



مرکز مدیریت حوادث و اورژانس پیش بیمارستانی  
دانشگاه علوم پزشکی گناباد

# کتابچه

## روش های اجرایی

زمستان 1403



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری :

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

### فهرست

- 2 ..... نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه
- 4 ..... دستورالعمل جمع آوری ، بی خطر سازی، تفکیک ،خروج و انتقال پسماندهای عفونی،تیز و برنده ،شیمیایی.....
- 6 ..... برقراری ارتباط با افراد ناشنوا،کم شنوا و معلولین.....
- 8 ..... برقراری ارتباط موثر با افراد غیرایرانی و گردشگران.....
- 12..... خرید تجهیزات پزشکی.....
- 14..... خرید دارو و تجهیزات پزشکی.....
- 16..... روش اجرایی رضایتمندی گیرنده گان خدمت.....
- 18..... مدیریت درد.....
- 20..... استقرار نظام مراقبت سندرومیک.....
- 22..... روش اجرایی درخواست تنخواه و سایر پیگیری های مربوطه.....

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115006

کد سند

سنجه

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. واحد بهبود کیفیت فرم گزارش خطا را تدوین و بازنگری و در اختیار کلیه پایگاه ها و دیسپچ قرار می دهد.
۲. واحد آموزش به صورت سالانه به کلیه پرسنل در رابطه با ایمنی بیمار و نحوه گزارش دهی خطا آموزش می دهد.
۳. واحد بهبود کیفیت و واحد آموزش در جلسه توجیهی بدو ورود به کارکنان جدید ورود نحوه گزارش دهی خطا را آموزش می دهد.
۴. صندوق (گامی به سوی ایمنی) در محلی دور از دید (جهت پیشگیری از ترس از تنبیه و تشویق گزارش دهی بدون ترس) در مرکز نصب گردیده است. و محل نصب به اطلاع پرسنل رسانده شود.
۵. فرایند گزارش دهی خطا توسط واحد بهبود کیفیت در کنار صندوق نصب می شود.
۶. واحد بهبود باید نحوه دسترسی پرسنل به فرم گزارش دهی خطا از طریق سایت را آموزش دهند
۷. پرسنل می توانند با مراجعه به سایت اورژانس پیش بیمارستانی گناباد فرم الکترونیک گزارش خطا را تکمیل و ارسال نمایند و یا به صورت شفاهی گزارش نمایند.
۸. واحد بهبود کیفیت به صورت روزانه نسبت به جمع آوری فرم ها از صندوق اقدام می نماید
۹. واحد بهبود کیفیت با رعایت اصول راز داری و محرمانه بودن اطلاعات به بررسی فرم های گزارش خطا می پردازد.
۱۰. واحد بهبود کیفیت پس از بررسی و تحلیل خطاها، خطاها را دسته بندی نموده و جهت اقدام اصلاحی در کمیته بهبود کیفیت مطرح می کند
۱۱. به منظور گزارش پرسنل بدون ترس از تنبیه و سرزنش، در فرم های گزارش خطا، درج نام گزارش کننده خطا اختیاری در نظر گرفته می شود.
۱۲. واحد آموزش به منظور افزایش مشارکت کارکنان در گزارش دهی خطا، کارگاه های آموزشی به صورت سالانه با موضوع ایمنی بیمار و روش گزارش دهی خطا برگزار می نماید
۱۳. واحد بهبود کیفیت سوابق خطاهای پزشکی رخ داده را جهت آگاهی پرسنل تدوین و فایل الکترونیکی آن را در سایت مرکز قرار می دهد. فایل مربوطه هر دو ماه به روز رسانی می گردد.

