



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

ماهنامه

ه البرز

ماهنامه ایمنی بیمار



شناسایی صحیح بیمار الویت اول هر اقدام درمانی

(شناسایی و اقدام مناسب بیماران وخیم)

معاونت درمان

مدیریت امور بیماریه و مراکز تشخیصی درمانی- واحد ایمنی بیمار

شماره ماهنامه: ۲۲- مرداد ماه ۱۴۰۲

آدرس: بلوار طالقانی شمالی- روبروی دادگستری- خیابان دیوسالار- بوستان پنجم- پلاک ۲۰

info@abzums.ac.ir--WWW.ABZMUS.AC.IR

واحدایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی

البرز



واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی

البرز

جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی

(معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)

صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی

(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی)

سر دبیر

جناب آقای دکتر بابکان (مسئول ایمنی بیمار بیمارستان البرز)

جناب آقای دکتر صلاح الدین دلشاد (مسئول ایمنی بیمارستان مریم)

آقای میر شریف پناهی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان البرز

سرکار خانم مهناز بختیاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان مریم

هیأت تحریریه

آقای میر شریف پناهی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان فوق تخصصی البرز

سرکار خانم مهناز بختیاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان مریم

ویراستار



فهرست

صحت دارویی در
انتقال خدمات

کوله سیستم‌کنومی

راهنمای پیش‌گیری
از اتصالات
نادرست کاتترها و
لوله‌ها

آپاندیسیت

درس آموخته‌ها

Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care Guideline

راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات

تهیه و تدوین: خانم مهناز بختیاری کارشناس ایمنی بیمارستان قائم

مقدمه

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو بوده. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می تواند رخ دهد که بر اساس شواهد هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱,۵ میلیون نفر می گردد و تحمیل هزینه ای معادل ۳,۵ میلیون دلار به جامعه امریکا می شود. بالغ بر ۵۶ درصد خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می شود. در ۴۶ درصد مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/بیمارستان رخ می دهد.

وسعت مسئله:

نرخ بروز اتفاقات ناخواسته دارویی از ۲ تا ۷ در ۱۰۰ پذیرش متفاوت است. اتفاقات ناخواسته دارویی قابل اجتناب^۱ که ناشی از ضعف طراحی سیستمی می باشد، سبب ۲۰ درصد مرگ یا صدمات ناشی از خطاها است. خطاهای دارویی از عوامل آسیب به بیماران بستری است. بررسی چارت معین نموده که بیش از ۵۰ درصد خطاهای دارویی در هنگام ارائه خدمت صورت می پذیرد. بالغ بر ۶۰ درصد بیماران حداقل یک ناهمخوانی در تاریخچه دارویی پذیرش دارند. واکنش ناخواسته دارویی^۲ که به عنوان آسیب که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می تواند ناشی از تاثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد ۵۰ تا ۶۰ درصد بوده و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار حائز اهمیت بسیار است. ۷ درصد موارد بستری در بیمارستان ناشی از تداخلات دارویی می باشد که البته با تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی افزایش می یابد. سن بیمار، شدت بیمار، ژنتیک، بیماری ها (نقص عملکردی کبدی یا کلیوی)، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تاثیر گذار است.

واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

بر اساس گزارش آژانس پژوهش و کیفیت سلامت (AHRQ) آسانسازگاری/ناهمخوانی های سهوی دارویی^۳ تقریباً در ۳۰ درصد بیماران در بدو پذیرش و به همین نسبت مشابه در زمان انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر و ۱۴٪ در زمان ترخیص بیماران رخ می دهد.

یکی از اجزاء مهم در نسخه نویسی دارویی، داشتن اطلاعات داروهای فعلی بیمار یا تاریخچه دارویی بیمار است. اخذ لیست دارویی صحیح در دنیای پیچیده امروزی و خدمات درمانی ناپیوسته سخت است. افزایش سن، حجم داروهای موجود و مصرفی و سطح سواد سلامت جمعیت از مواردی است که باعث غامض شدن این موضوع می شود. ورود کامپیوتری دستورات پزشک^۴ که به عنوان راه حلی برای کاهش خطاهای نسخه نویسی مطرح می باشد، زمانی اثر بخش است که لیست صحیح داروهای مصرفی بیمار موجود باشد.

راه حل مشکلات فوق الذکر استقرار فرآیند استاندارد است که با واگذاری مسئولیت اخذ اطلاعات دارویی کامل و صحیح بیماران (نام ، دوز، راه و دفعات مصرف) مکانیسم منسجمی برای جمع آوری اطلاعات دارویی ایجاد نماید. سپس تاریخچه دارویی بیمار را با دستور پزشک مقایسه و هرگونه ناهمخوانی را حل نماید. این فرآیند کاراً و اثربخش تلفیق دارویی نامیده می شود. که مورد حمایت (AHRQ)، انستیتو بهبود خدمات سلامت^۵ (IHI) و کمیسیون مشترک اعتباربخش سازمان های خدمات سلامت (JCAHO)^۶ و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است.

تلفیق دارویی فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت ، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزیی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو می نماید.

فرآیند تلفیق دارویی کار مشترک بیمار و ارائه کنندگان خدمت است. درگیر نمودن فعال و جلب مشارکت اثربخش بیمار و خانواده در فرآیند تلفیق دارویی کلیدی ترین استراتژی برای کاستن خطاهای نسخه نویسی و تجویز دارویی و در نتیجه اجتناب از آسیب است. تلفیق دارویی فرصت هایی را برای بررسی و مرور داروهای بیمار در طی زمان که شرایط بیمار ممکن است تغییر نماید یا نسخ دارویی دیگری برای بیمار نوشته شود، فراهم می آورد.

اصول عمومی

۱. تلفیق دارویی که فرایند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطای مرتبط به دوز یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده، نوع خدمت، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود. تلفیق دارویی شامل گام های ذیل است:

Agency for Healthcare Research & QUALITY (AHRQ)

Unitended inconsistencies in medication

Computerized Physician order

Institute for Healthcare Improvement(IHI),

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)

