



دستور العمل جامع اورژانس بیمارستانی





اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه:

اولین و متداول ترین فضایی که افراد در مراجعه به بیمارستان در آن حضور می یابند بخش اورژانس است و بیشترین تعاملات با جامعه از طریق این بخش صورت می پذیرد.

بخش اورژانس واحد قسمتی از مراکز درمانی و آموزشی میباشد که بیماران مراجعه کننده غیر درمانگاهی و همچنین بیماران منتقل شده توسط سرویس اورژانس EMS را پذیرش و اقدامات لازم را در خصوص آنان به انجام میرساند این بخش به جهت ماهیت عملکردی و همچنین لزوم ارائه خدمات با بالاترین کیفیت ممکن میبایست به عنوان بخشی مستقل با ساختاری منطبق با استانداردها و شاخص های علمی در چارت سازمانی هر مرکز درمانی و آموزشی تعریف گردد و فرایند گردش کاری مناسب و راهکارهایی در خصوص هماهنگی و تعامل این بخش با سایر سرویسهای تخصصی و درمانگاهی و بخش های بستری مراکز تبیین و مصوب گردد.

بخش اورژانس یک واحد کامل و مستقل از یک بیمارستان است و عملکرد اصلی آن پذیرش، تریاژ، تثبیت، معالجه و ارائه خدمات درمانی - مراقبتی به بیمارانی است که در شرایط مختلف و در وضعیت های اضطراری و غیر اضطراری، با آمبولانس یا شخصاً به این واحد مراجعه می کنند.

با توجه به اهمیت بخش اورژانس در پیکره بیمارستان وعدم یکپارچگی قوانین حاکم بر اورژانس بیمارستانهای کشور و با عنایت به اینکه دستورالعملهای ابلاغی تا کنون به صورت تکه های پازل به صورت جداگانه ابلاغ شده اند . لزوم ابلاغ دستورالعمل جامع اورژانس امری ضروری و بدیهی به نظر می رسد.

اداره اورژانس بیمارستانی در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی :

معرفی واحد :

واحد اورژانس بیمارستانی معاونت درمان یکی از زیر مجموعه های مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی در معاونت درمان بوده و در سال ۱۳۸۹ با دستور مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانها در سه محور فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی شروع به کار نموده است . مهمترین دلایل برای تدوین سند سیاست ارتقای بخش اورژانس بیمارستانی عبارتند از :

۱- بالا بودن مرگ و میر و بار بیماریهای ناشی از حوادث رانندگی و آسیب ها که نیازمند خدمات فوریتی با کیفیت مطلوب است .

۲- روند افزایش بار مراجعه مردم به اورژانس ها



- ۳- انتقال وظایف مدیریت و سیاست گذاری بخش های اورژانس بیمارستانی از اداره ارزشیابی بیمارستان ها به مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی
- ۴- نبود سند سیاست مدون برای ارتقای وضعیت اورژانس های کشور
- ۵- توجه به اورژانس ها و فوریتها بعنوان اهداف کلان در برنامه های توسعه چهارم و پنجم
- ۶- لزوم ارتقای مستمر کیفیت خدمات اورژانس و افزایش رضایت بیماران
- ۷- نبود تحلیل وضعیت جامع در مقطع کنونی از شاخصهای بخش های اورژانس بیمارستانی

شرح وظایف:

- ۱- انجام اقدامات لازم در خصوص برنامه آنکالی کلیه مراکز درمانی و پیگیری در خصوص تداخل و فقدان برنامه آنکالی و پیگیری پوشش فوق الذکر (دولتی و خصوصی)
- ۲- جمع آوری و تجزیه و تحلیل آمار عملکرد ماهانه و سالانه در خصوص امر اعزام بیماران از بخش اورژانس
- ۳- جمع بندی آمار تریاژ و مرگ و میر اورژانس از کلیه مراکز تحت پوشش
- ۴- مشارکت در خصوص برنامه آموزش حوادث غیر مترقبه
- ۵- تامین و پیش بینی نیروی انسانی ، تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی و استاندارد سازی فضای فیزیکی اورژانس بیمارستانها و منابع مورد نیاز جهت ارتقای آن
- ۶- پیگیری و اجرای دستورالعملهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۷- انجام دستورات مقامات مافوق و ارائه گزارش اقدامات انجام شده
- ۸- همکاری لازم با سایر کارشناسان واحدهای دیگر در زمینه ارزشیابی ، تشکیلاتی ، نظارتی و غیره
- ۹- شرکت در جلسات و کمیته های ارتقاء اورژانس بیمارستانی و ارائه نظرات مشورتی و تخصصی
- ۱۰- مشارکت در ارزیابی شاخصهای عملکردی و اختصاصی بخش اورژانس بیمارستانها
- ۱۱- پیگیری برنامه های ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش
- ۱۲- نظارت بر تشکیل کمیته تعیین تکلیف بیماران اورژانس
- ۱۳- نیازسنجی و تدوین برنامه های آموزش مرتبط با اورژانس ونظارت بر اجرای برنامه های مذکور برای پرسنل و پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستانها
- ۱۴- پیگیری و تشکیل مستمر کمیته راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی در دانشگاه و بیمارستانهای تحت پوشش با محوریت تعیین تکلیف بموقع بیماران ، افزایش رضایتمندی بیماران ، درمان کم عارضه و کاهش با مراجعه به بخش اورژانس بیمارستانی

شاخص های عملکردی:

- ۱- تعداد کل مراجعین به اورژانس



- ۲- تعداد کل ویزیت اورژانس
- ۳- درصد تریاژ انجام شده به تفکیک سطوح پنجگانه آن
- ۴- تعداد مراجعین آورده شده توسط EMS
- ۵- تعداد مراجعین ارجاع شده از سایر مراکز
- ۶- تعداد موارد فوتی در هنگام مراجعه
- ۷- تعداد موارد ترخیص با رضایت شخصی
- ۸- تعداد موارد بستری در بخشهای ویژه
- ۹- تعداد بیماران اعزامی اورژانس
- ۱۰- تعداد موارد فوت در 12 ساعت اول
- ۱۱- تعداد موارد فوت بعد از 12 ساعت
- ۱۲- درصد رضایتمندی بیماران از بخش اورژانس
- ۱۳- درصد رضایتمندی پرسنل بیمارستان
- ۱۴- متوسط زمان دسترسی بیمار بستری به پزشک و پرستار
- ۱۵- تعداد آزمایشات یا گرافی انجام شده بازای یک بیمار
- ۱۶- نسبت پرستار کارشناس و سایر گروههای درمانی بازای هر تخت اورژانس
- ۱۷- میزان موارد CPR موفق در یک دوره زمانی
- ۱۸- میزان شکوائیه بیماران به کل مراجعین اورژانس و

واحدهای بخش اورژانس:

تریاز (Triage):

تریاز، اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود بخش اورژانس می باشد، که عملکرد اصلی آن اولویت بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است و هدف آن تخصیص منابع در کمترین زمان به نیازمندترین بیماران می باشد. در این فضا بیماران توسط پرستار تریاز مورد ارزیابی اولیه قرار می گیرند تا تعیین شود باید به کدام قسمت اورژانس منتقل گردند. پرستاران شاغل در این واحد باید دارای ویژگی های خاص بوده و از با تجربه ترین پرستاران بخش اورژانس انتخاب شوند. بنا به اهمیت ویژه این واحد، شرایط تشکیلاتی و ساختاری تریاز از جمله نیروی پرستاری آموزش دیده، فضای فیزیکی اختصاصی، جانمایی مناسب و تجهیزات این واحد بایستی بر اساس استاندارد لحاظ گردد. بیماران مراجعه کننده بخش اورژانس باید به پرستاران دارای صلاحیت، دسترسی داشته باشند

ویژگی پرستار تریاز:

- ▶ پرستاران شاغل در این واحد باید دارای ویژگی های خاص باشند
- ▶ حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری
- ▶ از با تجربه ترین پرستاران بخش اورژانس انتخاب شوند



- دارای حداقل پنج سال سابقه کار در اورژانس
- دارا بودن دانش بالینی کافی
- تفکر صحیح در شرایط بحرانی
- احاطه کامل به دستورالعمل آموزشی تریاژ

واحد درمان سریع (Fast Track)

فضایی است که برای بیماران سرپایی (عموماً بیماران سطح ۴ و ۵ تریاژ ESI) طراحی شده است. واحد Fast Track به این بیماران اجازه می‌دهد تا پس از تریاژ و ویزیت توسط پزشک، در صورت نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی در فضایی جداگانه ولی یکپارچه و مجاور با بخش اورژانس خدمات لازم را دریافت نمایند.

واحد مراقبت و درمان حاد (Acute Unit)

واحد مراقبت و درمان حاد، محدوده‌ای از بخش اورژانس می‌باشد که بیماران پایدار که نیازمند اقدام حاد تشخیصی یا درمانی می‌باشند به صورت مستقیم تحت نظارت کادر درمانی قرار گرفته و اقدامات لازم بر اساس فرآیند‌ها در خصوص ایشان انجام می‌پذیرد. به عبارتی دیگر، بیماران سطوح ۲، ۳ و ۴ تریاژ ESI بصورت مستقیم یا پس از دریافت خدمات اولیه، و بیماران سطح ۱ تریاژ پس از دریافت اقدامات احیا در اتاق CPR، به دستور پزشک وارد فضای درمان و مراقبت حاد می‌شوند، و تا زمان تعیین تکلیف در این فضا تحت مراقبت قرار می‌گیرند. واحد درمان حاد می‌تواند شامل واحد تروما و داخلی باشد.

