

# ایمنی بیمار

تهیه و تنظیم: زهراسادات نورآذر  
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

# ۹ راه حل ایمنی بیمار

۱- توجه به داروها با نام و تلفظ داروهای مشابه جهت جلوگیری از خطاهای دارویی

وجود لیست داروهای مشابه در بخش ها

## داروهای با شکل مشابه



ویال لیدوکائین - دکستروز - پتاسیم کلراید - سدیم کلراید



قرص لوونیروکسین - سرماخوردگی اطفال



ویال سفنازیدیم - سفتی زوکسیم



ویال سفوتاکسیم - آمپی سیلین



آمپول اکسی توسین - نتوستیگمین



ویال کلوتراسیلین - ونکوماکسین - آمپیسیلین - استرپتومایسین



ویال پنی سیلین ۸۰۰ - پنی سیلین ۱۲۰۰ - پنی سیلین ۶۰۳.۳



آمپول کلیندامایسین - سایمتیدین



آمپول فروزماید - ویتامین کا



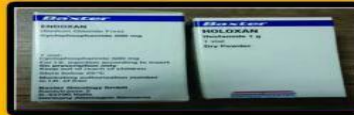
آمپول کلرفنیرامین - متوکلوپرامید - فروزماید



آمپول کلرفنیرامین - متوکلوپرامید - فروزماید



آمپول متوکلوپرامید - دکزامتازون



ویال هو لوکسان - اندوکسان



شیاف ایندومتاسین - دیکلوفناک



آمپول دکزامتازون - پرومتازین - برم هگزین



قرص ستیریژین - پرازوسین



قرص کلردیازپوکساید - نری فلوپرازین



قرص متوکلوپرامید - لوپرامید



آمپول هیارین - آتروپین



آمپول آتروپین - فتوباریتال



آمپول آتروپین - فتوباریتال

داروهای مشابه از مبدا (انبار دارویی داروخانه) برچسب زرد زده شده  
وسپس به بخش مربوطه تحویل داده می شود.

همچنین دارای باکس ها وقفه های جدا می باشد.

دستورات دارویی باید خوانا باشد.

استفاده از مدل نوشتاری LEATTER TALL MAN در نسخ دارویی مانند:

DOPamine

DOBUamine

محدود نمودن دستورات شفاهی و تلفنی خصوصا در داروهای با تلفظ مشابه

در صورت ارایه دستور شفاهی استفاده از متد **حلقه بسته ارتباطی** اجرا گردد.

فرستنده پیام شفاهی اطلاعات را به اختصار برای گیرنده پیام بیان کند.

گیرنده پیام شفاهی آنچه را که شنیده به اختصار بازخوانی و در پرونده ثبت نماید.

فرستنده پیام می باید اطلاعات شنیده شده را تایید و در صورت وجود مشکل اصلاح نماید.

دریافت کنندگان دستور شفاهی و تلفنی باید موارد زیر را در دستور شفاهی و تلفنی قید نمایند  
نام و نام خانوادگی خود و صادر کننده دستور تاریخ، ساعت، امضا

## موارد منع در دستورات شفاهی و تلفنی

بلوس اپیدورال

خون و فراورده های خونی

داروهای نارکوتیک

داروهای پرخطر

**نکته:** در زمان نجات و حیات جان بیمار منع دستورات شفاهی و تلفنی قابلیت اجرا یی دارند.

“

# 7R

اصول صحیح دارودهی به بیماران- سال ۱۳۹۸

”





## ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا



صدور مچ بند سفید با یا پس زمینه آبی یا مشکی مندرجات شامل:  
حداقل دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و سن به تاریخ (به روز، ماه، سال)  
در صورت وجود بیماران با نام مشابه: علاوه بر دو شناسه نام پدر هم درج می شود.  
روی جلد پرونده جهت بیماران با تشابه اسمی کلمه **احتیاط** قید میشود.  
در هنگام ترخیص مچ بند باز و امحا میگردد.