۲. ایجاد کامل ترین و صحیح ترین لیست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " که همچنین لیست داروهای " خانگی " نیز نامیده می شود، لیستی از تمامی داروهایی است که بیمار دریافت می نماید .. بایستی از صحت نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی بیمار مطمئن شد و در لیست به طور کامل درج نمود.
۳. مقایسه لیست مزبور در قبال دستورات دارویی بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص در زمان نوشتن دستورات دارویی.
۴. شناسایی و توجه به ناهمخوانی های احتمالی بین لیست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " بیمار و دستورات پزشک و رفع آن.
۵. به روز نمودن " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " (BPMH) با در نظر گرفتن دستورات جدید دارویی به نحوی که شامل تمامی داروهای مصرفی فعلی بیمار باشد.
۶. تحویل " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " (BPMH) به بیمار در زمان ترخیص یا به ارائه کننده خدمات بعدی در هنگام انتقال بیمار به بیمارستان یا سطح دیگری از خدمات سلامت.
۷. از وجود خط مشی و روش های اجرایی برای انجام تلفیق دارویی در هنگام پذیرش، انتقال بین بخشی و بیمارستانی و ترخیص بیماران مطمئن گردید.
۸. به منظور اجرای موفق فرآیند تلفیق دارویی در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت مشارکت فعال تیم سلامت (پزشک، پرستار و داروساز/ داروساز بالینی) با تعیین شفاف مسئولیت ها و وظایف هر یک در زمینه همکاری مشترک سازمانی و جلوگیری از اتلاف وقت و منابع بسیار حائز اهمیت است.
۹. اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار بایستی توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام شود.
۱۰. پزشک معالج بیمار، مسئول نسخه نویسی و دستور داروهای بیمار در هنگام پذیرش، انتقال (بین بخشی یا بین بیمارستانی) یا ترخیص بیمار می باشد. مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن بیمار با داروهای جدید بر اساس نسخه دارویی بایستی هم زمان توسط پزشک انجام شود.

a) شناسایی ناهمخوانی (هرگونه از قلم افتادگی، داروهای مشابه و تکراری، ناسازگاری های دارویی، خطاهای مرتبط به دوز دارویی و تداخلات بالقوه) بایستی توسط داروساز بالینی / داروساز و حذف آن توسط پزشک انجام شود.

۱۱. لیست داروهایی که بایستی مشمول تلفیقی دارویی می شوند به شرح ذیل می باشد، بدیهی است اطلاعات مربوط به مواد غذایی بالقوه تداخل کننده نیز بایستی به صورت جداگانه اخذ شود.

a) داروهای نسخه شده

b) ویتامین ها

c) داروهای روی پیشخوان^{۱۰}

d) موارد تشخیصی و کنتراست ها

e) تغذیه مکمل

f) فرآورده های خونی

g) معاینات وریدی

h) مواد غذایی

i) داروهای گیاهی

۱۲. تنظیم فرم یکسان در بیمارستان به منظور انجام تلفیق دارویی و نگهداری آن در پرونده بیماران

۱۳. در خصوص بیماران بستری قرار دادن لیست داروهای فعلی بیمار در جایی کاملاً قابل مشاهده (مانند چارت بیمار) به نحوی که در زمان نوشتن نسخه دارویی بیمار قابل دسترسی باشد.

۱۴. در خصوص بیماران سرپایی (مراجعه کننده به درمانگاه، بخش اورژانس یا در بدو پذیرش در بخش بستری) استفاده از لیست داروهای خانگی که نزد بیمار است به عنوان ریفرنس در زمان نسخه نویسی.

۱۵. تعیین سطح واقعی تبعیت بیمار از دوز داروی نسخه شده.

۱۶. انجام تلفیق دارویی در چهارچوب زمانی خاص:

۱۷. برای بیماران پذیرش شده تلفیق دارویی بایستی در ۲۴ ساعت اولیه پذیرش انجام شود.

۱۸. بر اساس خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان در زمان کوتاه تر برای تفاوت بالقوه جدی در دوز دارویی داروهای خطرناک.

۱۹. برگزاری نشست های آموزشی مشترک برای تفهیم اهداف و ادغام این عنوان در برنامه آموزش ضمن خدمت کارکنان و بازآموزی پزشکان

۲۰. از آنجا که بیمار یا خانواده آنان جزء ثابت تیم سلامت محسوب می شوند جلب مشارکت و درگیری فعال بیماران و خانواده آنان در فرآیند تلفیق دارویی کلیدی ترین استراتژی در اثربخشی فرآیند تلفیق دارویی و کاهش خطاهای نسخه نویسی و تجویز دارویی و در نتیجه اجتناب از آسیب است.

۲۱. مفهوم تلفیق دارویی را از عنوان آموزش بیماران قرار دهید.

اقدامات پیشگیری

واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

با توجه به این که فرآیند تلفیق دارویی به صورت پلکانی بایستی انجام شود و صحت هر مرحله به روش انجام مرحله قبلی بستگی دارد، انجام تلفیق دارویی به روش ذیل توصیه می شود:

۱. تلفیق دارویی در زمان پذیرش بیمار:

(a) تاریخچه دارویی بیمار را با اخذ لیست داروهای خانگی ثبت کنید.

(b) داروهای نسخه شده برای بیماران در هنگام پذیرش

(c) انجام تلفیق دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار^{۱۱}

۲. تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخشی:

(a) لیست داروهای فعلی بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار

(b) دستورات بیمار در هنگام انتقال

(c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار

۳. تلفیق دارویی در زمان ترخیص

(a) لیست داروهای تلفیق شده در زمان پذیرش بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار

(b) لیست داروهای فعلی بیمار

(c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای زمان ترخیص بیمار

منبع: دستورالعمل ایمنی بیمار وزارت بهداشت و درمان مرداد ۹۳

کله سیستگنومی و کیسه صفرا

تهیه و تدوین خانم مهناز بختیاری کارشناس ایمنی بیمارستان قائم

در زمانی که عفونت یا مسدود شدن کیسه صفرا توسط سنگ در مجرای کیستیک بیمار و اختلال در هضم و جذب چربی ها به علت مختل شدن ترشح صفراوی به وجود می آید ، التهاب و عفونت کیسه فرا ایجاد می شود.

عوامل و نشانه ها

- درد یا فشار شدید و مداوم در ناحیه سر دل
- انتشار درد بین دو کتف راست و مئانه
- شروع دردهای ناگهانی که در عرض ۳۰ دقیقه بعد از خوردن غذای چرب و خوردن مقدار زیادی غذا بعد از یک دوره گرسنگی طولانی ایجاد می شود .
- وجود حالت تهوع و سرگیجه
- آروغ زدن و عدم تحمل غذاهای چرب و سوء هاضمه

روش های تشخیص

- سونوگرافی شکم و لگن
 - آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی
- درمان

بهترین راه درمان عمل جراحی به شیوه های زیر می باشد :

- عمل جراحی شکمی Abdominal

- عمل جراحی لاپاراسکوپیک Laparoscopy

برتری عمل جراحی لاپاراسکوپیک به شکمی بر این است که در بیشتر موارد بیمار چند ساعت بعد از عمل و دریافت آنتی بیوتیک های لازم می تواند به منزل برود و احتمال انتقال عفونت کاهش یافته و دوره درمان نیز کوتاه تر می شود داروهای مصرفی

معمولا بعد از عمل ، آنتی بیوتیک های خوراکی و مسکن داده می شود.

فعالیت های مجاز بعد از عمل و نوع رژیم غذایی بعد از عمل

۱. فعالیت : به طور معمول می توانید فعالیت عادی خود را ۳-۵ روز پس از جراحی از سر بگیرید و حدود یک تا ۱۵ روز بعد از ترخیص می توانید سرکار بروید ، حداقل ۲-۳ ماه از برداشتن وزنه های سنگین و ورزش سخت خودداری کنید. بعد از عمل حدود ۴-۶ ماه مرتبا از شکم بند استفاده کنید. راه بروید.