واحد تحت نظر (Observation Unit)

واحد تحت نظر مکانی در اورژانس است که خدمات مراقبتی به بیماران پس از تعیین تکلیف در واحد مراقبت و درمان حاد، در این واحد ادامه می‌یابد. (در صورتی که بیمار پس از تعیین تکلیف به سایر بخش‌های بستری یا بخش ویژه منتقل نشود و یا نیاز به مدت زمان مشخص تحت نظر قرار داشتن پیش از ترخیص وجود داشته باشد)

اتاق احیا:

اتاق احیا قسمتی از بخش اورژانس می‌باشد که میبایست از لحاظ موقعیت و جایگاه و فضای فیزیکی و همچنین تجهیزات بر اساس دستورالعمل‌های کشوری و استانداردها طراحی و آماده‌سازی گردد. این اتاق محل پایدار سازی بیماران اورژانس می‌باشد و هر بیمار ناپایداری به این واحد منتقل میگردد

بدحال ترین بیماران مراجعه کننده به اورژانس را بیماران با مشکلات قلبی و ریوی تشکیل می‌دهند که سطح ۱ تریاژ بوده و نیاز به دریافت فوری خدمات احیا دارند. بیماران سطح ۱ تریاژ در صورتی که به موقع در این اتاق حضور یابند به واسطه تجهیزات پزشکی مربوطه و به کمک گروه پزشکی و پرستاری ویژه خدمات احیا، شانس بسیار بالایی برای ادامه حیات خود خواهند داشت. در واقع فاصله بین مرگ و زندگی برای چنین بیمارانی در حد ثانیه‌ها بوده و از این رو این اتاق نقشی تعیین کننده در ارائه خدمات اورژانسی دارد. در این راستا نحوه طراحی و برنامه ریزی فضای داخلی آن جهت ارائه خدمات اورژانسی بسیار مهم بوده و دسترسی مناسب و موقعیت سنجی آن حائز اهمیت است. تعبیه اتاق احیا برای تمامی اورژانس‌های کشور الزامی است.



این اتاق در اورژانس های کوچک حداقل یک تخت و در اورژانس هایی با تعداد پذیرش بالا (۶۰ هزار پذیرش سالانه و بیشتر) تا ۴ تخت (۱ تخت و ۳ فضای تخت) متغیر است . با توجه به نقش حیاتی این اتاق موقعیت آن باید در کوتاه ترین فاصله نسبت به ورودی اورژانس قرار داشته باشد . همچنین دسترسی سریع و ارتباط تنگاتنگ بین اتاق تریاژ و این اتاق برای بیمارانی که با وسایل نقلیه شخصی به اورژانس منتقل شده اند و نیاز به تریاژ دارند لازم است. در این راستا توصیه می شود حداکثر فاصله مابین ورودی اورژانسی و ورودی اتاق احیاء بیشتر از ۱۰ متر نباشد. جهت افزایش سرعت عمل در انتقال بیمار به این اتاق ، لازم است مسیر ارتباطی به این فضا به صورت مستقیم بوده و یا تا حد امکان دارای کمترین چرخش باشد ، در این خصوص توصیه اکید می شود که ورودی اتاق احیا با ورودی اورژانس در یک محور قرار گیرند. در جهت گردش کاری مناسب ، نحوه وارد شدن به اتاق احیا و خارج شدن از آن به دو روش امکانپذیر می باشد که به اقتضای نوع طراحی و تعداد پذیرش سالیانه اورژانس به کار گرفته می شود:

الف) اتاق احیا با یک در برای ورود و خروج

ب) اتاق احیا با دو در برای ورود و خروج

ICU اورژانس

در مراکزی که امکانات موجود اعم از فضای فیزیکی، تجهیزات و پرسنل کافی موجود باشد و به علت مراجعات بالا و عدم وجود تخت بستری ویژه در آن مرکز، در موارد مکرر بیماران نیازمند مراقبت ویژه مدت طولانی تر از استاندارد در اورژانس باشند، توصیه می گردد، واحد مراقبت های ویژه (ICU) اورژانس ایجاد شود و نیروهای مجزایی به این واحد در راستای تعیین تکلیف مناسب این بیماران و عدم درگیر نمودن نیرو و فضای اورژانس به اقدامات درمانی این بیماران اختصاص یابد تا سایر نیروهای اورژانس جهت پذیرش و ارائه خدمت مناسب به سایر مراجعین آمادگی بیشتری داشته باشند. بدیهی است استاندارد های لازم بخش مراقبت های ویژه می بایست در این واحد به صورت دقیق مد نظر قرار گیرد.

اتاق عمل سرپایی:

فضای اصلی در بخش اورژانس جهت انجام عملیات تهاجمی و نیمه تهاجمی بر روی بیمار در اتاق عمل سرپایی است . این موارد طیف گسترده ای از عملیات همچون ترمیم زخم و پانسمان های پیچیده ، انجام بخیه های مختلف ، جاندازی های همزمان با بخیه ، پانسمان سوختگی ، لیگاتور شریان ، انجام فرآیندهایی از قبیل گذاشتن کاتتر ورید مرکزی ، گذاشتن لوله قفسه صدی ، بخیه و گچ گیری شکستگیهای باز ، سوزاندن رگ جهت جلوگیری از خونریزی و غیره را شامل می شود. لازم به توضیح است در اتاق عمل سرپایی ، اقداماتی قابل انجام است که نیازی به بیهوشی عمومی نداشته باشد . چرا که انجام بیهوشی عمومی در بخش اورژانس ممنوع بوده و به بی حسی موضعی و بیهوشی غیر عمومی محدود می گردد. برنامه ریزی اتاق عمل سرپایی در تمامی اورژانس ها الزامی است . در اورژانس های کمتر از ۱۰ هزار پذیرش سالیانه که تعداد بیماران محدود است ، می توان اتاق گچ گیری را به صورت جداگانه برنامه ریزی نکرد و خدمات مربوطه در اتاق عمل سرپایی صورت گیرد. به صورت کلی جهت تفکیک و دسته بندی سطح خدمات قابل ارائه در این اتاق، دو نوع اتاق عمل سرپایی برای بخش اورژانس قابل پیش بینی می باشد:

الف) اتاق عمل با عملیات ساده



در این اتاق اقدامات ساده همچون جا انداختن همزمان با بخیه ، بخیه های سطحی ، پانسمان سوختگی ، سوزاندن رگ جهت جلوگیری از خونریزی ، ترمیم های سطحی زخم و اعمال مشابه انجام می شود. با توجه به سطح کنترل عفونت در این اتاق ها و سطح خدمات قابل ارائه امکان قرارگیری چند تخت عمل در آن وجود دارد.

(ب) اتاق عمل با عملیات پیچیده:

در این اتاق اقدامات در سطحی بالاتر از اتاق عمل با عملیات ساده صورت می پذیرد. از جمله این عملیات می توان به گذاشتن کاتتر ورید مرکزی، گذاشتن لوله قفسه صدری ، بخیه های عمیق ، کنترل خونریزی های شدید ، بخیه و گچ گیری شکستگی های باز ، لیگاتور شریان ، ترمیم های پیچیده زخم و اعمال مشابه اشاره کرد. در این نوع اتاقها با توجه به اهمیت کنترل عفونت و سطح بالای خدمات ، تعبیه تنها یک تخت در این اتاق مجاز است .

نیروی انسانی بخش اورژانس:

ریاست بخش اورژانس:

شرایط احراز ریاست بخش اورژانس به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب اورژانس یا تخصص مرتبط در بیمارستان های تک تخصصی

۲- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی یکی از انواع طب بالینی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش اورژانس

۳- دارا بودن مدرک دکترای حرفه ای پزشکی عمومی و حداقل ۴ سال سابقه کار در بخش اورژانس

رئیس بخش اورژانس طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن منحصرأ به عنوان رئیس بخش تعیین می شود .

۱- گروه پزشکی :

✓ پزشک طب اورژانس

✓ پزشک مقیم اورژانس

✓ پزشک عمومی

در سالیان اخیر مسئولیت گروه پزشکی بخش اورژانس بر عهده متخصصین طب اورژانس می باشد. این متخصصین با آشنایی و مهارت کامل بر انواع تخصصهای پزشکی و نگاه بینابینی ، بهترین گروه پاسخگویی به نیازهای بیمارانی می باشد که باید اقدامات فوری درمانی در مورد آنها اعمال گردد.

به طور کلی مسئولیت معاینه ، تشخیص و درمان بیماران از لحظه تریاژ تا ترخیص بر عهده ی تیم پزشکی اورژانس می باشد . همچنین انجام اموری از قبیل تجویز دارو و دستورات غذایی بیماران ، دستور موارد تشخیصی مانند رادیوگرافی ، سی تی اسکن و سایر آزمایشهای تشخیصی پزشکی ، دستور انتقال و ترخیص بیماران و از وظایف گروه پزشکی زیر نظر رئیس بخش می باشد.