**مچ بند قرمز:** فقط جهت شناسایی بیماران مبتلا به **آلرژی**

**بیماران در معرض خطر جهت صدور مچ بند زرد:** خطر سقوط، زخم بستر، ترمبوآمبولی وریدی، خودکشی، سو تغذیه و تشنج

دلیل استفاده از دستبند زرد حتما باید روی دستبند ذکر شود و بیمار یا همراهان باید در قبال ریسک مربوطه آموزش ببینند، در مواردی مثل خودکشی جهت حفظ حریم بیمار میتوان از کد شناخته شده استفاده کرد.



## شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در ارزیابی اولیه

| شرایط        | معیار                      |
|--------------|----------------------------|
| سقوط         | مورس                       |
| زخم بستر     | برادن                      |
| ترومبوآمبولی | ولز                        |
| خودکشی       | SAD<br>Sex- Age-Depression |
| تشنج         | سابقه بیمار                |
| سوء تغذیه    | BMI کمتر از ۱۸             |

# کدهای دستبند زرد بیمارستان ما

بیمار در معرض سقوط: **F**

بیمار در معرض زخم بستر: **Sore**

خطر DVT یا ترومبوآمبولی: **VTE**

خودکشی: **Ss**

سوء تغذیه: **MIN**

تشنج: **Si**

# ارزیابی ریسک سقوط بیمار بر اساس معیار موریس

| امتیاز | معیار                                                                  | ریسک فاکتور                                        |
|--------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 25     | بله                                                                    | سابقه افتادن بیمار                                 |
| 0      | خیر                                                                    |                                                    |
| 30     | بله                                                                    | تشخیص ثانویه (سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و ...) |
| 15     | واکر-عصا-عصای زیر بغل                                                  |                                                    |
| 0      | کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی |                                                    |
| 20     | بله                                                                    | درمانی IV                                          |
| 0      | خیر                                                                    |                                                    |
| 20     | مختل                                                                   | الگو گام برداشتن                                   |
| 10     | ضعیف                                                                   |                                                    |
| 0      | بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی                                       |                                                    |
| 15     | فراموشی در محدودیتهای حرکتی                                            | وضعیت مغزی                                         |
| 0      | آگاه به محدودیتهای تواناییها                                           |                                                    |

| امتیاز ریسک سقوط |            |
|------------------|------------|
| ریسک بالا        | 25 و بیشتر |
| ریسک متوسط       | 24-25      |
| ریسک کم          | 24-0       |

# مقیاس ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری براساس معیار برادن

| درک حسی         | رطوبت          | فعالیت                | تحرک                  | تغذیه                               | کشش-سایش                     |
|-----------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| (۱) کاملاً مختل | (۱) دائماً خیس | (۱) وابسته به تخت     | (۱) کاملاً بی حرکت    | (۱) خیلی مختل                       | (۱) سر خوردن مکرر            |
| (۲) خیلی مختل   | (۲) اکثراً خیس | (۲) وابسته به صندلی   | (۲) تحرک خیلی محدود   | (۲) خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه   | (۲) خودداری نسبی از سر خوردن |
| (۳) نسبتاً مختل | (۳) گاهی خیس   | (۳) راه رفتن با کمک   | (۳) تحرک نسبتاً محدود | (۳) خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه | (۳) خودداری از سرخودن        |
| (۴) کاملاً سالم | (۴) خشک        | (۴) راه رفتن بدون کمک | (۴) کاملاً متحرک      | (۴) تغذیه کامل                      |                              |

| امتیاز ریسک زخم بستر |       |
|----------------------|-------|
| ریسک خیلی بالا       | <۹    |
| ریسک بالا            | ۱۰-۱۲ |
| ریسک متوسط           | ۱۳-۱۴ |
| ریسک پایین           | ۱۵-۱۶ |
| کنترل معمول          | >19   |

