

ب-۲ مراقبت های حاد و اورژانس



پریسا عطا آبادی



ب-۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس

سطح	ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	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.
	❖ اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیر اورژانسی
	❖ 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
	استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانس بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد.



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.	سطح یک
❖ ارزیابی بیماران در انتظار بستری در بخش‌های ویژه قبل از انتقال توسط متخصص مربوط	
❖ انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل	
حداقل نکات مورد توجه همراه داشتن مانیتورینگ (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.	

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

**راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین
تحويل بیمار**

Guideline on Communication During Patient Hand-Over

تهیه و تدوین : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

مرداد ۱۳۹۳

• شاخص کلیدی عملکرد فرآیند^۷:

۱. تعداد موقعیت هایی که تمامی افراد شرکت کننده اجباری در فرآیند تحویل بیماران حضور دارند ۱۰۰×

کل تعداد موقعیت های تحویل بیماران

۲. تعداد بیمارانی که با استفاده از حداقل مجموعه داده ها در فرآیند تحویل بیماران ارائه شده اند ۱۰۰×

کل تعداد موقعیت های تحویل بالینی بیماران

• شاخص کلیدی عملکرد ساختار^۸:

۱. تعداد بخش ها و واحد های پزشکی که برای تحویل بیماران وقت اختصاصی تعیین نموده اند ۱۰۰×

کل تعداد بخش ها و واحد های پزشکی

۲. تعداد بخش ها و واحد های پرستاری که برای تحویل بیماران وقت اختصاصی تعیین نموده اند ۱۰۰×

کل تعداد بخش ها و واحد های پرستاری

۳. تعداد بخش ها و واحد های پزشکی که در هنگام تحویل بیماران به نتایج بررسی های پاتولوژی و رادیولوژی بیماران

دسترسی دارند ۱۰۰×

کل تعداد بخش ها و واحد های پزشکی

۴. تعداد بخش ها و واحد های پرستاری که در هنگام تحویل بیماران به نتایج بررسی های پاتولوژی و رادیولوژی بیماران

دسترسی دارند ۱۰۰×

کل تعداد بخش ها و واحد های پرستاری

• شاخص عملکردی کلیدی برون داد^۹:

۱. تعداد بیمارانی که متعاقباً نیاز به بررسی داشتند و در تحویل بیماران بررسی نشده بودند ۱۰۰×

کل تعداد بیماران

تعداد حوادث (مشکلات بیماران) گزارش شده مرتبط به تحویل بیماران



سطح دو	ب-۲-۴ * اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
<p>❖ تدوین خط مشی و روش " نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه " با مشارکت صاحبان فرایند</p> <p>❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش</p> <p>❖ پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش</p>	
<p>این خط مشی و روش با توجه به کمبود تخت‌های ویژه در اغلب بیمارستان‌ها نقش به سزایی 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 راه گشایمی‌باشد. همچنین در این خط مشی و روش لازم است، نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص نوزادان در بخش‌های ویژه تبیین شود.</p>	



✦ APACHE II

✦ SOFA

✦ MODS



ب-۲-۱-۶ * تامین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به نحوی است که ضرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none">❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی رادیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش های ویژه❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی سونوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش های ویژه❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی اکوکاردیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش های ویژه❖ امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران بستری در بخش های ویژه	
<p>وجود دستگاه های همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی برای بخش های ویژه کمتر از ۱۰ تخت توصیه موکد بوده اما در بخش های ویژه بیش از ۱۰ تخت الزامی است. همچنین استفاده از تجهیزات مناسب و پرتابل آن ها و ممانعت از جابجایی بیماران الزامی می باشد. استفاده از مشاوره نفرولوژیست/ متخصص مراقبت های ویژه/ متخصص داخلی آموزش دیده و حضور پرستار آموزش دیده جهت ارائه خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز الزامی است.</p>	



ب-۱-۲ *	مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه با شرایط مشابه با بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.	سطح سه
❖	آگاهی پزشکان و پرستاران مراقب بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه از خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"	
❖	ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"	
❖	تامین تجهیزات، امکانات و ملزومات مورد نیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه تا زمان انتقال به بخش ویژه	
❖	استفاده از پرستار آموزش دیده بخش‌های ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه	
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 ذیصلاح 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		



ب-۲-۲-۲ * فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نحوی برنامه ریزی شده که اختلال / تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی شود. سطح یک

❖ حضور مستمر پزشک مقیم اورژانس جهت ویزیت بیماران پس از تریاژ

❖ ویزیت تمامی بیماران مراجعه کننده اورژانس توسط پزشک مقیم اورژانس در حداقل زمان

❖ هماهنگی با واحد مددکاری در خصوص بیماران بدحال / بیهوش / مجهول الهویه بدون همراه و حضور مددکار جهت هماهنگی اقدامات بیمار

❖ عدم وجود گام های 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

❖ طراحی فرایندهای اقدامات تشخیصی آنی / فوری پاراکلینیک و عدم اطاله ارزیابی های آزمایشگاهی در زمان طلایی

❖ در دسترس بودن و انجام اقدامات تشخیصی از جمله تصویر برداری، سونوگرافی، نوار قلب و سایر خدمات تشخیصی اختصاصی اورژانسی بدون هرگونه اطاله زمان

❖ انجام مشاوره های اورژانسی بیماران تحت نظر در حداقل زمان ممکن توسط پزشکان سرویس تخصصی ذیصلاح

بیماران / مراجعین به اورژانس حتی در موارد غیر اورژانس یا روتین نیز بایستی قبل از ارجاع به درمانگاه های 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.

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 بخش‌های 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.



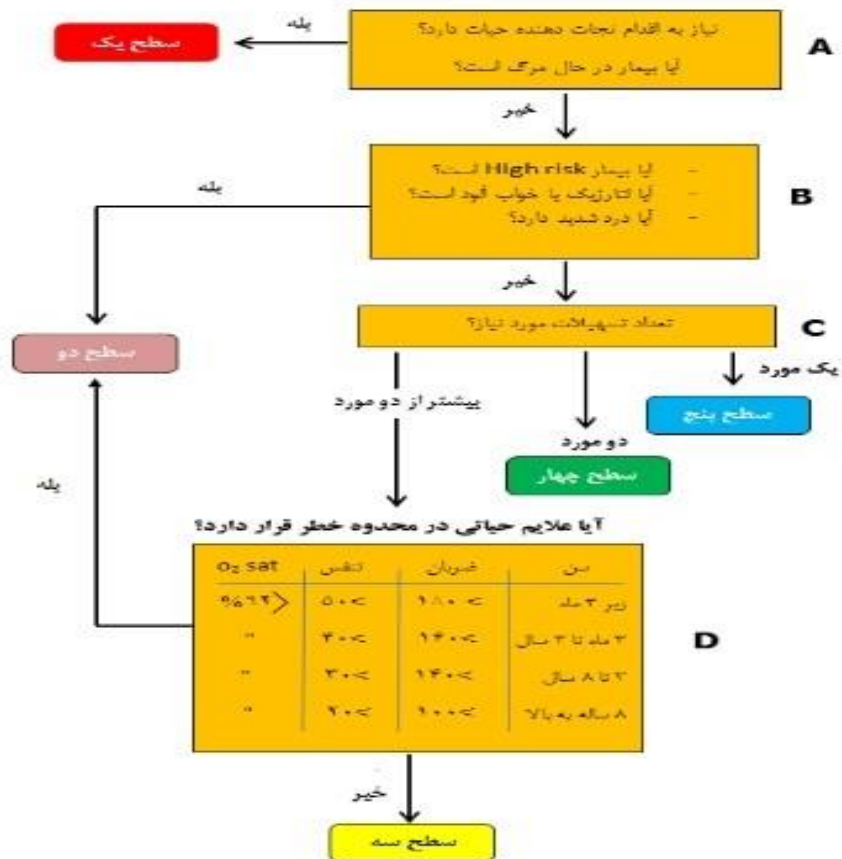
در صورت وجود شواهد بالینی و یا پاراکلینیک تایید کننده تشخیص ، حتی در بدو ورود بیمار (به عنوان مثال در بیمار استروک مغزی یا حمله حاد قلبی یا خونریزی گوارشی واضح یا هر مورد مشابه مشخص کننده سرویس تخصصی مربوطه) می بایست تعیین تکلیف بیمار در اسرع وقت صورت پذیرفته و حد زمانی ۶ ساعت صرفاً مربوط به بیمارانی 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 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 .





