمی درمانی در اولین مراجعه بیمار به بخشهای سرپایی درموردی که بیماران بصورت برنامه ریزی شده و منظم مراجعه می نمایند یکبار ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده بیماران ثبت شده و صرفاً در صورت ایجاد تغییر وضعیت این گروه از بیماران در مراجعه بعدی مجدداً ارزیابی اولیه انجام شود، در غیر این صورت یکبار ارزیابی اولیه کفایت می کند.

## ارزیابی تغذیه ای

ارزیابی تغذیه ای و محاسبه ای BMI به یکی از روش های زیر صورت می گیرد:

۱) جدول تعیین نمایه توده بدنی (BMI) برای افراد بالای ۶۵ سال

نموگرام BMI بزرگسالان ( ۱۹ تا ۶۵ سال)

۲) نمودار محاسبه BMI بر حسب سن ۵ تا ۱۹ سال (Zscores) دختر

۴) نمودار محاسبه BMI بر حسب سن ۵ تا ۱۹ سال (Zscores) پسر

۵) نمودارهای وزن بر حسب قد کودک زیر ۵ سال (Zscores)

دختر

۶) نمودارهای وزن بر حسب قد کودک زیر ۵ سال (Zscores)

پسر

۷) جدول تعیین نمایه توده بدنی BMI برای جانبازان، افراد

دارای نقص عضو و معلولین

۸) جدول وزن گیری دوران بارداری

\*\*جداول مربوط به محاسبه BMI در استیشن پرستاری موجود

## داروهای پرخطر یا هشداربالا

رعایت ۶ نکته ذیل در مورد داروهای پرخطر یا هشداربالا الزامیست:

(۱) چک مستقل دوگانه توسط دو پرستار

(۲) امضای دو پرستار در چک دستورات پزشک و گزارش پرستاری

(۳) نگهداری داروها در مکانی با دسترسی محدود

(۴) لیبل قرمز روی باکس دارویی

(۵) لیبل قرمز روی سرم یا میکروست یا سرنگ حاوی داروی پرخطر

(۶) داروهای پرخطر در دستورات پزشک، کاردکس و گزارش پرستاری با حروف بزرگ نوشته می شوند.

تعدادی از این داروهای پرخطر با شرایط ویژه تری مراقبت میشوند که شامل:

♦ الف) ۱۳ قلم دارو با بیشترین عوارض و مرگ و میر (جدول الف)

♦ ب) داروهای پرخطر با شکل واسامی مشابه با سایر داروها

## جدول الف:

- ♦ ۱۳ قلم داروی هشدار بالا با بیشترین عوارض و مرگ و میر که شامل داروهای ذیل هستند که علاوه بر رعایت ۶ نکته مذکور در داروهای پر خطر باید با برچسب قرمز روی هر آمپول از داروخانه تحویل شوند:
- ♦ ویال پتاسیم باید از سایر داروها کاملاً مجزا نگهداری شود.

بیکربنات سدیم	منیزیم	پتاسیم
لیدوکائین	هایپر سالین	گلوکونات کلسیم
هیپارین	اپی نفرین	آتروپین
پروپرانولول	هالوپریدول	رتپلاز
		آتراکوریوم

## جدول ب : لیست داروهای پرخطر با اسامی یا شکل مشابه

♦ داخل باکس قرمز با لیبل قرمز فونت ۴۸ یا بیشتر نگهداری شوند.

آتروپین	دوستاکسل	میدازولام
آلتیلاز	دکستروز ۵۰٪	پاکلیتاکسل
آتراکوریوم	دیگوکسین	پانکرونیوم
امینو اسید ۱۰٪	افدرین	پتاسیم کلراید ۱۵٪
امینو اسید ۵٪	هالوپریدول	رتپلاز
آمینو اسید infant ۱۰٪	هپارین	استرپتوکیناز
آمیودارون	لیدوکائین	سدیم کلراید ۵٪
اپی نفرین	متوپرولول	سدیم بی کربنات ۷/۵٪
دوبوتامین	وین بلاستین	سفتریاکسون
دوپامین	وین کریستین	متوتروکسات

## داروهای مخدر

داروهای مخدر با غلظت بالا ( تمامی داروهای مخدر موجود در بخش را شامل می شود) :

\*چک مستقل دو گانه دارو و دستور پزشک توسط دو پرستار و مستند سازی در گزارش پرستاری از زمان نوشتن دستور تا زمان ثبت

\*نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام می شود.

\*این داروها باید با حروف بزرگ در دستور پزشک، کاردکس و گزارش پرستاری ثبت شود.

## داروهای حساس به نور :

\* تمامی داروها در مقابل تابش مستقیم نور تحت تاثیر قرار می گیرند لذا لازم است محل نگهداری تمام داروها به گونه ای باشد که از تابش مستقیم نور محافظت گردند.

\* داروهای حساس به نور ذکر شده در بالا علاوه بر رعایت شرایط نگهداری قبل از باز شدن، حین تزریق نیز باید از تماس با نور محافظت شوند.

آمپول پروپوفول	ویال انسولین
آمپول آمیودارون	ویال سیپروفلوکساسین
سرم آمینواسید و اینترالیپید	آمپول متیل ارگونونین
ویال سوولویت	ویال مترونیدازول
داروهای مورد استفاده در نبولایزر	آمپول نوراپی نفرین
داروهای حاجب (کنتراست ها) مانند آمینوپک، ویزیپک و مگلومین و ...	