# مقياس ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی براساس معیارولز

| نمره | معیار                                      |
|------|--------------------------------------------|
| ۳    | علائم بالینی DVT                           |
| ۳    | تشخیص محتمل بر PE                          |
| ۵/۱  | تاکی کاردی >100                            |
| ۵/۱  | جراحی / عدم تحرک به دنبال جراحی ۴ هفته پیش |
| ۵/۱  | سابقه PVT / PE                             |
| ۱    | هموپتزی                                    |
| ۱    | کانسرطی ۶ ماه اخیر                         |

| امتیاز ریسک بروز ترومبوآمبولی |     |
|-------------------------------|-----|
| ریسک بالا                     | >۶  |
| ریسک متوسط                    | ۲-۶ |
| ریسک ضعیف                     | <۲  |

# مقیاس ارزیابی احتمال بروز خودکشی براساس معیار SAD

| معیار                                                                         | نمره ۱-۰ |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| جنسیت (مرد)                                                                   |          |
| سن زیر ۲۰ و بالای ۴۰ سال                                                      |          |
| خلق افسرده                                                                    |          |
| سابقه اقدام به خودکشی                                                         |          |
| مصرف الکل مواد                                                                |          |
| فقدان تفکر منطقی (اسکیزوفرنی ، آسیب مغزی، اختلال عاطفی ، فقدان حمایت اجتماعی) |          |
| برنامه خودکشی سازماندهی شده                                                   |          |
| تجرد و تنهایی                                                                 |          |
| بیماری یا فقدان سلامت جسمانی                                                  |          |

| امتیاز ریسک بروز خودکشی |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| ۰-۲                     | مراجعه به منزل و پیگیری                                          |
| ۳-۴                     | پیگیری جدی                                                       |
| ۵-۶                     | توصیه جدی به بستری کردن (بسته به میزان اعتماد به فرایند پیگیری ) |
| ۷-۱۰                    | بستری کردن                                                       |

شناسایی نوزادان: در بدو پذیرش مادر در بیمارستان، شماره پرونده بیمار به صورت کد شناسایی بر روی **دو** مچ بند (یکی مخصوص مادر و یکی مخصوص نوزاد) ثبت و نصب پرونده میشود.

هنگام تولد نوزاد مشخصات شامل نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد و جنسیت نوزاد در کنار کد شناسایی نوشته میشود.

مچ بند نوزاد ترجیحا باید روی مچ پای نوزاد نصب شود.

## شناسایی بیماران مجهول الهوية:

برای بیماران مجهول الهوية دستبند تحت عنوان مرد/زن مجهول الهوية ۱، ... با شماره پرونده صادر می شود و پیگیری لازم از طریق مددکاری بیمارستان در زمینه شناسایی وی انجام می شود.



\*قبل از هراقدام درمانی توجه به مندرجات مچ بند بیمار الزامی می باشد .

\*مندرجات مچ بند از بیمار در صورت هوشیاری پرسیده می شود.

\*در صورتی که بیمار غیرهوشیار است با پرونده ویا بستگان درجه یک بیمار چک می شود.

\*در صورتی که بیمار کودک است می باید با پرونده ووالدین وی چک شود .

\*حین تحول و تحول درهرشفت ویا درهرانتقال بین بخشی ویا بیمارستانی نیزمچ بند بیمارچک می شود.

\*در صورت گم شدن یا پاره شدن ویا ازبین رفتن یا کمرنگ شدن مندرجات مچ بندمی باید اطلاع به

پذیرش داده ومچ بند جدید صادر شود .

\*بستن مچ بند به بازوی دست غالب ارجح می باشد .

\*در بیماران دیالیز و اورژانس نیز بستن مچ بند الزامی است .



۱. دستبند شناسایی بیمار بر روی بازو یا مچ دست غالب به نحوی که سبب فشردگی پوست نشود، بسته شود.

۲. برای بیماران سوختگی و شکستگی دستبند شناسایی بر روی یکی از ۴ اندام که بانداژ نشده است بسته شود.

۳. برای بیماران با اختلالات روانی می تواند بر روی بازو یا مچ دست بسته شود و چنانچه احتمال باز کردن دستبند می رود بویژه در موارد سایکوتیک که ممکن است به خود یا دیگران آسیب برسانند طبق تشخیص پزشک از تکنیک های مهار شیمیایی یا فیزیکی استفاده می شود.

