



روش های اجرایی مرکز اورژانس پیش
بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم
پزشکی مشهد

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۴/۱۵
واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
کد: MO-AC1-002

فهرست

- ۲..... جمع آوری ویی خطر سازی پسماندهای شیمیایی و دارویی
- ۳ لکه زدایی سریع مواد خطرناک از قبیل مایعات بدن ، مواد شیمیایی و غیره در تمامی فضاهای ارائه خدمت
- ۵..... خرید داروها و تجهیزات پزشکی
- ۶..... توزیع دارو و تجهیزات پزشکی
- ۷..... ثبت گزارش عوارض جانبی دارویی
- ۹..... تعمیر و سرویس وسایل نقلیه امدادی و عملیاتی
- ۱۰..... مدیریت درد (ارزیابی و کنترل)
- ۱۶..... گزارش دهی بیماریهای نوپدید ، حملات بیولوژیک و موارد مشکوک
- ۱۷..... گزارش وقایع ناخواسته
- ۱۸... برقراری ارتباط موثر با افراد غیر ایرانی و گردشگران و افراد کم شنوا و ناشنوا
- ۱۹..... حفظ حریم و پوشش گیرنده خدمت
- ۲۰..... بررسی رضایتمندی بیماران و همراهی
- ۲۱..... کنترل صحت دادهای ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
- ۲۴..... آموزش همگانی



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: جمع آوری و بی خطر سازی پسمانده های شیمیایی و دارویی

کد سند: MO-PR1-03

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱

تعداد صفحات: ۱۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعاریف: پسماند شیمیایی و دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم، اقلامی که به دارو آغشته شده اند یا دارو دارند. (مانند قوطی ها و شیشه های دارویی)، مواد گندزدای تاریخ گذشته یا غیر لازم و حلال ها باطری ساعت، ترمومتر جیوه ای می باشد

هدف/بیانیه: جمع آوری پسماندهای شیمیایی و دارویی به شکل صحیح و بهداشتی؛ و به منظور کاهش خطرات ناشی از مواجهه با این گونه پسماندها،

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول کنترل عفونت اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- در صورتی که داروها تاریخ مصرف گذشته می باشد باید طبق دستور توسط مسئول پایگاه تحویل مسئول امور دارو تجهیزات شود.

۲- اگر داروها مصرف شده یا سایر مواد شیمیایی می باشد باید در کیسه زباله مخصوص ریخته شود.

۳- کیسه زباله نباید کامل پر شود تا بتوانند کیسه ها را گره بزنند.

۴- کلیه کارکنان می بایست زباله ها در کیسه پلاستیکی و مقاوم بریزند و پس از بر چسب زدن به محل مورد نظر در بیمارستانها منتقل شود.

۵- هیچ کیسه محتوی زباله نباید بدون داشتن بر چسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل خارج شود.

۶- نیروهای عملیاتی می بایست کیسه زباله ها را از سطل در آورده و به آرامی به محل انتخاب شده منتقل نمایند،

۷- باید از پرتاب کردن زباله خودداری کنند تا کیسه ها پاره نشود و مواد آلوده به صورت کارکنان نیفتد.

۸- باید از پراکنده شدن زباله خودداری شود.

۹- پس از خالی کردن کیسه ها، سطل های زباله توسط خدمات با آب داغ و دترجنت شستشو و به صورت وارونه نگهداری و خشک شود و سپس کیسه زباله جدید کشیده شود.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی: مشاهده مستندات و مصاحبه

منابع / مراجع: دستورالعملهای بهداشت محیط

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	نجمه عبدالباقی	کارشناس کنترل عفونت
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
سید ابوالقاسم سلطانی	افسر کنترل عفونت	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: لکه زدایی سریع مواد خطرناک از قبیل مایعات بدن ، مواد شیمیایی و غیره در تمامی فضاهای ارائه خدمت

کد سند: MO-PR1-05

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۲ از ۲

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعاریف: لکه زدایی به معنای از بین بردن آلودگی قابل رویت (مواد آلی و غیر آلی) از اشیاء و سطوح است.

هدف: از بین بردن آلودگی ها جهت جلوگیری از انتشار و انتقال آلودگی ها و حفظ سلامتی پرسنل، بیمار و همراه می باشد .

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان پایگاه اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: افسر کنترل عفونت اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- نحوه پاک کردن خون یا ترشحات از سطوح محیطی

۱-۱- در صورت رویت آلودگی پوشیدن دستکش یکبار مصرف و در صورت نیاز گان ، عینک انجام شود .

۱-۲- اگر مقادیر زیادی خون در جایی ریخته شده باشد ابتدا دستکش و در صورت لزوم سایر موارد وسایل حفاظت فردی پوشیده شود

۱-۳- با چند پارچه با قدرت جذب بالا روی آن پوشانده تا خون جذب آن شود (در این مرحله قبل از جمع آوری افزودن مایع گندزدا به پارچه جاذب توصیه می شود).

۱-۴- به آرامی و با دقت پارچه ها و خون جمع آوری شده .

۱-۵- محل را با مواد دترژانت شسته و گندزدایی شود. (سطوحی که دارای لکه و چرک قابل رویت هستند) ،

۱-۶- سپس با محلول آب ژاول اگر سطح آلوده شده ، صاف باشد با رقت ۱ به ۴۹ و در صورت خلل و فرج با محلول ۱ به ۹ گندزدایی شود. یا با یک دستمال مرطوب ضد عفونی کننده (با توجه به دستورالعمل گفته شده بر روی برچسب آن) ضد عفونی گردد.

۱-۷- باید پارچه های آغشته به خون در کیسه مارک دار زباله های عفونی جمع آوری و دفع شود.

۱-۸- می بایست تمامی سطوحی که احتمال دست زدن به آن سطوح زیاد است (تخت ، برانکارد و غیره) با یک دستمال مرطوب کننده (با توجه به دستورالعمل گفته شده بر روی برچسب آن) ضد عفونی گردد.



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: لکه زدایی سریع مواد خطرناک از قبیل مایعات بدن ، مواد شیمیایی و غیره در تمامی فضاهای ارائه خدمت

کد سند: MO-PR1-05

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۲ از ۲

شماره ویرایش: ۰۰۲

۹-۱- تجهیزات پزشکی (استتوسکوپ ، کاف فشار خون و غیره) در صورت تماس با بیمار در صورت یکبار مصرف بودن باید تعویض گردد و در صورت قابلیت استفاده مجدد ، قبل از تماس با بیمار جدید ابتدا تمیز و سپس ضد عفونی گردد

۲- نحوه تمیز کردن لباس و یونیفرم آلوده :

۱-۲- لباس کار آلوده را با دستکش جمع آوری و در پلاستیک گذاشته و به محل پایگاه بیاورد .

