



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید
کتابچه دستور العمل های بیمارستان حضرت ولی عصر (عج)
شهرستان خرمبید



دفتر بهبود کیفیت

بهار 1404

لیست دستور العمل های بیمارستان طبق ویرایش پنجم اعتبار بخشی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

ردیف	محور	کد	عنوان دستورالعمل	دامنه کاربرد
1	مدیریت و رهبری کیفیت	WI-QM-1	تدوین دستورالعمل مشخص برای نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب	کلینیک پرسنل درمان و پاراکلینیک
2		WI-QM-2	اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیر هم جنس	پرسنل درمان
3		WI-QM-3	وجود دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان	کلینیک پرسنل بیمارستان
4	مدیریت خطر حوادث و بلایا	WI-CM-1	دستورالعمل استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری تدوین و اطلاع رسانی شود.	کلینیک بخش ها و واحد ها
5		WI-CM-2	تدوین دستورالعمل انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار	کلینیک بخش ها و واحد ها
6		WI-CM-3	تدوین دستورالعمل "فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث"	کلینیک بخش ها و واحد ها
7		WI-CM-4	تدوین و ابلاغ دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان حادثه" به تمامی واحد ها/ بخش ها	کلینیک بخش ها و واحد ها
8	مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای	WI-HRM-1	تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبرد (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم ربری و مدیریت	کلینیک بخش ها و واحد ها
9		WI-HRM-2	تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	کلینیک پرسنل بیمارستان
10		WI-HRM-3	دستورالعمل ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی.	کلینیک پرسنل بیمارستان
11		WI-HRM-4	دستورالعمل ارزشیابی کارکنان در بیمارستان (بیمارستان های خصوصی و غیر دانشگاهی می توانند از دستورالعمل ارزشیابی عملکرد مدیران و کارکنان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمان های وابسته و فرم های مربوطه استفاده نمایند).	کلینیک پرسنل بیمارستان
13	فناوری و مدیریت اطلاعات	WI-HIM-1	دستورالعمل های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت های تأخیری به درستی رعایت شده است.	واحد فناوری- بخش های بیمارستان
14		WI-HIM-2	دستورالعمل های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده رعایت می گردد.	واحد فناوری سلامت- بخش های بیمارستان
15	بهداشت محیط	WI-EH-1	دستورالعمل نظافت، شست و شو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/ واحد های مختلف بیمارستان با توجه به شرایط اختصاصی آن ها	کلینیک بخش های بیمارستان
16		WI-EH-2	دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده	پرسنل آشپزخانه- واحد بهداشت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

محیط				
پرسنل آشپزخانه- واحد بهداشت محیط	تدوین دستورالعمل "نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا" با حداقل های مورد انتظار	WI-EH-3		17
پرسنل لاندري	دستورالعمل شست و شوی انواع البسه	WI-EH-4		18
پرسنل لاندري- پرسنل آشپزخانه	دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گند زدا در واحد رختشوی خانه نصب و در معرض دید کارکنان می باشد.	WI-EH-5		19
پرسنل رادیولوژی	دستورالعمل های پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی	WI-EH-6		20
پرسنل تاسیسات	دستورالعمل استفاده از کپسول های گاز های طبی تهیه و در مجاورت محل استقرار کپسول نصب شود.	WI-MEM-1	مدیریت تجهیزات پزشکی	21
پرسنل درمان	استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (من جمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.	WI-BGC-1	مراقبت های عمومی بالینی	22
پرسنل درمان	دستورالعمل های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن (تدوین، حداقل برای جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپ ها، سایر موارد با تشخیص بیمارستان)	WI-BGC-2		23
پرسنل درمان	تدوین دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	WI-BGC-3		24
پرسنل درمان	تدوین دستورالعمل های خودمراقبتی برای بیماری های شایع با محوریت سوپروایزر های آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه های پزشکی	WI-BGC-4		25
پرسنل درمان پاراکلینیک (آزمایشگاه و رادیولوژی)	تصویب دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک در کمیته درمان دارو و تجهیزات	WI-BGC-5		26
پرسنل درمان- پرسنل خدمات	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل	WI-CC-1	مراقبت های حاد و اورژانس	27
پرسنل درمان	در بیماران اورژانسی برنامه ریزی انجام عمل جراحی براساس دستورالعمل بیمارستان و سطوح تریاژ به نحوی است که هیچ گونه تاخیر/تعجیل منجر به تهدید جان/سلامتی بیماران رخ ندهد.	WI-SAC-1	مراقبت های جراحی و بیهوشی	28
پرسنل درمان	دستورالعملی در خصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصص بیماری های عفونی مرکز تنظیم و اجرایی گردد.	WI-SAC-2		
پرسنل درمان- پرسنل خدمات	اتاق شیردهی و امکانات شیردهی در اتاقی نزدیک به بخش مراقبت ویژه نوزادان پیش بینی شود و علاوه بر شیردوش برقی، ظروف نگهداری شیر در اندازه های مختلف، یخچال جهت نگهداری شیر و دستورالعمل شست و شو و ضد عفونی وسایل موجود باشد.	WI-MNC-1	مراقبت های مادر و نوزاد	29



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

30	پیشگیری و کنترل عفونت	WI-PCI-1	تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی	پزشک و پرسنل درمان
31	مدیریت دارویی	WI-DM-1	دستورالعمل داروای خود به خود متوقف شونده	پزشک داروساز و پرسنل درمان
32	آزمایشگاه	WI-LS-1	دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	پرسنل درمان - پرسنل آزمایشگاه
33		WI-LS-2	تدوین دستورالعمل نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاه های پزشکی	پرسنل درمان - پرسنل آزمایشگاه
34		WI-LS-3	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه	پرسنل آزمایشگاه
35		WI-LS-4	دستورالعمل ارجاع نمونه های بالینی	پرسنل آزمایشگاه
36		WI-LS-6	تدوین دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی نتایج بحرانی پاراکلینیک بیماران سرپایی، براساس روشی مدون اطلاع رسانی می شود	پرسنل آزمایشگاه
37	طب انتقال خون	WI-TM-1	تدوین دستورالعمل نحوه انجام آزمایش های بانک خون توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان و با استفاده از راهنمایی های بلاغ شده توسط سازمان انتقال خون	پرسنل آزمایشگاه
38	حمایت از گیرنده خدمت	WI-PR-1	کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس دستورالعملی مدون در خصوص روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی تدوین نماید.	کلیه پرسنل بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی از وقایع همراه با نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت در رهبری	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-QM-1

هدف: صیانت از حقوق گیرندگان و افزایش ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: کلیه کادر درمان

روش کار:

- 1- ریاست بیمارستان لیست وقایع 28 گانه تهدید کننده حیات با رویکرد نظارتی و با هماهنگی مسئول فنی بیمارستان به بخش های بیمارستان ابلاغ می کند.
- 2- تیم مدیریت اجرایی بیمارستان پایبندی خود را به رویکرد عاری از سرزنش نا بجا، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی به کلیه کارکنان ابلاغ می نماید.
- 3- تیم مدیریت اجرایی بیمارستان با ارائه تشویق (تقدیرنامه، مرخصی تشویقی) پرسنل را در ارائه گزارش وقایع ناخواسته به مشارکت دعوت می نمایند.
- 4- تیم مدیریت اجرایی بیمارستان جهت ثبت وقایع ناخواسته ایمنی بیمار (اعم از وقایع ناگوار، موارد بدون آسیب، موارد نزدیک به وقوع) روش های ثبت خطا (دفتر سیستم پیامک، صندوق، شفاهی) را به بخش های بالینی ابلاغ می نماید.
- 5- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خطاهای ثبت شده در بخش ها را جمع آوری می نماید.
- 6- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خطا را به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش دسته بندی می نماید و به صورت ماهیانه جهت جلوگیری از خطاهای تکراری به بخش ها ابلاغ می نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی از وقایع همراه با نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت در رهبری	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-QM-1

- 7- تیم مدیریت اجرایی در صورت گزارش وقایع ناخواسته 28 گانه (گزارش سوپروایزری، کمیته مرگ و میر، موارد مرگ و میر، راند های نظارتی و تیم مدیریت اجرایی، شکایات واصله از MCMC یا بیمار، ثبت خطاها در سیستم) بلافاصله با هماهنگی مسئول فنی جلسه تشکیل می دهند.
- 8- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در صورت گزارش وقایع ناخواسته 28 گانه بعد از تایید موارد در سامانه MCMC ثبت می نمایند.
- 9- کارشناس هماهنگ کننده بعد از تایید و ثبت گزارش وقایع ناخواسته اطلاعات و گزارشات مربوط به وقایع ناخواسته را جمع آوری می نماید.
- 10- کارشناس هماهنگ کننده تیم RCA که متشکل از (مسئول فنی، مترون، ریاست، کارشناس هماهنگ کننده و پزشک مربوطه مسئول بخش) را جهت برگزاری جلسه و حل مشکلات آماده می نمایند.
- 11- تیم RCA مشکلات را ارزیابی می نمایند و برنامه بهبود (PDCA) را تنظیم می نمایند.
- 12- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اثر بخشی برنامه PDCA را بررسی می کنند و پایش را بصورت فصلی به تیم مدیریت اجرایی ارسال می نمایند.
- 13- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی درس آموخته را در اختیار پرسنل بیمارستان قرار می دهد تا از تکرار خطاهای مشابه جلوگیری شود.
- 14- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی درس آموخته های سایر بیمارستان ها که از طریق دانشگاه به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار پرسنل درمانی و پاراکلینیک قرار می دهد تا از تکرار خطاها جلوگیری گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: : نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی از وقایع همراه با نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت در رهبری	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-QM-1

15- تیم مدیریت اجرایی در راند های واحد های بیمارستان درس آموخته ای به اشتراک گذاشته شده را از پرسنل می خواهند که از تکرار خطا ها جلوگیری گردد.

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
محبوبه کریمی مسئول بخش اطفال فاطمه حسینی مسئول سی سی یو کارگر مسئول زایش آرزو کریمی مسئول اورژانس عقیل احمدی مسئول بخش دیالیز الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	دکتر زهرهبرزگر مسئول فنی بیمارستان	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر هم جنس

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت ورهبری	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-QM-2

هدف: معاینه بیماران به صورتی که بیمار احساس آرامش و راحتی نماید.

دامنه کاربرد: کلیه کادر درمان

تعریف: انجام معاینات و خدمات بیماران به صورتی که ارائه دهنده خدمت و خدمت گیرنده هم جنس نباشند.

روش کار:

- 1- بیمارستان برنامه ریزی های لازم جهت حضور پزشکان جهت انجام معاینات بیماران را انجام داده است.
- 2- پزشک روزانه بر بالین بیمار حضور می یابد و معاینات لازم را انجام می دهد.
- 3- در صورت وجود پزشک هم جنس بیمار، تا حد امکان معاینات توسط پزشک هم جنس انجام می شود.
- 4- در صورت وجود پزشک غیر هم جنس یک پرسنل هم جنس نیز با پزشک بر بالین بیمار حضور می یابد.
- 5- پرسنل هم جنس تا پایان معاینه بیمار توسط پزشک، بر بالین بیمار حضور می یابد.
- 6- همراه درجه اول بیمار نیز به همراه پرسنل بر بالین بیمار حضور پیدا می کند.
- 7- پرسنل خانم بر بالین بیماران زن و پرسنل آقا بر بالین بیماران مرد حضور پیدا می کنند.
- 8- ارائه خدمات پرستاری در بیمارستان تا حد امکان توسط پرسنل هم جنس انجام می شود.
- 9- اقداماتی از قبیل تزریقات و گرفتن نوار قلب، گذاشتن فولی خانم ها حتما توسط پرسنل خانم انجام می شود.
- 10- در صورت نیاز به ارائه خدمات خاص بیماران آقا و نبود پرسنل مرد در شیفت، پرسنل آقا فراخوان می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر هم جنس

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت ورهبری	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-QM-2

11- پرسنل هم جنس کلیه موارد مربوط به حفظ حریم خصوصی بیمار را تا زمان معاینه و یا ارائه خدمت رعایت می کنند.

12 در صورت مشکوک بودن بیمار به کووید 19 کلیه اقدامات درمانی طبق پروتکل بهداشتی انجام میشود

ت تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان  فاطمه حسین پور - مدیر خدمات  پرستاری نرجس اسدآبادی - مدیر بیمارستان  عزیزه سعادت حسینی - دبیر کمیته اخلاق پزشکی	کمیته اخلاق پزشکی	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 6	WI-QM-3

تعریف:

بیمارستان سبز: بیمارستان سبز بیمارستانی است که سلامت مردم را با کاهش مداوم پیامد های زیست محیطیو برطرف کردن * خود در کاهش میزان بیماری ها ارتقا دهد. بیمارستان سبز و سالم ارتباط بین سلامتی انسان و محیط زیست را به رسمیت می شناسد و این شناخت را از طریق نوع اداره کردن، راهبرد و عملیات خود نشان می دهد.

هدف: ارتقاء سطح حفاظت از محیط پیرامونی- جلوگیری از آلودگی زیست محیطی برون شهری

دامنه کاربرد: تمام بخش ها و واحد ها

مهارت مسئول: پرسنل تمامی بخش های بیمارستان

روش کار:

(الف)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 6	WI-QM-3

- 1- پرسنل درمان به منظور حفاظت از محیط زیست پیرامونی، تمامی پسماند های عفونی را از پسماند های غیر عفونی تفکیک کرده و پسماند های عفونی را در سطل زرد و با پلاستیک زرد و پسماند های غیر عفونی را در سطل آبی با پلاستیک آبی قرار می دهند.
- 2- پرسنل درمان تمامی پسماند های تیز و برنده را در سiftی باکس قرار داده و از انداختن در سطل های زرد و آبی خودداری می نمایند.
- 3- پرسنل خدمات در انتهای شیفت تمامی سطل های زرد و آبی را تخلیه نموده و به وسیله ی ترالی درب دار به جایگاه امحاء پسماند منتقل می نمایند.
- 4- پرسنل خدمات سiftی باکس ها را هنگامی که $\frac{3}{4}$ آن پر گردید، تعویض می نمایند و سiftی باکس پر شده را پلمپ نموده و به جایگاه موقت پسماند منتقل می نمایند.
- 5- پرسنل خدمات تمامی پسماند های عفونی و تیز برنده منتقل شده به جایگاه امحاء پسماند را بی خطر می نمایند.

(ب) آب

- 1- مسئول بهداشت محیط طبق برنامه مدون، نمونه میکروبی و شیمیایی از آب بیمارستان تهیه نموده و مستندات آن را در نزد خود نگهداری می نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 6	WI-QM-3

2- مسئول تاسیسات به صورت روزانه و دقیق از تجهیزات آبرسانی بازدید کرده و از وجود هرگونه خرابی و نشتی آب جلوگیری به عمل می آورد.

3- مسئول بهداشت محیط با همکاری مسئول تاسیسات و خدمات هر 6 ماه یکبار مخزن نگهداری آب را شست و شو داده و مخزن را ضد عفونی می نماید.

(ج)

1- مسئول آشپزخانه با همکاری مسئول تغذیه برنامه غذایی ثابت و منظمی را برای آشپزخانه تهیه می کند.

2- مسئول کارپردازی در هنگام خرید، الویت خرید را به محصولات محلی بهداشتی می دهد.

(د)

1- مسئول فضای سبز بیمارستان آبیاری فضای سبز بیمارستان را هنگام صبح و شب انجام داده و از آبیاری در اوج گرما خودداری می نماید.

2- مسئول فضای سبز بیمارستان از آب R/O برای آبیاری فضای سبز بیمارستان استفاده می کند.

(ه) آزمایشگاه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 6	WI-QM-3

1- مسئول بهداشت حرفه ای سیستم تهویه آزمایشگاه نظارت داشته و در صورت نیاز به اقدام اصلاحی در سیستم تهویه آن را پیگیری می کند.

و) کنترل عفونت

- 1- مسئول کنترل عفونت و بهداشت محیط با بررسی شرکت های مجاز و دارای تاییدیه، محلول های ضد عفونی کننده استاندارد را درخواست خرید می دهند و بر خرید و استفاده در بخش های بیمارستانی نظارت می نمایند.
- 2- مسئول کنترل عفونت با برگزاری کارگاه، پرسنل جدیدالورود و ثبت در دفترچه آموزشی پرسنل جدید الورود را آموزش در شیفت های مختلف تشکیل گره و گذاشتن مطالب آموزشی در گروه، انتخاب رابط کنترل عفونت در بخش ها و آموزش مطالب توسط رابط ها و خود سوپروایزر کنترل عفونت پرسنل را در جهت مفاهیم کنترل عفونت آموزش می دهند.

ز) انرژی

- 1- مسئول تاسیسات در هنگام تعویض و خرید لامپ های بخش ها از لامپ های کم مصرف استفاده می نمایند.
- 2- پرسنل هر بخش در هنگام استفاده از تجهیزات، اصول صرفه جویی انرژی ها را رعایت می نمایند.
- 3- به منظور صرفه جویی در انرژی در بیمارستان از شیشه های بازتاب دهنده نور (رفلکس) و عایق گذاری درب ها و پنجره های بیمارستان و همچنین از تجهیزات مجهز به حسگر و ترموستات استفاده می گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	5 از 6	WI-QM-3

ج) کاغذ

1- پرسنل اداری کاغذ های تولیدی خود را تفکیک می نمایند و در سطل مخصوص کاغذ قرار می دهند تا به کارخانه کاغذ سازی بازگشت داده شود.

2- تمامی کارتن های استفاده شده در بخش ها جمع آوری گردیده و به کارخانه کاغذ سازی بازگشت داده می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
رهبری و مدیریت کیفیت	1404/01/17	5	1404/01/28	6 از 6	WI-QM-3

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد مسئول بهداشت محیط  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  مسئول بهبود کیفیت: میرغفاری مهدی روستا مسئول تاسیسات  حبیب صباغ آشپز کوشکی کارپرداز جاری  سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسور ها در زمان حریق یا تخلیه اضطراری

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-CM-1

هدف:

جلوگیری از بروز حادثه در زمان حریق و تخلیه اضطراری به کارکنان و بیماراران

دامنه کاربرد:

کلیه بخش ها و واحد ها

مهارت مسئول:

مهارت پرسنل تاسیسات در زمینه ی تابلوهای برق و اتاق برق آسانسور
مهارت پرسنل تاسیسات در زمینه تعمیرات و رفع نقایص پیش آمده در آسانسور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسور ها در زمان حریق یا تخلیه اضطراری

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-CM-1

روش کار:

- 1- مسئول آسانسور (مسئول تاسیسات) موظف است تمامی فراخوانی های طبقات را کنسل کند.
- 2- مسئول آسانسور (مسئول تاسیسات) موظف است اتاق آسانسور به تراز تخلیه خروج باز نماید و در هیچ تراز طبقه دیگری توقف نکند.
- 3- درب اتاق کابین در تراز تخلیه باز شده تا استفاده کنندگان احتمالی حاضر در اتاق آسانسور از آن خارج شوند.
- 4- مسئول تاسیسات موظف است درب آسانسور را بسته و آسانسور از سرویس دهی عمومی خارج شود.
- 5- پرسنل تاسیسات موظف است با اعلام شرایط اضطراری (کد بحران) پیچ عدم استفاده از آسانسور را 6 بار اطلاع دهد.
- 6- پرسنل موظف هستند تا دستور نهایی فرمانده حادثه مرکز/آتش نشانی از آسانسور به هیچ عنوان استفاده نکنند.
- 7- مسئول تاسیسات موظف به نصب برگه "عدم استفاده از آسانسور در شرایط اضطراری" در کنار آسانسورها می باشد.
- 8- مسئول تاسیسات موظف به گزارشی از مدیریت آسانسورها در طول حریق به کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می باشد.
- 9- می باشد.
- 10- مسئول تاسیسات موظف است کلید اتاق برق آسانسور را تنها در اختیار پرسنل تاسیسات قرار دهد.

استفاده از آسانسور در شرایط کووید :

با توجه به شرایط فعلی در هنگام استفاده از کلیدها حتما ضد عفونی دست انجام شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسورها در زمان حریق یا تخلیه اضطراری

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-CM-1

. منابع : ضوابط طراحی آسانسور در آتش نشانی و فضای امن در طبقات برای ساختمان های بلند مرتبه- سازمان آتش نشانی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
------------	-------------	-------------



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	راحیل ریاحی (دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا) مهدی روستا (مسئول تاسیسات)  سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان  فاطمه حسین پور (مدیر خدمات پرستاری)  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان  فاطمه میرغفاری بهبود کیفیت 
--	--	--



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان: دستورالعمل انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-CM-2

هدف:

ارائه راهکار های لازم جهت رعایت موازین ایمنی و حفظ جان افراد مشغول به کار در انبار و نگهداری مواد و اقلام در انبار.

دامنه کاربرد:

پرسنل انبار، تاسیسات

1. مسئول انبار موظف است با همکاری واحد بهداشت حرفه ای اصول چیدمان بار را به جهت پیشگیری از سقوط بار رعایت کند.
2. مسئول انبار موظف است از قرار دادن بارهای سنگین و نا همگن در ارتفاع و طبقات بالایی اجتناب نماید.
3. مسئول انبار موظف است به جهت پیشگیری از سقوط بار از چیدمان پرتگاهی خودداری نماید.
4. مسئول بهداشت حرفه ای موظف است گزارش بازدید ها و بازرشی ها از انبار ها را به صورت مکتوب جهت رفع نقص به مسئول مربوطه و مدیریت ارائه دهد.
5. مسئول انبار موظف است مواد شیمیایی را مستقل از مواد دیگر و در طبقات پایین انبارش نماید.
6. مسئول انبار موظف است جهت دسترسی به خاموش کننده های دستی از قرار دادن موانع و بار اطراف آنها خودداری نماید.
7. مسئول انبار با همکاری مسئول تاسیسات ملزم به محکم سازی قفسه های بار و ایمنی غیر سازه ای می باشند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-CM-2

روش کار:

8. مسئول آتش نشانی با همکاری سوپروایزر آموزشی و مسئول بهداشت حرفه ای آموزش اطفاء حریق را برای پرسنل انبار در دستور کار قرار می دهد.
9. مسئول برق موظف به ارزیابی و تعمیر کابل و سیم های برق و قرار دادن آنها در داکت می باشند.
10. مسئول انبار در صورت مشاهده شرایط نا ایمن مانند جرقه الکتریکی، لغزندگی و خرابی کف، ملزم به گزارش به واحد بهداشت حرفه ای می باشد.
11. مسئول انبار موظف جعبه کمک های اولیه را در دسترس و از موجودیت مواد کمک های اولیه اطمینان داشته باشد.
- به جهت پیشگیری از حادثه مواد شیمیایی، کلیه پرسنل انبار موظف به توجه و رعایت نکات ایمنی برگه های ایمنی مواد می باشند.
12. استعمال دخانیات و روشن کردن سیستم های گرمایشی به صورت مستقیم در انبار ممنوع می باشد.
13. مسئول انبار مرکزی موظف است در هنگام اتمام فعالیت کاری انبار، کلیه سیستم های برقی و گازی را از منبع مرکزی قطع کند.
14. مسئول انبار موظف است در صورت بحران و در شرایط اضطراری، شماره داخلی 281 را همراه با موضوع کد اعلام نماید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-CM-2

منابع : ضوابط طراحی آسانسور در آتش نشانی و فضای امن در طبقات برای ساختمان های بلند مرتبه- سازمان آتش نشانی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
راحیل ریاحی مسئول کمیته خطر حوادث و بلایا مأنده آذر مهر مسئول بهداشت حرفه ای مرادی مسئول انبار	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	1/6	WI-CM-3

هدف: کسب آمادگی جهت پاسخ گویی مناسب و موثر به هر حادثه و کاهش میزان خسارت و آسیب بیه بیماران ، مراجعین و کارکنان

دامنه کاربرد:

کلیه بخش ها و واحد ها

تعاریف :

الف-آماده باش (Advisory) : خبری است که فرمانده بیمارستان از مراجع بالاتر دریافت کند و بر اساس آن ،احتمال نیاز به فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه و آمادگی پاسخ به یک حادثه را متذکر شود.

ب-هشدار (Alert) : افزایش آمادگی به دلیل نیاز به فعال سازی و پاسخ قطعی یا بسیار محتمل و قریب الوقوع به حادثه انجام شود.

ج-فعال سازی (Activation): فعال سازی سیستم مدیریت حوادث و فوریت های بیمارستانی انجام شود.

پ-HICEسامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی تدوین شود.

مهارت مسئول: کلیه پرسنل و کارکنان بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	2/6	WI-CM-3

روش کار:

1- به محض اطلاع از وقوع حوادث و بلایای داخلی و خارجی و یا احتمال وقوع آنها باید به سرعت به اطلاع مرکز تلفن بیمارستان رسانیده شود .

2- مرکز تلفن بیمارستان باید فهرست افرادی را که قرار است با آنها تماس گرفته شود در دسترس داشته باشد و مداوم آنها را به روز رسانی نماید .

3- مرکز تلفن باید بلافاصله سوپر وایزر و یا اتاق هدایت عملیات بیمارستان را در جریان موضوع قرار دهد و زمینه ارتباط مسئول بیمارستان را با منبع خبر برقرار نماید .

4- مسئول اتاق مدیریت بحران بیمارستان و در نبود سوپر وایزر وقت بیمارستان جهت اطمینان از صحت خبر و تایید آن و همچنین موقعیت دقیق حادثه، ضمن تماس با مرکز هدایت عملیات دانشگاه ، فرمانداری، جمعیت هلال احمر ، نیروی انتظامی ، سازمان آتش نشانی ، فوریت های 115 شهرستان و ستایر نهاد های مسئول و تایید صحت خبر ، اطلاعاتی مانند نام و سازمان فرد تماس گیرنده ، شماره تماس جهت تماس های بعدی ، شرح جزئیات حادثه ، گزارش تقریبی تعداد قربانیان ، زمان تقریبی رسیدن قربانیان حادثه ، شیوه انتقال آنها را تا حد امکان از فرد تماس گیرنده یا سازمان های دیگر در یافت کند.

5- در خصوص حوادث بیمارستانی می توان از مسئولین بخش ها ، مدیر پرستاری ، افراد با تجربه، نگهبانی ، بیماران بستری در بخش ها و همراهان آنها کسب اطلاع نمود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	3/6	WI-CM-3

6- سوپر وایزر یا مسئول اتاق مدیریت بحران باید قبل از فعال کردن برنامه ، شدت و وسعت حادثه را ارزیابی کرده و بر اساس آن، فعالیت های خود را تنظیم نمایند و در نهایت تنها فرمانده حادثه بیمارستان است که باید تصمیم نهایی را بگیرد .

7- زمانی که احتمال وقوع یک حادثه یا فوریت ، داخل و یا خارج از بیمارستان وجود دارد و اطلاعات کافی در دسترس نمی باشد ، مرحله هشدار یا آماده با ایجاد ی شود و در این مرحله باید مدیران به ارزیابی نیاز ها و برنامه ریزی بپردازند .

8- سوپروایزر و مسئول مدیریت بحران باید به طور مرتب با مرکز هدایت عملیات دانشگاه تا تایید نهایی خبر در ارتباط باشند و بیمارستان را جهت مقابله احتمالی (فعال کردن مرکز فرماندهی حادثه بیمارستان ، فرا خوانی کارکنان کلیدی ، تدوین و تقسیم و مرور شرح وظایف و مسئولیت ها ، ارزیابی وضعیت کارکنان و وضعیت تخت ها) آماده نماید.

9- در صورت تایید خبر وقوع حادثه داخلی و یا خارجی و یا متاثر شدن و مختل شدن عملکرد بیمارستان از حادثه رخ داده ، باید فعال سازی برنامه پاسخ صورت گیرد.

10- فعال سازی برنامه پاسخ بر اساس شدت باید در سه سطح صورت پذیرد :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	4/6	WI-CM-3

الف- فعال سازی برنامه در سطح بخش اورژانس، شدت حادثه در سطحی است که با منابع و نیروهای موجود در اورژانس پاسخ داده شود و یا در صورت لزوم از سایر بخش ها نیز کمک گرفته شود.

ب- فعال سازی جزئی برنامه پاسخ، در این سطح منابع موجود در اورژانس برای مقابله با فوریت ایجاد شده کافی نمی باشد و نیاز به امکانات و تجهیزات و نیرو از سایر بخش ها باشد.

ج- فعال سازی کامل، تعداد قربانیان و میزان آسیب به اندازه ای است که به طور چشم گیری در عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته است و نیاز به کمک از تمامی بخش ها، نیروهای انکال و یا حتی سازمان ها و بیمارستان ها ی دیگر دارد.

11- بعد از تعیین سطح شدت حادثه، فرمانده حادثه بیمارستان باید دستور اعلام فعال شدن برنامه پاسخ را از طریق مرکز تلفن و سیستم پیج صادر نماید و کارکنان کلیدی توسط مرکز تلفن، به مرکز عملیات فرا خوانده شوند.

12- مرکز تلفن باید لیست کامل و به روز شده ای از اعضای اصلی و جانشین چارت سازمانی مدیریت بحران بیمارستان داشته باشد تا در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی با آن ها تماس بگیرد و آنها را فراخوان نماید. مرکز تلفن به محض دریافت فرمان فعال سازی برنامه از اتاق مدیریت بحران و یا دفتر سوپروایزی و یا اتاق فرماندهی حادثه (اتاق ریاست بیمارستان) موظف است تا با این افراد تماس بگیرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	5/6	WI-CM-3

13- در صورت نیاز به کمک از سایر ارگان ها، سایر بیمارستان ها باید EOC دانشگاه و سایر سازمان ها ارتباط برقرار نماید و از آن ها درخواست کمک نماید .

متوقف سازی برنامه :

توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان و بر اساس وضعیت بیمارستان و اطلاعات به دست آمده از وضعیت صحنه حادثه اعمال شود :

الف- فرمانده حادثه بیمارستان با مشورت سایر اعضای مرکز هدایت عملیات و هماهنگی با EOC دانشگاه برای توقف برنامه تصمیم می گیرد .

ب- مرکز تلفن پیام توقف برنامه را از مرکز هدایت عملیات بیمارستان می گیرد و آن را با علایم و کدهای هشدار دهنده اعلام نماید .

ج- پس از اتمام عملیات و توقف برنامه کلیه مسئولین و روسای بخش های حاضر در برنامه باید حد اکثر ظرف مدت 72 ساعت گزارش کاملی از عملیات و فعالیت های صورت گرفته ، مشکلات و موانع موجود ، نقاط ضعف و قوت و راه حل های پیشنهادی خود ، به کمیته مدیریت خطر و حوادث ارائه دهند.

د- کمیته مدیریت خطر و بلایا باید نسخه ای از گزارش را برای جمع بندی ، تجزیه و تحلیل و مدیریت کلان حادثه ، به مرکز هدایت عملیات دانشگاه ارسال نماید.

14- در شرایط وضعیت نارنجی تا قرمز بیماری کووید 19 از پرسنل درخواست می شود به صورت تمام وقت آماده باش بوده و در مواقع بحران و در صورت نیاز در دسترس باشند و فراخوان گردند.

15 پرسنل کلیه بخش ها جهت شیفت در بخش کرونا به علت کمبود نیرو به کار گرفته می شوند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	6/6	WI-CM-3

مراجع:

فلوچارت بحران. لیست تلفن تمامی اعضاء و جانشین در فلوچارت در مرکز تلفن . ارسال گزارش به EOC در فراخوان
بحران ، دستورالعمل ابلاغ شده به واحدهای بیمارستان

منابع:

آمادگی بیمارستان در حوادث و بلایا.تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران .چاپ دوم .سال 1392

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
راحیل ریاحی (دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا) سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  فاطمه میرغفاری بهبود کیفیت 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	1/8	WI-CM-4

هدف:

افزایش میزان آمادگی و عکس العمل به موقع بیمارستان در مقابله با حوادث و بلایا
حفظ جان بیماران، همراهان، کارکنان و حفظ تجهیزات بیمارستانی و کاهش میزان آسیب و خسارت ناشی از حوادث

دامنه کاربرد:

کلیه بخش ها و واحد ها

تعاریف:

- تخلیه کامل (complete evacuation): همه بخش ها و بیماران و کارکنان باید بیمارستان را ترک نمایند.
- تخلیه عمودی (verticalevacuation): ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل شوند.
- تخلیه افقی (horizontal evacuation): ساکنین یک طبقه به قسمت های دیگری از همان طبقه منتقل شوند.

مهارت مسئول:

سوپر وایزر_نگهبان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	2/8	WI-CM-4

روش کار:

در صورتیکه شدت حادثه و یا احتمال وقوع آن به قدری باشد که جات بیماران، کارکنان و مراجعین به بیمارستان در معرض خطر و تهدید قرار گیرد ممکن است تخلیه تمام و یا بخشی از بیمارستان ضرورت یابد حوادثی مانند احتمال قریب الوقوع زلزله و یا وقوع پس لرزه ها بعد از زلزله، احتمال وقوع سیل، وقوع آتشسوزی و تخریب قسمتی از ساختمان، آسیب جدی به زیر ساخت ها و شریان های حیاتی بیمارستان مثل قطع برق و آب و گاز از مهمترین علل تخلیه بیمارستان به حساب می آیند لذا گرفتن تصمیم در مورد تخلیه بیمارستان بسیار پیچیده و دشوار است و مسئولیت پاسخگویی سنگینی بر دوش مسئولین اجرایی بیمارستان می گذارد و در این زمینه کسب آمادگی و داشتن یک برنامه تدوین شده و کارآمد و تمرین شده از قبل می تواند به کاهش میزان آسیب و خسارات احتمالی کمک نمایند. لذا این مرکز با توجه به این اصول مهم این دستورالعمل را به صورت ذیل مدون نموده است:

- 1- اندیکاسیون های تخلیه تمام یا بخشی از بیمارستان طبق تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل وقوع زلزله و تخریب بنای ساختمان به نحوی که جان بیماران و کارکنان در معرض خطر قرار گیرد. احتمال وقوع پس لرزه بعد از زلزله، وقوع آتش سوزی گسترده در بخشهای درمانی و احتمال سرایت به سایر قسمت ها، احتمال قوی اقدامات خرابکارانه مانند احتمال حوادث تروریستی و بمب گذاری، احتمال وقوع سیل در طبقات پایین بیمارستان، قطع و آسیب جدی شریانهای حیاتی بیمارستان مانند برق، آب و گاز و قطع سیستمهای جایگزین آنها باشد.
- 2- در صورت بروز حوادثی مانند سیل، تخلیه بصورت عمودی و به طرف طبقات بالا و در صورت بروز آتش یوزی تخلیه بصورت افقی انجام گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	3/8	WI-CM-4

3- اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد معمولاً به صورت تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع ، تخلیه کامل انجام گردد .

4- مکان نقاط امن بیمارستان و محل تجمع ایمن مانند پارکینگ های بیمارستان جنب زایشگاه و جلو درمانگاه تخصصی و محل اورژانس صحرایی باید از قبل با تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا رسیده باشد و با تابلوها و علائم استاندارد مشخص شده باشد .

5- مسیرهای ورودی و نحوه انتقال بیماران و پرسنل به این مکان ها مشخص شده باشد .

6- کلیه مسیرهای خروج اضطراری بخشها با علائم راهنما و تابلوهای شب رنگ مشخص شده باشد .

7- پله های خروج اضطراری همیشه باز و مسیر پله ها مسدود نشده باشد و روشنایی کافی داشته باشند و توسط پرسنل تاسیسات به صورت دوره ای بازدید شوند .

8- فرد نهایی تصمیم گیرنده جهت برنامه تخلیه بیمارستان شخص فرمانده حادثه (رئیس بیمارستان و در نبود وی مدیر بیمارستان و در نبود آنها فردی است که طبق ابلاغ کتبی مدیریت موقت بیمارستان به وی سپرده شده است) باشد .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	4/8	WI-CM-4

9- هنگامیکه تصمیم به تخلیه مرکز درمانی گرفته می شود مرکز تلفن باید در جریان کامل قرار گیرد و مسئول ارتباطات باید از سالم بودن سیستم ارتباطی بیمارستان اطمینان حاصل نماید و با فعال سازی کد تخلیه همه بیماران و کارکنان را مطلع سازد .

10- افزودن بر هماهنگیهای داخل بیمارستانی ،بایستی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و ستاد مدیریت بحران شهری نیز هماهنگی های لازم صورت گیرد .

11- در صورت فعال شدن برنامه تخلیه ، ارشد روابط عمومی و ارشد ایمنی وظیفه اطلاع رسانی به سایر کارکنان بیمارستان بویژه سوپروایزر و مسئولین بخش ها را به عهده دارند .

12- کلیه پرسنل بخش ها بخصوص بخش های ویژه باید در خصوص نحوه تخلیه بیماران آموزش دیده باشند و آگاهی کافی داشته باشند .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	5/8	WI-CM-4

13- کارمندان در صورتی که بیماران در معرض خطر جدی هستند باید سریعاً نسبت به تخلیه و انتقال بیماران اقدام نمایند و منتظر دستور تخلیه نمانند و اگر بیماران در معرض خطر جدی نیستند و فقط page به صدا در آمده است بایستی منتظر دستور تخلیه بمانند.

14- مسئولین بخش ها و واحد ها باید بیماران و پرسنل تحت مسئولیت خود را به نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نمایند. مسیرهای تخلیه باید از ایستگاه پرستاری آغاز شود. بیماران و پرسنلی که به محل خطر نزدیکتر هستند باید زودتر جابجا شوند.

15- حضور و غیاب هر بخش توسط مسئول همان بخش صورت گیرد و در صورت نیاز به کمک جهت تخلیه بخش و انتقال بیماران از نیروهای خدمات و کمک بهیارهای سایر بخش ها درخواست کمک نمایند.

16- یکی از پرسنل یا افراد داوطلب که به مسیرهای خروجی آشناست باید جلوی بیماران حرکت نماید و یک نفر هم پشت سر آخرین بیمار حرکت نماید (بصورت ذنجیره ای) و بیماران و بقیه پرسنل را به محل ایمن انتقال دهید و تا زمان اعلام وضعیت سفید یا دریافت دستور جدید در این محل بمانند.

