

مراقبت‌های عمومی

تعداد سنجه	تعداد استاندارد مرتبط با پرستاری
۴۶	۲۲

ب-۱-۱ ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده انجام می شود

کارشناس پرستاری ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و فرم مربوط را تکمیل مینماید.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ حداقل های لازم در ارزیابی اولیه پرستاری*
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ محدوده زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه پرستاری
مصاحبه	آگاهی پرستاران در بخشهای بستری از نحوه ارزیابی اولیه و محدوده زمانی تعیین شده
بررسی مستند	انجام ارزیابیهای اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده و با ثبت حداقل موارد مشخص شده توسط کارشناس پرستاری

- * ارزیابی پرستاری یکی از اجزاء مهم مراقبتهای پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. این اقدام در دو جزء تاریخچه سلامتی و
- بررسی جسمی انجام میگردد. حداقلهای لازم جهت ارزیابی اولیه پرستاری توسط بیمارستان تعیین و نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم
- گزارش پرستاری / فرم تهیه شده از طرف بیمارستان ثبت میگردد. همچنین در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد
- ارزیابی پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) نمیباشد.
- [?] در صورت ابلاغ دستورالعمل ارزیابی اولیه پرستاری از سوی وزارت بهداشت، ملاک ارزیابی دستورالعمل ابلاغی خواهد بود.
- ** تا زمان ابلاغ فرم و نحوه ارزیابی اولیه پرستاری از سوی وزارت بهداشت ، محدوده زمانی مناسب جهت انجام ثبت ارزیابی اولیه توسط
- بیمارستان تعیین میشود.
- توصیه . در اولین مراجعه بیمار به بخشهای سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در مواردی که بیماران بصورت برنامه ریزی شده و منظم
- به آن مراجعه مینمایند، ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود.
- ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیمگیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است.

ب-۱-۲ پرستار بیمار را در بخش پذیرش نموده و برای تداوم مراقبت در گزارش پرستاری موارد مورد انتظار را ثبت می نماید

• **سنجه یک: ساعت و تاریخ پذیرش در بخش با مهر و امضاء پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت میشود.**

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*
بررسی مستند	مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری

- *قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبت‌های پرستاری بیمار در هر بخش میباشد. ضروری است گزارش پرستاری توسط
- فرد ارایه دهنده مراقبت‌های پرستاری نوشته شده و مهر و امضا گردد

سنجه دو: شکایت اصلی علت بستری و نحوه ورود بیمار مانند صندلی چرخدار در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	ثبت شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
بررسی مستند	ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش**
بررسی مستند	ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش

* شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار میباشد.

** علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی.

سنجه سه: نتايج حاصل از ارزيابي وضعيت هوشيارى سلامت جسمى و وضعيت روحى بيمار در بدو پذيرش در بخش در گزارش پرستارى توسط پرستار ثبت ميشود.

روش ارزيابى	گام
بررسى مستند	ارزيابى وضعيت هوشيارى* بيمار در اولين گزارش پرستارى هر بيمار در بدو پذيرش و ثبت آن در پرونده بيمار
بررسى مستند	ارزيابى سلامت جسمى** بيمار در اولين گزارش پرستارى هر بيمار در بدو پذيرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بيمار
بررسى مستند	ارزيابى سلامت روحى** بيمار در اولين گزارش پرستارى هر بيمار در بدو پذيرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بيمار

- نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری در بخشهای بستری و اورژانس با استفاده از یک روش معتبر ، توسط بیمارستان تعیین شود.

- **حداقل های لازم در ارزیابی سلامت جسمی و روحی بیمار در بخشهای بستری تا زمان ابلاغ وزارت بهداشت، توسط بیمارستان تعیین شود.

- توصیه . در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری مدنظر قرار گیرد

سنجه چهار: برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار پیگیری و در فرم گزارش پرستار ثبت میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن*
بررسی مستند	ثبت نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری

• *دستورات صادره توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد.