## معیارهای ارزیابی و شناسایی بیماران پرخطر

### شامل چهار معیار:

- ۱) **مورس** (ارزیابی میزان خطر سقوط)
- ۲) **برادن** (میزان ابتلا به زخم بستر)
- ۳) **ولز** (میزان خطر ابتلا به ترومبو آمبولی)
- ۴) **NGASR** (ارزیابی میزان خودکشی)



## معیار مورس

۰	ندارد	<b>سابقه سقوط</b>
۲۵	دارد	
۰	فقط یک تشخیص پزشکی فعال دارد	<b>تشخیص</b>
۱۵	بیش از یک تشخیص پزشکی فعال دارد	<b>ثانویه</b>
۰	<b>استراحت مطلق</b>	<b>وسایل کمک حرکتی</b>
۱۵	<b>استفاده از ویلچر</b>	
۳۰	<b>بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود</b> <b>استفاده بیمار از عصا یا واکر</b> <b>هنگام راه رفتن به اثاثیه برخورد می کند یا از دستورات تبعیت نمی کند</b>	
۰	ندارد	<b>مایع درمانی</b>
۲۰	دارد	<b>وریدی یا</b> <b>هپارین لاک</b>
۰	طبیعی	<b>قامت</b>
۱۰	لرزان	
۲۰	اختلال در قامت	
۰	<b>طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)</b>	<b>وضعیت روانی</b>
۱۵	<b>اغراق در توانایی ها فراموش کردن محدودیت های حرکتی</b>	

ارزیابی خطر سقوط بیماران در بدو پذیرش و در ابتدای هر شیفت صورت می گیرد. نتیجه ارزیابی در گزارش پرستاری به صورت کمی (عددی) و کیفی با بیان ریسک ثبت شود و ضمن برنامه ریزی جهت پیشگیری از سقوط بیمار در تحویل شیفت بر بالین بیمار ذکر گردد.

### امتیاز خطر سقوط بیمار

خطر بالا	۴۵ و بیشتر
خطر متوسط	۴۴ تا ۲۵
خطر کم	۲۴ تا ۰

## معیار براندن: (زخم بستن)

سایش	تقدیره	تحرک	فعالیت	رطوبت	اثرات حسی	ساز
	عالی	بیضون تحرک	قدم زدن مکرر	به ندرت مرطوب	فاقد اختلال	۴
بیضون مشکل	کافی	محدودیت جزئی	گشکاه ران می رود	گشکاه مرطوب	محدودیت حسی	۳
مشکل احتمالی	احتمالا ناکافی	خیلی محدود	وابسته به صندلی	خیلی مرطوب	خیلی محدود	۲
مشکل دار	خیلی ضعیف	کاملاً بی حرکت	وابسته به تخت	به طور مداوم مرطوب	کاملاً محدود	۱

ارزیابی خطر میزان ابتلا به زخم فشاری در بدو پذیرش و در ابتدای هر شیفت صورت گیرد. نتیجه ارزیابی در گزارش پرستاری به صورت کمی (عددی) و کیفی با ذکر ریسک ثبت شود و ضمن برنامه ریزی جهت پیشگیری از زخم بستر و یا درمان (در صورت داشتن زخم) در تحویل شیفت

بر

میزان خطر	نمره
بدون خطر	۱۹-۲۳
میزان خطر کم	۱۵-۱۸
میزان خطر متوسط	۱۳-۱۴
میزان خطر بالا	۱۰-۱۲
میزان خطر خیلی بالا	کمتر از ۹

بالین بیمار ذکر گردد.

## معیار ولز (میزان خطر ابتلا به ترومبوآمبولی)

امتیاز	متغییر پیش بینی کننده
۱	بدخیمی فعال
۱	فلج کامل، ضعف عضلانی یا بی حرکت کردن اخیر اندام تحتانی به وسیله گچ
۱	بستری بیش از ۳ روز، جراحی بزرگ کمتر از ۱۲ هفته قبل
۱	حساسیت هنگام لمس دردناک در طول مشیر وریدی
۱	ورم کردن سرتاسر اندام تحتانی
۱	تورم بیش از ۱ سانتی متر یک ساق در مقایسه با اندام تحتانی مقابل
۱	ادم گوده گذار که در اندام علامت دار بیش تر باشد.
۱	مشاهده وریدهای غیرواریسی سطح کولترال
۲-	تشخیص افتراقی دیگری که احتمال مشابه DVT دارد
۸	امتیاز کل

ریسک ابتلا به ترومبوآمبولی در زمان پذیرش ارزیابی می شود.

### سطوح ریسک DVT

امتیاز	نمره کسب شده
پرخطر	۳ یا بیشتر
خطر متوسط	۱ یا ۲
کم خطر	۰ یا کمتر

## مقیاس ارزیابی اقدام به خودکشی (NGASR)

امتیاز	متغیر پیش بینی کننده
۳	احساس ناامیدی
۱	حوادث استرس زای اخیر
۱	توهم گزند و آسیب
۳	افسردگی
۱	نداشتن تعامل اجتماعی
۱	فصد کلامی خودکشی
۳	مدارک و شواهد از یک طرح خاص
۱	سابقه خانوادگی بیماری روانی و خودکشی
۳	سوگ اخیر یا شکست رابطه
۱	تاریخچه روان پریشی
۱	بیوه
۳	اقدام به خودکشی قبلی
۱	تاریخچه محرومیت اجتماعی و اقتصادی
۱	تاریخچه مصرف مواد
۱	علاج ناپذیری بیمار
۲۵	امتیاز کل

میزان ریسک خودکشی در زمان پذیرش ارزیابی می شود.

سطوح ریسک خودکشی	
امتیاز	نمره کسب شده
امتیاز ۵ یا کمتر	ریسک خودکشی کم (سطح ۴)
امتیاز بین ۶ تا ۸	ریسک خودکشی متوسط (سطح ۳)
امتیاز بین ۹ تا ۱۱	ریسک خودکشی زیاد (سطح ۲)
امتیاز ۱۲ یا بیشتر	ریسک خودکشی بسیار زیاد (سطح ۱)



**بیماران بعد از ارزیابی در ۷ گروه بر خطر شناسایی میشوند و برای آنها (دستبند**

زرد) رنگ با کد مربوطه تهیه میشود:

**BS:** زخم بستر(برادن)

**FA:** سقوط (مورس)

**CO:** تشنج

**PF:** پلی فارمسی (مصرف همزمان بیش از ۴ دارو در منزل)

**MN:** سو تغذیه (در صورت یک پاسخ بلی یا بیشتر در ارزیابی

تغذیه ای فرم ارزیابی اولیه)

**DVT:** ترومبو آمبولی وریدی (معیار ولز)، در بیماران CBR و مستعد

حتما در گزارش ثبت گردد.