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۱۴. جهت فرهنگ سازی گزارش دهی خطا لیستی از پرسنل و پایگاه هایی که بیشترین گزارش دهی را داشته اند توسط واحد بهبود کیفیت تهیه و توسط ریاست از آنان تقدیر می شود
۱۵. اگر خطای انجام شده جزء خطاهای وقایع تهدید کننده حیات در درمان بیماران باشد. فرم گزارش " فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران" ارسالی از وزارت بهداشت که در همه پایگاهها وجود دارد تکمیل می گردد.
۱۶. تکنسین ها به صورت فردی در مورد خطای رخ داده برخورد نمی نمایند.
۱۷. طی بازدید های کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با مشارکت پرسنل وقت ، خطاهای پنهان که گزارش نشده و یا احتمال وقوع آن وجود دارد بدون ترس از تنبیه و سرزنش بصورت شفاهی اظهار گردد.
۱۸. خطاهای رخ داده که منجر به عارضه و آسیب شده اند به کمیته های موردنظر جهت RCA ارجاع داده می شوند.

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس آموزش	حمید جوادی	
معاون مرکز	یاسر ریوندی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115007

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

**دستورالعمل جمع آوری، بی خطر سازی، تفکیک، خروج و انتقال پسماندهای عفونی، تیز و برنده**

**، شیمیایی**

**شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)**

۱۹. نیروهای عملیاتی در ابتدای شیفت تمامی سفتی باکسها را چک نمایند.
۲۰. مسئول پایگاه و نیروهای خدماتی محل فیکس شدن سفتی باکس ها را چک نمایند و در صورت وجود مشکل به کارشناس کنترل عفونت اطلاع دهند.
۲۱. نیروهای خدماتی و پرسنل عملیاتی پسماندهای تیز و برنده را برطبق لیست طبقه بندی پسماندها و پسماند تیز و برنده که برچسب سفتی باکس چسبانده شده و طبق دستورات ذیل تفکیک نمایند.
۲۲. پرسنل عملیاتی می بایست نیدل را از ست سرم جدا و در سفتی باکس دفع نمایند. مابقی ست سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شود.
۲۳. سفتی باکسهای حاوی پسماندهای تیز و برنده می بایست به محض پر شدن دو سوم ظرفیت، با سفتی باکس جدید تعویض گردد. اختلاط هرنوع پسماند دیگر با پسماندهای تیز و برنده ممنوع است. سفتی باکس پر شده را در کیسه زرد رنگ گذاشته و آن را در بیمارستان در داخل سطل پسماند های عفونی تخلیه میکند.
۲۴. از تکان دادن box safety جهت ایجاد فضای بیشتر خودداری شود box safety به هیچ وجه تخلیه و استفاده مجدد نگردد.
۲۵. پسماندهای شیمیایی، دارویی در سطل قهوای جمع آوری شود پسماندهای عفونی در سطل و کیسه زرد جمع آوری شوند و وقتی آمبولانس به بیمارستان رسید در کسبه ها را ببندد و کیسهها را در سطل های مربوطه بیمارستان تخلیه کند.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس کنترل عفونت و سلامت کارکنان	حمید رضا نجفی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس آموزش	معصومه شاه پسند	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115008

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### برقراری ارتباط با افراد ناشنوا، کم شنوا و معلولین

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. با همکاری سازمان بهزیستی تمامی افراد ناشنوا، کم شنوا و معلول شناسایی گردند
۲. اسامی و آدرس هر معلول با دو شماره تماس موبایل و تلفن ثابت از سازمان بهزیستی دریافت شود.
۳. اسامی و شماره تماس با آدرس هر معلول در اتوماسیون عملیاتی (آسایار) ثبت و ذخیره گردد.
۴. نحوه ارتباط با اورژانس به معلولین توسط بهزیستی آموزش داده شود.
۵. هر معلول برای ارتباط با اورژانس و گرفتن خدمت کافی است یک پیام (هرپیامی حتی پیام خالی) به شماره ۵۰۰۰۴۰۱۱۱۵۱۱۵ که در گوشی همراه خود ذخیره کرده است بفرستد و یا با گوشی ثابت با اورژانس تماس بگیرد.
۶. پیام فرستاده شده به صورت اتومات به واحد اعزام (۸۰۰) به صورت یک ماموریت جدید وارد می شود. که ادرس کامل معلول در آن می باشد.
۷. واحد اعزام (۸۰۰) آمبولانس را به ادرس مدنظر اعزام می نماید.
۸. اعزام آمبولانس از طریق پیامک به مددجو اطلاع داده شود.
۹. تا لحظه رسیدن آمبولانس از طریق پیامک راهنمایی های لازم به مدد جو پیامک گردد.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سوپروایزر مرکز پیام	طاهره محمدزاده	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس آموزش	معصومه شاه پسند	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده





تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115009

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### برقراری ارتباط موثر با افراد غیر ایرانی و گردشگران

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. تعیین افراد مسلط به زبان ها و لهجه های مختلف توسط مرکز پیام
۲. ثبت شماره تلفن ثابت و همراه مترجمین در سامانه آسایار
۳. تماس مددجوی غیر ایرانی و گردشگر با ۱۱۵
۴. پاسخگویی کارشناس مرکز پیام
۵. نگه داشتن تماس مددجو در حالت انتظار
۶. برقراری کنفرانس سه نفره با مشارکت مترجم پرسنل مرکز پیام و مددجو
۷. اخذ آدرس و شرح حال و دادن مشاوره لازم به مددجو با کمک مترجم
۸. اعزام آمبولانس به محل حادثه
۹. در دسترس بودن مترجم تا انتقال مددجو به بیمارستان



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	سمانه سقایی شهری	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس کنترل سلامت کارکنان	حمیدرضا نجفی ریایی	
معاون مرکز	حسین محمدی دلویی	تأیید کنندگان
مسئول امور پایگاه ها	محسن رضوی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115010

کد سند

استاندارد

### عنوان روش اجرایی:

**دسترسی به خدمات تعمیر اضطراری آمبولانس در طول شبانه روز و ایام تعطیل**

**شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)**

۱. بعد از بروز مشکل برای آمبولانس تکنسین ها به واحد ۸۰۰ اطلاع میدهند.
۲. واحد ۸۰۰ مشکل بوجود آمده برای آمبولانس را به سوپروایزر شیفت اطلاع میدهد.
۳. سوپروایزر شیفت مشکل بوجود آمده برای آمبولانس را به مسئول نقلیه اطلاع میدهد شیفت اطلاع میدهد.
۴. مسئول نقلیه با تماس با تکنسین های شیفت اطلاعات دقیق خرابی آمبولانس را جویا شده تا امکانات و قطعات مورد نیاز برای تعمیر را با خود ببرد.
۵. مسئول نقلیه تعمیرگاه سیار و مکانیک را به محل مورد نظر اعزام میکند.
۶. مکانیک واحد نقلیه بعد بررسی خرابی در صورت امکان تعمیر در محل مشکل را حل میکند و در صورت حل نشدن مشکل در محل به مسئول نقلیه گزارش میکند.
۷. مسئول نقلیه یک آمبولانس رزو به محل برده و آمبولانس خراب را با خودرو تعمیرگاه سیار بکسل شده و به تعمیرگاه مرکزی منقل میشود.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور نقلیه	مصطفی اسماعیل زاده	تهیه کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	سمانه سقایی	
معاون مرکز	حسین محمدی دلویی	تأیید کنندگان
مسئول امور پایگاه ها	محسن رضوی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115011