۲. مراقبت از زخم : ۵ روز اول پس از جراحی پانسمان را تعویض کنید و پس از ۵ روز در صورت نبود ترشح نیازی به تعویض پانسمان نمی باشد

۳. رژیم غذایی : معمولا از ۲۴ ساعت بعد از عمل می توانید مایعات میل کنید (مایعات رقیق و کم حجم مثل آب میوه های شیرین صاف شده و رقیق و سوپ تهیه شده از گوشت تازه بدون چربی و صاف شده)
عدم مصرف غذاهای نفاخ و سنگین تا یک هفته
عدم مصرف تخم مرغ طبق دستور پزشک معالج ۱ الی ۳ ماه

عوارض عمل جراحی

- عفونت زخم و عفونت داخل شکمی
- خونریزی و واکنش های حساسیتی به داروها
- وجود زخم و تب و التهاب و درد محل عمل
- در صورت وجود ترشحات چرگی و بد بو از محل ناحیه عمل باید به پزشک مراجعه کنید.
- آموزش های خود مراقبتی
- تعویض پانسمان در ۵ روز اول با نظر پزشک
- تمیز نگه داشتن زخم محل عمل بعد از ۵ روز و برداشتن پانسمان
- عدم انجام فعالیت هایی که شکم و زخم را تحت فشار قرار می دهند مثل (زور زدن و بلند کردن وزنه)
- در صورت صلاحدید پزشک ۲ تا ۳ روز بعد از جراحی دوش نگیرید.

- در روزهای ابتدایی از کشیدن کیسه یا لیف به زخم خودداری کنید.
- مصرف مسکن ، در چند روز اول جهت کاهش التهاب و تسکین درد
- در صورت بروز خونریزی شدید و تب به پزشک مراجعه کنید.
- رعایت یک رژیم غذایی منظم و سبک و کم چربی با فیبر بالا

سنگ کیسه صفرا

سنگ کیسه صفرا (کوله لیتیاژ) یعنی تشکیل سنگ در داخل کیسه صفرا می باشد کیسه صفرا عضوی در بخش تحتانی کبد است که صفرا ترشح شده از کبد در آن تجمع یافته و هنگام نیاز از طریق مجرای صفراوی مشترک (CBD) به روده باریک ریخته می شود.

علائم سنگ کیسه صفرا

سنگ کیسه صفرا بسیاری از اوقات هیچ علامتی ندارد و به درمان نیز نیاز ندارد. سنگ کیسه صفرا علامت دار ممکن است موجب کوله سیستیت مزمن شود. علائم بیماری به صورت کولیک صفراوی (درد مزمن به مدت ساعتها در ربع فوقانی راست شکم که به پشت و شانه راست انتشار دارد) گاه همراه با تهوع و استفراغ است. گاهی درد به دنبال مصرف غذای چرب می باشد. ممکن است بیماری سال ها علائم سنگ کیسه صفرا را داشته باشد ولی وارد مرحله حاد نشود.

شیوع بیماری

سنگ کیسه صفرا در این افراد بیشتر دیده می شود: خانم های میانسال (۵۰ - ۴۰ ساله) ، مصرف قرص های ضد حاملگی و استروژن، چاقی، کاهش وزن سریع، دیابت یا سیروز، رژیم غذایی پرچرب و کم فیبر، سابقه خانوادگی بیماری کیسه صفرا

روش تشخیص

سونوگرافی و کولانژیوگرافی آندوسکوپی پس رونده (MRCP) گاه در تشخیص مفید است.

درمان بیماری

کلسیستکتومی (برداشتن کیسه صفرا) معمولاً درمان انتخابی سنگ کیسه صفرا علامت دار میباشد کلسیستکتومی با لاپاروسکوپ امروزه بهتر از کلسیستکتومی با جراحی باز است. البته سایر روشها مانند مصرف دارو برای حل کردن سنگ گاهی صفراوی گاهی استفاده می شود که در برخی بیماران (به خصوص سنگهای کوچک کلسترولی) مؤثر می باشد. در این بیماران همچنین رژیم کم چربی و مسکن تجویز می شود.

- از درمانهای جدید سنگ کیسه صفرا در موارد غیر حاد تزریق مواد حلال
- از طریق پوست به کیسه صفرا

- شکستن سنگها به کمک شوک امواج ارسالی از خارج از بدن (E.S.W) است.
- در کوله سیستیت حاد درمان انتخابی جراحی فوری است.

فرایند پرستاری در کوله سیستمیت

ارزیابی

پس از بررسی و شناخت عمومی و گرفتن تاریخچه، به ارزیابی اختصاصی سیستم‌های بدن می‌پردازیم:

۱. integumentary system: پوست و غشاهای مخاطی را بررسی کنید.

۲. Circulatory system: پالس‌های محیطی و پر شدگی مجدد مویرگی (CRT) را ارزیابی نمایید. همچنین وجود هر گونه خونریزی غیرمعمول نظیر؛ تراوش از محل‌های تزریق، اپیستاکسی، خونریزی از لثه، پتشی، اکیموز، هماتمزیس یا ملنا را بررسی کنید.

۳. Gastrointestinal system: بررسی سیستم گوارش از نظر وجود مواردی مثل؛ اتساع شکم و گاردینگ، آروغ زدن مکرر وعدم تمایل به حرکت

تشخیص‌های پرستاری کوله سیستمیت

بر اساس داده‌های ارزیابی، تشخیص‌های اصلی پرستاری برای بیمار کوله سیستمیت ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. درد حاد در ارتباط با فرآیند التهابی

۲. خطر تغذیه نامتعادل مرتبط با محدودیت‌های غذایی و درد

۳. خطر بروز عوارض جانبی در ارتباط با پیشرفت بیماری

۴. اختلال در تحرک بدنی در ارتباط با درد حاد

برنامه ریزی و اهداف

اهداف کلی مهم برای بیمار عبارتند از:

۱. تسکین درد و بهبود وضعیت خواب و استراحت

حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها

جلوگیری از عوارض

ارتقا دانش و آگاهی در مورد روند بیماری، پیش آگهی و نیازهای درمانی

مداخلات پرستاری

• ارزیابی درد (pain assessment): محل درد، شدت درد (به طور مثال با استفاده از مقیاس ۰-۱۰) و ویژگی درد را بررسی و مستند کنید.

• فعالیت (activity): ارتقا فعالیت و استراحت بیمار با اقداماتی نظیر تسکین درد (به طور مثال استفاده از روش‌های غیر دارویی نظیر تکنیک‌های حواس پرتی و انحراف فکر – تجویز مسکن طبق دستور پزشک) و قرار دادن بیمار در پوزیشنی که احساس راحتی بیشتر و درد کمتری دارد.