سنجه پنج: در بدو پذيرش توضيحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارایه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ حداقل محتوای توضیحات و آموزشهای لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود به هر بخش توسط بیمارستان
مصاحبه	اطلاع پرستاران از توضیحات و آموزشهای لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود
مصاحبه	ارایه توضیحات و آموزشهای لازم به بیماران در بدو ورود*

• در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزشها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود

ب-۱-۳ ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک در محدوده زمانی تعیین شده انجام میشود

سنجه پنج:

شرایط تهدید کننده ایمنی که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده است، توسط کارکنان درمانی برنامه ریزی و کنترل میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تعیین شرایط تهدید کننده ایمنی و ابلاغ آن توسط بیمارستان
مستند و مصاحبه	برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی* بیمار شناسایی شده در ارزیابی اولیه پرستاری و پزشکی
مشاهده	اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار بر اساس ارزیابی اولیه

- *شرایط تهدید کننده ایمنی: براساس ابلاغیه شماره ۱۵۳۱۱ گزارش فوری
- وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات، و بیماران مستعد خودکشی شناسایی میشود.
- توصیه جهت کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران لازم است اقدامات پیشگراانه به عمل آید.

سنجه شش : کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیازبیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	شناسایی خدمات خود مراقبتی* مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه
مصاحبه	آموزش اجرای خدمات خود مراقبتی به بیماران
بررسی مستند	شناسایی خدمات باز توانی مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه
مشاهده	برنامه ریزی برای فراهم کردن خدمات بازتوانی مورد نیاز بیماران

- خودمراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده‌هاش انجام میدهد تا
- از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزشهای دریافتی
- در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده‌هاش حفاظت نماید

ب-۱-۵ جداسازی بیماران عفونی روانپزشکی و پرخطر اجتماعی برنامه ریزی و اجرا میشود

روش اجرایی "جداسازی بیماران عفونی، روانپزشکی و پرخطر" با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند

روش اجراییه	گام
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	نحاظ معیارهای جدا سازی، در روش اجرایی
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند ومصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی جداسازی بیماران روان پزشکی
مشاهده	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

- از جمله استفاده از مشاوره روانپزشکی و پزشکی قانونی در شناسایی این گونه بیماران لازم است. همچنین براساس اصول حرفه ای و اخلاق
- پزشکی رعایت شان و منزلت و رعایت محرمانگی پرونده همه بیماران از جمله بیماران با احتمال رفتارهای پرخطر اجتماعی الزامی
- است.
- بیماران با سابقه رفتارهای اجتماعی پرخطر مانند شرارتهای اخلاقی و ناهنجاری شخصیتی حاد و ...
- رفتار پر خطر به رفتاری گفته میشود که تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم در سلامت فرد و جامعه دارد و عواقب منفی در آن ها به
- جا می گذارد. اما در این استاندارد تاثیرات مستقیم در سلامت جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش مد نظر است.

ب-۱-۶ قبل از انجام هر گونه اقدام مراقبتی تشخیصی، درمانی، هویت بیمار حداقل با دو شناسه احراز می شود

سنجه: قبل از انجام هر گونه اقدام تشخیصی – درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت میپذیرد.

روش ارزیابی	گام
مصاحبه	آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی
بررسی مستند	تعیین حداقل دو شناسه معین بر اساس دستورالعمل ابلاغی*
مصاحبه و مشاهده	شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی**
مشاهده	استفاده از دستبند شناسایی برای تمامی بیماران بستری در بخشهای عادی، ویژه و بخش اورژانس***

- *شناسه بیماران شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و توصیه میشود، کد رایانه ای پذیرش (ID.Code)بیمار در دست بند شناسایی بیماران قید شود.

- ***به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند دست بند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

ب-۱-۸ مراقبتهای پرستاری برای بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه میشود
سنجه یک: در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت، مراقبت از بیماران توسط پرستاران تداوم دارد.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	در نظر گرفتن مهلت مقرر جهت هم پوشانی هنگام تحویل بخشها براساس قانون ارتقا بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت
مستند و مشاهده	حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده شیفت در مدت زمان هم پوشانی شیفتها
مستند و مشاهده	عدم تاخیر در ارائه مراقبتها در ساعات تغییر شیفت*

- ساعات کار کارکنان بالینی باید طوری تنظیم شود که امکان تحویل بیماران با حضور پرسنل هر دو شیفت بر بالین بیمار فراهم شود

**سنجه دو: در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک مینماید
با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد**

روش ارزیابی	گام
مشاهده و مصاحبه	حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات شبانه روز
مصاحبه	تحويل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک بخش محل کار*
بررسی مستند	ثبت تغییر مراقبت در گزارش پرستاری

• *پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبتهای لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

ب-۱-۹ مراقبتهای پرستاری به شیوه موردی برنامه ریزی و ارائه میشود

سنجه یک:

- در هر نوبت کاری برای هر بیمار، پرستار مسئول مشخصی تعیین شده و خدمات و مراقبتهای پرستاری مورد نیاز هر بیمار، با مسئولیت پرستار بیمار و کمک سایر اعضای تیم مراقبت تامین میشود.