## ۳-ارتباط موثر با بیمار در زمان تحویل بیمار

### تکنیک SBAR

**SITUATION**= (بیان وضعیت)

شکایت، تشخیص، طرح درمان و نیازهای بیمار

**BACKGROUND**= (زمینه و سوابق)

علائم حیاتی، وضعیت روحی و ذهنی، لیستی از داروها و نتایج آزمایشگاهی

**ASSESSMENT**= (ارزیابی انجام شده)

ارایه ارزیابی فعلی بیمار

**RECOMMENDATION** = (پیشنهادات و توصیه ها)

شناسایی نتایج معوقه بیمار و آنچه که بعدا باید انجام شود و توصیه های مراقبتی دیگر بیمار

# ارتباط موثر با بیمار

## روش صحیح

- \* معرفی خود به بیمار
- \* تحویل به صورت چهره به چهره
- \* هم طراز بودن مهارت و دانش پرسنل در زمان تحویل الزامی است .
- \* از دو روش ارتباطی پرونده و کاردکس بیمار استفاده می شود.
- \* گزارش کاری در پرونده بیمار ثبت می شود.
- \* بعد از تحویل کلیه مسئولیتهای فرد برعهده فرد تحویل گیرنده می باشد.

## ۴-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

**\*گام اول:** فرم رضایت آگاهانه که توسط پزشک و در حضور دو شاهد صورت می گیرد. پرستار بعنوان یک شاهد آنرا امضا می کند.

**\*گام دوم:** نشانه گذاری موضع عمل توسط جراح در اندام های قرینه

**\*گام سوم:** شناسایی صحیح بیمار که سوالات نباید القایی باشد.

**\*گام چهارم:** مستندات و کنترل مدارک، گرافی ها، آزمایشات، رزرو خون و دیگر موارد

**\*گام پنجم:** در حین انجام پروسیجرهای تهاجمی چه در بخش یا اتاق عمل می باید با یک درنگ بر صحت موارد (بیمار صحیح، نشانه

گذاری صحیح اندام، پروسیجر صحیح، اطمینان از وجود کلیه تجهیزات، ایمپلنت ها و موارد ملزومه در طی فرایند) تاکید کنند و در این مدت کلیه فعالیت های تیم در آن اتاق متوقف می شود.



# پروتکل اطمینان از انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بر روی بیمار صحیح

لحظه قبل از انجام  
پروسیجر



قبل از ورود به  
اتاق انجام پروسیجر



روزها تا ساعت ها  
قبل از انجام پروسیجر



## گام چهارم: مستندات

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده  
گرافی ها و آزمایشات) در دسترس بوده و با  
مشخصات بیمار مطابقت داده می شود.

## گام پنجم: درنگ تیمی (تایم اوت تیمی)

در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا  
بخشهای بستری، زمان قبل از آغاز پروسیجر  
کارکنان باید موارد زیر را با یک زمان درنگ  
(تایم اوت) به صورت شفاهی تأیید کنند:

- اطمینان از حضور بیمار صحیح
- اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر
- اطمینان از انجام پروسیجر صحیح
- اطمینان از دردسترس بودن ایمپلانت مناسب  
و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه: در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر  
در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

## گام سوم: شناسایی بیمار

کارکنان باید از بیمار موارد زیر را سؤال کنند  
و بیمار نیز باید به سؤالات پاسخ دهد (سؤالات  
نباید القایی باشد):

- نام ، نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- تاریخ تولد بیمار
- محل پروسیجر



## گام اول: فرم رضایت

فرم رضایت باید شامل موارد زیر باشد:

- نام ، نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- نام پروسیجر
- علت انجام پروسیجر
- محل انجام پروسیجر

## گام دوم: نشانه گذاری محل

انجام پروسیجرهای تهاجمی

محل انجام پروسیجرهای تهاجمی  
باید توسط پزشک انجام دهنده  
پروسیجر یا دستیاران همان رشته  
تخصصی نشانه گذاری شود.