• کالری (calories): کالری دریافتی را جهت شناسایی کمبودها یا نیازهای غذایی محاسبه کنید یا بیمار را به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.

• ارزیابی وضعیت آب و الکترولیت‌ها

• تشویق بیمار به رعایت رژیم غذایی طبق دستور پزشک و مصرف غذا در حد تحمل

• بهبود وضعیت اشتها از طریق حذف محرک‌های مغل، تشویق بیمار به مصرف غذا، استفاده از تکنیک تقویت مثبت و...

- ارائه‌ی اطلاعات در مورد روند بیماری، پیش آگهی و نیازهای درمانی
 - تلاش جهت ایجاد رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد بین پزشک و بیمار
 - ثبت و اطلاع نتایج آزمایشگاهی به پزشک
 - بررسی علائم بروز عوارض و اطلاع به پزشک
 - آموزش به بیمار (ارائه‌ی پمفلت، آموزش چهره به چهره و...) در مورد نحوه‌ی پیگیری روند درمانی، مراقبت از خود، چگونگی مصرف داروها و علائم عود بیماری و پیشرفت پس از ترخیص از بیمارستان
- ارزشیابی

- ۱- بیمار شروع تسکین درد را بیان می‌کند.
- ۲- بیمار بیان میکند وضعیت فعالیت بدنی و استراحت بهبود یافته است.
- ۳- شواهدی دال بر عدم تعادل اب و الکترولیت‌ها دیده نمی‌شود.
- ۴- بیمار رژیم غذایی را در حد تحمل رعایت می‌کند / تهوع و استفراغ وجود ندارد.
- ۵- بیمار به پرسش‌های در مورد روند بیماری، روش‌های درمانی و عوارض احتمالی، با ۱۰ درصد خطا پاسخ می‌دهد.

منبع: اصول مراقبتهای پرستاری برونر سوارث



راهنمای پیش گیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها

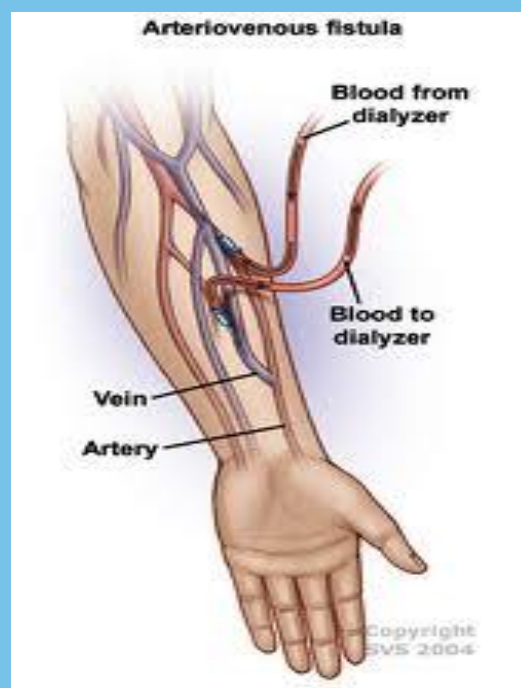
تهیه و تدوین: میرشریف پناهی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان البرز

مقدمه:

کارکنان خدمات سلامت از اتصالات، کاتترها، سرنگ‌ها برای انتقال دارو و سایر موارد به بیماران از طرق گوناگون شامل: عروقی، گوارشی، تنفسی، اپیدورال و اینتراتکال و موضعی استفاده می کنند لوله های متفاوتی به ویژه در سطح سوم خدمات سلامت به منظور انتقال دارو های مختلف، گاز های طبی و مواد غذایی به بیماران متصل می شود. اتصالات این وسایل غالبا مشابه می باشند اشکال مشابه اتصالات در محیط بالینی، گاه منجر به اتصال دو وسیله ی مختلف که برای مقاصد متفاوتی ساخته شده اند به یکدیگر و اتصال نادرست^{۱۲} می شود.

کارکنان بالینی مکرراً از اثرات منفی لوله ها و کاتترها بر بیماران که به سندروم اسپاگتی^۳ مشهور است ابراز ناراحتی می نماید.

در بررسی گذشته نگری که در ارتباط با حوادث مرتبط با درن ها^۴ و لوله ها و راه ها انجام شد ۱۱۴ راه انتقال دارو، مواد غذایی و گازهای طبی موجود بود که بیش از ۶۰٪ وقایع مرتبط با آن ها قابل پیگیری بود. ۵۶٪ از ۱۱۴ بیمار درگیر واقعه ناخواسته دچار آسیب جسمانی و ۲۳٪ آنان اقامت طولانی تری در بیمارستان داشتند.



علل ریشه ای و شایع وقایع ناگوار مرتبط با اتصالات نادرست لوله ها و کاتترها عبارتند از:

خستگی کارکنان بالینی، نور ناکافی، آموزش ناکافی و تنگی وقت کارکنان، انتقال بیمار از یک ارائه کننده، مجموعه و سطح خدمتی به ارائه کننده، مجموعه و سطح دیگر، استفاده از لوله ها و کاتترهای استاندارد برای مقاصد درمانی که به آن منظور طراحی نشده اند (استفاده از کاتترهای وریدی برای راه های اپیدورال، شست و شو، درناژ و راه های مرکزی یا طولانی نمودن لوله تغذیه گوارشی)، قرار دادن لوله هایی با عملکرد غیر مشابه مورد استفاده در درمان بیمار در کنار یکدیگر (برای مثال استفاده از لوله تغذیه گوارشی در کنار کاتتر و لوله ورید مرکزی) و عدم زدن برچسب در محل اتصالات.

اتصالات سه راهی^۵ که تقریباً در سراسر جهان با کاربردهای مختلف اتصال به وسایل پزشکی، انتقال مایعات (از طریق گوارشی، داخل وریدی، اسپینال و اپیدورال) و دمیدن گاز (در کاتترهای بالنی^۶، کاف آندوتراکئال و دمیدن هوا به داخل کاف وسایل اتومات فشار سنج را فراهم می آورد) با توجه به اینکه امکان اتصال دو لوله با عمل کاملاً متفاوت را محتمل می نمایند، احتمال خطر اتصال نادرست و انتقال دارو و مایعات از راه به روش نادرست و ناخواسته را ایجاد می کند. کاتترهای

^۳Spaghetti Syndrome

Drain

^۴Luer

^۵Balloon on Catheter

ورید مرکزی، کاتتر های ورید محیطی، لوله های تغذیه نازوگاستریک، لوله های تغذیه گوارشی، کاف تراکئوستومی، کاتتر های دیالیز صفاقی، لوله های متصل کننده کاف تراکئوستومی و لوله های متصل کننده کاف وسایل اتومات فشار سنج شایع ترین مثال های لوله ها و کاتتر های دخیل در گزارش های ثبت خطا می باشد که باعث تزریق مایعات وریدی به داخل لوله تراکئوستومی، مایع گاوژ به داخل IV، دمیدن هوا به داخل راه وریدی شده است.