الگوریتم تریاز به روش ESI





اصلاحیه

دستورالعمل اجرا و اصول راه اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی
در بخش اورژانس



"به هیچ عنوان پذیرفتنی نیست که پرستاران تریاژ، قبل از معاینه کامل بیمار توسط پزشک بخش اورژانس و بررسی های لازم، بیماری را
غیر اورژانسی تلقی کرده به درمانگاه ارجاع دهند."



بلکه بر اساس میزان منابع مورد نیاز در بخش، بیمار را برای دریافت خدمات اولویت بندی می کنند. همچنین بیماران منتظر برای دریافت خدمات، در فواصل زمانی مناسب بر اساس اولویت بالینی باید مجدداً ارزیابی شوند تا در صورت تغییر وضعیت بالینی، اولویت رسیدگی به آنان نیز تغییر کند. باید وظایف کارکنان، محدوده اختیارات ایشان و تعامل سایر کارکنان و بخش ها با واحد تریاژ نیز کاملاً مشخص باشد.



سطح دو	ب-۲-۳-۲ * داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس با دسترسی ایمن و آسان در تمام ساعات شبانه روز فعالیت می‌نمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد آزمایشگاه اورژانس و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز ❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد بانک خون و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز ❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد تصویربرداری و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز ❖ دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد داروخانه سرپایی و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز
	<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، سرمایش 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>کمیت 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 ازجمله استفاده از ظرفیت سایر مراکز اقدام شود و در هر صورت این امر موجب وقفه در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نشود.</p>



دستور العمل جامع اورژانس بیمارستانی





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

پی گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس توسط کارکنان انجام می شود و بیمار/همراه

در فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی دخالتی ندارند.

ب-۲-۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش‌های بستری در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود. سطح



سطح دو	ب-۲-۴-۳ * پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.
	<ul style="list-style-type: none">❖ 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❖ عدم تصرف/مسدود نمودن تخت‌های بستری برای بیماران الکتیو و غیر اورژانسی❖ اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال و اورژانس در بخش‌های بستری
	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.
	دستورالعمل ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ وزارت بهداشت

۵- کلیه متخصصان (هیئت علمی و کادر درمانی) چه در روزهای عادی و چه در زمان آنگاهای موظفند بیماران بخش اورژانس را ویزیت و تعیین تکلیف نمایند. مسئولیت رسیدگی به این موضوع بر عهده ریاست بیمارستان و کمیته تعیین تکلیف نهاییست.

۶- در زمانی که بیماران نیازمند بستری در یکی از بخشهای بیمارستان در اورژانس حضور دارند، پذیرش و بستری بیماران غیر اورژانسی (الکتیو) انجام نمی پذیرد و نظارت بر اجرای این امر بر عهده ریاست بیمارستان و **bed manager** می باشد.

۷- در مواردی که ازدحام و انبوه بیماران در بخش اورژانس مانع ارائه مراقبت به موقع و مناسب به بیماران می گردد و تخت خالی جهت بستری بیمار در بخش مربوطه وجود ندارد، با نظر **bed manager** در بخشهای غیر مرتبط وانی ترجیحا در **بستگاه بزرگ بستری** می شوند.

لازم است ضمن ابلاغ به بیمارستان های تحت پوشش، پیشرفت کار در هیئت رئیسه دانشگاه بطور دوره ای مورد ارزیابی قرار گرفته و هر دوماه به اینجانب منعکس گردد.

دکتر مرصیه وحید دستجردی

وزیر

بسمه تعالی

شماره ۱۴۲۴۸

تاریخ ۸۹/۴/۱۵

پوست

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر وزیر

رئیس/سرپرست محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرد یکی از چالشهای اساسی ارائه خدمات کیفی به بیماران در بخشهای اورژانس بیمارستانی، طولانی شدن مدت زمان اقامت بیماران در بخش اورژانس است و این امر خود ناشی از عدم تعیین تکلیف به موقع بیماران است. از این رو بدینکتاب اطلاعیه برنامه جامع اصلاح فرایندهای اورژانس های بیمارستانی، برای ساماندهی وضعیت موجود و اولویت بندی بستری از بخش اورژانس بیمارستانی پس از بحث و بررسی جامع در "کمیته راهبردی ارتقای بخشهای اورژانس بیمارستانی" موارد به شرح زیر جهت اجرا ابلاغ می گردد:

۱- ریاست بیمارستان باید روند بستری بیماران در بخشهای اورژانس را بطور روزانه بررسی نماید.

۲- در هر بیمارستان کمیته ای به نام "تعیین تکلیف بیماران" تشکیل می گردد. این کمیته موظف است پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخش های بیمارستان را تدوین و برحسب اجرای آن نظارت نماید. بدیهی است این پروتکلهای در بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی تفاوت خواهد داشت. اعضای کمیته مزبور شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، بخشهای بستری، مسئول فنی بخش اورژانس، مسئول پرستاری بخش اورژانس، متخصص طب اورژانس، سوبروایزرهای بیمارستان می باشند.

۳- در هر بیمارستان جایگاهی تحت عنوان **bed manager** (مدیریت تختهای بستری) تعریف و با ابلاغ مستقیم ریاست بیمارستان معرفی گردد و این مدیر مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران از ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص از بخشهای بستری را داشته و ضمن موشکافی موارد دقیق بستری بیمار را بررسی و برطرف و در کمیته تعیین و تکلیف بیمارستان جهت تبیین روش مناسب مطرح می نماید.

۴- در بیمارستان های دارای متخصص طب اورژانس، تعیین تکلیف بیماران و تصمیم گیری در مورد گروه تخصصی مسئول و بخش بستری بیمار برعهده متخصص مفید طب اورژانس در آن شیفت است و در بیمارستان های فاقد متخصص طب اورژانس، یک نفر متخصص جراحی یا متخصص داخلی مقیم صده دار این نظارت است.