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### خرید تجهیزات پزشکی

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. نقطه سفارش برای کلیه کالاها و تجهیزات از سوی مسئول انبار تعیین می شود.
۲. در صورت کمبود کالا و یا سفارش یک کالای جدید درخواست خرید ارسال می گردد.
۳. تمامی مسئولین پایگاه ها و واحدها می بایست اتوماسیون اداری داشته و درخواست خود را از طریق اتوماسیون ارسال نمایند.
۴. پایگاههای شرکتی درخواست های خود را باید به صورت مکتوب به مسئول امور پایگاه ها ارائه نمایند.
۴. مسئول امور پایگاه با توجه به موارد زیر درخواست را تأیید و به مسئول فنی مربوطه جهت تأیید مشخصات فنی ارسال می نماید:
  - a. نوع و اهمیت درخواست
  - b. اولویت سازمانی
  - c. بررسی پرونده های ماه قبل
۵. ارجاع درخواست به معاون مرکز جهت امضا
۶. امضای درخواست و ارسال جهت دستور به رئیس مرکز
۷. ارجاع به مدیر مالی جهت تأمین اعتبار
۸. ارجاع به کارپرداز جهت خرید
۹. خرید کالا و یا تجهیزات با مشورت و تأیید مسئول فنی مربوطه
۱۰. تحویل به انبار توسط کارپرداز
۱۱. بررسی نهایی کالای خریداری شده توسط مسئول فنی مربوطه و تطابق با آنچه درخواست شده
۱۲. اطلاع به واحد مربوطه جهت تحویل کالا و امضای سند
۱۳. انبار دار جهت تحویل کالا، دارو، تجهیزات مصرفی به صورت ۲۴ ساعته و ۷ روز هفته آمادگی کامل دارد و در صورت استفاده از مرخصی جانشین برای خود تعیین می نماید.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
مسئول انبار	احسان زنگویی	
مسئول کارپدازی	محمد بصیری مقدم	
معاون مرکز	یاسر ربوندی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
مدیر امور مالی	رضا راستین	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115012

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### خرید دارو و تجهیزات پزشکی

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. ارائه درخواست توسط مسئول پایگاههای تابعه
۲. تایید ریاست اورژانس ۱۱۵ و ارجاع به انبار دارویی و تجهیزات
۳. در صورت موجود بودن در انبار براساس لیست دارویی آماده و تحویل مسئول پایگاه میگردد
۴. در صورت عدم موجودی در انبار درخواست مسئول انبار جهت خرید و تحویل به انبار به ریاست مرکز و در صورت تایید ارجاع به مسئول امور مالی جهت تامین اعتبار
۵. پس از تامین اعتبار ارجاع به کارپردازی جهت فرایند خرید
۶. فرایند خرید:
  - خرید های زیر قیمت ۴۵ میلیون ریال به صورت مستقیم از مراکز پخش دارو و تجهیزات خریداری میگردد.
  - خرید های بالای ۴۵ میلیون ریال تا ۴۵۰ میلیون ریال
    - در صورت داشتن نمایندگی انحصاری تجهیزات مورد نیاز از شرکت مربوطه تهیه میگردد
    - در صورت نبود نمایندگی انحصاری تجهیزات توسط سامانه ستاد الکترونیک دولت ثبت و بر اساس مناقصه خریداری و تهیه میگردد.
  - خریدهای بالای ۴۵۰ میلیون ریال
    - در صورت داشتن نمایندگی انحصاری با تایید مقام تشخیص که ریاست مرکز می باشد ، تجهیزات مورد نیاز از شرکت مربوطه تهیه میگردد.
    - در صورت نبود نمایندگی انحصاری تجهیزات ، با تایید مقام تشخیص که ریاست مرکز میباشد از طریق سامانه ستاد الکترونیک دولت تهیه میشود.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
مسئول انبار و تجهیزات	احسان زنگویی	
مسئول کارپردازی	محمد بصیری مقدم	
معاون مرکز	یاسر ریوندی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
مدیر امور مالی	رضا راستین	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده





تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115013

کد سند

استاندارد

عنوان روش اجرایی:

### روش اجرایی رضایتمندی گیرنده گان خدمت

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. ارسال اتوماتیک پیامک به شماره ثبت شده ی گیرنده گان خدمت.
۲. واحد بهبود کیفیت پیامک های دریافتی و تماس با گیرنده گان خدمت را مورد بررسی قرار می دهد.
۳. واحد بهبود کیفیت علل رضایت یا نارضایتی گیرنده گان خدمت را مورد بررسی قرار می دهد.
۴. واحد بهبود کیفیت موظف است با همکاران عملیاتی/ مرکز پیام تماس گرفته و علل بروز نارضایتی را به صورت ریشه ای بررسی نمایند.
۵. واحد بهبود کیفیت موظف است نتیجه پیگیری های انجام شده را به اطلاع گیرنده خدمت برساند.
۶. واحد بهبود کیفیت موظف است تدابیر اصلاحی جهت جلوگیری از بروز مجدد نارضایتی اتخاذ نماید.
۷. واحد بهبود کیفیت موظف است سیاست های تشویقی برای کارمندانی که موجبات رضایت گیرنده گان خدمت را فراهم نموده اند اتخاذ نماید.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس آموزش	حمید جوادی	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