**SU:** خودکشی (NGASR) ، در بیماران با احتمال ریسک، حتما

در گزارش پرستاری ثبت گردد.

**دستبند (قرمز) فقط:** برای بیماران مبتلا به هر نوع آلرژی (دارویی و

غذایی)

## بیماران آسیب پذیر

منظور از بیماران آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی و اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

### بیماران آسیب پذیر شامل:

- سالمند
- روانپزشکی / اختلالات ذهنی
- معلولیت های جسمی (بینایی، شنوایی، حرکتی، گفتاری)
- مجهول الهویه
- بیماران با اختلال هوشیاری
- نوزادان
- کودکان
- مادران باردار
- مراجعین مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان
- افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سومصرف مواد، زندانیان
- بیماران با شخصیت های ضداجتماعی
- افراد بی خانمان

## مقادیر بحرانی :

♦ تمامی پرسنل آزمایشگاه موظفند به محض مشاهده نتایج بحرانی آزمایشگاهی تعریف شده بدون اینکه آزمایش را دومرتبه تکرار نمایند مراتب را سریعاً به صورت تلفنی (از طریق کانال ارتباطی یک طرفه مخصوص اعلام نتایج بحرانی) به مسئول واحد یا مسئول شیفت اطلاع دهد (نام پرستار را پرسیده و ثبت نماید)

♦ در صورت مشاهده نتایج بحرانی تصویربرداری، پزشک رادیولوژیست موظف است گزارش را به طور مستقیم به پزشک معالج اطلاع دهد. در صورت عدم امکان، به مسئول شیفت واحد تصویربرداری اطلاع دهد و مسئول شیفت واحد تصویربرداری موظف است سریعاً مراتب را به پرستار مسئول شیفت بخش بستری بیمار اطلاع دهد.

♦ پرستار مسئول بیمار/مسئول شیفت بایستی در دفتر مقادیر بحرانی موجود در بخش طبق فرآیند تعریف شده ثبت نماید.

♦ پرستار مسئول بیمار/مسئول شیفت موظف است به محض اطلاع از نتایج بحرانی، مراتب را سریعاً به پزشک مسئول یا آنکال اطلاع دهند.

## مقادیر بحرانی (ادامه از صفحه قبل):

- پرستار موظف است اقدامات دستور داده شده از طرف پزشک مسئول بیمار را سریعاً با ذکر ساعت در پرونده ثبت و اجرا نماید.
- پزشک مسئول موظف است گزارشات و دستورات تلفنی را در اسرع وقت در پرونده بیمار ثبت و تایید نماید.
- در صورت عدم پاسخگویی پزشک یا پرسنل بخش مربوطه، تماس گیرنده موظف است مراتب را به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد و سوپروایزر کشیک تا دسترسی به نتیجه مطلوب، مسئول پیگیری خواهد بود.
- در مواردی که بیمار بیمارستان را به هردلیلی ترک می کند در صورت مقادیر بحرانی در آزمایشات و تصویر برداری ها باید توسط پرستاری که مسول بیمار بوده است و در بیماران سرپایی توسط پرسنل آزمایشگاه با بیمار تماس حاصل شود و در دفتر مربوطه ثبت گردد.

## مقادیر بحرانی تصویربرداری

حانلگی خارج از رحم	<b>سونوگرافی</b>
پارگی کبد و طحال همراه با هموپریتوئن	
مایع آزاد داخل حفره شکم در بیماران ترومایی	
تورشن کیست تخمدان	
تورشن بیضه	
ترومبوز وریدی	
دکولمان جفت	
دایسکشن عروق خصوصا آنورت	
هرنی مغز	<b>MRI</b>
ترومبوز وریدهای مغز	
دایسکشن عروق خصوصا آنورت	
هرنی مغز	<b>CT SCAN</b>
آمبولی ریه	
دایسکشن عروق خصوصا آنورت	
ترومبوز مغز	
ادم شدید ریه	
پنوموتراکس فشارنده	
ایسکمی مزانتر	

## مقادیر بحرانی در آزمایشات:

HB	↑ 20	7 ↓
WBC	↑ 30	2 ↓
VBG	↑ 7.6	7.2 ↓
Ca	↑ 13	6 ↓
K	↑ 6.2	2.8 ↓
Cr	↑ 5	—
Na	↑ 160	120 ↓
urea	↑ 80	—
Mg	↑ 4.7	1 ↓

## اقداماتی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند:

تمام اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای تهاجمی) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند.

- پلاسمافرز
- دیالیز خونی
- شیمی درمانی
- شوک
- اکوی ازوترانس فائزبال
- تراکتوستومی
- لاواژ پریتون
- گذاشتن پگ
- گذاشتن کاتتر ورید مرکزی (شالدون و CVP line گذاری)
- رادیوتراپی
- ترانسفوزیون خون
- تب مایع آسیت و پلورو LP
- انواع اسکوپ‌ها: آندوسکوپ، کلونسکوپ، برونکوسکوپ و...