۲-۲- یونیفرم آلوده باید با آب ۱۶۰ درجه فارینهایت (۹۰ درجه سانتی گراد) و دترژانت به مدت ۲۵ دقیقه در ماشین شسته شود.

۳-۲- قبل از خروج از پایگاه یونیفرم باید در آورده شود و فرد هیچ گاه با لباس و یونیفرم آلوده به منزل نرود.

۴-۲- می بایست از شستن یونیفرم آلوده در منزل اجتناب کند.

۵-۲- در صورت آلودگی کفش و چکمه ها می توان با برس و آب صابون برای حذف آلودگی پاک نمود.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی : مشاهده، مستندات و مصاحبه

منابع / مراجع: دستورالعملهای بهداشت محیط و کنترل عفونت وزارت بهداشت و درمان

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	نجمه عبدالباقی	کارشناس کنترل عفونت
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
سید ابوالقاسم سلطانی	افسر کنترل عفونت	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: **خرید داروها و تجهیزات پزشکی**

کد سند: **MO-PR6-01**

تاریخ ابلاغ: **۱۴۰۰/۷/۱**

تاریخ آخرین بازنگری: **۱۴۰۱/۳/۱۵**

تعداد صفحات: **۱۱**

شماره ویرایش: **۰۰۲**

هدف: تامین دارو و ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی جهت بیماران و ارائه خدمات دارویی مطلوب و جلب رضایتمندی بیماران

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کارشناس امور دارو و تجهیزات - مسئول انبار - مسئول منطقه

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول امور دارو و تجهیزات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- تعیین اقلام مورد نیاز در سال جاری توسط مسئول واحد تجهیزات و امور دارویی انجام می گردد.
- ۲- درخواست خرید توسط مسئول واحد تجهیزات و امور دارویی جهت تعیین اولویتهای خرید و تاییدیه به مدیریت مرکز فرستاده می شود
- ۳- فرم پس از بررسی درخواست توسط مدیریت تایید و به مسئول امور تجهیزات و دارویی فرستاده می شود.
- ۴- فرم توسط کارشناس واحد تجهیزات و امور دارویی جهت برآورد قیمت و تامین اعتبار به واحد کارپردازی تحویل داده می شود.
- ۵- استعلام قیمت اقلام مورد نیاز با استفاده از سامانه تدارکات دولت توسط کارپرداز انجام می شود.
- ۶- مشخص شدن بهترین کالا از نظر قیمت و درخواست ارسال نمونه کالا توسط کارپرداز انجام می شود.
- ۷- تأیید نمونه ارسال شده توسط مسئول واحد تجهیزات و امور دارویی انجام می شود.
- ۸- ارسال کالا به همراه فاکتور به انبار، توسط شرکت انجام می شود.
- ۹- اطلاع به مسئول واحد تجهیزات و امور دارویی توسط مسئول انبار پس از دریافت اقلام خریداری شود.

منابع / مراجع: دستورالعمل های سازمان اورژانس کشور و فرآیندها

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	سید حسین شیرین زاده	مسئول امور دارو و تجهیزات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: **تأمین و توزیع دارو و تجهیزات مصرفی**

کد سند: MO-PR6-03

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۱۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

هدف: مصرف بهینه و درست دارو و تجهیزات پزشکی در پایگاه ها

صاحبان فرآیند و ذینفعان: مسئول پایگاه اورژانس، کارشناس امور تجهیزات، مسئول منطقه مربوطه، انبار مرکزی اورژانس ۱۱۵ -

دامنه روش اجرایی مدون: مدیریت دارویی

مسئولیت ها و اختیارات: کارشناس امور تجهیزات اورژانس ۱۱۵ - مسئول منطقه مربوطه - مسئول انبار مرکزی اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- فرم درخواست دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی توسط مسئول منطقه تهیه و اتوماسیون می گردد.

۲- فرم درخواست دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی توسط مسئول منطقه مربوطه تایید و برای کارشناس امور تجهیزات و دارو در مدیریت مرکز فرستاده می شود.

۳- پس از بررسی و تایید توسط کارشناس امور دارو و تجهیزات برای مسئول انبار مرکزی اورژانس ۱۱۵ فرستاده می شود.

۴- اقلام مورد نیاز توسط انبار مرکزی اورژانس ۱۱۵ تهیه و به کارشناس امور تجهیزات و دارو تحویل داده می شود.

۵- بعد از درخواست دارویی مسئول منطقه توسط کارشناس دارو تجهیزات اقلام موجود مورد نیاز تحویل مسئول منطقه می گردد.

۶- مسئول منطقه اقلام را، بین پایگاهها توزیع می نماید.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی: مشاهده مستندات و مصاحبه

منابع / مراجع: فرآیندهای اصلی مرکز

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	سید حسین شیرین زاده	مسئول امور دارو و تجهیزات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: **ثبت و گزارش عوارض جانبی دارویی**

کد سند: MO-PR6-05

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۱ از ۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعاریف: عوارض دارویی یعنی اثرات جانبی ناخواسته داروها

ADR (Adverse Drug Reaction): عارضه ناخواسته دارویی عبارت است از هر نوع واکنش زیان آور و ناخواسته که به

دنبال مصرف دارو یا واکسن رخ می دهد

معرفی مرکز ADR: مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR) به عنوان تنها مرکز ملی در سطح کشور به جمع آوری و ثبت گزارش های عوارض دارویی مشاهده شده می باشد

اهداف:

۱. شناسایی سریع عوارض و تداخل های دارویی که تا زمان ورود دارو به بازار شناخته نشده اند.
 ۲. جمع آوری گزارشات مربوط به عوارض ناخواسته دارویی
 ۳. تشخیص افزایش ناگهانی در میزان وقوع عوارض ناخواسته شناخته شده
 ۴. شناسایی ریسک فاکتورها و مکانیسم هایی که عوارض ناخواسته دارویی تحت آن شرایط رخ می دهند.
 ۵. تخمین جنبه های کمی زیان های ناشی از مصرف داروها
 ۶. تجزیه و تحلیل آماری به همراه تعیین شدت، شیوع و قطعیت عوارض ناخواسته دارویی
 ۷. تحلیل و انتشار اطلاعات مورد نیاز در تجویز داروها و مقررات دارویی
 ۸. تلاش در جهت جلوگیری از بروز عوارض ناخواسته دارویی قابل پیشگیری در مراکز درمانی تابعه
- صاحبان فرآیند و ذینفعان:** کلیه کارکنان اورژانس ۱۱۵ و بیماران

