



## ب-۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس

سطح	ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۱ * استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نمی‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیر اورژانسی</li> <li>❖ وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی بدون مخدوش نمودن ارائه خدمات به بیماران در انتظار بستری بخش‌های ویژه</li> <li>❖ استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانسی بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد.</li> </ul>
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۲ * نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ارزیابی بیماران در انتظار بستری در بخش‌های ویژه قبل از انتقال توسط متخصص مربوط</li> <li>❖ انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل</li> <li>❖ حداقل نکات مورد توجه همراه داشتن مانیטورینگ (فشارسنج و پالس اکسی متر پرتابل) اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار و حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار است.</li> </ul>
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۳ مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد" با مشارکت صاحبان فرایند</li> <li>❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش</li> <li>❖ مراقبت فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد در بخش‌های ویژه و خارج از بخش‌های ویژه</li> </ul> <p>مراقبت و مانیטورینگ شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس اکسی متری) است. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص‌های عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی و واکنش و حساسیت تیم رهبری و مدیریت به نتایج پایش این شاخص قابل ارزیابی است. بدیهی است با توجه به تفاوت بخش‌های ویژه حتی در یک بیمارستان، مقادیر مطلق نرخ مورتالیتی مد نظر این استاندارد نیست. بلکه روند این شاخص در بازه‌های زمانی در یک بخش ویژه ارزیابی می‌شود.</p> <p>در خصوص نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مراقبت‌های تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزادان و انجام معاینه چشم نوزادان برنامه‌ریزی و انجام شود. کیفیت مراقبت از نوزادان با استفاده از برخی شاخص‌های عملکردی قابل ارزیابی است. از جمله پایین بودن نرخ مرگ در نوزادان نیازمند تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم موید کیفیت مراقبت نوزادان پرخطر است. خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد" شامل برنامه‌های مراقبتی برای بیماران حاد در انتظار بستری بخش‌های ویژه هم می‌شود.</p>
سطح دو	<p>ب-۲-۱-۴ * اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین خط مشی و روش "نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه" با مشارکت صاحبان فرایند</li> <li>❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش</li> <li>❖ پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش</li> </ul> <p>این خط مشی و روش با توجه به کمبود تخت‌های ویژه در اغلب بیمارستان‌ها نقش به‌سزایی در اولویت بندی ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران حاد و بحرانی دارد. لذا مشارکت تمامی متخصصین در تدوین آن بر مبنای منابع معتبر علمی و شرایط بومی بیمارستان بسیار راه‌گشا می‌باشد. همچنین در این خط مشی و روش لازم است، نحوه اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص نوزادان در بخش‌های ویژه تبیین شود.</p>



سطح دو	<p>ب-۱-۲-۵ جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش‌های ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران به نحوی که هیچگونه خلل/تاخیری در مراقبت‌های مستمر پزشکی نباشد</li> <li>❖ انجام ویزیت‌های روزانه در سه نوبت صبح، عصر و شب توسط رهبری بالینی بیمار و مشاوره‌های تخصصی درخواست شده</li> <li>❖ بررسی پاسخ بیمار به مراقبت و درمان‌های ارائه شده</li> <li>❖ بازنگری مستمر برنامه مراقبت و درمان</li> </ul>
	<p>با عنایت به ارائه مراقبت‌ها و درمان توسط جمع کثیری از پزشکان مشاور و آسیب پذیری بیمار در شرایط حاد و بحرانی هدایت بالینی بیماران در بخش‌های ویژه توسط رهبری بالینی واحد یک ضرورت اساسی است.</p> <p>➤ بخش‌های ویژه به لحاظ کیفیت مراقبت در سطوح سه گانه، سطح بندی می‌شوند</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت باز</li> <li>۲. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت نیمه بسته/نیمه باز</li> <li>۳. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت بسته</li> </ol> <p>رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه با شیوه بسته و با حضور متخصص مراقبت‌های ویژه<sup>۱</sup> مقیم و حداقل سه بار راند بیمار در طول شبانه روز بالاترین مرتبه کیفی خدمات به بیماران بستری در بخش‌های ویژه را تامین می‌نماید. شیوه‌های نیمه بسته حتی با حضور متخصص بیهوشی/متخصص داخلی مقیم رتبه دوم کیفیت را تامین می‌کند و رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در مراقبت‌های ویژه با شیوه باز و بدون حضور پزشک متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم/متخصص بیهوشی مقیم/متخصص داخلی مقیم، پایین‌ترین سطح کیفیت مراقبتی ارزیابی می‌شوند. تعیین مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران با توجه به حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم، شرایط بیمار، نظریه پزشک معالج برنامه‌ریزی می‌شود. در بخش‌هایی که متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم دارد طبیعتاً رهبری بالینی غالباً به عهده ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. لذا مدیریت مشاوره‌ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم انجام می‌شود. اما در صورت صلاحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم در هدایت بالینی با شیوه نیمه بسته خواهد بود. بدیهی است تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت او با هماهنگی متخصص مراقبت‌های ویژه است. در صورت حضور متخصص بیهوشی مقیم رهبری بالینی به صورت نیمه بسته خواهد بود و با همفکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص بیهوشی مقیم برنامه‌ریزی شود. رهبری بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در بالاترین سطح کیفی بر عهده فوق تخصص نوزادان و با شیوه بسته است.</p> <p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.</p>
سطح دو	<p>ب-۱-۲-۶ * تامین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به نحوی است که ضرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی رادیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه</li> <li>❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی سونوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه</li> <li>❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی اکوکاردیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه</li> <li>❖ امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه</li> </ul>
	<p>وجود دستگاه‌های همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی برای بخش‌های ویژه کمتر از ۱۰ تخت توصیه موکد بوده اما در بخش‌های ویژه بیش از ۱۰ تخت الزامی است. همچنین استفاده از تجهیزات مناسب و پرتابل آن‌ها و ممانعت از جابجایی بیماران الزامی می‌باشد. استفاده از مشاوره نفرولوژیست/متخصص مراقبت‌های ویژه/متخصص داخلی آموزش دیده و حضور پرستار آموزش دیده جهت ارائه خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز الزامی است.</p>
سطح سه	<p>ب-۱-۲-۷ * مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه با شرایط مشابه با بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ آگاهی پزشکان و پرستاران مراقب بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه از خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"</li> <li>❖ ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"</li> <li>❖ تامین تجهیزات، امکانات و ملزومات مورد نیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه تا زمان انتقال به بخش ویژه</li> <li>❖ استفاده از پرستار آموزش دیده بخش‌های ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه</li> </ul>
	<p>مراقبت‌های پرستاری با شیوه مستمر و مشابه بخش‌های ویژه ارائه شود. همچنین بررسی‌های پزشکی و مراقبت‌های تجهیزاتی مشابه بخش‌های ویژه برنامه‌ریزی و حداقل در سه راند ویزیت بیماران توسط پزشک دیصلاح برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورت بستری نمودن بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه در بخش‌های عادی/اورژانس ضمن انتقال بیمار به اتاق‌های در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیب‌های روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و در غیر این صورت بیمار/بیماران اتاق استقرار آن‌ها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شود</p>