17- جهت اولویت بندی انتقال بیماران ابتدا بیمارانی که در معرض خطر فوری قرار دارند منتقل شوند. سپس بیمارانی که توانایی حرکت دارند خارج شوند بعد بیمارانی که با صندلی چرخ دار قادر به حرکت هستند و بچه ها و بیماران اتاقهای ایزوله و در آخر بیمارانی که قادر به حرکت نیستند از بخش خارج شوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	6/8	WI-CM-4

18- هنگام تخلیه بخش نیاز به قطع کردن یا خاموش نمودن وسایل و تجهیزات مانند گازهای طبی ، تجهیزات پزشکی و .. بررسی شوند . بعد از تخلیه از بسته بودن درها اطمینان حاصل شود و با علامت ضربدر مشخص شوند .

19- تجهیزات حمل و نقل کافی از قبیل برانکارد ، تخت ، ویلچر ، اسکوپ و لانگ بک بورد در دسترس باشد و در صورت نیاز از سایر بخش ها نیز درخواست شود .

20- مستندات پرونده بیمار ، دارو ها ، لباس ها و وسایل با ارزش بیمار به همراه وی منتقل شوند تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت از بیمار مانند کپسول اکسیژن ، مانیتورهای پرتابل و .. هم در صورت امکان و داشتن زمان به همراه بیمار انتقال داده شوند .

21- مسئولیت انتقال بیماران بیهوش یا بیهوش آمده و بیماران تحت اعمال جراحی در اتاق های عمل به عهده پزشک معالج و پزشک بیهوشی باشد .

22- پرسنل نگهبانی تحت نظر ارشد ایمنی و انتظامات باید نیروهای امدادی را به محل حادثه راهنمایی کنند ، در محل درهای ورودی و خروجی بیمارستان حتما یک نفر جهت کنترل تردد و عبور و مرور و جلوگیری از ترافیک باید باشد با استفاده از وسایل ارتباطی با یکدیگر و یا مسئول ما فوق خود مدام در تماس باشند و از شمارش همه بیماران ، ملاقات کنندگان و پرسنل محل حادثه اطمینان حاصل نمایند و از ورود افراد متفرقه به محل حادثه و تجمع در این محل ممانعت نمایند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	7/8	WI-CM-4

23- مسئول واحد برنامه ریزی وظیفه ارائه آمار سرشماری افراد موجود در بیمارستان به فرمانده حادثه را به عهده دارد و همچنین باید جهت کلیه افراد داوطلب کارت شناسایی تهیه نماید و ورود و خروج آنها را ثبت نماید .

24- نیروهای خدمات وظیفه حمل و نقل تجهیزات مورد نیاز از انبار ها و سایر بخش ها به محل حادثه و همچنین خارج ساختن و انتقال بیماران و قربانیان از اتاق های بستری به مکان های ایمن و یا آمبولانس و پاکسازی معابر و مسیر های خروجی از تجهیزات و موانع احتمالی را به عهده دارند .

25- واحد تغذیه باید پیامد های حادثه بر واحد آشپزخانه و واحد تغذیه را ارزیابی نماید و خدمات تغذیه ای به بیماران و پرسنل ارائه نماید .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خطر حوادث و بلایا	1404/01/17	5	1404/01/28	8/8	WI-CM-4

مراجع:

دستورالعمل داخلی

منابع:

آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا. تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران. ویراست دوم، سال 1392

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
ریاحی (دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا)  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان فاطمه میرغفاری مسئول بهبود کیفیت  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  مهدی روستا (مسئول تاسیسات)	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-HRM-1

هدف: آموزش و توانمند سازی پست های مدیریتی

دامنه کاربرد: مدیریت بیمارستان

مهارت مسئول: انتقال دانش و تجربه

روش کار:

شناسایی افراد دارای استعداد های بالقوه برای تصدی پست های مدیریتی و انتقال دانش ، تجربه و مهارت های مدیران ارشد به آنها امری بسیار حیاتی در راستای توسعه مدیریت به شمار می آید . انتقال دانش و تجربه استاد و شاگرد بستری را فراهم می سازد تا تعامل بین کارکنان مجرب و کم تجربه برقرار گردد و طی فرآیند یادگیری مشاهده ای دانش ، تجربه و اندوخته های حرفه ای و شغل افراد مجرب به افراد کم تجربه انتقال یابد و افراد شایستگی الزم جهت احراز پست مزبور را به دست آورند.

- 1- امور اداری بانک اطلاعاتی استعدادها را که شامل فهرست کردن افراد مستعد بالقوه، نیازمند تدوین حداقل ویژگی های افراد موردنظر و مخاطبان برنامه های جانشینی است. تهیه می کند این مرحله
- 2- امور اداری ارزیابی مقدماتی را براساس معیارهای طراحی شده برای تمام افراد انجام می دهد
- 3- امور اداری مدل شایستگی سازمان را تدوین می کند. اگر این بخش از کار نادرست باشد، افراد براساس معیارهای نامناسبی قضاوت می شوند، طراحی تمرین ها دشوار شده و ارزیاب ها در طبقه بندی و ارزیابی دقیق رفتارها با مشکل مواجه خواهند شد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-HRM-1

4- اجرای ارزیابی توسط ارزیابان، افرادی که در ارزیابی مقدماتی واجد شرایط لازم برای حضور در این مرحله شناخته می‌شوند، در مرکز ارزیابی حضور می‌یابند. مرکز ارزیابی، ترکیبی از ابزارهای متنوع است که در آن، ارزیابانی متعدد، فرد را از ابعاد مختلف و براساس مدل شایستگی‌های سازمان مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

منابع: قوانین بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سید هاشم حسینی رئیس اداره امور عمومی 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 4	WI-HRM-2

هدف: ارتقاء سمت پرسنل

دامنه کاربرد: مدیران میانی و پایه

مهارت مسئول: مدارک تحصیلی

روش کار:

- 1- مدیران سطح میانی: آن دسته از مدیرانی می باشند که وظیفه هماهنگی و ایجاد ارتباط بین سطوح عالی (مقامات) و سرپرستی را برعهده دارند ، مدیران مشمول طرح ارزشیابی مشاغل مدیران و همترازان آنها مدیران سطح میانی محسوب می شوند . (عبارتی مدیران کل / مدیران و معاونین ایشان درزمزه مدیران سطح میانی می باشند .)
- 2- مدیران سطح پایه (عملیاتی یا سرپرستی) : شامل آن دسته از مدیرانی می شوند کهوظیفه اجرای برنامه هاو سیاستهای سازمانی را بر عهده دارند و تحت نظر مدیران سطح میانی قراردارند . (روسای ادارات ، معاونین ادارات وروسای گروه درزمره مدیران سطح پایه قراردارند.)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 4	WI-HRM-2

جدول شماره (۱): شرایط عمومی انتصاب به سمت‌های مدیریتی

شرایط عمومی سطوح مدیریت حرفه‌ای	حداقل تجربه خدمت دولتی مرتبط	تجربه در سمت مدیریتی سطح قبلی	سطح مدیریتی پیش نیاز	نمونه شایستگی‌های عمومی مدیریتی مورد ارزیابی
مدیریت عملیاتی	۳ سال	—	—	مسئولیت‌پذیری، مهارت‌های ارتباطی، آینده‌نگری و تفکر راهبردی، هدف‌گرایی و هدایت عملکرد، نظارت و کنترل
مدیریت پایه	۴ سال	—	—	مسئولیت‌پذیری، تیم و شبکه‌سازی، تفکر تحلیلی و حل مسأله، هدف‌گرایی و هدایت عملکرد، تعهد و تعلق سازمانی
مدیریت میانی	۶ سال	حداقل ۳ سال	مدیریت پایه/عملیاتی	علاوه بر شایستگی سطح قبل: مهارت‌های ارتباطی، نظارت و کنترل، نوجویی و تفکر خلاق
مدیریت ارشد	۱۰ سال	حداقل ۴ سال	مدیریت میانی	علاوه بر شایستگی سطح قبل: آینده‌نگری و تفکر راهبردی، کل‌نگری و نگرش فرآیندی، برنامه‌ریزی و هماهنگی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 4	WI-HRM-2

فرآیند انتخاب و انتصاب

واحد کارگزینی شرایط عمومی و تخصصی، شایستگی های عمومی مدیریتی و شایستگی های تخصصی مدیران را احراز می نماید
واحد حراست صلاحیت اعتقادی و اخلاقی و رفتاری افراد را احراز می نماید
واحد کارگزینی فرم و دیگر مستندات و مدارک مربوط به فرد منتخب را به واحد مهندسی مشاغل ارسال می نماید
واحد مهندسی مشاغل بررسی و تطبیق مستندات با ضوابط مربوط را انجام می دهد
واحد مهندسی مشاغل مجوز برای انتصاب را تأیید می نماید
واحد کارگزینی حکم مربوطه را صادر می کند

فرایند تنزل

واحد کارگزینی فرم ارزیابی عملکرد مدیران را جهت بررسی عملکرد مدیر به رئیس ابلاغ می کند
رئیس مدیران زیر مجموعه را براساس معیارها و شاخصهای معین در پنج طیف عالی، بسیار خوب، خوب، متوسط و ضعیف ارزیابی می نماید. بدین صورت که مدیرانی که دارای رتبه، ارزیابی عملکرد عالی (در ارزیابی سالانه و میانگین عملکرد چهار ساله مدیریت با در نظر گرفتن روند صعودی یا نزولی امتیازات) می باشند می توانند پس از طی کردن دوره های آموزشی لازم برای پستهای مدیریتی بالاتر پیشنهاد گردند و مدیرانی که دارای رتبه ارزیابی عملکرد بسیار خوب و خوب (در ارزیابی عملکرد سالانه و میانگین عملکرد چهار ساله مدیریت با در نظر گرفتن روند صعودی یا نزولی امتیازات) می باشند می توانند پس از اتمام چهار سال و طی کردن دوره های آموزشی لازم در صورت لزوم و با توافق مقام مافوق در پست خود برای یک دوره دیگر ابقا و یا برای تصدی پستهای هماهنگ و همسطح پیشنهاد و منصوب گردند. مدیرانی که حداکثر رتبه ارزیابی عملکرد سالانه آنها متوسط باشد معزول گشته و می توان ایشان را برای پستهای مدیریتی پایین تر پیشنهاد داد.
تبصره 1: در صورت تشخیص عدم توانایی فرد انتخاب شده برای انجام وظایف محوله، مقام مافوق می تواند وی را بدون طی تشریفات فوق الذکر در طول شش ماه نخست انتصاب، تغییر دهد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 4	WI-HRM-2

تبصره 2: کارگزینی موظف است برای بررسی هر گونه پیشنهاد در خصوص انتصاب و یا تغییر مدیران قبل از پایان چهار سال و بعد از شش ماه اقدام نماید.

منابع: قوانین بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سید هاشم حسینی رئیس اداره امور عمومی 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-HRM-3

هدف: افزایش رضایتمندی و ارتقاء ایمنی بیماران.

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل بیمارستان

روش کار:

استفاده از تلفن همراه در حین شیفت کاری دقت و تمرکز لازم را از فرد می گیرد؛ بنابراین باید از عاملی که تمرکز را برهم می زند پرهیز شود.

1- بیمارستان در راستای کنترل عفونت بیمارستانی، ارتقای ایمنی بیماران و تجهیزات پزشکی و همچنین حفظ آرامش بیماران در خصوص استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان، بیماران و همراهان، سیاست های زیر را در نظر گرفته است:

الف) با توجه به خطر انتقال عفونت از طریق تلفن همراه و همچنین تداخل امواج آن با تجهیزات پزشکی الکترونیکی، استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار در اتاق عمل، بخش CCU و دیالیز ممنوع می باشد.

ب) کلیه کارکنان بخش های دیگر مجاز به استفاده از تلفن همراه فقط در اتاق رست و رختکن برای تلفن های ضروری و در حد مکالمه کوتاه می باشد.

ج) کارکنان بخش های اداری با توجه به تماس هایی که از دانشگاه دارند سعی کنند آلارم گوشی آنها پایین باشد و در جلسات حالت سکوت باشد.

د) کارکنان موظف به آگاه نمودن بیماران در خصوص منع استفاده از تلفن همراه بر بالین بیماران، اتاق های دارویی و نزدیک تجهیزات پزشکی الکترونیکی در کلیه بخش ها می باشند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-HRM-3

2- سوپروایزرین، سرپرستاران، مسئولین بخش های درمانی و پاراکلینیکی، مسئول رعایت اجرای این سیاست می باشند.

منابع: قوانین و مقررات بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان  فاطمه میر غفاری مسئول بهبود کیفیت  مریم اسدی مسئول امور مالی عزیزه سعادت حسینی دبیر کمیته اخلاق پزشکی  سید هاشم حسینی رئیس اداره امور عمومی 	عزیزه سعادت حسینی دبیر کمیته اخلاق پزشکی 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ارزشیابی کارکنان در بیمارستان (بیمارستانهای خصوصی و غیر دانشگاهی می توانند از دستورالعمل ارزشیابی عملکرد مدیران و کارکنان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمانهای وابسته و فرمهای مربوطه استفاده نمایند).

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-HRM-4

هدف: ارتقاء سمت و پست پرسنل

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل درمان

مهارت مسئول: شرح وظایف شغلی و انجام امور طبق شرح وظایف

روش کار:

- 1- رابط ارزشیابی سمت و سطح پست پرسنل را بر اساس نوع وظیفه هر فرد در سامانه منابع انسانی (رشد) وارد می کند و اطلاع رسانی در خصوص شروع ارزشیابی را انجام می دهد.
- 2- کارمند وارد سامانه پیکارچه اطلاعات کارمند به آدرس <https://karmand.sums.ac.ir> شده و قبل از انجام هرکاری ابتدا سمت ارزشیابی خود را بررسی و در صورتی که کار فعلی با سمت تعیین شده مغایرت دارد مراتب را به رابط ارزشیابی اطلاع تا اصلاحات لازم صورت پذیرد.
- 3- کارمند می بایست ستونهای شاخص اختصاصی را تکمیل نماید و کلیه مستندات مربوط به بندهایی که نیاز به ارائه مستند دارند مانند تقدیرنامه، مقالات، گواهی های تدریس (به جز آموزش ضمن خدمت، تدریس آموزش ضمن خدمت، طرح اجرایی، پیشنهاد و مستندسازی) در سامانه بارگذاری نموده و بعد از اطمینان از صحت انجام کار، به رابط ارزشیابی ارسال نماید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ارزشیابی کارکنان در بیمارستان (بیمارستانهای خصوصی و غیر دانشگاهی می توانند از دستورالعمل ارزشیابی عملکرد مدیران و کارکنان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمانهای وابسته و فرمهای مربوطه استفاده نمایند).

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-HRM-4

- 4- رابط ارزشیابی نمراتی را که می بایست توسط رئیس بلافاصل داده شود را از ایشان اخذ و در سامانه و در قسمت های تعیین شده ثبت و بعد از اطمینان از تکمیل تمامی بندها و بررسی صحت مدارک ارسالی توسط کارمندان، به رئیس بلافاصل ارجاع می دهد
- 5- رئیس بلافاصل در سامانه مربوط به خود نمرات را بررسی ، در صورت تأیید به کارمند ارجاع می دهد
- 6- کارمند بعد از دریافت پیامکی با این مضمون **(ارزشیابی سالیانه شما جهت تأیید به جنابعالی برگشت داده شده است. حداکثر ظرف مدت سه روز به بخش ارزشیابی سامانه کارمند مراجعه فرمائید)** به سامانه کارمند مراجعه و بر روی تب ارزشیابی کلیک نموده ، در وسط صفحه جمله **(تأیید نتیجه ارزشیابی)** را مشاهده ، سمت چپ گزینه انجام را کلیک نموده تا وارد ارزشیابی گردد
- 7- کارمند بایستی با دقت نمرات ارزشیابی در هر قسمت را مطالعه، پیوست های خود را بررسی و در صورت هرگونه ابهام قبل از تأیید یا عدم تأیید ارزشیابی با واحد کارگزینی مشاوره نماید
- 8- کارمند در صورت تأیید نمره ارزشیابی، گزینه **(اعتراضی به نمره ندارم)** و در صورت اعتراض به نمره ارزشیابی، گزینه **(نسبت به نمره اعتراض دارم)** را انتخاب نموده و گزینه انجام را کلیک و به رابط ارزشیابی ارسال می نماید.
- 9- رابط ارزشیابی کلیه درخواستهایی را که با گزینه اعتراضی به نمره ندارم ارسال گردیده را تأیید و بصورت الکترونیکی بایگانی می نماید و درخواستهایی را که با گزینه نسبت به نمره اعتراض دارم ارسال گردیده را جهت طرح در جلسه رسیدگی به اعتراضات متشکل از مسئولین ذی ربط آماده می نماید
- 10- رابط ارزشیابی بعد از بررسی اعتراضات ، نتایج را در ارزشیابی کارمند ثبت و جهت تأیید به رئیس بلافاصل ارجاع میدهد
- 11- رئیس بلافاصل در سامانه مربوط به خود نمرات را بررسی ، در صورت تأیید به کارمند ارجاع می دهد
- 12- کارمند بعد از دریافت پیامکی با این مضمون **(ارزشیابی سالیانه شما جهت تأیید به جنابعالی برگشت داده شده است. حداکثر ظرف مدت سه روز به بخش ارزشیابی سامانه کارمند مراجعه فرمائید)** به سامانه کارمند مراجعه و بر روی تب ارزشیابی کلیک نموده ، در وسط صفحه جمله **(تأیید نتیجه ارزشیابی)** را مشاهده ، سمت چپ گزینه انجام را کلیک نموده تا وارد ارزشیابی گردد
- 13- کارمند در صورت تأیید نمره ارزشیابی، گزینه **(اعتراضی به نمره ندارم)** را انتخاب و به رابط ارزشیابی ارسال می نماید و در صورت اعتراض به نمره ارزشیابی، گزینه **(نسبت به نمره اعتراض دارم)** را انتخاب نموده و به اداره ارزشیابی دانشگاه ارسال می نماید.
- 14- رابط ارزشیابی کلیه درخواستهایی را که با گزینه اعتراضی به نمره ندارم ارسال گردیده را تأیید و بصورت الکترونیکی بایگانی می نماید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ارزشیابی کارکنان در بیمارستان (بیمارستانهای خصوصی و غیر دانشگاهی می توانند از دستورالعمل ارزشیابی عملکرد مدیران و کارکنان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمانهای وابسته و فرمهای مربوطه استفاده نمایند).

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت منابع انسانی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-HRM-4

15- اداره ارزشیابی دانشگاه درخواستهایی را که با گزینه نسبت به نمره اعتراض دارم ارسال گردیده جهت طرح در جلسه رسیدگی به اعتراضات متشکل از مسئولین ذی ربط آماده نموده، بررسی لازم صورت می پذیرد و نتیجه به کارمند اعلام می گردد

منابع: قوانین بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سید هاشم حسینی رئیس اداره امور عمومی 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ثبت مستندات از قلم افتاده و تصحیح خطاها مستند سازی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن آوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-HIM-1

هدف: ارتقاء حقوق بیماران

دامنه کاربرد: واحدهای فن آوری اطلاعات سلامت، بخشهای بیمارستان

مهارت مسئول: پرسنل بخشها و پزشکان

منابع و مراجع: دستورالعمل مستند سازی پرونده های پزشکی وزارت بهداشت

روش کار:

ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

1- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" توسط پزشکان و پرستاران مشخص گردد.

2- تاریخ و زمان جاری توسط پزشکان و پرستاران ثبت گردد

3- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود توسط پزشکان و پرستاران مشخص شده یا به آن ارجاع گردد

4- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ثبت مستندات از قلم افتاده و تصحیح خطاها مستند سازی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن اوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-HIM-1

ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: "ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبتهای تأخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

1- تاریخ و زمان جاری توسط پزشکان و پرستاران مستند گردد

2- واژه "ضمیمه/ اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن توسط پزشکان و پرستاران اضافه می شود بیان گردد

3- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، توسط پزشکان و پرستاران ثبت گردد

. تصحیح خطاهای مستند سازی:

1- دور موردی که اشتباه ثبت شده توسط پزشکان و پرستاران خط نازکی کشیده شود

2- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی توسط پزشکان و پرستاران ثبت شود

3- علت خطا توسط پزشکان و پرستاران توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح

کننده ثبت شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

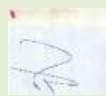
عنوان دستورالعمل: ثبت مستندات از قلم افتاده و تصحیح خطاها مستند سازی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن اوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-HIM-1

تبصره 1- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شده تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره 2- هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد

3- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، توسط پزشکان و پرستاران ثبت گردد

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
ساره رشیدی مسئول مدارک پزشکی 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان
فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری 		
نرجس اسدابادی مدیر بیمارستان 		
فاطمه میرغفاری مسئول بهبود کیفیت 		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ثبت نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده بیمار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن آوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-HIM-2

هدف: پیشگیری از به مخاطره افتادن ایمنی بیمار در استفاده سلیقه ای از حروف اختصاری و برداشت اشتباه از اختصارات و استفاده واحد از اختصارات

دامنه کاربرد: واحدهای فن آوری اطلاعات سلامت، بخشهای بیمارستان

مهارت مسئول: پرسنل بخشها، کادر درمان

منابع و مراجع: دستورالعمل مستند سازی پرونده های پزشکی وزارت بهداشت

روش کار:

- 1- مترون یک نسخه از کتابچه اختصارات پزشکی بیمارستان را تحویل بخش ها و واحد مدیریت اطلاعات سلامت می دهد
- 2- مسئول بخش کتابچه اختصارات بخش را در بخش قرار می دهند
- 3- کلیه پرسنل بخش ها در آزمون آنلاین اختصارات پزشکی تا پایان سال شرکت می کنند.
- 4- کلیه پزشکان و پرسنل درمانی تنها مجاز به استفاده از اختصارات موجود در کتابچه اختصارات در طول سال در بیمارستان می باشد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ثبت نمادها و اختصارات در مستند سازی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن اوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-HIM-2

5- مسئول بخش در صورت نیاز (شروع به کار پزشک جدید در بخش) و استفاده از اختصار جدید لیست اختصارات رابازنگری می کند و در اولین استفاده پرونده متن کامل اختصارات توسط پزشک در پرونده ثبت شود

6- مسئول بخش نتیجه بازنگری را به مترون و واحد مدیریت اطلاعات سلامت در طول سال در بیمارستان اعلام می نماید

7- پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت جهت کد گذاری پرونده از کتابچه اختصارات بیمارستان در طول سال در واحد استفاده می نمایند.

8- منشی در صورت استفاده از اختصارات غیر مجاز در پرونده نتایج حاصل را به مسئول واحد مربوطه در طول سال در بخش ها باز خورد و در صورت امکان اصلاح می نماید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: ثبت نمادها و اختصارات در مستند سازی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
فن اوری اطلاعات سلامت	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-HIM-2

9- پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت در صورت استفاده از اختصارات غیر مجاز در پرونده نتیجه را به مسئول مربوطه در طول سال در بیمارستان باز خورد دهد

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
ساره رشیدی مسئول مدارک پزشکی  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  راضیه طیبی  منشی بخش ها	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نظافت ، شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخشها و واحدها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 5	WI-EH-1

هدف: افزایش ایمنی بیمار و پرسنل و جلوگیری از آلودگی تجهیزات و لوازم بیمارستانی

دامنه کاربرد: واحدهای بهداشت محیط ، خدمات ، کنترل عفونت و بخشهای درمانی

مهارت مسئول: پرسنل خدمات و نظیف کار آموزش دیده

*تعریف:

اصلاحات کاربردی در شستشوی وسایل:

- زدودن آلودگی با آب و ماده شوینده (دترجنت) (Cleaning)
- گندزدایی (Disinfection)
- ضدعفونی (Antisepsis)
- استریلیزاسیون یا سترون سازی ((Sterilization))

پاک کننده (دترجنت) (Cleaning): پاک کردن (Cleaning): یعنی زدودن آلودگی ها یا مواد قابل رؤیت با آب
مواد گندزدا (Disinfectant): به عوامل فیزیکی و یا شیمیایی که برای از بین بردن ، انهدام ، تخریب و کشتن عوامل بیماریزا و عوامل مولد آلودگی و بیماری بر روی اجسام و سطوح بیجان
ضدعفونی کردن یا فساد زدایی (Antisepsis): از بین بردن عوامل بیماریزا یا متوقف ساختن و کاهش دادن عوامل مولد آلودگی از روی سطوح جاندار به کمک مواد ضدعفونی کننده



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نظافت ، شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخشها و واحدها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 5	WI-EH-1

روش کار:

در شرایط عادی:

- ✓ پرسنل خدمات از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
- ✓ پرسنل خدمات آلودگی واضح از روی سطوح و تجهیزات پاک می نمایند .
- ✓ پرسنل خدمات سطوح و تجهیزات توسط دترجنت (شوینده) مناسب شستشو می نمایند .
- ✓ پرسنل خدمات سطوح و تجهیزات توسط ماده گندزدای مناسب ، گندزدایی می نمایند .
- ✓ پرسنل خدمات تجهیزات و لوازم ، توسط پارچه مناسب خشک می نمایند .

دستورالعمل لکه زدایی :

- 1- پرسنل خدمات در صورت وجود لکه آبی رنگ ناشی از مواد حاوی ید از ترکیب اسید الکل (70٪ الکل 70 درجه و 30٪ اسید استیک) استفاده می نمایند
- 2- در صورت وجود خون بر روی سطوح مراحل زیر اجرا گردد :
 - 2-1 - پرسنل خدمات لوازم حفاظت فردی (ماسک ، عینک محافظ ، دستکش و ...) استفاده نمایند .
 - 2-2 - پرسنل خدمات خون و مواد آلوده با حوله یکبار مصرف جمع آوری و پاک نموده. در صورتیکه میزان آلودگی خون بیش از 30cc به همراه شیشه شکسته باشد ابتدا شیشه های شکسته بوسیله پنس و یا فورسپس جمع آوری و داخل سیفتی باکس قرار داده شود و پس از آن حوله یکبار مصرف روی آن پهن نموده تا موضع را



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نظافت ، شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخشها و واحدها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 5	WI-EH-1

کاملاً بیوشاند سپس روی حوله محلول هیپوکلریت سدیم 1٪ (10 cc وایتکس در 99 cc آب) ریخته و حداقل 10 دقیقه صبر نمایید .

2-3- پرسنل خدمات محل مورد نظر را با آب و دترجنت (صابون یا پودر شوینده) شستشو داده.

4-2- پرسنل خدمات محل مورد نظر با محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) 1٪ گندزدایی نمایند.

3- پرسنل خدمات جهت از بین بردن لکه ناشی از آب بر روی سطوح شیشه ای و آینه از اسید استیک استفاده نمایند.

4- پرسنل خدمات باید جهت از بین بردن لکه ناشی از آب بر روی سطوح و شیرآلات استیل از جوهرنمک (اسید هیدروکلریک) یا سرکه (اسید استیک) یا جرم گیر مخصوص سطوح استیل استفاده شود .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نظافت ، شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخشها و واحدها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 5	WI-EH-1

بخش عفونی:

- ✓ پرسنل خدمات قبل از رفتن به بخش عفونی محلول های گندزدا را آماده می کنند
- ✓ پرسنل خدمات از وسایل حفاظت فردی شامل لباس کاورال، دستکش یکبار مصرف، دستکش کار ، ماسک نوری، شیلد و چکمه استفاده می کنند.
- ✓ پرسنل خدمات سطوح کف را با وایتکس 2٪ گندزدایی می نمایند .
- ✓ پرسنل خدمات کلیه سطوح و تجهیزات را با محلول ها سایاسپت HP 1٪ گندزدایی می کنند.

دستورالعمل لکه زدایی :

در صورت وجود خون بر روی سطوح مراحل زیر اجرا گردد :

2-2- پرسنل خدمات خون و مواد آلوده با حوله یکبار مصرف جمع آوری و پاک نموده. در صورتیکه میزان آلودگی خون بیش از 30cc به همراه شیشه شکسته باشد ابتدا شیشه های شکسته بوسیله پنس و یا فورسپس جمع آوری و داخل سیفتی باکس قرار داده شود و پس از آن حوله یکبار مصرف روی آن پهن نموده تا موضع را کاملاً بپوشاند سپس روی حوله محلول هیپوکلریت سدیم 2٪ (400 cc وایتکس در 600 cc آب) ریخته و حداقل 10 دقیقه صبر نمایید .

2-3- پرسنل خدمات محل مورد نظر را با آب و دترجنت (صابون یا پودر شوینده) شستشو داده



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

4-2- پرسنل خدمات محل مورد نظر با محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) 1٪ گندزدایی نمایند.

3- پرسنل خدمات جهت از بین بردن لکه ناشی از آب بر روی سطوح شیشه ای و آینه از اسید استیک استفاده نمایند.

4- پرسنل خدمات جهت از بین بردن لکه ناشی از آب بر روی سطوح و شیرآلات استیل از جوهرنمک (اسید هیدروکلریک) یا سرکه (اسید استیک) یا جرم گیر مخصوص سطوح استیل استفاده می نمایند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نظافت ، شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخشها و واحدها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	5 از 5	WI-EH-1

منابع و امکانات: اسیداستیک (سرکه) - اسید هیدروکلریک (جوهر نمک) - الکل 70 درجه - شوینده - وایتکس - پارچه
تنظیف - پنس - safty box - ماسک نورس - شیلد - دستکش کار - دستکش یکبار مصرف - لباس کاورال - سایسپت
hp

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - بهداشت محیط  علی رنجبر - خدمات  الهام ساریخانی - کنترل عفونت  فاطمه حسین پور - مترون 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: سالم سازی سبزیجات آماده					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-EH-2

هدف: افزایش ایمنی بیمار و پرسنل

دامنه کاربرد: پرسنل آموزش دیده آشپزخانه

مهارت مسئول: کارشناس بهداشت محیط

روش کار:

پرسنل آشپزخانه باید کلیه سبزیجات، جوانه غلات و محصولات سالادی که بصورت خام مصرف می گردد را قبل از مصرف به شیوه ی صحیح و مطابق دستور عمل، سالم سازی نمایند.

دستورالعمل سالم سازی سبزیجات به شرح ذیل می باشد:

—مرحله ی اول، شستشو:

پرسنل آشپزخانه سبزیجات را به خوبی پاک و شستشو دهند تا مواد زائد و گل و لای آن برطرف شود.

—مرحله ی دوم، انکل زدایی:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

پرسنل آشپزخانه سبزیجات در یک ظرف 5 لیتری آب حاوی مایع ظرف شویی (3 تا 5 قطره مایع ظرف شویی به ازای هر لیتر آب) قرار داده و بعد از 5 دقیقه به آرامی سبزیجات از ظرف خارج نموده و با آب شستشو دهند.

عنوان دستورالعمل: سالم سازی سبزیجات آماده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-EH-2

—مرحله ی سوم، گندزدایی:

پرسنل آشپزخانه یک گرم (نصف قاشق چایخوری) پودر پرکلرین (یا یک قاشق مرباخوری آب ژاول 10 درصد یا دو قاشق مرباخوری آب ژاول 5 درصد) در 5 لیتر آب حل کرده و سبزیجات به مدت 5 دقیقه در داخل محلول قرار داده شود.

—مرحله ی چهارم، شستشو با آب:

پرسنل آشپزخانه سبزیجات گندزدایی شده مجدداً با آب سالم شسته تا باقیمانده گلر یا ماده گندزدا از آن جدا گردد.

نکته:

الف: در صورتی که از سایر مواد گندزدای سبزیجات استفاده می گردد باید این مواد دارای پروانه ساخت یا ورود بوده و گندزدایی سبزیجات مطابق دستورالعمل شرکت سازنده انجام گردد.

ب: پرسنل آشپزخانه سبزی و صیفی جاتی که بعد از طبخ مصرف می گردد باید قبل از طبخ به خوبی پاک و شستشو دهند و نیازی به گندزدایی نیست.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

ج: در صورتی که سبزیجات به صورت بسته بندی و گندزدایی شده خریداری و مصرف می گردد باید سبزیجات بسته بندی دارای پروانه ساخت باشند در اینصورت نیاز به سالم سازی سبزیجات نمی باشد.

عنوان دستورالعمل: سالم سازی سبزیجات آماده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-EH-2

منابع و مراجع:

ماده 17 دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی به شماره 18039209

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - بهداشت محیط  حبیب صباغ - مسئول آشپزخانه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-EH-3

هدف: افزایش ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: پرسنل آموزش دیده آشپزخانه

روش کار:

- 1- پرسنل آشپزخانه موظف هستند کلیه مواد غذایی شامل گوشت، مرغ و ماهی را در سردخانه زیر صفر تا دمای 18- درجه سانتی گراد نگهداری کنند.
- 2- پرسنل آشپزخانه بایستی مواد غذایی منجمد را بعد از خارج کردن از سردخانه زیر صفر به مدت حداقل 24 ساعت در یخچال بالای صفر نگهداری نموده و سپس به محیط منتقل نمایند.
- 3- پرسنل آشپزخانه دمای کلیه یخچال ها و سردخانه را در دو نوبت صبح و عصر ثبت نمایند.
- 4- پرسنل آشپزخانه جهت سرو غذا برای بیماران اتاق های ایزوله، واحد های عفونی و بخش های ویژه و اورژانس از ظروف یکبار مصرف سالم، تمیز، عاری از لکه و سوراخ و دارای پروانه ساخت یا پروانه ورود معتبر استفاده نمایند.
- 5- پرسنل آشپزخانه جهت مواد غذایی سرد و گرم از ظروف یکبار مصرف متناسب با نوع پروانه ساخت آن استفاده می نمایند.
- 6- پرسنل آشپزخانه جهت توزیع غذا از تrolley درب دار مخصوص توزیع غذا اقدام می نمایند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

بند 1- مسئول بهداشت محیط به صورت تصادفی دمای غذا را چک نموده و از تامین حداقل دمای مورد نیاز (60 درجه سانتی گراد) تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده برسد اطمینان حاصل می نماید.

عنوان دستورالعمل: نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-EH-3

بند 2- متوسط زمان توزیع غذا در بخش ها 15 دقیقه است که در این مدت زمان حداقل دمای مواد غذایی (60 درجه سانتی گراد) تامین می گردد.

منابع و مراجع:

دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه و توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - بهداشت محیط  حبیب صباغ - مسئول آشپزخانه 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خدمات رختشویخانه	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 5	WI-EH-4

هدف: افزایش ایمنی بیمار و پیشگیری از انتشار عفونت

دامنه کاربرد: واحد رختشویخانه

مهارت مسئول: خدمات عمومی آموزش دیده

روش کار:

در شرایط عادی:

مرحله اول: تفکیک البسه

پرسنل خدمات پس از جمع آوری البسه از بخش، البسه عفونی و غیر عفونی به طور مجزا در ماشین های مخصوص قرار می دهند.

یادآوری: ملحفه و سایر البسه را تکان داده به نحوی که هیچ یک از وسایل آلوده مانند پد، نوار و به همراه البسه وارد ماشین ها نگردد.

مرحله دوم: استفاده از آب خالص

پرسنل لاندری در این مرحله البسه و ملحفه بایستی با آب با دمای مناسب چندین بار شستشو دهند به نحوی که کلیه آلودگی های سطحی نظیر خون از روی البسه و ملحفه ها برطرف گردد. (جهت خونگیری البسه های خونی شستشو با آب سرد دوبار باید انجام شود)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خدمات رختشویخانه	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 5	WI-EH-4

مرحله سوم: استفاده از مواد شوینده

پرسنل لاندري پودر ماشین لباسشویی را در آب حل نموده تا محلول یکنواختی به دست آید سپس آنرا به ماشین لباسشویی که در حال کار کردن می باشد اضافه نمایند به طوری که البسه و ملحفه موجود در ماشین کف آلوده گردد.

(به ازای هر 40 لیتر آب: 250 گرم پودر (یا به ازای هر 10 کیلو ظرفیت ماشین لباسشویی))

مرحله چهارم: استفاده از مواد گندزدا

پرسنل لاندري بایستی به ازای هر 40 لیتر آب: (یا به ازای هر 10 کیلو ظرفیت ماشین لباسشویی) 80 تا 120 سی سی وایتکس را به ماشین لباسشویی اضافه نمایند.

توجه: جهت البسه و ملحفه عفونی مقدار مواد گندزدای مصرفی به ازاء ظرفیت ماشین 2 برابر می گردد.

آبگیری:

پرسنل لاندري پس از شستشو به وسیله همپر مخصوص (همپر خیس) البسه را به دستگاه آبگیر منتقل نمایند پرسنل لاندري پس از 15 دقیقه آبگیری البسه به خشک کن انتقال می دهند.

خشک کن:

پرسنل لاندري بایستی البسه و ملحفه عفونی و غیر عفونی جداگانه در خشک کن ریخته شود.

(دمای دستگاه خشک کن بایستی توسط شیر بخار روی 60 درجه سانتی گراد تنظیم گردد)

زمان لازم برای خشک کردن البسه و ملحفه 30 دقیقه میباشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

ملحفه ها پس از خشک شدن توسط پرسنل لانداری تا میگرد

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خدمات رختشویخانه	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 5	WI-EH-4

پرسنل لانداری پس از 15 دقیقه ابگیری البسه به خشک کن انتقال می دهند.

خشک کن:

پرسنل لانداری بایستی البسه و ملحفه عفونی و غیر عفونی جداگانه در خشک کن ریخته شود.

(دمای دستگاه خشک کن بایستی توسط شیر بخار روی 60 درجه سانتی گراد تنظیم گردد)

زمان لازم برای خشک کردن البسه و ملحفه 30 دقیقه میباشد.

ملحفه ها پس از خشک شدن توسط پرسنل لانداری تا میگرد

* شستشو با آب داغ ، حداقل 25 دقیقه (دمای آب 71 درجه سانتی گرد)

* شستشو با محلول گندزدا (دمای اب 50 - 60 درجه سانتی گراد)

بند 1: کلیه مستندات دمای ماشین های لباسشویی در واحد لانداری ثبت گردد.