۱- گروه پرستاری :



گروه پرستاری مسئولیت مراقبت از بیماران و ارائه ی خدمات خاص پرستاری به آنها را بر عهده دارد . و افراد این گروه باید آموزش ویژه برای مواجهه با انواع بیماران مراجعه کننده به اورژانس را گذرانده باشند.

شرح وظایف اعضای گروه پرستاری توسط مدیریت کل پرستاری و مطابق با سیاست های داخلی هر بیمارستان تعیین می گردد.

اعضای گروه پرستاری شامل سرپرستار، مسئول شیفت و پرستاران می باشد .

الف - سرپرستار:

مسئولیت نظارت، هدایت و انتخاب کارکنان پرستاری اورژانس و آموزش آنها بر عهده وی می باشد . همچنین مسئولیت پشتیبانی و بهبود مراقبت از بیماران و ارتقای مهارت پرستاران در ارائه خدمات مربوطه از وظایف سر پرستار بخش است . سرپرستار اورژانس در شیفت صبح به صورت مستقیم و در دیگر شیفت ها به صورت غیر مستقیم مسئولیت مدیریت و نظارت بر تمامی فرآیندهای پرستاری را بر عهده دارد .

ب- پرستار مسئول شیفت :

در شیفت عصر و شب ، یک پرستار به عنوان ارشد سایر پرستاران و در مقام جانشین سرپرستار، انجام وظیفه می نماید. به طور خلاصه وظایف مسئول شیفت مشابه سرپرستار و شامل مواردی همچون نظارت ، هدایت و ارزیابی کارآیی مراقبت از بیمار ، مدیریت تیم پرستاری ، پایش و کنترل سیر گردش بیمار در یک شیفت است .

ج- پرستاران:

به طور مستقیم در امر مراقبت و درمان بیماران طبق دستورات پزشکان فعالیت دارند. این پرستاران شامل دو گروه پرستاری عمومی و تخصصی می باشند که پرستاران عمومی موظف به ارائه خدمات پرستاری متداول در قسمت های مختلف اورژانس می باشند و پرستاران تخصصی ممکن است در قسمت های خاص و بر اساس مهارت های مورد نیاز به کار گرفته شوند . از جمله پرستاران تخصصی می توان به پرستار تریاژ، پرستار اتاق احیاء، پرستار اتاق عمل و اشاره نمود .

د) منشی بخش:

منشی بخش مسئولیت امور اداری بیماران در زمینه ثبت و درج تمامی فرآیندهای درمانی، تشخیصی و مراقبتی انجام شده بر روی بیمار در سطح داخل بخشی و بین بخشی را برعهده دارد . منشی بخش تحت نظر سرپرستار و پرستاران مسئول در ایستگاه پرستاری فعالیت می کند و با رئیس بخش ارتباط مستقیم دارد. از دیگر وظایف منشی بخش پاسخ دهی به تماس های عمومی بخش پذیرش است و ترخیص بیماران نیز توسط منشی بخش صورت می پذیرد ولی از آنجا که حجم فعالیت های منشی بخش در اورژانس زیاد می باشد ، این موارد به کارکنان اداری محول شده است.

ه) **کارکنان اداری** : این افراد شامل کارکنان پذیرش ، ترخیص و صندوق می باشد و به طور کلی مسئولیت انجام فرآیندهای مربوطه را در رابطه با بیماران مراجعه کننده به اورژانس برعهده دارند. همچنین ممکن است در بعضی از بیمارستانها و در راستای سیاست گذاری های مربوطه ، از تکنسین های مختلف نیز به عنوان کارکنان اداری بهره گرفته شود

شرح وظایف متخصصین طب اورژانس و پزشکان عمومی در بیمارستان های درمانی دارای متخصص طب

اورژانس:



- کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس به محض ورود به اورژانس توسط پرستار تریاژ ویزیت شده سطح تریاژ تعیین می شود. (بیماران سطح ۴ و ۵ پس از تریاژ به واحد سرپایی یا درمانگاه ارجاع می شوند)
- در صورتی که سطح تریاژ تعیین شده توسط پرستار تریاژ، از نظر متخصصین طب اورژانس نادرست می باشد سطح تریاژ صحیح را در برگه تریاژ نوشته و توسط متخصص طب اورژانس مهر و امضاء می شود.
- مسئولیت ویزیت، پذیرش، ارجاع به درمانگاه، و ... کلیه بیماران مراجعه کننده به تریاژ به عهده پزشک عمومی کشیک می باشد و پرستار تریاژ موظف است ورود و شرایط بیمار را به پزشک عمومی کشیک برساند. (بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع)
- بیماران سطح یک تریاژ بلافاصله به واحد احیای اورژانس منتقل شده و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شوند.
- بیماران سطح ۲ تریاژ توسط پزشک عمومی کشیک (مستقر در واحد حاد) ویزیت شده، دستورات اولیه و اقدامات لازم انجام شود و سپس به فاصله ده دقیقه ویزیت متخصص طب اورژانس انجام شود. تعیین تکلیف (بستری، تحت نظر، ترخیص، مشاوره و یا سایر متخصصین و ...) توسط متخصص طب اورژانس انجام شود.
- بیماران سطح ۳ تریاژ توسط پزشک عمومی کشیک ویزیت شده، دستورات لازم اولیه انجام شده و سپس توسط متخصص، ویزیت اولیه تکمیل و تعیین تکلیف بیمار توسط متخصص طب انجام شود.
- بیماران سطح ۴ و ۵ توسط پزشک عمومی مستقر در واحد سرپایی ویزیت و در صورت نیاز جهت بیماران سطح ۴ تریاژ ویزیت طب اورژانس درخواست می گردد.
- تمامی بیماران مالتیپل ترومای سطح ۳ تریاژ پس از اجرای دستورات پزشک عمومی، باید توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شوند.

تریاز زنان باردار:

در جلسات کارگروه مطرح و تنظیم می گردد.

در هر بیمارستان درمانی حداقل نیاز به ۳ پزشک عمومی در هر شیفت می باشد.



- یک پزشک عمومی در درمانگاه که حداقل ۵ تخت جهت بستری سرپائی بیماران داشته باشد.
- یک پزشک عمومی مسئول بیماران بخش های مختلف بیمارستان باشد.
- یک پزشک عمومی در اورژانس فقط جهت تمام بیمارانی که برگه تریاژ برای آنها ثبت می شود و در اورژانس بستری می گردند
- پزشکان عمومی، کشیک بایستی در جریان بیماران بستری باشند. و قبل از ورود و تحویل بیماران به پزشک شیفت بعد، اورژانس را ترک نکنند.
- اطلاع ویزیت و شرایط بیمار به متخصصین آنکال به عهده پزشک عمومی کشیک می باشد.
- تکمیل برگه شرح حال و سیر بیماری به عهده متخصص طب اورژانس است.
- تکمیل برگه خلاصه پرونده، فرم رضایت شخصی به عهده پزشک عمومی کشیک می باشد.
- کلیه مراحل اخذ پذیرش برای بیماران نیازمند اعزام به عهده پزشک عمومی کشیک می باشد و **تکمیل** فرم اعزام به عهده پزشک اعزام کننده (پزشکی که درخواست اعزام بیمار را دارد) می باشد.
- ویزیت سایر متخصصین در اورژانس صرفا توسط متخصص طب اورژانس درخواست شود.
- تمام بیماران که برای آنها برگه تریاژ ثبت می گردد و در اورژانس بستری می شوند بر اساس سطح تریاژ بعد از ویزیت پزشک عمومی و اجرای دستورات، توسط متخصصین طب اورژانس ویزیت شوند.
- بیمارانی که بدلیل نبودن تخت به بخش ها منتقل نشده و در اورژانس می مانند فقط در صورت نیاز به **اقدامات حیاتی** نیاز به مداخله توسط متخصص طب اورژانس دارند. و در غیر این صورت هر گونه تغییر وضعیت بیمار یا پاراکلینیک با متخصص مربوطه بیمار می باشد همکاری پزشکان عمومی یا پرستار مربوطه در این زمینه و اطلاع وضعیت بیمار به متخصص مربوطه حائز اهمیت می باشد.
- مسئول اطلاع مشاوره ها، پزشکان عمومی اورژانس یا پرستار مربوطه می باشد که در جریان کامل تمام بیماران قرار دارند.



پزشکان عمومی بیمارانی را که در پایان شیفت توسط طب اورژانس هنوز تعیین تکلیف نشده و به سرویس ارجاع نشده اند را به طور کامل به هم تحویل دهند. این مورد در باره متخصصین طب اورژانس نیز صادق می باشد.

پزشک عمومی در کنار متخصصین طب اورژانس مسئول پیگیری پاراکلینیک بیماران می باشد و گزارشات باید در پرونده بیمار مکتوب گردد.

در همه بیمارستان ها پروتکل های داخلی بایستی بر اساس سیاست های فوق الذکر تدوین گردد.

فرایند ها و دستورالعمل های ابلاغی اورژانس بیمارستانی

طب اورژانس (نامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۷۱۵ مورخ ۹۴/۱۲/۱۶ سازمان تامین اجتماعی)

۱- برای بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ ویزیت جامع قابل پرداخت میباشند.