<sup>1</sup> Intensivist



سطح	ب-۲-۲ تریاژ و هدایت بیماران مراجعه کننده به اورژانس در مسیر تشخیص و درمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح یک	<p>ب-۲-۲-۱ تریاژ بیماران اورژانس با رعایت ضوابط مربوط، به صورت تسهیل شده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ هدایت صحیح و به موقع بیماران بر اساس سطح تریاژ</li> <li>❖ حضور مستمر و بدون وقفه پرستار مجرب با سابقه حداقل پنج سال کار بالینی</li> <li>❖ وجود تجهیزات براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی</li> <li>❖ پیش بینی ساز و کار هدایت بیمار از درب ورود اورژانس به تریاژ</li> <li>❖ محل استقرار تریاژ در اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود اورژانس</li> <li>❖ اشراف و دید کامل پرستار تریاژ به ورودی اورژانس</li> <li>❖ ساختار فیزیکی مشخص، مساحت مناسب و متناسب برای تریاژ بر اساس تعداد و نوع مراجعین</li> <li>❖ اجرای تریاژ مطابق دستورالعمل ابلاغی<sup>۱</sup> با رعایت حریم خصوصی بیماران</li> <li>❖ عملکرد پرستار تریاژ به صورت فعال و میدانی برای شناسایی و هدایت و حمایت از بیماران بدحال</li> <li>❖ عدم تاخیر در آغاز روند مراقبت‌های پزشکی بیماران بدحال به علت اطلاع روند تریاژ یا ورود بیمار به روندهای پذیرش و پرداخت هزینه</li> <li>❖ عدم ایجاد هرگونه صف بیماران برای خدمات تریاژ</li> <li>❖ فعالیت دولایه تریاژ در اورژانس‌های پر ازدحام</li> <li>❖ وجود فرایندی معین برای شناسایی تغییر سطح احتمالی تریاژ بیماران در سطوح ۴ و ۵ و در صورت نیاز تریاژ مجدد بیمار</li> </ul>
	<p>پرستار تریاژ با سابقه حداقل پنج سال کار بالینی که حداقل یک سال از آن در بخش اورژانس باشد و توانمندی اصلی او تریاژ بیماران بدون اطلاع زمان طلایی برای رسیدگی به بیماران بدحال است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ دوره‌های آموزشی لازم برای پرستاران تریاژ             <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. کارگاه تریاژ/ESI</li> <li>۲. کارگاه مهارت‌های ارتباطی</li> <li>۳. کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و کودکان</li> <li>۴. کارگاه مراقبت‌های اولیه تروما</li> </ol> </li> <li>➤ دوره‌های آموزشی توصیه شده برای پرستاران تریاژ و سایر پرستاران اورژانس             <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. دوره‌ها و کارگاه‌های به منظور شناخت کامل فضای فیزیکی و امکانات بخش اورژانس و بیمارستان</li> <li>۲. دوره‌ها و کارگاه‌های افزایش مهارت حل مسأله در مواجهه با موارد پیش بینی نشده</li> <li>۳. دوره‌ها و کارگاه‌های مهارت‌های تفکر انتقادی</li> <li>۴. دوره‌ها و کارگاه‌های به منظور افزایش مهارت انجام کار تیمی</li> <li>۵. دوره‌ها و کارگاه‌های مدیریت استرس</li> <li>۶. دوره‌ها و کارگاه‌های مدیریت بحران</li> </ol> </li> </ul> <p>ساختار و مساحت واحد تریاژ باید بر اساس تعداد و نوع مراجعه تعیین گردد. در صورت بالا بودن تعداد مراجعین اطفال، باید فضای کافی برای تخت معاینه اطفال و ترازوی نوزادان در نظر گرفته شود. واحد تریاژ باید به ورودی بیماران، ورودی آمبولانس و همچنین اتاق احیا دسترسی سریع و آسان داشته باشد و علاوه بر امکان نظارت بر ورود تمامی بیماران می‌بایست حریم خصوصی بیماران در حین معاینه در این اتاق، رعایت شود.</p> <p>سیستم ESI/۴ در این روش که پنج سطحی است، پرستاران تریاژ نه تنها بر اساس سنجش فوریت نیاز بیمار به اقدام درمانی (مبتنی بر شواهد عینی، ذهنی و معاینه مختصر) بلکه بر اساس میزان منابع مورد نیاز در بخش، بیمار را برای دریافت خدمات اولویت بندی می‌نمایند. همچنین بیماران منتظر برای دریافت خدمات، در فواصل زمانی مناسب بر اساس اولویت بالینی باید مجدد ارزیابی شوند تا در صورت تغییر وضعیت بالینی، اولویت رسیدگی به آنان نیز تغییر کند. تغییر سطح تریاژ بیماران پس از تریاژ محتمل بوده و این امر بویژه در مواردی که وخامت حال بیمار در حین اخذ خدمات افزایش می‌یابد بسیار مهم است و نادیده گرفته شدن این امر می‌تواند منجر به روندهای مراقبتی موثر و قابل اطمینان در سطح اورژانس است.</p> <p>ک دستورالعمل‌های مرتبط : دستورالعمل ۴۰/۱/۱۴۸۰۹ مورخ ۹۴/۶/۱۸ اورژانس کشور</p>