دامنه روش اجرایی مدون: مدیریت دارویی

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول امور دارو و تجهیزات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- به منظور جمع آوری گزارش های عوارض دارویی، فرم های زرد رنگی تهیه شده است که در صورت مشاهده عوارض جانبی دارو، پس از تکمیل فرم ها آنها را در اختیار کارشناس ایمنی بیمار قرار داده شود.
- ۲- کلیه عوارض مشکوک به مصرف فراورده های درمانی از جمله داروها، فراورده های خونی، واکسن ها و... گزارش شود و یا در فرم زرد ثبت شود و هویت بیمار و گزارشگر محرمانه می ماند.
- ۳- هنگام گزارش یک عارضه حتی الامکان نام شرکت سازنده و شماره سری ساخت را جستجو نموده، گزارش نمایید.
- ۴- واحد آموزش کلاس های آموزشی عوارض جانبی دارویی را برای کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی برگزار می کند.
- ۵- عوارض جانبی دارو بر روی بیمار در پرونده بیمار توسط نیروهای عملیاتی اورژانس ۱۱۵ ثبت می گردد.
- ۶- نیروهای عملیاتی اورژانس ۱۱۵ در هنگام تحویل بیمار به بیمارستان به پزشک و پرستار تحویل گیرنده بیمار عوارض جانبی مشاهده شده بر روی بیمار اطلاع می دهد.

منابع / مراجع: دستورالعمل های وزارت بهداشت و درمان



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: **تعمیر و سرویس وسایل نقلیه امدادی و عملیاتی**

کد سند: MO-PR9-01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعداد صفحات: ۱۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

هدف: ارائه راهنمایی، انجام سرویس و تعمیرات آمبولانس ها توسط تعمیر کار سیار یا انتقال و انجام تعمیرات کلی توسط تعمیرگاههای مجاز

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کارشناس امور آمبولانسها - مسئول پایگاه - پرسنل اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: مدیریت امور آمبولانسها

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول امور آمبولانسها اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- اعلام مشکل به مرکز ارتباطات توسط راننده آمبولانس
- ۲- تماس مرکز ارتباطات با کارشناس انکال امور آمبولانس ها و مسئول پایگاه
- ۳- تماس آنکال نقلیه با راننده آمبولانس و راهنمایی تلفنی (در صورت رفع مشکل اعلام به مرکز ارتباطات و در صورت عدم رفع مشکل تماس با تعمیرکار سیار)
- ۴- مراجعه تعمیرکار سیار به محل آمبولانس و بررسی امکان یا عدم امکان تعمیر آمبولانس
- ۵- در صورت تعمیر توسط تعمیر کار سیار تهیه فاکتور و تایید آن توسط کارشناس امور آمبولانسها
- ۶- در صورت عدم تعمیر توسط تعمیرکار سیار بعد از هماهنگی با تعمیرگاه مجاز انتقال آمبولانس به تعمیرگاههای مجاز و تامین لوازم یدکی و تعمیر آمبولانس
- ۷- تعمیر آمبولانس و ثبت در فرم شرح تعمیر توسط تعمیرکار
- ۸- تحویل فاکتور تعمیرات و لیست لوازم مصرفی و تایید فاکتور توسط کارشناس امور آمبولانسها
- ۹- تحویل آمبولانس به کارشناس امور آمبولانسها یا کارشناس مربوطه

***** جهت اطلاع رسانی خرابی آمبولانسها و درخواست کد یدک، تعمیرات در محل به صورت ۲۴ ساعته شماره ۰۹۰۴۵۴۹۶۶۷۷ - خط اینترنتی ۹۷۷ جهت تماس از سوی واحد امور آمبولانسها در نظر گرفته شده است.**

کارکنان	آقای هادی جمالیان	۳۱۴۴۹۹۷۷
	آقای ابوالفضل یعقوبی	۳۱۴۴۹۹۷۷
	آقای محمدتقی مختاری	۳۱۴۴۹۹۷۷

مستندات مرتبط: فرآیند تدوین برنامه منظم تعمیر وسایل نقلیه امدادی و عملیاتی

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	سجاد کشاورز	مسئول هماهنگی آمبولانسها
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: **مدیریت درد (ارزیابی و کنترل)**

کد سند: MO-PR2-01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۱۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعاریف: منظور از مدیریت درد بررسی و ارزیابی مداوم تاثیر اقدامات کنترلی درد بیمار می باشد.

هدف: انجام اقدامات صحیح جهت کنترل درد بیمار، افزایش احساس راحتی و رضایتمندی بیمار

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی

دامنه روش اجرایی مدون: مرکز اورژانس پیش بیمارستانی

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول آموزش اورژانس ۱۱۵ – مسئول مناطق اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- ارزیابی مدیریت صحنه از نظر ایمنی و درخواست منابع توسط کارشناس فوریت‌های پزشکی بررسی گردد.

۲- ارزیابی وضعیت بیمار (Airway – Breathing - Circulation) و از لحاظ درد و بررسی شکایت بیمار توسط کارشناس فوریت‌های پزشکی انجام شود.

۳- کنترل علام حیاتی (BP-O2sat-RR-PR-BS-GCS) توسط کارشناس فوریت‌های پزشکی انجام شود.

۴- کارشناس فوریت‌های پزشکی بیمار را از نظر وجود علل طبی درد / تروما درد بررسی کند در صورت وجود علل طبی پروتکل لازم را اجرا نماید

