

هوالطیف

" اصول و استانداردهای مراقبت های مدیریت شده در بخش PICU "

انواع PICU از نظر نحوه اداره

مدل باز

مدل بسته

مدل نیمه بسته

معیارهای پذیرش و ترخیص در بخشهای مراقبتهای ویژه کودکان

I. معیارهای پذیرش:

مدل بالینی

مدل تشخیصی

مدل پاراکلینیک

II. معیارهای ترخیص

مراقبتهای مدیریت شده فلوشیپهای مراقبتهای ویژه و پزشکان مقیم PICU

اهداف

دستورالعمل نحوه اداره بخش مراقبتهای ویژه (PICU) در کودک بیمارستان ها

درجه بندی بخش مراقبتهای ویژه کودکان بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی کودک بیمارستانهای

عمومی کشور

دستورالعمل (مواد ۱۰ گانه) شرح وظایف پزشک مقیم PICU

انواع PICU از نظر نحوه اداره

۱. **مدل باز:** در یک PICU باز هر پزشک می تواند کودک بیمار خود را بصورت موردی در PICU بستری نموده تا مانند سایر کودک بیمار تحت مراقبت پزشک و پرسنل PICU باشد. در این مدل مراقبت از کودک بیمار توسط پزشک بستری کننده ادامه

دارد. این مدل از روشهای قدیمی و سنتی اداره PICU است و در بسیاری از کودکان بیمارستانهای غیردانشگاهی و شهرستانها اجرا می شود.

۲. **مدل بسته:** در این روش، کودک بیمار نیازمند مراقبتهای ویژه به سرویس PICU و تحت نظر متخصص PICU یک تیم مراقبتهای ویژه منتقل میشوند. در طی بستری کودک بیمار در PICU تمام مسئولیت های کودک بیمار بر عهده تیم مراقبتهای ویژه است. بسیاری از محققین این نوع اداره PICU را پیشنهاد می کنند، اما بعلاوه بالا بودن هزینه و محدود بودن متخصصین PICU با قابلیت های متعدد جهت تشکیل تیم PICU اجرای این روش در کلیه کودکان بیمارستانها، دشوار می نماید.

۳. **مدل نیمه بسته:** این روش مشابه مدل بسته است بجز آنکه پزشک درخواست کننده PICU برای کودک بیمار، در تماس مداوم با کودک بیمار میماند. اگرچه متخصص مربوطه PICU بعنوان یک تصمیم گیرنده در اختصاص منابع موجود در PICU و کودک بیمارستان در جهت درمان کودک بیمار عمل کرده، مسئولیت درمان را می پذیرد. این روش با حضور متخصص PICU اجرایی ترین و نسبت به مدل باز سودمند تر بنظر می رسد. مطالعات اخیر نشان داده اند که هدایت PICU ها از مدل باز به طرف مدل بسته باعث بهبود نتایج (outcomes) و حتی کاهش هزینه ها در درازمدت شده اند.

متخصص مراقبتهای ویژه کودکان یا INTENSIVIST

متخصص مراقبتهای ویژه یا INTENSIVIST پزشکی است با تعلیمات و تبحر زیاد در اداره کودکان بیمار بدحال و شدت بدحال. در این رشته فوق تخصصی نسبتاً جدید پزشکان از تخصصهای مختلف وارد میشود. بطور کلاسیک، یک Pediatric Intensivist تحصیلات تکمیلی (فلوشیپ) خود را پس از اخذ یکی از تخصصهای بیهوشی، داخلی، ویا ریه در رشته مراقبتهای ویژه کودکان کامل می کند.

انجمن بوردهای تخصصی بیهوشی، اطفال آمریکا از دهه ۱۹۸۰ شروع به تربیت و صدور مدرک برای رشته فوق تخصصی با نام مراقبتهای ویژه کودکان نمود.

معیارهای پذیرش و تریخیص در بخشهای مراقبتهای ویژه کودکان

یکی از سخت ترین دیدگاههای طب مراقبتهای ویژه کودکان تشخیص کودکان بیماری است که از مراقبتهای این بخش بیشترین نفع را می برند. بعلاوه منابع موجود در بخشهای مراقبت ویژه کودکان بسیار پرهزینه اند. با توجه به این عوامل باید از پذیرش کودکان بیماری که در حد بستری در PICU بدحال نیستند ویا آنقدر بدحالند که اقدام سودمندی در PICU برای آنها انجام پذیر نیست، خودداری شود. راهنماهای بسیاری برای مشخص کردن این معیارها وجود دارد، اما بعد از تصمیم گیری نهایی پزشک، مفیدترین راهنما، راهنمای مورد استفاده در کودکان بیمارستانهای انگلیس بنظر می رسد.

معیارهای پذیرش:

I. مدل بالینی: این مدل با توجه به نیازهای بالینی کودکان بیمار رسم شده است.

(۱) حفاظت تنفسی

a. احتمال بدتر شدن ناگهانی عملکرد تنفسی که نیاز فوری به لوله گذاری نای ویا تهویه مکانیکی باشد.

۲) پایش و حفاظت پایه تنفسی

- a. نیاز به اکسیژن با غلظت بیش از ۴۰٪
- b. احتمال پیشرفت کودک بیماری تا حد نیاز به لوله گذاری نای
- c. نیاز به فیزیوتراپی ریه جهت پاکسازی و تخلیه ترشحات ریوی حداقل بفواصل هر دو ساعت
- d. کودک بیماری که بدنبال یک انتوباسیون و یا تهویه مکانیکی طولانی تازه اکستوب شده اند.
- e. نیاز به تهویه مکانیکی غیر تهاجمی ویا ماسک CPAP
- f. کودک بیماری که بعلت حفاظت راه هوایی انتوبه شده ولی نیازی به تهویه پیشرفته ندارند.

۳) حفظ همودینامیک

- a. نیاز به داروهای وازواکتیو
- b. اختلالات همودینامیک بعلت هیپوولومی بهر دلیلی
- c. کودک بیمار پس از احیا (CPR)

۴) حفاظت و پایش نورولوژیک

- a. اختلالات سیستم اعصاب مرکزی که رفلکسهای محافظتی را مختل کرده و نیاز به حفاظت از راه هوایی را الزامی می کند.

b. پایش های تهاجمی دستگاه عصبی

۵) نیاز به درمان جایگزین کلیوی بصورت حاد

مدل تشخیصی : در این مدل پذیرش با توجه به وضعیت خاص و نوع کودک بیماری تنظیم شده است.

A. سیستم قلب و عروق

- a. ایسکمی حاد میوکارد با عارضه
- b. شوک کاردیوژنیک
- c. آریتمی های پیچیده که نیاز به تداخلات بالینی و پایش مداوم دارد.
- d. نارسایی حاد احتقانی قلب با نارسایی تنفسی - با یا بدون نیاز به حفاظت همودینامیکی
- e. اورژانسهای فشارخون
- f. دیس ریتمی، ناپایداری همودینامیک، یا درد قفسه سینه مداوم
- g. پس از احیای ایست قلبی
- h. تامپوناد قلبی یا کودک بیماری محدود کننده قلب با ناپایداری همودینامیک
- i. آنوریسم آنورت دیسکانت
- j. بلوک کامل قلبی

B. سیستم تنفسی

- a. نارسایی حاد تنفسی که نیاز به حمایت تهویه ای باشد.
- b. آمبولی ریه با ناپایداری همودینامیک
- c. کودک بیمار پذیرش شده در بخش با مراقبتهای بیشتر که با بد شدن وضعیت تنفسی آنها پیشرفت می کند.
- d. نیاز به مراقبتهای پرستاری و تنفسی که در بخش قابل ارائه نمی باشد.
- e. همپتزی وسیع
- f. نارسایی تنفسی که احتمال نیاز فوری به لوله گذاری نای باشد.