<sup>1</sup> Emergency Severity Index



سطح یک	<p>ب-۲-۲* فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نحوی برنامه‌ریزی شده که اختلال/ تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی‌شود.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ حضور مستمر پزشک مقیم اورژانس جهت ویزیت بیماران پس از تریاژ</li> <li>❖ ویزیت تمامی بیماران مراجعه کننده اورژانس توسط پزشک مقیم اورژانس در حداقل زمان</li> <li>❖ هماهنگی با واحد مددکاری در خصوص بیماران بدحال/بی‌هوش/مجهول الهویه بدون همراه و حضور مددکار جهت هماهنگی اقدامات بیمار</li> <li>❖ عدم وجود گام‌های رفت و برگشتی و حذف فرایندهای زمان بر و ممانعت از قرار گرفتن بیماران سطح یک، دو و سه تریاژ در صف/انتظار برای انجام اقدامات تشخیصی</li> <li>❖ طراحی فرایندهای اقدامات تشخیصی آئی/فوری پاراکلینیک و عدم اطاله ارزیابی‌های آزمایشگاهی در زمان طلایی</li> <li>❖ در دسترس بودن و انجام اقدامات تشخیصی از جمله تصویر برداری، سونوگرافی، نوار قلب و سایر خدمات تشخیصی اختصاصی اورژانسی بدون هرگونه اطاله زمان</li> <li>❖ انجام مشاوره‌های اورژانسی بیماران تحت نظر در حداقل زمان ممکن توسط پزشکان سرویس تخصصی ذیصلاح</li> </ul>	
<p>بیماران/ مراجعین به اورژانس حتی در موارد غیر اورژانس یا روتین نیز بایستی قبل از ارجاع به درمانگاه‌های تخصصی، مورد ارزیابی پزشکی قرار گیرند. برای سرعت بخشیدن به مراقبت بیماران بدحال لازم است یکی از پرستاران تریاژ به سرعت و با دیدگاهی کلی، شکایت فعلی تمامی بیماران را بررسی و بیماران سطوح اول و دوم تریاژ را فوراً به اتاق احیا یا قسمت حاد هدایت نماید و دومین فرد مسؤول تریاژ سایر بیماران را تریاژ نماید.</p>	
سطح دو	<p>ب-۲-۳ نحوه پذیرش و پرداخت هزینه‌های اورژانس هیچ گونه اختلال/ تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران بدحال ایجاد نمی‌نماید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ آگاهی و عملکرد کارکنان در خصوص پذیرش بدون قید و شرط بیماران بدحال</li> <li>❖ عدم تاخیر در آغاز روند مراقبت‌های پزشکی بیماران بدحال به علت اطاله روندهای پذیرش و پرداخت هزینه</li> <li>❖ انجام روندهای پذیرش و مالی پس از تریاژ با ملاحظه عدم ارجاع بیماران سطح یک، دو و سه</li> <li>❖ عدم ارجاع و مداخله بیماران سطح یک و دو و سه به روندهای پذیرش، مالی و پاراکلینیک مانند آزمایشگاه/تصویر برداری/داروخانه و سایر</li> <li>❖ وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در بخش اورژانس و عدم اعزام بیمار/ همراه به ساختمان‌های مجاور و راهروهای دور دست</li> <li>❖ انجام پذیرش سریع و تسهیل شده و دسترسی به سوابق بالینی بیماران در همان مرکز در پذیرش بخش اورژانس</li> </ul>	
<p>مطابق قانون مصوب سال ۵۴ موضوع دستورالعمل شماره ۲۵۶۸۲ مورخ ۹۴/۱۰/۱ معاونت درمان، پذیرش بیماران اورژانسی بدون قید و شرط صورت گیرد. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در بخش اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/همراه در خصوص علت انتقال، اعزام، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود.</p>	
سطح	<p>ب-۲-۳ دسترسی بیماران اورژانس به خدمات تشخیصی و درمانی در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ب-۲-۳-۱ پزشک اورژانس به صورت شبانه روزی و بدون وقفه مقیم بخش اورژانس است و نقش فعال، محوری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران دارد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس</li> <li>❖ حضور بدون وقفه و شبانه روزی پزشکان مقیم اورژانس براساس برنامه و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>❖ انجام اولین ویزیت بیماران توسط پزشک اورژانس</li> <li>❖ نقش فعال پزشکان مقیم اورژانس، محوری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران بدحال</li> </ul>	
<p>تخصص پزشکان مقیم اورژانس مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، برنامه‌های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند. در تابلوی اطلاع رسانی اورژانس این دو برنامه در کنار هم نصب باشد.</p>	
<p>❖ دستورالعمل‌های مرتبط : دستورالعمل‌های وزارت بهداشت شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶</p>	
<p>❖ بند ۴ دستورالعمل وزارت بهداشت شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵</p>	
<p>❖ دستورالعمل وزارت بهداشت شماره ۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و در اورژانس‌های با ورودی کمتر از ۳۰ هزار نفر در سال پزشک عمومی مقیم در اورژانس قابل قبول است</p>	