بند 2: هر البسه که دوخت و دوز یا تعمیر شود باید مجدد شستشو گردد.

بند 3: کلیه البسه به اتاق عمل و زایشگاه بعد از شست و شو جهت استریل به بخش CSSD منتقل گردد.

بند 4: جهت کلیه بیماران مبتلا به آنتراکس، سیاه زخم، ایدز و تیفوئید از رخت یکبار مصرف استفاده می شود و پس از

استفاده همانند زباله های عفونی مدیریت گردد.

تفکیک و جمع آوری در شستشوی البسه کثیف و البسه عفونی اصلی مهم در کنترل عفونت بیمارستان است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خدمات رختشویخانه	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 5	WI-EH-4

پرسنل خدمات بایستی در بخش‌های بیمارستانی به منظور تفکیک، البسه در همپرهایی به رنگ متفاوت جمع آوری گردند:

کیسه همپر زرد: جهت جمع‌آوری البسه و ملحفه‌های کثیف در بخش‌ها

کیسه همپر قرمز: جهت جمع‌آوری البسه و ملحفه‌های آغشته به خون و ترشحات.

کیسه همپر آبی: جهت انتقال البسه و ملحفه‌های تمیز در بخش‌ها.

- پرسنل رختشویخانه البسه تفکیک شده در بخش‌ها جمع‌آوری و در ماشین‌های لباسشویی مجزا شستشو و ضدعفونی می‌گردد.

- مجزا سازی ماشین لباسشویی جهت شستشوی البسه در رختشویخانه به صورت زیر می‌باشد:

- ویژه پرسنل - ویژه البسه کثیف - ویژه عفونی

البسه بخش عفونی:

✓ پرسنل خدمات شیفت عفونی با رعایت حفاظت فردی (پوشیدن لولزم حفاظت فردی شامل: لباس کاورال،

دستکش یکبار مصرف، دستکش کار، ماسک نوریس، شیل و چکمه) البسه کووید را جمع‌آوری می‌کنند

و در کیسه زباله زرد قرار داده و درب آن را گره می‌زنند.

✓ پرسنل خدمات لاندری با پوشیدن گان، دستکش، شیلد، ماسک، و دستکش کار و دستکش یکبار مصرف

البسه عفونی، همپر را به لاندری منتقل می‌کنند.

✓ پرسنل خدمات البسه عفونی را در ماشین لباسشویی عفونی و با دوبرابر وایتکس قرار می‌دهند

✓ پرسنل خدمات بعد از شستشو، آبگیری و خشک کردن البسه را به بخش عفونی منتقل می‌کنند.

منابع و مراجع: ضوابط بهداشت محیط بیمارستان و مراکز جراحی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت خدمات رختشویخانه	1404/01/17	5	1404/01/28	5 از 5	WI-EH-4

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - بهداشت محیط  علی رنجبر - خدمات عصمت خسروانی فرد - مسئول لاندري 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-EH-5

هدف: کنترل عفونت و جلوگیری از انتشار آلودگی

دامنه کاربرد: واحدهای رختشویخانه، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، خدمات، کنترل عفونت، (مسئول رختشویخانه، پرسنل رختشویخانه، مسئول بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای، مسئول خدمات، سوپروایزر کنترل عفونت)

تعاریف:

- **Decontamination (آلودگی زدایی و نظافت):** آلودگی واضح از روی سطوح و تجهیزات بوسیله آب پاک گردد.
- **Cleaning (شستشوی پایه):** سطوح و تجهیزات توسط آب و دترجنت (شوینده) مناسب شستشو گردد.
- **Disinfectant (گند زدایی):** سطوح و تجهیزات توسط ماده گندزدای مناسب، گندزدایی گردد.

روش کار:

❖ **مراحل شستشو و گندزدایی لباس ها و ملحفه ها:**

- **مرحله اول: استفاده از آب**
پرسنل لاندردی ابتدا البسه و ملحفه کثیف را با آب خالص (بسته به میزان آلودگی) چندین بار شستشو دهید. جهت برطرف کردن لکه خون از آب سرد و برطرف کردن لکه چربی از آب گرم (با دمای 70 درجه سانتی گراد) استفاده شود.
- **مرحله دوم: استفاده از شوینده**
پرسنل لاندردی پودر لباسشویی در آب مخلوط کرده تا محلول یکنواختی بدست آید. سپس آنرا به ماشین لباسشویی که در حال کار کردن می باشد اضافه نمایید بطوریکه البسه موجود در ماشین کف آلود گردد. این کار تا حصول اطمینان از پاک شدن کلیه البسه چندین بار تکرار گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-EH-5

نکته: به ازاء هر 10 کیلو گرم ظرفیت ماشین لباسشویی یا 40 لیتر آب 250 گرم پودر لباسشویی

• مرحله سوم: استفاده از مواد گندزدا:

پرسنل لاندري با ازای هر 10 کیلو گرم ظرفیت ماشین لباسشویی یا 40 لیتر آب، 30 سی سی آب ژاول 5٪ اضافه نمایند .

توجه: جهت ملحفه و البسه عفونی مقدار مواد (در مرحله سوم) 2 برابر میشود.

هر ماشین لباسشویی تقریباً 4 برابر ظرفیت کیلویی خود آب میگیرد.

روش اجرا:

پرسنل رختشویخانه بایستی نکات زیر را جهت کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا رعایت نمایند:

1. پرسنل لاندري بایستی کلیه مواد گندزدا به صورت روزانه تهیه کند و از نگهداری محلول های رقیق شده برای روز بعد خودداری نمایند .
2. پرسنل لاندري حتما در زمان رقیق سازی و استفاده از مواد گندزدا از وسایل حفاظت فردی (ماسک ، دستکش ، پیش بند ، چکمه) استفاده می نمایند.
3. **توجه:** ملحفه های آلوده به خون باید ابتدا با آب سرد و ملحفه های آلوده به لکه چربی ابتدا با آب داغ شستشو شوند، سپس مراحل گندزدایی انجام گردد و پس از پایان شست و شو و گندزدایی با مواد شیمیایی ، لباس ها باید به وسیله بخار آب داغ گندزدایی شوند .
4. کارشناس بهداشت حرفه ای بایستی آموزش لازم در زمینه MSDS مواد گندزدای موجود در رختشویخانه را به پرسنل این واحد ارائه نماید .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت بهداشت محیط	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-EH-5

5. کارشناس بهداشت حرفه ای بایستی پرسنل رختشویخانه را از اقدامات مواجهه با مواد گندزدا مطلع سازد.

6. پرسنل رختشویخانه موظفند ضوابط بهداشتی و ایمنی کار را رعایت نمایند.

7. مسئول لانداری به نحوه استفاده صحیح از مواد شوینده و گندزدا و درجه حرارت آب و زمان شستشو نظارت مستقیم و روزانه نماید.

کارشناس بهداشت محیط بر اساس چک لیست بازرسی از لانداری به صورت دوره ای بازدید بعمل آورد

البسه بخش عفونی:

- پرسنل لانداری می بایست از لوازم حفاظت فردی شامل گان، ماسک، شیلد، چکمه، دستکش یکبار مصرف و دستکش کار استفاده نمایند
- در مرحله استفاده از گندزدا که از ماشین لباسشویی عفونی 20 کیلویی استفاده می شود به میزان دو برابر حالت عادی وایتکس استفاده می شود

منابع و مراجع: استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش پنجم

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - بهداشت محیط	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان
		
آذر مهر - مسئول بهداشت حرفه ای عصمت خسروانی فرد - مسئول لانداری		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

--	--	--	--

عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محل کار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط و رادیولوژی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-EH-6

هدف: ارتقاء ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: بخش رادیولوژی - بخش اورژانس - بخش های بستری - بهداشت حرفه ای

مهارت مسئول: پرسنل آموزش دیده رادیولوژی

منابع و مراجع :

روش کار:

- 1- مسئول بهداشت محیط مطابق چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان بازدیدهای دوره ای را انجام داده و با فرارسیدن زمان دوزیمتری با مسئول فیزیک بهداشت هماهنگی لازم را جهت اجرای دوزیمتری انجام می دهد .
- 2- مسئول بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه بصورت شش ماهه دوزیمتری را انجام می هد .
- 3- کارشناس بهداشت حرفه ای مخاطرات شغلی را شناسایی و آموزشهای لازم را به پرسنل پرتوکار می دهد.
- 4- کارشناس بهداشت حرفه ای وسایل حفاظت فردی مناسب و مورد لزوم را شناسایی و به مسئول بخش اعلام می کند و آموزشهای لازم را در خصوص استفاده از آن به پرسنل می دهد .
- 5- مسئول رادیولوژی اقدامات لازم را در خصوص تهیه وسایل حفاظت فردی و نظارت بر استفاده صحیح از آن را انجام می دهد
- 6- تکنسین پرتوکار موظف است از روپوش سربی و شیلد تیروئید و عینک مخصوص جهت انجام رادیوگرافی های پرتابل استفاده نماید .

-7-



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محل کار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط و رادیولوژی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-EH-6

8- تکنسین پرتوکار موظف است از شیلد ها و روپوش سربی برای بیمار در مواردی که ایجاد مزاحمت در انجام رادیوگرافی نکند استفاده نماید .

9- مسئول فیزیک بهداشت جهت کنترل کیفی دستگاههای پرتو ساز و تعیین میزان پرتوهای پراکنده آن توسط شرکتهای مجاز بصورت سالیانه هماهنگی می نماید .

10- مسئول فیزیک بهداشت نسبت به تهیه فیلم بج اقدام نموده و آموزش لازم را جهت نحوه استفاده به پرسنل می دهند .

11- مسئول فیزیک بهداشت هر دو ماه یکبار فیلم بج را جهت ارزیابی دوز جذبی اشعه به سازمان انرژی اتمی ارسال می نماید .

12- مسئول بخش، اطلاعات دوز جذبی ارسال شده از انرژی اتمی را در پرونده پرسنل ثبت و به پرسنل میزان پرتو گیری را اطلاع می دهد .

13- مسئول فیزیک بهداشت با همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای هماهنگی لازم را جهت آزمایشات دوره ای از پرسنل واحد پرتو نگار (هر شش ماه) انجام می دهد .

مسئول بخش با هماهنگی مدیریت بیمارستان در صورتی که دوز جذبی پرتو گیری پرتوکار بیش از حد مجاز استاندارد باشد اقدامات لازم مطابق با دستورالعمل های مربوط اتخاذ می نمایند .

نکته: در مورد گرافی های پرتابل تمامی وسایل حفاظتی اعم از شیلد سربی شیلد تیروئید و دیوار سربی استفاده شود و حداکثر فاصله لازم از منبع پرتو رعایت شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با سوانح پرنوی محل کار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بهداشت محیط و رادیولوژی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-EH-6

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کوه بر فرد - مسئول بهداشت محیط  سکینه رنجبر مسئول رادیولوژی  فاطمه شریفی مسئول فیزیک بهداشت 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ایمنی گاز های طبی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت تجهیزات پزشکی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-MEM-1

هدف: ارتقا ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل بیمارستان

مهارت مسئول:

گازهای طبی: شامل کلیه گاز های بیهوشی، گاز اکسیژن، دی اکسید کربن و هوای فشرده می باشد.
الزامات دستگاه اکسیژن ساز: خلوص اکسیژن بیمارستانی نباید به کمتر از 90٪ افت پیدا کند لذا لازم است خلوص اکسیژن دستگاه اکسیژن ساز روزانه و در تمام شیفت ها توسط پرسنل تاسیسات ثبت شود.

روش کار:

- 1- پرسنل تاسیسات خلوص کپسول اکسیژن را بایستی بصورت دوره ای بوسیله دستگاه خلوص سنج کنترل نمایند.
- 2- بیمارستان شارژ سیلندر اکسیژن را توسط شرکت هایی که مجوز تولید اکسیژن طبی را داشته باشند انجام می دهد.
- 3- بر روی سیلندر گاز طبی باید اطلاعات زیر خوانا و قابل رویت باشد:

الف) نام گاز پر شده به زبان فارسی

ب) فرمول شیمیایی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ایمنی گاز های طبی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت تجهیزات پزشکی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-MEM-1

ج) نام مرکز درمانی یا موسسه گرفته شده

اطلاعات فوق بایستی با رنگ سفید و در قسمت فوقانی سیلندر و ترجیحا دور از قسمت استوانه ای بدنه نوشته شود.

- 4- هر سیلندر باید دارای رنگی باشد که گاز موجود در آن مشخص می کند.
- 5- پرسنل تاسیسات قبل از تحویل سیلندر از سالم بودن همه قسمت های آن مطمئن می شوند.
- 6- پرسنل تاسیسات کپسول ها را بصورت ایستاده و با ابزار مناسب از قبیل زنجیر و ... در مقابل سقوط مهار می کنند.
- 7- پرسنل تاسیسات درپوش (محافظ) شیر را روی کپسول قرار می دهند.
- 8- پرسنل تاسیسات از قراردادن کپسول ها روی سطح مرطوب به دلیل خوردگی خودداری می نمایند.
- 9- پرسنل تاسیسات وسایل اطفاء حریق را در محل نگهداری کپسول ها قرار می دهند.
- 10- پرسنل تاسیسات سیلندر های پر را در مجاورت سیلندر های خالی قرار نمی هند.
- 11- پرسنل تاسیسات از قرار دادن کپسول ها در مجاورت گرما و زیر نور خورشید خودداری می نمایند.
- 12- پرسنل تاسیسات از آویزان کردن لباس و روپوش بر روی کپسول ها خودداری می نمایند.
- 13- پرسنل تاسیسات از غلطانیدن و کشیدن آن روی زمین خودداری و از تراپر های دستی استفاده می نمایند.
- 14- پرسنل تاسیسات رنگ آمیزی سیلندر های گاز طبی را در بیمارستان انجام نمی دهند.
- 15- شرکت حق تحویل گاز اکسیژن را در سیلندری به جز سیلندر با رنگ سفید را ندارند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل ایمنی گازهای طبی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت تجهیزات پزشکی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-MEM-1

منابع : دستورالعمل های کشوری گازهای طبی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
راحیل ریاحی – بحران محمد صابر میثمی – مسئول تجهیزات پزشکی  مهدی روستا – مسئول تاسیسات  الهام ساریخانی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شناسایی بیمار / بیمار با اختلال هوشیاری / نوزادان / بیمار مجهول الهوية

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-BGC-1

هدف: 1 پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی ناشی از عدم قوت در کلیه مراحل پروسه درمان

(2) افتراق بیماران دارای مشخصات مشابه

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل درمان

روش کار:

- 1- تیم مدیریت اجرایی در کمیته ایمنی، رنگ بندی دستبند های شناسایی را بر اساس کد های مصوب شده ابلاغ می کنند(کد 1: سفید کد 2: زرد کد 3: قرمز).
- 2- پرستار هنگام ارزیابی مقدماتی و گرفتن شرح حال از بیمار/وابستگان کد دستبند شناسایی را مشخص می کند.
- 3- دستبند زرد جهت بیماران پرخطر که شامل موارد زیر میباشد :
بیماران در معرض سقوط با نمره مورس 44 به بالا -بیماران دارای زخم فشاری و یا مستعد زخم فشاری با نمره برادان کمتر از 13-خودکشی -سوئ تغذیه -پلی فارمسی -ترمبوز ورید های عروقی
دستبند قرمز جهت بیماران با حساسیت قرار داده میشود
- 4- پرسنل پذیرش به هنگام تشکیل پرونده دستبند شناسایی را طبق کد مشخص شده به همراه بیمار و یا بیمار میدهد.
- 5- پرستار در بدو ورود در خصوص اهمیت نگهداری، نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی را به بیمار و خانواده آموزش می دهد.
- 6- پرستار دستبند شناسایی را پس از چک مندرجات آن و تطبیق آن با بیمار، آن را به بیمار می بندد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شناسایی بیمار / بیمار با اختلال هوشیاری / نوزادان / بیمار مجهول الهویه

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-BGC-1

- 1-1 پرستار در پروسیجرهای پرخطر از دو شناسه (دستبند/ پرسش از بیمار) استفاده می نماید.
- 1-2 تیم مدیریت اجرایی در کمیته ایمنی در خصوص بیماران روانی، سوختگی، مجهول الهویه، شکستگی هر دو اندام فوقانی و بیماران دیالیز مصوب کرده است که در این بیماران از گردن آویز استفاده و آن را ابلاغ نموده است و پرسنل طبق ابلاغ اجرا می نمایند.
- 1-3 در شناسایی بیماران مجهول الهویه با تعداد بیشتر از یک بیمار از اعداد (مجهول الهویه 1، مجهول الهویه 2 و ...) استفاده می شود.
- 1-4 دو شناسه اصلی بیمارستان نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (روز - ماه - سال) می باشد و در صورت تشابه در دو بیمار بستری از نام پدر به عنوان شناسه سوم استفاده می گردد.
- 1-5 پرستار دستبند شناسایی نوزادان را در دو دست و پای مخالف می بندد (استفاده از دو دستبند شناسایی).
- 1-6 کمیته اخلاق کد 100 را جهت بیماران نیازمند به حفظ حریم شخصی (ایدز، خودکشی و ...) مشخص و ابلاغ نموده است
- 1-7 پرستار در بیماران با معلولیت ذهنی/ کودکان/ غیر قابل تکلم/ سطح هوشیاری پایین با پرسش مشخصات از والدین/ بستگان درجه 1 شناسایی می نماید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شناسایی بیمار / بیمار با اختلال هوشیاری / نوزادان / بیمار مجهول الهویه					
نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-BGC-1

7- در صورت پذیرش بیماران مجهول الهویه و یا اختلال هوشیاری با داشتن علایم عفونی از بیمار تست کووید گرفته میشود و تمامی پروتکل های بهداشتی و ایزولاسیون اجرا میشود

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری محبوبه کریمی مسئول بخش اطفال فاطمه حسینی مسئول سی سی یو کارگر مسئول زایش آرزو کریمی مسئول اورژانس عقیل احمدی مسئول بخش دیالیز الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	دکتر زهرهبرزگر مسئول فنی بیمارستان	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	17/01/1404	1404/01/28	1 از 5	WI-BGC-2

هدف: مراقبت کامل از بیماران قبل و حین و پس از دیالیز

دامنه کاربرد: بخش دیالیز

مهارت مسوول: کارشناس پرستاری مسوول شیفت با حداقل 2 سال سابقه کار و آگاه به روند جابجایی بیمار

روش کار:

الف: قبل از دیالیز

- 1- سرپرستار بخش از کالیبراسیون دستگاه های بخش اطمینان حاصل کند.
- 2- سرپرستار بخش وسایل مورد نیاز جهت انجام دیالیز را درخواست داده و در بخش دیالیز موجود است.
- 3- پزشک دستور دیالیز بیمار را ثبت کند .
- 4- پرستار دستور دیالیز را چک کند.
- 5- پرستار از کارکرد ACCESS صحیح (فیستول وریدی - شریانی یا کاتتر) اطمینان حاصل کند. باز بودن فیستول: باقرار دادن انگشت عبور خون به صورت احساس نبض و لرزش احساس میشود.
باز بودن کاتتر: با استفاده از سرنگ مقداری از خون کاتتر وریدی و شریانی اسپیره شود).
- 6- پرستار از نظر عفونت فیستول و کاتتر را بررسی نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	17/01/1404	1404/01/28	2 از 5	WI-BGC-2

7- پرستار جواب آزمایشات ویروسی بیمار (هپاتیت C و B و ایدز) را چک نماید.

8- پرستار ارزیابی اولیه لازم جهت شروع دیالیز را انجام دهد. (چک علایم حیاتی قبل از دیالیز، وزن بیمار، داشتن بیماری قلبی، بروز مشکل در حین دیالیز)

*بیمارانی که برای اولین بار دیالیز میشوند ساعت دیالیز کمتر از دو ساعت و با دور پمپ اهسته و صافی با UF پایین و حداکثر تخلیه مایع، 2 لیتر.

9- پرستار بیمار را روی تخت قرارداده و روند انجام کار و روش های جایگزینی را برای وی و همراهان توضیح دهد.

10- پرستار روند آماده سازی دستگاه دیالیز را که شامل تست، ست بندی و پرایم دستگاه می باشد را انجام دهد.

11- صافی مناسب جهت انجام دالیز بیمار را انتخاب نماید.

12- پرستار پرستار محل تزریق سوزنهارا ضد عفونی نماید.

13- پرستار دستکش بپوشد.

14- پرستار بعد از اطمینان از دسترسی صحیح عروقی بیمار را به روش صحیح به دستگاه دیالیز وصل نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	17/01/1404	1404/01/28	3 از 5	WI-BGC-2

15-پرستار همپاین مورد نیاز را تزریق نماید .

16-پرستار پمپ خون را بر اساس وزن بیمار (وزن بیمار ضربدر 4) و شرایط خاص وی و دستور پزشک تنظیم نماید.

17-پرستار زمان مناسب دیالیز و مقدار مایعی را که باید پذیرد از بیمار تخلیه شود روی مانیتور دستگاه دیالیز ثبت نماید.

حین دیالیز:

18-پرستار حین دیالیز حداقل ساعتی یک بار و برای بیماران اورژانسی هر 15 دقیقه یک بار فشار خون بیمار را چک نماید.

19-ویزیت متخصص داخلی در بخش دیالیز انجام شود.

20-آزمایشات دوره های دیالیز انجام گردد.

21-مشاوره تغذیه جهت بیماران دیالیز در بخش انجام گیرد.

22-بیمار مستعد افت فشار خون از خوردن غذا حین دیالیز منع گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	17/01/1404	1404/01/28	4 از 5	WI-BGC-2

23- در صورت نیاز به دارو، تزریق خون حین دیالیز پرستار اقدامات لازم را انجام دهد.

24- عوارض حین دیالیز (کاهش فشار خون، استفراغ، سرگیجه و گرفتگی عضلات بررسی و درمانهای لازم انجام شود.

ج: بعد از دیالیز:

25- پرستار قبل از جدا نمودن بیمار از دستگاه دیالیز فشار خون بیمار را چک نماید.

26- پرستار جهت جدانمودن بیمار از دستگاه از دستکش و ماسک و عینک محافظ استفاده کند.

27- پرستار تمام خونهای موجود در ست وریدی و شریانی و صافی را به بیمار برگرداند.

28- پرستار روی فیستول و یا کاتتر پانسمان استریل قرار دهد.

29- داروهای مورد نیاز بیمار تزریق و مصرف گردد. (اپرکس، داروهای ضد فشار خون)

30- آموزشات لازم مراقبت از کاتتر و فیستول به بیمار داده شود .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل:

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	17/01/1404	1404/01/28	5 از 5	WI-BGC-2

منابع: قوانین بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
عقیل احمدی - مسوول بخش دیالیز 	فاطمه حسین پور - مدیر خدمات پرستاری 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان خط مشی: رعایت الزامات ایمنی بیماران در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 3	WI-BGC-3

هدف: ارتقا ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: بخش های بستری و اتاق عمل

تعاریف: منظور از رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی رعایت کلیه موارد کنترل عفونت و ایمنی بیمار در هنگام انجام اقدام تهاجمی برای بیمار خارج از اتاق عمل می باشد

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده

مهارت مسئول : فرد انجام دهنده دستوالعمل پزشک جراح میباشد

روش اجرا:

الف: گذاشتن چست نیوب

- 1- پزشک بیمار را ویزیت کرده و انجام اقدام تهاجمی را در برگ دستور ثبت می نماید
- 2- پزشک بیمار هماهنگی های لازم با پزشک متخصص حاضر در بیمارستان را جهت انجام پروسیجر انجام می دهد.
- 3- پرستار وسایل و سایل مورد نیاز پزشک را آماده می نماید .
- 4- پزشک به کمک پرستار و با رعایت کلیه نکات اسپتیک پروسیجر را انجام می دهد .
- 5- پرستار مسوول بیمار کلیه اقدامات لازم بعدی جهت بیمار را پیگیری می نماید .

عنوان خط مشی: رعایت الزامات ایمنی بیماران در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 3	WI-BGC-3

6- پزشک بیمار را تعیین تکلیف کرده و به بخش و یا در صورت نیاز به بیمارستان مجهزتر اعزام می نماید

ب: تراکئوستومی

- 1- پزشک بیمار را ویزیت کرده و انجام اقدام تهاجمی رادر برگ دستور ثبت می نماید
- 2- پزشک بیمار هماهنگی های لازم با پزشک متخصص حاضر در بیمارستان را جهت انجام پروسیجر انجام می دهد.
- 3- پرستار وسایل و سایل مورد نیاز پزشک را آماده می نماید .
- 4- پزشک به کمک پرستار و با رعایت کلیه نکات اسپتیک پروسیجر را انجام می دهد .
- 5- پرستار مسوول بیمار کلیه اقدامات لازم بعدی جهت بیمار را پیگیری می نماید .
- 6- پزشک بیمار را تعیین تکلیف کرده و به بخش و یا در صورت نیاز به بیمارستان مجهزتر اعزام می نماید

ج: LP

- 1- پزشک بیمار را ویزیت کرده و انجام اقدام تهاجمی رادر برگ دستور ثبت می نماید
- 2- پزشک بیمار هماهنگی های لازم با پزشک متخصص حاضر در بیمارستان را جهت انجام پروسیجر انجام می دهد.
- 3-

عنوان خط مشی: رعایت الزامات ایمنی بیماران در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 3	WI-BGC-3

3- پرستار وسایل مورد نیاز پزشک را آماده می نماید .

4- پزشک به کمک پرستار و با رعایت کلیه نکات استپیک پروسیجر را انجام می دهد .

5- پرستار مسوول بیمار کلیه اقدامات لازم بعدی جهت بیمار را پیگیری می نماید .

6- پزشک بیمار را تعیین تکلیف کرده و به بخش و یا در صورت نیاز به بیمارستان مجهزتر اعزام می نماید

منابع و مراجع:

تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده
آرزو کریمی مسئول اورژانس خانم سکینه ساریخانی مسئول اتاق عمل الهام ساریخانی کارشناس کنترل عفونت	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی بی بیمارمان در بخش های بالینی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 4	WI-BGC-4

هدف: توانمند سازی افراد به منظور مشارکت موثر در حفظ و بهبود وضعیت سلامت خود.

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی

روش کار:

- 3- بیمارستان کلیه آیتم های آموزشی که باید به بیمار ارائه شود را تنظیم و به بخش ها ابلاغ می نماید.
- 4- پرستار بخش در هر شیفت آموزش های لازم (بدو ورود، حین بستری، بعد از ترخیص) مورد نیاز بیمار را به صورت چهره به چهره یا ویدیویی، انفرادی یا گروهی به بیمار ارائه می کند. آموزشات بدو ورود شامل : معرفی پرستار شیفت، معرفی مسئول بخش، معرفی پزشک معالج، معرفی بخش و وسایل و موارد مورد نیاز بیمار (دستشویی، یخچال بیمارمان، تلویزیون و ...) ساعت توزیع غذا، ساعت ملاقات، مقررات بخش، روند و سیر بیماری، ایمنی بیمار (نرده کنار تخت، زنگ اخبار)، تفکیک زباله ها، دسترسی به ملزومات اقامه نماز، منشور اخلاقی بیمار، فرایند رسیدگی به شکایات و دستبند شناسایی
- 5- مدیر پرستاری حداقل های آموزش به بیمار را ابلاغ نموده و پرسنل از آن آگاهی دارند.
- 6- کارگروه آموزشی (سرپرستار بخش، سوپروایزر، مسئول آموزش به بیمار) به بیمار هر بخش تعیین شده و روند آموزش و ارزیابی خود مراقبتی بیمار در زمان بستری بیمار توسط مسئول آموزش بیمار صورت می گیرد.

آموزشات حین بستری:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی بی بیماران در بخش های بالینی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 4	WI-BGC-4

- پرستار به بیماری که استراحت مطلق در تخت است آموزش های لازم در خصوص تغییر وضعیت و جلوگیری از بروز زخم فشاری را می دهد.
- پرستار به بیمار آموزش بالا بودن نرده کنار تخت را جهت جلوگیری از سقوط از تخت را ارائه می دهد.
- پرستار/ پزشک در صورت داشتن رژیم غذایی خاص، آموزشات لازم به بیمار ارائه می گردد.
- پرستار و پزشک به بیمار آموزشات لازم در خصوص طول بستری، سیر بیماری را ارائه می دهد.
- پرستار و پزشک آموزشات لازم در خصوص دارو های مصرفی، عوارض و نحوه مصرف آن در طول بستری را ارائه می دهد.
- پرستار/ پزشک آموزش فردی از جمله شست و شوی دست ها، مسواک زدن، حمام کردن و استفاده از هندراب به بیمار داده می شود.
- پرستار/ پزشک آموزش در مورد وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، عصا، واکر و ... داده می شود.

آموزشات زمان ترخیص:

- پرستار/پزشک آموزش در مورد مراقبت هایی خاص (استومی، فولی، هموروگ، NGT و سایر اتصالات) را به بیمار می دهند.
- پرستار/ پزشک آموزش در مورد پیگیری نتایج آزمایشات معوقه را می دهند.
- پرستار/ پزشک آموزش در مورد دوزدارو ها و زمان مصرف و میزان و عوارض جانبی و موارد منع مصرف را می دهند.
- پرستار/ پزشک آموزش در مورد زمان مراجعه بعدی به پزشک را می دهند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی بی بیماران در بخش های بالینی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 4	WI-BGC-4

- پرستار/ پزشک در صورت داشتن بخیه و پانسمان آموزشات لازم در خصوص زمان کشیدن بخیه و تعویض پانسمان را می دهند.
- پرستار/ پزشک آموزش در مورد نوع فعالیت و کارهایی که قادر به انجام آن است از جمله رانندگی، بالا رفتن از پله، بلند کردن اشیاء، ورزش پیاده روی، مسافرت، حمام و ... داده شود.
- پرستار/ پزشک در صورت محدودیت رژیم غذایی، آموزش کامل را می دهند.
- پرستار/ پزشک آموزش نحوه مصرف دارو ها(قبل یا بعد از غذا، با شکم خالی یا پر) را می دهند.
- پرستار/ پزشک پیگیری و انجام مشاوره های بعد از ترخیص به بیمار آموزش داده می شود.
- پرستار/ پزشک هنگام ترخیص آموزش های لازم را در برگه ترخیص به صورت کامل و دقیق ثبت می نمایند.
- پرستار/ پزشک ترجیحا علاوه بر بیمار به یکی از اعضای خانواده بیمار نیز آموزش ها را میدهند.
- 7- پزشک/ پرستار آموزشات را در هر شیفت به بیمار ارائه می نمایند.
- 8- در تمامی بخشها آموزش به بیمار باید انجام گیرد.
- 9- پمفلت های آموزشی در کنار آموزش به بیمار داده می شود.
- 10- سرپرستار بخش پمفلت های آموزشی مورد نیاز بخش و بیماری های شایع را با هماهنگی مسئول آموزشی بخش و سوپروایزر آموزشی تهیه و در اختیار بیماران قرار می دهد.
- 11- پرستار جهت اثر بخشی آموزش، آموزش ها را در موقعیت های مناسب با اختصاص زمان کافی، در محیطی عاری از هرگونه سر و صدا و موانع ارتباطی از جمله درد، ترس و ... با جملات شفاف و قابل فهم بدون استفاده از واژه های تخصصی با سخنانی شیوا و کلامی دلنشین و شیرین و همچنین با پایبندی به محتوای علمی آموزش به بیمار ارائه می نماید.
- 12- سوپروایزرین بالینی و مدیر خدمات پرستاری اثر بخشی آموزش و خود مراقبتی در شیفت ها را چک و هر سه ماه بازخورد به مسئولین بخش ها داده می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی بی بیماران در بخش های بالینی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی و بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 4	WI-BGC-4

11-پرستار به بیماران بخش کووید آموزش های لازم در خصوص رعایت پروتکل های بهداشتی ،استفاده از ماسک ،عدم ملاقاتی با دیگران ،شست و شوی دست ها و قرنطینه بودن را آموزش میدهد

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی محبوبه کریمی مسئول بخش اطفال فاطمه حسینی مسئول سی سی یو کارگر مسئول زایش آرزو کریمی مسئول اورژانس عقیل احمدی مسئول بخش دیالیز	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج تست های معوقه تست های پاراکلینیک

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 4	WI-BGC-5

هدف: اطلاع رسانی جواب آزمایشات به پزشک و بیماران بعد از ترخیص بیمار جهت پیگیری درمان در راستاری رسیدن به ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار و تکمیل روند درمان بیمار

دامنه کاربرد: کلیه واحدهای درمانی و پاراکلینیکی

پیگیری جواب آزمایشاتی که نتایج آن زمانی آماده می شود که بیمار ترخیص شده است.

روش کار:

- 1- تیم مدیریت اجرایی بر اساس سیاست های ایمنی بیمار دفتری در بخش های درمانی و پاراکلینیکی (آزمایشگاه، رادیولوژی) تهیه کرده تا لیست بیماران و نوع آزمایش هایی که زمان ترخیص جواب تست های آنها آماده نیست در آن ثبت می گردد.
- 2- مسئول بخش از روی دفتر پیگیری نتایج تست های معوقه را عهده دار می گردد.
- 3- پزشک/ پرستار در صورتیکه بیمار به هر علتی قبل از آماده شدن نتایج آزمایشات و تست های پاراکلینیکی مرخص می شوند به وی توضیح می دهند که پس از دریافت نتایج جهت ادامه درمان به وی مراجعه نماید.
- 4- پزشک/ پرستار به بیمار و همراهان در خصوص پیگیری جواب تست های معوقه آموزش می دهند.
- 5- پرستار در صورت ترخیص بیمار اطلاعات دقیق بیمار از جمله نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، آدرس و شماره تلفن وی در دفتر ثبت می شود و پس از آماده شدن جواب تست ها به وی اطلاع می دهند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج تست های معوقه تست های پاراکلینیک

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 4	WI-BGC-5

- 6- پرسنل پذیرش از ابتدای بستری بیمار و تشکیل پرونده، اطلاعات کامل و شماره تلفن را در سامانه ثبت می نماید تا در صورت فرار بیماران از بیمارستان از طریق آدرس ثبت شده، پیگیری جواب آزمایشات انجام گردد. همچنین این عمل در خصوص بیماران با ترخیص با میل شخصی، معلولیت جسمی و روانی صادق می باشد.
- 7- پرسنل بخش های پاراکلینیک (آزمایشگاه، رادیولوژی) جواب تست های معوقه را به تفکیک مقادیر بحرانی، غیر بحرانی، نرمال دسته د بندی می نمایند.
- 8- آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد با بیمارستان بلافاصله در صورت حصول نتایج بحرانی در آزمایشات پاتولوژی در اسرع وقت و بصورت تلفنی و فکس به آزمایشگاه اعلام می دارد.
- 9- پزشک معالج بیمار در صورت عدم توانایی در تفسیر جواب CT با CD، سوپروایزر گزارش CT را از بیمارستان مرجع پیگیری و به اطلاع پزشک می رساند. در صورتی که پزشک توانایی در تفسیر را داشته باشد رابط بیمه جهت تکمیل پرونده گزارش را پیگیری و ضمیمه پرونده می نماید.
- 10- پرسنل اتاق عمل هنگام ارسال نمونه پاتولوژی به آزمایشگاه علاوه بر ثبت درخواست در سیستم HIS فرم شماره یک، پاتولوژی ر بطور کامل و خوانا در دو نسخه پر کرده و به همراه نمونه توسط رابط بخش به آزمایشگاه ارسال می نمایند.
- 11- منشی پذیرش در آزمایشگاه پس از تحویل و بررسی و تطابق کامل و دقیق فرم درخواست با نمونه در قسمت پاتولوژی سیستم HIS درخواست ارسالی از بخش را ثبت نموده و دفتر تحویل نمونه بخش را با ذکر نام و نام خانوادگی امضا می نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج تست های معوقه تست های پارا کلینیک

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 4	WI-BGC-5

12- بعد از ثبت کامل اطلاعات بیمار در دفتر مخصوص پاتولوژی نمونه جهت ارسال به آزمایشگاه مقصد بطور استاندارد بسته بندی و ارسال می گردد.

13- مسئول بخش و مسئول آزمایشگاه بعد از آماده شدن جواب تست ها با بیمار از طریق شماره تلفن ثبت شده در دفتر مخصوص نمونه های معوقه و دفتر پاتولوژی جهت تحویل جواب، تماس گرفته می شود و در صورت مراجعه بیمار یا همراه وی کپی جواب به آنها تحویل داده میشود و در دفتر مربوطه با ذکر تاریخ تحویل ثبت می گردد و یک نسخه

از جواب ضمیمه پرونده میشود (توسط منشی پذیرش آزمایشگاه به واحد مدارک پزشکی تحویل داده می شود). در ضمن جواب های پاتولوژی ارسالی از آزمایشگاه مقصد در سه نسخه کپی گرفته می شود که نسخه اصلی در پرونده بیمار درج می گردد و یک نسخه جهت تحویل بی بیمار و نسخه دیگر جهت بایگانی در آزمایشگاه تهیه می شود.

14- پرستار ترخیص کننده در فرم طرح ترخیص زمان آماده شدن جواب آزمایش و همچنین پیگیری جواب را به بیمار و همراه هان وی آموزش می دهند.

15- مسئول آزمایشگاه و مسئول بخش در صورت عدم جواب دهی بعد از سه بار تماس، جواب آزمایش / پاتولوژی را به آدرس ثبت شده توسط راننده بیمارستان می فرستد و در صورتی که راننده نیز موفق به رساندن جواب آزمایش و پاتولوژی نگردید، پس از صورت جلسه جواب آزمایش / پاتولوژی روی پرونده بیمار بایگانی می گردد.

17 پرستاران در خصوص بیماران مشکوک به کووید تا جواب تست PCR به عنوان بیمار مثبت تلقی میکند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج تست های معوقه تست های پارا کلینیک

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های عمومی بالینی	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 4	WI-BGC-5

18 پرسنل آزمایشگاه جواب آزمایش را به بیمار/ولی یا نماینده قانونی/ قیم بیمار با رانه کارت شناسایی تحویل می دهند.