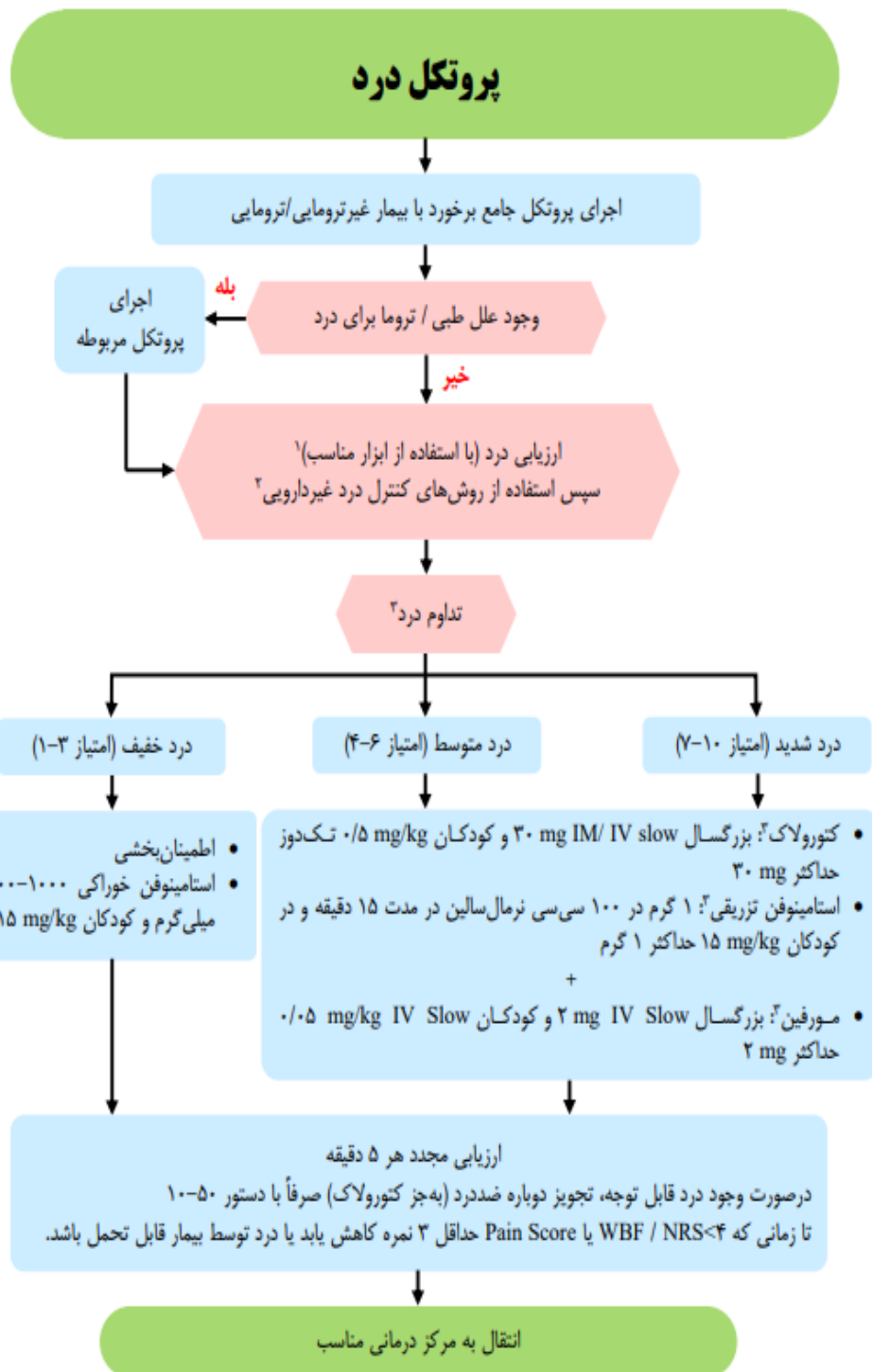
۵- در صورت عدم وجود علل طبی کارشناس فوریت‌های پزشکی ارزیابی درد را با استفاده از ابزار مناسب (FLACC – Numeric rating scale- Visual analogue scale- WongBaker faces) انجام دهد.

۶- تکنسین مربوطه ابتدا با استفاده از روشهای کنترل درد غیر دارویی مانند: استفاده از کمپرس یخ (جهت کاهش درد از طریق سرما درمانی)، آتل بندی و عدم تحرک (اگر عضو دارای شکستگی است)، سعی در آرام کردن بیمار نماید.

۷- تا زمان رسیدن به مرکز درمانی مناسب پایش مداوم توسط تکنسین انجام شود (ارزیابی مجدد هر ۵ دقیقه) و در پرونده بیمار ثبت گردد، به مرکز درمانی نیز اطلاع دهد.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	سید وحید ظهیری	مسئول آموزش
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

پروتکل درد





پروتکل درد

۱. روش ارزیابی درد:

- سن زیر ۴ سال: استفاده از روش‌های مشاهده‌ای مثل FLACC
- سن ۴ تا ۱۲ سال: استفاده از روش‌های پرسش از خود بیمار Wong-Baker faces
- سن بالاتر از ۱۲ سال: استفاده از روش‌های NRS-VAS

۲. روش کنترل درد غیر دارویی:

- استفاده از کمپرس یخ (جهت کاهش درد از طریق سرمادرمانی)
- آتل‌بندی و ثابت‌سازی عضو
- آرام‌کردن بیمار

۳. در صورت درمان دارویی، برای جلوگیری از عوارض احتمالی، قبل از تزریق از پزشک مشاور تأییدیه گرفته شود. در موارد التهابی نظیر آپاندیسیت و پانکراتیت و همچنین موارد با احتمال خونریزی مانند خونریزی‌های گوارشی و خونریزی‌های مغزی (SAH) استفاده از کتورولاک منع مصرف دارد.

نکته ۱: پیش از مصرف دارو برای کنترل درد، به کنترااندیکاسیون‌ها توجه نمایید:

- استامینوفن: بیماری شدید کبدی، PKU، سابقه حساسیت به دارو و شک به مسمومیت یا مصرف دوز اخیر
- کتورولاک: حساسیت به دارو، خونریزی گوارشی، مشکلات شدید کلیوی، ترومای شدید سر
- اپیوئیدها (مورفین و مشتقات آن): افت هوشیاری، هایپوکسی، حساسیت به دارو، آسم و مسمومیت

نکته ۲: ابزارهای ارزیابی شدت درد: FLACC (Face-Leg-Activity-Cry-Consolability)

در این روش واکنش‌های رفتاری ناشی از درد مدنظر است و با توجه این واکنش‌ها به شدت درد بیمار امتیاز داده می‌شود:

عنوان	امتیاز	صفر	۱	۲
صورت	فقدان عکس‌العمل خاص یا تبسم	گاهی اوقات حالت شکلک یا اخم	چهره درهم‌رفته، قفل‌شدگی فک، چانه لرزان	
ساق‌ها	در وضعیت طبیعی یا سست	مضطرب، بی‌قرار، عصبی، هیجان‌زده	لگدزده یا ساق‌ها را به سمت بالا می‌کشد	
فعالیت	به آرامی دراز کشیده و حرکت می‌کند	پیچ و تاب خوردن، تغییر مکان به جلو و عقب، عصبی و هیجان‌زده	بدن قوسی‌شکل، سفت یا تکان می‌خورد	
گریه	فقدان گریه	نالیدن یا جیغ و داد، گاهی اوقات شکایت	گریه یکنواخت، جیغ و داد، اغلب اوقات شکایت	
قابلیت تسکین	خشنود، سست	گهگاهی با لمس، محکم‌گرفتن و صحبت‌کردن با او اطمینان می‌یابد.	به سختی تسلی پیدا می‌کند یا آرام می‌شود.	

هر یک از قسمت‌های صورت، ساق‌ها، فعالیت، گریه و قابلیت تسکین بین ۰-۲ امتیاز می‌گیرند که مجموع آن‌ها بین ۰-۱۰ امتیاز خواهد شد که با توجه به آن شدت درد بیمار مشخص می‌شود.