سطح دو	<p><b>ب-۲-۳ *</b> داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس با دسترسی ایمن و آسان در تمام ساعات شبانه روز فعالیت می‌نمایند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد آزمایشگاه اورژانس و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد بانک خون و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد تصویربرداری و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد داروخانه سرپایی و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز</li> </ul>
	<p>فعالیت بدون وقفه این بخش‌ها/واحد‌ها مد نظر بوده و منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی اعم از روشنایی، هم سطحی/امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرپوش و گرمایش مناسب، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون و داروخانه در مسیر بخش/واحد است. منظور از دسترسی آسان، دسترسی بخش اورژانس به این بخش‌ها/واحد‌ها وجود علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.</p> <p>کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس بایستی در خصوص شناسایی خدمات اورژانس و نحوه ارائه و نیز زمان بندی خدمات آزمایشگاه تصویر برداری، داروخانه و سایر خدمات پاراکلینیک برنامه‌ریزی نموده و مصوبات این کمیته با اخذ مشورت از صاحبان فرایند لازم الاجرا باشد. زمان بندی مشخص برای جوابدهی آزمایشات، تصویر برداری اورژانس تعیین و اطلاع رسانی، بر اساس آن عمل شود. در صورتیکه به هر علت ارائه هر یک از خدمات عنوان شده در فهرست مصوب کمیته اورژانس، به طور موقت مقدور نباشد، بایستی نسبت به در نظر گرفتن روش‌های جایگزین از جمله استفاده از ظرفیت سایر مراکز اقدام شود و در هر صورت این امر موجب وقفه در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نشود.</p>
سطح	<p><b>ب-۲-۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش‌های بستری در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.</b></p>
سطح یک	<p><b>ب-۲-۴-۱</b> پزشکان متخصص مقیم و آنکال، در اورژانس بیمارستان در زمینه تعیین تکلیف بیماران مشارکت فعال و مؤثر دارند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ هدایت بالینی بیماران توسط پزشک مقیم اورژانس با هماهنگی و مشاوره‌های گروه‌های تخصصی برای تعیین تکلیف و انتقال به بخش‌های بستری/ ترخیص ایمن</li> <li>❖ حضور بدون هرگونه تعلل/تاخیر پزشکان متخصص مورد مشاوره اورژانس بر بالین بیماران بدحال در حداقل زمان</li> <li>❖ مشارکت فعال پزشکان متخصص مقیم / آنکال بیمارستان در تعیین تکلیف بیماران اورژانس</li> </ul>
	<p>در بیمارستان‌های آموزشی درمانی ویزیت بیماران سطح یک و دو سه در بخش اورژانس بایستی توسط پزشک متخصص یا حداقل دستیاران ارشد تحت نظارت استاد برنامه‌ریزی و انجام شود. در غیر این صورت تمامی سنجش‌های مرتبط با مراقبت‌های پزشکی اورژانس فاقد کیفیت ارزیابی خواهد شد.</p> <p>در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پزشک مقیم مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت به صورت شبانه روزی بایستی حضور داشته باشد.</p>
سطح یک	<p><b>ب-۲-۴-۲</b> بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین تکلیف بیماران اورژانس با هدایت بالینی پزشک مقیم اورژانس و با مشارکت فعال و مؤثر پزشکان متخصص مقیم / آنکال سرویس‌های تخصصی</li> <li>❖ در صورت نیاز به تداوم مراقبت و درمان پس از تعیین تکلیف ادامه خدمات و هدایت بالینی با محوریت سرویس تخصصی مربوط</li> <li>❖ تعیین تکلیف تمامی بیماران اورژانس کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ</li> </ul>
	<p>مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ است و مبنای زمان انتهای شاخص تعیین تکلیف دستوری است که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار در یکی از حالت‌های ذیل در پرونده بیماران بستری ثبت می‌نماید:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. دستور ترخیص از بخش اورژانس بعد از انجام اقدام تشخیصی و درمانی</li> <li>۲. دستور انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط جهت تداوم مراقبت و درمان</li> <li>۳. دستور اعزام به سایر بیمارستان توسط پزشک اورژانس</li> <li>۴. ترک با رضایت شخصی بیماران</li> <li>۵. فوت بیمار</li> </ol> <p>انتظار می‌رود کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس نقش فعال و مؤثر در بهبود شاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس را ایفا نماید.</p> <p>ارزیابی سیستمی عوامل مؤثر در اطلاع تعیین تکلیف بیماران به صورت میدانی انجام و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود طراحی و اجرا شود</p> <p>دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت شماره ۱۰۰/۸۸۶ مورخ ۹۶/۸/۲۷</p>