- - آنژیوگرافی/آنژیوپلاستی
  - - انواع پروسیجر قلبی(استنت گذاری، پیس گذاری و ...)
  - اینتوباسیون(غیراورژانس)
  - - تصویر برداری با تزریق مواد حاجب
  - انواع آسپراسیون(چست تیوپ گذاری، سوپرابوبیک، LP، مغز استخون
  - هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بی حسی موضعی/بی هوشی عمومی، همراه باشد.
  - هر گونه پروسیجری که انجام آن، با اسزیون پوست همراه باشد.
  - اعزام /ارجاع بیماران
- نکته: گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده و تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد اعمال جراحی/پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.
- در بیماران تحت برنامه درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون ، پلاسمافرز، دیالیز و ...به شرط ثابت ماندن شرایط می توان یکبار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.
- اگر پزشک مربوطه تشخیص دهد که هر یک از اقدامات ذکر شده اورژانس است و در پرونده بیمار اورژانسی بودن ثبت شود نیازی به اخذ رضایت آگاهانه نیست.**



## روش مراقبت موردی (Case Method): یک روش

تقسیم کار که مسئول شیفت یا سرپرستار بیماران را به تناسب ومتوازن بین کادر پرستاری تقسیم می کند و کلیه مراقبت های بیمار به مسولیت یک پرستار است.

سطوح مراقبتی در در case method:

سطح ۱: قادر به مراقبت از خود

سطح ۲: مراقبت جزئی

سطح ۳: مراقبت متوسط

سطح ۴: مراقبت شدید

سطح ۵: مراقبت ویژه

**پرستار جانشین:** در صورت ترک موقت یا دائم محل خدمت مسول شیفت

فردی را به عنوان پرستار جانشین پرستار بیمار معرفی کند تا در غیاب ایشان تداوم مراقبت را برعهده بگیرد. پرستار اولیه تا زمان حضور گزارش پرستاری را امضا نموده و پرستار جانشین از لحظه تحویل بیمار گزارش اقدامات خود را ثبت نماید

**تکنیک SBAR:** تکنیکی ساده و استاندارد مورد استفاده

زمان تحویل شیفت و تحویل بیمار به بخش دیگر

**S (situation):** بیان وضعیت : نام بیمار و مختصری

از مشکل بیان شود.

=====

**B (Back ground):** بیان تشخیص و دلیل و تاریخ

پذیرش و بیان سابقه پزشکی و خلاصه از اقدامات انجام

شده و علائم حیاتی بیمار و نتایج آزمایشگاهی

=====

**A (assessment):** ارزیابی : بیان آخرین علائم حیاتی،

وضعیت ذهنی، تعداد و کیفیت تنفس و ریتم قلبی، رنگ پوست

و سطح اکسیژن

=====

**R (Recommendation):** شامل توضیح موارد قابل

پیگیری بیمار

**تکنیک SMARAT:** تکنیکی ساده که در هنگام

ترخیص ایمن بیماران از آن استفاده میشود. ترخیص بیماران باید بر اساس توضیح این موارد به بیمار و همراهیان بیمار باشد:

**S (Signs) علائم و نشانه ها:** علائمی که که نیازمند

توجه پزشکی هستند به بیمار توضیح داده شود.

**M (Medications) :** نحوه ی استفاده از داروها، زمان

مصرف و عوارض داروها آموزش داده شود.

**A (Appointment) :** تعیین زمان ویزیت بعدی

**R (Results) :** توضیح نحوه ی پیگیری نتایج تست

های معوقه پاراکلینیک

**T (Talk with me) :** پرسش و پاسخ بین ارایه

دهنده خدمت و گیرنده خدمت به منظور رفع ابهامات و

سوالات

## مهمترین نکات تزریق خون:

(۱) اخذ رضایت آگاهانه

(۲) چک مستقل دوگانه که شامل: (چک order پزشکی، مشخصات کیسه خون، اطلاعات برگه تزریق خون، گروه خونی بیمار، شناسایی فعال بیمار توسط ۲ پرستار به صورت جداگانه انجام شود).

(۳) کنترل مشخصات روی کیسه خون و تطابق با دستورپزشک ، مشخصات هویتی بیمار، گروه خونی بیمار، برگه تزریق خون و چک تاریخ انقضا کیسه خون (در صورت هرگونه مغایرت از تزریق خودداری گردد و خون به آزمایشگاه عودت داده شود).

(۴) بررسی وضعیت ظاهری خون از نظر: وجود لخته ، پارگی در کیسه ، تغییر رنگ

(۵) مستند سازی با امضای دو پرستار در برگه خون

(۶) شناسایی فعال بیمار: از بیمار درخواست شود نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد خود را به صورت کلامی بیان نماید و سپس این مشخصات با مشخصات مندرج در دستبند شناسایی و پرونده بیمار مطابقت داده شود. در صورت اینکه بیمار بیهوش باشد، اطلاعات مندرج بر روی دستبند با مشخصات پرونده بیمار مطابقت داده شود.

هنگام تزریق خون پرینت گروه خونی بیمار در پرونده موجود باشد.

## مهمترین نکات تزریق خون:

۷) تعداد قطرات خون در ۱۵ دقیقه اول بیش تر از ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه نباشد.

۸) هیچ دارویی نباید به خون اضافه شود، یا نباید مشترک با خون تزریق شود.

۹) برای رقیق سازی خون میتوان از ست ۷ و سرم نرمال سالین استفاده کرد.

\* برای رقیق سازی خون از اضافه کردن نرمال سالین به داخل کیسه خون خودداری کنید.

۱۰) علائم حیاتی بیمار حتما قبل از تزریق چک شود و سپس طبق زمانبندی مندرج در برگه تزریق خون ثبت شود.

۱۱) در صورت علائم حساسیت : تنگی نفس، برافروختگی، سرگیجه، خارش و راش سریعاً خون قطع گردد و نرمال سالین تزریق گردد و پزشک در جریان قرار بگیرد.

۱۲) گزارش کاملی از تزریق خون در پرونده بیمار ثبت شود.

## نکات کاردکس نویسی:

\* در کاردکس تمامی اقداماتی که باید انجام گیرد مانند اقدامات تشخیصی درمانی و مراقبتی قید گردد.