C. کودک بیماریهای نورولوژیک

- a. شوک حاد با تغییرات سطح هوشیاری
- b. کوما: متابولیک، توکسیک، یا آنوکسیک
- c. خونریزی مغزی با احتمال بالقوه هرنی
- d. خونریزی حاد تحت چادرینه
- e. مننژیت با تغییرات قوای شعوری یا اختلالات تنفسی
- f. اختلالات سیستم اعصاب مرکزی یا عصبی-عضلانی با اختلال عملکرد عصبی یا ریوی
- g. استاتوس اپی لپتیکوس
- h. کودک بیمار مرگ مغزی یا بالقوه مرگ مغزی که کاندید اهدا پیوند هستند.
- i. وازواسپاسم
- j. کودک بیمار با ضربه به سر شدید

D. سوء مصرف دارو

- a. سوء مصرف دارو با ناپایداری همودینامیک
- b. سوء مصرف دارو با تغییرات قوای شعوری که قادر به حفاظت راه هوایی نباشد.
- c. تشنج بدنال سوء مصرف دارو

E. کودک بیماریهای گوارشی

- a. وضعیتهای تهدید کننده حیات بدنال خونریزی گوارشی مانند کاهش فشارخون، خونریزی ممتد، یا کودک بیماریهای همراه کشنده
- b. نارسایی فولمینانت کبدی
- c. پانکراتیت شدید
- d. پارگی نای با یا بدون مدیاستینیت

F. کودک بیماریهای غدد

- a. کتواسیدوز دیابتی همراه با ناپایداری همودینامیک، تغییرات قوای شعوری، نارسایی تنفسی، یا اسیدوز شدید
- b. طوفان تیروئیدی یا کوما میگزدم با ناپایداری همودینامیک
- c. وضعیت هیپراسمولار با کوما یا ناپایداری همودینامیک
- d. مشکلات غددی دیگر مانند کریز آدرنال با ناپایداری همودینامیک
- e. هیپرکلسمی شدید با تغییرات قوای شعوری که نیازمند پایش همودینامیک باشد.
- f. هیپو یا هیپرترمی با تشنج و تغییرات قوای شعوری
- g. هیپو یا هیپرمنیزمی با اختلالات همودینامیک یا دیس ریتمی
- h. هیپو یا هیپرکالمی با دیس ریتمی یا ضعف عضلانی
- i. هیپو یا هیپر فسفاتمی با ضعف عضلانی

G. جراحی

a. کودک بیمار بعد از جراحی نیازمند پایش همودینامیک، تهویه مکانیکی یا مراقبت شدید پرستاری

H. دیگر اندیکاسیونها

a. شوک سبتیک با ناپایداری همودینامیک

b. پایش همودینامیک

c. وضعیتهای بالینی که نیازمند پرستاری در حد PICU دارند.

d. صدمات محیطی (آفتاب زدگی، غرق شدگی، هیپو یا هیپرترمی)

e. درمانهای تجربی تحقیقاتی جدید که می تواند به همراه عارضه باشد

III. مدل پاراکلینیک: در این مدل بیشتر به یافته های آزمایشگاهی، رادیولوژیک و... تکیه میشود.

1. علائم بالینی

- Pulse < 40 or > 150 beats/minute •
- Systolic arterial pressure < 80 mm Hg or 20 mm Hg below the patient's usual pressure •
- Mean arterial pressure < 60 mm Hg •
- Diastolic arterial pressure > 120 mm Hg •
- Respiratory rate > 35 breaths/minute •

2. آزمایشات جدید

- Serum sodium < 110 mEq/L or > 170 mEq/L •
- Serum potassium < 2.0 mEq/L or > 7.0 mEq/L •
- PaO₂ < 50 mm Hg •
- pH < 7.1 or > 7.7 •
- Serum glucose > 800 mg/dl •
- Serum calcium > 15 mg/dl •
- Toxic level of drug or other chemical substance in a hemodynamically or neurologically compromised patient •

3. یافته های جدید رادیولوژیک

- Cerebral vascular hemorrhage, contusion or subarachnoid hemorrhage with altered mental status or focal neurological signs •
- Ruptured viscera, bladder, liver, esophageal varices or uterus with hemodynamic instability •
- Dissecting aortic aneurysm •

4. الکتروکاردیوگرام

- Myocardial infarction with complex arrhythmias,
hemodynamic instability or congestive heart failure
- Sustained ventricular tachycardia or ventricular
fibrillation
- Complete heart block with hemodynamic instability

۵. یافته های بالینی

- Unequal pupils in an unconscious patient
- Burns covering > 10% BSA
- Anuria
- Airway obstruction
- Coma
- Continuous seizures
- Cyanosis
- Cardiac tamponade

معیارهای ترخیص کودک

زمانی کودک بیمار از PICU ترخیص می شود که شرایطی که باعث پذیرش کودک بیمار در PICU شده بود بطور نسبی رفع شده باشد. علاج بودن کودک بیمار به گونه ای که مراقبت در PICU در روند درمانی تاثیری نداشته باشد نیز میتواند معیاری برای جابجایی کودک بیمار به بخش مناسب دیگر باشد.

مراقبتهای مدیریت شده توسط فلوشیپ مراقبتهای ویژه و پزشک مقیم PICU

پیرو دستورالعمل مورخ ۷۹/۴/۱۹ مقام محترم وزارت وقت در خصوص نحوه اداره بخش مراقبتهای ویژه کودکان (PICU) در بیمارستان و نظر به پرسشها و پیشنهادهای متعددی که از سوی دانشگاهها و ادارات تابعه به آن وارد شده، پس از انجام بررسی های کارشناسی مجدد اصلاحیه دستورالعمل نحوه اداره بخش مراقبتهای ویژه کودکان (PICU) در بیمارستان با نگرشی که در ذیل آمده جهت بهره وری و اجراء ایفاد می گردد.

اهداف:

۱. عمل به کوریکولوم آموزشی و تعیین شرح وظایف فلوشیپهای مراقبتهای ویژه پزشکی کودکان (PICM) و رشته های تخصصی مرتبط با PICU.
۲. اصل آن است که هر طیبی به کاری دست زند که آموزش کافی را در آن مورد دیده، تبحر لازم را کسب کرده و توانایی استفاده از امکانات درمانی در اختیار را به شایسته ترین صورت ممکن داشته باشد، چرا که در حرفه پزشکی کودکان مهمترین هدف نجات کودک است و همواره باید این اصل را محترم شمرده شود.

۳. با توجه به گستره وسیع دانش پزشکی و پیچیده بودن مراقبت از بیماران بحرانی با وجود دستگاههای پیچیده و بسیار پرهزینه، هدف ایجاد انگیزه و به خدمت گرفتن فلوشیپهای مراقبتهای ویژه پزشکی (PICM) در کشور با بهره گیری از دانش علمی و عملی آنها با هدف تشکیل و سرپرستی تیم های درمانی و نظارت بر کارگروهی انجام شده و در نهایت نیل به اهداف درمانی است.

دستورالعمل نحوه اداره بخش مراقبتهای ویژه کودکان (PICU) در بیمارستان ها

ماده ۱:

بخش مراقبت ویژه (PICU) در هر بیمارستان به بخشی اطلاق می شود که با مجوز کسب شده و مطابق با تشکیلات سازمانی بیمارستان و با رعایت مشخصات لازم در ضوابط و ارزشیابی اعلام شده باشد.

ماده ۲:

ایجاد بخش مراقبت ویژه کودکان و توزیع تخت متناسب با نوع فعالیت بیمارستان و اصل دسترسی آسان برای همه بر اساس نظام سطح بندی خدمات بستری کشور تعیین می شود.

ماده ۳:

تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز بخش مراقبتهای ویژه کودکان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بر اساس استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور مصوب مرداد ماه ۱۳۷۶ تعیین می گردد و بیمارستانهای خصوصی نیز مطابق همین ضوابط خواهد بود.

ماده ۴:

ریاست بیمارستان موظف است یکی از پزشکان متخصص PICU (دارای مدرک فلوشیپی مراقبتهای ویژه پزشکی کودکان مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را بعنوان ریاست بخش PICU منصوب نماید.

تبصره ۱: از شرایط احراز درجه کودک بیمارستانی عالی سرپرستی بخش مراقبتهای ویژه کودکان توسط پزشک متخصص PICU منتقب بر شرایط ذیل همین ماده است.

تبصره ۲: در صورت فقدان متخصص PICU یکی از پزشکان متخصص شاغل در آن بیمارستان که در مفاد دوره بالینی تخصصی آنها دوره PICU پیش بینی شده است (متخصص بیهوشی ، متخصص کودکان ، فوق تخصص ریه) بر اساس قابلیت ، تجربه و تبحر علمی و عملی به عنوان ریاست بخش PICU انتخاب می گردند. (ترتیب ذکر شده تخصصها مبنای تعیین اولویت نمی باشد).

تبصره ۳: در صورتیکه انتخاب ریاست بخش PICU از گروههای فوق امکان پذیر نباشد ، ریاست بیمارستان می تواند از سایر گروههای تخصصی که دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها را گذرانده باشند یک نفر را بعنوان ریاست بخش PICU انتخاب نماید.

تبصره ۴: در صورت فقدان متخصص PICU ریاست بخش PICU می تواند از بین گروههای تخصصی مرتبط انتصاب گردد.