انواع کاتتر ها و لوله ها:

- لوله های ورید محیطی
- کاتتر ورید مرکزی
- کاتتر شریان نافی
- کاتتر ورید نافی
- کاتتر ورید زیرپوستی
- کاتتر دیالیز پریتوان
- لوله ی متسع کننده کاف تراکئوستومی
- لوله ی متصل کننده کاف فشار سنج خودکار^{۱۷}
- کاتتر های فولی
- لوله ی نازوگاستریک
- لوله ی تغذیه ی معدوی دهانی^{۱۸}
- کاتتر های اپیدورال
- لوله ی سینه ای^{۱۹}
- راه های شریانی

اصول عمومی

۱. به منظور اطمینان از اتصال صحیح، الزامیست ارائه دهندگان خدمت قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی مسیر لوله ها و کاتتر ها را از منشا اولیه جا گذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نماید.
۲. به منظور اطمینان اتصال صحیح، الزامیست ارائه دهندگان خدمت در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجددا کنترل نمایند و مسیر لوله ها و کاتتر ها را از منشا اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی کند.
۳. کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتتر ها 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.
۴. مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت کنند.

^{۱۷}Automatic Blood Pressure Cuff Inflations Tubes

^{۱۸}Oral Gastric Feeding Tubes

^{۱۹}Chest Tube

۵. به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده ی آنان تاکید شود که نایستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
۶. برچسب گذاری کاتتر های پرخطر (برای مثال: کاتتر های شریانی، اپیدورال و اینتراتکال) الزامیست.
۷. از آداپتور ها و اتصالات اضافی برای لوله ی تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
۸. از استفاده کاتتر های شریانی، اپیدورال و اینتراتکال با پورت تزریق، اجتناب شود.
۹. به منظور تجویز دارو از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.
۱۰. همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.
۱۱. در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله و کاتترها فوراً به پرستار اطلاع دهید.
۱۲. فرآیند استاندارد شده همخوانی راه ها را به منظور اطمینان از اتصالات صحیح با کنترل اتصالات لوله ها و کاتتر ها تا منشا اولیه اتصال آن ها به بدن بیمار به عنوان بخشی از ارتباطات تحویل بیمار در حین تغییر نوبت کاری کارکنان بالینی و انتقال بین بخشی یا بیمارستانی، قرار دهید.
۱۳. لوله ای و کاتتر ها را کد بندی رنگی نکنید.
۱۴. در صورت خریداری کاتتر و لوله های جدید به منظور شناسایی ریسک بالقوه ی اتصالات نادرست از روش های مدیریت پیشگیرانه ی خطا برای مثال FMEA^۲ (تحلیل حالات و اثرات شکست) استفاده نمایید.
۱۵. مخاطرات ناشی از اتصالات نادرست لوله ها و کاتتر ها را در آموزش توجیهی بدو استخدام کارکنان بالینی جدیدالورود و آموزش مستمر کادر بالینی ادغام نمایید.

اقدامات پیشگیری

۱. بایستی خط مشی و روش های اجرایی در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به منظور استقرار استاندارد های الزامی موثر در پیشگیری از اتصالات نادرست لوله ها و کاتتر ها در حال اجرا باشد.
۲. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتتر ها در برنامه درسی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی ذیربط ادغام شود.
۳. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتتر ها در برنامه ی آموزشی ضمن خدمت کادر بالینی ادغام شود.
۴. راه های پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتترها در برنامه ی آموزشی بدو ورود کادر بالینی ادغام شود.
۵. مهارت آموزی در کادر ارائه کننده خدمت در بخش های ویژه انجام شود.

مقدمه :

^۲Failure Mode and Effects Analysis

منبع : برونر و سودارت

مشاور علمی: دکتر فرهاد بختیاری متخصص جراحی
عمومی

تهیه و تدوین: واحد ایمنی – دکتر بختیاری
متخصص جراحی عمومی



دکتر بختیاری متخصص جراحی عمومی



آپاندیس یک زائده کوچک انگشت مانند باطول حدود ۱۰ سانتیمتر (۲ تا ۲۰ سانتی متر) است که به روده متصل است و از روده بزرگ منشعب می شود. از آنجا که قطر آن کوچک است (۶الی ۸ میلی متر) آمادگی انسداد و عفونت را دارد . به التهاب آپاندیس که در اثر انسداد عفونت ایجاد می شود آپاندیسیت می گویند . آپاندیسیت (Appendicitis) یا همان آویز آماس شایعترین عمل اورژانسی شکم است و از هر ۵۰۰ نفر یک نفر دچار آن می شود شیوع آن در سنین ۱۰ تا ۳۰ سالگی می باشد.

واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

• دردی خفیف که از نزدیک ناف شروع می شود و تدریجا به قسمت تحتانی راست شکم نقل مکان می کند . درد کم کم مداوم می شود و از حالت مبهم به صورت کاملا مشخص در می آید به طوری که مکان آن دقیق تر توسط بیمار نشان داده می شود.

درد با حرکت ، تنفس عمیق ، سرفه ، عطسه ، راه رفتن یا لمس بدتر می شود.

دیگر نشانه های آن عبارتند از:

- تهوع و گاهی استفراغ
- یبوست و ناتوانی در دفع گاز
- اسهال
- تب
- تشدید درد به هنگام لمس ناحیه تحتانی شکم در سمت راست ، معمولا در نقطه ای حدود یک سوم مسیر ناف به برجستگی بالای استخوان لگن



- افزایش تعداد گلبولهای سفید خون
- تورم شکم (در مراحل انتهایی)

تشخیص آپاندیس :

پزشک شما را معاینه می کند. گاهی پزشک برای تشخیص از آزمایش ، سونوگرافی استفاده می کند. تشخیص آن کمی دشوار است چرا که علائم آن با مشکلاتی مانند التهاب کیسه صفرا ، عفونت مثانه و ادراری ، بیماری کرون ، التهاب و عفونت معده ، عفونت روده و مشکلات تخمدان شبیه است.

علل آپاندیسیت

مسدود شدن زائده آپاندیس بوسیله:

۱- مدفوع (شایعترین علت)

۲- جسم خارجی

۳- سرطان

۴- عفونت

آیا آپاندیسیت قابل پیشگیری می باشد؟

آپاندیسیت قابل پیشگیری نمی باشد ولی میتوان احتمال ابتلا به آن را کاهش داد

*مهمترین راهکار، استفاده از غذاهای سرشار از فیبر مانند میوه ها و سبزیجات است که مانع از یبوست و انباشته شدن مدفوع می گردد

درمان :

اگر پزشک به آپاندیسیت شک کند ممکن است بدون انجام تست های دیگر، جراحی را توصیه می کند . جراحی خطر پاره شدن آپاندیس را کاهش می دهد . به جراحی ای که برای درمان آپاندیسیت انجام می شود آپاندکتومی (appendectomy) گفته می شود. عمل جراحی به دو روش باز ویا لاپاروسکوپی انجام میشود.