Wong-Baker faces:

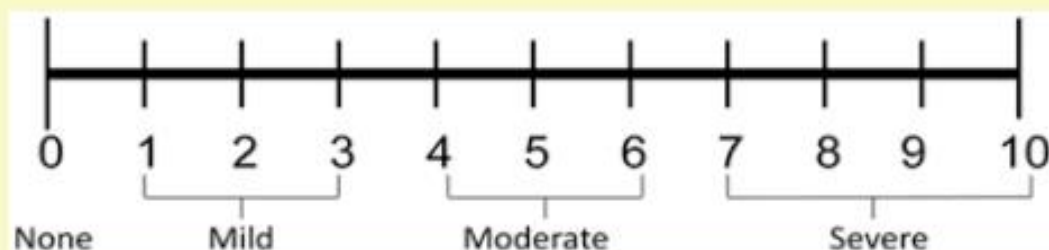
این روش شامل یک کارت با شش صورتک می‌باشد که با مقیاس عددی مشخص شده‌اند (از خنده تا گریه) بیمار که معمولاً کودکان ۴-۱۲ ساله است، از بین صورتک‌ها یکی را که شدت دردش را نشان می‌دهد انتخاب می‌کند، سپس میزان درد توسط کادر درمانی مشخص می‌شود. باید پیش از ارزیابی به کودک توضیح داده شود.



- صورتک ۰: کاملاً خوشحال و بدون هیچ دردی
- صورتک ۲: درد کم
- صورتک ۴: درد کمی بیشتر
- صورتک ۶: درد خیلی بیشتر
- صورتک ۸: درد خیلی زیاد
- صورتک ۱۰: شدیدترین درد

Numeric rating scale:

در این روش بیمار بین ۰ تا ۱۰ به میزان درد خود امتیاز می‌دهد.



Visual analogue scale:

همان خط‌کش درد است که شامل خطی افقی است که از ۰ تا ۱۰ مندرج شده و صفر نشانه بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه شدیدترین درد است. بیمار از بین گزینه‌ها موردی را که مطابقت بیشتری با میزان دردش دارد انتخاب می‌کند.

Visual Analog Scale (VAS) for pain severity measurement (not to scale)	
No pain	Most pain



عنوان روش اجرایی: حفاظت از اموال گیرنده خدمت

کد سند: MO-PR11-04

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۲ از ۲

شماره ویرایش: ۰۰۲

هدف: جلوگیری از مفقود شدن اموال بیماران، ایجاد اعتماد و اطمینان بیماران، افزایش رضایت گیرندگان خدمت

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان عملیاتی اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: کارکنان عملیاتی اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: رئیس اداره عملیات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- در صورتی که بیمار همراه دارد مراقبت از اموال بیمار برعهده آنها می باشد.
- ۲- در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد و بیمار هوشیار، آگاه است مراقبت از اموال برعهده خود بیمار می باشد و به محض ورود به مرکز درمانی مراتب توسط کارکنان عملیاتی تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شود و صورتجلسه گردد.
- ۳- در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد و دچار کاهش سطح هوشیاری باشد، اموال بیمار در صورت حضور پلیس توسط کارکنان عملیاتی تحویل پلیس شود و صورتجلسه گردد.
- ۴- در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد و دچار کاهش سطح هوشیاری باشد و پلیس در محل حادثه حضور نداشته باشد اموال بیمار توسط کارکنان عملیاتی درون پاکت بسته بندی شود و با توجه به اولویت حفظ سلامتی بیمار انتقال بیمار به مرکز درمانی انجام شود، و به محض ورود به بیمارستان و در حضور سوپروایزر شیفت صورتجلسه ای تنظیم و تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شده و در فرم ماموریت اورژانس قید گردد. جهت تحویل اموال ارزشمندی مانند: پول، طلا و غیره بیماری که کاهش سطح هوشیاری دارد حضور سوپروایزر بیمارستان جهت تنظیم صورتجلسه بیمارستان و تحویل اموال الزامی است.
- ۴- کارکنان عملیاتی موظف به ثبت مستندات و وقایع یاد شده از جمله تاریخ، ساعت، محل تحویل، نام تحویل گیرنده، مشخصات اقلام با ارزش رویت شده در فرم PCR بوده تا در زمان ضرورت از حقوق بیمار دفاع گردد.
- ۵- اگر جهت تحویل اموال بیمار / مصدوم حضور پلیس ضرورت دارد و حسب حال بیمار امکان حضور بیشتر در صحنه نباشد. واحد دیسپچ پس از اطلاع موظف به پیگیری و اعلام به پلیس می باشد.
- ۶- کارکنان عملیاتی باید بعد از تحویل بیمار به بیمارستان کابین عقب آمبولانس را بررسی نماید تا اگر وسایل همراه بیمار در کابین موجود بود تحویل بیمار نماید.
- ۷- در صورت مشاهده هرگونه اموال جا مانده در آمبولانس یا پایگاه، مربوط به بیماران و یا همراهیان، است فرم مربوطه در دو نسخه توسط کارکنان عملیاتی آمبولانس تکمیل و امضا می گردد. صورتجلسه مذکور با تایید مسئولین محترم منطقه، نظارت و حراست مرکز تایید و تحویل حراست می گردد. نسخه اول در اختیار مسئول منطقه و نسخه دوم به همراه اموال در اختیار حراست قرار می گیرد. محل نگهداری اموال انبار مرکز می باشد. نگهداری اموال بیماران در پایگاه ممنوع بوده و میبایست افراد



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: حفاظت از اموال گیرنده خدمت

کد سند: MO-PR11-04

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

شماره ویرایش: ۰۰۲

تعداد صفحات: ۲ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

جهت پیگیری و تحویل اموال گمشده خود به این مرکز راهنمایی گردند و همکاران بعد از تحویل بیمار به بیمارستان قبل از حرکت از محل کابین عقب امبولانس را بازدید نمایند

امکانات و تهسیلات مورد نیاز: فرم صورت جلسه - فرم PCR

چک لیست و کنترل آن: مصاحبه با گیرنده خدمت و بررسی شکایات بیمار .