نکته: جهت بیماران اغمایی، تروما و بدحال سطح ۱ و ۲ تریاژ مراقبت بحرانی (کد ۹۰۱۹۷۰) قابل پرداخت می باشد. کد مذکور با ویزیت جامع قابل پرداخت نمی باشد.

۲- برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ ویزیت محدود (کد ۹۰۰۱۷۴) قابل پرداخت می باشند.

۳- به متخصص طب اورژانس فقط یک ویزیت در طول مدت درمان بیمار (بسته به سطح تریاژ) در اورژانس تعلق می گیرد و سایر ویزیت های بستری موجود در کتاب (روز اول روز های پیگیری ۱ ترخیصی) مشمول آن نمیگردد.

۴- ویزیت جامع در خصوص بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ مراقبت های بحرانی در خصوص بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ و ویزیت محدود در خصوص بیماران تریاژ سطح ۳ و ۴ فقط به متخصصین طب اورژانس قابل پرداخت است. ضمناً ویزیت های مذکور در یک روز به طور همزمان با هم قابل پرداخت نمی باشند.

۵- رعایت سطوح تریاژ ضروری است، و خدمات جنبی بر اساس سطح تریاژ جداگانه قابل محاسبه و پرداخت میباشند. (به طور مثال هزینه مانیتورینگ و پالس اکسی متری در سطوح تریاژ ۱ و ۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند و حال آنکه در سایر سطوح تریاژ حسب نیاز بیمار قابل محاسبه و پرداخت می باشند).



۶- در صورتی که پزشک متخصص طب اورژانس جهت بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ درخواست مشاوره نموده و منجر به بستری بیمار گردد. حق الزحمه پزشک متخصص که پاسخ مشاوره را می دهد معادل ویزیت روز اول بستری محسوب می شود. بدیهی است در این صورت ویزیت روز اول بستری به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمیباشند.

۷- مشاوره در بیماران تریاژ سطح ۳ و ۴ و ۵ غیر قابل پرداخت است.

۸- پرداخت همزمان ویزیت پزشک عمومی با ویزیت تریاژ سطح ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ غیر قابل پرداخت است.

در صورت ویزیت بیماران تریاژ سطح ۵. فقط ویزیت سرپائی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۹- ویزیت های روز اول پیگیری. ترخیص. به متخصص طب اورژانس تعلق نمی گیرد.

۱۰- پس از تعیین تکلیف بیمار، چنانچه نیاز به ادامه درمان و بستری در بخش باشد. می بایست بیمار به بخش یا متخصص مربوطه ارجاع داده شود. لذا در روز اول بستری علاوه بر ویزیت متخصص طب اورژانس (بسته به سطح تریاژ) ویزیت روز اول بستری نیز به متخصص مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

مثالهایی از مراقبت بحرانی

۱- ساعت اول مراقبت بحرانی در یک مرد ۶۵ ساله با شوک سپتیک متعاقب رفع انسداد حالب ناشی از یک سنگ

۲- ساعت اول مراقبت بحرانی از یک بیمار ۴۰ ساله با دیسترن تنفس (RR-22) ناشی از آسم

۳- ساعت اول مراقبت بحرانی از یک بیمار ۴۵ ساله که متعاقب تصادف اتوموبیل با او دچار پارگی کبد، هماتوم مغزی، قفسه سینه موج و کنتوزیون ریه شده است.

۴- ساعت اول مواظبت بحرانی از خانم ۶۵ ساله که متعاقب هیستریکتومی دچار توقف کلی ناشی از آمبولی ریه شده است.

۵- ساعت اولیه مراقبت بحرانی از یک کودک ده ساله با فشار خون سیستولیک ۹۰ دچار اسهال و دهیدراتاسیون.



دستورالعمل مدیریت فرایندهای اورژانس توسط متخصصین مقیم

در بیمارستان هایی که دارای شرایط حضور متخصصین مقیم اورژانس می باشند بدیهی است که مدیریت اورژانس و درمان بیماران در این بخش با متخصص طب اورژانس بوده و در بیمارستان های فاقد متخصص طب اورژانس، متخصص داخلی یا جراحی مقیم عهده دار مسئولیت نظارت و مدیریت بخش اورژانس خواهد بود. (عطف به بند ۴ بخشنامه ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۱۳۸۹/۴/۱۵).

شایان ذکر است شرح فعالیت های متخصص مقیم اورژانس مشتمل بر تعیین تکلیف بیماران، تصمیم گیری در مورد گروه تخصصی مورد مشاوره، مدیریت تخت (bed manager) و مدیریت فرآیند های درمانی و آموزشی بخش اورژانس می باشد.

نظر به اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت و لزوم ارتقاء فرآیند های آموزشی و درمانی بخش های اورژانس بیمارستانی در آخرین جلسه توزیع نیروی تخصصی طب اورژانسی که با همکاری شورای بورد تخصصی در دفتر معاونت درمان وزارت متبوع مورخه ۱۳۹۳/۷/۱ تشکیل گردید مقرر شد:

۱- در تمامی بخشهای اورژانس بیمارستانی اعم از دایر و یا در حال راه اندازی پوشش کامل ۲۴ ساعته تخصصی (تمام روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل) صورت پذیرد و دانشگاهها موظف به تکمیل ظرفیت حداقل ۴ نفر پزشک متخصص طب اورژانس در هر بیمارستان می باشند و رعایت این حداقل ها در راه اندازی و تخصصی نمودن اورژانس دیگر مراکز الزامی می باشد.

۲- با توجه به لزوم کیفیت ارائه خدمات و استفاده بهینه از نیروی انسانی تخصصی ضروری است حداکثر ساعت کاری برای هر یک از متخصصین طب اورژانس ۱۲ ساعت در هر نوبت کاری لحاظ گردد.

۳- نظارت بر اجرای دقیق و استاندارد و نحوه توزیع نیروی تخصصی طب اورژانس در مراکز آموزشی و درمانی و نیز رعایت اصول گردش کار در دانشگاه ها بر عهده اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت حوادث و فوریت های وزارت متبوع می باشد.

شایان ذکر است نتایج بازخورد های بازدید های صورت گرفته توسط اداره اورژانس بیمارستانی به شورای بورد تخصصی طب اورژانس و معاونت آموزشی وزارت متبوع جهت ایجاد هماهنگی و اتخاذ و اجرای تصمیمات مقتضی ارائه می گردد.



پیرو نامه شماره ۱/۲/۳۶۳۲ پ مورخ ۹۳/۴/۱ به اطلاع می‌رساند مطابق دستورالعمل ابلاغی وزیر بهداشت به شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ در بند ۱ و ۵ ماده ۷ تاکید بر حضور متخصص طب اورژانس در برنامه مقیمی شده است. همچنین در بند ۱۵ ماده ۹ شیوه پرداخت تمامی رشته‌های مقیمی در دانشگاه‌های سراسر کشور به عهده هیات امنای آن دانشگاه و ضریب کیفیت مندرج در ماده ۱۱ قرارداد شده است. لذا با رعایت مفاد دستورالعمل پرداخت حق مقیمی به کلیه پزشکان ثبت شده در سایت تحول نظام سلامت حداکثر در پایان ماه الزامی است. (نامه شماره ۴۰۰/۶۱۶۱ مورخ ۹۳/۴/۱۲)

ارتقای خدمات در بخش اورژانس: (۴۰۱/۱۲۴۶۲ مورخ ۹۵/۴/۲۳)

پیرو استعلام‌های متعدد معاونین محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در خصوص چگونگی به کارگیری متخصصین طب اورژانس و ساعات موظفی متخصصین به استحضار می‌رساند پزشکان متخصص طب اورژانس مسئولیت مدیریت و درمان بیماران در بخش اورژانس را به عهده داشته و مطابق قانون کار و برابر سایر متخصصین معادل ۴۴ ساعت در هفته موظف به انجام خدمت (در صورتی که از حضور پزشکان مذکور در آموزش پرسنل درمانی استفاده می‌شود) می‌تواند ساعت آموزش به عنوان ساعت موظفی محسوب گردد. می‌باشند حضور متخصصین طب اورژانس در بخش اورژانس مطابق با نوع و ماهیت کاری با توجه به اصل ایمنی بیمار حداکثر ۱۲ ساعت شیفت کاری بوده (بیش از ۱۲ ساعت کارکرد متوالی در بیمارستان با توجه به نوع و ذات کاری متخصصین طب اورژانس که باید با هوشیاری کامل باشد اصلاً قابل قبول و قابل توجیه نمی‌باشد) و اصطلاحی به عنوان آنکال جایگاهی در خدمات متخصص طب اورژانس ندارد لذا در صورتی که جهت تکمیل کادر درمانی تخصصی به صورت مقیم در بخش اورژانس تعداد متخصصین طب اورژانس مطابق ساعت موظفی کافی نمی‌باشد معاونین محترم درمان می‌توانند تا زمان تکمیل تعداد متخصصین طب اورژانس در آن بیمارستان شیفت‌های خالی اورژانس را توسط متخصصین جراحی، داخلی و یا بیهوشی تحت عنوان متخصص مقیم اورژانس و در گروه طب اورژانس لحاظ نموده، تا بیمارستان از خدمات تخصصی شبانه روزی در این بخش محروم نگردد. و با توجه به تعریف قانون کار که برابر ۴۴ ساعت در هفته می‌باشد با محاسبه میزان ساعات کارکرد سایر متخصصین اگر کمتر از ۴۴ ساعت در هفته کارکرد داشته باشند کاهش کار عزیزان به عنوان متخصص مقیم اورژانس استفاده نمایند. تا اصل موضوع حضور متخصص مقیم در اورژانس و مراقبت بیماران اورژانس در شرایط بحرانی که از وظایف اصلی وزارت بهداشت می‌باشد به خوبی مدیریت شود و نظارت بر حسن اجرای این مقوله مستقیماً به عهده روسای بیمارستان و مدیر محترم مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی آن دانشگاه می‌باشد.