روش ارزیابی	گام
مستند و مصاحبه	تعیین پرستار مسئول در هر نوبت کاری برای هر بیمار
بررسی مستند	تقسیم متوازن بیماران بین پرسنل پرستاری در هر شیفت
مستند و مصاحبه	تقسیم بیمار بین تمامی پرستاران حاضر براساس برنامه کاری به غیر از سر پرستار**
بررسی مستند	ثبت گزارش پرستاری توسط پرستار ارائه دهنده خدمت

- *سایر اعضا تیم مراقبت: بهیار/کمک پرستار
- **توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخشهای مختلف بیمارستان به نحوی که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان
- یکسان در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند و از تعریف پستهای غیر رسمی مانند استف خودداری شود. تعیین مسئول شیفت
- در شیفت های عصر و شب ضروری است.

سنجه دو: در هر نوبت کاری پرستار مسئول بیمار، خود را به بیمار معرفی کرده و در پرونده و تابلوی مشخصات بیمار، نام پرستار زیر نام پزشک معالج قید میشود.

روش ارزیابی	گام
مصاحبه	معرفی پرستار مسئول مراقبت در شروع هر شیفت کاری به بیمار/ همراه
مشاهده	ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده* و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار **

*در فرم گزارش پرستاری پرونده بالینی بیمار

**تابلوی بالای سر بیمار فقط شامل اطلاعات مربوط به شماره تخت ، نام پزشک و نام پرستار می باشد و با توجه به اصل محرمانگی از ذکر

نام بیمار و تشخیص بیماری خودداری شود. منظور از تابلوی مشخصات بیمار، نام و تشخیص بیماری وی نیست.

مشخصات این تابلوشامل نام پزشک معالج و پرستار است.

ب-۱-۱۰ ارتباط با بیمار بر اساس اصول اخلاق حرفه ای و روش های ارتباطی موثر است

سنجه دو: پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسشهای بیماران را پاسخگو هستند.

روش ارزیابی	گام
مصاحبه	برقراری ارتباط موثر و اطمینان بخش* پرستار با بیمار / بستگان قانونی
مصاحبه	اختصاص وقت کافی جهت پاسخ گویی به پرسشهای بیماران

• *رضایت و اعتماد بیمار به پرستار در خصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسشهایش موید ارتباط موثر او با بیمار است.

سنجه سه: در حين ارائه خدمات مراقبتي، تشخيصي و درماني، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت میشود.

روش ارزیابی	گام
مصاحبه و مشاهده	حفظ حریم شخصی هنگام ارائه خدمات*
مصاحبه و مشاهده	حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار در تمامی بخش ها/واحدها**
مصاحبه	رعایت ارزش های مورد قبول بیماران***

- پوشیدگی بدن بیماران و وجود حریم های خصوصی
- ** تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به پرونده بیماران در بخش اورژانس، عدم درج تشخیص بیماری در تابلوی بالای سر بیمار، جلوگیری از
- عکاسی از فضاهای درمانی بدون اخذ موافقت بیماران حاضر در اتاق بیماران.
- *** مانند رعایت اصول شرعی مطابق دین و مذهب بیمار مانند ارائه خدمات توسط کادر همگن در صورتی که موجب به مخاطره افتادن حیات
- بیمار نگردد.

ب-۱-۱۱ خدمات پاراکلینیکی و دارویی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر وبدون وقفه ارائه میشود
سنجه یک:خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز ارائه میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین لیست خدمات پاراکلینیکی اورژانس** و غیر اورژانس متناسب با خدمات تخصصی ارائه شده توسط بیمارستان
بررسی مستند	برنامه ریزی*** به منظور ارائه خدمات پاراکلینیکی به صورت شبانه روزی
مصاحبه	تامین شبانه روزی خدمات پاراکلینیکی غیر قابل ارائه**** توسط بیمارستان از سایر مراکز تشخیصی با عقد قرارداد

*خدمات پاراکلینیکی شامل هر گونه اقدامات تشخیصی یا بازتوانی بیمار است.