سطح دو	ب-۲-۳ * پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ عدم استفاده از بخش اورژانس برای بستری نمودن بیماران الکتیو و غیر اورژانسی در بخش‌های بستری تخصصی، اعم از معرفی بیمار از مطب پزشکان یا سایر شیوه‌ها</li> <li>❖ عدم تصرف/ مسدود نمودن تخت‌های بستری برای بیماران الکتیو و غیر اورژانسی</li> <li>❖ اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال و اورژانس در بخش‌های بستری</li> </ul>
	<p>در مواردی که تخت خالی جهت بستری بیماران در بخش تخصصی مربوط وجود ندارد با نظر مدیر تخت بایستی بیمار در بخش‌های غیر مرتبط ولی ترجیحاً در رشته نزدیک بستری شوند.</p> <p>📄 دستورالعمل ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ وزارت بهداشت</p>
سطح دو	ب-۲-۴ بیماران اورژانس که نیازمند تدوam مراقبت و درمان هستند حداکثر ظرف دوازده ساعت به بخش‌های بستری منتقل می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تفویض اختیارات کامل به مدیر تخت در انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخش‌های بستری</li> <li>❖ خروج فیزیکی بیماران از بخش اورژانس و انتقال آن‌ها به بخش‌های بستری عادی/ ویژه کمتر از دوازده ساعت</li> <li>❖ مشارکت فعال و موثر سوپروایزر و مسئولان بخش‌های بستری با مدیر تخت در امر انتقال بیماران اورژانس به بخش‌های بستری عادی/ ویژه کمتر از دوازده ساعت</li> <li>❖ عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس</li> <li>❖ عدم اطلاع حضور بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس برای انجام مراقبت‌های تشخیصی و درمانی غیر ضرور و غیر اورژانسی قبل/ حین انتقال به بخش بستری</li> </ul>
	<p>خروج بیماران از اورژانس شامل بیمارانی می‌گردد که اورژانس را به صورت فیزیکی ترک کرده اند بدین معنا که ترخیص شده یا به یکی از بخش‌های همان بیمارستان منتقل شده و یا به بیمارستان دیگر اعزام شده اند. مبنای زمان ابتدای شاخص، اولین دستور پزشک می باشد که می بایستی حداکثر در مدت ۱۲ ساعت از بخش اورژانس خارج شده باشند، ترک بدون اطلاع و ترک با رضایت شخصی و بیماران سرپایی در این شاخص وارد نمی‌گردد.</p> <p>📄 خروج فیزیکی بیماران ظرف مدت ۱۲ ساعت مطابق دستورالعمل شماره ۱۰۰/۸۸۶ مورخ ۹۶/۸/۲۷ صورت می پذیرد.</p> <p>انتظار می‌رود کمیته کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس نقش فعال و موثر در بهبود شاخص انتقال بیماران اورژانس به بخش‌های بستری کمتر از دوازده ساعت در اورژانس را ایفا نماید. ارزیابی سیستمی عوامل موثر در اطلاع زمان انتقال بیماران به بخش‌های بستری به صورت میدانی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود طراحی و اجرا شود.</p>
سطح دو	ب-۲-۵ عملکرد اورژانس در حوزه‌های بالینی و غیر بالینی بطور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به موقع بودن بازنگری و ارتقاء می‌یابد.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه‌های بالینی و غیر بالینی بر اساس روش‌های مدون با محوریت کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس</li> <li>❖ عملکرد موثر کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی در طراحی/بازنگری/ بهبود فرایندها و شاخص‌های عملکردی اورژانس</li> <li>❖ کارگروهی و هماهنگی کامل بین گروه‌های تخصصی/مقیم/ آنکال و پزشک مقیم اورژانس در تعیین تکلیف و انتقال بیماران اورژانس به بخش‌های تخصصی مربوط</li> <li>❖ بهبود روند مراقبت‌های حاد و نجات دهنده در بخش اورژانس</li> <li>❖ بهبود روند مشاوره‌های اورژانس برای تعیین تکلیف بیماران</li> <li>❖ بهبود روند مراقبت‌های مستقیم پرستاری در بخش اورژانس</li> <li>❖ تعیین تکلیف بیماران اورژانس سطح یک و دو سه کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ</li> <li>❖ انتقال بیماران نیازمند به تدوام بستری به بخش‌های بستری تخصصی مربوط</li> <li>❖ ترخیص و بستری شبانه روزی و بدون وقفه بیماران از بخش اورژانس</li> <li>❖ مدیریت/ کاهش روند رضایت ترخیص با مسئولیت شخصی بیماران در اورژانس</li> <li>❖ کیفیت تعداد، صحت کارکرد، کالیبراسیون و آماده بکار بودن تجهیزات بخش اورژانس</li> <li>❖ آراستگی، نظافت و امکانات رفاهی بخش اورژانس</li> <li>❖ کارایی حفاظت فیزیکی در مدیریت امنیت و آسایش بیماران و کارکنان اورژانس</li> <li>❖ حمایت مددکاری از بیماران بی‌خانمان/مجهول الهویه /آسیب پذیراجتماعی در روند تشخیص و درمان و تا مرحله انتقال به بخش‌های بستری/ ترخیص</li> <li>❖ عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس</li> <li>❖ بهبود روند رضایتمندی بیماران و مراجعین به اورژانس</li> <li>❖ رضایتمندی کارکنان و پزشکان در خصوص اشتغال خود در بخش اورژانس</li> <li>❖ رضایتمندی و انتخاب اورژانس این بیمارستان توسط بیماران و مراجعین در صورت نیاز مجدد در آینده</li> <li>❖ ترخیص ایمن بیماران همراه با ارائه آموزش‌های پزشک و پرستار در زمینه روند پی‌گیری و شرایط و حالات مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس</li> </ul>
	<p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.</p>