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی محبوبه کریمی مسئول بخش اطفال فاطمه حسینی مسئول سی سی یو کارگر مسئول زایش آرزو کریمی مسئول اورژانس عقیل احمدی مسئول بخش دیالیز سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انتقال بیماران حاد از سایر بخش ها به بخش ویژه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های حاد و اورژانس	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-CC-1

هدف: انتقال بیماران حاد از سایر بخش ها به بخش ویژه

دامنه کاربرد: بخش های بستری و اورژانس

روش کار:

- 1- پرستار دستور پزشک را مبنی بر انتقال بیمار حاد به بخش ویژه چک می کند.
- 2- پرستار اینچارج بخش مبدا شرح حال و وضعیت بالینی بیمار را بررسی و به اینچارج بخش ویژه بصورت تلفنی گزارش می دهد.
- 3- پرستار اینچارج بخش ویژه جهت پذیرش بیمار اعلام آمادگی می نماید.
- 4- پرستار آموزش دیده، بیمار را در فواصل منظم مورد ارزیابی قرار می دهد.
- 5- پرستار با توجه به ارزیابی انجام شده تجهیزات پزشکی (D/C شوک، مانیتور پرتابل، پالس اکسی متری، ونتیلاتور، برانکارد مجهز به اکسیژن و ... را آماده و تجهیزات لازم را به بیمار متصل می کند.
- 6- پرستار بیمار را به همراه پرسنل خدمات و در صورت نیاز سایر پرسنل درمان به صورت ایمن به برانکارد آماده شده منتقل می نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

7- پرستار به همراه پرسنل خدمات و با امکانات از قبل آماده شده با مانیتورینگ، بیمار را به بخش ویژه منتقل و به بخش ویژه تحویل می دهد.

عنوان دستورالعمل: انتقال بیماران حاد از سایر بخش ها به بخش ویژه

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های حاد و اورژانس	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-CC-1

8- پرستار آموزش دیده مبدا در صورت عدم پذیرش بخش ویژه مراقبت های استاندارد را تا پذیرش بیمار توسط بخش ویژه به عمل می آورد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

تأیید کننده	ابلاغ کننده	تهیه کننده
فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی   محبوبه کریمی مسئول بخش اطفال  فاطمه حسینی مسئول سی سی یو  کارگر مسئول زایش  آرزو کریمی مسئول اورژانس عقیل احمدی مسئول بخش دیالیز  سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 6	WI-SAC-1

هدف: افزایش ایمنی بیمار

دامنه کاربرد: بخش درمان

روش کار:

طبق جدول اولویت بندی شده ذیل نحوه تریاژ و پذیرش بیماران به شرح ذیل است .

- 1- مسئول بخش اتاق عمل لیست اسکجول تهیه شده از روز قبل را بررسی کرده و با هماهنگی بخش مربوطه (جراحی، اورژانس و زایشگاه) بیماران دیابت، اطفال و مادران پر خطر و افراد مسن را درابتدای اسکجول قرار میدهد
- 2- طبق اولویت بندی و تریاژ بیماران اسکجول به صورت دستی نوشته میشود و طبق آن بیمار از بخش تحویل گرفته میشود
- 3- بیماران اورژانسی شناسایی شده، در اسکجول، بدون اتلاف وقت و تهدید حیات بیمار از بخش تحویل گرفته میشود
- 4- بیماران عفونی در انتهای لیست قرار میگیرند مگر بیماران عفونی اورژانسی که این افراد بدون تعلل از بخش گرفته میشود و پس از اتمام عمل جراحی و ضد عفونی و اشعه گذاری اتاق عمل استفاده شده به مدت 6 ساعت بلوک میشود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 6	WI-SAC-1

شناسایی	طبقه بندی	اولویت بندی
بخش اورژانس زایشگاه	اورژانس	قراردادن یک نفر پرسنل اتاق عمل و یک نفر پرسنل بیهوشی در شیفت جهت کاور نمودن بیماران بدون اتلاف هر گونه وقتی و خالی گذاشتن یکی از اتاق عمل ها جهت اعمال جراحی اورژانس
جراحی_ اورژانس ژایشگاه	پر خطر	مادران باردار با ویلچر تحویل گردند اطفال و افراد مسن و دیابتی در اسکچول اولویت دارند و اول شیفت مورد عمل جراحی قرار میگیرند
جراحی - اورژانس	عفونی	به علت عفونی بودن بیماران این اعمال به اخر شیفت موکول میگردد به طوریکه پس از انها اتاق عمل ها گندزدایی و اشعه گذاری میشوند
جراحی - اورژانس	عفونی اورژانسی	به صورت اورژانسی و بدون اتلاف وقت عمل میبشود. تردد اتاق به حداقل میرسد. رعایت اصول اسپتیک انجام میگردد. تخت و وسایل اتاق ضد عفونی میشوند و اشعه گذاری صورت میگردد. درب اتاق بسته شده حسب زده میشود و علامت هشدار اشعه زده میشود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 6	WI-SAC-1

الف بیماران الکتیو :

- 1_ لیست بیماران اسکچول از روز قبل مشخص و تحویل اتاق عمل و بخش جراحی گردیده است .
 - 2_ پزشک متخصص و بیهوشی و پرسنل اتاق عمل در اتاق عمل حضور پیدا می کنند .
 - 3_ بر اساس اولویت بیماران و نظر پزشک اعمال جراحی مشخص می شود .
 - 4- اولویت بندی بیماران جهت پذیرش در اتاق عمل
- اینچارج بخش در لیست اسکچول ، بیماران پر خطر (دیابتی ، کودکان ، افراد سالمند) را به نحوی پذیرش میکند که ابتدای شیفت و بدون اتلاف وقت تحت عمل جراحی قرار گیرند
- 5- اینچارج اتاق عمل جهت تحویل بیمار با بخش جراحی تماس می گیرد .
 - 6- پرستار مسوول بیمار با توجه به وضعیت بیمار ، بیمار را با ویلچر یا برانکارد به اتاق عمل منتقل می کند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

**عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران
رخ ندهد**

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 6	WI-SAC-1

7- پرستار مسوول بیمار در اتاق عمل بیمار و پرونده بیمار را به صورت کامل و دقیق از پرستار بخش جراحی تحویل می گیرد .

8- پرستار اتاق عمل بیمار را از نظر کلیه قوانین و مقررات و استانداردهای مربوط به عمل جراحی چک و پرونده بیمار را از نظر کامل بودن رضایت نامه و برگه آمادگی قبل از عمل و سایر موارد بررسی می نماید .

پرستار و تیم جراحی خود را به بیمار معرفی کرده در صورت داشتن پرسش به سوالات بیمار پاسخ می دهد و آموزش های لازم را به بیمار می دهد .

ب : بیمار اورژانسی

—مسئول اتاق عمل جهت جلوگیری از هرگونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیمار ، یک پرسنل بیهوشی و یک پرسنل اتاق عمل به صورت تمام وقت در اتاق عمل حضور دارند

- 1- پرستار بخش گزارش بیمار و عمل اورژانسی را به اینچارج اتاق عمل می دهد
- 2- پزشک متخصص و بیهوشی و پرسنل اتاق عمل در اتاق عمل حضور پیدا می کنند .
- 3- پرستار مسوول بیمار با توجه به وضعیت بیمار، بیمار را با ویلچر یا برانکارد به اتاق عمل منتقل می کند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	5 از 6	WI-SAC-1

4- پرستار مسوول بیمار در اتاق عمل بیمار و پرونده بیمار را به صورت کامل و دقیق از پرستار بخش جراحی یا اورژانس تحویل می گیرد.

5- پرستار اتاق عمل بیمار را از نظر کلیه قوانین و مقررات و استانداردهای مربوط به عمل جراحی چک و پرونده بیمار را از نظر کامل بودن رضایت نامه و برگه امدادگی قبل از عمل و سایر موارد بررسی می نماید.

6- پرستار و تیم جراحی خود را به بیمار معرفی کرده در صورت داشتن پرسش به سوالات بیمار پاسخ می دهد و آموزش های لازم را به بیمار می دهد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: برنامه ریزی عمل جراحی به نحوی که هیچ گونه تاخیر / تعلل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت بیهوشی و جراحی	1404/01/17	5	1404/01/28	6 از 6	WI-SAC-1

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
فاطمه حسین پور مترون  ساریخانی مسئول اتاق عمل  الهی نژاد مسئول بخش داخلی و جراحی	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: بیماران مبتلا به عفونت مسری نیازمند اعمال جراحی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های جراحی و بیهوشی	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-SAC-2

هدف: کاهش بار عفونت بیمارستانی و انتقال عفونت از بیمار به پرسنل و یا بیمار دیگر

دامنه کاربرد: بخش اتاق عمل و جراحی

روش کار:

- 1- در اتاق عمل، کمد وسایل حفاظت فردی (BSI) شامل گان، کاور، انواع ماسک، عینک و کلاه جهت جلوگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرسنل تعبیه شود.
- 2- تردد پرسنل به اتاق عمل که بیمار عفونی دارد به حداقل برسد، استفاده از 2 فیلتر آنتی باکتریال جهت لوله خرطومی بیهوشی الزامی است. لوله خرطومی بیهوشی حتما پس از اتمام عمل جراحی Out گردد، جراح، پرسنل، اسکراب، سیرکولار و خدمه پس از اعمال جراحی عفونی دمپایی خود را تعویض نمایند.
- 3- کلیه وسایل مصرفی این بیماران جزء پسماندهای عفونی در کیسه زرد ریخته شود.
- 4- بیماران عفونی الکتیو در آخر لیست اسکچول قرار گیرند به طوری که بعد از اتمام عمل جراحی عفونی، اتاق عمل ضد عفونی و گندزدایی شود و اشعه به مدت 6 ساعت توسط سیرکولار گذاشته شود.
- 5- بیمار عفونی اورژانسی بدون اتلاف وقت به اتاق عمل آورده شود و لافاصله بعد از اتمام عمل، وسایل و اتاق ضد عفونی شوند و علامت هشدار پشت درب اتاق عمل نصب شود و اتاق عمل دوم جهت اعمال جراحی اورژانسی خالی بماند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: بیماران مبتلا به عفونت مسری نیازمند اعمال جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مراقبت های جراحی و بیهوشی	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-SAC-2

6- محلول HIGH LEVEL (وی وی ساید - رسیور سیدین) جهت ضدعفونی بالای ابزار بحرانی تهیه شود و در اتاق عمل باشد.

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
ساریخانی مسئول اتاق عمل  الهام ساریخانی مسئول کنترل عفونت  کوه بر فرد مسئول بهداشت محیط 	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شست و شو و ضدعفونی شیردوش و ظروف شیردهی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بلوک زایمان	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 2	WI-MNC-1

هدف: پاکسازی ظروف آلوده به شیر بعد از استفاده در شیردهی توسط مادران

دامنه کاربرد: بلوک زایمان

روش کار:

- 1- پرسنل خدمات ابتدا قطعات ظروف شیردهی را از هم جدا می کنند.
- 2- پرسنل خدمات با گاز تمیز و مایع ظرفشویی اجزای جدا شده را می شویند.
- 3- پس از شست و شو خوب آبکشی می نمایند.
- 4- قطعات را در * به مدت 20 دقیقه غوطه ور می نمایند.
- 5- قطعات را خوب آبکشی کرده و پس از خشک کردن با گاز استریل در محفظه بسته قرار می دهند.
- 6- پرسنل ماما ظروف شیر دوش برقی و با قطعات را وصل کرده و تحویل مادران شیرده می دهند.
- 7- پرسنل ماما آموزش کافی در مورد استفاده از شیردوش را به مادران شیرده آوزش می دهند
- 8- مادران شیرده بعد از استفاده از شیردوش و ظروف شیردهر، آن را تحویل پرسنل ماما می دهند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: شست و شو و ضدعفونی شیردوش و ظروف شیردهی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بلوک زایمان	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 2	WI-MNC-1

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خانم کارگر - مسئول زایشگاه  الهام ساریخانی - مسئول کنترل عفونت  کوه بر فرد - مسئول بهداشت محیط 	فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل: پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	1/12	WI-PCI-1

هدف: متناسب ساختن نحوه انتخاب و مدت درمان های آنتی بیوتیکی پیشگیرانه-افزایش ایمنی بیمار – کاهش مقاومت به آنتی بیوتیک- عفونت محل عمل منبع عمده موربیدیتی عفونی در بیماران جراحی به حساب می آید. استفاده از آنتی بیوتیک ها پیش از عمل جراحی در صورت اندیکاسیون جز اصلی مراقبت استاندارد در اکثر اعمال جراحی به شمار میرود که منجر به کاهش عفونت پس از عمل می گردد.

دامنه کاربرد:

بخش های درمانی بیمارستان

تعاریف:

عفونت های محل عمل به شرح زیر طبقه بندی و تعریف میشود:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	2/12	WI-PCI-1

1- عفونت برش جراحی: شامل عفونت های سطحی پوست و بافت های زیر جلدی و عفونت های عمیق (بافت های نرم عمقی-عضلات و...)

2= عفونت عضو

3- عفونت سایر اعضا و مکان های دستکاری شده حین عمل

شیوه انجام کار:

توضیحات: اصول مناسب پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی بر مبنای زیر استوار است :

1- احتمال عفونت در صورت نبودن پروفیلاکسی

2- شناخت فلور آلوده کننده احتمالی همراه با زخم یا محل جراحی

3- معمولاً آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از یک نوع انتخاب میشود.

4- پیش بینی انتخاب بیش از یک آنتی بیوتیک فقط در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد و بر اساس ارگانیزم های آلوده کننده احتمالی تجویز میگردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	3/12	WI-PCI-1

5- ایجاد غلظت بافتی موثر پیش و حین عمل جراحی با تجویز یک دوز حدود 30 تا 45 دقیقه قبل از انسیزیون پوست (در مرحله القای بیهوشی)

6- دوز بر اساس وزن بیمار انتخاب می شود.

7- مدت عمل جراحی: 1) کمتر از سه ساعت: یک تک دوز 2) بیش از سه ساعت: یک دوز موثر اضافی 3) در اعمال با خونریزی سریع و مصرف مایعات بیشتر: بر حسب مورد ممکن است اندیکاسیون مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک مجدد پیدا شود.

8- حتی بهترین رژیم های پروفیلاکتیک نیز جایگزین تکنیک استاندارد و مناسب جراحی نمی شود.

1

– پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	4/12	WI-PCI-1

4	سیستم صفراوی لاپاروسکوپی با ریسک پایین	نیازی نیست.	
5	آپاندکتومی (غیر کامپلیکه) (uncomplicated)	1. سفازولین + مترونیدازول رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 2. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) 3. مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز مترونیدازول 500 میلی گرم است.* - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد.. - دوز جنتامایسین 5 میلی گرم / کیلوگرم* - دوز جنتامایسین 400 میلی گرم است.*
6	جراحی های کولورکتال یا روده کوچک بسته شده (obstructed)	1. سفازولین + مترونیدازول 2. سفتریاکسون + مترونیدازول رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 3. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) 4. مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز سفتریاکسون 2 گرم است.* - دوز مترونیدازول 500 میلی گرم است.* - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد.. - دوز جنتامایسین 5 میلی گرم / کیلوگرم* - دوز سیپروفلوکسازین 400 میلی گرم است.*
7	جراحی های سر و گردن	1. سفازولین + مترونیدازول رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 2. کلیندامایسین	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز مترونیدازول 500 میلی گرم است.* - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد..



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	5/12	WI-PCI-1

8	جراحی های نوروسرجیکال	1. سفازولین رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 2. کلیندامایسین 3. وانکومایسین	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز وانکومایسین 15 میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است.*
9	جراحی های ارتوپدی	1. سفازولین 2. سفتریاکسون رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 2. کلیندامایسین 3. وانکومایسین	- در جاری های تمیز مثل دست، زانو یا پا، بدون تعبیه جسم خارجی، نیاز به پروفیلاکسی نمی باشد. - دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز سفتریاکسون 2 گرم است.* - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز وانکومایسین 15 میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است.*
10	جراحی های سینه و هرنیا	1. سفازولین رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) 2. کلیندامایسین 3. وانکومایسین	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد.& - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز وانکومایسین 15 میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است.*



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	6/12	WI-PCI-1

11	اورولوژی (1)- پروستاتکتومی (2)- بیوپسی سوزنی، پروستات از طریق صفاق (3)- عمل اتساع پیشابراه	1- سفازولین	1 گرم 30 تا 45 دقیقه قبل از انسیزیون و دوز دوم پس از عمل تجویز میشود. -مورد 2 و 3 پروفیلاکسی توصیه نشده.
12	ترومای نافذ شکم	مترونیدازول + سفتریاکسون	-سفتریاکسون 2 گرم به همراه مترونیدازول 500 میلی (در صورتی که آسیب روده در حفره صفاق به وجود آمده باشد) 30 تا 45 دقیقه قبل از عمل دوز دوم در صورتی که عمل بیش از 4 ساعت طول بکشد.

در بیماران با وزن بیش از 120 کیلوگرم دوز سفازولین 3 گرم می باشد.

* در این موارد، نیاز به تکرار دوز آنتی بیوتیک نمی باشد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	7/12	WI-PCI-1

ردیف	نوع عمل جراحی	آنتی بیوتیک (های) مورد استفاده	ملاحظات
1	هیستریکتومی (واژینال - شکمی)	1. سفازولین 2. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین) 3. کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین 4. مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین) 5. مترونیدازول + سیپروفلوکساسین	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد. - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز مترونیدازول 500 میلی گرم - دوز جنتامایسین 5 میلی گرم / کیلوگرم - دوز سیپروفلوکساسین 400 میلی گرم
2	سزارین	1. سفازولین 2. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین)	- دوز سفازولین 2 گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 4 ساعت باشد. - دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز جنتامایسین 5 میلی گرم / کیلوگرم
3	سقط القایی یا به همراه کورتاژ	1. داکسی سیکلین 2. مترونیدازول	دوز داکسی سیکلین 100 میلی گرم خوراکی یک ساعت قبل از عمل و 200 میلی گرم خوراکی بعد از عمل دوز مترونیدازول 500 میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای پنج روز
4	هیستروسالپنگوگرافی	داکسی سیکلین	100 میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای پنج روز
5	اعمال جراحی یوروژینکولوژیک	1. کلیندامایسین + جنتامایسین 2. کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین 3. مترونیدازول + جنتامایسین 4. مترونیدازول + سیپروفلوکساسین	- دوز کلیندامایسین 900 میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از 6 ساعت باشد. - دوز مترونیدازول 500 میلی گرم - دوز جنتامایسین 5 میلی گرم / کیلوگرم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	8/12	WI-PCI-1

2- مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به مقاومت میکروبی

ردیف	نوع بیماری	نوع آنتی بیوتیک	زمان مصرف
1	پنومونی	سفتریاکسون + آزیترومایسین	برای 5 روز
2	پنومونی بیمارستانی و پنومونی بیمارارن دچار نقص ایمنی	سفتازیدیم + سیپروفلوکساسین	برای 10 تا 14 روز
3	پنومونی در تب و نوتروپنی	ایمی پنم + ونکومایسین	
4	تب و نوتروپنی	-ایمی پنم -مروپنم -پپراسیلین-تازوباکتام	
5	پنومونی آسپیراسیون	سفتریاکسون + کلیندامایسین	حداقل یک هفته
6	عفونت های روده ای (1- آمیبیازیس 2-شیگلوز)	1-مترونیدازول 2-سفتریاکسون	برای 10 روز برای 5 روز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	9/12	WI-PCI-1
7	بروسلوز	داکسی سایکلین + ریفامپین داکسی سایکلین + استرپتومایسین	برای 6 هفته داکسی سایکلین برای 6 هفته و استرپتومایسین برای 3 هفته		
8	آبسه های داخل شکمی و پارگی احشا داخل شکم	سفتریاکسون + مترونیدازول			
9	احتمال مننژیت	درمان امپیریکال سفتریاکسون + ونکومایسین	تا معلوم شدن جواب کشت- در موارد زیر 3 ماه یا بالای 50 سال + آمپی سیلین		
10	پیلونفریت	اپیریکال سفتریاکسون	14-10 روز یا در صورت بستری آمپی + جنتامایسین- یا در موارد خاص مثل کلیه پلی کیستیک سیپروفلوکساسین وریدی		
11	سلولیت	کلوگزاسیلین یا سفازولین یا کلیندامایسین			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	10/12	WI-PCI-1

12	آرتریت	زیر 35 سال سفتریاکسون بالای 35 سال سفازولین	تا معلوم شدن جواب کشت یا تروماتیک
13	پای دیابت	سیپروفلوکساسین+کلیندامایسین	تا معلوم شدن جواب کشت

شیوه انجام کار: 1- پزشک بیماری را تشخیص میدهد.

2- پزشک با توجه به نوع بیماری و دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک و با توجه به مقاومت میکروبی آنتی بیوتیک تجویز میکند.

3- پرستار یا اینچارج بخش دستور پزشک را چک میکند.

4- پرستار دوم دستور پزشک را مجدد چک میکند.

5- هر دو پرستار دستور پزشک را چک و امضا میکنند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	11/12	WI-PCI-1

6- پرستار و اینچارج دارو را محاسبه میکنند.

7- پرستار در حضور اینچارج دارو را آماده میکند.

8- پرستار با رعایت اصول تزریقات ایمن و دارو دهی و بهداشت دست دارو را به بیمار تزریق میکند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستور العمل : پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی	1404/01/17	5	1404/01/28	12/12	WI-PCI-1

منابع و مراجع:

منابع: پزشک- پرسنل درمانی - ملزومات بهداشت دست - دارو

مراجع: کتاب نظام مراقبت عفونت هایب بیمارستانی- دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی

مسئولیت ها و اختیارات:

سوپروایزر کنترل عفونت الهام ساریخانی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
الهام ساریخانی سوپروایزر کنترل عفونت  سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان  فاطمه حسین پور (مترون) نماینده پرسنل پرستاری،  الهام ساریخانی 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل داروهای خود به خود متوقف شونده

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت دارویی	1404/01/17	1404/01/28	1 از 4	WI-DM-1

هدف:

هدف از تعریف این کار در سیستم his بیمارستان ارزیابی دوره ای داروهای خاص و اطلاع آن به پزشک و گرفتن دستور جدید برای ادامه مصرف می باشد از این طریق تیم درمان از تجویز ایمن دارو های بیمار اطمینان حاصل می نماید .

تعریف:

داروهای خود به خود متوقف شونده به داروهایی گفته می شود که به علت اثرات و عوارض خاصی پس از گذشت مدت زمان معینی مصرفشان نباید ادامه یابد و جهت ادامه یا قطع تجویز باید از پزشک معالج دستور مجدد گرفته شود .

فهرست داروی های خود به خود متوقف شونده :

دسته دارویی	فواصل ارزیابی مجدد
آنتی بیوتیک ها (تزریقی و خوراکی) بجز داروهای ضد سل و ایدز	4 روز
آنتی بیوتیک های موضعی	10 روز
ضد قارچ های موضعی	30 روز
داروهای مخدر تزریقی	48 ساعت
پچ فنتانیل	3 روز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل داروهای خود به خود متوقف شونده

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت دارویی	1404/01/17	1404/01/28	2 از 4	WI-DM-1

محلول های استنشاقی به وسیله نبولایزر	7 روز
فراورده های چشمی (به جز در موارد گلوکوم و لوبریکانت ها)	7 روز
تنگ کننده های عروق (چشمی و بینی)	3 روز
هپارین و انگزاپارین	7 روز
وارفارین	14 روز
Nsaid ها	10 روز
کتورولاک تزریقی	5 روز
کورتیکواستروئید های چشمی و خوراکی	10 روز
استروئیدهای اپیولیک	10 روز
داروهای اعصاب و روان	14 روز
مولتی ویتامین ها منیزیم هیدروکساید استامینوفن	30 روز
اندانسترون	24-48 ساعت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل داروهای خود به خود متوقف شونده

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت دارویی	1404/01/17	1404/01/28	3 از 4	WI-DM-1

روش کار:

- 1- مسئول فنی بیمارستان لیست داروهای خود به خود متوقف شونده و زمان توقف داروها را از فارماکوپه داخلی بیمارستان تهیه میکند.
- 2- مسئول فنی بیمارستان لیست داروهای خود به خود متوقف شونده را به تایید مسئول فنی بیمارستان می رساند.
- 3- مسئول فنی بیمارستان لیست داروهای خود به خود متوقف شونده را به دفتر بهبود کیفیت تحویل میدهد.
- 4- مسئول دفتر بهبود کیفیت بعد از تایید ریاست به بخش ها ابلاغ می کند.
- 5- مسئولین بخش ها دستورالعمل ابلاغی را در اختیار پرسنل قرار میدهند.
- 6- دفتر بهبود کیفیت لیست داروهای خود به خود متوقف شونده را جهت اعمال در سیستم his به مسئول his ابلاغ می کند.
- 7- مسئول his لیست داروها و زمان توقف آن را در سیستم اعمال می کند.
- 8- پرسنل درمان از لیست داروهای خود به خود متوقف شونده اطلاع دارند.
- 9- سیستم به طور خودکار داروهایی که درخواست داده میشود طبق دستورالعمل سر موعد مقرر قفل شده و پرسنل قادر به درخواست دارو نمی باشد. در صورت صلاحدید پزشک معالج به ادامه درمان مجدد دستور به ادامه درمان داده میشود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل داروهای خود به خود متوقف شونده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
مدیریت دارویی	1404/01/17	1404/01/28	4 از 4	WI-DM-1

دامنه کاربرد:

کلیه بخش های بالینی، پزشکان و واحد داروخانه

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
دکتر حیدری - ناظر دارویی مسئول داروخانه: حیدری فاطمه حسین پور-مترون ونماینده بخش های بالینی	دکتر حیدری - ناظر دارویی و مسئول فنی	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان

مهارت مسئول: داروساز بالینی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	1 از 36	WI-LS-1

هدف:

از آن جایی که بیشترین خطاهایی که در نتایج آزمایش ها در دنیا مشاهده می گردد مربوط به خطاهای قبل از انجام آزمایش از جمله شرایط آماده سازی بیماران، شرایط نگهداری نمونه و می باشد، برای پیشگیری از این موارد راه کارهای مختلفی از جمله استاندارد نمودن نمونه ها ارائه شده است. در همین راستا این آزمایشگاه نیز به منظور یکسان نمودن شرایط آماده سازی قبل از انجام آزمایش راهنمایی های مختلفی را تهیه نموده است که معرفی می گردد. رعایت شرایط ذکر شده در این راهنما در نتایج حاصل از آزمایش ها و مقایسه آن با مقادیر طبیعی و به تبع آن در مدیریت تشخیص و درمان توسط پزشکان محترم بسیار موثر خواهد بود.

دامنه کاربرد:

از این دستورالعمل در حوزه عملکردی بخش های پذیرش، نمونه گیری و جوابدهی استفاده می گردد.

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و مسئول پذیرش آشنا به دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ	شماره	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
----------------	-------	-------	-------------	------------	----



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

بازنگری	ویرایش				
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	2 از 36	WI-LS-1

دستورالعمل جمع آوری نمونه خون وریدی

تجهیزات لازم جهت نمونه گیری

نمونه گیری باید در یک محل مجزا، تمیز و ساکت صورت گیرد. این اتفاق بهتر است دارای دستشویی مجزا بوده، ولی در صورت عدم دسترسی به آب، باید محلول های تمیزکننده دست در محل موجود باشد.

فهرست تجهیزات لازم به شرح زیر می باشد:

• صندلی نمونه گیری: باید دارای دسته قابل تنظیم باشد به طوری که بیمار بتواند در راحت ترین وضعیت جهت نمونه گیری روی صندلی بنشیند.

• سینی جمع آوری ویال های نمونه

• دستکش: می تواند از نوع لاتکس، وینیل یا نیتریل باشد. در صورت حساسیت نسبت به دستکش لاتکس، می توان از نوع نیتریل، پلی اتیلن یا انواع دیگر و آنهایی که فاقد پودر هستند استفاده نمود. همچنین می توان از دستکش نخی در زیر دستکش لاتکس یا پلاستیکی استفاده نمود.

دستکش در صورت آلودگی و یا در فواصل نمونه گیری ها باید تعویض گردد.

- سوزن (19 – G23)
- سرنگ یا نگهدارنده مخصوص (holder) جهت استفاده از لوله های خلا (evacuated tube)
- لانست یکبار مصرف
- انواع لوله های و ظروف در پیچ دار یا لوله های خلا
- تورنیکه*
- Ø نوع یکبار مصرف ترجیحا غیرلاتکس

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ	شماره	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
----------------	-------	-------	-------------	------------	----



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

بازنگری	ویرایش	تاریخ	شماره صفحه	کد
1404/01/17	5	1404/01/28	3 از 36	WI-LS-1

• Ø دستگاه فشارخون، در صورت استفاده باید روی فشار mmHg40 تنظیم گردد.

• Ø نوارهای پلاستیکی استاندارد با گیره یا قلاب قابل تغییر

در صورت آلودگی تورنیکه با خون یا مایعات بدن باید دور انداخته شود.

• یخچال یا یخ باید در دسترس باشد.

• ضد عفونی کننده ها:

• ایزوپروپیل الکل یا اتیل الکل 70٪:

محلول 10-1% povidone – iodine یا کلر هگزیدین گلوکونات جهت کشت خون

• گاز پارچه ای در ابعاد 5×5 cm یا 5/7×5/7 cm.

• استفاده از پنبه پیشنهاد نمی گردد. جهت پانسمان باند و گاز نیز باید در دسترس باشد.

• ظروف مخصوص دفع سرسوزن های آلوده (Puncture Resistant Disposal Container)

• وسیله گرم کننده موضع نمونه گیری جهت افزایش جریان خون (Warming Device)

• فهرست انواع آزمایش ها و درج مقدار خون لازم برای هر آزمایش و نوع لوله مورد استفاده

نمونه گیری وریدی

مراحل نمونه گیری

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ	شماره	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
----------------	-------	-------	-------------	------------	----



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

بازنگری	ویرایش			
1404/01/17	5	1404/01/28	4 از 36	WI-LS-1

خون گیری صحیح نیاز به دانش و مهارت توأم دارد. جهت جمع آوری نمونه خون وریدی خون گیر کار آزموده باید مراحل زیر را پیگیری نماید:

1- انطباق مشخصات برگه درخواست آزمایش با مشخصات بیمار

2- اطمینان از رعایت رژیم غذایی پیش از نمونه گیری

بعضی از آزمایش ها نیاز به ناشتا بودن و حذف بعضی مواد از رژیم غذایی قبل از خون گیری دارند. محدودیت غذایی و زمانی براساس نوع آزمایش متفاوت است. البته این محدودیت ها جهت حصول نتایج صحیح آزمایش ضروری است.

3- انتخاب وسایل مورد نیاز

براساس نوع آزمایش، سرنگ و سرسوزن مناسب یا لوله خلا انتخاب شود.

در صورت استفاده از سرنگ باید براساس نوع ورید انتخابی، محل ورید و حجم خون مورد نیاز سرسوزن مناسب انتخاب شود و نوک آن در ابتدا از نظر بازبودن سوراخ ورود خون کنترل گردد. هم چنین پیستون سرنگ نیز از جهت سهولت حرکت کنترل گردد.

نمونه گیر باید براساس نوع آزمایش، لوله مناسب از نظر اندازه و نوع ماده ضدانعقاد انتخاب نماید.

* به طور کلی توصیه می گردد به دلیل رعایت اصول ایمنی از سرنگ و سرسوزن استفاده نشود و لوله های خلا جایگزین آن گردد.

4- استفاده از دستکش

نمونه گیر باید از دستکش استفاده نماید.

4- وضعیت شخص هنگام نمونه گیری

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

WI-LS-1	36 از 5	1404/01/28	5	1404/01/17	آزمایشگاه
---------	---------	------------	---	------------	-----------

فرد مورد نظر بر روی صندلی نمونه‌گیری نشسته و با مشت کردن (به منظور برجسته شدن وریدها) دست خود را به صورت کشیده روی دسته صندلی نمونه‌برداری قرار می‌دهد به گونه‌ای که بازو تا مچ دست در یک خط مستقیم قرار گیرند. باید توجه داشت که بیمار نباید مشت خود را باز و بسته نماید زیرا باعث تغییر بعضی مواد در خون می‌شود.

در صورت استفاده از تخت، بیمار باید به پشت خوابیده و در صورت نیاز بالشتی زیر بازویی که نمونه از آن گرفته خواهد شد قرار می‌گیرد. بیمار دست خود را کشیده به طوری که از شانه تا مچ در یک خط مستقیم قرار گیرد.

***در هنگام نمونه‌گیری بیمار نباید غذا، مایعات، آدامس یا دماسنج در دهان خود داشته باشد.**

6- بستن تورنیکه

به منظور افزایش پرشدن ورید از خون و برجسته شدن رگ مورد نظر، جهت تسهیل ورود خون به داخل سرنگ یا لوله‌های خلا از تورنیکه استفاده می‌شود (قابل ذکر است که در موادی نظیر اندازه‌گیری لاکتات خون نباید تورنیکه بسته شود). تورنیکه باید 7/5-10 سانتی‌متر بالای ناحیه نمونه‌گیری بسته شود و نباید بیش از یک دقیقه بر روی بازوی بیمار بسته بماند؛ در غیر این صورت توقف موضعی خون موجب تغلیظ خون و انتشار آن به داخل بافت‌ها گشته که این امر می‌تواند سبب افزایش کاذب تمام ترکیبات پیوند شده با پروتئین و همتوکریت گردد. در صورتی که بیمار مشکل پوستی داشته باشد تورنیکه باید بر روی لباس بیمار یا گاز بسته شود به طوری که پوست او مورد فشار قرار نگیرد. در مواردی که وریدهای سطحی کاملاً مشخص نباشند می‌توان با ماساژ دادن از مچ تا آرنج بیمار و یا به کمک وسیله گرم‌کننده موضع نمونه‌گیری باعث اتساع وریدها گردید.

در صورت استفاده از دستگاه فشارخون، باید درجه آن روی 40 میلیمتر جیوه تنظیم گردد.

در صورت عدم موفقیت در بار اول توصیه می‌گردد تورنیکه باز شده و پس از دو دقیقه مجدداً بر روی بازوی بیمار بسته شود.

7- انتخاب ورید مناسب

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی"					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	36 از 6	WI-LS-1



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

اغلب موارد نمونه‌گیری از وریدهای cubital Median و Cephalic صورت می‌گیرد.

موقعیت آناتومیک وریدهای Median cubital و Cephalic

البته وریدهای پشت دست نیز قابل قبول هستند ولی وریدهای سطح داخلی مچ نباید مورد استفاده قرار گیرند.

ورید median cubital به دلیل سطحی بودن، درد کمتر و بهتر ثابت شدن در هنگام ورود سوزن و احتمال کمتر آسیب رسیدن به عصب، (در صورت قرارگیری نادرست سوزن در رگ) ارجحیت دارد. به دلیل نزدیکی ورید بازلیک به شریان براکیال و عصب مدین، فقط در صورت عدم دسترسی به سایر وریدها باید مورد استفاده قرار گیرد.

وریدهای نواحی دیگر نظیر قوزک پا یا اندام تحتانی، بدون اجازه پزشک نباید مورد استفاده قرار گیرد (به دلیل احتمال ایجاد عوارضی نظیر فلجیت، ترومبوز، نکروز بافت و غیره).

اگر در طی خون‌گیری مشکوک به نمونه‌گیری شریانی شدیم (به دلیل عبور شریان براکیال از ناحیه antecubital) پس از خارج کردن سوزن، باید برای حداقل پنج دقیقه و تا بند آمدن خونریزی روی موضع فشار مستقیم وارد گردد و سریعاً به پزشک و پرستار مسئول اطلاع داده شود.

به دلیل تفاوت محتوای مواد موجود در خون وریدی و شریانی، خون‌گیری شریانی فقط در موارد خاص نظیر بررسی اسید و باز، الکترولیت‌ها و بعضی متابولیت‌ها کاربرد دارد و به عنوان جایگزین خون‌گیری وریدی نباید منظور گردد؛ مگر در شرایط ویژه (بیمارانی که به هیچ‌وجه امکان نمونه‌گیری وریدی در آنها مقدور نباشد) که آن هم باید با نظارت پزشک باشد.

در نهایت نمونه‌گیر باید با انتخاب مناسب‌ترین ورید، باعث راحتی بیمار گردیده و کمترین خطر آسیب رساندن به اعصاب و شریان ناحیه خون‌گیری را فراهم سازد.

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	7 از 36	WI-LS-1



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

قابل ذکر است که لمس ورید مورد نظر و تعیین مسیر آن توسط انگشت سبابه جهت تعیین محل خون گیری ضروری است. برخلاف وریدها، شریان ها دارای نبض بوده و دارای دیواره ضخیم و خاصیت ارتجاعی بیشتری هستند. از وریدهای ترومبوزه که حالت ارتجاعی خود را از دست داده اند و طنابی شکل شده و به راحتی می لغزند نباید خون گیری صورت گیرد.

***موارد زیر باید در انتخاب ورید مناسب در نظر گرفته شود:**

• نواحی سوخته التیام یافته نباید انتخاب شوند.

• ماستکتومی: قبل از خون گیری از دستی که در طرف ماستکتومی شده قرار دارد حتما باید با پزشک مشورت گردد (به دلیل خطر مشکلات ناشی از لنفواستاز).

• هماتوم: از ناحیه هماتوم (بدلیل ایجاد خطا در نتایج آزمایش) نباید نمونه گیری صورت گیرد.

در صورتی که ورید مناسب دیگری قابل دسترسی نباشد باید نمونه گیری از ناحیه ای دورتر از محل هماتوم صورت گیرد.

• تزریق وریدی (با تزریق خون و فرآورده های آن):

ترجیحا نمونه گیری نباید از بازویی که متصل به تزریق وریدی است صورت گیرد (بهتر است از بازوی مقابل نمونه جمع آوری شود)؛ در غیر این صورت از محلی دورتر از تزریق وریدی طبق مراحل زیر باید نمونه گیری صورت گیرد:

• باید حداقل برای دو دقیقه تزریق وریدی قطع گردد (با اطمینان کامل از قطع آن).