**خدمات پاراکلینیکی اورژانس در بخش اورژانس در کمیته اورژانس برنامه ریزی و هدایت میشود.

***تنظیم برنامه براساس روزها و ساعات ارائه خدمات متناسب با وضعیت اورژانسی و غیر اورژانسی خدمت، حجم بیماران نیازمند

خدمت، سطح بیمارستان از لحاظ سطح بندی، تعداد پرسنل ارائه دهنده خدمت پاراکلینیکی

****خدمات پاراکلینیکی که در بیمارستان ارائه نمی گردد با مسئولیت و هماهنگی بیمارستان در مراکز طرف قرارداد انجام و همراهان

بیمار مسئولیتی در این زمینه ندارند.

ب-۱-۱۳

بازنگری مستمر برنامه های مراقبتی، درمانی، تشخیصی براساس پاسخ بیمار به روند مراقبت و درمان صورت می پذیرد

سنجه سه:

- پرستار حداقل در پایان هر شیفت وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های
- مراقبتی را در فرم گزارش پرستاری ثبت مینمایند.

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ حداقلهای لازم برای ثبت در گزارش پرستاری
بررسی مستند	ثبت وضعیت بیمار براساس حداقلهای ابلاغ شده در گزارش پرستاری
بررسی مستند	ثبت پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامههای مراقبتی پرستاری

مثال: طرح مراقبت پرستاری برای بیمار براساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست به اندازه ۲ در ۲ در ناحیه پاشنه پا در اثر بیحرکتی بیمار، برنامه مراقبت شامل تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده میباشد. در پایان شیفت صبح پرستار در گزارش پرستاری قید میکند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پا طبیعی میباشد

سنجه چهار: پرستار بر اساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد را به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت مینماید.

روش ارزیابی	گام
مصاحبه و مستند	طراحی و اجرای برنامه مراقبتی پرستار در هر شیفت بر اساس ارزیابی مجدد بیمار و پاسخ بیمار به مراقبتهای پرستاری
بررسی مستند	ثبت نتایج ارزیابی های مستمر بیمار در گزارش پرستاری

- مثال: ارزیابی پاسخ بیمار در فواصل زمانی منظم به برنامه مراقبتی و درمانی برطرف کردن درد در فواصل زمانی منظم و ثبت
- نتایج در گزارش پرستاری

ب-۱-۱۴ مراقبتهای بالینی رویکرد مبتنی بر شواهد ارائه میشود

سنجه دو: حداقل پنج مورد از حالات شایع حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای مراقبت پرستاری براساس منابع معتبر علمی و اجماع پرستاران خبره انتخاب شده و در دسترس پرستاران و پزشکان قرار گرفته و پرستاران از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	انتخاب پنج مورد از حالات شایع حاد در کل بیمارستان
بررسی مستند	بررسی منابع علمی و مطالعات پژوهشی / تدوین راهنمای مراقبت پرستاری با پرستاران خبره
بررسی مستند	تدوین راهنمای عملکرد مبتنی بر شواهد
مشاهده و مصاحبه	در دسترس بودن و آگاهی پرستاران از راهنماهای عملکرد
مستندات و مشاهده	ارایه مراقبت های پرستاری بر اساس عملکرد مبتنی بر شواهد

پنج مورد از حالات شایع حاد نیازمند اقدامات فوری مانند هایپر ترمی و درد.

ب-۱-۱۵ جابجایی، انتقال و اعزام به سایر مراکز جهت بیماران با رعایت الزامات و به صورت برنامه ریزی شده انجام میشود

- **سنجه یک: دستورالعمل " نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.**

روش ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

*حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن

بیماران، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار حداقل شامل پرونده بیمار و گرافیه‌ها بر اساس

دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار میباشد.

منظور از جا به جایی درون بخشی انتقال بیمار از یک تخت/اتاق به تخت/اتاق دیگر در همان بخش میباشد.

سنجه دو: دستور العمل " نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستور العمل *
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستور العمل از تاریخ ابلاغ

حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافیاها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار و نحوه عودت بیمار در انتقال موقت بیمار بعد از دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی پیش بینی شده به بیمارستان مبدا میباشد.