در خصوص بیمارستان هایی که دارای دستیار تخصصی رشته های دیگر می باشند اقدام حیاتی جهت بیماران با نظر متخصص مقیم اورژانس صورت پذیرفته و دستیاران رشته های تخصصی اجازه جلوگیری از انجام خدمات حیاتی که با سلامت جسمی بیماران تداخل دارد را با دلیل نیاز به مشاور باآند انکال ندارند و نیازی نیست که جهت انجام درمان های فوریتی کسب اجازه از پزشک متخصص آنکال مربوطه گرفته شود. و در صورتیکه پزشک مقیم اورژانس دستور اقدام اورژانسی به صورت خدمت بالینی را صادر نماید. بیمارستان موظف است بدون توجه به نوع بیماری، دستور متخصص را اجرا نموده و نیازی به مشاوره با رزیدنت یا آنکال رشته مربوطه نمی باشد مگر در مواردی که متخصص مقیم درخواست مشاوره اورژانس نماید که در این موارد باید مشاوره درخواستی توسط رزیدنت ارشد یا آند مربوطه به طور مستقیم پاسخ داده شود.

با توجه به مسئولیت و مدیریت اقدامات درمانی که به عهده متخصصین مقیم اورژانس می باشد و با ذکر این مطلب که کلیه اقدامات انجام شده در بیمارستان باید قابل رهگیری و پیگیری باشد هر گونه اقدام و بروسیجر درمانی باید با تشکیل پرونده صورت پذیرفته و مسئولیت پرونده به عهده متخصص مقیم اورژانس می باشد رزیدنت های سایر رشته های تخصصی حاضر در اورژانس تنها در این مورد می توانند به عنوان مطلع از اقدامات انجام شده موارد را به اطلاع آند و آنکال مربوطه برسانند.

نظارت بر کلیه اقدامات داخل بیمارستان در بخش اورژانس از تریاژ تا ترخیص به عهده متخصصین مقیم اورژانس می باشد و بیمارستان موظف است با توجه به دستورالعمل **bed manager** که قبلا اعلام گردیده است مسئولیت نظارت بر خدمات اورژانس بیمارستانی، را به عهده متخصص مقیم اورژانس قرار داده و تمام پرسنل شاغل در اورژانس تحت نظارت متخصصین مقیم ارائه خدمت نمایند. این موارد شامل بررسی و نظارت بر سطح علمی پرسنل شاغل در اورژانس نیز می باشد. لذا در صورتی که پرسنل شاغل در اورژانس نسبت به آموزش های لازم و همچنین امور درمانی علمی و استاندارد مورد نظر متخصص مقیم اورژانس اقدام نمایند در صورت اعلام کتبی متخصص مقیم با توجه به اصل موضوع حفظ ایمنی بیمار بیمارستان موظف است به طور جدی با افراد اعلام گردیده برخورد نموده تا سیاست یکپارچه اورژانس حفظ کرد.

نامه شماره ۶۱۶۱ مورخ ۹۳/۴/۱۲ معاون محترم درمان و دبیر ستاد کشوری برنامه تحول در نظام سلامت مبنی بر الزامی بودن پرداخت حق مقیمی به کلیه پزشکان ثبت شده در سایت تحول نظام سلامت و با عنایت به بند ۵/۱ ماده ۷ دستورالعمل ابلاغی وزیر بهداشت به شماره ۱۰۰۱۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ که در آن بر حضور متخصص طب اورژانس در برنامه مقیمی تاکید شده است. ضمن کسر ساعات موظف از ساعات حضور به ازاء هر ۱۸ ساعت حضور غیر موظف (عصر و شب) حق الزحمه یک شب مقیمی به متخصص طب اورژانس با رعایت مفاد دستورالعمل پرداخت حق مقیمی در نظر گرفته شود.



نامه شماره ۴۰۱/۱۲۴۶۲ د مورخ ۹۵/۴/۲۳ رئیس محترم مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی استان تهران، در خصوص چگونگی بکارگیری متخصصین طب اورژانس در قالب دستورالعمل مقیمی در ساعات موظفی ایشان ارسال می گردد. مقتضی است با توجه به نامه مذکور دستور اقدام صادر گردد.

دستورالعمل مقیمی طب اورژانس:

هدف کلی از برنامه پزشک مقیم در بیمارستانهای دانشگاهی: بهره مندی به هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف اختصاصی:

۱. ارائه بموقع خدمات درمانی

۲. پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی

۳. تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن

۴. انجام به موقع ویزیت بیماران. اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی

۵. افزایش رضایتمندی مردم

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. به منظور پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی و تضمین دریافت خدمات درمانی مناسب در هر ساعت شبانه روز و در همه نقاط کشور و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبتهای سلامت. دانشگاههای علوم پزشکی مکلفند در بیمارستان های درمانی / آموزشی تابعه از پزشکان متخصص یا فوق تخصص / فلوشیپ به عنوان پزشک مقیم استفاده نمایند.

ماده ۵. تعهدات پزشک مقیم

۱. پزشک مقیم موظف است در تمام ساعات مقیمی حضور فیزیکی فعال در بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی داشته و اقدام تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام دهد

۱.۱. حضور پزشک در خانه های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی شود

ماده ۶. مشمولین دستورالعمل



۱. کلیه رشته های تخصصی / فوق تخصصی / فلوشیپ های مورد نیاز مراکز بیمارستانی. به پیشنهاد رییس دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت مشمل این دستور العمل می باشند

ماده ۷. مراکز مشمول

بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی با کمتر از ۶۴ تخت فعال از شمول این آیین نامه خارج میشوند

۱.۱. بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی تک تخصصی کمتر از ۶۴ تخت فعال شامل این دستورالعمل می شوند

۱.۲. ماده ۷. مراکز مشمول

بیمارستان های درمانی / آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی با کمتر از ۶۴ تخت فعال از شمول این آیین نامه خارج می شوند

۱.۲. در شرایط خاص در بیمارستانهای درمانی زیر ۶۴ تخت فعال که به تشخیص دانشگاه حضور پزشک مقیم الزامی است این موارد با درخواست دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع مشمول آیین نامه میگردد.

۲. کلیه بیمارستان های درمانی / آموزشی درمانی جنرال ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال ضروری است دارای یک پزشک مقیم از یکی از رشته های تخصصی داخلی. جراحی عمومی و یا طب اورژانس باشند.

۳. کلیه بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی جنرال با بیش از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال ضروری است دارای دو تا چهار پزشک مقیم در رشته های تخصصی مورد نیاز باشند

۴. کلیه بیمارستانهای درمانی / آموزشی درمانی جنرال با بیش از ۲۵۶ تخت فعال ضروری است چهار تا شش پزشک مقیم در رشته های تخصصی مورد نیاز باشند

۵. دانشگاه در انتخاب رشته های تخصصی و تعداد متخصصین مورد نیاز بیمارستان باید بر اساس بخشهای موجود و بیمارپذیری بیمارستان عمل نماید

۵.۱. در بیمارستانهای که حداقل ۳ متخصص طب اورژانس حضور دارند حضور متخصصین طب اورژانس مقیم ضروری است

۶. بیمارستانهای تک تخصصی زنان میبایست دارای ۳ پزشک مقیم با تخصصهای زنان. بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق تخصص نوزادان باشند

۷. در سایر بیمارستانهای تک تخصصی جراحی دو نفر متخصص شامل یک نفر متخصص جراح مربوط و یک متخصص بیهوشی مقیم ضروری است

۸. در بیمارستانهای تک تخصصی غیر جراحی یک نفر متخصص همان رشته مقیم ضروری است



۹. مرکز تروما باید دارای پزشک مقیم متخصص ارتوپدی باشند

۱۰. مراکز تروما اصلی دانشگاه علوم پزشکی . باید علاوه بر تعداد پزشکان مندرج در بندهای ۲ و

۳ و ۴ پزشک مقیم متخصص ارتوپدی بطور همزمان یک پزشک مقیم فوق تخصص جراحی عروق و متخصص جراحی مغز و اعصاب نیز باشند

۱۰،۱. در صورت عدم حضور فوق تخصص عروق در استان . دانشگاه مکلف است زنجیره ارجاع بیماران اورژانس مرتبط را با مرکز قطب تعریف و ابلاغ نمایند

۱۱،۱. متخصصین بیهوشی مقیم بخشهای مراقبت ویژه نمیتوانند بصورت مقیم بیهوشی مرکز در همان شیفت بکار گیری شوند

۱۲. در بخشهای مراقبت ویژه قلبی مراکز درمانی / آموزشی درمانی ریفرال قلب و عروق حضور متخصص قلب مقیم سی سی یو الزامی است.