اگر آپاندیس پاره شده باشد ، بیمار باید مدت زمان زیادی را در بیمارستان بماند و البته خطر عوارض نیز زیاد خواهد بود .

نکات مهم :

- به محض اینکه به آپاندیسیت مشکوک شدید تا وقتی که با پزشک مشورت نکرده اید از خوردنی یا نوشیدنی استفاده نکنید.
- مسکن و مسهل استفاده نکنید و تنقیه انجام ندهید .
- سریعاً به یک مرکز درمانی بروید.

آموزش به بیمار قبل از عمل :

- ۱- قبل از عمل آزمایشات و گرافی های لازم طبق دستور پزشک انجام خواهد شد .
- ۲- اطلاع به پزشک در صورت داشتن سابقه بیماری های قلبی و مصرف داروها (مانند آسپرین)
- ۳- اطلاع به پزشک در صورت داشتن سابقه بیماری ، سابقه مصرف دارو ، سابقه جراحی ، حساسیت دارویی و غذایی ، مشکلات شنوایی و بینایی و یا داشتن هر گونه پروتز یا وسیله (پیس میکر و ...)
- ۴- پس از اتمام عمل ، بیمار مدتی در اتاق ریکاوری تحت نظر قرار می گیرد و در صورت مطلوب بودن وضعیت بیمار ، به بخش منتقل می شود.
- ۵- برای پیشگیری از عفونت ممکن است آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک تجویز شود .
- ۶- قبل از خروج از بخش جراحی ادرار خود را تخلیه کنید .

آموزش به بیمار بعد از عمل (حین بستری) :

- ۱- پس از جراحی در وضعیت نیمه نشسته قرار می گیرید این پوزیشن با کاهش فشار روی برش جراحی و ارگان های شکمی درد را کاهش می دهد .
- ۲- غذا بر حسب تحمل بیمار و دستور پزشک شروع می شود.
- ۳- تنفس عمیق و تغییر وضعیت بدن، چرخش پاها ، انجام سرفه را انجام دهید تا خطر بروز عفونت و روی هم خوابیدن ریه ها و احتمال آمبولی کاهش یابد.
- ۴- در حین سرفه ، عطسه و سکسکه محل را با دست یا بالش ثابت نگه دارید تا از ایجاد درد و فشار به ناحیه عمل جلوگیری شود .

۵- وقتی پزشک به شما اجازه داد که بستر را ترک کنید ، ابتدا باید ۵ تا ۱۰ دقیقه لبه تخت بنشینید و در صورتی که سرگیجه نداشتید ، با کمک پرستار تخت خود را ترک کنید .

۶- طبق دستور پزشک محل بخیه ها به روش استریل پانسمان شود.

آموزش های زمان ترخیص :

۱- پانسمان ناحیه عمل با توجه به نظر پزشک ۴۸ ساعت پس از عمل باقی می ماند و پس از آن بیمار می تواند پانسمان را برداشته و دوش بگیرد . سپس ناحیه عمل را خشک و تمیز نگه دارد.

۲- بیمار باید محل را حین سرفه ، عطسه و سکسکه کردن با دست یا بالش ثابت نگه دارد تا از ایجاد فشار به ناحیه عمل و درد جلوگیری شود .

۳- آنتی بیوتیک های تجویز شده به موقع مصرف و دوره درمان با آنتی بیوتیکها کامل شود . (از قطع خودسرانه ی آنتی بیوتیکها اجتناب شود .)

۴- در صورت بروز درد از داروهای مسکن تجویز شده استفاده گردد.

۵- بخیه های محل عمل جراحی ۱۰ روز بعد طبق نظر جراح به روش استریل کشیده شود.

۶- به مدت ۶ هفته از زور زدن بی مورد ، یبوست ، تمرینات ورزشی خشن و کششی پرهیز شود.

۷- به هنگام حرکت و بلند کردن اجسام ، بدن خود را در وضعیت صحیح قرار دهید . (بنشیند و اجسام را بردارد .)

۸- از بلند کردن اشیاء بیش از ۵ کیلوگرم برای ۶ هفته اول خودداری شود.

۹- اگر مبتلا به قند خون می باشید با کنترل صحیح قند خون روند ترمیم محل عمل را بهبود بخشید.

۱۰- نتیجه نمونه پاتولوژی را جهت انجام پیگیری های بعدی به رویت پزشک برسانید .

۱۱- توصیه می شود که در روزهای اول بعد از عمل از مصرف مواد غذایی نفاخ (ذرت ، کلم ، نخود ، لوبیا ، تربچه ، خیار و نوشابه های گازدار) اجتناب شود .

نان تست ، نان سوخاری و ماست جلوی نفخ را می گیرد.

۱۲- توصیه به مصرف رژیم غذایی حاوی مقادیر پروتئین (گوشت کم چرب ، تخم مرغ ، لبنیات و ...) و ویتامین C (مرکبات ، آب آناناس ، گوجه فرنگی) می شود.

۱۳- از غذاهای پرفیبر مانند میوه و سبزیجات استفاده نمایید.

۱۴- ۲ تا ۴ هفته پس از عمل بر اساس دستور پزشک ، می توانید فعالیتهای عادی خود را شروع کنید.

در صورت داشتن علائم زیر بعد از جراحی حتما پزشک معالج خود را مطلع سازید :

- ۱- در صورت وجود قرمزی ، تورم ، گرمی پوست ناحیه عمل و خروج ترشحات چرکی به پزشک مراجعه کنید .
- ۲- با مشاهده علائم عفونت مانند : بی اشتتهایی ، لرز ، تب و تعریق ، اسهال ، استفراغ ، سفتی شکم ، یبوست و نفخ شکم سریعا به مرکز درمانی مراجعه کنید .



درس آموخته ها - علل اصلی حادثه - اقدامات اصلاحی

تهیه و تدوین: میرشریف پناهی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان البرز

