



فهرست فرایندهای اصلی بیمارستان شهیدان مبینی سبزوار

۱- فرایند پذیرش
۲- فرایند ترخیص
۳- فرایند اعزام
۴- فرایند مشاوره
۵- فرایند تزریق خون
۶- فرایند رسیدگی به شکایات
۷- فرایند رضایت سنجی
۸- فرایند دارو دهی
۹- فرایند گزارش خطا
۱۰- فرایند نیدل استیک شدن

سال ۹۵ و ۹۶

فلوچارت فرآیند پذیرش بیمار در بخش

کد فرایند: PR-WA-01

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

صاحب فرایند: کلیه بخش ها

تهیه کننده: واحد بهبود کیفیت - واحد پذیرش

ثابت دستور بستری بخش توسط پزشک

چک دستور توسط پرستار بخش انتقال دهنده

تماس با بخش

تخت خالی موجود

خیر

بله

تماس با Bed manger بیمارستان

انتظار تا زمان خالی شدن تخت در بخش

اطمینان از آماده بودن تخت و تجهیزات

انتقال ایمن بیمار توسط کمکی یا خدمات با برانکار د یا ویلچر (در صورت لزوم همراه پرستار ، تجهیزات مورد نیاز)

تحويل بیمار ، پرونده و سایر مستندات ، شناسایی صحیح بیمار بر اساس خط مشی شناسایی بیمار و انتقال به تخت

اولین ارزیابی بالینی توسط پرستار ، چک دستورات پزشک و ثبت در

ثبت پذیرش در سیستم his ، بررسی اقدامات پاراکلینیکی

آشنایی بیمار با بخش و آموزش بدو ورود

بستری در بخش

شاخص فرایند: مدت زمان انتظار جهت اولین مراقبت پرستاری

فلوچارت فرآیند ترخیص

صاحب فرایند :

مدارک پزشکی

تهیه کنندگان :

واحد مدارک پزشکی
وبهبود کیفیت

کد فرایند :

PR-MD-02

تاریخ تهیه : ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۵/۸/۱۸

تاریخ

بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

دستور کتبی پزشک مبنی بر ترخیص

چک دستور پزشک توسط پرستار

نوشتن گزارش پرستاری

آموزش به بیمار در خصوص نحوه استفاده از داروهای بعد ترخیص

ثبت نسخه دارویی و ارسال نسخه توسط سیستم HIS

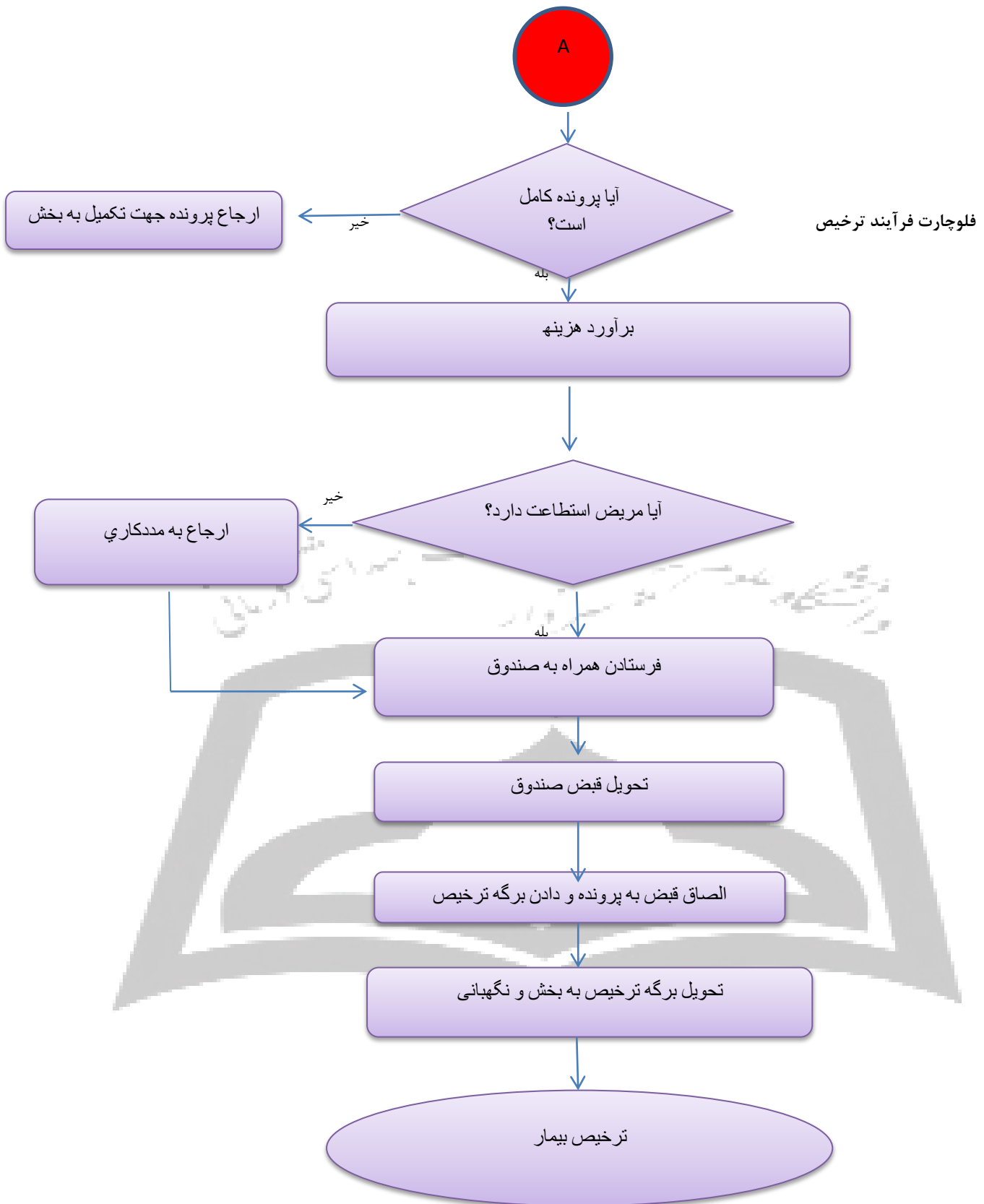
تحویل نسخه دارویی از داروخانه ضمیمه کردن نسخه به پرونده