تبصره ۵: شرح وظایف و حقوق اداری مالی ریاست بخش PICU مطابق با ضوابط موجود برای سایر روسای گروه تخصصی بیمارستان می باشد.

ماده ۵:

سرپرستار بخش مراقبتهای ویژه کودکان از کارشناسان ارشد پرستاری، کارشناس ارشد بیهوشی و یا پرستارانی که دوره خاصی تحت عنوان طب مراقبت ویژه کودکان را طی نموده اند انتخاب خواهد شد. پرستاران با ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نیز به عنوان اولویت دوم می توانند به سمت سرپرستار در بخش مراقبتهای ویژه کودکان انتخاب شوند.

تبصره ۱: تمام پرستاران این بخش باید بطور دوره ای تحت آموزش و باز آموزشی اختصاصی PICU قرار گیرند.

ماده ۶:

تمامی بیماران بستری در PICU توسط تیم پزشکی PICU تحت درمان قرار می گیرند.
تبصره ۱: تیم پزشکی PICU شامل پزشک متخصص PICU، پزشک متخصص درگیر کودک بیمار، پزشک مقیم PICU و سایر پزشکان بر اساس نیاز کودک بیمار می باشند.

تبصره ۲: پزشک متخصص PICU (دارای مدرک فلوشیپی مراقبتهای ویژه پزشکی کودکان مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) مسئول هدایت و هماهنگی تیم پزشکی تشکیل شده می باشد.

تبصره ۳: پزشک مقیم PICU پزشکی متخصص بوده که دوره آموزشی PICU مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را طی تحصیلات تخصصی خود گذرانده باشد (متخصص بیهوشی، فوق تخصص ریه، متخصص کودکان). در صورت فقدان موارد فوق پزشکی که دوره تکمیلی مرتبط با PICU را گذرانده باشند می توانند به عنوان پزشک مقیم PICU انتخاب شوند.

تبصره ۴: هر پزشک مقیم ۶ تخت PICU و ۳ تخت POST PICU را همزمان می تواند اداره کند.

تبصره ۵: در بیمارستانهایی که علاوه بر PICU دارای POST PICU می باشند تیم پزشکی PICU مسئولیت درمانی آنرا به عهده دارد و شرایط ویزیت و تعرفه خدمات درمانی آن شامل همان تعرفه های PICU می باشد.

تبصره ۶: دستورالعمل شرح وظایف پزشک مقیم PICU مطابق با مفاد ضمیمه (۱) لازم الاجرا است.

تبصره ۷: دوره آموزشی PICU برای پزشکان متخصص داوطلب بسته به نیاز و شرایط مقتضی و صلاحدید از نظر محتوی، طول دوره و شرایط پذیرش توسط وزارت مطبوع تدوین و برگزار می گردد.

تعیین درجه بندی بخش مراقبتهای ویژه کودکان بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور عطف به جدول ذیل انجام می شود.

* کودک بیمار شدیداً بدحال

ماده ۷: تعیین درجه بندی بخش مراقبتهای ویژه کودکان بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور عطف به جدول ذیل انجام می شود.

تعداد نگاهبان در ساعات ملاقات	تعداد خدمه	نسبت کمک بهیار به بیمار	نسبت پرستار به بیمار	پزشک مقیم ۲۴ ساعته	نقش Intensivist	Intensivist	
1	۱/۴	1/3	1/1*-1/2	+	Director+24h Oncall	+	درجه ۱ عالی
1	۱/۴	1/3	1/2	+	Visitor without 24h Oncall	+	درجه ۱
1	۱/۴	1/4	1/2	+	-	-	درجه ۲
1	۱/۴	1/4	1/2	-	-	-	درجه ۳
تعداد نگاهبان در ساعات ملاقات	تعداد خدمه	نسبت کمک بهیار به بیمار	نسبت پرستار به بیمار	پزشک مقیم ۲۴ ساعته	نقش Intensivist	Intensivist	
1	۱/۴	1/3	1/1*-1/2	+	Director+24h Oncall	+	درجه ۱ عالی
1	۱/۴	1/3	1/2	+	Visitor without 24h Oncall	+	درجه ۱
1	۱/۴	1/4	1/2	+	-	-	درجه ۲
1	۱/۴	1/4	1/2	-	-	-	درجه ۳

ماده ۸ :

خدمات ارائه شده پزشکی که توسط پزشک متخصص PICU، پزشکان متخصص دیگر و پزشک مقیم PICU انجام می شود مطابق با کتاب تعرفه ارزش خدمات پزشکی محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

الف- به ازاء ویزیت هر بیمار بستری در PICU توسط متخصص PICU (ویزیت بیمار بد حال بحرانی) مبلغ ۳۰۰۰۰۰ ریال تعلق می گیرد. بدیهی است پروسیجرهای انجام شده جداگانه بر اساس ماده ۸ پرداخت می شود.

ب- حق ویزیت پزشک مشاور طبق روال و برابر مقررات موجود محاسبه میشود.

ج- تعرفه و حق الزحمه پزشک مقیم PICU :

جهت اقامت و حضور مداوم در بخش به ازاء هر ۳ تخت PICU بصورت گلوبال ۴۲ کای داخلی (کد ۶۰-۹۹۱ کتاب تعرفه های پزشکی) در ساعت.

تبصره ۱- واضح است که بازاء هر تخت اضافی ضربی متناسب با بند فوق به حق الزحمه پزشک مقیم اضافه می شود.

تبصره ۲- اقدامات انجام شده مجاز معمول در PICU (بسته به نوع تخصص پزشک مقیم) در تعرفه فوق مستتر است.

د - در غیاب پزشک مقیم بر اساس بند فوق کد ۹۹۱۶۰ به پزشک متخصص PICU اختصاص میابد.

ه- در صورتیکه بیمار نیاز به اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی غیر معمول و خارج از PICU داشته باشد طبق مقررات موجود جداگانه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱ : بیمارستانهایی که در بخش PICU پزشک مقیم با شرایط مندرج در این دستورالعمل را ندارند تعرفه ذکر شده در بند (ج) ماده ۸ را نمی توانند دریافت کنند.

تبصره ۲ : بیمارستانهایی که Intensivist ندارند تعرفه ذکر شده در بند (الف) ماده ۸ را نمی توانند دریافت کنند.

ماده ۹ :

تمامی بیمارستانهایی که حداقل دارای ۵ تخت ثابت PICU می باشند موظف اند از تاریخ تصویب این دستورالعمل بخش مراقبت ویژه را با ضوابط آن تطبیق دهند.

تبصره : اجراء دستورالعمل فوق برای بیمارستانهایی که کمتر از ۵ تخت ثابت PICU دارند اجباری نیست.

ماده ۱۰ :

خدمات پایه در بخش مراقبتهای ویژه کودکان بر عهده پزشک مقیم است که از بین پزشکان متخصص بیهوشی ، متخصص کودکان ، فوق تخصص ریه برگزیده می شود.

الف- ارزیابی بیماران قبل از پذیرش در بخش مراقبتهای ویژه کودکان بصورت معاینه بالینی و درج یافته ها در برگ مشاوره (درخواست شده توسط پزشک معالج) به عهده پزشک مقیم PICU است.

ب- تعیین اولویت پذیرش بیماران در PICU با هماهنگی Intensivist (و در صورت فقدان آن با هماهنگی سرپرست PICU) بر عهده پزشک مقیم بوده و ترخیص بیماران از بخش PICU پس از هماهنگی با پزشک معالج و Intensivist Pediatric بر عهده پزشک مقیم است.

ج- تصمیم گیری نهایی پس از هماهنگی لازم در مورد دستورات پزشکان معالج و مشاور بر عهده Intensivist Pediatric و در صورت عدم حضور آن بر عهده پزشک مقیم است.

د- خدمات پایه پزشکی برای کودکان بدحال که نیازمند توجه مستمر و ویزیت های متوالی پزشکی می باشند نظیر پایش بیمار (monitoring) ، کنترل وضعیت بیمار ، تجویز داروها و دستورات پزشکی توسط پزشک مقیم انجام می پذیرد.

ماده ۱۱ :

پزشکان مقیم باید بطور مداوم و شبانه روزی در بخش مراقبتهای ویژه کودکان حضور داشته باشند و ترک بخش ممنوع می باشد. شیفت های مختلف شبانه روزی و تعطیلات با نظر رئیس بخش PICU برنامه ریزی خواهد شد.

دستورالعمل شرح وظایف پزشک مقیم در PICU

ماده ۱: محل اقامت پزشک مقیم در زمان کشیک در اتاقی در داخل یا مجاور PICU می باشد بطوریکه با صرف کمترین زمان بتوان به او دسترسی داشت.