\* ثبت دارو با ذکر تاریخ و نام کامل دارو به همراه شکل دارو: Amp/  
Tab/Drop/Eff

\* رعایت ترتیب ثبت دارو: سرم / داروهای وریدی / داروهای خوراکی

\* ثبت داروهای پرخطر با اسامی مشابه و داروهای مخدر با حروف بزرگ  
مثال: (MORPHIN)

\* ثبت ساعت داروهای state به مدت ۲۴ ساعت در کاردکس

\* ثبت داروهای Hold شده و تاریخ Hold شدن آنها و پاک کردن  
داروهای DC شده

\* رعایت ساعت خاص مصرف برخی داروها:

- وارفارین: ساعت ۱۸ بعد از رویت جواب PT

- فاموتیدین پنتازول - ۱۸ / ۶ لازیکس شب نباشد.

- دائونیل قبل از غذا / متفورمین بعد از غذا

\* تداخلات دارویی مهم توجه شود: رینگر با سفتریاکسون / کلسیم با  
سفتریاکسون

\* ثبت وضعیت عمومی بیمار بدو پذیرش (هوشیاری و خواب آلودگی و ..)

\* ثبت وضعیت حرکتی OOB/RBR/CBR

\* ثبت رژیم غذایی

\* ثبت امدادگی های لازم جهت انجام پروسیجرها: سونوگرافی و اندوسکوپی کلونسکوپی)

\* ثبت زمان انجام مشاوره ها و موارد قابل پیگیری

\* در قسمت مداخلات پرستاری کاردکس موارد زیر با ذکر تاریخ و ساعت ثبت گردد:

معیار موریس (سقوط) و برادن (زخم بستر)

نحوه کنترل علائم حیاتی و وضعیت هوشیاری

نحوه ی گرفتن اکسیژن و وسایل کمک تنفسی

راه تغذیه : NGT و گاستروستومی و...

کنترل I&O

تاریخ اتصالات و تاریخ تعویض انها

برگه کاردکس در هنگام تحویل بیمار به سایر بخش ها تحویل داده میشود.

## وقایع ۲۸ گانه (Never event): موارد ۲۸ گانه تهدید کننده

حیات که هیچگاه نباید در مراکز درمانی اتفاق بیافتند.

تعدادی از موارد تهدید کننده حیات:

- ♦ انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- ♦ انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- ♦ جا گذاشتن هرگونه وسیله (قیچی ، پنس و ... در بدن بیمار)
- ♦ مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از
- ♦ عمل در بیماران دارای سلامت طبیعی
- ♦ مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد.
- ♦ مرگ یا ناتوانی در اثر تزریق اشتباه خون
- ♦ مرگ یا ناتوانی در اثر هایپو گلیسمی
- ♦ زخم بستر درجه ۳ یا ۴ که بعد از پذیرش بیمار ایجاد شود . \* سقوط بیمار
- ♦ سوختگی در اثر اقدامات درمانی (استفاده از کوترسوختگی و بر اثر استفاده از DC شوک)
- ♦ سقوط



## به محض بروز یکی از وقایع ناخواسته تهدید کننده

### حیات:

۱) اطلاع به پزشک معالج یا انکال و شرح وضعیت بیمار و

اجرای دستورات وی

۲) اطلاع واقعه به انکال وقایع ناخواسته بیمارستان با کد

۵۲۱ (آقای عالمی)

۳) اطلاع به سوپروایزر کشیک

۴) تکمیل فرم گزارش وقایع ناخواسته تهدید کننده

حیات توسط پرستار مسول بیمار بلافاصله بعد از وقوع

حادثه به همراه شرح واقعه و اقدامات انجام شده

۵) ارسال فرم به دفتر پرستاری یا دفتر بهبود کیفیت

## روش انجام مشاوره‌های اورژانسی:

۱) پزشک معالج دستور کتبی مشاوره اورژانسی با ذکر علت درخواست و تاریخ و زمان (دقیقه و ساعت) با سرویس دیگر را در پرونده ثبت می نماید.

\* در مشاوره های اورژانسی درخواست مشاوره اورژانسی با نام پزشک مشاوره دهنده ممنوع می باشد.

۲) پرستار مسول بیمار دستور پزشک را با ذکر زمان (دقیقه و ساعت) و تاریخ را چک کرده و مهر و امضا مینماید.

۳) مشاوره های اورژانسی توسط پزشک درخواست کننده پیگیری می گردد و پزشک مشاوره دهنده مقیم بلافاصله و پزشک انکال ظرف مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حضور یابد.

۴) در سرویس های دارای رزیدنت مشاوره درخواستی نباید توسط رزیدنت ۱ و ۲ انجام شو. حتما باید توسط متخصص آنکال یا مقیم و یا رزیدنت ارشد با هماهنگی متخصص مربوطه انجام گردد.

در بخش اورژانسی: پزشک مشاوره کننده باید ظرف مدت ۶ ساعت بیمار را تعیین تکلیف

نماید در غیر این تعیین تکلیف سرویس بیمار با پزشک طب اورژانسی است.

**روش انجام و پیگیری مشاوره (غیر اورژانس)**

**بیماران :**

**مشاوره Urgent:** مشاوره فوری که پزشک آنکال باید ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر شود.

**مشاوره Nonurgent:** مشاوره غیر فوری که پزشک آنکال باید ظرف مدت ۴ ساعت بر بالین بیمار حاضر شود.

\* مشاوره های خارج از بیمارستان: مشاوره هایی که پزشک از خارج از بیمارستان جهت انجام مشاوره بیماران تشریف می آورند شامل: ENT، چشم، ارولوژی از بیمارستان کامکار، سایکولوژی و زنان از خیرین سلامت ، فوق تخصص اطفال از حضرت معصومه و ...

## احیا قلبی و ریوی :

احیا قلبی ریوی براساس الگوریتم AHA2020

در صورت مواجهه با بیمار دچار افت سطح هوشیاری بعد از تحریک بیمار و عدم وجود نبض / فعال کردن کد ۹۹ / ماساژ قفسه سینه تا رسیدن گروه کد شروع می شود.