مدیریت تحول و حاکمیت بالینی

## ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های با غلظت بالا یا الکترولیت های تغلیظ شده جهت جبران الکترولیت ها در بیماران بکار می رود و در صورت عدم مدیریت ودقت کافی در نحوه استفاده از آنها میتواند صدمات جبران ناپذیری را دربرداشته باشد.

از بین این محلولها **Kcl** خطرات جدی تری دارد.

رعایت موارد زیر جهت جلوگیری از خطا الزامیست:

- ۱- ممنوعیت دسترسی آزاد به داروهای با هشدار بالا
- ۲- نگهداری در سبد های قرمز رنگ و نوشتن نام دارو به زبان فارسی و رعایت فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد.
- ۳- از بین داروهای هشدار بالا ۱۲ دارو که **ADR** بالایی داشتند به عنوان داروهای پرخطر معرفی شدند.
- ۴- انجام دبل چک و ازابتدا تا انتهای فرایند دارودهی توسط دو پرستار
- ۵- وجود لاین وریدی مطمئن، سالم و کنترل علایم حیاتی بیمار
- ۶- وجود تجهیزات کافی جهت محاسبه دقیق دوز از دارویی و تزریق دارو مانند پمپ انفوزیون

# درس آموخته حاصل از خطاهای پزشکی

## آشنایی با دوا زده داروی پر خطر:



پتاسیم کلراید



هایپر سالین



هپارین



سولفات منیزیم



لیدوکائین



رتپلاز



بیگرنات سدیم



آتروپین



هالوپریدول



کلونکات کلسیم



اپی نفرین



پروپرانول

بر اساس کتاب جامع کتابخانه پزشکی ویرایش چهارم  
تهیه و تنظیم: واحد ایمنی



## ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی رایه خدمات

پزشک معالج ، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در برگه شرح حال ثبت نموده و در خصوص ادامه و یا قطع داروهای فعلی مصرفی براساس قضاوت بالینی، مشاوره تصمیم گیری نموده و داروهای مجاز مصرفی بیمار را در طی مدت بستری در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.

پزشک معالج در زمان ترخیص بیمار نیز در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری نموده و در صورت لزوم بیمار را در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی ، به پزشک متخصص ارجاع می دهد و اقدامات انجام شده را در برگه خلاصه پرونده ثبت می نماید.

## ۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

- \* در طی تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و صحت عملکرد کنترل می شود .
- \* کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.
- \* به کارکنان پشتیبانی ، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نبایستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
- \* برچسب گذاری کاتترهای پرخطر برای مثال : کاتترهای شریانی ، اپیدورال و ... الزامی است.
- \* از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
- \* به منظور تجویز دارو ، از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.
- \* پرستار در صورت مشاهده هرگونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل : نشت ، انسداد ، جابجایی و یا پارگی هر آنها در صورتیکه توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می رساند .
- \* سوندها و کاتترهای خطرناک و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی گیرد شناسایی و گزارش می شوند .
- \* به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات توضیح داده می شود .

## ۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

\* توجه به تاریخ انقضای محصولات یکبار مصرف

\* تزریقات ایمن

\* زمان استاندارد نگهداری IV Line - کاتترها ، سوندها

\* خرید ویال های تک دوزی

\* استفاده از سرسوزن استریل برای ویال های چند دوزی

\* زمان انقضاء و شیوه نگهداری ویال های چند دوزی

## ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



- مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست  
این موقعیت ها عبارتند از :
۱. قبل از تماس بیمار
  ۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل
  ۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات
  ۴. بعد از تماس با بیمار
  ۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار





# به دستهای خود نگاه کنید

دستهای پاک مراقبت ایمن را  
در جراحی فراهم می کند

بیماران جراحی در دستان شما هستند ، به دستهای خود نگاه کنید .  
بهداشت دست را برای بیماران جراحی رعایت کنید .  
اؤ پد یوش قا ترخیص



World Health  
Organization

#SAFESURGICALHANDS

SAVE LIVES  
CLEAN YOUR HANDS



## روش درست شستن دست‌ها

### در ۱۰ مرحله



دست‌ها را خیس کرده و بعد آن‌ها را صابونی کنید.