ماده ۲: پزشک مقیم حق ترک PICU را در زمان انجام کشیک ندارد (مگر در مقاطع زمانی کوتاه جهت انجام فرایض و انجام مشاوره ها و صرف غذا با هماهنگی لازم)

ماده ۳: پزشک مقیم موظف است در زمان تعویض شیفت در PICU حضور داشته و بیماران را به پزشک بعد معرفی و تحویل نماید. تبصره ۱: بندهای ۱ تا ۳ جهت مراکز PICU پیش از ۴ تخت ثابت الزامی می باشد.

ماده ۴: پزشک مقیم موظف است در اسرع وقت پاسخگوی مشاوره های درخواستی PICU باشد .

بند الف) لازم است انتخاب بیمار برای بستری شدن در PICU بر اساس اندیکاسیونهای کلاسیک انجام گیرد.

بند ب) برای انتخاب بیمارانیکه اندیکاسیون بستری در بخش PICU دارند در شرایط مساوی بیمارانی در اولویت قرار می گیرند که شرایط بهره مندی بیشتری از بخش PICU ببرند . بطوریکه احتمال مرگ و میر آنها کمتر و بستری شدن در PICU پیش آگهی بهتری را برای آنها ایجاد کند.

ماده ۵: پزشک مقیم موظف است در بدو ورود از بیمار شرح حال کامل و معاینه کامل بعمل آورده در پرونده بیمار ثبت نماید.

بند الف) لازم است بطور روزانه گزارش پیشرفت سیر بیماری در پرونده ثبت گردد.

بند ب) SCOR بررسی وضعیت فیزیولوژیک حاد و مزمن سلامت در بدو ورود و روز های بعد جهت تعیین پیش آگهی بیماری در پرونده بیمار ثبت گردد.

ماده ۶: لازم است در بدو ورود بیمار جهت انجام هر گونه اعمال تشخیصی درمانی و پیامد های احتمالی در PICU رضایتمانه ای که توسط پرستار بخش PICU در اختیار قیم یا خانواده درجه یک قرار داده شده است در پرونده بیمار منظم نماید .

ماده ۷: پزشک مقیم موظف است مفاد دستور العمل کنترل و پیشگیری عفونت در PICU را مطالعه، رعایت و با همکاری سرپرستار بخش بر انجام آن نظارت نماید.

ماده ۸: پزشک مقیم موظف است با همکاری پزشک معالج مربوطه اقدام به تنظیم دستورات لازم روزانه بیمار نماید.

ماده ۹: ترخیص بیمار از بخش PICU بایست بانظر و هماهنگی پزشک معالج بیمار انجام گردد.

سیاست گذاری کنترل عفونت بیمارستانی

دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت در بخش های ویژه (PICU)

کنترل عفونت در بخش های ویژه (PICU) عمدتاً بر اساس دو محور اساسی مهندسی PICU و مدیریت پرسنل آن می باشد که در کنار یکدیگر لازم و ملزوم یکدیگرند و برای نیل به هدف کنترل عفونت در PICU رعایت نکات لازم در هر کدام از این محورها الزامی است.

۱. تناسب مساحت بخش با تعداد تختها : بایستی فضای کافی در اطراف هر تخت برای وسایل و دسترسی پرسنل به بیمار و وسایل وجود داشته باشد.
۲. طراحی PICU بگونه ای باشد که هر بیمار در یک اتاقک قرار داشته باشد در صورتیکه بخش بصورت یکدست (Big Ward) است بایستی اتاق ایزوله جهت مراقبت از بیماران عفونی وجود داشته باشد.
۳. در ورودی بخش بایستی یک اتاق مخصوص تعویض لباس پرسنل و شستشوی دستها جهت کلیه کادر پزشکی وجود داشته باشد.
۴. موقعیت و تعداد مناسب دستشویی بطوریکه کلیه کادر پزشکی به راحتی بتوانند بطور مکرر دستهای خود را بشویند ترجیحاً وسایل خشک کننده مناسب نظیر خشک کن برقی در نزدیکی هر دستشویی قرار داده شود.
۵. ایجاد محلهای مناسب جداگانه جهت نگره داری وسایل تمیز، شستشوی وسایل و وسایل نظافت بخش.
۶. تعبیه اتاق مخصوص نگهداری بطوریکه از محیط PICU جدا باشد.
۷. شستشو و ضد عفونی وسایل مراقبتی و درمانی بیماران بر اساس استانداردهای هر وسیله که توسط کارخانه سازنده توصیه شده و توسط کمیته کنترل عفونت تایید شده است نظیر دستگاههای ونتیلاتور ...
۸. دسترسی به تعداد کافی وسایل مراقبتی و درمانی بطوریکه زمان کافی برای شستشو، گند زدایی و سترون سازی وسایل وجود داشته باشد این کار در طولانی مدت مقرون به صرفه خواهد بود.
۹. رعایت اصول استفاده و مراقبت از وسایلی که در تماس با بیمار می باشد نظیر کاتتر های ادراری، عروقی، تنفسی و...

مدیریت PICU

مدیریت PICU بایستی همزمان به سه جنبه توجه داشته باشد:

۱. پرسنل
۲. پایش کنترل عفونت
۳. بیماران

۱. پرسنل

- الف (آموزش: مهارت پرسنل در امور مربوط به PICU بسیار مهم است. بنابراین بایستی آموزش مداوم جهت تکنولوژی جدید ونحوه استفاده از وسایل جدید بیماری نو ظهور و مرور روی آموزشهای قبلی وجود داشته باشد.
- ب (مهارت وتجربه: بهتر است که پرسنل تازه کار رادر PICU به کار نگرفت واز تعویض مکرر پرسنل پرستاری دراین بخشها خودداری شود. دانشجویان نیز درآخر دوره آموزشی PICU را بگذرانند و PICU تجربه اولیه آنها از بخشهای آموزشی نباشد.
- ج (مسئولیت: آگاه کردن کادر درمانی از مسئولیت ونقششان در جلوگیری از انتشار عفونت.
- د (حتی الامکان رعایت نسبت یک به یک پرسنل به بیمار ودر صورتیکه این شرایط مقدور نباشد پرسنل مراقبت از بیماران عفونی از بیماران غیر عفونی مجزا باشد.

۲. پایش کنترل عفونت

- الف (نظارت سرپرستار بر رفتار و عملیات کلیه کادر درمانی بطوریکه یک رفتار غلط سریع شناسایی شود و قبل از اینکه بصورت عادت در آید جلوی آن گرفته شود .

- ب (نظارت بر کیفیت مراقبتهای درمانی

- ج (مراقبت عفونت بیمارستانی : نظارت بر میزان بروز شیوع عفونت های بیمارستانی ، شناسایی عفونتها و گزارش دهی

۳. بیماران

- الف (بستری نمودن بیمارانی که نیاز به مراقبت ویژه پزشکی دارند نه هر نوع بیماری
- ب (ترخیص هر چه سریعتر بیماران از PICU به محض ایجاد وضعیت مناسب پزشکی
- ج (تشخیص سریع ودخالت به موقع در عفونتهای بیمارستانی در هر بیمار وهنگام بروز اپیدمی

اصول علمی کنترل عفونت در PICU

جدا سازی بیماران (Isolation)

- ۱- جدا سازی وحفظ فاصله بین بیماران جدیداز بیماران قدیمی تر که احتمال کلونیزاسیون و عفونت دارند حتی الامکان پرسنل این بیماران نیز بایستی مجزا باشند وویزیت بیماران عفونی به عنوان بیمار آخر
- ۲- جداسازی بیماران عفونی شده برحسب محل عفونت، راه انتقال، مقدار ونوع ترشحات آلوده ، نوع وتهاجم میکرو ارگانیسم مربوطه وحساسیت آنتی بیوتیکی آن
- ۳- جلوگیری از جابجایی مکرر بیمار در بین بخشهای مختلف بیمارستان.
- ۴- مشخص کردن فلور کلونیزه وحساسیت آنتی بیوتیکی آن در هر بیمار ودرج در پرونده وگزارش آن به هنگام ارجاع بیمار به واحد درمانی دیگر
- ۵- جهت کنترل تردد در بخش رعایت اصل ملاقات ممنوع ، برگزاری راند آموزشی در خارج از محل نگهداری بیماران وانجام راند درمانی بیمار فقط توسط پزشکان مختص آن بیمار.