سنجه ۳- اعزام بیماران به سایر مراکز براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام میشود

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی وزارت/دانشگاه در خصوص اعزام بیماران با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه
مستند مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ *

*در اعزام بیماران حتما گزارش وضعیت بیمار از طرف پزشک معالج به پزشک پذیرش دهنده باید صورت پذیرد و گزارش از طرف سوپروایزر یا پرستار همراهی کننده بیمار نمی تواند جایگزین آن شود. نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار، ابلاغی وزارت بهداشت مورد رعایت میشود.

توصیه - نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی) حداقل شامل اصل فرم اعزام و کپی آزمایشات و کپی گزارش گرافی ها و در صورت نیاز اصل گرافی ها)

ب-۱-۶ توضیحات و آموزش های اثربخشی به بیمار و خانواده ارائه میشود

سنجه ۱. دستورالعمل "آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش های بالینی" با مشارکت پزشکان و پرستاران تدوین شده و کارکنان مربوط از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

- *حداقل شامل نوع آموزش (چهره به چهره- کارگروهی- فیلم و پوستر- پمفلت یا سایر رسانه های آموزشی و ...)، روش ارزیابی آموزشهای
- ارائه شده و شیوه بررسی اثر بخشی آموزش به بیمار در بازه زمانی معین است.
- خودمراقبتی مجموعه های از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام میدهد
- تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزشهای
- دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

سنجه ۳. توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار / خانواده ارائه می شود

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی پرستار* به بیمار در طول بستری برای هر بخش
مصاحبه	ارائه توضیحات و آموزشهای لازم توسط پرستار به بیمار
بررسی مستند	ثبت آموزشها در فرم گزارش پرستاری

- *آموزشها در دوران بستری حداقل شامل : افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض ، پوزیشن مناسب، نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد و سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی توسط مسئول آموزش بخش و تایید و ابلاغ مدیرپرستاری.

سنجه ۵. مسئول آموزش بیمار در سطح بیمارستان تعیین شده و اثربخشی آموزشهای خود مراقبتی ارائه شده به بیماران را سنجیده و گزارش ارزیابی آموزشبیماران را به تیم مدیریت اجرایی ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا میشود. (ص ۲۱)"

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	تعیین مسئول آموزش به بیمار در هر یک از بخشهای بالینی و صدور ابلاغ، توسط مدیر پرستاری*
مصاحبه	نظارت مسئول آموزش بر اجرای آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط کارکنان بالینی**
بررسی مستند	ارزیابی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزشهای دریافتی از طریق بازدید های روزانه مسئول آموزش بیمار
بررسی مستند	بررسی میزان اثر بخشی آموزشهای ارائه شده با استفاده از روش های استاندارد***
بررسی مستند	ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامههای آموزش خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار
بررسی مستند	ارائه گزارش نتایج سنجش اثربخشی آموزشهای ارائه شده به بیماران در بخشهای بالینی توسط مدیر پرستاری به تیم مدیریت اجرایی
بررسی مستند	اخذ تصمیمات اصلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش مدیر پرستاری
بررسی مستند	بررسی مجدد اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه بهبود کیفیت تدوین شده در خصوص ارتقای برنامه های آموزش خود مراقبتی بیماران

فرایند آموزش به بیماران با محوریت و برنامه ریزی مدیریت پرستاری و تحت نظارت و سیاست گذاری مستقیم مدیر پرستاری اجرا میشود. اما به منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفی این فرایند مهم، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان مسئول آموزش بیمار

در هر بخش بالینی در سطح بیمارستان تعیین میشود. (مسئول آموزش بیماران همان رابط آموزشی بخش است .

**** اهم وظایف مسئول آموزش بیمار در بخش**

۱. انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی بیمارستان

۲. برنامه ریزی و انجام نیازسنجی آموزشی از بیماران بخش

۳. اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران بخش

۴. طراحی برنامههای آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده

۵. پیشنهاد برنامههای آموزشی بخش توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری

۳. اجرای برنامههای آموزشی بیماران براساس نیازسنجی انجام شده پس از تایید و ابلاغ مدیر پرستاری

۱. برنامه ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت های و جزوات آموزشی براساس استانداردها و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی

۸. پیش بینی منابع مالی و تسهیلات آموزشی مورد نیاز براساس اولویت ها

۱. مشارکت و نظارت بر اجرای برنامههای آموزشی بیماران در بخش

۱۱. ارزیابی و تعیین میزان اثربخش بودن آموزشهای ارائه شد(حداقل سه ماه یکبار)