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.



سطح دو	ب-۴-۲-۶ مراقبت‌های مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر برای بیماران تحت نظر در اورژانس برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none">حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئولمراقبت و ارزیابی مستمر بیماران به منظور شناسایی هرگونه تغییر سطح تریازنظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاریشناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبطگزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آن‌هابرنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشتارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبت‌های مستقیم پرستاریارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوطتحويل بالینی بیماران در هر شیفت توسط پرستاران طبق دستورالعمل ابلاغیتحويل بالینی بیماران از بخش اورژانس به بخش‌های بستری توسط پرستار
	<p>➤ موقعیت‌های تحويل بیماران بین کادر بالینی اعم از پزشکان و کادر پرستاری</p> <ol style="list-style-type: none">در هنگام تحويل شیفتدر هنگام انتقال موقت بیمار از بخش در داخل بیمارستان (مانند انتقال به اتاق عمل، بخش‌های پاراکلینیک و اسکوپ‌ها، دیالیز و مانند آن)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 یا کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحويل گیرنده بیماردر انتقال دائم (اعزام) بیماران به سایر مراکز و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان یا کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحويل گیرنده <p>برای اطمینان از برقراری ارتباط مؤثر 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.</p> <p>➤ مراحل تکنیک SBAR عبارت است از</p> <ol style="list-style-type: none">وضعیت^۱ تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)سوابق^۲ بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصارارزیابی^۳ نتیجه گیری، آن چه که فکر می‌کنیدتوصیه‌ها^۴ آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن <p>نیت موارد گزارش پرستاری در تمامی امور جاری جهت هر بیمار مانند علل تاخیر انتقال، ویزیت، مشاوره، تریخیص و آموزش به بیماران صورت پذیرد.</p> <p>تحويل بیماران بین کادر بالینی اعم از پزشکان و کادر پرستاری بر اساس دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۹۳/۶/۱۲</p>



سطح	ب-۲-۵ عملیات احیاء و اقدامات نجات دهنده فوری بر اساس دستورالعمل‌های مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
سطح یک	<p>ب-۲-۵-۱ * ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ چیدمان دارو و تجهیزات ترالی احیاء مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی❖ دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیاء ظرف مدت یک دقیقه❖ مدیریت و به روز رسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری❖ استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص بیمارستان❖ چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخش‌ها/واحدها بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع❖ در دسترس بودن ترالی اورژانس نوزاد در بخش‌های بلوک زایمان و لیبر و سایر مکان‌ها مطابق با دستورالعمل کشوری <p>تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.</p>



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
اداره اورژانس بیمارستانی

دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس

زیر نظر:
دکتر قاسم جان بابایی



زمستان ۱۳۹۷
نسخه ۰۶



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

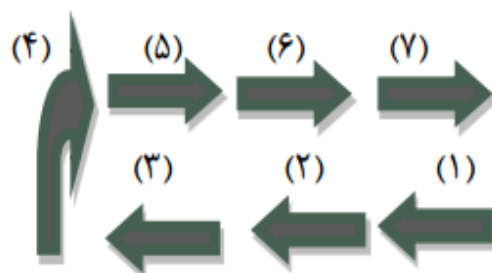
جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هربار استفاده از ترالی

۱. **داروهای حیات بخش:**
داروهایی هستند که وجود آنها در ترالی احیا بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب جدی و تهدید حیات بیمار می گردد.
۲. **داروهای ضروری:**
داروهایی هستند که وجود آنها در قفسه دارویی بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.
۳. **داروهای ترجیحی:**
داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستانهای عمومی ارجحیت دارد ولی بودن آنها در برخی از مراکز خاص ضروری است که در ستون توضیحات به آن اشاره شده است. لذا توصیه می شود این داروها در داروخانه شبانه روزی مراکز درمانی با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، دردسترس بیماران قرار گیرد.
۴. **داروهای بی حسی و القای بیهوشی:**
داروهایی هستند که وجود آنها فقط در بخش اورژانس مراکز درمانی دولتی و غیردولتی دارای متخصص طب اورژانس یا متخصص بیهوشی مقیم ضروری است.
۵. **آنتی دوت های ضروری و ترجیحی مسمومیت ها:**
در دستورالعمل حاضر، آنتی دوت های ضروری و ترجیحی مورد استفاده در بیماران دچار مسمومیت نیز به منظور استفاده در بخش های اورژانس ارائه شده است. بدیهی است آنتی دوت های ضروری باید با تعداد ذکر شده در لیست داروهای ضروری قفسه دارویی اورژانس در بخش اورژانس موجود بوده و آنتی دوت های ترجیحی باید پس از تعیین تعداد مورد نیاز در هر بخش اورژانس - بنا به موارد مراجعه کننده و جغرافیای منطقه - و تایید کمیته دارو و درمان مرکز درمانی مربوطه و همچنین اطلاع کتبی به معاونت غذا و داروی دانشگاه متبوع، در دسترس بخش اورژانس قرار گیرد.
۶. **داروهای با هشدار بالا (High alert):**
بدیهی است براساس بخشنامه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا، به شماره ۶۵۵/۱۲۷۷۱۴ مورخ ۹۶/۱۰/۱۲ معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقدامات لازم در خصوص برچسب گذاری و استفاده از این گروه از داروها صورت گیرد.
۷. **ترالی احیای اورژانس:**
عبارت است از کمد متحرک دارو و تجهیزات احیا، که باید در تمامی بخش های اورژانس وجود داشته باشد و حاوی داروهای حیات بخش اورژانس و تجهیزات مورد استفاده در عملیات احیاست. داروها و تجهیزات ترالی احیا پس از استفاده، باید در اولین فرصت جایگزین گردند.
۸. **قفسه داروهای اورژانس:**
عبارت است از قفسه ای که در بخش اورژانس موجود است و حاوی داروهای ضروری و در صورت لزوم داروهای ترجیحی بخش اورژانس می باشد. کلیه اقلام استفاده شده از محل قفسه دارویی بایستی در فواصل زمانی مناسب از انبار دارویی جایگزین گردد.



ترتیب

۱. داروهای مخدر تزریقی باید در آن دسته از اورژانس های مراکز درمانی دولتی و غیردولتی که دارای سوپروایزر مقیم اورژانس هستند، در قفسه مخصوص داروهای مخدر، مجزا از قفسه دارویی بخش اورژانس و طبق ضوابط مندرج در آخرین دستورالعمل معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت نگهداری شوند.
۲. در این دستورالعمل **حداقل** تعداد داروهای مورد نیاز بخش اورژانس شامل داروهای ضروری قفسه، مخدر و یخچالی ذکر شده است لذا این میزان بر اساس بار مراجعه اورژانس بیمارستان و بنا بر تایید کتبی کمیته ارتقاء اورژانس بیمارستانی هر بیمارستان قابل افزایش می باشد. بدیهی است کاهش اقلام و یا تعداد **داروهای حیات بخش (موجود در ترالی احیا)** و **ضروری** مجاز نمی باشد.
۳. نحوه چیدمان داروهای ترالی در کشوی اول و دوم از راست به چپ، جلو به عقب و به ترتیب شماره های مندرج در لیست حاضر و به صورت مارپیچی می باشد.