شستشوی دستها

۱. بایستی نظارت مستمر توسط سر پرستار یا پزشک مسئول بخش روی این امر مهم وجود داشته باشد و آموزش مداوم داشته باشد .
۲. استفاده از مواد صابونی همراه با ضد عفونی کننده مناسب دستها نظیر کلرو هگزیدین بخصوص بعد از تماس با بیماران عفونی ارجحیت دارد.
استفاده از وسایل حفاظتی
۱. دستکش: برای بیماران عفونی استفاده از دستکش توصیه می شود و بایستی برای هر بیمار از یک دستکش استفاده کرد . استفاده از دستکش به معنای عدم نیاز به شستشوی دستها نمی باشد.
۲. گان: برای بیماران عفونی و بیمارانی که کار با آنها احتمال پاشیدگی خون و ترشحات دارد پوشیدن گان مخصوص همان بیمار لازم است این گان بایستی روزی یکبار عوض شود اما در صورتیکه آلودگی ظاهری داشته باشد بایستی فوراً عوض شود.
۳. عینک و ماسک : در صورتیکه هنگام کار با بیمار احتمال پاشیدگی خون و ترشحات به صورت وجود دارد بایستی از عینک و ماسک استفاده شود.
۴. تعویض لباس : پرسنلی که در تماس مداوم با بیمار هستند نظیر پرستاران بایستی که در هنگام ورود به بخش لباس خود را تعویض نمایند. اما پرسنلی که در تماس با بیمار نمی باشند یا کوتاه مدت در بخش حضور دارند نیازی به تعویض لباس جهت ورود به بخش ندارند و در صورتیکه نیاز به تماس با بیمار دارند بایستی از گان ویژه همان بیمار استفاده نمایند.
۵. کفش : جهت ورود به بخش لازم است از کفش یا دمپایی مخصوص بخش استفاده گردد.

خصوصیات بخشهای مراقبت ویژه کودکان

- بیمارانی که در بخشهای ویژه بستری می شوند اکثراً دچار ترس و اضطراب می شوند در نتیجه فشارخون بالا رفته و نبض و تنفس تند می گردد . ازدیاد ضربان قلب سبب افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن شده و در نتیجه ایسکمی و نکروز میوکارد تشدید می یابد پس اولین شرط آرام بودن محیط می باشد .
- بخش ویژه باید موقعیتی مرکزی داشته معمولاً " در طبقه اول یا دوم بوده و همچنین باید نزدیک اتاق کاتتریسم و بخشهای قلبی و اورژانس باشد .
- بخش بستری باید به نحوی باشد که عوامل مزاحم از قبیل سرو صدا ، گرد و غبار در حداقل ممکن باشد .
- بخش بستری باید به گونه ای باشد که کودکان بستری در امنیت کامل تحت درمان قرار گیرند و نظارت بر اتاقها و محلهای بستری به سهولت امکان پذیر باشد .
- اتاقهای بستری به گونه ای طراحی شوند که هر بیمار از تهویه ، روشنایی مناسب و کنترل حرارت مطابق استانداردهای ملی و مقررات بهداشتی برخوردار باشند .

- حتی الامکان هر اتاق بیمار دارای پنجره مشرف به فضای خارج باشد تا علاوه بر امکان استفاده از نور طبیعی کافی ورود هوای طبیعی به صورت مطلوب (در صورت نیاز) به اتاق هر بیمار امکانپذیر باشد .
- طراحی بخش باید به گونه ای باشد تا خروج و ورود مستقیم به راهرو بخش بدون ضرورت عبور از فضای بستری سایر بیماران امکان پذیر باشد .
- سالن (اتاق) پذیرایی عیادت کنندگان ، یا تسهیلات عمومی دیگر برای استراحت و تامین نیاز اجتماعی بیماران پیش بینی شده باشد .
- حتی المقدور اتاقهای ایزوله برای بیماران بدحال در نظر گرفته شود .
- اتاقهای ایزوله با ملحقیات ورودی و تسهیلات بهداشتی برای بیمارانی که مشکوک به ابتلاء به بیماری عفونی هستند پیش بینی شده و به صورتی سازماندهی شود که خطر سرایت به بیماران و کارکنان تحت کنترل لازم قرار گیرد .
- در واحد پرستاری محل استقرار پرستار با تسلط به اتاقهای بیماران و شرایط کافی پیش بینی شود و محل استقرار آن برای نظارت کامل مناسب باشد .
- یخچال مخصوص نگهداری دارو وجود داشته باشد .
- محل مناسبی برای چیدن و آماده سازی دارو و سیستمهای درمانی لازم در بخش مراقبتهای پرستاری پیش بینی شده و انجام کارهای بخش در محیط امن و شرایط مطلوب انجام می گیرد . از جمله نور و روشنایی کافی ، دسترسی به آب و سینک شستشو ، یخچال ، محوطه لازم برای انجام کار بخش ، محلها و کمدهای نگهداری لوازم مصرفی و حفظ داروهای مورد نیاز بیماران پیش بینی شود .
- اتاقی باتهویه مناسب و روشنایی کافی برای ذخیره لباس و سایر لوازم مورد نیاز بیماران در دسترس باشد .
- تسهیلات لازم برای تخلیه ، شستشو و ضدعفونی لگن ها و لوله های ادرار بدون ضرورت کاردستی و به صورت خودکار پیش بینی شود . شستشوی لگن و ظروف دیگر و ضدعفونی آنها با آب داغ ۸۵ درجه و یا بخار آب انجام شود .
- محلی برای نگهداری چرخهای حمل بیمار ، برانکارد و ... وجود داشته باشد .
- اتاق نگهداری وسایل نظافت ، جمع آوری و تخلیه مواد زائد در بخش پیش بینی شود .
- در صورت فقدان رختکن مرکزی برای نگهداری لباس و لوازم شخصی بیماران ، امکانات لازم برای نگهداری وسایل شخصی بیماران در نظر گرفته شود . در مورد پرسنل نیز ترجیحا " رختکن مرکزی در نظر گرفته شود .
- اتاق معاینه و درمان برای ویزیت اختصاصی بیمار ، مشاوره با پزشک و نیز به عنوان دفتر کار پرسنل در نظر گرفته شود .
- فضای مناسب برای فعالیتهای اداری ، بالینی و درمانی و فعالیتهای عملکرد شامل موارد زیر است :

الف) فضای اداری : به اندازه لازم

ب) مرکز پرستاری دارای حداقل فضاهای زیر است :

13 متر مربع برای اتاق خصوصی (یک تخت خوابی) ، ۱۶ متر با سرویس بهداشتی

6 متر مربع برای هر تخت عمومی (چند تخت خوابی) بدون محاسبه سرویس بهداشتی

در اتاقها فضا و فاصله کافی بین تختها برای احتراز از امکان سرایت عفونت و عبور راحت وسایل در نظر گرفته شود .

- راهروهای موجود در بخش به حد کافی برای عبور راحت دو تخت بیمارستانی (به میزان ۲/۲۰ متر عرض) و تمامی درها برای عبور یک تخت بیمار (۱/۲۰ متر) در نظر گرفته شود .

- کلیه تسهیلات برقی نظیر کلید و پریزها باید بر اساس استانداردهای ایمنی تعبیه شده و ارت دار باشند .

- کف بخش از نظر جنس غیر قابل نفوذ به آب و رطوبت باشد .

- دیوارها مناسب و قابل شستشو در نظر گرفته شود . ترجیحا" اتاقهای ایزوله کاشی کاری شده تا در اثر شستشوی زیاد و ضد عفونی مکرر دچار مشکل نگردد .

- برای بخش تسهیلات و امکانات فرار (پله های فرار) در هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه در نظر گرفته شود .

-- دیوارها و کف بخش قابل شستشو باشد ..

- کلیه اتاقهای تامین حرارت بایستی از محوطه بیرون دارای ورودی جداگانه باشند چنانچه از داخل بنا ورودی به اتاقها یا بخش پیش بینی شده باشد باید درهای ورودی با مواد مقاوم در برابر آتش ساخته شده باشند (درهای مقاوم در برابر حرارت)

- برای کلیه اتاقهای بخش ، آشپزخانه بخش ، حمام و توالتها طبق مقررات ملی امکانات تهویه در نظر گرفته شود .

- تمامی پنجره ها به نرده های حفاظ مجهز باشند تا شرایط ایمنی بیمار و آسایش او تامین گردد .

- جریان مجدد هوا (هوای طبیعی) در صورت کارآمدی سیستم تهویه مطبوع ممنوع است .

- در بالین کلیه بیماران وسیله ارتباطی مناسب (با بیرون نظیر تلفن و با داخل نظیر سیستم احضار پرستار) وجود داشته باشد .