******* اثر بخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، براساس روش های معتبر ارزیابی میشود. به عنوان مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی

با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی میشود و در حیطه های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار

بیمار ملاک ارزیابی اثربخشی آموزشهای خود مراقبتی به بیماران میباشد. مثال، مصاحبه با بیمار و تکرار آموزش های ارائه شده درخصوص

میزان فعالیت و راه رفتن بیمار پس از عمل جراحی و مشاهده رفتار بیمار در خصوص رعایت عملی این آموزش (

توصیه ۱. تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هر یک از بخشهای بالینی متشکل

۱. رئیس بخش) یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان)

۲. سرپرستار بخش

۳. سوپروایزر آموزشی

۴. مسئول آموزش به بیمار

توصیه ۲. نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبتهای پرستاری مورد نیاز در

بخشهای مختلف براساس بیماریهای شایع هر بخش، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت بندی شده و پس از تایید مدیر

پرستاری، ضمن تامین امکانات اجرایی شود.

☐ مسئولیت آموزش بیماران در بخش ناقص انجام سایر وظایف محوله نمیباشد.

انواع روشهای آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری

کلاسهای آموزشی است

ب-۱-۱۷ اصول صحیح دارو دهی به بیمار رعایت می شود
سنجه یک: دارو دهی به بیماران با رعایت اصول صحیح دارو دهی طبق
آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت میپذیرد.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	ابلاغ اصول صحیح دارو دهی به بیمار بر اساس ۸ * Rights به بخشها
مصاحبه	آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی
مشاهده	دارو دهی ** با رعایت ۸ Rights

۱. **8 Rights** *شامل: بیمار صحیح ۱ - داروی صحیح ۲ - راه مصرف صحیح ۳ - زمان صحیح ۴ - دوز مصرف صحیح ۵ - ثبت صحیح ۳ -
۲. تجویز صحیح ۱ - پاسخ مناسب به دارو ۸ ، هفت مورد اول الزامی و رعایت پاسخ مناسب به دارو توصیه میشود.
۳. **این سنجه در هر محلی که دارو برای بیمار استفاده میشود قابلیت سنجش دارد.

سنجه دو: نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه" طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت میپذیرد.

روش اجرایی	گام
مصاحبه	اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس ۱ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی*
مشاهده	شناسایی داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۱ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۱ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی**

- یکی از ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی است.
- **برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد و جعبه محتوی ویال ها و آمپول های دارویی با اسامی و اشکال مشابه در ترائی اورژانس را با برچسب زرد نشان گذاری شود.

سنجه سه: شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " داروهای پر خطر " طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت میپذیرد.

روش اجرایی	گام
مصاحبه	اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی داروهای پرخطر* براساس مجموعه ۱ راه حل ایمنی ۱ سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	شناسایی داروهای پرخطر براساس مجموعه ۱ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	نگهداری داروهای پرخطر براساس مجموعه ۱ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی

۱. *داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه اشتباهها مصرف شوند موجب آسیب های جبران ناپذیر میشوند.
۲. توصیه ۱. ویال پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه داری نمایید.
۳. توصیه ۲. محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
۴. توصیه ۳. تجویز (دارودهی) و آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای بالینی
۵. توصیه ۴. در انبارها، قفسه دارویی و ترالی اورژانس با پرچسب قرمز رنگ " داروهای با هشدار بالا" توجه کاربران به خطر بالقوه آنها جلب شود

ب-۱-۱۸ عملکرد تجهیزات پزشکی در بخش ها قبل از استفاده ارزیابی می شود
کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
مشاهده	نصب راهنمای * کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده **
مصاحبه	آگاهی کارکنان از نحوه کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده
مشاهده	عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل کنترل صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده

- *تهیه شده توسط واحد تجهیزات پزشکی (مطابق با راهنمای ارزیابی تجهیزات ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت) بر روی تجهیزات
- **کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی باید در تمام مواردی که عملکرد آنها بر کیفیت فرایند تاثیرگذار میباشد صورت پذیرد.