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	8 از 36	WI-LS-1

• جهت نمونه گیری، تورنیکه باید در محلی دورتر از تزریق وریدی (زیر آن ناحیه) بسته شود (با ترجیح انتخاب ورید دیگر).



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- پنج میلی لیتر ابتدای نمونه دور ریخته و پس از آن خون جهت لوله های مورد نیاز جمع آوری شود.
- باید محل نمونه گیری نسبت به تزریق وریدی و بازویی که از آن نمونه گیری صورت می گیرد در برگه در خواست آزمایش درج شود.
- کانولا، فیستولا، گرافت عروقی:

بازوی متصل به کانولا با مشورت پزشک و اجازه او قابل استفاده است.

بازوی متصل به فیستول (جهت دیالیز) نباید به طور معمول جهت خون گیری مورد استفاده قرار گیرد. در صورت امکان باید از بازوی مقابل نمونه گیری صورت گیرد.

- وجود لوله (Indwelling Line) یا (Vascular Access Device) VAD:

در صورت وجود هرگونه لوله یا VAD جهت تزریق دارو، مایعات... با در نظر گرفتن ملاحظات زیر در زمان نمونه گیری مجاز است:

باید اطمینان از عدم نشت هوا (به منظور جلوگیری از ایجاد همولیز) در تمامی ملزومات جمع آوری خون صورت گیرد. در صورت امکان نباید از مسیری که قبلاً با هیپارین شسته شده است، نمونه خون تهیه گردد (در صورت اجبار احتمال آلودگی با هیپارین و رقیق شدن نمونه باید در نظر گرفته شود). جهت خون گیری، ابتدا با پنج میلی لیتر محلول سرم فیزیولوژی سترون شده مسیر را شسته و پنج میلی لیتر ابتدای خون یا معادل شش حجم فضای مرده (منظور از فضای مرده حجم خونی است که در داخل VAD می ماند) دور ریخته شود.

8- تمیز کردن محل نمونه گیری

ناحیه نمونه گیری به کمک گاز آغشته به ایزوپروپیل الکل یا اتیل الکل 70٪ به صورت حرکت دورانی از داخل به خارج تمیز می شود. پس از خشک شدن موضع در هوا به منظور جلوگیری از همولیز و کاهش سوزش ناشی از تماس نوک سوزن با الکل و پوست، نمونه گیری صورت می گیرد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	9 از 36	WI-LS-1



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

جهت کشت خون ضروری است دقت بیشتری جهت ضد عفونی کردن محل نمونه‌گیری صورت گیرد. کلرهگزیدین گلوکونات جهت نوزادان دو ماهه و بزرگتر و همچنین بزرگسالان دارای حساسیت نسبت به ید پیشنهاد می‌گردد. ابتدا موضع با الکل 70٪ تمیز شده سپس با محلول Povidone – Iodine 10-1٪ یا کلرهگزیدین گلوکونات ضد عفونی شده و پس از خشک شدن مجدد، موضع با الکل جهت حذف ید و کلرهگزیدین تمیز می‌گردد. به دنبال خون‌گیری درب شیشه‌های کشت خون نیز باید بر طبق دستورالعمل سازنده آن نیز ضد عفونی گردد.

***در صورت نیاز به تماس مجدد پوست جهت لمس ورید مناسب، باید مجدداً موضع ضد عفونی گردد.**

9- نمونه‌گیری

با زاویه 30 درجه یا کمتر در حالی که قسمت مورب نوک سوزن به سمت بالا است، سوزن لوله‌های خلا (به همراه نگه دارنده) یا سرنگ باید وارد ورید شود.

***به محض ورود خون به داخل سرنگ یا لوله خلا باید تورنیکه باز گردد.**

در صورت استفاده از لوله خلا باید تمهیدات زیر صورت گیرد:

- باید حتی‌الامکان سوزن در رگ ثابت نگه داشته شده و اولین لوله با فشار به سوزن مرتبط شود.
- لوله‌ها باید تا خاتمه مکش پر از خون شوند. پس از وقفه جریان خون اولین لوله از سوزن جدا شده و لوله‌های بعدی به سوزن مرتبط می‌شوند.
- لوله‌های حاوی ماده ضد انعقاد و خون باید بلافاصله پس از پر شدن مخلوط شوند (5-10 مرتبه سروته نمودن). جهت جلوگیری از همولیز نباید لوله‌ها به شدت مخلوط گردند.

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع آوری نمونه‌های آزمایشگاهی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	10 از 36	WI-LS-1



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

* در صورت عدم ورود خون به سرنگ یا لوله خلا، سوزن را کمی جابه‌جا نموده تا به درستی درون ورید قرار گیرد. جابه‌جایی بیش از حد سوزن پیشنهاد نمی‌گردد، زیرا برای بیمار ناخوشایند و دردناک است. در بیشتر موارد نمونه‌گیری مجدد در محل زیر نمونه‌گیری اولیه یا از بازوی دیگر بیمار پیشنهاد می‌گردد.

در صورت عدم موفقیت بیش از دو بار بهتر است از نمونه‌گیر دیگری جهت خون‌گیری استفاده شود و در صورت نیاز پزشک را مطلع نمود.

*** پس از جاری‌شدن روان خون به داخل سرنگ یا لوله‌های خلا باید مشت بیمار باز شود.**

در پایان نمونه‌گیری سرسوزن به آرامی از رگ بیمار خارج گردیده و گاز تمیز با فشار کم بر روی موضع قرار داده می‌شود.

10- دفع سر سوزن

بدون گذاشتن درپوش سرسوزن باید توسط ظروف مخصوص، سر سوزن‌های آلوده از سرنگ جدا و دفع گردند. سپس نمونه خون به آرامی در ظروف مربوطه تخلیه شود.

11- تخلیه خون

نمونه‌هایی که در لوله‌های حاوی ماده ضدانعقاد ریخته می‌شود باید بلافاصله و به آرامی پنج تا ده بار مخلوط شوند. در صورتی که نمونه در لوله بدون ماده ضدانعقاد ریخته می‌شود باید به آرامی در جدار داخلی لوله تخلیه گردد.

هنگامی که طی یک‌بار نمونه‌گیری، از لوله‌های متعدد خلا پلاستیکی یا شیشه‌ای جهت آزمایش‌های مختلف استفاده می‌شود، نمونه خون (به منظور جلوگیری از تداخل ضد انعقادهای مختلف) باید بر طبق اولویت‌های زیر در لوله‌ها جمع‌آوری شود:

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	11 از 36	WI-LS-1

1- لوله کشت خون

2- لوله حاوی ضدانعقاد سیترات سدیم جهت آزمایش‌های انعقادی (درپوش آبی در لوله‌های خلا)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

3- لوله جهت سرم (بدون ضدانعقاد) با یا بدون فعال کننده لخته، با یا بدون ژل (درپوش قرمز در لوله‌های خلا و یا لوله‌های حاوی ژل جداکننده)

4- لوله حاوی هپارین همراه یا بدون ژل جداکننده پلاسما (درپوش سبز در لوله‌های خلا)

5- لوله حاوی ضدانعقاد EDTA (درپوش بنفش در لوله‌های خلا)

6- لوله حاوی مهارکننده گلیکولیتیک (درپوش خاکستری در لوله‌های خلا)

ترتیب جمع‌آوری نمونه در لوله دوم و سوم با توجه به اثر فعال کننده‌های لخته یا ژل در لوله‌های پلاستیکی جمع‌آوری سرم با آزمون‌های انعقادی مطرح گردیده است. ولی در صورت استفاده از لوله‌های شیشه‌ای بدون افزودنی جمع‌آوری لوله سرم می‌تواند قبل از لوله سیترا ته صورت گیرد.

*در صورتی که از ست پروانه‌ای (یا اسکالپ وین) استفاده می‌گردد، جهت آزمون‌های انعقادی ابتدا باید قسمت اول نمونه در یک لوله (جهت حذف فضای مرده) تخلیه شده و نمونه مورد نیاز در لوله دیگری جمع‌آوری گردد.

12- اقدامات پس از نمونه‌گیری

پس از خاتمه نمونه‌گیری، باید موضع از نظر بند آمدن خون‌ریزی و یا به وجود آمدن هماتوم کنترل گردد. در صورتی که خون‌ریزی بیش از پنج دقیقه ادامه یابد، تا زمان بند آمدن خون باید بر روی گاز در محل نمونه‌گیری فشار وارد آورده، سپس روی آن بانداژ مجدد صورت گیرد و به بیمار توصیه شود برای مدت حداقل 15 دقیقه بانداژ را روی محل نگهداری کند. در صورت نیاز به پرستار یا پزشک نیز اطلاع داده شود.

13- برچسب گذاری نمونه

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	12 از 36	WI-LS-1

* بلافاصله پس از اتمام نمونه‌گیری باید برچسب حاوی اطلاعات زیر بر روی لوله‌ها و ظروف حاوی نمونه خون بیمار به گونه‌ای که قابل پاک شدن نباشد و در حین سانتیفریژ نمونه و یا سایر اقدامات از روی ظرف جدا یا پاک نگردد، الصاق گردد:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

• نام، نام خانوادگی بیمار

• شماره شناسایی

• تاریخ

• زمان نمونه‌گیری (بخصوص در ردیابی دوز درمانی داروها TDM)

• نام فرد خون‌گیر

روش‌های جلوگیری از هماتوم:

Ø تنها دیواره بالایی ورید باید سوراخ شود. در صورت عبور سرسوزن از دیواره پایینی رگ، خون به بافت اطراف نفوذ کرده سبب هماتوم در ناحیه می‌شود.

Ø قبل از خارج ساختن سوزن حتما باید تورنیکه باز شود.

Ø از وریدهای سطحی اصلی باید استفاده شود.

Ø پس از نمونه‌گیری باید به محل بانداژ یا گاز نمونه‌گیری فشار اندکی وارد آید.

روش‌های جلوگیری از همولیز:

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی"					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	13 از 36	WI-LS-1

• موضع نمونه‌گیری باید پس از ضدعفونی‌کردن در مجاورت هوای محیط خشک شود.

• بهتر است از سرسوزن با اندازه کوچک استفاده نشود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

* از محل هماتوم نمونه‌گیری نشود.

* باید سوزن کاملاً به سرنگ متصل باشد تا هیچ‌گونه حباب هوا هنگام نمونه‌گیری تشکیل نشود.

* پیستون سرنگ باید به آرامی به عقب کشیده شود.

* نمونه‌هایی که در لوله‌های حاوی ماده ضدانعقاد ریخته می‌شود باید بلافاصله و به آرامی پنج تا ده بار مخلوط شوند. در صورتی که نمونه در لوله بدون ماده ضدانعقاد ریخته می‌شود باید به آرامی به جدار داخلی لوله منتقل و تخلیه گردد.

موارد خاص

- بعضی از نمونه‌ها باید به دلیل درمان دارویی، نیاز به ناشتا بودن و یا تغییرات طی روز (ریتم سیرکادین) در فواصل زمانی مشخص گرفته شود و لذا نمونه‌گیر باید آگاهی لازم را در این خصوص داشته باشد. به‌طور مثال می‌توان از آزمایش‌های تحمل گلوکز (قند دو و سه ساعته)، کورتیزول و ردیابی سطح دارویی نام برد.
- در ردیابی سطح دارویی، دوز دارو، زمان آخرین مصرف و زمان نمونه‌گیری باید ثبت گردد.
- در جمع‌آوری، انتقال و نگهداری نمونه‌ها جهت کشت خون باید الزامات زمان نمونه‌گیری و دما رعایت و درج گردد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	14 از 36	WI-LS-1

- عناصر کمیاب: جمع‌آوری خون جهت عناصر کمیاب باید در ظروف فاقد آهن صورت گیرد.
- نمونه‌های ایمنونوهماٹولوژی: برای جمع‌آوری خون جهت آزمایش‌های ایمنونوهماٹولوژی نباید از لوله‌های خلا حاوی جداکننده ژل به‌منظور جمع‌آوری سرم یا پلاسما استفاده گردد.
- نمونه خون جهت بعضی آزمایش‌ها نظیر اندازه‌گیری گاسترین، آمونیاک، اسیدلاکتیک، کاتکولامین‌ها، هورمون پاراتیروئید و گازهای خون باید بلافاصله پس از جمع‌آوری در یخچال نگهداری شوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

ملاحظات ایمنی

• شخص نمونه گیر باید از روپوش (با دکمه های بسته) و دستکش به هنگام نمونه گیری و جابه جایی نمونه استفاده نماید. دستکش باید در صورت آلودگی و یا در فواصل نمونه گیری ها تعویض شده و نباید شسته و مجددا مورد استفاده قرار گیرد.

توصیه: دست ها در فواصل نمونه گیری به تناوب شسته شوند.

• به هیچ وجه نباید در پوش سرسوزن به وسیله دست روی آن قرار گیرد و از سرنگ جدا شود، همچنین نباید سرسوزن، قیچی، بریده، خم و یا شکسته شود.

• پسماندهای تیز، برنده و آلوده مانند سرسوزن ها، وسایل شیشه ای شکسته باید در ظرف ایمن (Safety Box) جمع آوری شده و زمانی که سه چهارم ظرف پر شد، پس از آلودگی زدایی با اتوکلاو به طبقه بهداشتی دفع گردد.

• در صورت آلودگی هر قسمت از اتاق نمونه گیری باید سریعاً با مواد ضد عفونی کننده مانند هیپوکلریت سدیم با رقت پنج گرم در لیتر (0/5 گرم درصد) و یا هرگونه محلول سفیدکننده خانگی (مشروط بر داشتن کلر فعال پنج درصد) که به نسبت 1/10 رقیق شده باشد (ده درصد) ضد عفونی نمود.

لازم به ذکر است که محلول فوق باید برای هر بار استفاده به صورت تازه تهیه گردد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	15 از 36	WI-LS-1

در صورت بروز حوادث مخاطره انگیز نظیر فرو رفتن سوزن و یا هرگونه وسیله تیز و برنده، اقدامات زیر باید صورت گیرد:

➤ خارج نمودن دستکش

➤ فشار بر روی موضع جهت خروج خون

➤ شستن موضع با آب و صابون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

➤ گزارش حادثه به مسئول ایمنی، مسئول فنی آزمایشگاه و تکمیل برگه ثبت، گزارش و پیگیری حوادث مخاطره انگیز
مشروح اقدامات ضروری در این خصوص در فصل ششم بیان گردیده است.

CBC-Blood group & Rh

آمادگی های لازم

نیاز به ناشتایی ندارد.

نوع نمونه

— خون کامل وریدی

حجم نمونه

2_ میلی لیتر

وسایل و مواد لازم

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	16 از 36	WI-LS-1

ظرف درپنج دارحاوی ماده ضد انعقاد EDTA.K2 یا EDTA.K3 (ترجیحا EDTA.K2) به مقدار 1/5-2/2 میلی گرم به ازاء هر میلی لیتر خون (بدین منظور محلول EDTA بر اساس مقدار فوق تهیه شده و در شیشه های CBC تقسیم می گردد.
می توان از لوله خلاء دار حاوی EDTAK3 نیز استفاده نمود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نحوه جمع آوری نمونه

- در وضعیت نشسته روی صندلی نمونه گیری ، نمونه تهیه شود .
- تورنیکه نباید بیش از یک دقیقه روی بازوی بیمار بسته شود.
- شرایط خاص بیمار ثبت شود.
- لوله حاوی نمونه باید 5-10 بار به آرامی سرو ته گردد .

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال

- نمونه حداکثر تا چهار ساعت بعد از نمونه گیری به آزمایشگاه انتقال یابد و در این مدت در دمای اتاق (24-18 درجه سانتیگراد) نگهداری شود. چنانچه نمونه در مدت زمان فوق مورد آزمایش قرار نگیرد ابتدا اسمیر تهیه شده و سپس در دمای یخچال (8-2 درجه سانتیگراد) نگهداری شود.

ESR

آمادگی های لازم

نیاز به آمادگی خاصی ندارد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	17 از 36	WI-LS-1

نوع نمونه

خون کامل وریدی

حجم نمونه

1/6 میلی لیتر خون کامل



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

وسایل و مواد لازم

لوله حاوی 0/4 میلی لیتر سیترات سدیم 3/2٪ یا لوله خلاء دار حاوی سیترات سدیم

نحوه جمع آوری نمونه

پس از خونگیری 1/6 میلی لیتر خون کامل سریعاً به لوله حاوی 0/4 میلی لیتر لیترماده ضدانعقاد سیترات سدیم 3/2٪ منتقل شود و به آرامی 8-10 بار سرو ته گردد.

شرایط نگهداری نمونه

می توان نمونه را تا زمان انجام آزمایش حداکثر تا 2 ساعت در دمای اتاق (24-18 درجه سانتیگراد) و یا تا 12 ساعت دردمای یخچال (8- 2 درجه سانتیگراد) نگهداری نمود .

آزمایش های بیوشیمی خون

تعریف ناشتایی: (برای آزمایش)

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	18 از 36	WI-LS-1

ناشتایی برای برخی آزمایش های بیوشیمی مانند قند، اسید اوریک، کلسترول و تری گلیسرید لازم است.

ناشتایی به معنای پرهیز از خوردن غذا و مواد حاوی انرژی به مدت 10 الی 12 ساعت است.

مطابق با این تعریف نوشیدن آب اشکالی ندارد.

نکات مهم:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- بهتر است نمونه آزمایش‌های ناشتا صبح اول وقت تهیه شوند (به جز مواردی که توسط پزشک معالج یا آزمایشگاه تعیین می‌گردد).
- شام قبل از ناشتایی باید سبک باشد و برای اندازه‌گیری آزمایش‌های چربی خون، 72 ساعت قبل از نمونه‌گیری باید رژیم غذایی فاقد چربی باشد.
- مصرف اکثر داروها با هماهنگی آزمایشگاه در ساعات ناشتایی مجاز است. اما مصرف داروهایی که بر نتیجه آزمایش اثر می‌گذارند باید کنترل شود.

لذا به منظور صحت هرچه بیشتر گزارش آزمایش، باید اطلاعات مربوط به مصرف داروها توسط بیمار، از وی اخذ گردد.

تست های بیوشیمی خون

FBS- 2hpp-BUN- Creatinine-Total Cholestrol-HDL Triglyceride-Uric acid-AST-ALT-
LDH-ALP-CK-Albumin-Protein & Bilirubin(Total & Direct) –ca-phos-amylase-lipase.

آمادگی های لازم

-

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	36 از 19	WI-LS-1

- برای آزمایش FBS باید حداقل 8 ساعت ناشتا باشد.
- برای آزمایش Triglyceride و HDL باید حداقل 12 ساعت ناشتا باشد.
- برای 2hpp باید نمونه 2 ساعت پس از خوردن غذا گرفته شود.

نوع نمونه

سرم یا خون لخته



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

حجم نمونه

5-10 میلی لیتر (با توجه به تعداد تست در خواستی)

وسایل و مواد لازم

لوله ساده بدون ماده ضدانعقاد یا افزودنی یا لوله خلاء دار ساده

نحوه جمع آوری نمونه

- در وضعیت نشسته روی صندلی نمونه گیری ، نمونه تهیه شود .
- تورنیکه نباید مدت زمان طولانی (بیش از یک دقیقه) بسته شود.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	20 از 36	WI-LS-1

- نمونه همولیز نباشد
- شرایط خاص بیمار ثبت گردد .

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال

نمونه حداکثر تا دو ساعت بعد از نمونه گیری به آزمایشگاه انتقال یابد و در این مدت در دمای اتاق (24-18 درجه سانتیگراد) نگهداری شود. در غیر اینصورت باید سرم جدا شده و تا زمان انتقال در دمای یخچال نگهداری گردد.
نمونه ها در لوله های شیشه ای در بسته یا لوله خلاءدار و در جا لوله ای مناسب انتقال می یابند .

تست های سرولوزی – ایمنولوزی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

Wright test- Widal test-2ME- CRP- ASO- RF-RPR

آمادگی های لازم

- ترجیحا بیمار ناشتا باشد.

نوع نمونه

- خون لخته (سرم)

حجم نمونه

- حدود 2 میلی لیتر خون برای هر آزمایش

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	21 از 36	WI-LS-1

وسایل و مواد لازم

-لوله ساده بدون ماده ضد انعقاد افزودنی یا لوله خلاءدار ساده

نحوه جمع آوری نمونه

- شرایط خاص بالینی بیمار از جمله مصرف دارو ثبت گردد .

- نمونه نباید همولیز یا لیپمیک باشد .

شرایط نگهداری نمونه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

سرم در عرض 2 ساعت از لخته جدا شود و قبل از انجام آزمایش در درجه حرارت 2-8 درجه سانتیگراد (دمای یخچال) نگهداری شود (حداکثر تا 24 ساعت).

VDRL

آمادگی های لازم
- آمادگی خاصی نیاز ندارد.

نوع نمونه

- خون لخته (سرم)

حجم نمونه

- حدود 2 میلی لیتر خون

عنوان دستورالعمل: "دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	36 از 22	WI-LS-1

وسایل و مواد لازم

- لوله ساده بدون ماده ضد انعقاد افزودنی یا لوله خلاءدار ساده

نحوه جمع آوری نمونه

- شرایط خاص بالینی بیمار از جمله مصرف دارو ثبت گردد.

شرایط نگهداری نمونه

سرم در عرض 2 ساعت از لخته جدا شود. سپس سرم تازه را در 56°C حرارت داده تا کمپلمان خود را از دست دهند، در اینصورت تا 4 ساعت مورد آزمایش قرار گیرد اگر سرم در عرض 4 ساعت مورد آزمایش قرار نگیرد، سرم دوباره به مدت 10 دقیقه در حرارت 56°C قرار گیرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

RPR

آمادگی های لازم
آمادگی خاصی نیاز ندارد.

نوع نمونه

خون لخته (سرم)

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	36 از 23	WI-LS-1

حجم نمونه

حدود 2 میلی لیتر خون

وسایل و مواد لازم

لوله ساده بدون ماده ضد انعقاد افزودنی یا لوله خلاءدار ساده

نحوه جمع آوری نمونه

شرایط خاص بالینی بیمار از جمله مصرف دارو ثبت گردد.

شرایط نگهداری نمونه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

سرم بصورت تازه مورد استفاده قرار گیرد.

Culture & Stool Exam

آمادگی های لازم

موادی که برای رادیوگرافی خورده می شود (باریم) ، روغنهای معدنی ، برخی آنتی بیوتیکها (تتراسایکلین) ، ملین ها، آنتی اسیدها و بیسموت حداقل از یک هفته قبل از نمونه گیری مصرف نشده باشد.

نوع نمونه

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	24 از 36	WI-LS-1

معمولاً یک بار نمونه گیری مدفوع (راندوم) در مورد افرادی که جهت کنترل درمان بیماری مراجعه می کنند، کفایت می کند ولی برای تشخیص تک یاخته ها و تخم کرمها حداقل 3 نمونه به صورت هر روز یا یک روز در میان باید جمع آوری گردد. در مواردی که پزشک مشکوک به آمیبیاز روده ای باشد جمع آوری 6 نمونه بسیار کمک کننده است.

حجم نمونه

حداقل 5 گرم جهت پارازیتولوژی و باکتریولوژی و حداقل 50 گرم جهت آنالیز بیوشیمی از نمونه مدفوع

وسایل و مواد لازم

- یک ظرف درپیچدار با دهانه گشاد بدون ماده نگهدارنده که در آن به خوبی و محکم بسته شود.
- در صورتیکه نمیتوان فاصله زمانی مناسب بین جمع آوری نمونه تا انجام آزمایش نمونه را رعایت نمود، باید نمونه را بعد از جمع آوری در ماده نگهدارنده قرار داد. پر مصرف ترین ماده نگهدارنده فرمالین 10٪ است که به نسبت یک قسمت از مدفوع و سه قسمت ماده نگهدارنده کاملاً با هم مخلوط میشوند. باید توجه داشت که بررسی خصوصیات ظاهری نمونه باید روی نمونه های تازه انجام شود. از طرفی تروفوزوئیت انگلها نیز در ماده نگهدارنده بیحرکت میشوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نحوه جمع آوری نمونه

- اگر نمونه های مدفوع به صورت یک روز در میان جمع آوری گردد، 3 نمونه را باید حداکثر در فاصله زمانی 10 روز جمع آوری کرد. اگر منظور جمع آوری 6 نمونه باشد، میبایست آنها را حداکثر در فاصله زمانی 14 روز جمع آوری کرد. توجه شود که نباید در طی یک روز بیشتر

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	25 از 36	WI-LS-1

از یک نمونه از بیمار جمع آوری نمود.

- نمونه مدفوع نباید با گرد و خاک، آب و ادرار آلوده گردد، زیرا آلودگی نمونه با خاک و آب ممکن است باعث آلودگی اتفاقی نمونه به ارگانیسمهای دارای زندگی آزاد شود. ادرار سبب تخریب ساختمان تروفوزوئیتها می شود.

- چون مرحله تروفوزوئیت تک یاخته ها خیلی زود از بین میرود، ثبت تاریخ و ساعت جمع آوری نمونه ضروری است.

شرایط نگهداری نمونه

- ظرف نمونه پس از تهیه تا زمان انجام آزمایش در یخچال یا در خنک ترین محل آزمایشگاه نگهداری شود و از قرار دادن نمونه ها در گرما یا در مجاورت نور خورشید خودداری شود.

- باید توجه نمود که نمونه یخ نزند، چون در اثر نگهداری در دمای زیر صفر، خصوصیات ظاهری انگل تغییر میکند.

- نمونه ها را نباید بهیچ وجه در انکوباتور قرار داد.

- نمونه باید هر چه زودتر مورد آزمایش قرار گیرد زیرا برخی از ارگانیسمها بخصوص تروفوزوئیت آمیبها خیلی زود شکل خود را از دست داده و غیر قابل تشخیص میشوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

ملاحظات ایمنی

چون هر نمونه مدفوع می تواند به عنوان یک منبع مهم باکتری، ویروس و انگل باشد، لذا باید به عنوان یک منبع آلوده کننده مهم محسوب گردد.

کشت و آنالیز ادرار

آمادگی های لازم

بهتر است نمونه ادرار اول صبح که حداقل 8 ساعت در مثانه مانده و تغلیظ شده است مورد آزمایش قرارگیرد. در غیر این صورت می توان از نمونه ادرار راندوم یا اتفاقی جهت بررسی و کشت استفاده نمود.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	26 از 36	WI-LS-1

در مواردی که آزمایش کشت ادرار باید انجام شود حداقل از 3 روز قبل نباید آنتی بیوتیک مصرف کرده باشد (در مواردی که رعایت این مطلب مقدور نیست باید به پزشک معالج و آزمایشگاه اطلاع داده شود)

نوع نمونه

_ادرار

حجم نمونه

_حداقل 10 میلی لیتر

وسایل و مواد لازم

_Urine bottle یکبار مصرف استریل

نحوه جمع آوری نمونه

جهت نمونه گیری مطلوب رعایت نکات ذیل الزامی است :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- 1- بانوان قبل از نمونه گیری باید ناحیه پری اورترال و پرینه را کاملاً با آب و صابون شستشو داده و پس از آب کشی و خشک کردن قسمت اول ادرار خود را بیرون ریخته و قسمت میانی را در ظرف مناسب جمع آوری نمایند و قسمت آخر ادرار خود را نیز دور بریزند .
- 2- در مورد آقایان شستشوی آلت با آب تنها کافی است .
- 3- در مورد نوزادان و کودکان زیر 2 سال باید از کیسه های استریل مخصوص جمع آوری ادرار Urine Bag استفاده کرد

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	27 از 36	WI-LS-1

شرایط نگهداری نمونه

پس از نمونه گیری باید هر چه سریع تر و حداکثر تا 2 ساعت نمونه ها مورد آزمایش قرار گیرند در غیر اینصورت باید نمونه ادرار در یخچال 4-8 °C حداکثر تا 24 ساعت نگهداری شود .

تست های تیروئیدی

(T3-T4-FT3-FT4-Tuptake-TSH)

آمادگی های لازم

نیاز به ناشتایی نیست.

از آنجائیکه تعدادی از داروها از جمله داروهای تیروئیدی و ضد تشنج بر مقادیر اندازه گیری شده تداخل دارند، در صورت مصرف دارو، به آزمایشگاه اطلاع داده شود.

نوع نمونه

خون لخته (سرم) ارجح است ولی پلاسمای هپارینه و یا همراه EDTA نیز قابل قبول است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

جهت اندازه گیری TSH و FT4 فقط سرم مورد پذیرش است.

حجم نمونه

2-7 میلی لیتر خون بسته به تعداد و نوع آزمایش

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	28 از 36	WI-LS-1

وسایل و مواد لازم

لوله ساده بدون ماده ضد انعقاد افزودنی یا لوله خلاءدار ساده در مواردی که سرم جمع آوری می گردد .

نحوه جمع آوری نمونه

- در وضعیت نشسته روی صندلی نمونه گیری ، نمونه تهیه شود .
- شرایط خاص بیمار و داروهای مصرفی ثبت گردد .
- نمونه نباید همولیز یا لیپمیک باشد .

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال

بعد از جمع آوری نمونه ، حداکثر تا 4 ساعت سرم جدا گردد و در طی انتقال ترجیحاً در درجه حرارت 2-8 درجه سانتیگراد (دمای یخچال) نگهداری شود. نمونه در این شرایط حداقل بمدت 2روز قابل نگهداری است.

Morphin test in urine

آمادگی های لازم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

از مصرف کردن داروهای کدئین دار به مدت یک هفته قبل از آزمایش خودداری شود. چنانچه داروهای دیگری نیز مصرف می شود و یا مصرف سیگار ، نام و مشخصات دقیق آن به مسئول آزمایشگاه یادآوری شود.
نیاز به ناشتا بودن نیست .
نکته :

در زندان ها نمونه گیری باید بدون اطلاع قبلی انجام گیرد.

نوع نمونه

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	36 از 29	WI-LS-1

ادرا (random)

حجم نمونه

10-20 میلی لیتر

وسایل و مواد لازم

Urine bottle یکبار مصرف تمیز

نحوه جمع آوری نمونه

جمع آوری نمونه بصورت حضوری یا تحت نظارت کامل انجام گیرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال

- نمونه باید دور از دسترس افراد عادی و در مکانی کاملاً امن قرار داده شود.

- چنانچه آزمایش در همان روز انجام می گیرد نمونه را می توان در درجه حرارت اتاق (18-24 درجه سانتیگراد) نگهداری نمود .

- اگر در همان روز انجام نگیرد (حداکثر تا 5 روز) باید نمونه را در منهای 5 درجه سانتیگراد نگهداری نمود.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	30 از 36	WI-LS-1

- اگر فاصله زمان نمونه گیری و انجام آزمایش بیش از 5 روز باشد ، نمونه باید در منهای 20 درجه سانتیگراد نگهداری شود.

دستورالعمل جمع آوری ادرار 24 ساعته

ادرار را در ظرف مخصوصی که به شما تحویل داده شده است جمع آوری نمائید.

در مورد برخی آزمایشات ماده نگهدارنده خاصی به ظرف اضافه شده که ممکن است سمی و خطرناک باشد لطفاً آنرا دور نریخته و از تماس آن با بدن جدا خودداری فرمایید.

در ساعت معینی ادرار کرده و آن را دور بریزد و از آن ساعت به بعد نمونه ادرار خود را به طور کامل در داخل ظرف به مدت 24 ساعت جمع آوری کند و در رأس ساعتی که روز قبل ادرار را دور ریخته است ادرار مرحله آخر را در ظرف مخصوص آزمایشگاه بریزد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

به طور مثال : رأس ساعت 7 صبح با تخلیه کامل مثانه ادرار را دور ریخته و از این ساعت به بعد تا رأس ساعت 7 صبح روز بعد (24 ساعت) تمام حجم ادرار جمع آوری شده در مثانه را در ظرف مخصوص جمع آوری نماید. توجه شود که ادرار مربوطه به ساعت 7 صبح روز بعد که پایان 24 ساعت می باشد می بایست در ظرف مخصوص جمع آوری شود.

ادرار جمع آوری شده را هرچه سریعتر به آزمایشگاه تحویل داده و در صورت تأخیر در یخچال نگهداری نمایید.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	31 از 36	WI-LS-1

دستورالعمل نمونه گیری جهت انجام آزمایش مدفوع (OP)

- 4 تا 5 روز پیش از نمونه گیری از درمان با روغن های کرچک یا روغن های معدنی، بیسموت، منیزیوم، ترکیبات ضد اسهال، تنقیه با باریوم و مصرف آنتی بیوتیک ها مگر به دستور پزشک معالج خودداری نمایید.
- نمونه مدفوع باید در ظرف پلاستیکی که از طرف آزمایشگاه در اختیار مراجعین قرار می گیرد، جمع آوری شود.
- توجه: چنانچه فرد آزمایش دهنده بستری است، نمونه را در یک ظرف خشک جمع آوری نموده و سپس با استفاده از چوب مخصوص (آبسلانگ)، نمونه را به ظرف برچسب دار آزمایشگاه منتقل نمایید.
- نمونه مدفوع نباید با دستمال کاغذی، صابون، ادرار یا آب مخلوط شود. ادرار می تواند برخی از انگل های فعال را از بین ببرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- نمونه های مشکوک به اسهال خونی باید بلافاصله به آزمایشگاه ارسال گردند.
- در صورت درخواست سه نوبت آزمایش مدفوع هر نوبت در یک روز یا یک روز در میان انجام شود و اگر فرد دچار یبوست باشد وی باید سه نمونه را حداکثر در فاصله زمانی 10 روز جمع آوری کند، مگر آنکه مدت زمان دفع بیش از این باشد.
- اگر نمونه مدفوع، اسهالی و لزج باشد باید سریعاً به آزمایشگاه منتقل شود.
- در صورت مشاهده کرم و هر مورد مشکوک به آزمایشگاه اطلاع دهید.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	32 از 36	WI-LS-1

- برای دادن نمونه مدفوع احتیاج به ناشتا بودن نیست.
- اگر درون قوطی مایع باشد مواظب باشید بیرون نریزد.
- اگر دارو مصرف می کنید حتماً در مورد داروهای مصرفی خود قبل از نمونه گیری با آزمایشگاه مشورت کنید. همچنین اگر در طول دو هفته قبل از انجام آزمایش، داروهایی مانند تتراسایکلین و مترونیدازول مصرف نموده اید حتماً به آزمایشگاه اطلاع دهید.

دستورالعمل نمونه گیری جهت انجام آزمایش بررسی خون مخفی در مدفوع (OB)

- خانم هایی که عادت ماهیانه هستند تا سه روز پس از پایان دوره فوق از انجام این آزمایش خودداری نمایند.
- چنانچه بیمار به بواسیر یا شقاق مقعد مبتلا بوده و خونریزی واضحی از این ضایعات مشاهده می گردد، قبل از انجام آزمایش به آزمایشگاه اطلاع داده شود.
- چنانچه بیمار به علل مختلف دچار خونریزی از لثه ها یا مخاط دهان است، بلع خون از این ناحیه سبب مثبت شدن کاذب آزمایش می گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- دو تا سه روز پیش از آزمایش و در طی دوره جمع آوری نمونه، از خوردن غذاهای دارای گوشت قرمز (بهتر است گوشت مرغ و ماهی نیز مصرف نگردد)، سبزیجات خام بخصوص شلغم، ترب و تربچه، قارچ، کلم بروکلی، گل کلم، پرتقال، موز، انگور، طالبی یا گرمک، خربزه، ترب کوهی خودداری شود.
- حداقل از هفت روز قبل از انجام آزمایش از مصرف داروهای سالیسیلات مانند آسپرین، سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مانند ایبوپروفن، ایندومتاسین، دیکلوفناک سدیم، داروهای استروئیدی، کلشی سین، ویتامین C، آنتی اسیدها، ترکیبات آهن دار، ترکیبات یددار، دیورتیک های تیازیدی، رزپین اجتناب گردد، در غیر این صورت به آزمایشگاه اطلاع داده شود. لازم به ذکر است که با توجه به تنوع داروهای مصرفی و امکان تداخل آنها با نتایج آزمایش بهتر است مصرف هرگونه دارو را قبل از انجام آزمایش به اطلاع پزشک معالج برسانید.
- نمونه مدفوع باید در ظرف مخصوصی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار می دهد و تمیز، دردار و فاقد مواد نگه دارنده است، جمع آوری گردد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	33 از 36	WI-LS-1

- چنانچه به علتی امکان جمع آوری مستقیم مدفوع در ظرف نمونه گیری مقدور نباشد باید نکات زیر حتما رعایت گردد:
- قبل از اجابت مزاج، کف توالت باید کاملا شسته و عاری از مواد شوینده و پاک کننده باشد (ترجیحا بهتر است دوبار سیفون کشیده شود)
- پس از اجابت مزاج با استفاده از آبسلانگ یا اپلیکاتور، مقدار کمی از سطح رویی مدفوع را بدون اینکه با ادرار یا آب مخلوط گردد، در ظرف مخصوص قرار داده و درب آن محکم بسته شود.
- نمونه باید سریعاً به آزمایشگاه تحویل داده شود در غیر اینصورت تا زمان رسیدن به آزمایشگاه در دمای معادل یخچال (2-8 درجه سانتیگراد) نگه داری شود و از قرار دادن نمونه ها در گرما یا در مجاورت نور خورشید خودداری شود.
- تاخیر در آزمایش می تواند تاثیر منفی بر نتایج این آزمایش داشته باشد.
- نمونه مدفوع نباید با ادرار یا سایر مواد آلوده شود.

دستورالعمل تهیه نمونه جهت آزمایش مدفوع از نظر انگل اکسیور (اسکاچ تست)

- یک عدد لام شیشه ای از آزمایشگاه دریافت کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- برای انجام نمونه گیری صبح زود قبل از آنکه بیمار از رختخواب بلند شود و اجابت مزاج نماید یک قطعه (5 سانتیمتر چسب نواری شفاف) را از طرف چسب دار آن محکم به ناحیه اطراف مقعد چسبانده و فشار دهید که در صورت وجود انگل یا تخم آن به سطح چسب دار نوار بچسبند.
- بعد از حدود 10 دقیقه چسب را بلند کرده و آنرا از طرف چسب دار روی لام شیشه ای بچسبانید.
- لام را در اولین فرصت و ترجیحا در شیفت کاری صبح به آزمایشگاه ارسال نمایید.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/28	34 از 36	WI-LS-1

آزمایش قند خون ناشتا (FBS) Fasting blood sugar

- حداقل ۸ ساعت ناشتایی رعایت شود
- ترجیحا تا قبل از ساعت ۹ صبح برای نمونه گیری به آزمایشگاه مراجعه فرمایید.