- میزهای کار پزشکان ، پرستاران و کانتورها به نحو مناسب از روشنایی مصنوعی استفاده کنند .

- برق اضطراری و تسهیلات انرژی در محل استقرار پرستار در بخش در نظر گرفته شود .

- تسهیلات سرویسهای بهداشتی بخش در تعداد لازم و با توجه به تنوع فعالیت بخش با وضعیتی مناسب برای معلولین و بیماران با تقسیم بندی سن، جنس و بر حسب تعداد کارکنان، بیماران و عیادت کنندگان در نظر گرفته شود.
- سرویسهای بهداشتی به صورت مستقیم به فضاهای تهیه و یا توزیع غذا در بخشها باز نشود.
- سیستمهای اطفاء حریق به صورت مناسب و با تنوعی متناسب با دامنه فعالیتهای بخش در نظر گرفته شود.
- در صورت امکان برای بخش اطاق جلسه و یا کنفرانس در نظر گرفته شود.
- برای هر تخت سیستم خلاء و اکسیژن به صورت مرکزی در نظر گرفته شود.
- ویژگی ایستگاه پرستاری و اشراف داشتن بر بخش به صورت استاندارد در نظر گرفته می شود.
- اطراف بخشهای ویژه ترجیحا " مناظر زیبا وجود داشته باشد .
- بهترین فرمت بخش قرارگیری آن به صورت دایره ای یا U شکل می باشد بطوریکه پرستار در مرکز و نزدیک تخت بیمار قرار می گیرد. در این حالت ارزیابی مراقبتی پرستار از بیمار افزایش یافته و بیمار نیز با دیدن راحت تر پرستار آرامش می یابد این در حالی است که بیماران نمی توانند همدیگر را ببینند .
- بهتر است بین هر دو تخت ۲/۵ متر فاصله باشد و در مکانی که بوسیله پرده و یا دیوار از یکدیگر جدا شده اند مورد مراقبت قرار گیرند . جدابودن بیماران بدلیل اثرات نامطلوب روانی بد روی بیماران در هنگام ایجاد حالت های اورژانس توصیه می شود .
- این مکانها (اختصاص یافته به هر تخت) باید به اندازه ای بزرگ باشند (۲۰مترمربع) که بتوان دستگاههایی مثل **ECG** ، ماساژ الکتریکی ، دفیبریلاتور و ... را در آن قرار داد . همچنین تا دیوارها لازم است ۱متر فاصله وجود داشته باشد تا بتوان به راحتی مریض را در موارد لازم احیا نمود .
- کف اتاق بخشهای ویژه باید صدادار نبوده و قابل شستشو باشد .
- رنگ اتاق روشن (سبز یا مغز پسته ای جهت آرامش) ، دارای سقف بلند و تهویه مناسب باشد .
- اتاقها حتما " بایستی دارای پنجره باشند . تا تاریکی و یا نور مناسب باعث دلتنگی بیمار نشود . این امر باعث جلوگیری از بروز سندرم بستری در بخشهای ویژه نظیر محرومیت حسی (**Sensory Deprivation**) که در اثر بستری شدن در اتاق بدون تحریک حسی ایجاد میشود ، میگردد .
- وجود اتاقهای ایزوله در بخشهای ویژه ضروری است . در این اتاقها باید تهویه بسیار مناسب و ارتباط با محیط بیرون بسیار محدود باشد.
- بهتر است دیوارها کاشی شده تا در اثر پاشیده شدن ترشحات قابل شستشو باشند . تجربه نشان داده است رنگهای قابل شستشو با توجه به نوع فعالیت بخشهای ویژه از دوام کمی برخوردار است.

- در صورت امکان بایستی در بخش های ویژه ، عیادت بیمار از طریق پنجره و بدون حضور آنها در محل بخش انجام شود .

- هر اتاق بایستی حداقل دارای ۸ پریز برق (ارت دار) باشد .

- به منظور جلوگیری از مزاحمت در حین انجام مراقبتهای ویژه بهتر است تمامی وسایل تزریق وریدی از سقف آویزان باشد . هرتخت باید مجهز به چندین حلقه به منظور آویزان نمودن سرم و کیسه خون باشد .

- در کنار بخشهای ویژه باید اطاق پیس میکر منظور شده تا در صورت نیاز به پیس میکر از آن استفاده شود .

- معمولاً در کنار بخشهای ویژه و یا داخل آن وجود آزمایشگاه کوچک مجهز به دستگاه ABG ضروری است .

- معمولاً درجه حرارت ۲۱ درجه سانتیگراد با رطوبت ۷۰٪ شرایط محیطی ایده آل در بخشهای ویژه است .

- مانیتورینگهای موجود در بخشهای ویژه باید به گونه ای تعبیه شوند که حرکت بیمار منجر به سقوط آنها نشود .

- مانیتورینگها برای سطوح مختلف با قابلیتهای زیر تعریف می شوند.

پارامتر	سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳	سطح ۴	سطح ۵ و ۶
ECG یک کاناله	—	—			
ECG سه کاناله	—	—	—	—	
پالس اکسیمتر	—				
NIBP	—	—			
دما	—	—	—		
IBP تک کاناله	—	—	—		
IBP سه کاناله	—	—	—	—	

- ست معاینه شامل : استتسکوپ ، چراغ قوه ، فشارخون سنج ، چکش رفلکس ، ترمومتردهانی و رکتال ، اتوسکوپ ، افتالموسکوپ ، متر و گوشی می باشد.

تجهیزات سرمایه ای - PICU

ردیف	نام دستگاه	تعداد استاندارد	تعداد مطلوب	ملاحظات
۱	تخت استاندارد ICU	۸ تخت		تخت سه شکن اتوماتیک
۲	تشک موج	۱ عدد		به ازای هر تخت
۳	ساکشن سانترال	۱ عدد		به ازای هر تخت
۴	ساکشن موتوردار	۱ عدد		به ازای هر ۳ تخت
۵	مانیتورینگ فول پارامتر	۱ عدد		به ازای هر تخت
۶	کاپنوگراف	۱ عدد		به ازای هر ۵ تخت
۷	رادیولوژی پرتابل	۱ عدد		به ازای بخش
۸	Relaxography	۱ عدد		به ازای بخش
۹	ونتیلاتور	۱ عدد		به ازای هر تخت
۱۰	دی سی شوک	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت به انضمام Pace sync
۱۱	ترالی اورژانس	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۱۲	دستگاه ECG سه کاناله	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۱۳	نبولایزر	۱ عدد		به ازای هر تخت
۱۴	سرنگ پمپ	۳ عدد		به ازای هر ۲ تخت
۱۵	نگاتوسکوپ	۱ عدد		به ازای هر ۲ تخت
۱۶	پیس میکر	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۱۷	گامکوساکشن	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۱۸	گلوکومتر	۱ عدد		به ازای هر ۳ تخت
۱۹	Spirometer Incentire	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۲۰	پمپ تزریق سرم	۱ عدد		به ازای هر تخت
۲۱	فشارخون سنج دیواری	۱ عدد		به ازای هر تخت
۲۲	فشارخون سنج پرتابل	۲ عدد		به ازای کل بخش
۲۳	ترالی دارو	۱ عدد		به ازای کل بخش
۲۴	چادر اکسیژن بزرگسال	۱ عدد		به ازای هر ۳ تخت
۲۵	ست معاینه	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۲۶	ست لارنگوسکوپ بزرگسال	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۲۷	پاراوان سربی	۱ عدد		به ازای کل بخش
۲۸	چراغ اشعه UV	۱ عدد		به ازای هر ۸ تخت
۲۹	کاتر سرسوزن	۱ عدد		به ازای هر تخت

به ازای هر تخت	۱ عدد	آمیوگ	۳۰
به ازای هر بخش	۱ عدد	ترالی حمل وسایل	۳۱
به ازای هر بخش	۱ عدد	بیکس	۳۲
به ازای هر بخش	۱ عدد	دوربین مداربسته	۳۳
به ازای هر دو تخت	۱ عدد	لگن بیمار	۳۴