در بزرگسالان در بخش اورژانس نیازی به اعلام کد مرکزی نمی باشد.

گروه کد در اورژانس: مسول گروه: طب اورژانس / اعضا از پرسنل طبق تفکیک A-B- C-D در برنامه ماهیانه کد ثبت شده است.

اقدامات:

- ماساژ قفسه سینه ۱۲۰-۱۰۰ در دقیقه و با عمق ۵-۶ سانتی متر
- آمپول اپی نفرین 1mg هر ۵-۳ دقیقه
- چک ریتم بیمار هر ۲ دقیقه و همزمان چک نبض کاروتید در زمان کمتر از ۱۰ ثانیه
- در ریتم فیبریلاسیون بطنی (VF) و تاکی کاردی بطنی (VT) شوک داده می شود.
- فشار مناسب پدل ها هنگام شوک ۲۵ پوند (۱۲/۵ KG) می باشد.

- پس از شوک سوم، آمیودارون یا لیدوکائین با دوز ذیل تزریق می گردد:

- دوز اولیه آمیودارون 300mg، دوز ثانویه 150mg

- دوز اولیه لیدوکائین 1-1/5mg/kg، 0/5-0/75mg/kg

- تهویه با آمبوبگ متصل به اکسیژن با نسبت ۳۰ به ۲ (هر ۶ ثانیه یک تنفس)

### علل قابل برگشت احیا

**5H:** اسیدوز، هیپوکسی، هیپو/هیپرکالمی، هیپوولمی، هیپوترمی

**5T:** ترومبوز قلبی، ترومبوز ریوی، تامپوناد، توکسین، پنوموتراکس فشاری

## شرح وظایف گروه کد احیا:

(۱) یک نفر پزشک مقیم احیا

(۲) سوپروایزر کشیک

(۳) متخصص بیهوشی (در صورت عدم حضور/کارشناس بیهوشی (A)

(۴) دو نفر پرستار که دوره CPR را گذرانده باشند. (B و C)

(۵) یک نفر پرستار جهت اعلام کد (D)

(۱) **مسئول تیم احیا:** حضور به موقع بر بالین بیمار / سرپرستی و رهبری گروه احیاء / اتخاذ تصمیم در خصوص ادامه یا قطع عملیات احیاء / تکمیل فرم گزارش احیاء

(۲) **سوپروایزر کشیک:** حضور به موقع بر بالین بیمار / نظارت بر فعالیت اعضاء گروه کد و ایجاد هماهنگی بین آنها نظارت بر انجام درخواست های پاراکلینیکی

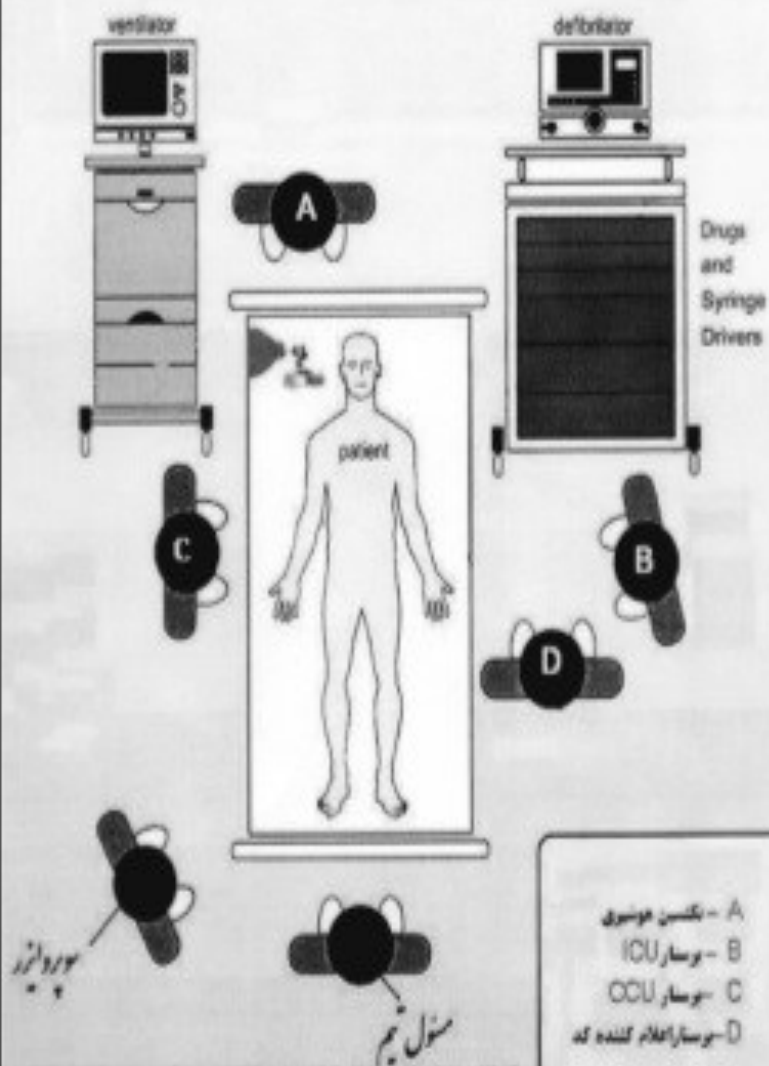
(۳) **پرستار اعلام کننده کد (D):** اعلام کد ۹۹ / شروع BLS تا رسیدن اعضاء گروه کد (قرار دادن تخته ماساژ و شروع ماساژ قلبی) / آماده سازی ترالی اورژانس مجهز و دارو

(۴) **پرستار بخش CCU (C):** حضور به موقع بر بالین بیمار / شروع سریع و بدون وقفه ماساژ قلبی / آماده سازی دستگاه الکتروشوک

(۵) **پرستار بخش ICU (B):** حضور به موقع بر بالین بیمار / کمک به ماساژ قلبی بیمار با پرستار بخش CCU (هر ۲ دقیقه) آماده سازی دستگاه الکتروشوک

(۶) **تکنسین هوشبری (A):** حضور به موقع بر بالین بیمار / کنترل و باز کردن راه هوایی / انجام ونتیلاسیون با امبوگ متصل به اکسیژن تا انتهای عملیات احیاء

## جیدمان کلیدی در احیاء قلبی - ریوی (CPR)



نکته قابل توجه: این نقشه جهت شروع مطالعه و سیدتاریک طراحی شده است. بزرگنمایی و به منظور  
 باز کردن کابینت این افراد در به نظر ظاهر آورده برای مشاهده کد میانه هر ۲ دقیقه باید شود.