ب-۱-۱۹ بیمارستان از انجام مراقبتهای پیشگیرانه برای عوارض ناشی از بی تحرکی طولانی مدت بیماران اطمینان حاصل میکند

سنجه یک: روش اجرایی " مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

سنجه دو:

روش اجرایی " پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

ب-۱-۲۰ بیمارستان از استفاده صحیح مهار فیزیکی و شیمیایی برای بیماران اطمینان حاصل می نماید

سنجه یک: روش اجرایی " استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

*مهار فیزیکی با دستور پزشکی معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشکی ذکر می گردد قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدوددیگر نیاز به دستور پزشکی معالج دارد.

** زمان شروع، چک مجدد و حذف مهار فیزیکی

سنجه يك: روش اجرايي " استفاده صحيح از ابزارهاي مهار شيميائي " با حداقلهاي مورد انتظار تدوين شده و كاركنان مرتبط از آن آگاهي دارند و براساس آن عمل مينمايند.

روش اجرايي	گام
بررسي مستند	تدوين روش اجرايي
بررسي مستند	اطلاع رساني روش اجرايي به كاركنان مرتبط با استفاده از فايل الكترونيكي
مصاحبه	آگاهي كاركنان مرتبط از روش اجرايي
مشاهده	انطباق عملکرد كاركنان مرتبط با روش اجرايي تدوين شده از تاريخ ابلاغ

- *مهار شیمیایی (دارویی) با دستور پزشک معالج قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد.
- ** در زمان شروع و چک مجدد و بررسی عوارض احتمالی

ب-۱-۱ بیمارستان از آمادگی بیمار و تداوم مراقبت قبل و پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی اطمینان حاصل نماید

سنجه یک: دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی " تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند ومصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

- *دستورالعمل حداقل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از عمل و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از اعمال جراحی در ریکاوری و بخش بستری است.

- توصیه ۱. به منظور استفاده بهینه از تخت های بستری، باید به نحوی برنامه ریزی گردد که تا حد ممکن آمادگی های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار صورت پذیرد.

- توصیه ۲. برای تدوین دستورالعمل از راهنمای جراحی. ایمن استفاده شود

سنجه دو: دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی " تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

*دستورالعمل حداقل شامل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و مداخلات الکتروفیزیولوژیک و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از عمل در آنژیوگرافی و بخش بستری از جمله بررسی وجود نبضهای اندام تحتانی و کنترل مناسب خونریزی از محل تعبیه ابزار انجام پروسیجر میباشد

سنجه سه: دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز " تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند ومصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

*دستورالعمل حداقل شامل:

۱. لیست آمادگی قبل از دیالیز از قبیل توزین بیمار و اطمینان از کارکرد اکسس (شنت - شالدون - فیستول، گورتکس) و اطمینان از بررسی وجود عوامل مستعد کننده بیمار به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال اخیر، بررسی وجود علائم اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون
۲. پایش مستمر حین دیالیز از قبیل عدم ایجاد اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون، اختلال عملکرد اعضا بعثت کاهش شدید حجم در گردش مانند بروز آنژین صدری، عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی
۳. پایش پس از دیالیز از قبیل توزین مجدد، دستیابی بیمار به وزن خشک مناسب و کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزنهای شریانی و وریدی، عدم وجود اختلالات همودینامیک

سنجه چهار: دستورالعمل "اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند..

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

***دستورالعمل حداقل شامل: شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط شامل بررسی های پاراکلینیکی مورد نیاز قبل از انجام پروسیجر ورژیم غذایی و نحوه مراقبت از پوست و مخاط بعد از اتمام پروسیجر**

سنجه پنج: دستورالعمل "اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکویی ها" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

- *دستورالعمل حداقل شامل آمادگی های مورد نیاز و مراقبت های پس از اسکوپ به تفکیک هر پروسیجر

سنجه شش: دستورالعمل " اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری " تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **

- * دستورالعمل توسط بیمارستان تدوین میشود و از کتاب " راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بازنگری دوم بخشنامه شماره.... استفاده میشود.
- **این سنجه در ارتباط با مراقبت و پایش مادران باردار پرخطر قبل از ورود به بلوک زایمان و پس از خروج از آن بوده و لذا پس از ورود مادر باردار به بلوک زایمان ، مراقبت و پایش مادر براساس خط مشی و روش مراقبت و مدیریت مادران باردار در بلوک زایمان

**ب-۱-۲۲ خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران بستری در بخشهای بالینی
به طور یکسان ارائه می شود**

**سنجه یک: در بخشهای مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای
بیماران مراقبتهای پرستاری از سطح یکسانی برخوردارند**

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند و مصاحبه	توزیع متوازن منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمات پرستاری در بخشها
مشاهده	اجرای یکسان و متوازن روشهای اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با ارائه خدمات پرستاری / مراقبت در بخشها
بررسی مستند و مصاحبه	ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبتهای پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخشهای مختلف

• در بخشها و مراقبتهای قابل مقایسه ارزیابی میشود.