۴. در کشوی دوم ترالی علاوه بر رعایت بند ۳ و قراردادن مابقی داروهای موجود در لیست داروهای حیات بخش، داروهای مورد نیاز مراکز تخصصی و فوق تخصصی - طبق بند ۱۱ همین دستورالعمل - نیز قرار می گیرند.



۵. ضروری است به منظور جلوگیری از تزریق اشتباه داروهای با اشکال مشابه (بویژه ویالهای سولفات منیزیم، دکستروز و ...) داروهای مذکور با نشانه گذاری (label) مناسب از هم متمایز گردند.
۶. استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیازمند استفاده از امکانات مانیتورینگ قلبی است.
۷. لازم به ذکر است هرگونه قفل نمودن یا پلمپ کردن ترالی احیا که موجب تاخیر در انجام عملیات احیای بیماران گردد، ممنوع می باشد.
۸. داروهایی که باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد نگهداری شوند، در استاندارد مشخص شده اند. این دسته از داروها باید در طبقه میانی یخچال - دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد - نگهداری شوند. بدیهی است کنترل و ثبت دمای روزانه یخچال دارویی بخش اورژانس الزامی خواهد بود.
۹. الصاق لیست مربوط به داروهای حیات بخش در یکی از طرفین ترالی احیا، الصاق لیست داروهای ضروری قفسه بر روی قفسه دارویی بخش اورژانس و نیز الصاق لیست داروهای یخچالی بر روی یخچال دارویی - همگی طبق دستورالعمل حاضر - الزامی است.
۱۰. در تمامی بخش های اورژانس، الصاق فرمی درخصوص کنترل و ثبت تاریخ انقضای داروهای موجود در ترالی احیا، قفسه و همچنین توضیحات مورد نیاز احتمالی، در کنار دستورالعمل حاضر الزامی است.
۱۱. اورژانس مراکز تخصصی و فوق تخصصی (مراکز تخصصی چشم، گوش و حلق و بینی، زنان، مسمومیت، اطفال و ...) باید پس از اخذ تاییدیه کمیته دارو و درمان مرکز درمانی مربوطه در خصوص لیست داروهای مورد نیاز خود و همچنین اطلاع کتبی به معاونت درمان دانشگاه متبوع، آن را به لیست داروهای موجود در دستورالعمل اضافه نمایند.
۱۲. دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس/ ویرایش ششم برای استفاده در "بخش های اورژانس بیمارستان" تدوین گردیده است ولی با تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان، قابلیت استفاده در سایر بخش های بیمارستان را نیز دارد.



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">❖ تعیین گروه/گروه‌های احیاء متناسب وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران❖ وجود برنامه گروه/گروه‌های احیاء و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیاء در تمام ساعات شبانه روز❖ سرپرستی گروه/گروه‌های احیاء با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیاء
	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. گروه احیاء نوزادان دارای گواهینامه احیاء پیشرفته نوزادان مطابق استانداردهای مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و تأمین می‌شود.



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

تیم حاضر می شود

تنظیم برنامه و فهرست اعضای گروه احیاء در همه شیفت ها

ابلاغ ماهیانه و نصب برنامه در تابلوی اعلانات

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

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...
ریاست محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی
ریاست محترم مرکز سل و بیماری های ریوی مسیح دانشوری
موضوع: ابلاغ فرم ثبت گزارش احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا

با سلام و احترام

به منظور تدوین استاندارد کشوری و یکسان سازی ثبت و مستندسازی فرآیند احیا در بیمارستان‌های سراسر کشور، فرم "ثبت گزارش عملیات احیا"، با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی درمان، معاونت پرستاری، انجمن‌های علمی قلب، بیهوشی، طب اورژانس ایران، انجمن علمی قلب پرستاری و انجمن پرستاری ایران طراحی گردیده است.

شایسته است دستور فرمایید این فرم به همراه راهنمای تکمیل آن، و همچنین فرم نظارت و پایش احیا (۳ فایل پیوست) در اختیار کلیه بیمارستان‌های تحت پوشش (اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی) قرار گیرد و حداکثر تا تاریخ پانزدهم تیر ماه سال جاری، جایگزین فرم‌های موجود در بیمارستان‌های کشور گردد.

لازم به ذکر است:

۱. محتوای موجود در فرمها می بایست ثابت باشد ولی مواردی مانند نام دانشگاه، نام بیمارستان، و رنگ حاشیه با توجه به ضوابط دانشگاه و واحد مدارک پزشکی معاونت درمان می تواند باز طراحی شود.
۲. راهنمای تکمیل فرم، در پشت فرم ثبت گزارش عملیات احیا چاپ شود.
۳. فرمهای ابلاغی در سایت عمومی معاونت درمان وزارت بهداشت به آدرس زیر قابل دسترس می باشد:

<http://medcare.behdasht.gov.ir>

- لینک مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی- اورژانس بیمارستانی.
- لینک مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی- دفتر آمار و اطلاعات درمان.

دکتر محمد آقا جانی
معاون درمان



راهنمای تکمیل فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)

فرم ثبت و مستندسازی فرآیند احیا به نام "فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)" می باشد. الزامی است این فرم، در هر بار انجام عملیات احیا در دو نسخه تکمیل شود، نسخه اصل آن ضمیمه پرونده بیمار و نسخه دوم در دفتر پرستاری بایگانی می گردد.

توجه: فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)، توسط پزشک مسئول تیم احیا و پس از تایید خاتمه عملیات احیا تکمیل می شود. بدیهی است مسئولیت پاسخگویی در خصوص آن نیز بر عهده پزشک مسئول تیم احیا می باشد.

- نکته مهم در تکمیل کادر مخصوص کودکان: در این قسمت نیاز به اندازه گیری قد و وزن و ثبت دقیق آن ها نبوده، و ثبت قد و وزن تخمینی کفایت می کند.
 - بیماری های زمینه ای قلبی: منظور بیماری هایی است که بطور مستقیم یا غیرمستقیم به تابلوی بالینی حال حاضر بیمار (ایست قلبی تنفسی) مرتبط باشند، مانند پر فشاری خون، دیابت، بیماری قلبی عروقی و
 - در حضور شاهد: در صورتی که ایست قلبی- تنفسی در حضور کادر درمانی اتفاق افتاده باشد، "در حضور شاهد" محسوب می شود.
 - تشخیص اولیه: بیماری اولیه احتمالی که موجب ایست قلبی- تنفسی بیمار شده است.
 - تشخیص نهایی: بیماری زمینه ای که بطور قطع عامل ایست قلبی- تنفسی بیمار است.
- توجه: بدیهی است جهت ثبت هر یک از تشخیص ها، حدس بالینی پزشک مسؤول تیم احیا مد نظر است و در صورتی که در هر مرحله تشخیص داده نشود، کلمه "نامشخص" ثبت می گردد.

اقدامات انجام شده:

BLS:

این بخش از فرم توسط اعضای تیم احیا و فقط در صورتی تکمیل گردد که عملیات احیای پایه بدون احیای پیشرفته (به طور مثال در صحنه حادثه یا حتی در مرکز درمانی تا قبل از حضور تیم احیای مرکز) انجام شده باشد.

- وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه: شرح وضعیت باز یا بسته بودن مسیر راه هوایی در حین ایست قلبی- تنفسی، و اقدام انجام شده برای رفع انسداد احتمالی شامل استفاده از مانورهای راه هوایی یا وسایلی مانند Oral Airway و Nasal Airway می باشد.
- تنفس: اقداماتی شامل تنفس دهان به دهان، دهان به بینی، دهان به ماسک و یا یا ماسک و بگ (BMV) می باشد.
- استفاده از AED: در صورت استفاده از دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی، استفاده از آن را ذکر نمایید.

ACLS:

۱. روش مراقبت از راه هوایی: در این قسمت باید مشخص نمایید از کدامیک از وسایل راه هوایی پیشرفته استفاده نموده اید.
۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده: عبارتست از اولین ریتم قلبی که به محض آغاز مانیتورینگ قلبی مشاهده می شود.
۳. پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون: در صورتی که تمامی اقدامات - طبق دستورالعمل احیا- انجام شود و در نهایت ریتم های قابل شوک دادن با انجام دفیبریلاسیون اصلاح گردد، پاسخ (بلی) و در غیر اینصورت پاسخ (خیر) منظور شود.
۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا: عبارتست از مواردی که ریتم مشاهده شده در مانیتور بیمار در حین عملیات احیا تغییر نموده و درمانی برای آن صورت گرفته باشد.
۵. راه وریدی: منظور وجود راه وریدی در هنگام ارست قلبی تنفسی است.
۶. داروها: در این قسمت نام داروهای مصرفی، دوز و تعداد دفعات استفاده ذکر گردد.
۷. نیاز به پیس میکر موقت: در صورت تعبیه پیس میکر موقت پاسخ "بلی" و در غیر اینصورت پاسخ "خیر" منظور شود. همچنین لازم است در صورت ذکر پاسخ "بلی"، نوع پیس میکر موقت "داخلی" یا "خارجی" نیز مشخص شود.

گزارش عملیات احیا:

- مدت عملیات احیا: منظور از مدت عملیات احیا، از لحظه شروع اقدامات پایه (BLS) تا خاتمه عملیات احیا در این نوبت CPCR است.
- منظور از احیای موفق: شامل مواردی است که پس از انجام عملیات احیا، بیمار حداقل بمدت ۲۰ دقیقه دارای گردش خون خودبخودی باشد.

شماره پرونده: Unit Number:

فرم نظارت و پایش احیاء

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		کد ملی: ID Number:	
				اتاق: Room:		پزشک معالج: Attending physician:	
				تخت: Bed:			
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: (روز/ماه/سال) Date of Birth:		جنس: زن <input type="checkbox"/> Female / مرد <input type="checkbox"/> Male		پذیرش: Admission: تاریخ و ساعت: Date & Time:	
مکان وقوع ایست قلبی تنفسی: Arrest Location:		زمان وقوع ایست قلبی تنفسی: Arrest Time:		این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:			
داخل بیمارستان <input type="checkbox"/> Inside the Hospital		تاریخ: Date:		قد: Height:		وزن: Weight:	
خارج بیمارستان <input type="checkbox"/> Out of Hospital		ساعت و دقیقه: (۲۴h) Time:		سانتی متر: cm		کیلوگرم: kg	
زمان دقیق اعلام کد احیاء: ساعت: دقیقه:		زمان دقیق شروع عملیات احیاء: ساعت: دقیقه:		زمان دقیق پایان عملیات احیاء: ساعت: دقیقه:			
آیا اعلام کد احیاء بلافاصله صورت گرفته است؟		نام و سمت اعلام کننده کد احیاء:		مدت عملیات احیاء: دقیقه			
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد دفعات تکرار:							
نتیجه احیاء:		در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء قسمت زیر تکمیل شود:					
موفق <input type="checkbox"/> فوت بیمار <input type="checkbox"/> (تاریخ فوت: ساعت فوت:)		انتقال به: <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> سایر بخش ها یا مراکز دیگر (ذکر شود):					

اعضاء تیم احیاء

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و درجه علمی	مهر و امضاء	زمان ورود (ساعت و دقیقه)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تجهیزات:
.....
.....
نیروی انسانی:
.....
.....
سایر موارد (ذکر شود):
.....
.....

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج پیگیری

تجهیزات:
.....
.....
نیروی انسانی:
.....
.....
سایر موارد (ذکر شود):
.....
.....

نام و نام خانوادگی و امضاء
سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء

توجه: این فرم در دفتر پرستاری بایگانی شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی :

ID Number:

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission: پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:		Bed: تخت:	Female <input type="checkbox"/> زن جنس:	
		Male <input type="checkbox"/> مرد Gender:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:	
Weight: وزن:	Height: قد:	Date: تاریخ:	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان	
kg..... کیلوگرم	cm..... سانتی متر	Time: ساعت و دقیقه: (24h)	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان	
PMH: بیماری های زمینه ای قبلی:		Patient's Condition on Arrival: وضعیت بیمار در بدو ورود:		
پرفشاری خون <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>		
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:		Witnessed Arrest: در حضور شاهد: Yes <input type="checkbox"/> بله No <input type="checkbox"/> خیر		
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:		Former CPRs in Current Admission: سابقه احیا بیمار در بستری فعلی: Yes <input type="checkbox"/> دارد No <input type="checkbox"/> ندارد		

PROCEDURES:

BLS: انجام شد <input type="checkbox"/> Done انجام نشد <input type="checkbox"/> Not Done				توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.			
Basic Life Support				Advanced Cardiac Life Support			
Chest Compression: ماساژ قلبی				Airway Status in The First Exam: باز <input type="checkbox"/> Open مسدود <input type="checkbox"/> Blocked اقدام انجام شده: Not Done <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/>			
Breathing: تنفس				AED Usage: استفاده از AED			
AED: بله <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No				BLS Duration: مدت عملیات BLS (BLS Duration): دقیقه (min)			
6. Medication: ۶. داروها:				1. Airway Management: ۱. روش مراقبت از راه هوایی:			
Name of Drugs/نام داروها				Others <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> ماسک لارنژیال			
mg				ETT <input type="checkbox"/> لوله تراشه			
Frequency/دفعات				2. The First Detected Cardiac Rhythm: ۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده:			
				VT <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> Asystole <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Rhythm in PEA: ریتم مشاهده شده در PEA			
				3. Was Defibrillation Performed? ۳. دفیبریلاسیون انجام شد؟			
				Yes <input type="checkbox"/> بله No <input type="checkbox"/> خیر در صورت بله مقدار ژول آخرین دوز: توضیح: No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>			
				4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: ۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:			
				5. IV Access: ۵. راه وریدی:			
Need of Temporary Pacemaker: ۷. نیاز به پیس میکر موقت داشت؟				Didn't Have <input type="checkbox"/> نداشت Had <input type="checkbox"/> داشت (راه وریدی..... دقیقه بعد از شروع عملیات احیا تعیمه گردید.)			
No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بله (Int <input type="checkbox"/> داخلی Ext <input type="checkbox"/> خارجی)							
علت:							