خانم مهناز بختیاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان مریم

۱

سناریو خطاهای پزشکی
Medical Errors Scenario
ترومبوز محل آنژیوکت



عنوان

بیمار با شکایت سرگیجه و ملنا و با تشخیص AF & GIB در بخش اورژانس پذیرش شده و در شیفت شب به بخش post ccu منتقل شده است در بخش اورژانس IV LINE با آنژیوکت سبز روی براکیال دست چپ فیکس شده و با توجه به هموگلوبین پایین از همان مسیر رگ پکسل تزریق شده است بعد از دو روز بستری بیمار دچار فلبیت در همان ناحیه ی آنژیوکت در براکیال چپ (آنژیوکت فیکس شده در اورژانس) می شود که بلافاصله توسط پرسنل در شیفت شب تعویض می شود بیمار روز بعد به بخش داخلی منتقل می شود و بدلیل تورم و قرمزی در محل آنژیوکت قبلی " سونوگرافی نسج نرم انجام میشود و ترمبوز گزارش می گردد .	شرح حادثه
۱- تزریق خون و دارو از یک رگ ۲-عدم توجه پرسنل به محل آنژیوکت و عدم کنترل فلبیت بودن محل رگ ۳-عدم رعایت تکنیک صحیح تحویل بالینی بیمار ۴-عدم آگاهی از ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی (عدم توجه به اتصالات بیمار)	علل رویداد حادثه
۱- بررسی آنژیوکت بیمار در طول شیفت بطور مستمر و هنگام تحویل شیفت (رعایت تکنیکهای SBAR و ۹ راه حل ایمنی بیمار و اجرای صحیح فرایندهای دارودهی و تزریق خون) ۲- بلافاصله بعد از رویت کوچکترین التهاب و قرمزی و درد در محل ورید آنژیوکت بیمار تعویض شود ۳- گزارش به موقع هر گونه موارد خطا طبق دستورالعمل گزارش خطا ۴- گزارش التهاب مسیر آنژیوکت به مسئول مافوق و پزشک معالج جهت شروع احتمالی آنتی بیوتیک ۵- تعبیه رگ جداگانه جهت تزریق خون در صورت امکان	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario عوارض جراحی (سوختگی با کوتر)	عنوان 
	شرح حادثه

واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

بیمار آقای ۳۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۷/۱۰ ساعت ۱۹،۱۰ با تشخیص همروئید ترومبوزه در بخش اورژانس پذیرش شده و پس از مشاوره جراحی ساعت ۲۰،۱۹ در بخش جراحی بستری شده است. در ساعت ۲۲،۳۰ جهت جراحی هموروئید کتومی به اتاق عمل منتقل شده است. در بخش بجای شیو ران راست بیمار ساق پای بیمار شیو شده است. پرسنل اتاق عمل پلیت کوتر را روی ران بیمار که شیو نشده قرار میدهند در حین وانتهای عمل جراح و پرسنل متوجه قرمزی و سوختگی ناحیه قدام ران راست (محل قرارگیری کوتر) در ابعاد ۳در ۳ شده اند و پس از معاینه جراح دستور پانسمان محل سوختگی با پماد زینک را داده است. محل سوختگی که در حد سوختگی درجه ۲ میباشد بصورت TDS با پمپ زینک در بخش پانسمان شده است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۷/۱۲ ساعت ۱۱ با توصیه به انجام پانسمان در درمانگاه البرز ترخیص شد.	
۱- در بخش بجای شیو ران راست بیمار ساق پای بیمار شیو شده است . ۲- پرسنل اتاق عمل پلیت کوتر را روی ران بیمار که شیو نشده قرار میدهند	علل رویداد حادثه
۱- آموزش و تاکید مجدد دستورالعمل محل مناسب شیو قبل از عمل ابلاغی مورخه ۱۴۰۰/۱۱/۱۲ به کلیه پرسنل پرستاری - مامایی- اتاق عمل بخصوص کمک پرستار که شامل ران و قسمت بالای بازو می باشد ۲- آموزش و تاکید به پرسنل اتاق عمل جهت عدم گذاشتن پلیت کوتر روی محل شیو نشده طبق دستورالعمل ابلاغی فوق ۳- کنترل محل شیو قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مربوط و در اتاق عمل توسط تکنسین قبل از انتقال به تخت جراحی و گذاشتن کوتر	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario عدم اجرای صحیح فرایندهای تلفیق دارویی و ترخیص ایمن بیمار (تکنیک SMART)	 عنوان
بیمار آقای ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۲ ساعت ۷:۳۲ صبح با سابقه اسلیو معده ۴ سال قبل و حساسیت شدید به سیپروفلوکساسین و ناپروکسان با تشخیص درد شکم و کله سیستیت حاد در بخش جراحی مردان پذیرش شده است. در ارزیابی بیمار حساسیت دارویی در کاردکس و گزارش پرستاری و شرح حال پزشک و فرم تلفیق دارویی ثبت شده است و تمام پرسنل مرتبط و پزشک معالج به موضوع آگاهی داشته اند و در دستبند شناسایی بیمار لیبل مربوط به حساسیت دارویی نصب شده است و به بیمار در این زمینه آموزش داده شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۲ ساعت ۱۵:۴۰ به اطاق عمل منتقل و تحت جراحی کله سیستکتومی قرار گرفته است. فردای روز عمل در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۳ بیمار با دستور دارویی جراح ترخیص شده است ولی علیرغم وجود حساسیت بیمار به سیپروفلوکساسین و اطلاع پرسنل و پزشک و بیمار نسبت به این موضوع، با دستور کپسول سیپروفلوکساسین ترخیص شده است و پرستار مسئول بیمار و پزشک ترخیص کننده بدون دقت به حساسیت بیمار کار ترخیص را انجام داده اند و بیمار در منزل پس از تهیه دارو متوجه اشتباه پزشک و پرستار ترخیص کننده شده است. خوشبختانه بیمار دارو را مصرف ننموده است.	شرح حادثه
۱- بی دقتی سرپرستار (بعنوان پرستار ترخیص) و پرستار مسئول بیمار در فرایند ترخیص ایمن بیمار و عدم رعایت تکنیک SMART ۲- بی دقتی نسبت به فرایند تلفیق دارویی از طرف پزشک معالج و پرستار بیمار ۳- عدم توجه به فرم تلفیق دارویی از طرف پزشک و پرستار ۴- عدم توجه به فرایند شناسایی بیماران پر خطر علیرغم داشتن لیبل حساسیت روی دستبند شناسایی و کاردکس از طرف پرسنل و عدم اطلاع به پزشک معالج در مورد وجود حساسیت شدید به داروی سیپروفلوکساسین در هنگام ترخیص و عدم کنترل داروی نسخه شده	علل رویداد حادثه

اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱-آموزش به پرسنل توسط مسئول واحد جهت افزایش دقت در فرایند تکنیک ترخیص ایمن بیمار (SMART) ۲-دقت وارزیابی مجدد فرایند ترخیص ایمن بیمار توسط سرپرستار بعنوان مسئول ترخیص ایمن بیماران و کنترل داروی نسخه شده قبل از تحویل گرفتن بیمار ۳-نصب سیستم اعلان سوابق حساسیتی در سیستم HIS در هنگام نسخه نوشتن ۴-آموزش به پزشکان توسط مدیر گروه های پزشکی جهت افزایش دقت در اجرای صحیح فرایند تلفیق دارویی (توجه به فرم تلفیق دارویی و مهر وامضای آن) و ترخیص ایمن بیمار
عنوان 	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario نوشتن نوع عمل اشتباه
شرح حادثه	بیمار خانم ۵۵ ساله ای که بدلیل هیستریکتومی بدون هیچ سابقه بیماری و حساسیتی بستری شده سابقه دو مورد NVD را میدهد، مشاوره داخلی انجام شد مشکل خاصی نداشت، زمان انتقال به اتاق عمل بر روی برگه قبل از عمل، نوع عمل: حاملگی خارج از رحم نوشته شده بود که زمان انتقال متوجه شده و در ریکاوری اصلاح شد و عمل صحیح انجام شد
علل رویداد حادثه	عدم نظارت و دقت در کنترل برگه بستری، عدم ارتباط با بیمار، شلوغی شیفت
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱-پیشنهاد به اتاق عمل جهت برنامه ریزی برای عدم حضور همزمان جراحان در اتاق عمل و ۲-عدم عجله جهت تحویل بیماران به اتاق عمل. ۳-افزایش دقت پرسنل واحد آماده سازی زمان پر کردن اوراق ۴-افزایش توجه پرسنل زمان تحویل تحول بیمار با اتاق عمل. ۵-آموزش به پرسنل بخش و اتاق عمل جهت نظارت و دقت بیشتر. ۶-موارد در گزارش خطاهای الکترونیک وارد شود. ۷-درس آموخته ها جهت جلوگیری از اتفاقات مشابه به اشتراک گذاشته شوند