کف دست‌ها را با هم بشویید.



بین انگشتان را در قسمت پشت بشویید.



بین انگشتان را از روبرو بشویید.



توک انگشتان را در هم گره کرده و به خوبی بشویید.



شست‌ها را جداگانه و دقیق بشویید.



خطوط کف دست را با توک انگشتان بشویید.



دور میج هر دو دست را بشویید.



دست‌ها را با دستمال خشک کنید.



با همان دستمال شپیر آب را بپندید و دستمال را در سطل زباله بیاندازید.

# گزارش خطا

## زیان بارترین خطاهای پزشکی



# Medical Error خطای پزشکی

رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب به خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود، این خطاها مستقل از خطرات ذات بیماری زمینه ای و یا عوارض آن و حتی بیماری نهفته می باشد و به عبارتی بر بیمار تحمیل می شود.



## انواع خطاهای درمانی

### SENTINEL EVENT-1

خطاهای جبران ناپذیری که منجر به مرگ یا آسیب جدی یا آسیب های فاجعه آمیز میشود

مثال: مرگ یا از دست دادن عملکرد دائمی به شرطی که با بیماری اصلی و یا زمینه ای بیمار ارتباطی نداشته باشد / خودکشی بیمار / جراحی محل عمل اشتباه ، بیمار اشتباه ، روش اشتباه / ربوده شدن نوزاد یا ترخیص کودک به خانواده دیگر / موارد تجاوز و ...



## ACCIDENT EVENT-2

خطاهای که اتفاق افتاده و منجر به آسیب هم شده است اما آسیب وارده جبران پذیر است.

مانند بیماری که به دنبال سقوط از تخت دچار جراحت شده است (مانند خراشیدگی پوست)

## NO HARM-3

خطاهای بدون عارضه

خطاهایی که اتفاق می افتد و در نتیجه آن هیچ آسیبی به بیمار وارد نمی شود اما حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تاپایان فرایند دارد . حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد .  
مانند بیماری که از تخت سقوط کرده و هیچ آسیبی به او وارد نشده است.

## NEAR MISS-۴

حوادث نزدیک به خطا

یعنی اشتباه و خطایی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس ، تشخیص و تصحیح به موقع ، خطا متوقف شده و روی نداده است.  
به عنوان نمونه احتمال سقوط بیمار از تخت که از سقوط بیمار جلوگیری شده و سقوط وی اتفاق نیافتاده است . اما تکرار این خطا می تواند منجر به آسیب جدی وی گردد



# روش های گزارش دهی خطاهای پزشکی

۱- فرم های گزارش دهی خطا توسط پرسنل تکمیل شده و تحویل کارشناس ایمنی میشود.

۲-مراجعه به سایت بیمارستان به نشانی زیر:

[www.eh behkima/a/.ir](http://www.eh.behkima/a/.ir)

در صورتیکه خطا منجر به آسیب های جبران پذیر یا آسیب های جبران ناپذیر شده باشد، علاوه بر تکمیل فرم گزارش خطا، مستقیماً در همان زمان به مسئول ایمنی بیمار / سوپروایزر شیفت اطلاع داده می شود



فرم وقایع ناخواسته شرایط تهدید کننده حیات - ابلاغ وزارتخانه

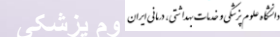
## درس آموزه های حاصل از خطای پزشکی

• آشنایی با وقایع ناخواسته درمانی (Never Events):