۱۲،۱. مراکز ریفرال قلب و عروق دانشگاهها با اعلام دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع تعیین میگردد

ماده ۸. الزامات برنامه

۱. حداکثر تعداد نوبت کاری پزشک مقیم در هر ماه معادل ۱۵ شبانه روز غیر متوالی میباشد

۱،۱. تنها در بیمارستانهای مشمولی که امکان اجرای این ماده وجود داشته باشد . با موافقت معاونت درمان دانشگاه و رضایت پزشک مربوطه . این تعداد نوبت کاری قابل افزایش است

۲. دانشگاه درمانی / آموزشی موظف است جهت پوشش کامل مقیمی مراکز با اولویت پزشکان تمام وقت جغرافیایی اقدام نماید

۲،۱. در صورتی که در هر یک از بیمارستانهای مشمول برنامه امکان پوشش مقیمی توسط پزشکان آن مرکز وجود نداشت دانشگاه مکلف است از پزشکان سایر مراکز و یا پزشکان آزاد با عقد قرارداد استفاده نماید

۲،۲. تعیین پزشک مسئول پیگیری بیماران بستری شده در طی زمان مقیمی بر عهده ریاست بخش است

۲،۳. رئیس بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی موظف است شرایط پذیرش و پیگیری بیماران درمان شده در طی زمان مقیمی را فراهم نماید

۲،۳،۱. رئیس بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی موظف است فضا و امکانات رفاهی مناسب جهت اقامت پزشک مقیم را فراهم نماید



۳. رئیس بیمارستان و یا بخش مربوطه /رئیس بیمارستان های آموزشی درمانی موظف است برنامه پوشش ارایه خدمات تخصصی بیماران اورژانسی در ساعات اداری و شیفت کاری روزهای هفته را تنظیم نماید.

ماده ۹. حق الزحمه مقیمی

حق الزحمه پزشک مقیم بطور متوسط به ازای هر شب مقیمی ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳ می باشد در سالهای بعد رقم حق الزحمه از سوی وزارت بهداشت در ابتدای هر سال اعلام میگردد.

۱.۱. دانشگاه علوم پزشکی با نظر ریاست مرکز میتواند با در نظر گرفتن نیاز و درجه محرومیت منطقه نوع تخصص و میزان کارکرد پزشک حق الزحمه مقیمی را تا ۵۰ درصد کاهش و یا تا ۵۰ درصد افزایش دهد

۱.۲. به حق الزحمه پزشک مقیم در روزهای تعطیل معادل یک سوم مبالغ روزهای غیر تعطیل اضافه میگردد

۱.۳. حق الزحمه مقیمی علاوه بر حقوق و مزایا و کارانه پزشک میباشد

۱.۴. در صورت تقسیم پوشش شیفت مقیمی توسط چند نفر پرداخت به تناسب میزان حضور از ساعات شیفت کامل پرداخت گردد

بررسی برخی مشکلات موجود در مراکز درمانی:

الف) در برخی مراکز بیمارستانی پس از ویزیت و ارزیابی بیمار توسط متخصص طب اورژانس و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و سپس تعیین تکلیف بیمار و تصمیم به بستری در سرویس تخصصی مرتبط ، به جهت عدم اجرای صحیح ضوابط آنکالی (دستورالعمل شماره ۱۳ مراقبت های مدیریت شده و دستورالعمل شماره ۵۳۸۱ / ۴۰۲ د مورخ ۹۶/۳/۶) وعدم حضور متخصص آنکال مربوطه بر بالین بیمار، ثبت دستورات بالینی بخشهای بستری به جای متخصص فراخوان شده ، به متخصص طب اورژانس واگذار میگردد که از چند جهت مورد اشکال میباشد .

۱. علی رغم تعریف آنکالی، بیمار از ویزیت سرویس تخصصی مرتبط محروم شده و لذا حقوق بیمار به منظور دسترسی به خدمات تخصصی رعایت نمیگردد.

۲. با توجه به اهمیت دقایق اولیه در ارائه خدمات فوریتی به بیماران بخش اورژانس ، صرف زمان و تمرکز متخصص طب اورژانس برای بیمارانی که خدمات به موقع اورژانسی را دریافت کرده و تعیین تکلیف شده اند و در انتظار ویزیت پزشک مشاور و آنکال می باشند ، موجب غفلت از بیماران جدید و کاهش کیفیت خدمات به سایر بیماران و تضییع حقوق ایشان می گردد. لذا خواهشمند است در صورت صلاحدید طی ابلاغیه ای ، تاکید شفاف بر لزوم حضور متخصص آنکال و ویزیت بیمار در طی شیفت و



ثبت دستورات لازم توسط ایشان صورت گرفته بطوریکه ثبت دستورات سرویس تخصصی بستری بیمار توسط متخصص طب اورژانس به نیابت از پزشک آنکال منع گردیده و صرفاً به موارد خاص و استثنا محدود شود.

ب) در برخی مراکز بیمارستانی تعیین تکلیف و سرویس تخصصی مورد نیاز بیمار جهت بستری، صرفاً جهت ارائه آمار مطلوب این شاخص و ثبت اداری قلمداد شده و بیمار کماکان در اورژانس مانده و به صورت مشاوره ای توسط سرویس تخصصی ارزیابی و درمان شده و متخصص مورد فراخوان از بستری در سرویس خود امتناع می ورزد در نتیجه انتقال به سرویس و تعیین تکلیف حقیقی رخ نداده و زمینه ساز مشکلات متعدد در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و نارضایتی بیماران می گردد.

لذا موارد ذیل در خصوص درخواست مشاوره یا ویزیت بر اساس موازین علمی و استاندارد ها ایفاد میگردد تا در صورت صلاحدید در راستای یکسان سازی گردش کار به صورت شفاف ابلاغ گردد:

دستورالعمل مشاوره هادر اورژانس:

مشاوره ها در اورژانس بایستی براساس دستورالعمل زیر انجام گردد:

- در مراکز آموزشی درمانی:
 - ۱. Emergent (قرمز): حداکثر طی ۱۵ دقیقه
 - ۲. Urgent (زرد): حداکثر طی ۳۰ دقیقه
 - ۳. Non Urgent (سبز): حداکثر طی ۶۰ دقیقه
 - در مراکز درمانی:
 - ۱. Emergent (قرمز): حداکثر طی ۳۰ دقیقه
 - ۲. Urgent (زرد): حداکثر طی ۶۰ دقیقه
 - ۳. Non Urgent (سبز): حداکثر طی ۱۲۰ دقیقه
- در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار توسط سرویس تخصصی مورد فراخوان طی مدت شش ساعت متخصص مقیم بخش اورژانس (Bed manager) راساً نسبت به تعیین تکلیف و بستری در بخش مرتبط اقدام نمایند .
 - الزام توجه به عبارت "انتقال به سرویس" در درخواست ویزیت تخصصی در بخش اورژانس توسط سایر سرویسهای تخصصی مقیم / آنکال جهت تسریع در امر تعیین تکلیف و انتقال بیمار مورد تاکید قرار گیرد.



- در صورت وجود شواهد بالینی و یا پاراکلینیک تایید کننده تشخیص ، حتی در بدو ورود بیمار (به عنوان مثال در بیمار استروک مغزی یا حمله حاد قلبی یا خونریزی گوارشی واضح یا هر مورد مشابه مشخص کننده سرویس تخصصی مربوطه) ، می بایست تعیین تکلیف بیمار در اسرع وقت صورت پذیرفته و حد زمانی ۶ ساعت صرفا مربوط به بیماران می باشد که تا آن زمان امکان تایید تشخیص برایشان مقدور نمی باشد. بدیهی است بیمار در این شرایط بر اساس آیین نامه های مربوطه و پروتکل های موجود به نزدیک ترین سرویس با شرایط بالینی انتقال می یابد.
- پس از تعیین تکلیف و انتقال بیمار به هر سرویس تخصصی، تمام وظایف شامل تصمیم گیری های بالینی ، هماهنگی های بین بخشی ، مشاوره ها ، ثبت مستندات پرونده و... به سرویس مربوطه واگذار میگردد .

دستورالعمل سونوگرافی fast در اورژانس

در خصوص نامه شماره ۱۲۲/۲۱۲۵/د به تاریخ ۹۵/۸/۲۲ و در پاسخ به درخواست رئیس محترم انجمن رادیولوژی ایران به شماره ۵۴۱۸۰/۱ به تاریخ ۹۵/۸/۲۲ و مطابق مصوبات نشست هفتاد و دوم شورای آموزش و پزشکی و تخصصی مورخ ۸۹/۱۱/۷ و با عنایت به مصوبات شصت و نهمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی در آبان ماه ۱۳۸۷ و چارچوب کوریکولوم آموزشی رشته تخصصی طب اورژانس مندرج در صفحه ۸ به استحضار می رساند:

۱- انجام سونوگرافی توسط فارغ التحصیلان رشته طب اورژانس، بر اساس کوریکولوم مصرف وزارت بهداشت و نیز گاید لاین بین المللی استاندارد آموزش در این رشته به صورت فراگیر در ۶۳ کشور عضو فدراسیون بین المللی طب اورژانس (international federation of emergency medicine) توصیه شده است، بدیهی است انجام سونوگرافی خارج از چهارچوب فوق مورد تأیید نمی باشد.