تجهیزات مصرفی - P ICU

ملاحظات	تعداد مطلوب	تعداد استاندارد	نام دستگاه	ردیف
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	پنبه	۱
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	گاز	۲
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	الکل	۳
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	انواع سرنگ	۴
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	انواع سرسوزن	۵
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	کاغذ ECG	۶
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	ژل ECG	۷
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	الکتروود ECG	۸
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	دستکش معاینه	۹
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	کیسه دفع زباله	۱۰
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	کاتتر Nasal	۱۱
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	کاتتر دهانی	۱۲
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	ساکشن نائی - ریوی	۱۳
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	لوله تراشه	۱۴
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	چسب ضد حساسیت	۱۵
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	ماسک اکسیژن	۱۶
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	سرساکشن	۱۷
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	لوله تراکستومی	۱۸
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	لوله آزمایش	۱۹
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	سوندفولی	۲۰
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	سوند نلاتون	۲۱
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	تیوب NG	۲۲
	جهت مصرف دو ماه	جهت مصرف یک ماه	سوند پیترز	۲۳

صابون مایع	جهت مصرف یک ماه	جهت مصرف دو ماه	۲۴
بتادین	جهت مصرف یک ماه	جهت مصرف دو ماه	۲۵

تجهیزات نیمه مصرفی - P ICU

ردیف	نام دستگاه	تعداد استاندارد	تعداد مطلوب	ملاحظات
۱	کیسه آب گرم	۱		به ازای هر تخت
۲	کیسه آب سرد	۱		به ازای هر تخت
۳	تیغه لارنگوسکوپ	۱ ست		به ازای هر دستگاه
۴	فیلتر باکتری	۱		به ازای هر دستگاه
۵	جار ساکشن	۱		به ازای هر دستگاه
۶	الکتروود ECG	۲		به ازای هر دستگاه (Lead wire)
۷	پروپ پالس اکسیمتر	۲		به ازای هر دستگاه
۸	کاف NIBP	۲		سایز بزرگسال به ازای هر دستگاه
۹	پروپ Temp	۲		به ازای هر دستگاه
۱۰	IBP ترانسدیوسر	۲		به ازای هر دستگاه
۱۱	ست لوله خرطومی	۲		به ازای هر دستگاه
۱۲	اسپیرومتر معمولی	۱		(Bag) به ازای هر تخت
۱۳	لامپ UV	۴		به ازای هر دستگاه
۱۴	ملحفه	۳		به ازای هر تخت
۱۵	لباس بیمار	۲		به ازای هر تخت
۱۶	پتو	۲		به ازای هر تخت
۱۷	بالش و روبالشی	۲		به ازای هر تخت
۱۸	شان	۲		به ازای هر تخت
۱۹	گان	۱		به ازای هر تخت
۲۰	ماسک	۱		به ازای هر تخت
۲۱	روکفشی	۱		به ازای هر تخت

تجهیزات اداری - PICU

ردیف	نام دستگاه	تعداد استاندارد	تعداد مطلوب	ملاحظات
۱	خودکار	۱ بسته		در ۲ رنگ
۲	مداد	۱ بسته ۱۰ تایی		

		۱ عدد	تراش	۳
به ازای هر استیشن پرستاری		۴ عدد	صندلی	۴
		۱ عدد	میز	۵
		۲ عدد	پاک کن	۶
به ازای هر کانتر پرستاری		۱ عدد	وایت برد	۷
به ازای هر تخت		۱ عدد	دمپایی پلاستیکی	۸
به ازای هر کانتر		۲ عدد	تلفن رومیزی	۹
برای بخش		۱ عدد	تابلو اعلانات	۱۰
به ازای هر کانتر		۱ عدد	نوارچسب و پایه	۱۱
به ازای هر کانتر		۱ عدد	ساعت دیواری	۱۲
به ازای هر تخت		۱ عدد	سطل زباله معمولی	۱۳
به ازای هر تخت		۱ عدد	سطل زباله عفونی	۱۴
به ازای کل بخش		۱ عدد	تلویزیون	۱۵
۶ درب / به ازای هر کانتر		۱ عدد	کمد لباس	۱۶
برای کل بخش		۳ عدد	مبل تاشو	۱۷
به ازای هر کانتر		۱ عدد	ماشین دوخت	۱۸
به ازای هر کانتر		۱ عدد	کمد نگهداری وسایل بیمار	۱۹
به ازای هر کانتر		۱ عدد	بخچال معمولی	۲۰
به ازای هر کانتر		۱ عدد	بخچال نگهداری دارو	۲۱
به ازای هر کانتر		۱ عدد	قفسه نگهداری دارو	۲۲
به ازای هر کانتر		۱ عدد	سینک شستشوی	۲۳
به ازای هر کانتر		۱ عدد	جای صابون مایع	۲۴
به ازای هر کانتر		۱ عدد	بین	۲۵
به ازای هر کانتر		۱ عدد	فایل هولدر	۲۶
به ازای هر کانتر		۱۰۰ عدد	برگه شرح بیمار	۲۷
به ازای کل بخش		۱ عدد	کپسول اطفاء حریق	۲۸

تعداد پرسنل :

- کاربری پرستاری ۴/۵ ساعت در روز در نظر گرفته شود

$$\text{تعداد پرستار} = \frac{\text{کار مفید پرستاری در بخش} \times \text{متوسط بیماران در روز}}{۳۶۵}$$

-تعداد متخصص مراقبت های ویژه کودکان حداقل ۲ نفر تا سقف ۳۰ تخت است

بخش مراقبتهای ویژه کودکان

مدیریت و سازماندهی

برنامه استراتژیک

نسخه ها یی از برنامه استراتژیک بیمارستان باید در این بخش در دسترس باشد .
در بخش مراقبت های ویژه کودکان، نسخه های خوانا و قاب شده از مأموریت بیمارستان و بخش مراقبت ویژه کودکان، در محلی مناسب و قابل رؤیت،
نصب شود.

کلیه کارکنان بخش مراقبت های ویژه کودکان، از مأموریت بیمارستان و سهم این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع داشته باشند.

رئیس بخش

شرایط احراز ریاست بخش مراقبت های ویژه کودکان ، به ترتیب اولویت عبارت است از :

۱. دارا بودن مدرک تکمیلی یا تخصصی واحد مراقبت های ویژه کودکان
۲. دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بی هوشی یا فوق تخصص ریه کودکان
۳. دارا بودن مدرک سایر تخصص های بالینی و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه

سرپرستار بخش

شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبت های ویژه کودکان ، به ترتیب ارجحیت عبارت است از :
حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه

دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک مراقبت های ویژه به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت

دوره های مدیریت پرستاری (دوره های مورد تأیید وزارت بهداشت)

یا

و گذراندن دوره های حرفه های تکمیلی (RN) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک بخش مراقبت های ویژه و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه به علاوه مدارک گذراندن

(Registered Nurse)

مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی

پزشک مقیم

پزشک مقیم، در تمام روزهای هفته و در تمام اوقات شبانه روز در بخش مراقبت های ویژه ، حضور دارد .

پرستار مسئول شیفت

شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش مراقبت‌های ویژه، عبارت است از:

حداقل دو سال سابقه کار در بخش (RN) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک مراقبت‌های ویژه

یا

و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی، (RN) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک بخش مراقبت‌های ویژه و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه

پرونده یا فایل پرسنلی

پرونده یا فایل پرسنلی هر یک از کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در اختیار رییس بخش می‌باشد:

تمام مشخصات و جزئیات تماس کارکنان

شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد

چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود امضا شده توسط فرد

مدارک تحصیلی

مدارک دوره‌های آموزشی طی شده

مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله

مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان

لیست کارکنان

در بخش مراقبت‌های ویژه، لیستی از کلیه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

نام و نام خانوادگی

جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت.

سمت سازمانی

لیست شیفت شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن شیفت، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

هر یک از پرسنل بالینی در طول بیست و چهار ساعت، حداکثر دوازده ساعت به طور متوالی به

ارائه خدمات می‌پردازند) به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل

می‌شود

یک لیست از پزشکان، متخصصین یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در بخش مراقبت‌های ویژه، در دسترس می‌باشد.

لیست شیفت شبانه روزی هم‌ماه گروه احیاء، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل -خارج از لیست شیفت شبانه روزی- می‌باشد، برنامه ریزی انجام شده است.

مستندات که نشان می دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر شیفت کاری ، متناسب با نوع و وخامت بیماری ،تعداد بیماران و حجم کاراست، در بخش موجود می باشد.

دوره توجیهی بدو ورود

در بخش مراقبتهای ویژه کودکان، یک کتابچه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این بخش ، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

الف (معرفی کلی بیمارستان از جمله) نقشه ساختمان، برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت ، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه ای، بهداشت محیط، اطفاء حریق و مدیریت خطر، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه ، چارت و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها ، تاخیر و تعجیل ، حضور و غیاب، حقوق و مزایا ، پاداش و اضافه کار، روند ارتقاء شغلی ، امکانات رفاهی و)

ب (معرفی جزییات و موارد خاص

این بخش) خصوصاً موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد

پ (زیر مجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

چک لیستی مبنی بر گذراندن کلیه مباحث برنامه توجیهی مربوطه، که پس از امضاء توسط هر یک از کارکنان، در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می شود.

آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

مستندات نشان می دهند که آزمون توانمندی کارکنان باتوجه به نقشها و مسئولیت های آنان، انجام می شود .

مستندات نشان می دهند که آزمون های توانمندی در فواصل زمانی منظم و مناسب، برای کلیه کارکنان، برگزار می شوند.

انواعی از مهارت های های کارکنان که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل می باشند :

پایش همودینامیک

محاسبات دارویی

پالس اکسی متری

تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایشات خونی معمول

(GCS) محاسبه سطح هوشیاری

پیشگیری و درمان زخم فشاری

تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پائین

آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدائی

آگاهی از وضعیت مناسب برای بیماران بر حسب مورد

مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسائی های شناسایی شده در آزمون توانمندی

کارکنان ، انجام می گیرد.

مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقاء توانمندی کارکنان، مورد

بررسی قرار می گیرند.

آموزش و توانمندسازی کارکنان

بخش مراقبت های ویژه کودکان یک گزارش ارزیابی سالانه از نیاز های آموزشی کارکنان درمانی و غیر درمانی، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت خدمات مراقبت ویژه کودکان، به واحد آموزشی کمیته بهبود

کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان ، دوره های آموزشی لازم را در فواصل زمانی مناسب، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان ، موجود است.

مستنداتی که نشان می دهند کارکنان در فواصل زمانی مناسب در دوره های باز آموزی مدون و غیر مدون رسمی و مرتبط، شرکت می نمایند، موجود می باشد.

کلیه کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی ریوی پایه را دریافت می نمایند.

کلیه پزشکان و پرستاران بخش مراقبتهای ویژه، در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه انجام احیای قلبی عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می نمایند.

کلیه کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند.

کلیه کارکنان در زمینه کنترل عفونت، ایمنی و سلامت حرفه ای، آشناسانی، مدیریت خطر و بهداشت محیط، سالانه آموزش می بینند.

حداقل یکبار در سال، مانور آتش نشانی، اطفاء حریق و تخلیه، در بیمارستان برگزار می گردد.

کتابچه ایمنی و سلامت حرفه ای و بهداشت محیط

کتابچه ایمنی و سلامت حرفه ای و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت حرفه ای و بهداشت محیط

اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

یک بروشور حاوی روشهای ایمن عملکرد و سلامت شغلی) با هدف کاهش خطرات شناسایی شده در این بخش موجود می باشد.

خط مشی ها و روشها

خط مشیها و روشها

یک کتابچه خط مشی ها و روشها در بخش مراقبت های ویژه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

خط مشی ها و روش ها به طور منظم بازنگری می شوند

خط مشی ها به روشنی مشخص می باشند.

روش ها به روشنی مشخص می باشند.

کتابچه خط مشی ها و روش ها دارای یک فهرست دقیق می باشد.

خط مشی ها و روشها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:

رعایت حقوق گیرندگان خدمت

برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی،

ارزش ها و اعتقادات و....)

ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخشی، ارجاع و ترخیص

پاسخ دهی موارد بحران

چگونگی پاسخ به کد احیاء

چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده

می شوند.

داروهای که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک، بدون دستور دارویی مستند

پزشک، به بیمار بدهد. فهرست این داروها و دوز مجاز آنها از قبل در بخش مستند شده و

(. Standing order موجود می باشد

استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر شیفت کاری و زمان تحویل شیفت
استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را
ترک می نماید.

چگونگی گند زدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
راهنماهای طبابت بالینی حداقل در پنج مورد از حالات وخیم و شایع راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت ()
بازبینی راهنماهای طبابت بالینی در فواصل زمانی مناسب)
پاسخ های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی تنفسی)
کنترل عفونت
مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم های فشاری
کنترل و تسکین درد
استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی

پذیرش در بخش مراقبت ویژه کودکان و ارزیابی بیمار

اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم های مربوطه ، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص
شده است ،انجام می گیرد.
اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص
شده است ،انجام می گیرد.
در طی کلیه مراحل مراقبتی بیمار، یک نفر به عنوان پزشک مسئول بیمار مشخص شده و کلیه مشاوره ها،
درمان ها و مراقبت های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می پذیرد.
در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیاز های آنان به خدمات ، تسکینی، درمانی،
تغذیه ای و مدد کاری اجتماعی، پیش گیری و بازتوانی مشخص میشوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن ،
حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

گزارش پرستاری در بخش مراقبت ویژه کودکان

یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری ، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت
می نماید:

الف) شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی

ب) ساعت و تاریخ پذیرش در بخش

پ) نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)

ت) برنامه درمانی و کلیه بررسی ها و آزمایشات درخواست شده توسط پزشک معالج.

ث) توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار

گزارش پزشکی:

پزشک معالج ، پس از انجام ارزیابی ها و اقدامات لازم ، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می نماید:

الف) ساعت و تاریخ انجام ویزیت

ب) کلیه نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار

پ کلیه دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی ها و آزمایشات لازم
ت توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

پرونده بیمار

برای کلیه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارشات مربوط به بیمار هستند، حداقل های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارشات مربوط به بیمار، مشخص شده است. در ثبت مستندات در پرونده بیماریا سایر گزارشات مربوط به بیمار حداقل موارد ذیل رعایت می شوند:

الغتمام اطلاعات با خودکار، خودنویس یا روان نویس نوشته می شوند. تمام مستندات با خط خوانا ثبت می شوند.

پ نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده وی ثبت می شوند.

ت زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص می باشد.

ث در پایان تمام مستندات پرونده و گزارشات بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

ج هیچ فضای خالی بین پایان نوشته ها و امضای انتهای آن ها وجود ندارد.

چ در مستندات و گزارشات مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر استفاده نشده است).

ح در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می شود "اصلاح شد" و سپس امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می گردد.

خ مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری ها و... با رعایت توالی زمانی، در پرونده بیمار ثبت و نگهداری می شوند.

ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک مسئول کودک همکاری می کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی ها و مراقبت ها، با یکدیگر مشارکت می نمایند.

کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت نمایند:

الف پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
ب ثبت گزارشات سیر بیماری توسط پرستار، حداقل یکبار در هر شیفت
پ ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... پیگیری انجام به موقع آزمایشات و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار

ت (ثبت روزانه) در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاهتر (وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج

میان برنامه های مراقبتی ثبت شده با اقدامات صورت گرفته (variance)

بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به طور مستمر ارزیابی و کنترل شوند. رعایت بهداشت دستها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام گیرد. اقدامات مراقبتی، بر اساس برنامه ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام شوند.

کمیته های علمی اجرایی PICU

فهرست کمیته های فعالی که پرستاران در آن شرکت می نمایند در دسترس می باشد.

پرستاران در کمیته های بیمارستانی که حداقل شامل موارد زیر است شرکت می کنند:

- بهبود کیفیت
- کنترل عفونت
- مصرف دارو
- مدارک پزشکی
- ایمنی

فهرست اسامی اعضای هرکمیته موجود است.

تاریخ برگزاری جلسات هر کمیته، در دسترس است

صورت جلسه تمام جلسات، در دسترس است

نتایج مباحث مورد بحث در تمامی جلسات، بوسیله مستندات موجود، قابل پیگیری است

جمع آوری و تحلیل داده ها

داده های مربوط به اقدامات پرستاری، جمع آوری و رایانه ای شوند

علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شود

چک لیست برای ممیزی داخلی اقدامات پرستاری وجود داشته باشد

ممیزی انجام شود .

تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای مناسب، با همکاری مسئولین هر بخش، مستند شود

گزارش خطاهای ناخواسته ی پرستاری PICU

یک فرآیند زمان بندی شده، برای گزارش خطاهای ناخواسته پرستاری وجود دارد

مدیریت بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه به منظورفرایند گزارش دهی منظم خطاهای ناخواسته پرستاری

ایجاد نموده است.

کلیه پرسنل پرستاری در رابطه با فرآیند گزارش خطاهای ناخواسته پرستاری آموزش دیده اند .

جمع آوری داده های مربوط به خطاهای ناخواسته ی پرستاری و تجزیه و تحلیل آنها، به منظور شناسایی راههای

کاهش شایع ترین خطاها، انجام می گیرد