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	دکتر محمدزاده عطار	رئیس اداره عمیات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: گزارش دهی بیماریهای نوپدید، حملات بیولوژیک و موارد مشکوک

کد سند: MO-PR1-03

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۳/۱۵

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعداد صفحات: ۱ از ۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعاریف:

بیماریهای نوپدید به بیماریهای گفته می شود که بروز آن طی سه دهه گذشته افزوده شده و یا در آینده نزدیک احتمال افزایشی دارد و بیماریهای بازپدید به آن دسته از بیماریهای گفته می شود که در مناطق تحت کنترل مجدداً طغیان نموده اند. حملات بیولوژیک بیماریهای مانند طاعون هستند که مجدداً بروز کنند.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: افسر کنترل عفونت اورژانس ۱۱۵-EOC

شیوه انجام کار:

- ۱- توسط واحد EOC ابتدا از دیسپچ و یا بیمارستانها و یا مراکز بهداشت گزارش گیری انجام می شود.
- ۲- اطلاعات آماری توسط EOC گرفته می شود.
- ۳- تحقیقات لازم در مورد نوع پدیده بوجود آمده که نوپدید است یا بازپدید و یا جزء حملات بیولوژیک است انجام می شود.
- ۴- علائم و نشانه ها و نوع همه گیری مشخص می گردد.
- ۵- جلسه سریع و فوری با حضور مسئول مرکز بهداشت و کنترل عفونت استان و واحد آموزش راجع به بیماری تشکیل می گردد.
- ۶- از طریق مرکز بهداشت تلفنی گزارش به سطوح بالاتر داده می شود و در سامانه سینا ثبت می گردد.
- ۷- از طریق مرکز بهداشت تلفنی به پورت وزارت بهداشت اطلاع داده می شود.
- ۸- سپس توسط واحد EOC تحت عنوان حوادث ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ثبت می گردد.
- ۹- تمهیدات لازم توسط واحد آموزش جهت اطلاع رسانی و ارائه دستورالعمل لازم به کلیه پایگاه ها و ستاد داده می شود.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	نجمه عبدالباقی	کارشناس کنترل عفونت و سلامت شغلی
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: گزارش وقایع ناخواسته

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۳/۱۵

کد سند: MO-PR15-01

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعداد صفحات: ۱ از ۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعاریف: خطاهای پزشکی و غیرپزشکی که باعث مرگ و یا آسیب جدی به بیمار می شود جزء حوادث ناخواسته تلقی می شود.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: افسر کنترل عفونت اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- در کمیته مربوطه در ستاد اورژانس پیش بیمارستانی جهت مشخص کردن حوادث ناخواسته انجام می شود.
- ۲- موارد مربوط به حوادث ناخواسته به کلیه واحدهای اورژانس ۱۱۵ و پایگاه ها توسط مسئولین مربوطه اطلاع رسانی می شود.
- ۳- سایتی در ارتباط با ثبت حادثه در سامانه اورژانس پیش بیمارستانی گذاشته می شود.
- ۴- تاکید می شود با فرد خاطی مورد تنبیه و سرزنش قرار نمی گیرد.
- ۵- خطا در کمیته مربوطه مطرح و وروشهای مقابله با آن مطرح می گردد.
- ۶- جهت جلوگیری از بروز خطا اطلاع رسانی به کلیه پایگاه ها انجام می شود.
- ۷- روشهای جلوگیری از بروز خطا به عنوان درس آموخته به اطلاع کلیه کارکنان رسانده می شود.

منابع و مراجع: دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

منابع و امکانات: سامانه مربوطه

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	نجمه عبدالباقی	کارشناس سلامت شغلی
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: برقراری ارتباط موثر با افراد غیر ایرانی و گردشگران و افراد ناشناخته

کد سند: MO-PR11-04

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعداد صفحات: ۱ از ۱

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعاریف: مدد جوی کم شنوا یا نابینا به فرد نیازمند خدمات فوریت‌های پزشکی گفته می‌شود که به دلیل معلولیت های جسمی قادر به اعلام نیاز های خود و یا برقراری ارتباط مناسب با کارکنان اداره ارتباطات یا عملیاتی اورژانس نمی باشد

هدف: برقراری ارتباط و کمک رسانی به موقع به این بیماران

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان عملیاتی و دیسپچ اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول دیسپچ و اداره عمیات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- جهت بیمارانی که با واحد دیسپچ تماس میگیرند افرادی که به زبان انگلیسی و عربی تسلط دارند شناسایی شده و در شیفتهای که حضور دارند پاسخ گو هستند.

۲- جهت این بیماران کارکنان عملیاتی با صحبت کردن یا استفاده از کلمات اشاره سعی در تفهیم این بیماران یا همراهی بیمار جهت ارائه مشکل می نمایند

۳- گذاشتن کلمات مهم جهت ارتباط برقرار کردن با افراد ناشنوا در گروه های آموزشی کارکنان میتوانند نکات مهم را در زبان اشاره بیاموزند و جهت بیماران ناشنوا استفاده کنند.

۴- در صورتی که امکان برقراری ارتباط به دلیل عدم آشنایی با زبان محاوره ای گیرنده خدمت / بیمار جهت کارکنان دیسپچ فراهم نشده باشد لوکیشن تماس گیرنده از سامانه عملیاتی اورژانس ۱۱۵ دریافت می شود و کد عملیاتی مناسب اعزام گردد.

۵- مشکل مددجو ناشنوا یا کم شنوا در هنگام واگذاری مأموریت به پایگاه، به اطلاع کارشناس عملیاتی اعزام رسانده می شود.

۶- در زمان حضور کارکنان عملیاتی اورژانس بر بالین ناشنوا یا کم شنوا در صورت حضور همراهی یا خانواده بیمار از وی جهت ارتباط با بیمار کمک گرفته می شود

منابع و مراجع: دستورالعمل های ابلاغی سازمان اورژانس کشور

منابع و امکانات: سامانه آسایار

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	دکتر محمدزاده عطار	رئیس اداره عمیات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: حفظ حریم و پوشش گیرنده خدمت

کد سند: MO-PR11- ۰۵

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

شماره ویرایش: 001

تعداد صفحات: ۱ از 1

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعاریف: مددجوی بدون همراه: مددجویی که فاقد همراه بوده و یا در منزل تنها می باشد و نیاز به مراقبت های پزشکی و یا اعزام به بیمارستان دارد.

هدف: برقراری ارتباط و کمک رسانی به موقع به این بیماران با شرایط خاص

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان عملیاتی و دیسپچ اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول دیسپچ و اداره عمیات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

۱- در حین ماموریت و حضور بر بالین بیمار کارکنان عملیاتی باید از یکی از اعضای خانواده بیمار بخواهند در کنار بیمار مستقر و شاهد معاینه بیمار باشند.

۲- کارکنان عملیاتی از درخواست خلوت نکرده و از بیرون کردن همراهی بیمار جهت معاینه اجتناب کنند.

۳- جهت انتقال بیماران کارکنان عملیاتی از پتو یا پوشش مناسب استفاده کنند.

۴- کارکنان عملیاتی در هنگام انتقال بیمار از همراهی بیمار بخواهند که در کابین عقب حضور پیدا کنند بخصوص در مورد خانمها، کودکان، بیماران اقدام به خودکشی، بیماران با زمینه مشکلات اعصاب و روان که از حساسیت خاصی برخوردارند

۵- در صورتیکه همراه بیمار یا خانواده بیمار خودشان درخواست دارند با خودروی شخصی آمبولانس را همراهی نمایند لازم است کارشناس عملیاتی با جدیت اصرار به همراهی بیمار در کابین عقب آمبولانس داشته باشند.