۲- لازم به ذکر است نوع سونوگرافی انجام شده توسط متخصصین طب اورژانس از نوع **point of care ultrasound** (به اختصار **pocus**) می باشد و انجام سونوگرافی جامع (**comprehensive ultrasonography**) صرفا محدود به همکاران رادیولوژیست است.

۳- متخصصین طب اورژانس بنا به وظیفه حرفه ای و بنا به موقعیت های اورژانس از تمامی امکانات در دسترس جهت تشخیص و مراقبت از بیماران استفاده می نمایند. استفاده از سونوگرافی لحظه مراقبت **pocus** یکی از این ابزار است که بر خلاف سونوگرافی جامع **comprehensive** که توسط متخصصین محترم رادیولوژیست انجام می شد کاملا متمرکز انجام گرفته و با



هدف پاسخگویی به سوال یا سوالات بالینی و تعیین تکلیف سریع و به موقع بیمار می باشد از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود.

- بیمار با شوک کاردیوژنیک جهت بررسی احتمال تامپوناد قلبی

- بیمار با نارسایی حاد تنفسی جهت بررسی پنوموتورراکس فشاری

- بیمار ترومایی با شوک هیپوولمیک جهت بررسی خونریزی فعال داخل شکمی

۴- دلیل دیگر استفاده از ابزار سونوگرافی در مراقبت های اورژانس افزایش دقت در انجام برخی از پروسیجرها و جلوگیری از عوارض ناخواسته در بیماران می باشد از جمله این موارد می توان به تعبیه مسیر ورید مرکزی با راهنمای سونوگرافی و یا دسترسی به رگ محیطی با کمک سونوگرافی و یا اطمینان از صحت لوله گذاری تراشه با کمک دستگاه سونوگرافی است که این موارد اصولاً بر بالین بیماران بدحال انجام می شود.

۵- جامعه طب اورژانس ضمن احترام کامل به خدمات شایسته و مهم متخصصین رادیولوژی در سطح کشور و طلب مساعدت و همکاری ایشان در مراقبت از بیماران در بخش اورژانس و نیز اورژانس های پیش بیمارستانی و حوادث غیر مترقبه، بر این موقعیت واقف است که در بسیاری از موارد بحران شانس بهره جویی از خدمات این همکاران عزیز در صحنه فراهم نیست. لذا اعتقاد بر آن است که با عنایت به اهمیت حفظ جان بیماران که وظیفه خطیر نظام سلامت است از همه توانمندی های موجود در مراقبت از بیماران بدحال به نحو شایسته استفاده گردد و البته این امر به هیچ وجه نباید جایگزین و یا ناقض خدمات تخصصی همکاران رادیولوژی در عرضه خدمت رسانی گردد. همچنین تعهد متخصصین اورژانس در این راستا به گونه ای است که به جزء موارد مصوب وزارت بهداشت هیچ گونه ادعایی مبنی بر دریافت حق الزحمه مازاد از نظام سلامت ندارند.

با توجه به موارد فوق و تفاوت کاملاً واضح بین نوع انجام سونوگرافی بین متخصصین رادیولوژی **comprehensive** و طب اورژانس **pocus** تداخل علمی و عملی در این زمینه وجود ندارد. در مورد سطح بندی تریاژ در مورد تروما نیز به استحضار می رساند طبق پروتکل **ATLS** در تمام بیماران ترومایی بدون در نظر گرفتن سطح تریاژ انجام **efast** که نوعی اولتراسونوگرافی **pocus** می باشد در **primare survey** در مرحله **c** و یا **adjunct to primary survey** باید انجام شود که به معنای انجام آن بر بالین بیمار در اتاق تروما در لحظات نخست ورود بیمار به اورژانس بدیهی است که **comprehensive**



ultrasongraphiy توسط متخصصین رادیولوژی در صورت لزوم در مرحله secondary survey در صورت شک بالینی انجام خواهد شد. که در این مورد نیز تداخل کاری بین همکاران متخصص طب اورژانس و رادیولوژیست وجود ندارند.

متخصصین طب اورژانس بنا به سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارائه خدمات بهینه در حوزه اورژانس های بیمارستانی و مطابق ضوابط ابلاغی ارائه خدمت توسط متخصصین مقیم سعی بر آن دارند تا به وظایف خود در قبال بیماران عمل نموده و از خدمات همه متخصصین دیگر در کنار قابلیت های و الزامات حرفه ای خود در خط اول بیمارستان در طول شبانه روز استفاده نمایند.

نحوه آموزش سونوگرافی برای رشته های تخصصی فوق تخصصی و تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) به غیر از رشته تخصصی رادیولوژی که در برنامه آموزشی مصوب آنها موضوعات سونوگرافی وجود دارد.

۱- در آموزش سونوگرافی بر اساس برنامه آموزش مصوب، بخش آموزشی رادیولوژی و بخش آموزش رشته مربوط می بایست تماماً مشارکت داشته باشند.

تبصره:

آموزش سونوگرافی مبتنی بر برنامه آموزشی مصوب برای رشته های غیر از رادیولوژی منجر به صدور گواهینامه مستقل نخواهد شد.

۲- موارد دشوار، موارد خارج از برنامه آموزشی مصوب و مواردی که تسهیلات آن در بخش های فوق موجود نیست، باید به بخش رادیولوژی ارجاع داده شود.

۳- موارد اختلاف در بیمارستان های آموزشی در جمعی متشکل از مدیران گروه های رشته های مربوط و رادیولوژی و مسئول آموزش بیمارستان (که باید دارای تخصصی غیر تخصصی های فوق باشد) تصمیم گیری شود. در صورت عدم توافق به معاونت آموزشی دانشگاه ارجاع تا با حضور مدیر آموزشی بالین تخصصی و سایر صاحب نظران بررسی و حل و فصل گردد.

۴- موارد ابهام - موارد جدید و تجدید نظر در موارد قبلی در کمیته های تدوین رشته های شده مشخص و به کمیسیون تدوین و برنامه ریزی آموزشی پیشنهاد گردد. مصوبات کمیسیون اخیر در کمیسیون دائمی معین شورا با حضور صاحب نظران مدعوین از هر دو رشته بحث و تصمیم گیری نهایی شود.



۶- مقررات مربوط به نحوه کاربرد سونوگرافی توسط متخصصین غیر رادیولوژی و نحوه نظارت بر آن توسط معاونت سلامت تدوین و ابلاغ گردد.

رای صادره در هفتاد و چهارمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی مورخ ۱۳۸۹/۱۱/۱۷ در مورد بند الحاقی به موضوع ۵ نشست ۷۲ شورای آموزش و پزشکی و تخصصی موضوع ۹ استفاده از ابزار های تصویر برداری برای انجام بهینه پروسیجر های تشخیصی درمانی منحصراً برای بیماران تحت مراقبت پزشک (متخصص /فوق تخصص) در چارچوب برنامه آموزشی مصوب سلامتی بیمار بوده و ثبت نتایج مربوط ضروری میباشد.

دستورالعمل تعیین تکلیف:

▪ دستورالعمل ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ وزارت بهداشت و دستورالعمل ۱۰۰/۱۳۰۳ مورخ ۹۰/۹/۱۹ وزارت بهداشت. تعیین تکلیف بیماران به نحوی است که کمتر از ۶ ساعت از ورود بیماران به اورژانس، یا در فهرست پذیرش از بخش های بستری قرار گیرند یا در برنامه ارجاع به سایر مراکز (در صورت عدم امکان ارائه خدمات تخصصی مربوط طبق دستورالعمل ارجاع و با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه) و یا با دستور پزشک ترخیص شوند.

تعریف بیماران تعیین تکلیف شده :

منظور از تعیین تکلیف بیمار، مشخص شدن وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس /متخصص طب اورژانس به صورت:

- دستور مرخص شدن از بخش اورژانس بعد از انجام اقدام تشخیصی و درمانی لازم توسط پزشک اورژانس /متخصص طب اورژانس
- دستور انتقال یا ارجاع قطعی بیمار به یک سرویس درمانی مشخص جهت بستری توسط پزشک اورژانس /متخصص طب اورژانس
- دستور اعزام به سایر بیمارستانها توسط پزشک اورژانس /متخصص طب اورژانس
- مرگ
- در صورتیکه سرویسی به ارجاع بیمار به سرویس خوداعتراض داشت تا مدت زمان ۴ ساعت می تواند درخواست ویزیت مجدد طب اورژانس /پزشک اورژانس کند در غیر اینصورت مسئولیت بیمار با سرویس ارجاع شده است.