RESUSCITATION REPORT:

مدت عملیات احیا (CPCR Duration): دقیقه (min)		نتیجه احیا (CPCR Result): موفق <input type="checkbox"/> Successful فوت بیمار <input type="checkbox"/> Expired	
Date & Time of Death: تاریخ فوت: ساعت فوت:		در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود:	
انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد):		انتقال به CCU <input type="checkbox"/> انتقال به ICU <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/>	

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرستار مسؤول بیمار:	Name of Physician: نام و نام خانوادگی پزشک مسؤول تیم احیا:
Seal & Signature: مهر و امضاء	Seal & Signature: مهر و امضاء

۴۳.۱۰/۲۱ - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

V1

پرک دوم: بایگانی دفتر پرستاری

پرک اول: ضمیمه پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیا

توجه: این فرم را در دو پرک تکمیل نمایید:



سطح یک	ب-۲-۳ * راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" اطلاع رسانی شده و کارکنان بالینی در این زمینه مهارت کافی دارند.
❖ نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل احیای قلبی ریوی مورد تایید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر	
❖ مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان	
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.	



2015 AHA Guideline

پروتکل احیای قلبی ریوی بزرگسالان

دورهٔ پرستاری درمانی



START

درمان با استفاده از دستگاه



این پروتکل برای استفاده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طراحی شده است. هدف از این پروتکل، ارائهٔ راهنمایی‌های لازم برای تیم درمانی در مواجهه با بیمارانی که دچار ایست قلبی-ریوی شده‌اند، است. این پروتکل بر اساس آخرین دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا (AHA) تدوین شده است.

این پروتکل شامل مراحل زیر است:

1. ارزیابی وضعیت بیمار و احیای قلبی-ریوی (CPR)
2. احیای تنفسی (A) و احیای قلبی (C)
3. استفاده از دستگاه‌های احیای قلبی-ریوی (ECMO)
4. استفاده از داروهای احیای قلبی-ریوی
5. استفاده از دستگاه‌های احیای قلبی-ریوی (ECMO)

نوع بیمار	نوع بیمار
بیمار قلبی	بیمار قلبی
بیمار ریوی	بیمار ریوی
بیمار عروق کرونری	بیمار عروق کرونری
بیمار عروق محیطی	بیمار عروق محیطی
بیمار عروق مغزی	بیمار عروق مغزی

این پروتکل برای استفاده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طراحی شده است. هدف از این پروتکل، ارائهٔ راهنمایی‌های لازم برای تیم درمانی در مواجهه با بیمارانی که دچار ایست قلبی-ریوی شده‌اند، است. این پروتکل بر اساس آخرین دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا (AHA) تدوین شده است.

این پروتکل برای استفاده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طراحی شده است. هدف از این پروتکل، ارائهٔ راهنمایی‌های لازم برای تیم درمانی در مواجهه با بیمارانی که دچار ایست قلبی-ریوی شده‌اند، است. این پروتکل بر اساس آخرین دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا (AHA) تدوین شده است.

Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation (AHA 2015 CPR&ECC guidelines)

Adult Basic Life Support



تکات بیه BLS

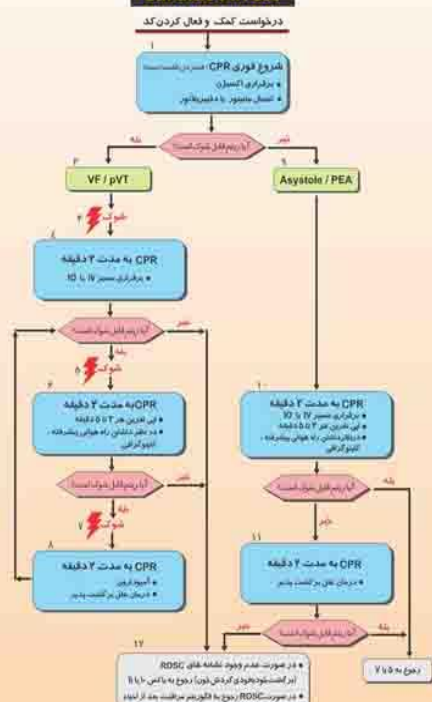
[illegible]

Document prepared by: **W. S. Grant** Manager of research in office and
A. S. Grant PhD in science & technology



Adult Advanced Cardiovascular Life Support

Cardiac Arrest



نکات مهم و دروها در Cardiac Arrest

[illegible]

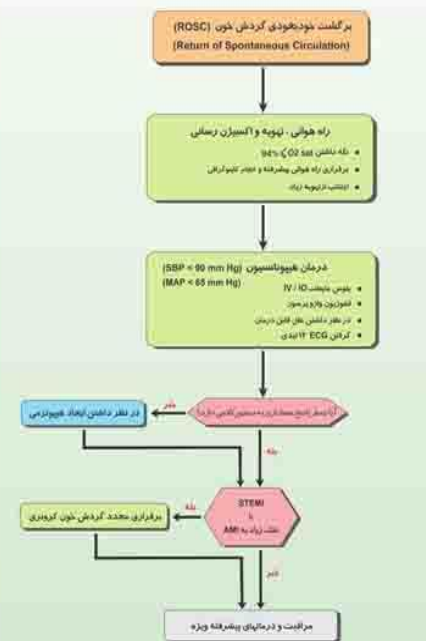
Tachycardia (with pulse)



Bradycardia (with pulse)



Adult Post Cardiac Arrest Care



Postresuscitation care نکات و تدبیرات بیمار و دور دارهای

[illegible]



سطح دو	ب-۲-۴ * شناسایی و ارائه مراقبت‌های فوری به بیماران بدحال و اورژانسی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
<ul style="list-style-type: none">❖ تدوین خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری" با حداقل‌های مورد انتظار❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش❖ رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی در تمام ساعت شبانه روز بر اساس خط مشی	
<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">۱. شناسایی بیمارانی که احتمال وخامت حال آنها می‌رود (در ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های مستمر پرستاری و پزشکی)۲. نحوه کسب اطمینان از مهارت پرستاران در شناسایی به موقع تغییر حال و وخامت وضعیت بالینی بیماران۳. نحوه رصد وخامت حال بیماران با احتمال وخامت در فاصله زمانی ارزیابی‌های پرستاری و پزشکی۴. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانس۵. نحوه ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری و بازنگری فاصله زمانی و تواتر مراقبت‌ها۶. نحوه استقرار بیماران بدحال و جابجایی و استقرار بیمار در اتاق‌های نزدیک ایستگاه پرستاری۷. شیوه‌های کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز از طریق آموزش و حساس سازی بیمار/همراه۸. انتقال بیماران حاد و بحرانی به بخش‌های مراقبت‌های ویژه۹. شرایط استفاده از امکانات مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال/پرخطر در صورت لزوم۱۰. نحوه فراخوان بدون تاخیر/ تعلل پزشکان متخصص/مقیم/آنکال مربوط در شرایط وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز۱۱. نحوه ارزیابی اثربخشی این خط مشی و شناسایی به موقع بیماران بدحال به منظور بازنگری روش‌های تدوین شده	

Patient safety assessment manual

**Second
edition**



**World Health
Organization**

Regional Office for the Eastern Mediterranean

- Surgical safety checklist used in operating rooms for every surgical procedure.
- Training records of staff trained in surgical safety guidelines.
- Process to measure compliance with relevant surgical safety guidelines.