استاندارد

PR-QI-115014

کد سند

عنوان روش اجرایی:

### مدیریت درد

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. ارزیابی و مدیریت صحنه
۲. ارزیابی درد بیمار
۳. ارزیابی و کنترل درد بیماران از واحد دیسپچ شروع می گردد تکنسین ضمن دریافت اطلاعات از دیسپچ به ارزیابی بالینی درد بیمار میپردازد.
- تذکر: تعیین شدت درد بر اساس پروتکل ابلاغی اورژانس کشور (از شماره ۱ تا ۱۰)، محل درد، عوامل تشدید کننده درد، عوامل تسکین دهنده درد، مدت زمان شروع درد، وسعت محدوده دردناک، شکل درد (مبهم، تیز، همراه سوزش و...) باید بررسی گردد.
۴. مدیریت درد بیمار بر اساس پروتکل آفلاین اورژانس کشور: شناسایی شدت درد بر اساس ابزار های موجود.
۵. مدیریت درد غیر دارویی: شامل آرام سازی بیمار، بی حرکت کردن اندام آسیب دیده، استفاده از کمپرس سرد و پوزیشن مناسب تا رسیدن به مرکز درمانی رعایت شود.
۶. مدیریت دارویی درد خفیف (۱-۳) تجویز استامینوفن خوراکی
۷. درد متوسط (۴-۶) و شدید (۷-۱۰): کترولاک، استامینوفن تزریقی و مرفین
۸. ارزیابی مجدد هر ۵ دقیقه توسط تکنسین انجام گردد و در صورت ادامه درد مسکن با دستور پزشک مشاور تکرار شود.
۹. پزشک ۱۰-۵۰ موظف است اطلاع کاملی از تجهیزات و داروهای موجود در آمبولانس داشته باشد تا در صورت لزوم تجویز نماید.
۱۰. مسئولین دارو و تجهیزات و مسئول پایگاه موظف به کنترل و تجهیز دپو و جام بگ دارویی از نظر تعداد و تاریخ و سلامت وسایل و دارو های مدیریت درد طبق دستورالعمل کشوری دارو و تجهیزات جهت کنترل درد بیماران میباشند.
۱۱. تکنسین روزانه باید در هنگام تحویل و تحول شیفت از تجهیز بودن موارد فوق اطمینان حاصل نماید.
۱۲. تکنسین موظف است پس از ارزیابی و بررسی اولیه و ثانویه بیمار در هر مرحله که متوجه درد بیمار گردید بر اساس پروتکل های آفلاین و یا دستورات آنلاین پزشک اقدام به مدیریت درد بیمار به وسیله دارو ها و تجهیزات موجود در آمبولانس نماید.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور پایگاه ها	محسن رضوی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
کارشناس آموزش	معصومه شاه پسند	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

PR-QI-115015	کد سند	استاندارد
--------------	--------	-----------

عنوان روش اجرایی:

### استقرار نظام مراقبت سندرومیک

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. همکاران مرکز ارتباطات تماس تلفنی مشکوک به بیماری های سندرومیک دریافت می کنند.
۲. همکاران مرکز ارتباطات آمبولانس نزدیک به محل تماس گیرنده را اعزام کرده و به ایشان اطلاع میدهند.
۳. همکاران عملیاتی بعد از رعایت کامل مسائل حفاظت فردی و ارزیابی کلی و ایمنی صحنه وارد صحنه می شوند.
۴. همکاران عملیاتی پروتکل برخورد با بیمار غیر ترومایی را اجرا کرده و در صورت وجود علائم مربوط به بیماری های سندرومیک، به مرکز پیام اطلاع می دهند.
۵. همکاران مرکز ارتباطات با مسئول کنترل عفونت و سلامت کارکنان تماس گرفته و به ایشان موارد مشکوک را اطلاع می دهند.
۶. مسئول کنترل عفونت با کارشناس برنامه نظام مراقبت سندرومیک تماس گرفته و ایشان را مطلع می کند.
۷. همکاران عملیاتی بیمار را به مرکز درمانی مناسب منتقل میکنند.
۸. کارشناس برنامه نظام مراقبت سندرومیک پیگیری های لازم مربوط به بیمار را انجام می دهد.
۹. در صورت تایید وجود بیماری های واگیر سندرومیک کارشناس برنامه نظام مراقبت سندرومیک با مسئول کنترل عفونت تماس گرفته و ایشان را مطلع می نماید.
۱۰. تماس مسئول کنترل عفونت با همکاران عملیاتی درگیر با بیمار و هشدار به ایشان درمورد احتمال بروز علائم و شواهد بیماری های سندرومیک.
۱۱. در صورت بروز علائم و شواهد بیماری های واگیر سندرومیک در همکاران عملیاتی، همکاران عملیاتی باید مسئول کنترل عفونت را مطلع نمایند.
۱۲. مسئول کنترل عفونت باید کارشناس نظام مراقبت سندرومیک را مطلع نماید.
۱۳. انجام اقدامات لازم و آزمایشات مربوطه توسط همکاران عملیاتی
۱۴. در صورت تایید مبتلا شدن همکاران عملیاتی، کارشناس نظام مراقبت سندرومیک باید پیگیری های لازم برای درمان همکاران را انجام دهد.



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول کنترل عفونت و سلامت کارکنان	حمید نجفی	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

استاندارد

PR-QI-115016

کد سند

عنوان روش اجرایی:

### روش اجرایی درخواست تنخواه و سایر پیگیری های مربوطه

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)

۱. ثبت و ارسال درخواست تنخواه سوخت به صورت اتوماسیون توسط مسؤل پایگاه به ریاست/معاونت مرکز
۲. تأیید درخواست توسط ریاست/معاونت مرکز و ارجاع به امور مالی
۳. واريز وجه اوليه تنخواه سوخت به کارت معرفي شده از سوی مسؤل پایگاه توسط مسؤل امور مالی مرکز
۴. ثبت کیلومتر و میزان سوختگیری در دفتر لجستیک توسط همکاران عملیاتی
۵. تکمیل ماهیانه فرم سوخت براساس کیلومتر مسیر پیوده شده و میزان سوخت گیری لجستیک توسط مسؤل پایگاه و ارسال به مسؤل امور نقلیه
۶. مراجعه به پلیس ۱۰+ جهت استعالم سوختگیر های انجام شده و تطبیق آن با لیست ارسال شده از سوی مسؤل پایگاه توسط مسؤل امور نقلیه مرکز
۷. ارسال مستندات به مسؤل امور نقلیه دانشگاه (در صورت تایید تطابق لیست ها) توسط مسؤل امور نقلیه مرکز
۸. ارسال مستندات بررسی و تأیید شده به ریاست اورژانس جهت اخذ تایید نهایی، توسط مسؤل امور نقلیه دانشگاه
۹. تایید نهایی و ارسال مستندات توسط ریاست مرکز به مسؤل امور مالی مرکز
۱۰. اقدام به تسویه توسط مسؤل امور مالی مرکز



تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول امور نقلیه	مصطفی اسماعیل زاده	تهیه کنندگان
کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی	غلامرضا قاسمی	
مسئول امور پایگاه ها	سید محسن رضوی	
معاون مرکز	حسین محمدی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی	سمانه سقایی	
رئیس مرکز	محمد حسین اسماعیل زاده	تصویب کننده





تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

دفعات بازنگری:

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث گناباد

## کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی



Large empty rounded rectangular box for content.