ب-۲-۴-۶ \* مراقبت‌های مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر برای بیماران تحت نظر در اورژانس برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

سطح دو

- ❖ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول
- ❖ مراقبت و ارزیابی مستمر بیماران به منظور شناسایی هرگونه تغییر سطح تریاژ
- ❖ نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری
- ❖ شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط
- ❖ گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آن‌ها
- ❖ برنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبت‌های مستقیم پرستاری
- ❖ ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط
- ❖ تحویل بالینی بیماران در هر شیفت توسط پرستاران طبق دستورالعمل ابلاغی
- ❖ تحویل بالینی بیماران از بخش اورژانس به بخش‌های بستری توسط پرستار

➤ موقعیت‌های تحویل بیماران بین کادر بالینی اعم از پزشکان و کادر پرستاری

۱. در هنگام تحویل شیفت
۲. در هنگام انتقال موقت بیمار از بخش در داخل بیمارستان (مانند انتقال به اتاق عمل، بخش‌های پاراکلینیک و اسکوپ‌ها، دیالیز و مانند آن)
۳. در انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان (مانند انتقال جهت اقدامات تشخیصی و پاراکلینیک و اسکوپ‌ها، دیالیز و مانند آن) و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان با کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحویل گیرنده بیمار
۴. در انتقال دائم (اعزام) بیماران به سایر مراکز و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان با کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحویل گیرنده

برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند **SBAR** استفاده می‌شود. با استفاده از تکنیک **SBAR** که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می‌تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می‌طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی‌های تکنیک **SBAR** محسوب می‌شود.

➤ مراحل تکنیک **SBAR** عبارت است از

۵. وضعیت<sup>۱</sup> تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
۶. سوابق<sup>۲</sup> بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
۷. ارزیابی<sup>۳</sup> نتیجه گیری، آن چه که فکر می‌کنید
۸. توصیه‌ها<sup>۴</sup> آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

ثبت موارد گزارش پرستاری در تمامی امور جاری جهت هر بیمار مانند علل تاخیر انتقال، ویزیت، مشاوره، ترخیص و آموزش به بیماران صورت پذیرد.