۶- در صورتیکه بیمار با شرایط خاص به هر دلیل فاقد همراهی است کارکنان عملیاتی به دیسپچ در خصوص عدم وجود همراهی اطلاع رسانی شود و مراتب در پرونده بیمار ثبت گردد

۷- جهت انجام خدمات براساس رعایت شان و منزلت انسانی و احترام به ارزش ها و اعتقادات فرهنگی و مذهبی بیمار / مددجو باشد

۸- مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل مراقبتی و درمانی نیازی به مداخله ندارد پوشانده شود.

منابع و مراجع: دستورالعمل های ابلاغی سازمان اورژانس کشور

منابع و امکانات: پتو و روانداز جهت بیمار

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	دکتر محمدزاده عطار	رئیس اداره عمیات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی



اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی: بررسی رضایتمندی بیماران و همراهی

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۷/۱

کد سند: MO-PR11-۰۶

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعداد صفحات: ۱۱

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تعاریف: رضایت سنجی از بیماران: یکی از وظایف واحد بهبود کیفیت می باشد در این برنامه ، به صورت مستمر ، تصادفی و براساس الگوهای آماری تعدادی از گیرندگان خدمت را مطابق نمونه قابل اتکای آماری از کل مأموریتها به روش های مختلف تلفنی، پیامک، بازدید میدانی، پرسشنامه، مصاحبه جمع آوری نموده و نتایج تحلیلی آن بررسی می شود.

هدف: ارزیابی رضایت گیرنده خدمت که منجر به یافتن اقدامات لازم و انجام اقدامات اصلاحی جهت حل مشکلات و نهایتاً ارتقاء کیفیت خدمات می گردد.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان عملیاتی و دیسپچ اورژانس ۱۱۵

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: اداره عملیات اورژانس ۱۱۵

شیوه انجام کار:

- ۱- بررسی نظر سنجی از گیرندگان توسط کارشناس نظارت با استفاده از ابزاری های مختلف انجام می شود.
- ۲- کارشناس واحد نظارت به صورت تلفنی با بیمار و یا همراه وی تماس حاصل نموده و براساس پرسشنامه استاندارد شده براساس سوالات طراحی شده مورد نظر سنجی قرار می دهد.
- ۳- پس از پایان مأموریت پیامک خودکار نظر سنجی از طریق سامانه اتوماسیون عملیاتی اورژانس به گیرنده خدمت ارسال می گردد و نتایج در روز بعد توسط کارشناسان تحلیل می شود .
- ۴- نظر سنجی میدانی بصورت تصادفی در موارد مناسبات ملی مذهبی، حوادث پرتلفات و استقرارها براساس الگوهای آماری از بین مأموریتهای انجام شده براساس پرسشنامه طراحی شده توسط کارشناس نظارت انجام می شود.
- ۵- نظر سنجی براساس باز دیدهای میدانی از بیمارستانهای که بیمار به آن اعزام می شود نیز انجام می گردد.
- ۶- کارشناس نظارت نتایج بدست آمده از نظر سنجی (تلفنی، پیامک، میدانی) را آنالیز و نتایج را به مسئول واحد ارائه می نماید
- ۷- در جلسه درون بخشی نظر سنجی ها بررسی و اقدامات اصلاحی پیش بینی می گردد.
- ۸- گزارش حاصله از نظر سنجی توسط رئیس اداره عملیات بصورت ماهیانه در کمیته بهبود کیفیت مطرح می گردد.
- ۹- در کمیته بهبود کیفیت اقدامات اصلاحی جهت افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت، برنامه ریزی، در برنامه بهبود کیفیت ثبت و توسط مسئول نظارت پیگیری می شود.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	دکتر محمدزاده عطار	رئیس اداره عملیات
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی/خط مشی: **کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی**

کد سند: MO-PR5-01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تعداد صفحات: ۳ از ۳

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعاریف: MCMC (Medical care monitoring center): مرکز پایش مراقبت های درمانی

هدف/بیانیه: ساماندهی پایش و نظارت بر ارائه خدمات درمانی، از طریق ارتباط موثر و اثربخش، تسریع در ارائه خدمات، ارتقای کیفیت خدمات، اصلاح فرآیندها و مدیریت یکپارچه
صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان مرکز پایش مراقبت های درمانی
دامنه روش اجرایی مدون: دانشگاه علوم پزشکی مشهد
مسئولیت ها و اختیارات: رئیس اداره حوادث، بلایا و پایش مراقبت های درمانی
شیوه انجام کار:

کنترل مراحل ثبت و اعزام بیمار به صورت ذیل می باشد:

الف) در خواستهایی که منجر به اعزام بیمار نمی شود:

- ۱- اعلام درخواست و شرح حال کامل بیمار توسط مرکز درمانی مبدا
- ۲- بررسی شرح حال بیمار و نیاز و یا عدم نیاز به اعزام توسط کارشناس یا پزشک MCMC
- ۳- در صورت عدم نیاز به اعزام بیمار، ارائه راهنمایی لازم و یا ارائه شماره تلفن های اساتید معین جهت گرفتن مشاوره توسط بیمارستان مبدا
- ۴- ثبت عدم پذیرش و توضیحات اعزام بیمار در سامانه و خاتمه اعزام
ب) در خواستهایی که منجر به اعزام بیمار می شود:
 - ۱- اعلام درخواست و شرح حال کامل بیمار توسط مرکز درمانی مبدا
 - ۲- بررسی شرح حال بیمار و نیاز یا عدم نیاز به اعزام توسط کارشناس یا پزشک مرکز پایش با عنایت به سرویس مورد نیاز بیمار
 - ۳- تماس با سوپروایزر مرکز درمانی (مقصد) دارای امکانات لازم و ارائه شرح حال بیمار توسط کارشناس یا پزشک (ممکن است همزمان به چند مرکز تماس و اعلام شود و با مرکزی که سریع تر پاسخ دهد هماهنگی انجام می شود).
 - ۴- ارائه شرح حال بیمار توسط سوپروایزر مقصد به پزشک مربوطه
 - ۵- در صورت نیاز اعلام شماره تلفن پزشک بیمارستان مقصد به بیمارستان مبدا توسط کارشناس یا پزشک MCMC جهت ارائه شرح حال کامل بیمار توسط پزشک معالج
 - ۶- اعلام پذیرش یا عدم پذیرش توسط پزشک مقصد
(در بیمارستانهای آموزشی رزیدنتها، مجوز اعلام عدم پذیرش به بیمار معرفی شده از مرکز پایش مراقبتهای درمانی (MCMC) را نداشته و در صورت تردید در پذیرش بیمار، باید با استاد آنکال خود تماس و نظر ایشان را اخذ نمایند).
 - ۷- بررسی پذیرش یا عدم پذیرش بیمارستان مقصد
(بررسی امکان یا عدم امکان هماهنگی با مراکز دیگر (MCMC))