Evaluation process

- Review the documents listed below.
- Confirm data through interviews.
- Read through the scoring guidelines.

Survey process

Documents to be reviewed	<ul style="list-style-type: none"> • Surgical safety checklist used in operating rooms for every surgical procedure • Training records of staff trained in surgical safety guidelines • Reports that include measuring compliance with surgical safety guidelines
Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Relevant staff: Is there evidence of implementation of a surgical safety checklist and compliance with guidelines on safe surgery, including WHO guidelines?
Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Evidence of use of surgical safety checklist in operating room

Scoring

- If the hospital implements a surgical safety checklist and guidelines, including WHO guidelines, on safe surgery, score is fully met.
- If the hospital has partial compliance with measurable elements, score is partially met.
- If the hospital does not implement a surgical safety checklist and guidelines for safe surgery, score is not met.

C.1.1.3 The hospital has systems in place to ensure hospital-wide recognition of and response to clinical deterioration.

Measurable elements

- Process to develop, implement and maintain a hospital-wide system for recognition of and response to clinical deterioration.
- Process to measure and document observations via general observation chart, including respiratory rate, oxygen saturation, blood pressure, heart rate, temperature, consciousness level, etc.
- Process to form rapid response teams and rehearse on a regular basis.
- Regular auditing and monitoring of processes by the medical emergency committee.
- Staff training on recognition and communication of clinical deterioration.
- Policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration.
- Training records of staff trained in policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration.
- Process to measure compliance with policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration.

Evaluation process

- Review the documents listed below.
- Confirm data through interviews.
- Read through the scoring guidelines.

Survey process

Documents to be reviewed	<ul style="list-style-type: none"> • Policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration • Training records of staff trained in policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration • Reports that include measuring compliance with policies and procedures for recognition of and response to clinical deterioration
Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Relevant staff: Is there evidence of systems in place to ensure hospital-wide recognition of and response to clinical deterioration?
Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement and documentation of observations via general observation chart: respiratory rate, oxygen saturation, blood pressure, heart rate, temperature, consciousness level, etc.

Scoring

- If the hospital has a system in place to ensure hospital-wide recognition of and response to clinical deterioration, score is fully met.
- If the hospital has partial compliance with measurable elements, score is partially met.
- If the hospital does not have a system in place to ensure hospital-wide recognition of and response to clinical deterioration, score is not met.

C.1.2.1 The hospital conforms to clinical practice guidelines wherever appropriate, including WHO guidelines where available.

Measurable elements

- Clinical practice guidelines based on top five diagnoses and top five high-risk diseases, including WHO guidelines where available.
- Training records of staff trained in relevant clinical practice guidelines.
- Process to measure compliance with relevant clinical practice guidelines.

Evaluation process

- Review the documents listed below.
- Confirm data through interviews.
- Read through the scoring guidelines.



Using a systems approach to assessment can help you identify common signs and symptoms of a patient's deteriorating condition, leading to appropriate care and improved outcomes.



Deterioration in acutely unwell patients can happen quickly and have catastrophic effects, so observations must be recognised as a fundamental rather than basic task



Policy Directive



Recognition and Management of Patients who are Clinically Deteriorating



**Open Access Technical
Report**

DOI: 10.7759/cureus.192

Deteriorating Patient Scenario for Simulation-Based Training of Difficult Patient Encounters in the Emergency Room

Tia Renouf ¹, Karen Mitchell ², Stuart Hollett ², Karen Angus ³, Adam Dubrowski ⁴

¹. Emergency Medicine, Memorial University of Newfoundland ². Clinical Learning and Simulation Centre, Memorial University of Newfoundland ³. Discipline of Emergency Medicine, Memorial University of Newfoundland ⁴. Emergency Medicine, Pediatrics, Memorial University of Newfoundland





سطح	ب-۲-۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه می شود.
سطح یک	ب-۲-۶-۱ * شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.
	❖ شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی در زمان طلایی در اورژانس
	❖ شناسایی و تشخیص سکته حاد مغزی در زمان طلایی در اورژانس
	❖ 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
	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.



سطح یک	ب-۲-۶-۲ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می شود.
<p>❖ اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد قلبی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط</p> <p>❖ اطمینان از آشنایی پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن</p> <p>❖ مشاوره اورژانس و حضور متخصص قلب بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</p> <p>❖ انتقال بیمار ۲۴۷ به کت لب/ تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</p>	
این سنجه شامل تمامی بیمارستانها با انواع گرایش می باشد.	



سازمان اورژانس کشور



معاونت درمان



دستور العمل اجرایی مدیریت درمان سکته حاد قلبی



معاونت فنی و عملیات
سازمان اورژانس کشور
خرداد ۹۷



❖ هدف:

پیشگیری از نکروز میوکارد و نجات میوکارد در معرض خطر، کاهش بروز نارسایی قلبی و افزایش طول عمر بیمار با شروع سریع درمان و رعایت استانداردهای درمانی می باشد.



❖ تعاریف:

سکته قلبی با بالا رفتن قطعه ST (STEMI): سندرم بالینی با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن پایدار قطعه ST یا LBBB° که به نظر می رسد جدید باشد.

بیمارستان ۲۴۷ (منتخب): بیمارستان با قابلیت ارائه خدمت آنژیوپلاستی اولیه که خدمات را به صورت تمام وقت ۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته ارائه نماید.

کد ۲۴۷: کد سکته قلبی جهت مدیریت درمان بیماران با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن پایدار قطعه ST یا LBBB که به نظر می رسد جدید باشد.



❖ الزامات آموزشی و عملیاتی کد ۲۴۷:

- الزام گذراندن دوره آموزشی استاندارد مدیریت درمان سکته قلبی جهت تمامی تکنسین های فوریت های پزشکی
- الزام گذراندن دوره آموزشی استاندارد پروتکل تریاژ تلفنی جهت پرستاران تریاژ تلفنی
- الزام گذراندن دوره آموزشی استاندارد جهت پزشکان مشاور (۵۰-۱۰)
- الزام گذراندن دوره های آموزشی برای پزشکان متخصص دیسپیچ تخصصی
- برگزاری جلسات فصلی رئیس اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه با مرکز درمانی های مشخص شده با کد



❖ فرآیند عملیاتی کد ۲۴۷ در بیمارستان:

- با فعال شدن کد ۲۴۷ در مرکز درمانی سوپروایزر بیمارستان ۲۴۷ باید نگهبان را مطلع سازد.
- با فعال شدن کد ۲۴۷ در مرکز درمانی واحد نگهبانی جهت ورود و محل مناسب برای توقف آمبولانس اقدام نماید.
- زمان رسیدن به بیمارستان ۲۴۷، اگر بیمار بد حال است بیمار به بخش اورژانس تحویل گردد و در صورت STEMI بلافاصله بدون فرآیند تشکیل پرونده بیمار مستقیماً به بخش کت لب منتقل می شود و همزمان یک نفر از پرسنل از پیش تعیین شده بیمارستان نسبت به تشکیل پرونده بیمار اقدام نماید و بیمار از روی برانکارد اورژانس پیش بیمارستانی به روی تخت کت لب تحویل داده شود.
- بیماران با تشخیص اولیه NSTEMI جهت بررسی بیومارکرها و نکروز میوکارد و تشخیص نهایی ایسکمی حاد میوکارد به پزشک متخصص اورژانس بیمارستان ۲۴۷ تحویل داده می شوند.