📎 تحویل بیماران بین کادر بالینی اعم از پزشکان و کادر پرستاری بر اساس دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲

<sup>1</sup> S(Situation)

<sup>2</sup> B(Background)

<sup>3</sup> A(Assessment)

<sup>4</sup> R(Recommendation)



سطح سه	ب-۲-۴- کاهش/ مدیریت ازدحام بیماران در اورژانس بر اساس ظرفیت‌های بیمارستان و دانشگاه برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ عدم موجود هرگونه ازدحام در اورژانس بر اساس ظرفیت‌های بالقوه بیمارستان و دانشگاه</li> <li>❖ مدیریت ازدحام اورژانس با استفاده از فرایندهای منظم و ارائه خدمات مراقبت و درمان بدون اختلال/تاخیر/تعطل</li> </ul> <p>در صورت تکمیل بودن ظرفیت‌های بستری عادی/ ویژه بستری و اتاق عمل و همچنین روان بودن خدمات براساس فرایندهای منظم و هماهنگ بدون اختلال/تاخیر/تعطل وجود ازدحام ناگزیر بوده و امتیازی کسر نمی‌شود.</p>
سطح	<b>ب-۲-۵- عملیات احیاء و اقدامات نجات دهنده فوری بر اساس دستورالعمل‌های مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</b>
سطح یک	ب-۲-۵-۱- * ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ چیدمان دارو و تجهیزات ترالی احیاء مطابق آخرین دستور العمل ابلاغی</li> <li>❖ دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیاء ظرف مدت یک دقیقه</li> <li>❖ مدیریت و به روز رسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری</li> <li>❖ استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص بیمارستان</li> <li>❖ چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخش‌ها/ واحدها بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع</li> <li>❖ در دسترس بودن ترالی اورژانس نوزاد در بخش‌های بلوک زایمان و لیبر و سایر مکان‌ها مطابق با دستورالعمل کشوری</li> </ul> <p>تعداد و مکان استقرار ترالی احیاء در بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.</p>
سطح یک	ب-۲-۵-۲- * گروه/ گروه‌های احیاء متناسب، با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت در زمان اعلام کد بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین گروه/ گروه‌های احیاء متناسب وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران</li> <li>❖ وجود برنامه گروه/ گروه‌های احیاء و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیاء در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>❖ سرپرستی گروه/ گروه‌های احیاء با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیاء</li> </ul> <p>منظور از امکان حضور فوری کمتر از ۲ دقیقه است. بدیهی است عضو مقیم تیم احیاء در بخش مربوط بلا درنگ نسبت به آغاز عملیات نجات اقدام می‌نماید. پزشک ذیصلاح توسط بیمارستان به عنوان رهبر تیم احیاء تعیین و انجام وظیفه می‌نماید. این مهم با توجه به نوع خدمات تخصصی، نوع بیماران اعم از کودکان، نوزادان، سالمندان، از بین متخصصین کودکان و نوزادان، متخصص بیهوشی، متخصص مراقبت‌های ویژه، طب اورژانس، داخلی و سایر تخصص‌ها به تشخیص بیمارستان برنامه‌ریزی می‌شود.</p> <p>گروه احیاء نوزادان دارای گواهینامه احیاء پیشرفته نوزادان مطابق استانداردهای مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و تامین می‌شود.</p>
سطح یک	ب-۲-۵-۳- * راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" اطلاع رسانی شده و کارکنان بالینی در این زمینه مهارت کافی دارند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل احیای قلبی ریوی مورد تایید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر</li> <li>❖ مهارت تیم احیاء بزرگسالان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه مهارت تیم احیاء بزرگسالان و نوزادان</li> </ul> <p>آموزش پایه و اساس مهارت‌های مهمی چون احیاء قلبی ریوی است. اما آنچه مهم است توانایی بکار بستن آگاهی‌های دانشی پس از طی دوره‌های آموزشی است. لذا بر اساس روند شاخص‌های عملکردی مانند نرخ احیای قلبی ریوی موفق در اورژانس و دیگر شاخص‌های مرتبط با عملیات نجات می‌توان روند عملکرد گروه/ گروه‌های احیاء را رصد نمود. از طرفی پایش میدانی و ارزیابی نحوه عملکرد گروه احیاء توسط مسئول فنی/ ایمنی و مدیریت پرستاری و بر اساس آن برنامه‌ریزی‌های آموزشی و یا بازنگری ترکیب گروه احیاء ضرورت مدیریتی اجتناب ناپذیر در روند بهبود این عملیات درمانی مهم و حیاتی است.</p>