|                                                                                                        |                                                                                                                                         |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم                                                         | 2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر                                                                                        | 3. انجام عمل جراحی یا روش اشتباه بر روی بیمار                            |
| 4. جا گذاشتن هرگونه Medical Device از گاز و قیچی و پنس ... در بدن بیمار                                | 5. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی                                                         | 6. تلقیح مصنوعی یا هدته (Donor) اشتباه در زوجین نابارور                  |
| 7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی                    | 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده                                                                        | 9. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی                 |
| 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاصی غیر از ولی قانونی                                           | 11. محقوه شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد                                                                             | 12. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی                             |
| 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و ... | 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی                                         | 15. گلبه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین |
| 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوکلسمی در مرکز درمانی                                               | 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار                                                                                             | 18. گرینکترس نوزاد ناشی از تعادل در درمان                                |
| 19. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات                                | 20. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا و متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد. | 21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار                  |
| 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود های اطاق عمل                                      | 23. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت                                                                                      | 24. سقوط بیمار                                                           |
| 25. موارد مرتبط با عدم رعایت موازن اخلاق پزشکی                                                         | 26. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار                                                                                 | 27. ربودن بیمار                                                          |
|                                                                                                        | 28. اصرار به تزریق داروی خاصی خطر آفرین یا قطع نفعی اقدامات درمانی توسط کادر درمان                                                      |                                                                          |

بر اساس دستورالعمل شماره 29674 معاونت درمان

لویه و تنظیم واحد ایمنی



مدیریت خطاهای درمانی دانشگاه علوم پزشکی

ایران

۱۳۹۸-

## وقوع یکی از کدهای حوادث

## ناخواسته در

### مانی (وقایع ۲۸ گانه) در مرکز

[illegible]

ارسال سوپر تو سید پیلک و لیز رکشوک مدتی به  
و سول که به خور شناسی معا وت دریا سرکا رخنام  
نوری شما با رخما سها ۰۳ ۲۹۷۰۰۵۰۹۰۵ وی اطلاعات  
فوق سه و له کد : نام مرکز نام و نام خانوادگی  
بیمار بیماسن رتا ریخ و قریعا نشه شرح  
حاضر حاضر نشه

وہیما فعلی ضعیف ر

ارسال همزمان بفر تصویر می شد تکمیل مکز ارشفو ری

وفاخو قلیع استه درملنی، ارهیا طریق م ریسانسر وشرها

• 9 • 0 • 297 • • 5

اطلاعاً توسعہ تلفنی ریشناس لیٹی، مصحف بہ وصول  
کا بہ خبر ریشناس معا وئت درمان سرکا رڈو خاتم ری  
شما پارخما س ۶۶۷۰۷۱۴۰ دا ۲۱۳ خلی ویشما پا رہ  
همراه

۳+۲۹۷+۵+۹۰ ارسال همزمان زیر تصویر باشد تکمیل ۵

گزارش‌ها و ری وناخو قلیع استه درملتی، از طریق

الاجتهاد في ريشيداي احدثه توسط RCA، متمم  
مرکز

پرگ ای غلابطرفم دت ده روز از طریق اتویسامون  
اداری اعمده وقت درمان



# مشکل

را زمانی می توان برطرف کرد که آن را  
به درستی شناخته باشیم.

جان ماکسول



# تحلیل علل ریشه ای

## RCA

یکی از ابزارهای مدیریت خطر به صورت گذشته نگر است. تحلیل علل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت یا علل واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت یا علل می باشد.

درنهایت فهرستی از خطاها تحت عنوان



**learn& share**

درجلسات وکنفرانس های پرستاری درون بخش وسرپرستاران وکلاس های آموزشی ایمنی بیمارستان میشود وبرگه ای هم به بخش داده می شود .تا همه ازآن درس بگیرند .

# بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

یک روش غیر رسمی و دوستانه برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان میباشد و همچنین حمایت مدیران از گزارش خطا را نشان می دهد.

افراد تیم مدیریتی ایمنی بیمار عبارتند از:

مسئول فنی / ایمنی بیمار: جناب آقای دکتر ستایش

مدیر بیمارستان

مدیر پرستاری

مسئول بهبود کیفیت

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

این بازدید ها به صورت هفتگی و مرتب طبق برنامه قبلی که توسط هماهنگ کننده ایمنی بیمار تهیه شده و تقویم آن در بخش ها موجود می باشد، انجام میشود.

با تشکر از توجه شما