### شاخص های ملی کیفیت مراقبت های پرستاری در بالین:

نسبت کادر پرستار حرفه ای به تخت موجود
نسبت کل کادر پرستاری به تخت موجود
نسبت کادر پرستاری مرد به کل کادر پرستاری
نسبت پرستار حرفه ای شاغل در اورژانس بیمارستانی به کل مراجعین اورژانس
سقوط بیمار (درصد موارد سقوط بیماران به کل بیماران پذیرش شده)
زخم بستر (درصد موارد زخم بستر در بیماران پس از بستری به کل بیماران پذیرش شده)
رضایت مندی بیمار (میزان رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری)
آموزش به بیمار (میزان اثر بخشی آموزش پرستار به بیمار)
آموزش پرستاران (نسبت پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش به کل پرستاران شاغل در همان بخش تخصصی)

سرپرستار باید از ۴ شاخص اول مربوط به نیروی انسانی و سایر کارکنان از ۵ شاخص بعدی آگاهی کامل داشته باشند تا نهایت سعی خود را در ارتقا شاخص به کار گیرند.

در صورت بروز زخم بستر یا سقوط بیمار، جهت جمع آوری آمار در پایان هر ماه همه موارد در دفتر مربوطه ثبت گردد.



## ۵ موقعیت بهداشت دست ها :

پنج مورد در رعایت بهداشت دست



قبل از انجام اقدامات  
تهاجمی یا آسپتیک

۲

۱ قبل از تماس  
با بیمار

۴ بعد از تماس  
با بیمار

۳ بعد از مواجهه با  
مایعات بدنی

۵ بعد از تماس با  
محیط اطراف بیمار

## آشنایی با فایل های آموزشی درمان:

مطالب آموزشی:

My computer

Folder public

فایل های آموزشی

مطالب آموزشی

و آموزش به بیمار :

My computer

Folder public

فایل های آموزشی

آموزش به بیمار و سلامت  
همگانی

**چگونگی اعلام کد:** با گرفتن شماره ۲۸۲۸ یا شماره ۰ مرکز تلفن

۹۹	احیای بزرگسالان
۷۲۴	سکته حاد مغزی (سما)
۲۴۷	سکته حاد قلبی
۳۵۰	اورژانس هوایی
۱۲۶	اعلام بحران
۵۵	بحران درمان
۱۲۵	حریق
۱۱۰	اغتشاش، نزاع و درگیری و تهدید

## آموزش به بیمار

شیوه های آموزشی: چهره به چهره، کارگروهی، پمفلت، رسانه آموزشی

### ۱- آموزش بدو ورود:

- آشنایی با بخش و فضای فیزیکی
- قوانین و مقررات بخش
- نحوه احضار پرستار
- تفکیک زباله و بهداشت دست
- اهمیت وجود دستبند و نگهداری از آن و رنگ دستبند
- منشور حقوق بیمار و رسیدگی به شکایات

### ۲- آموزش حین بستری:

- مراحل و طول مدت احتمالی درمان
- درمان های جایگزین احتمالی
- عوارض درمان یا عدم درمان
- داروهای مصرفی و عوارض احتمالی

- تغذیه و رژیم درمانی
- بازتوانی
- مدیریت درد
- مراقبت از اتصالات
- محدوده فعالیت فیزیکی

### ۳- آموزش حین ترخیص:

- علائم و نشانه های تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس یا پزشک معالج
- زمان مراجعه مجدد به پزشک معالج، درمانگاه
- نحوه پیگیری نتایج معوقه آزمایشگاهی/پاراکلینیک
- محدوده و میزان فعالیت فیزیکی
- تغذیه و رژیم درمانی
- برنامه بازتوانی و مراقبت توانبخشی، خودمراقبتی
- معرفی انجمن های حمایتی در بیماران خاص مانند سرطان، دیابت، دیالیز، MS و...

## آنتی بیوتیک های دستورالعمل استواردشیپ

۱- ایمی پنم/ مروپنم

۲- وریکوناول

۳- ونکومايسين

۴- لینزولید

۵- آمفوتریسین، پیپوزومال

۶- کلیستین

۷- تیکوپلانی

۸- کاسپوفانژین

برای بیمارانی که نیاز به آنتی بیوتیک های فوق دارند توسط پزشک معالج (متخصص) تا ۷۲ ساعت تجویز می گردد و پس از آن در صورت نیاز به ادامه، مشاوره عفونی درخواست می شود.