سطح دو	<p><b>ب-۲-۴ * شناسایی و ارائه مراقبت‌های فوری به بیماران بدحال و اورژانسی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری" با حداقل‌های مورد انتظار</li> <li>❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش</li> <li>❖ رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی در تمام ساعات شبانه روز بر اساس خط مشی</li> </ul> <p>این خط مشی و روش در بخش اورژانس بررسی نمی‌شود و متمرکز شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری غیر از اورژانس است. بیماران اورژانس به بیماران بدحالی اطلاق می‌شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت‌های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آن‌ها از شرایط بحرانی است.</p> <p>➤ حداقل‌های مورد انتظار در خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری"</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. شناسایی بیمارانی که احتمال وخامت حال آنها می‌رود (در ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های مستمر پرستاری و پزشکی)</li> <li>۲. نحوه کسب اطمینان از مهارت پرستاران در شناسایی به موقع تغییر حال و وخامت وضعیت بالینی بیماران</li> <li>۳. نحوه رصد وخامت حال بیماران با احتمال وخامت در فاصله زمانی ارزیابی‌های پرستاری و پزشکی</li> <li>۴. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانس</li> <li>۵. نحوه ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری و بازنگری فاصله زمانی و تواتر مراقبت‌ها</li> <li>۶. نحوه استقرار بیماران بدحال و جابجایی و استقرار بیمار در اتاق‌های نزدیک ایستگاه پرستاری</li> <li>۷. شیوه‌های کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز از طریق آموزش و حساس سازی بیمار/همراه</li> <li>۸. انتقال بیماران حاد و بحرانی به بخش‌های مراقبت‌های ویژه</li> <li>۹. شرایط استفاده از امکانات مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال/پرخطر در صورت لزوم</li> <li>۱۰. نحوه فراخوان بدون تاخیر/ تعلل پزشکان متخصص مقیم/آنکال مربوط در شرایط وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>۱۱. نحوه ارزیابی اثربخشی این خط مشی و شناسایی به موقع بیماران بدحال به منظور بازنگری روش‌های تدوین شده</li> </ol>
سطح دو	<p><b>ب-۲-۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه می‌شود.</b></p>
سطح یک	<p><b>ب-۲-۶-۱ * شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی در زمان طلایی در اورژانس</li> <li>❖ شناسایی و تشخیص سکته حاد مغزی در زمان طلایی در اورژانس</li> <li>❖ آموزش کارکنان مرتبط در خصوص شناسایی بیماران سکته حاد قلبی و مغزی به منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ و مراقبت و درمان فوری بیماران</li> </ul> <p>پرسنل مرتبط که بایستی در شناسایی بیماران سکته حاد قلبی و مغزی به منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ آموزش ببینند، حداقل شامل نگهبانی، پذیرش، خدمات، پرستار تریاژ، پرسنل اورژانس، پرسنل سی تی اسکن است.</p>
سطح یک	<p><b>ب-۲-۶-۲ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می‌شود.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد قلبی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط</li> <li>❖ اطمینان از آشنایی پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن</li> <li>❖ مشاوره اورژانس و حضور متخصص قلب بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</li> <li>❖ انتقال بیمار ۲۴۷ به کت لب/ تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</li> </ul> <p>این سنجه شامل تمامی بیمارستانها با انواع گرایش می‌باشد.</p>



سطح یک	<p>ب-۲-۳ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می‌شود.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط</li> <li>❖ اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن</li> <li>❖ مشاوره اورژانس و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع</li> <li>❖ انجام سی تی اسکن فوری بیمار بدون هرگونه تعلل/ تاخیر</li> <li>❖ تزریق ترومبولیتیک به بیمار ۷۲۴ تشخیص داده شده / و در صورت فقدان دستگاه سی تی اسکن، پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</li> </ul> <p>این سنجه شامل تمامی بیمارستانها با انواع گرایش می باشد. مگر در مواردی که بیمارستان فاقد سی تی اسکن باشد که بایستی پس از پایداری بلافاصله اعزام شود. بیمار در بدو ورود مستقیماً به بخش سی تی اسکن مراجعه و ارزیابی های اولیه در این بخش توسط پزشک صورت پذیرد.</p>	
سطح دو	<p>ب-۲-۴ * استمرار مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکته حاد مغزی برنامه ریزی و ارائه می‌شود.</p>
<p>انتقال بیمار ۷۲۴ پس از اقدامات فوری به بخش های <i>SCU/ICU</i> در بیمارستان‌های مشمول برنامه ۷۲۴</p> <p>مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق دستورالعمل ابلاغی</p> <p>در صورت استقرار بیمار در بخش های عادی مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق دستورالعمل ابلاغی برنامه ریزی و انجام شود.</p>	
سطح دو	<p>ب-۲-۵ * خدمات آنژیوگرافی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه می‌شود.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین دستورالعمل اطمینان از آمادگی های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیو پلاستی</li> <li>❖ آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل</li> <li>❖ حضور پزشک تا پایان آنژیوگرافی در بخش و پس از پایداری شرایط بیمار(علایم حیاتی، کنترل خونریزی و ...) صدور دستور انتقال بیمار</li> <li>❖ ثبت دستورات پس از آنژیوگرافی توسط پزشک در پرونده بیمار</li> <li>❖ انجام اقدامات درمانی و مراقبتی پس از انتقال به بخش براساس دستورات</li> <li>❖ ویزیت بیمار توسط پزشک در بخش پس از آنژیوگرافی</li> </ul> <p>پرستار بخش بایستی قبل از انتقال بیمار از آمادگی های لازم (زمان ناشتا بودن، جواب آزمایشات، شیو و حمام، رضایت آگاهانه و...) اطمینان یابد. انتقال ایمن بیمار براساس دستورالعمل نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران به بخش آنژیوگرافی صورت پذیرد. بیمار و مستندات پرونده در بخش آنژیوگرافی کنترل و چک لیست آمادگی های قبل از آنژیوگرافی توسط پرستار تحویل گیرنده تأیید و مهر و امضا شود. همچنین بایستی انتقال بیماران در زمانی که پرستار از آماده بودن اتاق اطمینان یافته و کنترل صحت تجهیزات انجام شده ، صورت پذیرفته و بیماران، در اتاق بدون مراقب منتظر نباشند.</p>	