سطح یک	ب-۲-۴-۳ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می‌شود.
<p>❖ اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط</p> <p>❖ اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن</p> <p>❖ مشاوره اورژانس و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع</p> <p>❖ انجام سی تی اسکن فوری بیمار بدون هرگونه تعلل/ تاخیر</p> <p>❖ تزریق ترومبولیتیک به بیمار ۷۲۴ تشخیص داده شده / و در صورت فقدان دستگاه سی تی اسکن، پایداری و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع</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.	
سطح دو	ب-۲-۴-۴ * استمرار مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکته حاد مغزی برنامه ریزی و ارائه می‌شود.
<p>انتقال بیمار ۷۲۴ پس از اقدامات فوری به بخش های ICU/SCU در بیمارستان های 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>	



سازمان اورژانس کشور



معاونت درمان



دستور العمل اجرایی مدیریت درمان سکتة حاد مغزی



اسفند ۱۳۹۶



❖ هدف:

کاهش عوارض ناشی از سکته مغزی حاد نوع ایسکمیک با انجام اقدامات درمانی به موقع در زمان طلایی بروز علائم ایجاد شده (Time is brain)



کد ۷۲۴: کدی است که برای بیمار با علائم سکته حاد مغزی در ۷ روز هفته و ۲۴ ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد.

مرکز درمانی ۷۲۴: بیمارستانی است که واجد تیم استروک (طبق تعریف شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت درمان سکته حاد مغزی)، دستگاه سی تی اسکن و شرایط تزریق ترمبولیتیک می باشد.

کد سما: کد سکته مغزی در اورژانس پیش بیمارستانی است که جهت مدیریت زمان و درمان بیماران با احتمال سکته مغزی (علائم FAST مثبت) اجرا می گردد.

FAST^۲: یافته بالینی مبنی بر شواهد سکته مغزی است که شامل یک یا چند مورد از علائم سه گانه "فلج ناگهانی در صورت، ضعف یکطرفه اندام و یا اختلال در گفتار" بوده و در زمان طلایی (کمتر از ۳ ساعت) تشخیص داده شده است.


واحد درمان مدیکال سکته حاد مغزی (SCU^۳): مکان مستقل سازمان یافته ویژه ای داخل بیمارستان است که در آن امکان اقدامات درمانی شامل تزریق داخل وریدی داروی ترومبولیتیک و ادامه درمان مربوطه توسط افراد آموزش دیده فراهم می شود.

❖ فرآیند عملیاتی کد سما در مراکز درمانی:

- با فعال شدن کد سما در مرکز درمانی سوپر وایزر اورژانس باید نگهبان را مطلع سازد.
- با فعال شدن کد سما در مرکز درمانی واحد نگهبانی جهت ورود و محل منا سب برای توقف آمبولانس اقدام نماید.
- زمانی که کد سما فعال شد سوپروایزر اورژانس، موظف به خالی کردن سی تی اسکن و آماده نمودن آن جهت انجام سی تی اسکن بدون تأخیر و نوبت می باشد.
- لازم به ذکر است می بایست در واحد سی تی اسکن، تجهیزات کد احیا و تمهیدات مانیتورینگ پرتابل به صورت کامل وجود داشته باشد.
- مراکز درمانی که سی تی اسکن آنها متعلق به بخش خصوصی می باشد موظف به رعایت دستورالعمل فوق و انجام تصویربرداری بدون تأخیر برای بیماران کد ۷۲۴ می باشند.
- تکنسین فوریت های پزشکی به همراه جامبک دارویی، CPR و دستگاه الکتروشوک یا AED تا زمان تحویل بیمار به کد استروک در واحد سی تی اسکن می بایست بر بالین بیمار وجود داشته باشد.
- بعد از رسیدن بیمار با کد سما به مرکز درمانی ۷۲۴، کد استروک بر بالین بیمار روی برانکارد اورژانس پیش بیمارستانی حاضر شده و بعد از رد علائم تهدید کننده حیات، بیمار توسط تکنسین های فوریت های پزشکی بدون انجام پروسه تشکیل پرونده، توسط برانکارد اورژانس پیش بیمارستانی به واحد سی تی اسکن مرکز درمانی منتقل گردد و روی تخت سی تی اسکن بیمار تحویل کد استروک گردد. در صورتیکه بیمار بد حال و دارای علائم تهدید کننده حیات باشد بیمار در اورژانس تحویل پزشک متخصص طب اورژانس/ پزشک اورژانس گردد.
- در صورت تایید علائم FAST(+) توسط کد استروک، اگر بیمار بد حال است بیمار به بخش اورژانس تحویل گردد و در غیر صورت بلافاصله بدون فرآیند تشکیل پرونده بیمار مستقیماً به بخش سی تی اسکن منتقل می شود و همزمان یک نفر از پرسنل از پیش تعیین شده بیمارستان نسبت به تشکیل پرونده بیمار اقدام نماید. بیمار از روی برانکارد پاچلاقی اورژانس پیش بیمارستانی به روی تخت سی تی اسکن تحویل داده شود.
- پس از انجام سی تی اسکن بیمار در صورت تایید سکته مغزی حاد نوع ایسکمیک و عدم کنتراندیکاسیون های تزریق دارو، می توان تزریق داروی rtPA، را در سی تی اسکن شروع نمود و در صورت وجود تخت استروک یونیت در آن بخش تزریق ادامه یابد. در صورت عدم وجود تخت خالی، در بخش اورژانس تحت مانیتورینگ درمان ادامه یافته و در اولین فرصت بیمار به بخش استروک یونیت (SCU) انتقال یابد. حداکثر زمان استاندارد از زمان انجام سی تی اسکن تا شروع درمان rtPA، ۱۵ دقیقه می باشد. در صورتی که در هر یک از مراحل فوق احتمال سکته مغزی ایسکمیک حاد توسط کد استروک یا



سطح دو	ب-۲-۵ * خدمات آنژیوگرافی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه می شود.
<ul style="list-style-type: none">❖ تدوین دستورالعمل اطمینان از آمادگی های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیو پلاستی❖ آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل❖ حضور پزشک تا پایان آنژیوگرافی در بخش و پس از پایداری شرایط بیمار (علایم حیاتی، کنترل خونریزی و ...) صدور دستور انتقال بیمار❖ ثبت دستورات پس از آنژیوگرافی توسط پزشک در پرونده بیمار❖ انجام اقدامات درمانی و مراقبتی پس از انتقال به بخش براساس دستورات❖ ویزیت بیمار توسط پزشک در بخش پس از آنژیوگرافی	
<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 تائید 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>	



روح اصلی اعتبار. بخشی ایمنی پمار است