## مواجهات شغلی (نیدل استیک)

- شستشوی زخم با آب ولرم و صابون
- خودداری از فشردن محل آسیب دیده
- خودداری از مالش موضعی چشم ، شست و شوی چشم و غشا مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
- اطلاع فوری به واحد بهداشت و سوپروایزر کنترل عفونت در شیفت صبح و سوپروایزر بالین در شیفت عصر و شب و تعطیلات
- در صورت مشخص بودن بیمار مورد مواجهه، گرفتن ۱۰-۵ سی سی خون از بیمار جهت بررسی HBSAg ، HCV Ab ، HIV Ab و همچنین rapid test در شیفت صبح با نظر کارشناس بهداشت مرکز و در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل با نظارت سوپروایزر بالین
- در صورتی که فرد واکسیناسیون هپاتیت B را به طور کامل انجام داده باشد و تیتتر آنتی بادی بالای ۱۰ باشد ، اگر بیمار HBSAg مثبت باشد، نیاز به اقدامی نیست.
- در صورتی که که فرد واکسیناسیون هپاتیت B را به طور کامل انجام داده باشد و تیتتر آنتی بادی نمی داند، اگر تیتتر آنتی بادی بالای ۱۰ باشد، نیاز به اقدام خاصی ندارد.
-

- در صورتی که فرد واکسیناسیون هپاتیت B را به طور کامل انجام داده باشد و تیتراژ چک نکرده و تیتراژ کمتر از ۱۰ باشد و بیمار HBSAg مثبت باشد، برای فرد مصدوم تزریق فوری یک دوز واکسن هپاتیت B و تزریق ایمونوگلوبین در اسرع وقت و حداکثر ۷ روز انجام شود.

- در صورت مثبت بودن هپاتیت C چک HCV Ab از پرسنل در زمان مواجهه، ۳ ماه بعد از مواجهه و ۶ ماه بعد از مواجهه و ارجاع به متخصص عفونی ظرف یک هفته

- در صورت HIV مثبت بودن بیمار، واحد بهداشت و کنترل عفونت فرد مصدوم را به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری جهت پیگیری و شروع پروفیلاکسی در اسرع وقت ارجاع داده و چک HIV Ab در زمان مواجهه، ۶ هفته پس از مواجهه، ۱۲ هفته بعد از مواجهه و ۶ ماه بعد از مواجهه انجام می‌گردد.

- در افراد HIV مثبت و نارسایی کلیه باید ۴ نوبت واکسن هپاتیت تزریق گردد. (۰،۱،۶،۱۲)



## نکات مهم کنترل عفونت

- استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل
- پس از استفاده از پگ های استریل باید نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ به همراه کد رهگیری (شامل شماره دستگاه اتوکلاو، سیکل استریل و نام کاربر)، تاریخ و شیفت و نام پرستاری در گزارش پرستاری ثبت شود.

## نحوه پوشیدن وسایل حفاظت فردی (PPE)

1. بهداشت دست
2. گان
3. ماسک
4. عینک و شیلد صورت
5. دستکش

## نحوه خارج کردن وسایل حفاظت فردی:

1. دستکش
2. گان
3. بهداشت دست
4. عینک
5. ماسک
6. بهداشت دست

## بیماری های مشمول گزارش دهی

### ۱- گزارش آنی و بلافاصله (کمتر از ۶ ساعت): هاری،

آنفلونزای پرندگان، وبا، بوتولیسم، کرونا، تب های خونریزی دهنده، هرگونه افزایش ناگهانی بیماری ها (طغیان یا اپیدمی)

### ۲- گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت): فلج شل حاد، سل

ریوی، سیاه سرفه، دیفتری، کزاز، مننژیت، مالاریا، اسهال خونی، سیاه زخم جلدی، کزاز بالغین، شیستوزومیازیس، تب دنگی، تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولر، سندروم سرجه مادرزادی، تب راجعه و تب زرد

### ۳- گزارش هفتگی (معمول): انواع سل به جز سل ریوی،

انواع هیپاتیت ویروسی، تیفوئید، بروسلوز، لیشمانیوز جلدی (سالک)، لیشمانیوز احشایی (کالا آزار)، شیگلوزیس، سفلیس، سوزاک، کیست هیداتیک، توکسوپلاسموزیس،

# ADR

در صورت مشاهده هرگونه تغییر در علایم بالینی بیمار و  
عارضه بعد از تزریق دارو و حتی شک به آن باید فرم  
**ADR** تکمیل و به آقای امینی با کد \*\*۵۸۴ اطلاع  
دهید.

## دسته بندی انواع حریق

**آتش دسته A:** سوختن مواد معمولی قابل احتراق، عموماً جامد است. شامو کاغذ، پارچه، پلاستیک و امثال آن که پس از سوختن خاکستر به جا می گذارد.

**آتش دسته B:** سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت تبدیل شدن به مایع را دارند. استفاده از آب برای اطفاء آن مناسب نیست. اطفاء آن مبتنی بر خفه کردن است.

**آتش دسته C:** ناشی از گاز یا مایع یا مخلوطی از آن هاست که به راحتی قابلیت تبدیل شدن به گاز را دارند. مانند گاز شهری و گاز مایع. مبنای اطفاء خفه کردن و سد کردن مسیر نشت می باشد.

**آتش دسته D:** ناشی از فلزهای سریع اکسید شونده است.

**آتش دسته E:** ناشی از حریق های الکتریکی مانند سوختن کابل تابلوهای برق. اطفاء آن قطع برق و خفه کردن حریق با گاز کربن دی اکسید یا هالوژن است.

**آتش دسته F:** حریق آشپزخانه و مواد سوختنی مهم مانند روغن و

چربی

## روش های عمومی اطفاء حریق

- سرد کردن
- خفه کردن
- حذف مواد سوختنی
- کنترل واکنش های زنجیره ای

**خاموش کننده محتوی آب:** (برچسب یا نوار قرمز)

برای آتش دسته A

**خاموش کننده محتوی پودر خشک:** (برچسب یا نوار آبی)

برای انواع آتش کاربرد دارد.

**خاموش کننده محتوی فوم:** (برچسب یا نوار کرم رنگ)

برای آتش نوع A, B کاربرد دارد.

**خاموش کننده محتوی پودر شیمیایی تر:** (برچسب یا نوار زرد رنگ)

برای حریق آشپزخانه کاربرد دارد

**خاموش کننده محتوی کربن دی اکسید:**

برای وسایل الکتریکی مناسب است.