ب-۱-۲۳ ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت میپذیرد

سنجه یک: پزشک بر اساس ارزیابی اولیه بیمار، دستور غذایی را تعیین و در صورت لزوم درخواست مشاوره تغذیه را در پرونده بیمار ثبت مینماید.

روش ارزیابی	گام
مستند	انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در ارزیابی اولیه پرستاری
مستند	تعیین دستور غذایی بیمار با توجه به ارزیابی اولیه پرستاری و شرح حال و معاینه بالینی توسط پزشک
مستند و مصاحبه	ثبت مشاوره ارزیابی تخصصی تغذیه ای به تشخیص پزشک در پرونده بیماران

• توصیه . آموزش و اطلاع رسانی به پزشکان در خصوص دستورالعمل
در خصوص ضرورت ارزیابی تخصصی تغذیه ای با در نظر گرفتن ۱۸
بیماری ملزم به ارزیابی تخصصی

سنجه دو: کارشناس تغذيه حداقل برای بیماران سوء تغذيه، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان، رژیم غذایی تنظیم و براساس آن برنامه ریزی و بر اجرای آن نظارت مینماید

روش ارزیابی	گام
مستند و مصاحبه	شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه و.....در ارزیابی اولیه پرستار
مستند و مصاحبه	نظارت پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

سنجه پنج:ارزيابي وضعيت تغذيه اطفال، براساس منحنی های رشد، توسط کارشناس تغذيه صورت پذيرفته و در پرونده وی ثبت ميشود

ارزيابي	گام
مستند ومصاحبه	ارزيابي و تنظيم رژيم غذايي برای اطفال* با استفاده از منحنی های رشد توسط کارشناس تغذيه**
مستند ومصاحبه	تايد نتايج ارزيابي تخصصی تغذيه توسط پزشک با ثبت و مهر و امضا در پرونده بیمار
مستند ومصاحبه	نظارت پرستار بر اجرای صحيح رژيم غذايي تنظيم شده برای اطفال

*محدوده سنی اطفال از ۱ ماهگی تا ۱۵ سال تمام میباشد.

**برای تمام کودکان مبتلا به سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و در سایر موارد با تشخیص پزشک معالج، رژیم غذایی تنظیم میشود.

ب ۱-۲۴ غذای بیمار براساس رژیم تنظیم شده، تهیه و سرو میشود
سنجه. پرستار در هر نوبت کاری براساس دستور پزشک، فهرست بیماران نیازمند به
رژیم غذایی خاص را تهیه و پس از مطابقت با رژیم غذایی تنظیم شده، در سامانه
اطلاعات بیمارستان ثبت مینماید و غذای بیمار براساس آن سرو میشود

روش اجرایی	گام
بررسی مستند	ثبت لیست غذایی بیماران براساس رژیم های غذایی تنظیم شده* مورد تایید پزشک** در سامانه اطلاعات بیمارستان
مشاهده	سرو غذای بیماران مطابق لیست غذاهای رژیمی ارسال شده از بخش

- توسط کارشناس تغذیه در فرم های ارزیابی تخصصی تغذیه ای
- رژیم غذایی در پرونده بیمار ثبت و توسط پزشک معالج تایید و امضا میشود

ب-۱-۵ توضیحات، آموزش و اطلاعات لازم در زمان ترخیص به بیمار و همراه او ارائه میشود

سنجه دو: در زمان ترخیص، پرستار توضیحات و آموزشهای لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هر یک از بیماران و همراه ایشان ارائه مینماید و آموزشهای ارائه شده در یک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار میشود.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تهیه فرم آموزش *زمان ترخیص بیمار
بررسی مستند	آموزشهای لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک، میباشد. **

• *فرم آموزش زمان ترخیص به صورت واحد بوده و کلیه کارکنان بالینی اعم از پزشک، پرستار و ... آموزشهای ارائه شده را در ستون مربوطه تکمیل خواهند نمود.

• **نحوه مراقبت و پانسمان زخم ها در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری