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی/خط مشی: کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد سند: MO-PR5-01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تعداد صفحات: ۳/۲

شماره ویرایش: ۰۰۱

۷-۲- صورت عدم امکان پذیرش زیر فرآیند تعیین تکلیف و مشخص شدن وضعیت اعزام بیمار توسط مدیر آنکال ستاد

فرم روزانه و فرم پایان شیفت:

- ۱- کنترل و چک ثبت اطلاعات بیمارستان ها در سامانه MCMC توسط پزشک یا کارشناس مرکز پایش
- ۲- در صورت عدم ثبت در زمان مقرر تماس با بیمارستان مورد نظر توسط پزشک یا کارشناس MCMC
- ۳- ایجاد دسترسی به بیمارستان مورد نظر توسط پزشک یا کارشناس MCMC
- ۴- چک مجدد سامانه MCMC توسط پزشک یا کارشناس MCMC

مشاهدات دوربین ها:

- ۱- نظارت تصویری بر اورژانس بیمارستان ها در طی شیفت توسط پزشک و کارشناس MCMC
- ۲- ثبت موارد مشاهده شده در سامانه توسط پزشک و کارشناس MCMC
- ۳- تماس با سوپروایزر بیمارستان مورد نظر توسط پزشک یا کارشناس MCMC
- ۴- رفع نقص اعلام شده مرکز پایش توسط سوپروایزر بیمارستان و در صورت نیاز به مداخله مرکز پایش
- ۱-۴ اطلاع به مدیر بیمارستان جهت رفع نقص
- ۲-۴ اطلاع به معاون درمان بیمارستان
- ۵- ثبت اقدام اصلاحی در سامانه MCMC توسط پزشک یا کارشناس مرکز پایش

سامان مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه

- ۱- ثبت اطلاعات کامل مادر در سامانه مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه توسط رابط مادران در بیمارستان ها
- ۲- چک سامانه توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC
- ۳- در صورت عدم ثبت گزارش کامل اطلاعات مادریا ثبت ناقص اطلاعات تمای با بیمارستان مورد نظر توسط کارشناس مادران
- نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC و ثبت اطلاعات توسط بیمارستان و مشاهده آن در سامانه MCMC
- ۴- پیگیری روند سیر درمان مادر نیازمند به مراقبت با توجه ویژه توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC
- ۵- سطح بندی مادران ثبت شده در سامانه بر اساس وضعیت بیمار و بیمارستان توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC
- ۶- پیگیری مادران پر خطر در هر کشیک توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC از بیمارستان با توجه به شرایط بیمار
- ۷- پیگیری هدایت و اعزام بیمار نیازمند به اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره و یا اقدام درمانی خاص که در مرکز درمانی مبدا موجود نباشد توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه در MCMC
- ۸- پیگیری مادر پرخطر تا زمان ترخیص توسط کارشناس مادران MCMC و ثبت در سامانه مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی/خط مشی: کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد سند: MO-PR5-01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تعداد صفحات: ۳ از ۳

شماره ویرایش: ۰۰۱

۹- پیگیری مادران با وضعیت کم خطر و با خطر متوسط در هر بیمارستان با توجه به مشکل بیمار در شیفت مورد نظر توسط کارشناس مادران MCMC پیگیری اقدامات انجام شده و ثبت در سامانه

۱۰- پیگیری مادران نیازمند به توجه ویژه تا ترخیص بیمار از بیمارستان توسط کارشناس مادران نیازمند به مراقبت با توجه ویژه توسط کارشناس مادران MCMC و اعلام به معاونت بهداشتی دانشگاه جهت پیگیری سیر سلامت مددجو

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی: مشاهده و مصاحبه

منابع / مراجع: دستورالعمل اجرایی مرکز پایش و مراقبتهای درمانی ۱۳۹۸

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی و بهبود کیفیت	فاطمه سهیلی	سوپروایزر MCMC
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
شهرام طاهرزاده	رئیس اداره حوادث، بلایا و پایش مراقبت های درمانی	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه



مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان روش اجرایی / خط مشی: آموزش همگانی

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۴/۱۰

کد سند: MO-PR13-01

شماره ویرایش: ۰۰۱

تعداد صفحات: ۳ از ۳

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تعاریف:

هدف / بیانیه:

افزایش سطح آگاهی مردم در حفظ و ارتقاء سلامت خود، ارتقاء خودکارآمدی و افزایش کیفیت زندگی مردم، شناسایی، الویت بندی و اجرای برنامه های آموزشی در خصوص بیماریهای شایع هر فصل

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه کارکنان مرکز اورژانس پیش بیمارستانی

دامنه روش اجرایی مدون: اورژانس ۱۱۵

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول آموزش همگانی

شیوه انجام کار:

۱- روشهای آموزش:

۱-۱- روشهای آموزش شامل: آموزش حضوری، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، برگزاری مسابقات و نقاشی (دانش آموزان، کودکان و...)، نمایش فیلم آموزشی، وبینار آموزشی، حضور در تلویزیون و رادیو و... می باشد.

۱-۲- برگزاری دوره های کمکهای اولیه بصورت حضوری و مجازی از طریق اجرای آموزش های رسانه ای، رادیو، تهیه پفلت و توزیع در بین گروههای خاص، استفاده از بیلبردهای سطح شهر برنامه های آموزش همگانی

۱-۳- ضبط برنامه های آموزشی در قالب فیلم های کوتاه با موضوعات احیای قلبی و ریوی بصورت تلفنی و همچنین خفگی برای عموم مردم آموزش همگانی در قالب رسانه ملی

۲- گروه های آموزشی:

دانش آموزان / نیروهای امدادی و انتظامی / رانندگان حمل و نقل عمومی / مهمان داران هواپیما، قطار و اتوبوس / مربیان و

معلمین آموزش و پرورش / دانشجویان / کارمندان / ورزشکاران / طالب و روحانیون / اصناف / خانم های خانه دار

آموزش مربیان آموزش همگانی که در مراحل مختلف با برگزاری کلاسهای تئوری و عملی صورت گرفت.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
فرشته رضایی	مسئول اعتبار بخشی	سید وحید ظهیری	مسئول آموزش
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث	دکتر علی یزدانی	رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