دستورالعمل نمونه گیری قند خون 2 ساعت بعد از صبحانه (2HPP)

- پس از اینکه نمونه خون برای اندازه گیری قند خون ناشتا از شما گرفته شد، صبحانه میل نمایید. حتی الامکان صبحانه هر روزه را همراه خود آورده و در آزمایشگاه صرف نمایید. توصیه می شود که صبحانه حاوی حداقل 75 گرم مواد قندی باشد. (از خوردن غذاهای غیرمعمول و همینطور غسل خودداری ننمائید).



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- در مورد مصرف دارو و یا تزریق انسولین صبح روز آزمایش و طی دو ساعت انجام آزمایش با پزشک معالج هماهنگ نمائید.
- زمان شروع خوردن صبحانه ساعت را یادداشت کنید. نمونه گیری دقیقا 2 ساعت پس از زمان مذکور انجام می پذیرد.
- قبل از انجام نمونه گیری و در حین 2 ساعت آمادگی اکیدا از مصرف دخانیات اجتناب نمائید، زیرا باعث افزایش سطح گلوکز خون می گردد.
- پس از اتمام صبحانه، از خوردن هر نوع خوردنی و آشامیدنی خودداری نمائید. نوشیدن آب در حد لازم مانعی ندارد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1503/3/27	4	1404/01/28	35 از 36	WI-LS-1

- قبل از انجام نمونه گیری و در حین 2 ساعت آمادگی، از انجام ورزش سنگین و هرگونه فعالیت بدنی غیرمعمول خودداری نمائید.
- مصرف استامینوفن قبل از آزمایش ممکن است باعث افزایش کاذب قند خون شود، بنابراین توصیه می شود که در صورت مصرف، موضوع را به پزشک اطلاع دهید.

توجه: صبحانه بیماران دیابتی برابر دستور پزشک معالج می باشد.

آزمایشات چربی های خون Apo A, VLDL, LDL, HDL, Triglyceride, Cholesterol, Apo B, Lp(a),
- ۱۴ - ۱۲ ساعت ناشتایی رعایت شود.

درمورد اندازه گیری تری گلیسرید و کلسترول
- از دو هفته پیش از آزمایش ، رژیم غذایی ثابتی رعایت شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- سه روز پیش از آزمایش ، از مصرف الکل خودداری شود
- در موردتری گلیسرید حداقل ۲۴ ساعت پیش از آزمایش از انجام ورزش های سنگین خودداری شود.
- درموردکلسترول بهتر است پیش از آزمایش ، به مدت سه هفته ، وزن بدن ثابت باشد.

عنوان دستورالعمل: " دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی "					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	36 از 36	WI-LS-1

آزمایشات انعقادی (PT,PTT)

- اگر این آزمایشات برای کنترل دوز دارو استفاده می شوند، نمونه گیری باید نیم ساعت قبل از دریافت دوز وارفاین (برای تست PT) و هپارین (برای تست PTT) انجام شود.
- ترجیحا برای انجام این تست همیشه به یک آزمایشگاه مراجعه شود.

هورمون های تیروئیدی

- خون گیری باید قبل از مصرف دوز داروی روزانه انجام شود.
- در صورت تغییر دوز داروی مصرفی ، حداقل دو هفته پس از مصرف دوز جدید برای انجام آزمایش هورمون های تیروئیدی اقدام شود.

منبع:

الزامات و استاندارد های آزمایشگاه

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
------------	-------------	-------------



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 
---	---	---

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 5	WI-LS-2-A

هدف:

انجام روشهای استاندارد تستهای بیوشیمی جهت کمک به تشخیص پزشک در روند درمان بیمار و افزایش ایمنی بیمار.

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش بیوشیمی

تعاریف:

دستگاه اتوآنالیزور BS-200: دستگاه اندازه گیری مقادیر تستهای بیوشیمی خون.
کنترل N و P: پودر لیوفلیزه که از قبل آماده سازی شده و جهت کنترل عملکرد دستگاه بکار میرود.
قوانین وست گارد: به منظور احتمال تشخیص خطا و کاهش موارد کاذب نتایج قوانین چند گانه توسط وست گارد ارائه گردید، این قوانین به صورتی طراحی شده اند که ضمن حساس بودن به خطاهای تصادفی و سیستم میزان رد کاذب را به کمتر از 1% می رساند خلاصه قوانین به شرح زیر میباشد:
12s: یک کنترل خارج از محدوده $2SD +$ به معنای هشدار می باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

13s: یک کنترل خارج از محدوده $3SD$ + به معنای رد نتایج می باشد.

22s: دو خوانده متوالی همسو و خارج از محدوده $2SD$ + به معنای رد نتایج می باشد.

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 5	WI-LS-2-A

R4s: یک خوانده کنترل خارج از $2SD$ + و دیگری خارج از $SD2$ - به معنای رد نتایج می باشد.

4 1s: 4 خوانده متوالی و همسو خارج از محدوده $1SD$ + و یا $1SD$ - به معنای رد نتایج می باشد.

10:10X: 10 خوانده متوالی در یک طرف میانگین باعث رد نتایج می گردد.

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول بخش بیوشیمی: مسئول رسم نمودارهای بیوشیمی

پرسنل بخش بیوشیمی: مسئول انجام آزمایشات بیوشیمی

مسئول آزمایشگاه: مسئول نظارت بر انجام آزمایشات بیوشیمی

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی در چه زمانی در چه مکانی و توسط چه کسی انجام می شود):

1. منشی آزمایشگاه باید نمونه ها را از بخش بستری بیمار به وسیله منشی بخش یا گاه همراه بیمار تحویل گیرد .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

2. پرسنل بخش آزمایشگاه باید ، حجم نمونه و بر چسب شناسایی آزمایشات را چک کند و در صورت وجود مشکل به بخش مربوطه اطلاع دهند.

3. منشی آزمایشگاه باید درخواست تستها را در سیستم HIS تائید نماید .

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 5	WI-LS-2-A

4. پرسنل بخش بیوشیمی باید نمونه ها را جهت سرم گیری سانتریفوژ کند .

5. پرسنل بخش بخش بیوشیمی دستگاه بیوشیمی BS-200 را روشن کند و سپس دستگاه را از نظر سیستم آبرسانی و فاضلاب چک کند .

6. پرسنل بخش بیوشیمی تا رسیدن دمای دستگاه به 37 درجه منتظر می ماند .

7. پرسنل بخش بیوشیمی باید هر روز صبح با توجه به تعداد تقریبی بیمارویال های دستگاه را از نظر مقدار ریجنت چک کرده و در صورت کم بودن به اندازه کافی ویال های دستگاه را پر کند .

8. پرسنل بخش بیوشیمی کنترل های N, P را که از قبل از فریز بیرون گذاشته و به دمای اتاق رسیده است را به دستگاه می دهد .

9. پرسنل بخش بیوشیمی جواب کنترل های N,P را در نمودارهای لوی جینگ قرار می دهد .

10. پرسنل بخش بیوشیمی پس از انطباق جوابها با نمودارهایی تحت قوانین وست گاردبا کالیبر دستگاه ویا تغییر فاکتور در صورت لزوم از صحت دستگاه اطمینان حاصل مینماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

11. پرسنل بخش بیوشیمی باید لیست بیماران را همراه با تستهای آنها از کامپیوتر متصل به دستگاه اتوآنالیز چک کرده و آنها در دفتر بیوشیمی ثبت کرده و نمونه های بیماران را مطابق با اسامی آنها در کاپ مخصوص دستگاه بریزد.

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 5	WI-LS-2-A

12. پرسنل بخش بیوشیمی باید درخواست تستهای بیماران را با توجه به لیست کار به دستگاه BS-200 بدهد.

13. پرسنل بخش بیوشیمی باید کاپهای حاوی نمونه بیمار را در جایگاه مخصوص در دستگاه بیوشیمی قرار دهد و آنها را برای شروع کار RUN کند و دستگاه براساس رنگ سنجی تستها را قرائت و آماده خواندن می کند .

14. پرسنل بخش بیوشیمی باید جوابهای بیماران را در دفتر بیوشیمی ثبت نماید.

15. پرسنل بخش بیوشیمی ، جوابها را باید با روز قبل مقایسه کند تا از صحت جوابها مطمئن شود .

16. پرسنل بخش بیوشیمی جوابها را از دستگاه بیوشیمی به کامپیوتر ترانسفر انتقال داده و در صورت اطمینان از صحت جوابها آنها را به کامپیوتر پذیرش ارسال نماید.

17. منشی آزمایشگاه باید جوابها را در کامپیوتر ثبت کند و جوابدهی کند .

18. مسئول فنی آزمایشگاه باید جوابهای بیماران را کنترل و آماده تحویل به بخش نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 5	WI-LS-2-A

منابع / مراجع: مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاههای پزشکی (دکتر حسین دارآفرین)

مستندات مرتبط :

در SOP مربوطه ثبت شده است .

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 6	WI-LS-2-B

هدف:

ادرار مایعی است که به وسیله کلیه ها از خون جدا می شود و توسط مجاری ادراری به مثانه برده می شود. از طرفی کلیه کارخانه تصفیه بدن است. خون انسان در روز چندین بار از این کارخانه عبور می کنند و توسط فیلترهای تصفیه کننده که گلومرول نام دارند تصفیه شده و سموم و املاح اضافی را از خون جمع آوری می کنند و خون تمیز را دوباره وارد چرخه گردش خون می شود و سموم بدن از طریق ادرار دفع خواهند شد.

جهت بررسی وضعیت بدن و به خصوص کلیه ها و مجاری ادرار آزمایش ادرار را انجام می دهند و با بررسی جواب این آزمایش می توان به موارد زیر پی برد:

- بیماریهای کلیوی
- اختلالات همولیتیک
- بیماری های متابولیک
- اختلالات مجاری ادراری و مثانه
- وجود عفونت

در این آزمایش نمونه ادرار را از نظر ظاهری مورد بررسی قرار می دهند و رنگ، بو، میزان شفافیت، وزن مخصوص و PH ادرار گزارش می شود و در صورت درخواست پزشک کشت ادرار انجام می شود.

دامنه کاربرد: آزمایشگاه – بخش بیوشیمی ادرار

روش کار:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 6	WI-LS-2-B

1- ابتدا روی لیوان ها را شماره گذاری نمائید سپس به ترتیب شماره ها نام بیماران را در دفتر بیوشیمی ادرار وارد نمائید و در کنار نام بیماران نیز کد پذیرش آنها را وارد کنید .

2- به ازای هر بیمار یک لوله برداشته و نمونه بیمار را تاحدی که 1cm انتهای لوله خالی باشد در لوله بریزید .

3- برای تعیین رنگ ادرار می توانید از اصطلاحات زیر استفاده نمائید :

Yellow (زرد) ، White (سفید) ، Pink (صورتی) ، Orange (نارنجی) ، Green (سبز) ، Gray (خاکستری) ، Dark yellow (زرد تیره) ، Dark brown (قهوه ای تیره) ، Brown (قهوه ای) ، Red (قرمز) و Black (سیاه)

4- برای تعیین وضوح (منظره) یا Appearance می توانید از اصطلاحات زیر استفاده نمائید : Turbid (آشفته) ، Clear (واضح و شفاف) و یا Semi Clear (نیمه شفاف)

5- درب نوارهای ادرار را باز کرده و بصورتی که دست با سطح نوار تماس نداشته باشد یکی یکی در لوله ها نوار ادرار بریزید. نوار ادرار نباید بیش از یک ثانیه در ادرار بماند و باید پس از بیرون آوردن نوار اضافه های ادرار را با لبه لوله بگیرید تا رنگ قطعات مختلف نوار با هم مخلوط نشود . حال با توجه به رنگ نوار و مقایسه آن با شکل روی جعبه نوارها مشخصات ادرار را یادداشت نمائید .

این مشخصات شامل موارد زیر هستند :

Blood , Urobilinogene , Bilirubin , Protein , Nitrit , Keton , Ascorbic acid , Glucose , PHD Density Dichte (وزن مخصوص) و (WBC) Leukocytes

6- در صورتی که نوار قابلیت تعیین وزن مخصوص را ندارد باید وزن مخصوص را بوسیله Refractometer تعیین نمائید . همچنین در مواردی که وزن مخصوص تعیین شده بوسیله نوار ادرار غیرنرمال است نیز باید توسط Refractometer وزن مخصوص اندازه گیری شود . میزان طبیعی وزن مخصوص 1.003 – 1.030 می باشد .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 6	WI-LS-2-B

7- در صورتی که نوار ادرار نشان دهنده پروتئین در ادرار بیمار باشد باید پس از سانتیفریوژ شدن ادرار میزان پروتئین موجود در ادرار بوسیله سولفا سالیسیلیک اسید (SSA) تأیید شود. برای اندازه گیری پروتئین ادرار با این روش باید به دستورالعمل مخصوص آن مراجعه نمائید.

8- در صورتی که نوار ادرار نشان دهنده قند در ادرار بیمار باشد وجود قند در ادرار بوسیله نوار گلوکویاب تأیید شود. جعبه نوارهای گلوکویاب دارای برچسبی است که با توجه به شدت رنگ نوار میزان قند موجود در ادرار را به صورت کیفی (Trace , 1+ , 2+ , 3+ , 4+) نشان می دهد.

9- پس از تعیین مشخصات ظاهری ادرار و مشخصاتی که باید از روی نوار تعیین شوند ادرار را در سانتریفیوژ گذاشته و به مدت 5 دقیقه آنرا با دور 2000 سانتریفیوژ نمائید.

10- پس از اتمام سانتریفیوژ نمونه ها آنها را درآورده و لوله ها را کاملاً وارونه نمائید تا ادرار بطور کامل خالی شود و فقط رسوب ادرار در ته آن باقی بماند.

11- رسوب کف لوله را تکان بدهید تا کاملاً مخلوط شود سپس مقداری از آن را روی یک لام ریخته و روی آن یک لامل بگذارید سپس چند دقیقه صبر نمائید تا ادرار کاملاً فیکس شود و حرکت نداشته باشد سپس به بررسی میکروسکوپی آن بپردازید.

12- برای ثبت مشخصات میکروسکوپی ادرار حداقل باید ادرار را در 10 - 15 میدان دید مورد مطالعه قرار داد البته بهتر است که تمامی لام مشاهده شود همچنین باید تمامی لبه های لام مورد مطالعه قرار گیرند چون Cast ها معمولاً در لبه های لام قرار می گیرند. مشخصات میکروسکوپی ادرار بصورت زیر گزارش می شوند:

RBC: تعداد RBC های مشاهده در تمام میدان ها را با هم جمع کرده و سپس بر تعداد میدان ها تقسیم نمائید سپس عدد بدست آمده را بصورت اعداد نزدیک به هم گزارش نمائید مثلاً بصورت 1-2، 2-3، 3-4 و در گزارش تعداد RBC ها باید این عدد با مقدار Blood گزارش شده در ادرار همخوانی داشته باشد اگر در ادرار Blood گزارش شده باشد ولی RBC مشاهده نشود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

باید در گزارش Blood بصورت Hb گزارش شود مثلاً اگر در ادرار شخص Blood +2 مشاهده شده باید بصورت Hb +2 گزارش شود .

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 6	WI-LS-2-B

WBC : تعداد WBC ها هم مانند RBC گزارش می شود .

Epithelial Cells : این سلول ها هم مانند RBC و WBC گزارش می شوند

Cast : Cast ها نیز بصورت عددی گزارش می شوند البته Cast ها انواع مختلفی دارند که باید نوع آنها نیز مشخص شود Cast ها شامل موارد زیر هستند :

WBC , RBC , Waxy , Cellular , Fatty , Granular , Hyaline

Crystals : کریستال ها انواع مختلفی دارند که در گزارش باید نوع آنها تعیین شود از جمله :

Calcium , Amorphus Phosphate , Amorphus Urate , Ammonium biurate

Uric Acid , Triplle Phosphate , Oxalate Calcium Phosphate و سیستئین کریستال ها بصورت زیر گزارش می شوند

Few : وقتی که مقدار کمی کریستال در میدان ها ی دید باشد

Modrate : وقتی که نصف فیلد کریستال باشد

Many : وقتی که کل صفحه پراز کریستال باشد

Bacteria : باکتری ها نیز بصورت Few , Modrate و Many گزارش می شوند

Mucus : بصورت Few , Modrate و Many گزارش می شود

Yeast (قارچ) : بصورت Few , Modrate و Many گزارش می شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 6	WI-LS-2-B

Sperm: بصورت Few, Modrate, Many گزارش می شود

Others: سایر مواردی که ممکن است در ادرار یک شخص مشاهده شوند در قسمت Others وارد می شوند مثلاً: WBC Clamp که به تجمع WBC ها می گویند و بصورت عددی گزارش می شوند و یا پروتوزوآهای دستگاه تناسلی که گاهی در ادرار دیده می شوند مثلاً: Trichomonas Vaginalis

نحوه تعیین پروتئین:

ادرار را سانتریفوژ نموده و 3 ml از قسمت بالای نمونه بردارید و به همان حجم 3% SSA (3 ml) به آن اضافه کرده و آنرا وارونه نمائید تا مخلوط شود. سپس 10 دقیقه آنرا بی حرکت بگذارید و پس از طی 10 دقیقه دوباره وارونه نموده و در زیر نور طبیعی اتاق (نه نورلامپ) مشاهده نموده و شدت توربیدیتی یا گرآنولاسیون آنرا طبق دستور زیر گزارش نمائید:

(1 Negative): هیچ گونه کدورتی مشاهده نمی شود (تقریباً 5 mg/dl و یا کمتر)

(2 Trace): توربیدیتی جزئی (تقریباً 20 mg/dl)

(3 +): توربیدیتی واضح اما بدون هیچ گونه گرآنولیشن (تقریباً 50 ml/dl)

(4 +): توربیدیتی همراه با گرآنولیشن اما بدون Flocculation (تقریباً 200 (5 mg/dl) 3+ : توربیدیتی همراه با گرآنولیشن و Flocculation (تقریباً 500 (6 mg/dl) 4+ : کلامپ هایی از پروتئین رسوب شده یا یک توده رسوب شده (تقریباً 1 g/dl)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	6 از 6	WI-LS-2-B

منبع : کتاب Edition 21، Henry 2007

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مردی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-2-C

هدف:

انجام روشهای استاندارد تستهای سرولوژی در راستای کمک به تشخیص پزشک در روند درمان بیمار و افزایش ایمنی بیمار

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش سرولوژی

تعاریف:

سرم لیپمیک: سرم حاوی لیپید که رنگ سرم شیری است
سرم همولیز: سرمی که رنگ آن به دلیل پاره شدن گلبولهای قرمز متمایل به قرمز است
کیت CRP: کیتی که به واسطه آن میتوان عفونت را تا حدودی در بیمار مشخص کرد
کیت RF: کیتی که به واسطه آن میتوان بیماری روماتیسم را تا حدودی در بیمار تشخیص داد
کیت ASO: کیتی که به وسیله آن میتوان وجود استرپتولیزین O را در بیمار تعیین کرد
کیت WRITH: کیت تشخیص بیماری تب مالت
کیت WIDAL: کیت تشخیص بیماری حصبه

مسئولیت ها و اختیارات:

مسئول فنی آزمایشگاه: کنترل کیفی آزمایشات سرولوژی

مسئول آزمایشگاه: نظارت برانجام آزمایشات سرولوژی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-2-C

پرسنل آزمایشگاه: انجام آزمایشات سرولوژی

روش کار:

- 1- تحویل گروهی نمونه ها از نمونه گیری هریک ساعت همراه با لیست مربوط به بخش و چک کردن وجود یا عدم وجود هر یک از نمونه ها و مطابقت دادن با لیست و در صورت عدم وجود نمونه مورد حتما پی گیری و به سوپر وایزر اطلاع داده شود و ضمناً در فرم مربوطه (نامطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت و نهایتاً قرار دادن نمونه ها در درب یخچال شماره 1 در ردیف سرولوژی تا لحظه انجام آزمایش
- 2 - خارج کردن محلول ها نیم ساعت قبل از شروع انجام کار از یخچال شماره 1 تا به دمای محیط برسد
- 3 - چک کردن تاریخ انقضای تمام محلول های مورد استفاده
- 4 - در صورت باز کردن کیت جدید نام کیت باید در لیست مربوطه قید شود و تمام اصول مربوط به باز کردن که به شرح زیر است رعایت گردد :
الف) وارد کردن نام و شرکت سازنده کیت
ب) وارد کردن شماره سری ساخت و تاریخ انقضای کیت
ج) چک خود محلول که یک دست باشد و هیچ اگلوتینه ای نداشته باشد
د) چک کردن محلول به وسیله کنترل مثبت و منفی خود کیت و کنترل های مثبت و منفی کیت قبل
ه) چک کردن محلول های کنترل مثبت و منفی کیت جدید با محلول های کیت قبلی
و) چک کردن محلول های کیت جدید به وسیله ی سرم های مثبت و منفی نگهداری شده در فریزر، به عنوان کنترل سرم مثبت و منفی
ی) وارد کردن تاریخ باز کردن کیت در دفتر ثبت تاریخ بر روی خود محلول
- 5 - خارج کردن تمام سرم ها از درب یخچال شماره 1 و چیدن و مرتب کردن آنها از روی شماره و سپس گرفتن لیست و شماره زدن و مطابقت دادن آن با لیست
- 6 - چک کردن تمام سرم ها از نظر کیفیت (همولیز، لیپمیک، فیبرین) و کمیت و در صورت عدم تایید ورد نمونه مورد باید حتما در فرم مربوطه (نامطبق، اصلاحی و پیشگیرانه) ثبت و مورد به سوپر وایزر اطلاع داده شود تا هماهنگی های لازم انجام شود.

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-2-C

7-- شروع انجام تست ها مطابق SOP مربوط به تست های بخش سرلوژی .

• مستندات :

در SOP مربوطه ثبت شده است

منابع / مراجع: مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاههای پزشکی (دکتر حسین دارآفرین)

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 4	WI-LS-2-D

هدف:

به منظور انجام روش های استاندارد در بخش میکروب شناسی و آنالیز ادرار و مدفوع و افزایش سطح رضایتمندی بیماراندو کمک به اقدامات دارویی و درمانی مناسب برای بیمار، آزمایشگاه نمیهیداتی به شرح زیر به کار گرفته است .

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه- بخش میکروب شناسی

تعاریف:

محیط های مغذی برای رشد میکروبیها : CHOCOLATE و BLOOD AGAR و EMB محیط کشت

لوپ: ابزار استاندارد برداشتن نمونه ادرار جهت کشت

مسئولیت ها و اختیارات :

پرسنل آزمایشگاه:مسئول انجام آزمایش میکروب شناسی ،ادرار و مدفوع

مسئول آزمایشگاه: مسئول نظارت بر انجام آزمایشات میکروب شناسی

روش کار:

- پرسنل شیفت صبح آزمایشگاه در بخش میکروب شناسی آزمایشگاه فعالیت می کنند
- پرسنل فعال در بخش میکروب شناسی آزمایشات قابل انجام در این بخش را بر روی نمونه های مختلف شامل - Blood – Stool- Urin و ترشحات مختلف بدن بیمار را انجام می دهد .
- پرسنل بخش در خواست انجام نمونه و نوع آزمایش را از طریق سیستم HIS ثبت می کنند .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 4	WI-LS-2-D

- منشی بخش بستری بیمار یا همراه بیمار نمونه های بیمار را به آزمایشگاه ارسال می کنند .
- پرسنل بخش میکروب شناسی حجم نمونه مورد آزمایش را بررسی می کنند و در صورت مشاهده هر گونه کمبود و مغایرت با بخش مورد نظر جهت ارسال نمونه مجدد به آزمایشگاه تماس میگیرند
- پرسنل بخش میکروب شناسی جهت انجام کشت نمونه های مختلف از لوپ میکروب شناسی استاندارد که صحت حجم آن قبلاً توسط پرسنل مسئول کنترل کیفی تجهیزات مورد تأیید قرار گرفته است استفاده می نماید
- پرسنل بخش میکروب شناسی جهت انجام آزمایش کشت ادرار لوپ را توسط شعله چراغ گاز استریل می کند و اجازه می دهد لوپ سرد شده سپس نمونه مورد نظر را مخلوط نموده ، لوپ را به طور عمودی داخل نمونه کرده و سپس روی محیط های EMB و BLOOD AGAR کشت می دهند .
- پرسنل بخش میکروب شناسی جهت کشت مایعات بدن و یا کشت لوله تراشه از محیطهای EMB و BLOOD AGAR و CHOCOLATE و برای کشت زخم قبل از استفاده از محیطهای مذکور از محیط انتقالی تایو گلیکولات استفاده میکنند
- پرسنل بخش میکروب شناسی محیط های کشت را به مدت 24 ساعت داخل انکوباتور 37 درجه سانتی گراد قرار می دهد و روز بعد کشت های انجام شده را از نظر رشد یا عدم رشد مورد بررسی قرار می دهد .
- پرسنل بخش میکروب شناسی ، چنانچه رشدی روی محیط های کشت مشاهده نکند تحت عنوان No growth به بخش پرستاری گزارش می دهد
- پرسنل بخش میکروب شناسی چنانچه روی محیط های کشت رشدی مشاهده کنند ، بسته به اینکه gr^{+} باشد یا gr^{-} تستهای افتراقی مربوطه جهت مشخص نمودن نوع میکروب رشد یافته را می گذارد و به مدت 24 ساعت دیگر آنها را در دما 37 درجه قرار می دهد
- پرسنل بخش میکروب شناسی ، همچنین موظف است آنتی بیوگرام مناسب را طبق سن بیمار و نوع نمونه بیمار و نوع میکروب رشد یافته گذاشته و 24 ساعت آنرا در انکوباتور در دمای 37 درجه قرار می دهد .
- پرسنل بخش میکروب شناسی بعد از 24 ساعت نوع میکروب رشد یافته را با توجه به تستهای افتراقی و همچنین نوع آنتی بیوتیک های مناسب را از نظر حساسیت یا مقاومت به دارو در دفتر میکروب شناسی در مقابل اسم بیمار می نویسد
- پرسنل آزمایشگاه هنگام مراجعه بیمار برای تحویل جواب ، گزارش نوع میکروب و آنتی بیو گرام را به بیمار مورد نظر ارائه میدهند .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 4	WI-LS-2-D

بخش انگل شناسی و آنالیز ادرار :

- پرسنل آزمایشگاه نمونه ادرار و مدفوع را از بیمار تحویل می گیرد
 - پرسنل آزمایشگاه آزمایشات مورد نظر را در سیستم HIS تایید می نماید
 - پرسنل آزمایشگاه جهت انجام تستهای میکروسکوپی نمونه ادرار از نوار ادراری استفاده می کند .
 - پرسنل آزمایشگاه جهت انجام تستهای میکروسکوپی نمونه ادرار ، حداقل 10 سی سی از نمونه ادرار را داخل لوله ریخته و آنرا به مدت 10 دقیقه در دور 1500 سانتریفیوژ می کند
 - پرسنل آزمایشگاه ته نشین نمونه را جهت بررسی وجود سلولهای ادراری نگاه می کند
 - پرسنل آزمایشگاه تست OB را روی نمونه مدفوع جهت بررسی وجود خون مخفی انجام می دهد
 - پرسنل آزمایشگاه مقداری از نمونه مدفوع را با سرم فیزیولوژی مخلوط کرده و جهت وجود انگل و عفونت نمونه را زیر میکروسکوپ بررسی می کند
 - پرسنل آزمایشگاه جواب آزمایش ادرار و مدفوع را در دفتر ثبت می کند
 - منشی آزمایشگاه جواب آزمایش نوشته شده در دفتر را در کامپیوتر ثبت و جوابدهی می کند
 - مسئول فنی آزمایشگاه جواب آزمایش ادرار و مدفوع را بررسی کرده و پس از تأیید نهایی آنرا به منشی آزمایشگاه تحویل میدهد
 - پرسنل آزمایشگاه جواب بیمار را در باکس مخصوص جهت تحویل قرار میدهد
- منابع / مراجع:** میکروبیولوژی دکتر محمد کریم رحیمی - (بیوشیمی ادرار) سیستو یورین گراف

مستندات: در SOP مربوطه ثبت شده است



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 4	WI-LS-2-D

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 6	WI-LS-2-E

هدف:

به منظور انجام روش های استاندارد هماتولوژی و با هدف کمک به پزشک در امر تشخیص بیماری و ارتقاء ایمنی بیمار آزمایشگاه دستگاه هماتولوژی با کیفیت مناسب را تهیه نموده است و پرسنل آموزشهای لازم جهت کار با دستگاه را دیده اند .

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش هماتولوژی .

تعاریف:

CBC: شمارش سلولهای خونی .

PT/PTT: تستهای انعقاد خون.

Retic: شمارش گلبولهای قرمز حاوی رشته های RNA .

G6PD: اندازه گیری آنزیم گلوکز 6 فسفات دهیدروژناز آنزیم احیا کننده گلبولهای قرمز.

ESR: آزمایش میزان رسوب گلبولهای قرمز که تا حدودی مبین میزان عفونت است .

مسئولیت ها و اختیارات :

پرسنل بخش هماتولوژی: مسئول انجام تستهای هماتولوژی

پرسنل بخش هماتولوژی: مسئول انجام کنترل کیفی هماتولوژی

مسئول بخش هماتولوژی: مسئول محاسبه مقادیر مرتبط با کنترل کیفی هماتولوژی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 6	WI-LS-2-E

مسئول آزمایشگاه: مسئول نظارت بر انجام تستها و کنترل کیفی روزانه هماتولوژی .

روش کار:

1 - تست های این بخش شامل سه زیر مجموعه می باشد:

- (A) CBC و تست های متفرقه که روی نمونه CBC انجام می شود مانند Retic و G6PD و کومبس مستقیم و گروه خون و ...
- A-1 (تحویل نمونه ها هر یک ساعت همراه با لیست مربوط از نمونه گیر و چک کردن و مطابقت دادن نمونه ها با لیست و در صورت عدم وجود نمونه، مورد را پیگیری کند و نمونه ها را تا لحظه انجام در یخچال شماره 1 قرار دهد.
- A-2 آماده کردن دستگاه sysmex Kx-21N مطابق دفترچه sop مربوط به دستگاه های آزمایشگاه.
- A-3 بیرون آوردن نمونه خون کنترل از یخچال STOCK و آماده کردن آن مطابق بروشور نمونه خون کنترل که در ابتدای دفتر کنترل کیفی هماتولوژی چسبانده شده است.
- A-4 دادن نمونه کنترل به دستگاه و وارد کردن نتایج در برنامه آمار و کنترل کیفی و در صورت عدم وجود خطا، شروع کار، بر روی نمونه ها و در صورت مشاهده هر گونه خطا در پارامتر های مربوط و برنامه آمار باید اقدامات اصلاحی مربوط به آن پارامتر را به کاربرده و تا زمان بر طرف نشدن خطا از انجام تست خودداری شود و نهایتا مورد خطا همراه با اقدام اصلاحی حتما باید در دفتر نامنطبق، اصلاحی و پیگیریانه ثبت شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 6	WI-LS-2-E

A-5) نمونه ها را از یخچال بیرون آورده و بعد از 5 دقیقه mix نمونه ها، آنها را یکی یکی به دستگاه داده و نتایج را ابتدا در دفتر هماتولوژی و در پایان کار همه را وارد کامپیوتر می کنیم.

A-6) در حین انجام CBC ها کلیه اصول مندرج در دفتر SOP تست های هماتولوژی رعایت شود.

A-7) پس از اتمام CBC ها، تست های متفرقه ثبت شده روی Lable بیمار مطابق دفترچه SOP هماتولوژی انجام شود و نتایج در دفتر ثبت و سپس وارد کامپیوتر شود.

A-8) در پایان، میز کار را مرتب و دستگاه را با محلول Clean شستشو داده و دستگاه را طبق SOP دستگاه Sysmex KX21-N ، Auto Rinse نموده و خاموش می کنیم. نمونه ها را برای مدت 48 ساعت در یخچال شماره 1 (یخچال کیت های مصرفی) ذخیره و پس از این مدت نمونه ها را مطابق راهنمای SOP دفع زباله های آزمایشگاهی اوت می کنیم.

ESR(B)

B-1) تحویل نمونه ها هریک ساعت یکبار از نمونه گیر همراه با لیست مربوط و چک آنها با لیست و اطمینان از وجود همه آنها.

B-2) روشن و آماده کردن دستگاه.

B-3) مخلوط کردن صحیح نمونه ها و قرار دادن آنها به ترتیب شماره در جایگاه مشخص دستگاه و ثبت نام آنها در دفتر ESR.

B-4) پس از 33 دقیقه نتایج روی صفحه دستگاه نمایان می شود، نمونه ها را بیرون آورده و اعداد مربوطه را در دفتر و سپس در کامپیوتر ثبت می کنیم.

B-5) نمونه ها را در ظرف مخصوص کنار دستگاه قرار می دهیم تا در پایان شیفت توسط پرسنل خدمات شسته شوند.(ذخیره نمونه های ESR لزومی ندارد).

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 6	WI-LS-2-E

B-6) هر چند روز یکبار چک کردن ESR به صورت دستی و دستگاهی و وارد کردن نتایج در برنامه کنترل کیفی و ارزیابی نتایج وارد شده و اطمینان از دقت دستگاه.

(C) تست های انعقاد PT و PTT و فیبرینوژن

C-1) مسئول بخش هماتولوژی موظف است نمونه های مربوطه را هر یک ساعت همراه با لیست مربوطه از نمونه گیری تحویل، اسامی نمونه ها را با لیست مطابقت داده و پس از مطمئن شدن از وجود همه آنها تست ها را در اسرع وقت و اورژانسی، مطابق بروشور کیت ها و دفترچه راهنمای SOP تست های هماتولوژی انجام دهد. بهتر است نمونه های مربوط به تست های انعقادی در فریزر و یا حتی در یخچال گذاشته نشود و سریع و روی نمونه تازه انجام گیرد.

C-2) چک کردن آب بن ماری که اولاً به اندازه ی کافی باشد ثانیاً دمای آن 37 سانتی گراد باشد و ثالثاً تمیز باشد (کلیه اصول کار با بن ماری در دفترچه SOP دستگاه های آزمایشگاه ذکر شده است).

C-3) بیرون آوردن محلول های لازم از درب یخچال شماره 1 و کنترل ها از فریزر 40- درجه سانتی گراد تا به دمای محیط برسند.

C-4) مسئول بخش باید کار خود را با گذاشتن تست های مربوطه روی کنترل ها شروع کند و سپس جوابهای کنترل را وارد بخش آمار کامپیوتر نماید و در صورت تأیید کامل، کار خود را روی نمونه های بیماران آغاز نماید و در صورت مشاهده هر گونه خطا باید در صدد اقدامات اصلاحی که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود برآید:

-چک دمای بن ماری که باید 37 درجه سانتی گراد باشد.

-چک سمپلرها که حتماً کالیبر و تنظیم شده باشند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 6	WI-LS-2-E

-چک لوله ها و سر سمپلرها که حتما باید نو باشند.

-چک محلول ها و در صورت نیاز ویال جدید محلول ساخته شود.

در صورت نیاز ساختن کنترل جدید و...

C-5) بعد از انجام اقدامات اصلاحی مسئول موظف است کار خود را مجدداً با انجام تست روی کنترل چک کند و فقط در صورتی اجازه دارد کار خود را روی نمونه بیماران آغاز کند که با وارد کردن کنترل در قسمت آمار و کنترل کیفی با مشکلی مواجه نشود و خطایی نداشته باشد (اعداد مورد انتظار و قابل قبول کنترل در برگه مربوطه که داخل کیت موجود بوده و ابتدای دفتر تست های انعقادی چسبانده شده موجود می باشد). لازم به ذکر است که مورد خطا و اقدام اصلاحی انجام شده ی متعاقب آن حتماً باید در فرم نامنطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت شود.

C-6) سپس مسئول باید Work List گرفته و نمونه ها را مرتب و شماره گذاری نماید و تست ها را انجام و سپس جوابها را ابتدا در Work List و سپس در کامپیوتر وارد نماید و پس از اتمام کار یک ناقصی کلی از بخش گرفته و در صورت نبودن نمونه بیمار، مورد را سریعاً به سوپر وایزر اطلاع دهد تا اقدامات مربوط انجام گیرد و در ضمن مورد را به همراه اقدام اصلاحی انجام شده در فرم نامنطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت نماید.

C-7) مسئول موظف است جوابهای قرار گرفته شده در محدوده بحرانی را ((با توجه به جدول محدوده بحرانی موجود در قسمت هماتولوژی)) در دفتر مربوطه ثبت و مورد را سریعاً به سوپر وایزر اطلاع دهد.

C-8) پس از پایان کار محلول ها را در درب یخچال شماره 1 (یخچال کیت های مصرفی) قرار داده و نمونه های انجام شده را به مدت 48 ساعت در یخچال شماره 1 ذخیره نموده و پس از این مدت مطابق SOP اوت زباله های آزمایشگاهی اقدام شود.

2 - در هر یک از قسمت های A,B,C باید تاریخ و ساعت شروع، نام کاربر، وضعیت دستگاهها و سیستم در ابتدا و حین و انتهای کار، ساعت خاتمه کار در دفتر Log book ثبت شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در در بخش هماتولوژی انجام می شود .

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	6 از 6	WI-LS-2-E

3- در صورت بروز هر گونه نقص فنی در سیستم با مهندس دستگاه جهت برطرف شدن مورد تماس گرفته و هماهنگی می کنیم. سه دفتر در این زمینه باید تکمیل گردد که به شرح زیر می باشد:

a- دفتر درخواست تعمیر، سرویس و کالیبراسیون دستگاه که توسط مسئول بخش پر می شود.

کنترل کیفی قبل از انجام کار و حین کار:

در این خصوص به طرح کیفیت بیوشیمی موجود در آزمایشگاه که جهت کنترل کیفی بخش بیوشیمی از تمامی لحاظ تدوین و اجرایی می باشد مراجعه نمائید.