• برخی از دستورات عمل های اختصاصی اعتبار بخشی اورژانس:

بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، به پزشک متخصص دسترسی دارند:

پزشک بخش اورژانس به صورت شبانه روزی در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل مقیم بخش اورژانس بوده و شرایط پزشکان مقیم به نحوی است که در بیمارستان های با ورودی بیش از سی هزار مراجعه در سال پزشک متخصص با ارجحیت تخصص طب اورژانس، داخلی، جراحی و در بیمارستان های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوط مقیم بخش اورژانس می باشند

برنامه های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند.

در تابلوی اطلاع رسانی اورژانس این دو برنامه در کنار هم نصب باشد..

دستورالعمل های مرتبط : دستورالعمل های وزارتی شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶ ، بند ۴ دستورالعمل وزارتی شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ ، دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و در اورژانس های با ورودی کمتر از ۳۰ هزار نفر در سال پزشک عمومی مقیم در اورژانس قابل قبول است.

در تمام شیفت های کاری بخش اورژانس، پرستارانی با حداقل ۲ سال سابقه خدمت در بخش های بالینی و گذراندن دوره های آموزش تخصصی اورژانس شاغل هستند.

دوره های آموزش تخصصی حداقل شامل اورژانس های پزشکی ، مهارت های ارتباطی، حل مسئله، مدیریت بحران، مدیریت استرس و احیای قلبی ریوی می باشد.

مسئول مدیریت تخت در بیمارستان تعیین شده و با اختیارات کامل، با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس، اقدام می نماید.

تمامی بیمارستان ها بایستی دارای مسئول مدیریت تخت باشند، انتخاب مسئول مدیریت تخت در موارد بکارگیری متخصصین مقیم در بخش اورژانس طبق بند چهارم دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت (شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵



(اقدام شود. همچنین دستورالعمل ۹۰۱۳/۴۰۱ مورخ ۹۳/۵/۲۲ و ۴۰۱/۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و ۱۸۵۲۰ مورخ ۹۴/۵/۶ مد نظر قرار گیرد

پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.

پذیرش بیماران الکتیو باید به نحوی برنامه ریزی گردد که از اختصاص تمام ظرفیت تخت‌های بستری خالی به بیماران الکتیو خودداری شود. این امر بویژه در بیمارستان‌های ریفرال و تروما در مدیریت بیماران بخش اورژانس کمک کننده است.

کمیته اورژانس در خصوص شناسایی خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس اقدام و برنامه‌ریزی‌های لازم در خصوص ارائه شبانه‌روزی این خدمات در اسرع وقت و با زمان بندی مشخص، صورت می‌پذیرد

کمیته تعیین تکلیف بیماران اورژانس

گزارش نتایج تصویربرداری در موارد اورژانس با توجه به شرایط بیمارستان برنامه ریزی شود.

سایر خدمات تشخیصی فراخور هر یک از بیمارستان‌ها شناسایی و برنامه ریزی می‌شود

ارائه خدمات پاراکلینیک اورژانس در بیمارستان براساس مصوبات کمیته اورژانس، به صورت شبانه‌روزی است

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.

بانک خون و آزمایشگاه اورژانس، با دسترسی ایمن و آسان فعال هستند

منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به آزمایشگاه و بانک خون (روشنایی، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرمایش و گرمایش، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون با اورژانس است منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به آزمایشگاه و بانک خون با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.



تصویربرداری اورژانس با دسترسی ایمن و آسان فعال می‌باشد

منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به واحد تصویر برداری (روشنایی، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن، سرمایش و گرمایش، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین، مجاورت رادیولوژی با اورژانس است.

منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به رادیولوژی با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.

پی‌گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس توسط کارکنان انجام می‌شود و بیمار/همراه در فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی دخالتی ندارند.

عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه یا اخذ نتیجه از آزمایشگاه یا تصویربرداری

عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت فرآورده‌های خونی مورد نیاز

عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال بیمار به واحد تصویر برداری و دریافت گزارش تصویربرداری

عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت نسخه دارویی بیماران تحت نظر و بستری در اورژانس

عدم استفاده از همراه بیمار در انجام مراقبت‌های بالینی و خدمات مرتبط به بالین بیمار

ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان مستقل است و دسترسی آن به خیابان اصلی برای ورود

آمبولانس تسهیل شده و مراجعین به راحتی مسیر دسترسی به اورژانس را تشخیص می‌دهند

عدم استفاده از بخش اورژانس به عنوان محل گذر به سایر بخش‌های بیمارستان

مستقل بودن ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان

فراهم بودن سهولت دسترسی به اورژانس از خیابان اصلی برای تردد آمبولانس و مراجعین

آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع عبور نموده و با استفاده از علائم راهنما تا ورودی بخش اورژانس پیش می‌رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می‌نماید.



بازبودن مسیر تردد آمبولانس یا خودروی حامل بیمار تا درب یا رمپ ورودی اورژانس

استفاده از علائم راهنما از درب ورودی اورژانس بیمارستان تا بخش اورژانس

برنامه ریزی برای جلوگیری از ازدحام بیماران و مراجعین در درب ورودی بخش اورژانس

ورودی بخش اورژانس مسقف بوده و آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می‌گیرد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به

واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و سایر بخش‌ها مسقف است

مسقف بودن ورودی اورژانس

امکان قرار گرفتن حداقل یک دستگاه آمبولانس در فضای مسقف ورودی اورژانس

مسقف بودن مسیر انتقال نمونه‌های آزمایش بیمار به واحد آزمایشگاه

مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به واحد تصویربرداری

مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به بخش‌های بستری

مسیرها و بخش‌های مختلف داخل و خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماهای مشخص، در تمام ساعات

شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند

قابل شناسایی بودن بخش‌های مختلف بخش اورژانس به وسیله تابلو

قابل شناسایی بودن مسیرهای داخل بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماها

قابل شناسایی بودن از مسیرهای خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماها در تمام ساعات شبانه روز

برای بیماران بدحال و کم توان که شخصا به بخش اورژانس مراجعه می‌نمایند، بیماربر و با برانکاردر ورودی اورژانس

آماده به خدمت است

حضور بیماربر جهت مساعدت به بیماران بدحال و ناتوان از ورودی اورژانس

وجود برانکاردر و ویلچر جهت پذیرش بیماران بدحال و ناتوان در ورودی اورژانس



وجود فرآیندی جهت اطلاع رسانی فوری مراجعه بیمار بدحال یا نیازمند به مساعدت بیماربر در درب ورودی اورژانس

بیمارستان در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او،

مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می‌نماید

آگاهی کارکنان از مفاد دستورالعمل پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانس وزارت بهداشت

ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانس و بدحال منوط به پرداخت هزینه نمی‌باشد.

دستورالعمل شماره ۴۰۰/۲۵۶۸۲ د مورخ ۹۴/۱۰/۱

توجه ویژه به قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۵۴/۳/۵ هیات وزیران

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 تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در

مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود

کمیته اورژانس و کمیته های تعیین تکلیف و تریاژ؛ در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارند.

کمیته تعیین تکلیف بیماران برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید

کمیته تریاژ بیمارستانی برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید

در کمیته اورژانس، نتایج پایش و ارزیابی شاخص های پنج گانه اورژانس تحلیل شده و در راستای بهبود عملکرد اورژانس با

هماهنگی همه گروه‌های پزشکی مرتبط، اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا می‌شود.

لیست گروه احیاء به صورت ماهیانه، در همه شیفت ها و بخش‌ها/ واحدها وجود دارد و در صورت اعلام کد احیاء بلافاصله

تیم حاضر می‌شود

تنظیم برنامه و فهرست اعضای گروه احیاء در همه شیفت‌ها

ابلاغ ماهیانه و نصب برنامه در تابلوی اعلانات

شروع اولین اقدام حیاتی در زمان کمتر از یک دقیقه از زمان اعلام کد احیاء



دستورالعمل " احیای قلبی ریوی " با حداقل‌های موردانتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و

براساس آن عمل می نمایند

دستورالعمل شامل احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته (بزرگسال ، اطفال و نوزادان)، برنامه کد احیا، شرح وظایف تیم احیا و نحوه تکمیل فرم ثبت گزارش و نظارت بر عملیات احیا

مستند سازی فرآیند و پایش احیای قلبی ریوی بر اساس دستورالعمل مرتبط ابلاغی شماره ۴۰۰/۷۰۹۱ مورخ ۹۴/۳/۳۰

در هر قسمت از اورژانس، پرستار مسئول در هر شیفت کاری از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز، اطمینان حاصل می نماید.

نصب آخرین ویرایش دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا

مشخص بودن فرد مسئول کنترل ترالی اورژانس در هر شیفت با ثبت آن

کنترل ترالی اورژانس در ابتدای هر شیفت کاری از نظر آماده، کامل و به روز بودن مطابق دستورالعمل

جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هر بار استفاده از ترالی

دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۱/۶۰۸۲ مورخ ۹۲/۵/۱۵ با موضوع آیین نامه استاندارد دارویی بخش اورژانس

ترالی اورژانس در دسترس کارکنان بخش‌های تشخیصی و درمانی می باشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم می باشد.

تعیین تعداد و محل قرارگیری ترالی احیا ، به گونه ای که دسترسی و استفاده از آن در زمان کمتر از یک دقیقه امکانپذیر باشد .