 عنوان	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario اشتباه در ثبت نام پدر بر روی دستبند شناسایی بیمار
شرح حادثه	مددجو خانم ۷۲ ساله که جهت بی دردی در بیمارستان بستری شده، سابق فشارخون را ذکر می کند که شبی یک عدد لوزارتان ۲۵ میلیگرمی مصرف می نماید. طبق مستندات بیمار جهت بیمار دستبند شناسایی جهت بیمار صادر ولی نام پدر بیمار بدلیل دادن کارت ملی همسرش به پذیرش، بنام همسر ثبت شده بود که پس از مراجعه به بخش، پرستار مربوطه متوجه و نام پدر اصلاح گردید.
علل رویداد حادثه	عدم دقت در ثبت اطلاعات و دریافت مستندات بیمار، ازدحام در شیفت، تک نفره بودن متصدی پذیرش
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- توضیح در مورد دقت در ثبت مشخصات و دریافت اطلاعات از بیمار ۲- دریافت مستندات درست از بیمار ۳- موارد در گزارش خطاهای الکترونیک وارد شود. ۴- درس آموخته ها جهت جلوگیری از اتفاقات مشابه به اشتراک گذاشته شوند



عنوان

سناریو خطاهای پزشکی
Medical Errors Scenario
سقوط بیمار

شرح حادثه

بیمار آقای ۸۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۲ در ساعت ۱۳:۵۱ با تشخیص دیسترس تنفسی و تنگی نفس و اپیستاکسی و CHF سابقه بیماری قلبی - ریوی و مشکل بینایی و شنوایی پذیرش شده و در ساعت ۱۴:۳۰ در بخش CCU بستری شده است بخاطر اپیستاکسی تامپون بینی گذاشته شده و اکسیژن با ماسک دریافت می کرده است. بیمار همراه داشته و طبق گزارش پرستاری آموزش به بیمار و همراه در مورد اطلاع به پرسنل در صورت هرگونه جابجایی داده شده است. در ساعت ۲۱:۰۵ تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ پس از رفتن همراه بدون اطلاع به پرسنل (جهت تعویض همراه) بیمار اقدام به بلند شدن از تخت و کندن سیم و کابل چست لید نموده و در اثر از دست دادن تعادل با پشت واز ناحیه کتف چپ روی زمین افتاده است. بلافاصله پرسنل بر بالین بیمار حاضر شده (در مدت کمتر از ۵ ثانیه) و با کمک بیمار را روی تخت قرار میدهند پس از چند دقیقه بیمار دچار آپنه شده که بلافاصله کد ۹۹ اعلام کرده و عملیات احیا انجام میشود پس از اینتوباسیون و برگشت بیمار در ساعت ۲۱:۴۵ سی تی اسکن مغزی و مشاوره نروسرجری انجام شده که طبق نظر نروسرجر مشکلی نداشته است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ ساعت ۱۲:۱۵ اینتوبه به بخش ICU منتقل شده است. سطح هوشیاری با دریافت سدیشن (میدازولام) ۹/۱۵-۱۰ می باشد. دستها و پاها را حرکت میدهد. در حال حاضر بیمار اکستوب شده است. طبق نظر متخصص ارتوپدی و نروسرجری آسیبی به بیمار وارد نشده است.

علل رویداد حادثه

- ۱- ترک بیمار توسط همراه ج بدون اطلاع به پرستار
- ۲- عدم توجه بیمار به آموزشهای داده شده در مورد سقوط از تخت با توجه به سن بالا و اثر بخش نبودن آموزش
- ۳- عدم اطلاع بیمار به پرسنل جهت خروج از تخت
- ۴- عدم رویت بیمار بدلیل وجود پره بین تختها توسط پرسنل حاضر در اطاق بیمار

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- ۱- دادن آموزش مستمر به بیمار و همراه و کنترل اثر بخش بودن آموزش داده شده در مورد بسته بودن بدسایدها، زمانیکه بیمار در تخت قرار دارد.
- ۲- کنترل مداوم بیماران توسط پرسنل بخصوص بیماران دارای مشکل بینایی و شنوایی
- ۳- آموزش اثر بخش به همراه در مورد اطلاع به پرسنل در صورت ترک بیمار

- ۴- اثر بخش کردن آموزشهای داده شده و تاکید بر اهمیت این آموزشها در جهت حفظ ایمنی بیمار
- ۵- تاکید بر استفاده از زنگ احضار پرستار توسط بیماران در آموزشهای داده شده بخصوص در هنگام جابجایی و پایین آمدن از تخت و بسته بودن بد ساید تخت
- ۶- بررسی دقیق وضعیت بیماران بخصوص بیماران بیقرار یا بیمارانی که که تحت بیهوشی -بیحسی قرار گرفته اند و یا داروهای کاهش دهنده سطح هوشیاری و مخدر یا خواب آور دریافت کرده اند (رعایت تکنیک SBAR)
- ۷- آموزش و آشنا کردن بیمار و همراه در مورد استفاده از هند ریل بخش و سرویس بهداشتی و حمام
- ۸- آموزش به بیمار و همراه که هنگام پایین آمدن از تخت حتما به پرستار اطلاع دهند تا پرستار براساس وضعیت بیمار اقدام لازم را انجام دهد
- ۹- در دسترس قرار دادن وسیله های مورد نیاز بیماران از جمله لوله ادرار
- ۱۰- در دسترس قرار دادن مواد غذایی بیماران از جمله شیر -سینی غذا -و... توسط پرسنل واحد تغذیه در راستای مدیریت پیشگیرانه خطر
- ۱۱- تاکید به همراهان جهت تعویض همراه بر بالین بیمار و انتقال آموزشهای داده شده به همراه جدید در مورد نحوه اطلاع جابجایی بیمار به پرسنل
- ۱۲- دادن آموزش مستمر به بیمار و همراه و کنترل اثر بخش بودن آموزش داده شده در مورد بسته بودن بدسایدها، زمانیکه بیمار در تخت قرار دارد .