به طور اخص به قوانین بررسی صحت از جمله منحنی های لوی جنینگ و قوانین وست گارد مراجعه نمائید.

مستندات مرتبط :

در SOP مربوطه ثبت شده است

منابع / مراجع:

مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاه های پزشکی (دکتر حسین دارآفرین)

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 4	WI-LS-3-A

هدف:

کنترل کیفی در آزمایشگاه تجزیه ادرار شامل کنترل کیفی نوارهای ادراری، دستگاه رفاکتومتر ، سرعت چرخش و زمان سانتریفوژ، استفاده از معرف های دارای تاریخ مصرف و شیوه جمع آوری ادرار می باشد. هدف از کنترل کیفی در این بخش ارتقاء کیفیت جهت کمک به تشخیص پزشک در روند درمان بیمار و ارتقا ایمنی بیمار می باشد.

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه –بخش بیوشیمی ادرار

روش کار:

کنترل کیفی نوارهای ادراری :

برای نیل به این هدف نمونه ادرار با کنترل پائین ، کنترل بالا و کنترل منفی به شرح زیر تهیه می گردد :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 4	WI-LS-3-A

کنترل منفی	کنترل بالا	کنترل پائین	
5 گرم	10 گرم	5 گرم	کلرور سدیم
5 گرم	10 گرم	5 گرم	اوره
-	0/5 گرم	0/5 گرم	کراتی نین
-	15 گرم	3 گرم	گلوکوز
-	35 سی سی	5 سی سی	آلبومین گاوی مورد استفاده در بانک خون
-	-	100 میکرولیتر	خون کامل
-	2 سی سی	-	استون
-	5 سی سی	5 سی سی	کلروفرم
1000 سی سی	1000 سی سی	1000 سی سی	آب مقطر

مواد فوق باید از درجه آنالیتیکال (Analytical grade) باشند . در ضمن کنترل ها به مدت 6 ماه در ظرف قهوه ای پایدار هستند .
بازدن نوار ادرار در کنترل ها گزارش باید بصورت زیر باشد :

PH	پروتئین	گلوکوز	کتون	خون	وزن مخصوص
5	+3	+2	-	متوسط	1/009
6	+4	+3	اندک تا متوسط	-	1/026
5	-	-	-	-	1/006



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	5	1404/01/27	3 از 4	WI-LS-3-A

کنترل کیفی وزن مخصوص :

20/29 گرم پودر پتاسیم سولفیت را در آب مقطر حل کرده و حجم را به یک لیتر برسانید . این محلول دارای وزن مخصوص 1/009 می باشد .

کنترل دور و زمان سنج سانتریفوژ :

کنترل دور سانتریفوژ با تاکومتر و هر 2-3 ماه یک بار انجام می گیرد و تا 5 درصد تفاوت قابل چشم پوشی است . کنترل زمان سنج سانتریفوژ با کروномتر صورت می گیرد و تا 10 درصد تفاوت قابل چشم پوشی است و در صورت مشاهده تفاوت بیشتر احتیاج به سرویس دستگاه می باشد .

انجام Protein BenceJonse

جمع آوری نمونه : مقدار 10-15 cc ادرار

مواد و لوازم مورد نیاز :

1- بن ماری جوش

2- لوله آزمایش



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 4	WI-LS-3-A

مواد و لوازم مورد نیاز :

1- بن ماری جوش

2- لوله آزمایش

روش انجام آزمایش:

اساس این آزمایش بر رسوب پروتئین بنس جونز در دمای 40-60 درجه و سپس حل شدن دوباره آن در نزدیکی دمای 100 درجه می باشد. برای این کار یک لوله را از ادرار بیمار پر کرده و در داخل بن ماری که دمای آن بین 40-60 درجه است قرار دهید سپس چند دقیقه صبر نموده تا تبادل گرمایی صورت گرفته و دمای ادرار با دمای بن ماری یکسان شود. در این مرحله ممکن است در ته لوله رسوباتی ایجاد شود سپس دمای بن ماری را روی 100 درجه تنظیم کرده و تا حدی که به حالت جوش برسد لوله را مرتباً از نظر از بین رفتن رسوب ته لوله چک کنید اگر در این مرحله رسوبات از بین بروند نشان دهنده وجود پروتئین بنس جونز در ادرار می باشد. البته در مواردی که مقدار این پروتئین خیلی زیاد باشد ممکن است در مرحله دوم همه رسوب حل نشود که باعث False Negative شدن نتایج می شود که بهتر است ادرار را رقیق نموده و دوباره آنرا تکرار کنید.

در مرحله اول یعنی وقتی که دما بین 40-60 درجه است ممکن است دیگر گلوبولین ها نیز رسوب نموده و باعث False Positive شدن واکنش گردند که البته این گلوبولین ها در 100 درجه باز هم بصورت رسوب باقی می مانند

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان
		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه کنترل کیفی بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-3-B

❖ هدف:

آزمایشگاه به منظور بهبود کیفیت نتایج آزمایشات بیوشیمی و اطمینان از جوابهای حاصله و با هدف ارتقاء ایمنی بیمار قبل از دادن نمونه های بیوشیمی به دستگاه ، دستگاه را با کنترل های موجود ارزیابی می کند .

❖ دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش بیوشیمی

❖ تعاریف:

دستگاه اتوآنالیزور Bs-200: دستگاه اندازه گیری مقادیر تستهای بیوشیمی خون
کنترل N و P: پودر لیوفلیزه که از قبل آماده سازی شده و جهت کنترل عملکرد دستگاه بکار میرود
قوانین وست گارد: به منظور احتمال تشخیص خطا و کاهش موارد کاذب نتایج قوانین چند گانه توسط وست گارد ارائه گردید، این قوانین به صورتی طراحی شده اند که ضمن حساس بودن به خطاهای تصادفی و سیستم میزان رد کاذب را به کمتر از 1% میرساند خلاصه قوانین به شرح زیر میباشد:

12s: یک کنترل خارج از محدوده $2SD$ + به معنای هشدار می باشد

13s: یک کنترل خارج از محدوده $3SD$ + به معنای رد نتایج می باشد

22s: دو خواننده متوالی همسو و خارج از محدوده $2SD$ + به معنای رد نتایج می باشد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه کنترل کیفی بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-3-B

R4s: یک خوانده کنترل خارج از $2SD$ + و دیگری خارج از $SD2$ - به معنای رد نتایج می باشد.

4s: خوانده متوالی و همسو خارج از محدوده $1SD$ + و یا $1SD$ - به معنای رد نتایج می باشد.

10:10X: خوانده متوالی در یک طرف میانگین باعث رد نتایج می گردد.

❖ مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول تهیه نمودارهای لوی جنینگ: مسئول بخش بیوشیمی

مسئول کنترل کیفی روزانه بیوشیمی: پرسنل بخش بیوشیمی

مسئول نظارت بر کنترل کیفی روزانه بیوشیمی: مسئول بخش بیوشیمی و مسئول آزمایشگاه

روش کار:

پرسنل بخش بیوشیمی ابتدا کنترل های Normal , High را به منظور چک دستگاه آماده می کند بدین صورت که به پودر لیزو فلیزه خریداری شده از قبل 5 سی سی آب مقطر اضافه می کند و حدود 40 دقیقه در دمای اتاق می گذارد و سپس از هر کدام 500 لاند بر می دارد و مابقی فریز می شود .

- مسئول بخش بیوشیمی قوانین و ست گارد را به پرسنل آموزش می دهد
- مسئول بخش بیوشیمی نمودارهایی تحت قوانین وست گارد را بصورت ماهانه از قبل تهیه می کند
- پرسنل بخش بیوشیمی دستگاه اتو آنالیزور BS-200 را روشن می کند و شستشوی روزانه را به دستگاه می دهد
- مسئول بخش بیوشیمی کنترل های N. P مذکور را به دستگاه می دهد و منتظر قرائت جواب تستها می ماند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه کنترل کیفی بیوشیمی انجام می شود.

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-3-B

- پرسنل بخش بیوشیمی هنگامیکه حاضر شدند آنها را در نمودارهایی لوی تحت قوانین وست گارد می گذارد و با قوانین وست گارد مطابقت می دهد
- پرسنل بخش بیوشیمی طبق قانون اگر جوابها در محدوده نرمال بود ، تستهای بیماران را به دستگاه می دهد در غیر اینصورت ایراد دستگاه با کالیبر ، تغییر فاکتور و یا تکرار تست مربوطه را رفع می کند .
- پرسنل بخش بیوشیمی جهت بر طرف نمودن ایراد در دستگاه ابتدا خطای دستگاه را از نظر سیستماتیک و تصادفی بودن بررسی می کند و سپس با کالیبره کردن دستگاه یا تغییر فاکتور به عدد مطلوب در نمودارهای لوی جینک می رسد .
- پرسنل بخش بیوشیمی پس از اطمینان کامل از نمودارها ، تستهای بیماران را به دستگاه می دهد
- پرسنل آزمایشگاه در مورد آزمایش Na, k قبل از دادن تستها به دستگاه ، ابتدا شستشوی روزانه شامل دادن Deprotein, Na Adjust را به دستگاه می دهد و سپس با کنترلهای تهیه شده از قبل چک می کند .
- پرسنل آزمایشگاه در صورتیکه جواب کنترل Na, k در محدوده نرمال بود تستها را به دستگاه می دهد در غیر اینصورت دستگاه را کالیبر می کند و پس از اطمینان از جوابهای کنترل آنها را به دستگاه می دهد .

❖ منابع / مراجع

مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاههای پزشکی (دکتر حسین دارآفرین)

مستندات : در دفاتر مربوطه ثبت شده است.

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت آزمایشات سرولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-3-C

هدف:

آزمایشگاه برای اطمینان از صحت جوابهای آزمایشات سرولوژی کیتهای آزمایشات سرولوژی را قبل از انجام آزمایش کنترل کیفی می نماید .

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش سرولوژی

تعاریف :

سرم لیپمیک: سرم حاوی لیپید که رنگ سرم شیری است
سرم همولیز: سرمی که رنگ آن به دلیل پاره شدن گلبولهای قرمز متمایل به قرمز است
آگلوتیناسیون: واکنش آنتی ژن و آنتی بادی که بصورت ذرات سفید رنگ پدیدار میشود
مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول آزمایشگاه: نظارت برانجام کنترل کیفی کیتهای سرولوژی

مسئول سرولوژی: انجام امور کنترل کیفی کیتهای سرولوژی

پرسنل آزمایشگاه: نظارت و کنترل نمونه های ارسالی از بخش های بستری بیمار

روش کار:

- پرسنل آزمایشگاه مشخصات بیمار را با درخواست در سیستم HIS مطابقت می دهد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت آزمایشات سرولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-3-C

- پرسنل آزمایشگاه در صورت عدم تطابق نمونه بیمار با درخواست بیمار جهت ارسال نمونه مجدد با بخش تماس می گیرد

- پرسنل شیفت آزمایشگاه در مدت زمان کوتاه نمونه های بیمار را جهت سرم گیری سانتریفیوژ می کند
- پرسنل بخش سرولوژی نمونه سرم بیمار را از نظر لپمیک و همولیز بودن بررسی می کند
- پرسنل بخش سرولوژی در صورت ارسال نمونه لپمیک و همولیز از بخش درخواست نمونه مجدد می کند .
- پرسنل بخش سرولوژی از آنتی ژنهای مورد تأیید آزمایشگاه مرجع سلامت جهت انجام آزمایشات سرولوژی استفاده می کند
- پرسنل بخش سرولوژی قبل از انجام آزمایش سوسپانسیون آنتی ژنی را جهت یکنواخت شدن به آرامی تکان می دهد
- پرسنل بخش سرولوژی جهت انجام آزمایشات آنتی ژنها را در دمای اتاق می گذارد تا به دمای اتاق برسند
- مسئول بخش سرولوژی جهت کنترل کیفی آنتی ژنها آنها را با نمونه های مثبت و منفی از قبل تهیه شده مجاور می کند و نتیجه آگلوتیناسیون را بررسی می کند .
- مسئول بخش سرولوژی در صورت مشاهده نتیجه معکوس در جواب آزمایشات کنترل کیفی آنتی ژنها آنها را دور می ریزد
- مسئول بخش سرولوژی آنتی ژنهای مورد نیاز در این بخش را از قبل با کنترلهای مثبت و منفی مجاور می کند و نتایج را در دفتر مخصوص نوشته آنتی ژنها را برای کار آماده میکند
- پرسنل بخش سرولوژی جهت مشاهده آگلوتیناسیون در جواب آزمایشات از نور مناسب استفاده می
- پرسنل بخش سرولوژی در انجام آزمایشات رایت لوله ای جهت جلوگیری از تبخیر مخلوط داخل لوله ها در زمان انکوباسیون درب لوله ها را با پارا فیلم می بندد .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت آزمایشات سرولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-3-C

- پرسنل بخش سرولوژی پس از اطمینان از کیت‌های موجود تست‌های بیماران را با همان کیت‌ها و Ag های درون آن انجام می‌دهد
- پرسنل بخش سرولوژی پس از اطمینان از جواب‌ها آنها را به پذیرش آزمایشگاه تحویل می‌دهد
- پذیرش آزمایشگاه جواب آزمایشات را در کامپیوتر ثبت می‌کند .

- مستندات: در دفاتر مربوطه ثبت شده است

- منابع / مراجع: تجربه بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-3-D

هدف:

آزمایشگاه برای اطمینان از صحت جوابهای آزمایشات سروولوژی کیتهای آزمایشات سروولوژی را قبل از انجام آزمایش کنترل کیفی می نماید .
دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش سروولوژی

تعاریف :

سرم لیپمیک: سرم حاوی لیپید که رنگ سرم شیری است
سرم همولیز: سرمی که رنگ آن به دلیل پاره شدن گلبولهای قرمز متمایل به قرمز است
آگلوتیناسیون: واکنش آنتی ژن و آنتی بادی که بصورت ذرات سفید رنگ پدیدار میشود

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول آزمایشگاه: نظارت برانجام کنترل کیفی کیتهای سروولوژی

مسئول سروولوژی: انجام امور کنترل کیفی کیتهای سروولوژی

پرسنل آزمایشگاه: نظارت و کنترل نمونه های ارسالی از بخش های بستری بیمار

روش کار:

- پرسنل آزمایشگاه مشخصات بیمار را با درخواست در سیستم HIS مطابقت می دهد
- پرسنل آزمایشگاه در صورت عدم تطابق نمونه بیمار با درخواست بیمار جهت ارسال نمونه مجدد با بخش تماس می گیرد
- پرسنل شیفت آزمایشگاه در مدت زمان کوتاه نمونه های بیمار را جهت سرم گیری سانتریفیوژ می کند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-3-D

- پرسنل بخش سرولوژی نمونه سرم بیمار را از نظر لیمیک و همولیز بودن بررسی می کند
- پرسنل بخش سرولوژی در صورت ارسال نمونه لیمیک و همولیز از بخش درخواست نمونه مجدد می کند .
- پرسنل بخش سرولوژی از آنتی ژنهای مورد تائید آزمایشگاه مرجع سلامت جهت انجام آزمایشات سرولوژی استفاده می کند .
- پرسنل بخش سرولوژی قبل از انجام آزمایش سوسپانسیون آنتی ژنی را جهت یکنواخت شدن به آرامی تکان می دهد .
- پرسنل بخش سرولوژی جهت انجام آزمایشات آنتی ژنها را در دمای اتاق می گذارد تا به دمای اتاق برسند.
- مسئول بخش سرولوژی جهت کنترل کیفی آنتی ژنها آنها را با نمونه های مثبت و منفی از قبل تهیه شده مجاور می کند و نتیجه آگلوتیناسیون را بررسی می کند .
- مسئول بخش سرولوژی در صورت مشاهده نتیجه معکوس در جواب آزمایشات کنترل کیفی آنتی ژنها آنها را دور می ریزد .
- مسئول بخش سرولوژی آنتی ژنهای مورد نیاز در این بخش را از قبل با کنترلهای مثبت و منفی مجاور می کند و نتایج را در دفتر مخصوص نوشته آنتی ژنها را برای کار آماده میکند.
- پرسنل بخش سرولوژی جهت مشاهده آگلوتیناسیون در جواب آزمایشات از نور مناسب استفاده می کند.
- پرسنل بخش سرولوژی در انجام آزمایشات رایت لوله ای جهت جلوگیری از تبخیر مخلوط داخل لوله ها در زمان انکوباسیون درب لوله ها را با پارا فیلم می بندد .
- پرسنل بخش سرولوژی پس از اطمینان از کیتهای موجود تستهای بیماران را با همان کیت ها و Ag های درون آن انجام می دهد .
- پرسنل بخش سرولوژی پس از اطمینان از جوابها آنها را به پذیرش آزمایشگاه تحویل می دهد .
- پذیرش آزمایشگاه جواب آزمایشات را در کامپیوتر ثبت می کند .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-3-D

• **منابع / مراجع:** تجربه بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی به صورت مدون و در هر نوبت کاری

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-3-E

هدف:

آزمایشگاه برای اطمینان از صحت جوابهای آزمایشات میکروب شناسی محیطهای کشت، لوپ و دیسکهای آنتی بیوگرام را کنترل کیفی می نماید .

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – میکروب شناسی

تعاریف:

جار CO₂ دار: ظرف شیشه ای مخصوص حاوی شمع که در انکوباتور قرار می گیرد و جهت میکروبیهای بی هوازی استفاده می شود

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول آزمایشگاه : نظارت بر انجام کنترل کیفی بخش میکروب شناسی

مسئول میکروب شناسی: انجام امور کنترل کیفی محیطهای کشت

روش کار:

- مسئول بخش میکروب شناسی به منظور اطمینان از صحت ابزارها اقدام به کنترل کیفی ابزارهای پایه می کند
- مسئول بخش میکروب شناسی دو ابزار مهم در بخش میکروب شناسی به نام های لوپ و انکوباتور را کنترل کیفی می نماید
- مسئول بخش میکروب شناسی از روش های توزین و رنگ سنجی جهت کنترل کیفی لوپ استفاده می کند
- مسئول بخش میکروب شناسی جهت کنترل کیفی لوپ به روش توزین با استفاده از ترازوی بسیار حساس تغییرات وزن دیسک کاغذی را بعد از افزودن یک لوپ آب مقطر روی آن ، محاسبه می کند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی به صورت مدون و در هر نوبت کاری

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-3-E

- پرسنل بخش میکروب شناسی جهت انجام تست آنتی بیوگرام از محیط نیم مک فارلند که در طول موج 625 جذب نوری برابر با 13-11 را بایستی قرائت نماید، استفاده میکند
- پرسنل بخش میکروب شناسی روزانه حرارت انکوباتور را با دما سنج کالیبره ، اندازه گیری و در دو نوبت بر روی منحنی حرارت ثبت می کند .
- پرسنل بخش میکروب شناسی جهت کنترل کیفی محیط کشت های Blood Agar ، EMB ارسال از هر کدام یک عدد در انکوبه قرار می دهند و 24 ساعت بعد نتیجه آنرا جهت کنترل کیفی بررسی می کند.
- مسئول بخش میکروب شناسی . از سوش استف آرتوس معلوم جهت کنترل کیفی محیطهای کشت خون استفاده می کند
- پرسنل بخش میکروب شناسی از جار CO2 دار جهت کشت میکروب های بی هوازی استفاده می کنند
- پرسنل آزمایشگاه جهت اطمینان از وجود بیلی روبین در ادارا از لوگل استفاده می نمایند
- پرسنل آزمایشگاه جهت افتراق قارچ از RBC در ادارا نمونه ادارا را با آب مقطر مخلوط و نتیجه را بررسی می کند .
- پرسنل آزمایشگاه جهت تشخیص انگل انتاموباکلی از رنگ لوگل جهت رنگ آمیزی و اکوئل آن استفاده می کنند .
- پرسنل آزمایشگاه جهت تشخیص پروتئین در ادارا از اسید سولفو سالسیک استفاده می کنند
- پرسنل آزمایشگاه در صورت وجود قند در ادار بیمار ، بیمار را از نظر سابقه بیماری دیابت بررسی می کنند
- مستندات : در دفاتر مربوطه ثبت شده است

منابع / مراجع:

(مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاه پزشکی) دکتر حسین دار افین – (کنترل کیفیت در آزمایشگاههای پزشکی دکتر فریده رضی)

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی به صورت مدون و در هر نوبت کاری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-3-E

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 

عنوان دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت آزمایشات مختلف در بخش هماتولوژی و انعقاد در همه نوبتهای کاری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 2	WI-LS-3-F

هدف:

به منظور بهبود کیفیت نتایج آزمایشات هماتولوژی و اطمینان از جوابهای حاصله و با هدف ارتقاء ایمنی بیمار قبل از دادن نمونه های هماتولوژی به دستگاه سیسمکس ، دستگاه هماتولوژی را با نمونه های یک بیمار انتخابی با عنوان کنترل کیفی روزانه و دوبل و همچنین خون کنترل R&D کنترل می کند.

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه – بخش انعقاد

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول بخش هماتولوژی :مسئول ماهیانه انجام امور کنترل کیفی

پرسنل بخش هماتولوژی :مسئول روزانه انجام امور کنترل کیفی

روش کار:

مسئول بخش هماتولوژی به سایر پرسنل آموزش می دهد که چنانچه نسبت افزایش خون به ضد انعقاد EDTA متناسب باشد پارامترهای Hb,RBC,WBC,Hb و ایندکس در خون حاوی EDTA که در دمای 4درجه سانتی گراد نگهداری شده حداقل برای 24 ساعت ثابت خواهند بود .

- پرسنل بخش هماتولوژی تعداد 5نمونه که مقادیر پارامترهای آن در محدوده طبیعی است به دستگاه داده و مقادیر آن را در دفتر مخصوص کنترل ها یادداشت می کنند)می توان هر روز در یک هفته یک نمونه دار و جمعاً در آخر هفته 5نمونه بررسی شود (
- پرسنل بخش هماتولوژی نمونه را در یخچال گذاشته و روز بعد نمونه را از یخچال بیرون آورده و پس از آن که به دمای اتاق رسیدند دو مرتبه به دستگاه می دهد و مقادیر آن را یادداشت می کند .
- مسئول بخش هماتولوژی برای هر پارامتر خونی به طور جداگانه با استفاده از آزمون آماری Student test اعدای را تحت عنوان Tn محاسبه و جوابها را با هم مقایسه می کند اگر بین دو جواب اختلاف معنی داری وجود داشته باشد دستگاه از کالیبراسیون خارج و می باید اقدام به کالیبراسیون مجدد شود

:

عنوان دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت آزمایشات مختلف در بخش هماتولوژی و انعقاد در همه نوبتهای کاری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 2	WI-LS-3-F

- مسئول هماتولوژی مقدار Tn برای هر پارامتر خونی را محاسبه می کند و چنانچه مقدار Tn محاسبه شده از مقدار بحرانی 95 درصد محدوده اطمینان که در جدول آماری t یافت می شود قراتر رود اختلاف در سطح 5 درصد معنی در می شود
- برای $n=5$ مقدار t_n بحرانی با توجه به جدول t برابر 78/2 است اگر میزان t_n بیشتر از 78/2 باشد می توان با 95 درصد اطمینان داشت که اختلاف معنی داری بین داده ها وجود دارد در صورت وجود یک t معنی دار باید اقدام به رفع اشکال در کانال مربوط به آن پارامتر نمود .

منابع / مراجع

مدیریت و کنترل کیفی تجهیزات در آزمایشگاههای پزشکی (دکتر حسین دارآفرین)

مستندات مرتبط:

در دفتر مربوطه ثبت شده است

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان
		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی ، انتقال امن و ایمن نمونه ، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 6	WI-LS-4

هدف:

حصول اطمینان از نحوه صحیح ارسال نمونه از سوی آزمایشگاه های ارجاع دهنده و دریافت نتایج آزمایش از آزمایشگاه ارجاع به منظور حفظ حقوق بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات و نیز رعایت اصول ایمنی می باشد.

دامنه کاربرد:

این دستورالعمل جهت ارسال نمونه های مربوط به آزمایش هایی که در لیست آزمایشات ارجاعی قید گردیده اند و توسط آزمایشگاه های همکار قابل پذیرش و نمونه گیری بوده ولیکن به هر دلیلی (نظیر عدم وجود دستگاه ، کیت و یا عدم صرفه اقتصادی) در آزمایشگاه مبدا قابل انجام نمی باشند و به آزمایشگاه ارسال می گردند ، کاربرد دارد. از این دستورالعمل در حوزه عملکردی بخش های پذیرش ، نمونه گیری و جوابدهی استفاده می گردد.

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر آشنا با نحوه بسته بندی و انتقال امن و ایمن نمونه و...

روش کار:

1.تنظیم فرم درخواست آزمایش:

با استفاده از کامپیوتر و جستجو در بخش هایی که نمونه های ارسالی معمولاً مربوط به آنها می باشند و همچنین هماهنگی با مسئولین بخش های فنی مربوطه، لیست نمونه های ارسالی در فرم مربوطه (شماره یک)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی ، انتقال امن و ایمن نمونه ، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 6	WI-LS-4

تنظیم و ثبت گردد. (ثبت کامل و دقیق اطلاعات درخواستی در فرم مذکور توسط آزمایشگاه ارجاع دهنده جزء الزامات می باشد).

این موارد عبارتند از:

- 1- نام آزمایشگاه ارجاع دهنده
- 2- نام مسئول ارسال نمونه ها در آزمایشگاه ارجاع دهنده
- 3- تاریخ تحویل فرم به پیک آزمایشگاه ارجاع
- 4- نام بیمار (بطور کامل ، خوانا و بدون قلم خوردگی) بدیهی است این نام می بایست با نام درج شده بر روی برجسب نمونه انطباق کامل داشته باشد و چنانچه عدم انطباقی مشاهده گردد آزمایشگاه ارجاع از پذیرش نمونه معذور بوده و این نمونه به آزمایشگاه ارجاع دهنده عودت داده می شود.
- توجه : در مورد نام هایی که جنسیت بیمار را نمی توان از روی آن تشخیص داد ، لطفاً جنسیت نیز در قسمت توضیحات درج گردد .
- 5- سن بیمار : از آنجاییکه در بسیاری از موارد سن بیمار جهت تفسیر نتیجه و همچنین لحاظ نمودن موارد مربوط به کنترل و ارزیابی مهم می باشد ، لطفاً سن دقیق بیمار را در قسمت مربوطه درج نمایید.
- 6- نام آزمایش های درخواستی (بطور خوانا و بدون قلم خوردگی) : بدیهی است برای نوشتن این نام ها می بایست از اصطلاحات رایج و مرسوم و همچنین استاندارد (ترجیحاً مطابق لیست ارایه شده) استفاده نمایید . توجه و دقت آزمایشگاه ارجاع دهنده در ثبت دقیق نام آزمایش های درخواستی ، علاوه بر جلوگیری از اتلاف سرمایه و امکانات، مانع از اتلاف زمان و خسارات مرتبط با آن می گردد.
- توجه : در مورد آزمایش هایی که نام های تا حدی شبیه یکدیگر دارند ترجیحاً از نام های کامل استفاده نمایید . مثلاً بجای ASM از



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: "نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 6	WI-LS-4

Anti Smoot Muscle Ab و بجای Asm از Anti Smith Ab استفاده نمایید و یا در هنگام نگارش نام هایی مثل HBe Ab و یا HBC Ab حروف e و c را کاملاً واضح و مشخص درج نمایید.

7- نوع نمونه: از آنجاییکه بر اساس پروتکل های استاندارد شده، انجام هر آزمایشی تنها بر روی انواع خاصی از نمونه ها امکان پذیر می باشد لذا درج نوع نمونه در قسمت مربوطه علاوه بر جلوگیری از اتلاف سرمایه و امکانات، مانع از اتلاف زمان و خسارات مرتبط با آن می گردد.

توجه: منظور از نوع نمونه، عباراتی نظیر سرم، پلاسمای EDTA، پلاسمای هپارینه، پلاسمای سیترا ته، خون کامل بر روی EDTA، خون کامل بر روی هپارین، ادرار، ادرار همراه با ماده نگهدارنده (با ذکر نوع نگهدارنده)، مدفوع، مدفوع همراه با ماده نگهدارنده (با ذکر نوع نگهدارنده)، مایع مفصل، مایع پلور، مایع مغزی - نخاعی و غیره می باشد.

توجه: چنانچه برای انجام آزمایش های مربوط به یک بیمار نیاز به چند نوع نمونه مختلف باشد، ارسال و درج نوع نمونه ها الزامی است. بعنوان مثال اگر آزمایش های الکتروفورز پروتئین های سرم و ادرار برای یک بیمار درخواست می گردد، هر دو نمونه سرم و ادرار با ذکر نوع و بطور همزمان ارسال گردند.

توجه: در مورد نمونه های حجم دار نظیر انواع آزمایش های مربوط به ادرار 24 ساعته یا 12 ساعته، لازم است تا حجم دقیق نمونه بر حسب میلی لیتر در قسمت توضیحات درج گردد. بدیهی است در غیر اینصورت پس از انجام آزمایش مورد نظر نتیجه تنها بصورت «غلظت در واحد حجم» گزارش می گردد و انجام محاسبات مربوطه جهت کسب نتیجه نهایی به آزمایشگاه ارجاع دهنده واگذار می گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 6	WI-LS-4

توجه: چنانچه نوع نمونه ارسالی متناسب با آزمایش درخواستی نباشد و یا با آنچه در فرم درخواست درج گردیده است در تناقض باشد آزمایشگاه ارجاع از پذیرش نمونه معذور بوده و این نمونه به آزمایشگاه ارجاع دهنده عودت داده می شود.

8- توضیحات: این قسمت جهت درج هر گونه توضیحی که ممکن است به فرد آزمایش کننده و یا مسئول کنترل نتیجه کمک نماید در نظر گرفته شده است (توضیحاتی از قبیل جنس بیمار، دوره های مربوط به سیکل ماهیانه در بانوان، سوابق بیماری مرتبط با آزمایش درخواستی و یا حتی سوابق مربوط به آزمایش های قبلی).

نکته: در مورد نمونه هایی که بطور قطع و یقین نتیجه آزمایش های عفونی خطرناک نظیر هپاتیت B، هپاتیت C، HIV، سیفلیس و نظایر آن ها مثبت می باشد، درج این موضوع در قسمت توضیحات و همچنین برچسب روی نمونه الزامی است.

2. جداسازی و بسته بندی نمونه های ارسالی

با توجه به فرم درخواست آزمایش تنظیم شده در مرحله قبل، نمونه مورد نیاز و متناسب با آزمایش های درخواستی برای هر یک از بیماران در ظروف مناسب و با کیفیت، جدا شده و پس از گذاشتن درب مناسب در شرایط مناسب از نظر دما و محیط (مندرج در برگه های راهنما) تا قبل از زمان ارسال و تحویل به پیک نگهداری گردد.

توجه: استفاده از پارافیلیم برای بستن درب لوله های محتوی نمونه خون، سرم، پلاسما و ادرار امری است منسوخ شده و به جهت احتمال آلودگی نمونه و نشت آن به خارج از لوله در صورت استفاده از پارافیلیم، توصیه می گردد تا از درب های مناسب که برای این منظور تهیه می گردند استفاده شود.

توجه: بنا بر الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت، مسئولیت بسته بندی ایمن نمونه ها بر عهده آزمایشگاه ارجاع دهنده است و همچنین بسته بندی آزمایشگاهی باید طبق اصول صحیح و مطابق دستورالعمل مشخص و مکتوب صورت گیرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: "نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی"

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 6	WI-LS-4

فرد مسئول بسته بندی و همچنین فردی که بر مناسب بودن نحوه بسته بندی نظارت دارد باید در آزمایشگاه ارجاع دهنده مشخص شده باشد.

بسته بندی باید به نحوی باشد که ایمنی فرد انتقال دهنده (پیک)، افراد جامعه، محیط و نیز کارکنان آزمایشگاه ارجاع حفظ گردد.

توجه: جهت تسریع در کنترل نمونه های دریافتی در محل آزمایشگاه ارجاع، توصیه می گردد بر روی بسته آماده شده در محل آزمایشگاه ارجاع دهنده یک برچسب دارای نام آزمایشگاه ارجاع دهنده الصاق گردد.

3. نگهداری نمونه های جدا شده جهت ارسال تا قبل از تحویل به پیک

شرایط نگهداری نمونه ها قبل از انجام آزمایش (قبل از ارسال در آزمایشگاه های ارجاع دهنده) از جداول مربوط به آزمایش های هر بخش قابل استخراج و استفاده می باشد.

4. تحویل نمونه های ارسالی به پیک آزمایشگاه ارجاع

جهت سهولت و امنیت هر چه بیشتر مرحله انتقال نمونه های ارسالی، روش استفاده از «پیک ماشینی» انتخاب گردد. مراجعه پیک ماشینی آزمایشگاه به آزمایشگاه های ارجاع دهنده بر اساس توافق فیما بین صورت می گیرد. بدیهی است در صورت نیاز آزمایشگاه ارجاع دهنده به ارسال خارج از برنامه، این امر تنها از طریق استفاده از امکاناتی نظیر آژانس و یا پیک آزمایشگاه ارجاع دهنده امکان پذیر خواهد بود.

ارسال خارج از برنامه نمونه توسط آزمایشگاه های ارجاع دهنده در صورت رعایت ضوابط مربوط به شرایط دمایی و محیطی و



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان ولی عصر (عج) بیمارستان خرم بید
عنوان دستورالعمل: "نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی"

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	6 از 6	WI-LS-4

همچنین موارد ایمنی، در صورتیکه در زمان مناسب صورت گیرد (منظور از زمان مناسب زمانی است که نمونه های دریافتی در محل آزمایشگاه ارجاع قابل کنترل و بررسی و پذیرش و جداسازی باشند) امکان پذیر می باشد.

بر اساس الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت در مواردی که پیک آزمایشگاه ارجاع، نمونه را در محل آزمایشگاه ارجاع دهنده تحویل گرفته و انتقال نمونه بین دو آزمایشگاه بعهده آزمایشگاه ارجاع می باشد، می بایست اصول حفظ تمامیت و کیفیت نمونه و ایمنی فرد حمل کننده و محیط به دقت رعایت گردد.

پیک آزمایشگاه موظف است تا نمونه های دریافتی از آزمایشگاه های ارجاع دهنده را در حداقل زمان ممکن و در شرایط دمایی و محیطی مناسب به آزمایشگاه منتقل نماید.

منبع:

الزامات و استاندارد های آزمایشگاه

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل گزارش مقادیر بحرانی و غیر طبیعی (بیماران سرپایی)

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
----------------	---------------	-------------	------------	----



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

WI-LS-5	1 از 5	1404/01/28	1404/01/17	آزمایشگاه
---------	--------	------------	------------	-----------

1. هدف:

تسریع در فرایند درمان ، تشخیص و مراقبت از بیماران ، اعلام گزارشاتی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار و یا پزشک موجب مشکلات عدیده‌ای برای بیمار و یا اطرافیان وی گردد. ارتقاء سطح ایمنی دریافت کنندگان خدمات آزمایشگاهی

2. دامنه کاربرد:

کلیه بخش ها یی که آزمایش انجام شده در آنها دارای مقادیر بحرانی می باشد.

3. اقدامات وابسته :

3.1. دانستن مقادیر نرمال و بحرانی آزمایشات

3.2. گرفتن سابقه مراجعات قبلی بیمار به آزمایشگاه (توسط منشی آزمایشگاه)

3.3. دریافت شرح حال بیمار از مسئول پیگیری

4. دامنه عملکرد : کلیه بخش ها یی که آزمایش انجام شده در آنها دارای مقادیر بحرانی می باشد.

5. تعاریف :

5.1. Critical Values (مقادیر بحرانی): به نتیجه ای اطلاق می شود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر به سزایی در حیات بیمار و ... یا تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد. در واقع آن بخش از نتایج آزمایشگاهی که خارج از محدوده های تعریف شده استاندارد قرار گرفته اند در صورت عدم اقدام به موقع پزشک یا دیگر کارکنان بالینی مسئول در امر مراقبت و درمان بیمار به طور بالقوه تهدید کننده حیات می باشد و یا ممکن است باعث آسیب جدی به بیمار گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل گزارش مقادیر بحرانی و غیر طبیعی (بیماران سرپایی)

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	1404/01/28	2 از 5	WI-LS-5

5.2. سابقه: بررسی سوابق آزمایشات بیمار در آزمایشگاه

5.3. شرح حال: تماس با بیمار و دریافت اطلاعات بالینی در حد امکان

5.4. مقادیر غیر طبیعی: مقادیر خارج از محدوده نرمال تعریف شده در سیستم جوابدهی

5.5. بیمار سرپایی: کلیه افرادی که به جهت دریافت خدمات درمانی مراقبتی و تشخیصی به بیمارستان مراجعه کرده و فاقد پرونده پزشکی دائم یا موقت مفتوح در زمان پذیرش نمونه آزمایشگاهی میباشد.

5.6. بیمار ترخیص شده: کلیه اشخاصی که در هنگام پذیرش نمونه آزمایشگاهی در یکی از بخشهای بیمارستان بستری بوده و دارای پرونده پزشکی مفتوح میباشند. اما قبل از آماده شدن جواب، از مرکز مرخص و پرونده پزشکی آنها بسته شده است.

5.7. مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی: شخصی است که از طرف مسئول آزمایشگاه کلینیکال جهت اطلاع رسانی مقادیر بحرانی در هر شیفت کاری انتخاب میشود. در حقیقت کلیه پرسنلی که به نوعی مسئول انجام تست میباشند موظف به اطلاع رسانی مقادیر بحرانی هستند. (کلیه پرسنل بخش فنی، مسئول پذیرش و جوابدهی، مسئول شیفت)

چگونگی گزارش مقادیر بحرانی در بیماران سرپایی:

پس از آماده شدن جواب بیمار در صورت وجود مقادیر بحرانی به این صورت عمل می شود:

1. اطمینان از صحت نمونه (کنترل مجدد نام بیمار با worklist شماره پذیرش، لوله آزمایش بیمار و ...)
2. اطمینان از درستی جواب (کنترل جواب، صحت کنترل کیفی داخلی، کنترل های آزمایش، شرایط آزمایش، تکرار مجدد تست در صورت امکان)
3. بررسی سوابق



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل گزارش مقادیر بحرانی و غیر طبیعی (بیماران سرپایی)

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	1404/01/28	3 از 5	WI-LS-5

- در صورت داشتن سابقه قبلی و عدم تغییر جواب نمونه هی پاراکلینیک نسبت به دوره ی قبل، با بیمار یا خانواده تماس تلفنی گرفته میشود و شرح حال مختصری از بیمار اخذ نماید و چنانچه شرایط بیمار بر اساس شرح حال اخذ شده گویای صحت نتایج نمونه پاراکلینیک باشد از وی یا خانواده اش درخواست میشود که برای دریافت سریع آزمایش و ارائه به پزشک به آزمایشگاه مراجعه نماید.

4. در غیر این صورت از وی درخواست میشود که شرایط روز نمونه گیری را تشریح نماید چرا که ممکن است نمونه گیری صحیح نبوده باشد .

5. در صورتیکه شرح حال بیمار با مقادیر گزارش شده همخوانی ندارد ضروری است مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی از بیمار یا خانواده وی در خصوص شرایط روز نمونه گیری سؤالاتی طرح نموده و از صحت روش نمونه گیری اطمینان کسب نماید.

6. در صورتی که بررسی ها نشان داد که روش نمونه گیری یا شرایط روز نمونه گیری مناسب نبوده است ضروری است از بیمار و خانواده وی بخواهد تا بصورت حضوری به آزمایشگاه مراجعه نماید.

7. همچنین موظف است جهت کسب اطمینان از درک صحیح اهمیت موضوع توسط بیمار یا خانواده وی از فرد پاسخ دهنده به تلفن درخواست نماید یکبار دیگر اقدامات توصیه شده را تکرار نماید.

8. سپس تاریخ، ساعت و نام پیام گیرنده و پیام دهنده و مقدار بحرانی و نام تست را در دفتر مربوطه ثبت کند.

9. چنانچه مسئول اطلاع رسانی موفق به تماس با بیمار یا خانواده وی و گزارش مقادیر بحرانی نشده ضروری است ضمن ثبت کلیه موارد عدم موفقیت در دفتر گزارش مقادیر بحرانی نسبت به برقراری تماس تا حصول اطمینان از اطلاع نتایج مجددا تلاش نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل گزارش مقادیر بحرانی و غیر طبیعی (بیماران سرپایی)

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	1404/01/28	4 از 5	WI-LS-5

چگونگی گزارش مقادیر بحرانی در بیماران ترخیص شده :

1. پس از تأیید نتایج بدست آمده قبلی مسئول فنی یا سوپروایزر آزمایشگاه موظف است ضمن هماهنگی با مسئول مدارک پزشکی شماره تلفن موجود در پرونده الکترونیک بیمار در سیستم HIS را اخذ و مراتب را جهت اطلاع رسانی به بیمار یا خانواده وی به مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی اطلاع دهد .
2. مسئول اطلاع رسانی موظف است با شماره تلفن بیمار یا خانواده وی تماس گرفته و شرح حال مختصری از بیمار اخذ نماید.
3. چنانچه شرایط بیمار بر اساس شرح حال اخذ شده گویای صحت نتایج آزمایش باشند ضروری است از بیمار یا خانواده وی در خواست شود تا برای دریافت جواب آزمایش و ارائه آن به پزشک در سریعترین زمان ممکن به آزمایشگاه مراجعه نمایند.
4. در صورتیکه شرح حال بیمار با مقادیر گزارش شده همخوانی ندارد ضروری است مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی از بیمار یا خانواده وی در خصوص شرایط روز نمونه گیری سؤالاتی طرح نموده و از صحت روش نمونه گیری اطمینان کسب نماید.
5. در صورتی که بررسی ها نشان داد که روش نمونه گیری یا شرایط روز نمونه گیری مناسب نبوده است ضروری است از بیمار و خانواده وی بخواهد تا بصورت حضوری به آزمایشگاه مراجعه نماید.
6. همچنین موظف است جهت کسب اطمینان از درک صحیح اهمیت موضوع توسط بیمار یا خانواده وی از فرد پاسخ دهنده به تلفن درخواست نماید یکبار دیگر اقدامات توصیه شده را تکرار نماید.
7. سپس تاریخ، ساعت و نام پیام گیرنده و پیام دهنده و مقدار بحرانی و نام تست را در دفتر مربوطه ثبت کند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل گزارش مقادیر بحرانی و غیر طبیعی (بیماران سرپایی)

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	1404/01/28	5 از 5	WI-LS-5

8. چنانچه مسئول اطلاع رسانی موفق به تماس با بیمار یا خانواده وی و گزارش مقادیر بحرانی نشده ضروری است ضمن ثبت کلیه موارد عدم موفقیت در دفتر گزارش مقادیر بحرانی نسبت به برقراری تماس تا حصول اطمینان از اطلاع نتایج مجدداً تلاش نماید.

6.مراجع

الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت، قسمت مستندسازی، دستورالعمل گزارش دهی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-LS-6

هدف:

ارتقای ایمنی بیماران در مراحل تشخیص و درمان های متعاقب آن

دامنه کاربرد:

کلیه پرسنل های بخش های بستری و آزمایشگاه .

مسئولیت ها و اختیارات :

پرسنل بخش های بستری :مسئول برچسب گذاری مناسب نمونه ای ارسالی به آزمایشگاه

پرسنل بخش پذیرش آزمایشگاه : مسئول انجام برچسب گذاری نمونه های پذیرش شده .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-LS-6

روش کار:

1. پرسنل بخش یا نمونه گیر آزمایشگاه در بخش ها قبل از اقدام به نمونه گیری در صورت هوشیاری بیمار با پرسش از خود وی و کنترل دستبند شناسایی و در صورت عدم هوشیاری با کنترل دستبند شناسایی بیمار از هویت وی اطمینان حاصل کرده و سپس اقدام به نمونه گیری نماید .

2. پرسنل بخش یا نمونه گیر آزمایشگاه بلافاصله پس از اطمینان نمونه گیری برچسب دارای اطلاعات لازم را در بالین بیمار بر روی لوله ها و ظروف حاوی نمونه الصاق نماید .

➤ اطلاعات لازم جهت درج بر روی برچسب نمونه :

نام و نام خانوادگی بیمار

نام پدر

کد پذیرش

تاریخ و ساعت دقیق نمونه گیری

آزمایش درخواستی یا گروه آزمایش درخواستی

نام فرد نمونه گیر

➤ در مورد نمونه ای پاتولوژی علاوه بر موارد فوق نام پزشک ، نام بخش و سمت عضو (چپ یا راست) نیز حتما قید گردد .

➤ در مورد نمونه ای ارسالی به بانک خون برای کراس منچ و تعیین گروه خونی ، قید کردن نام نمونه گیر کاملاً الزامی است .

3. مسئول پذیرش آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایی برچسب نمونه را تایپ و سپس بر روی ظرف الصاق کرده و نمونه گیر قبل از اقدام به نمونه گیری یا پرسش از بیمار از هویت وی اطمینان حاصل کرده و سپس اقدام به نمونه گیری نماید .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
آزمایشگاه	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-LS-6

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه  فاطمه حسین پور مدیر خدمات پرستاری  نرجس اسدآبادی مدیر بیمارستان الهام ساریخانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 5	WI-TM-1-A

هدف:

نوع ABO خون باتوجه به وجود یا عدم وجود آنتی ژن A ویا B در سطح گلبول قرمز خون و Anti A و Anti B در سرم فرد تعیین می شود. در افراد بزرگسال رابطه متقابل بین آنتی ژن A یا B سطح گلبول قرمز خون و آنتی بادی های A و B در سرم / پلاسمای فرد وجود دارد ، برای مثال در صورت عدم وجود آنتی ژن A در سطح گلبول قرمز فرد، انتظار می رود که در سرم یا پلاسمای او Anti A مشاهده شود.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

آزمایش گلبول قرمز Forward test :

۱- يك قطره Anti A را به يك لوله ۱۲*۷۵ ميلي متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید، اضافه نمایید .

۲- يك قطره Anti B را به يك لوله ۱۲*۷۵ ميلي متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید ، اضافه نمایید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 5	WI-TM-1-A

هدف:

نوع فنوتیپ Rh-positive و Rh-Negative با توجه به قرمز خون تعیین میشود. روش تعیین Rh باید توانایی شناسایی بیشتر از 2^+ برای تفسیر نتیجه Positive-Rh الزامی است.

حضور و عدم حضور آنتی ژن D در سطح غشای گلبول آنتی ژنهای ضعیف D را داشته باشد. مشاهده درجه واکنش

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

1. یک قطره Anti D به لوله ای که از قبل نشانه گذاری شده اضافه نمایید.
2. یک قطره Rh-control را به لوله دوم که از قبل نشانه گذاری شده اضافه نمایید.
3. به هر یک از لوله های فوق، یک قطره از سوسپانسیون گلبول قرمز (۲-۵ درصد) اضافه نمایید.
4. محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید و مطابق زمان و سرعت مندرج در دستورالعمل تولید کننده سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰-۱۰۰۰ g می باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

نوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 3	WI-TM-1-A

۵. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید.

۶. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

۷. نتایج درجه بندی لوله حاوی Anti D و Rh-control را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۸. هر دو لوله را مطابق دستورالعمل سازنده انکوبه نمایید. معمولاً به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد می باشد.

۹. پس از طی زمان انکوباسیون لوله ها را سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰g - ۱۰۰۰.

۱۰. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را مشاهده کنید.

۱۱. اگر لوله Anti D واکنش قوی بیشتر از 2^{+} با زمینه شفاف را نشان می دهد و لوله Rh-control منفی می باشد، واکنش را ثبت کنید.

۱۲. نتیجه آزمایش را Rh-positive گزارش کنید، پایان آزمایش و مرحله AHG لازم نیست.

۱۳. در صورت عدم مشاهده تغییری در واکنش یا وجود واکنش مشکوک، لوله ها را سه تا چهار بار با سالیین به صورت کامل شستشو دهید.

۱۴. پس از آخرین شستشو لوله ها را خوب از سالیین تخلیه کرده و مطابق دستورالعمل سازنده ۲ قطره AHG به لوله ها اضافه نمایید.

۱۵. محتوای لوله ها را به آرامی مخلوط کرده و مطابق زمان و سرعت مندرج در دستورالعمل تولید کننده سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰-۱۰۰۰g می باشد.

۱۶. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را مشاهده کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 5	WI-TM-1-A

۱۷. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید و آن را در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید .

۱۸. نتایج را تفسیر و گزارش کنید .

۱۹. اگر واکنش هر دو لوله منفی باشد ، يك قطره گلبول قرمز خون حساس شده -IgG Control cell - به هر يك از لوله ها اضافه کنید . لوله ها را سانتریفیوژ نمایید. در صورت واکنش مثبت نتایج را تفسیر نمایید .

۲۰. در صورتیکه پس از اضافه نمودن گلبول قرمز خون حساس شده ، نتیجه واکنش منفی شود، آزمایش باید مجدداً تکرار شود .

منابع:

لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی

کنترل کیفی محلولها ، لوله و..... توسط پرسنل بانک خون

ثبت شماره و گروه خون و مشخصات بیمار در دفتر مخصوص کراس مچ توسط پرسنل بانک خون

بررسی آنتی بادی ها از نظر تاریخ انقضاء با محلول ها و شفافیت آنها ، بررسی تمیزی لوله ها و لامها ي مورد استفاده ، چك سرم فیزیولوژی ، چك سروفیوژ و.....

مشاهده آگلوتیناسیون قابل قبول در لوله Anti D پس از مراحل ۳۷ درجه سانتیگراد ، AHG و عدم مشاهده آگلوتیناسیون در لوله Control-Rh باید نتیجه آزمایش " Rh Positive (Weak- D) " گزارش شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	5 از 5	WI-TM-1-A

مراجع:

1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008
2. Issitt PD,Anstee Dj ,Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
3. Judd WJ,Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA:F.A.Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics ,Surgery& Anesthesia, Traum & Burns ,WHO Press 2002

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی  مسئول بانک خون	سمسام مرادی  مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening test و Cross match خون و فراورده های خونی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-TM-1-B

هدف:

انجام آزمایش Test Screening Antibody با مجاورت سرم یا پلاسمای بیمار و معرف های استاندارد گلبول قرمز خون گروه "O" حاوی حداقل آنتی ژنهای $D, C, c, E, e, K, k, Fy^a, Fy^b, JK^a, JK^b, M, N, S, s, P1, Le^a, Le^b$ به منظور جستجو و مشاهده آنتی بادیهای غیرمنتظره unexpected antibodies میباشد. آلو آنتی بادیهای غیرمنتظره در سرم بیمارانیکه سابقه تزریق خون یا بارداری داشته اند، یافت می گردد. برخی از آلو آنتی بادیها مانند M, P, H, I به صورت طبیعی در افراد ایجاد میگردند.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

- ۱- ۳- لوله 12×75 میلی متر را به صورت جداگانه نشانه گذاری نمایید.
- ۲- به هر يك از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسمای بیمار را اضافه کنید.
- ۳- به ترتیب به هر يك از لوله ها ۱ قطره گلبول قرمز استاندارد I, II, III اضافه کنید.
- ۴- لوله ها را در سانتیفریوژ کالیبره مطابق زمان مشخص یا دور $1000g$ زمان ۱۵-۳۰ ثانیه سانتیفریوژ نمایید. سپس لوله ها را جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید. نتایج واکنش را درجه بندی و ثبت کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: Antibody screening test

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-TM-1-B

۵- به هر يك از لوله هاي فوق ۲ قطره آلبومين ۲۲ درصد يا محلول LISS مطابق دستورالعمل سازنده اضافه نماييد.

۶- در صورت اضافه نمودن آلبومين لوله ها را به مدت ۱۵-۳۰ دقيقه در دماي ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهيد. در صورت اضافه نمودن LISS لوله ها را به مدت ۱۰-۱۵ دقيقه يا مطابق دستورالعمل سازنده در دماي ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهيد.

۷- پس از طی زمان مشخص لوله ها را سانتریفوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نماييد. نتایج واکنش را درجه بندي و ثبت نماييد.

۸- در ادامه لوله ها را حداقل ۳ تا ۴ بار با سالیन ۰/۹ درصد شسته و پس از آخرین مرحله شستشو محلول سالین را با ضربه آرام بر روی سطح يك گاز کاملاً تخلیه كنيد.

۹- مطابق دستورالعمل سازنده به لوله هاي شسته شده معرف AHG اضافه كنيد. سپس لوله ها را به آرامي مخلوط نماييد.

منابع:

- لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی
- کنترل کیفی محلولها ، لوله ها و... توسط پرسنل بانک خون
- ثبت خونی و گروه و مشخصات بیمار در دفتر مخصوص توسط پرسنل بانک خون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: Antibody screening test

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-TM-1-B

مراجع:

1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008
2. IssittPD,AnsteeDj ,Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
3. Judd WJ,Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA:F.A.Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics ,Surgery& Anesthesia, Traum& Burns ,WHO Press 2002

ت تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول بانک خون 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره بزرگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening test و Cross match خون و فراورده های خونی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-TM-1-C

هدف:

آزمایش کراس مچ کامل با مجاورت سرم/ پلاسمای بیمار و گلبول قرمز اهداکننده خون به منظور تأیید سازگاری ABO کیسه خون با گروه ABO بیمار و تشخیص وجود هرگونه آلوآنتی بادی غیرمنتظره مهم از نظر بالینی انجام میگردد.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

- ۱ - لوله هائی را که با نمونه خون هر يك از اهداكنندگان و سرم بیمار آزمایش می شو ند، نشانه گذاری كنید.
- ۲ - به هر يك از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسمای بیمار اضافه نمایید.
- ۳ - به هر يك از لوله های مربوطه ۱ قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون ۲-۵ درصد اهداکننده اضافه کنید.
- ۴ - محتوای لوله ها را مخلوط نمایید. سپس در سانتیفریژ سرولوزیک کالیبره شده مطابق زمان مشخص، سانتیفریژ نمایید.
- ۵ - توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی آگل و تیناسیون با استفاده از آینه مقعر مشاهده و ارزیابی نمایید.
- ۶ - نتایج آزمایش را خوانده، تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening test و Cross match خون و فراورده های خونی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-TM-1-C

۷ - دو قطره آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.

۸ - لوله حاوی آلبومین ۲۲ درصد را به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه و لوله حاوی LISS را به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید. مطابق دستورالعمل سازنده عمل نمایید.

۹ - لوله را پس از مدت معین سانتیفریوژ کنید. (معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۱۰۰۰g - ۹۰۰۰ می باشد).

۱۰ - لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.

۱۱ - نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

۱۲ - نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۱۳ - سپس لوله را سه تا چهار بار با سالیन ۰/۹ درصد شستشو دهید و در مرحله آخر کاملاً سالین را تخلیه نمایید.

۱۴ - به این لوله دو قطره AHG یا مطابق دستورالعمل سازنده اضافه کنید.

۱۵ - محتوای لوله را مخلوط کرده و سانتیفریوژ نمایید.

۱۶ - لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده کنید. ابتدا ماکروسکوپی بررسی کرده، در موارد مشکوک میکروسکوپی توصیه میگردد.

۱۷ - نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

۱۸ - نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۱۹ - در صورت عدم وجود هرگونه واکنش، کراس مچ منفی و نمونه خون اهداکننده با خون بیمار سازگار Compatible گزارش میشود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening test و Cross match خون و فراورده های خونی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-TM-1-C

- ۲۰ - در صورت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون ، نمونه با خون بیمار سازگار نبوده Incompatible گزارش میشود .
 ۲۱ - به لوله منفی يك قطره گلبول قرمز خون حساس شده IgG control cell اضافه کنید. پس از سانتیفریوژ کردن ، مشاهده آگلوتیناسیون، آزمایش را تأیید میکند در صورت عدم مشاهده واکنش ، باید آزمایش مجدداً تکرار شود.

منابع: لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی جهت کراس مچ کنترل کیفی محلولها ، لوله ها ، لام ، کیسه خون و... توسط پرسنل بانک خون ثبت شماره های کیسه های خونی و گروه و مشخصات بیمار در دفتر مخصوص کراس مچ توسط پرسنل بانک خون
 کنترل: بررسی کیسه های خون از نظر تاریخ - شکل - رنگ ظاهری - تاریخ انقضاء- بررسی محلولهای دخیل در کراس مچ از نظر کیفیت و تاریخ انقضای محلولها ، تمیز بودن لوله ها و لامها و...

مراجع: 1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008

2. Issitt PD,Anstee Dj ,Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
 3. Judd WJ,Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
 6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
 7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی  مسئول بانک خون	سمسام مرادی  مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 4	WI-TM-1-D

هدف:

نوع فنوتیپ Rh-positive و Rh-Negative با توجه به حضور و عدم حضور آنتی ژن D در سطح غشای گلبول قرمز خون تعیین میشود. روش تعیین Rh باید توانایی شناسایی آنتی ژنهای ضعیف D را داشته باشد. مشاهده درجه واکنش بیشتر از 2^{+} برای تفسیر نتیجه Positive-Rh الزامی است.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

1. یک قطره Anti D به لوله ای که از قبل نشانه گذاری شده اضافه نمایید.

2. یک قطره Rh-control را به لوله دوم که از قبل نشانه گذاری شده اضافه نمایید.

3. به هر یک از لوله های فوق، یک قطره از سوسپانسیون گلبول قرمز (۲-۵ درصد) اضافه نمایید.

4. محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید و مطابق زمان و سرعت مندرج در دستورالعمل تولید کننده سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۱۰۰۰-۹۰۰ می باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 4	WI-TM-1-D

۵. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید.

۶. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

۷. نتایج درجه بندی لوله حاوی Anti D و Rh-control را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۸. هر دو لوله را مطابق دستورالعمل سازنده انکوبه نمایید. معمولاً به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد می باشد.

۹. پس از طی زمان انکوباسیون لوله ها را سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰g - ۱۰۰۰.

۱۰. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را مشاهده کنید.

۱۱. اگر لوله Anti D واکنش قوی بیشتر از 2^+ با زمینه شفاف را نشان می دهد و لوله Rh-control منفی می باشد، واکنش را ثبت کنید.

۱۲. نتیجه آزمایش را Rh-positive گزارش کنید، پایان آزمایش و مرحله AHG لازم نیست.

۱۳. در صورت عدم مشاهده تغییری در واکنش یا وجود واکنش مشکوک، لوله ها را سه تا چهار بار با سالیین به صورت کامل شستشو دهید.

۱۴. پس از آخرین شستشو لوله ها را خوب از سالیین تخلیه کرده و مطابق دستورالعمل سازنده ۲ قطره AHG به لوله ها اضافه نمایید.

۱۵. محتوای لوله ها را به آرامی مخلوط کرده و مطابق زمان و سرعت مندرج در دستورالعمل تولید کننده سانتریفوژ نمایید. معمولاً زمان ۱۵-۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰g - ۱۰۰۰ می باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 4	WI-TM-1-D

۱۶. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را مشاهده کنید.

۱۷. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید و آن را در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۱۸. نتایج را تفسیر و گزارش کنید.

۱۹. اگر واکنش هر دو لوله منفی باشد، یک قطره گلبول قرمز خون حساس شده - IgG Control cell - به هر یک از لوله ها اضافه کنید. لوله ها را سانتریفوژ نمایید. در صورت واکنش مثبت نتایج را تفسیر نمایید.

۲۰. در صورتیکه پس از اضافه نمودن گلبول قرمز خون حساس شده، نتیجه واکنش منفی شود، آزمایش باید مجدداً تکرار شود.

منابع:

لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی

کنترل کیفی محلولها، لوله و..... توسط پرسنل بانک خون

ثبت شماره و گروه خون و مشخصات بیمار در دفتر مخصوص کراس مچ توسط پرسنل بانک خون

بررسی آنتی بادی ها از نظر تاریخ انقضاء با محلول ها و شفافیت آنها، بررسی تمیزی لوله ها و لامها ی مورد استفاده، چک سرم فیزیولوژی، چک سروفیوژ و.....

مشاهده آگلوتیناسیون قابل قبول در لوله Anti D پس از مراحل ۳۷ درجه سانتیگراد، AHG و عدم مشاهده آگلوتیناسیون در لوله Control-Rh باید نتیجه آزمایش " Rh Positive (Weak- D)" گزارش شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای					
نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 4	WI-TM-1-D

مراجع: 1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008

2. Issitt PD, Anstee DJ , Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
3. Judd WJ, Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA: F.A. Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics ,Surgery & Anesthesia, Traum & Burns ,WHO Press 2002

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول بانک خون 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز ، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-TM-1-E

هدف:

نسبت سرم به گلبول قرمز خون میتواند به شدت روی حساسیت آزمایش و قدرت آگلوتیناسیون اثر بگذارد. سوسپانسیون 3 درصد معرفي است که در روشهای سرولوژیک بکار برده می شود

دامنه کاربرد: بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست

روش کار:

جهت تهیه 10 میلی لیتر از سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید

۱- حداقل 10 میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله 10 میلی لیتری انتقال دهید .

۲- به گلبولهای قرمز خون سالیन اضافه نموده و به مدت 1 الي 3 دقیقه سانتریفوژ نمایید . این مرحله را 2 تا 3 بار تکرار نمایید. محلول نهایی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشند. محلول سالین فوقانی supernatant را کاملاً بدور بریزید .

۳- مقدار 0/3 میلیلیتر از گلبولهای قرمز متراکم شسته شده را به لوله ای حاوی 9/7 میلی لیتر سالین 0/9 درصد انتقال دهید .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز ، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-TM-1-E

۴- با استفاده از پارافیلם لوله را پوشش دهید. چند بار با سروته کردن لوله، گلبولهای قرمز خون را با سالیین ۰/۹ درصد کاملاً مخلوط نمایید.

منابع: جهت کنترل چشمی رنگ و تراکم سوسپانسیون مقداری از سوسپانسیون تهیه شده را به لوله ۱۲*۷۵ میلی متری انتقال دهید. سپس حجم مشابهی از سوسپانسیون ۳ درصد شناخته شده را به لوله ۱۲*۷۵ میلی متری دیگری انتقال دهید. جهت مقایسه لوله ها را مقابل منبع نور قرار دهید. بهتر است سوسپانسیون روزانه تهیه شده و قبل از استفاده در یخچال نگه داری شده با لیبل مخصوص قابل شناسایی باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز ، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-TM-1-E

مراجع: -AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 20081

- Issitt PD,Anstee Dj ,Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
- Judd WJ,Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
- Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA:F.A.Davis company 2005
- ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
- Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
- WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004.

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی  مسئول بانک خون	سمسام مرادی  مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره ، انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 3	WI-TM-1-F

هدف:

از تست آنتی گلوبین مستقیم DAT به منظور تشخیص گلبولهای قرمز خون حساس شده و علت همولیز آنها با IgG و یا کامپلمان C3 complement در داخل بدن استفاده می شود. همچنین برای شناسایی آنتی بادهایی که به سطح گلبول قرمز خون متصل شده و آنها را حساس نموده است و مستقیماً آگلوتیناسیون قابل مشاهده ای ایجاد نمیکنند ، از این آزمایش استفاده میشود.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به همتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

- ۱- ابتدا سه لوله ۱۲*۷۵ میلی متر را نشانگذاری کنید.
- ۲- به هر يك از لوله ها يك قطره سوسپانسیون (۲-۵ درصد) از نمونه بیمار اضافه کنید.
- ۳- گلبول های قرمز خون هر يك از لوله ها را ۳ الي ۴ بار با سالیन ۰/۹ درصد به خوبی شستشو دهید و در مرحله آخر شستشو ، سالین را کاملاً تخلیه کنید.
- ۴- به لوله ۱ و ۲ مطابق دستورالعمل سازنده مقدار مناسب AHG از دو منبع با clone متفاوت اضافه کنید .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره ، انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 3	WI-TM-1-F

۵- به لوله سوم ، دو قطره سالیین ۰/۹ درصد اضافه کنید .

۶- محتوای لوله ها را به آرامی مخلوط کرده و مطابق دستورالعمل سازنده یا با دور g ۱۰۰۰ به مدت ۱۵-۳۰ ثانیه سانتریفوژ کنید .

۷- لوله ها را به آرامی بیرون آورده سریعاً جهت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون با استفاده از آینه مقعر بررسی کنید .

۸- هرگونه واکنش مشاهده شده را درجه بندی نموده و ثبت کنید.

۹- مطابق دستورالعمل سازنده معرف AHG ، لوله های واکنش منفی را به مدت ۵ دقیقه در دمای اتاق ۲۵-۲۰ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید، سپس سانتریفوژ کنید.

۱۰- مراحل ۷-۸ را تکرار کنید.

۱۱- در صورت مشاهده واکنش منفی ، یک قطره گلبول قرمز حساس شده به لوله شماره ۱ و ۲ که حاوی AHG می باشند ، اضافه کنید.

۱۲- لوله شماره ۱ و ۲ را سانتریفوژ کنید و در صورت مشاهده واکنش مثبت ، نتیجه را ثبت کنید .

۱۳- در صورت مشاهده واکنش منفی آزمایش را از ابتدا تکرار کنید .

منابع:

لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی

کنترل کیفی محلولها ، لوله ها و.... توسط پرسنل بانک خون

ثبت مشخصات بیمار توسط پرسنل بانک خون

روزانه معرف AHG را با گلبول قرمز حساس شده با IgG آزمایش کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره ، انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 3	WI-TM-1-F

مراجع:

1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008
2. Issitt PD, Anstee DJ, Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
3. Judd WJ, Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA: F.A. Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics, Surgery & Anesthesia, Traum & Burns ,WHO Press 2002

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول بانک خون 	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه 	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1/3	PP-TM-5

هدف:

انجام آزمایش Test Screening Antibody با مجاورت سرم یا پلاسمای بیمار و معرف های استاندارد گلبول قرمز خون گروه "O" حاوی حداقل آنتی ژنهای $D, C, c, E, e, K, k, Fy^a, Fy^b, JK^a, JK^b, M, N, S, s, P1, Le^a, Le^b$ به منظور جستجو و مشاهده آنتی بادهای غیرمنتظره unexpected antibodies میباشد. آلو آنتی بادهای غیرمنتظره در سرم بیمارانیکه سابقه تزریق خون یا بارداری داشته اند، یافت می گردد. برخی از آلو آنتی بادهای مانند M, P, H, I به صورت طبیعی در افراد ایجاد می گردند.

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

۱- ۳-۷۵*۱۲ میلی متر را به صورت جداگانه نشانه گذاری نمایید.

۲- به هر یک از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسمای بیمار را اضافه کنید.

۳- به ترتیب به هر یک از لوله ها ۱ قطره گلبول قرمز استاندارد I, II, III اضافه کنید.

۴- لوله ها را در سانتیفریوژ کالیبره مطابق زمان مشخص یا دور ۱۰۰۰g زمان ۱۵-۳۰ ثانیه سانتیفریوژ نمایید. سپس لوله ها را جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید. نتایج واکنش را درجه بندی و ثبت کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2/3	PP-TM-5

۵- به هر یک از لوله های فوق ۲ قطره آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS مطابق دستورالعمل سازنده اضافه نمایید.

۶- در صورت اضافه نمودن آلبومین لوله ها را به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهید. در صورت اضافه نمودن LISS لوله ها را به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه یا مطابق دستورالعمل سازنده در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهید.

۷- پس از طی زمان مشخص لوله ها را سانتریفوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید. نتایج واکنش را درجه بندی و ثبت نمایید.

۸- در ادامه لوله ها را حداقل ۳ تا ۴ بار با سالیन ۰/۹ درصد شسته و پس از آخرین مرحله شستشو محلول سالین را با ضربه آرام بر روی سطح يك گاز کاملاً تخلیه کنید.

۹- مطابق دستورالعمل سازنده به لوله های شسته شده معرف AHG اضافه کنید. سپس لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید.

منابع:

- لیبل شامل مشخصات کامل بیمار بر روی نمونه ارسالی
- کنترل کیفی محلولها ، لوله ها و... توسط پرسنل بانک خون
- ثبت خونی و گروه و مشخصات بیمار در دفتر مخصوص توسط پرسنل بانک خون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	3/3	PP-TM-5

مراجع:

1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008
2. Issitt PD, Anstee DJ , Applied blood group serology 4 th edition , Durham ,NC: Montgomery Scientific Press ,1998
3. Judd WJ, Methods in immunohematology 3rd ed . Durham ,NC : Montgomery Scientific Publication ,2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA:F.A.Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK ,7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material ,WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics ,Surgery& Anesthesia, Traum & Burns ,WHO Press 2002

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول بانک خون	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان
		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز ، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 2	WI-TM-1-G

هدف:

استاندارد سازی نحوه قرائت ، درجه بندی و ثبت واکنش آگلوتیناسیون درجهت صحت و دقت و هماهنگی و تکرارپذیری نتایج آزمایشها

دامنه کاربرد:

بخش آزمایشگاه - واحد بانک خون

مهارت مسئول:

کاردان و کارشناس آزمایشگاه و بالاتر، آشنا به هماتولوژی و بانک خون، دارای مهارت و تجربه در انجام تست های بانک خون، داشتن آگاهی، دقت و سرعت عمل کافی در هنگام انجام تست.

روش کار:

۱- با دقت و آرام لوله حاوی توده گلبولی bottom cell را تکان داده و هر بارکج نمایید . این تکان دادن باید به دقت و آرامی چند بار تکرار شود به طوری که توده گلبولی از انتها و جداره لوله، جدا شود.

۲- چگونگی جدا شدن گلبولها را از لوله و انتشار آنها را از توده گلبولی مشاهده نمایید.

۳) بلافاصله واکنشها را درجه بندی و ثبت نمایید. واکنش ها باید زمانی که گلبولهای قرمز کاملاً از توده گلبولی و انتهای لوله آزمایش جدا شدند ارزیابی و ثبت گردند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز ، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
بانک خون	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 2	WI-TM-1-G

منابع: مشخصات آگلوتیناسیون هنگام خواندن لوله ، دقت شده و موارد غیرمعمول ثبت گردند

مراجع: 1. AABB Technical Manual 16 th ed. Bethesda , MD 2008

2. Issitt PD, Anstee Dj , Applied blood group serology 4 th edition , Durham , NC: Montgomery Scientific Press , 1998
3. Judd WJ, Methods in immunohematology 3rd ed . Durham , NC : Montgomery Scientific Publication , 2008
4. Denise MH , Modern Blood Banking & Transfusion Practices 5th ed . Philadelphia, PA: F.A. Davis company 2005
5. ARC Immunohematology Methods and procedures 1ST ed. Rockville, MD 1993
6. Guidelines for the Blood Transfusion Services in the UK , 7th ed 2005
7. WHO ; Safe Blood and Blood products; WHO Distance learning material , WHO PRESS 2004
8. WHO ; The Clinical Use of Blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics , Surgery & Anesthesia, Traum & Burns , WHO Press 2002



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سمسام مرادی مسئول بانک خون	سمسام مرادی مسئول آزمایشگاه	سرکار خانم دکتر زهره برزگر ریاست بیمارستان
		

عنوان دستورالعمل: روش اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری و یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
حمایت از گیرنده خدمت	1404/01/17	4	1404/01/28	1 از 4	WI-PR-1

هدف: رعایت حقوق بیمار و ذافزایش تکریم ارباب رجوع

دامنه کاربرد: تمام کارکنان بیمارستان

تعریف: خبر بد (بیماری و یا فوت) عبارت است از هرگونه اطلاعاتی درباره بیماری بیمار که در عرف جامعه و از منظر بیمار و یا همراهان، خبری ناگوار تلقی گردد.

روش کار:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- 1- مسئول بخش در هنگام ارائه خبر ناگوار یک اتاق در بخش با شرایط ذیل آماده می نماید و به پرسنل و پزشکان بخش نیز اطلاع رسانی می نماید:
- الف) دارای صندلی به تعداد حاضرین باشد.
- ب) فضای اتاق حریم مناسبی باشد به نحوی که محرمانگی اطلاعات ذکر شده در جلسه حفظ شود.
- ج) محل تردد پرسنل نباشد.
- د) محل قرار گرفتن تلفنی که دیگران باید به آن پاسخ دهند نباشد.
- ه) فضای اتاق صمیمانه غیر رسمی باشد.
- و) امکانات ساده پذیرایی و نیز مدیریت کردن واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون Faint کردن مریض و ... در محیط در دسترس باشد.

عنوان دستورالعمل: روش اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری و یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
حمایت از گیرنده خدمت	1404/01/17	4	1404/01/28	2 از 4	WI-PR-1

- 2- مسئول فنی بیمارستان که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد، مسئولیت گفتن خبر بد به بیمار و یا همراهان ایشان را دارد و در صورت عدم حضور مسئول فنی، پزشک مسئول بیمار و یا با سابقه ترین پرستار شیفت (سوپروایزر) که می تواند پاسخگوی سؤالات درباره سیر بیماری- آینده درمانی باشد تفویض می گردد.
- 3- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد (بیماری، فوت) بیمار و یا همراه بیمار را به اتاق مناسب هدایت می کند و با حفظ خونسردی و ضمن احترام به عقاید و ارزش ها در خصوص بیماری و روند آن، اطلاعات لازم را به بیمار ارائه می نماید
- 4- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد باید به موارد زیر توجه داشته باشد:

الف) درک بیمار و یا همراه بیمار از اطلاعات بیماری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

(ب) رضایت بیمار/ همراه بیمار از مراقبت های پزشکی

(ج) سطح امیدواری بیمار/ همراه بیمار در مورد بیماری و آینده درمانی

- 5- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد باید بخاطر داشته باشد که اگرچه گفتن خبر بد برای بیمار/ نزدیکان ناخوشایند است اما این اطلاعات به آنها کمک می کند که برای آینده برنامه ریزی کرده و تصمیم گیری نمایند.
- 6- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد بایستی همراه بیمار/ بیمار را پیشاپیش آگاه نماید که قرار است به او اخبار بدی بدهد؛ مثلاً: متأسفانه من مجبورم اخبار نه چندان خوبی را به شما بدهم و ...

عنوان دستورالعمل: روش اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری و یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

نام بخش / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
حمایت از گیرنده خدمت	1404/01/17	4	1404/01/28	3 از 4	WI-PR-1

7- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد موارد زیر را رعایت نماید:

(الف) در سطح درک بیمار صحبت نماید

(ب) از عبارات علمی استفاده ننماید.

(ج) رک صحبت ننماید.

(د) اطلاعات را جزء به جزء ارائه دهد و بعد از اینکه اطمینان پیدا کرد که مرحله اول را به بیمار/ همراه بیمار فهمانده است، به مرحله بعد برود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

- 8- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد در صورت واکنش های شوک، انزوا، سوگ از طرف بیمار/ همراه بیمار می تواند از طریق همدلی به آن ها کمک می نماید.
- 9- در صورتی که بیمار ظرفیت تصمیم گیری درباره بیماری خود را نداشته باشد، یعنی صرفاً در شرایط اختلال هوشیاری بیمار و عقب افتاده ذهنی و کودکان زیر سن قانونی، جایگزین قانونی او می تواند در جریان امور قرار بگیرد.

عنوان دستورالعمل: روش اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری و یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

نام بخشی / واحد	تاریخ بازنگری	شماره ویرایش	تاریخ ابلاغ	شماره صفحه	کد
حمایت از گیرنده خدمت	1404/01/17	4	1404/01/28	4 از 4	WI-PR-1

منابع:

Ethiced Issues in Cancer Pateint



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید

تأیید کننده	ابلاغ کننده	تهیه کننده
سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	سرکار خانم دکتر زهرهبرزگر ریاست بیمارستان 	دکتر زهرهبرزگر - مسئول فنی بیمارستان نرجس اسدآبادی - مدیر بیمارستان  فاطمه حسین پور - مدیر خدمات پرستاری  الهام ساریخانی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی  عزیزه سعادت حسینی - کمیته اخلاق پزشکی  رقیه حسینی - مددکار اجتماعی 



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان خرم بید



بهار 1404