تحویل خلاصه پرونده ، پمفلت آموزشی - کارت ترخیص به همراهی

ارسال پرونده به واحد ترخیص

کنترل کمی و کیفی پرونده در واحد ترخیص

A



شاخص فرآیند: درصد ترخیص با رضایت شخصی

فلوچارت فرآیند اعزام

صاحبان فرایند :

بخشهای بالینی

تهیه کننده : مدیر
پرستاری

کد فرایند :

PR-GE-03

تاریخ تهیه : ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری : ۹۶/۸/۱۸

ثبت دستور اعزام توسط پزشک در پرونده

تکمیل برگه اعزام ، برگ ماموریت و شرح حال توسط پزشک معالج

اطلاع به خانواده بیمار جهت اخذ رضایت اعزام

اخذ عدم رضایت کتبی اعزام و کسب تکلیف از پزشک معالج

آیا بیمار رضایت دارد ؟

بله

تماس با دفتر پرستاری و دادن شرح حال بیمار

تماس با ستاد هدایت و اطلاع شرح حال بیمار توسط سوپروایزر

آیا ستاد هدایت پذیرش داده است ؟

بله

اطلاع رسانی توسط سوپروایزر به مسئول شیفت مبنی بر موافقت با اعزام بیمار

A

خیر

خیر

انتظار تا زمان پذیرش و پیگیری اعزام در طول شیفت و در شیفت‌های بعد توسط سوپروایزر

A

ارسال فرم اعزام به دفتر پرستاری جهت تأیید نهایی

اطلاع مجدد به بیمار و خانواده جهت هماهنگی توسط
مسئول شیفت

تهیه کپی از مدارک مورد نیاز پرونده با تشخیص پزشک و
پرستار توسط مسئول شیفت

اطلاع به آمبولانس بین بیمارستانی جهت اعزام توسط
مسئول

انجام مراحل تسویه حساب پرونده طبق فرایند ترخیص تا
زمان حضور آمبولانس اعزام

حضور آمبولانس اعزام و تحویل بیمار به
آنان و اعزام بیمار

شاخص فرایند : درصد اعزام بیماران

فلوجارت فرآیند درخواست مشاوره پزشکی

صاحبان فرایند: کلیه
بخشهای بالینی

تهیه کننده: سوپروایزران -
سرپرستان

کد فرایند: PR-GE-04

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

دستور کتبی پزشک مبنی بر انجام

مشاوره

چک دستور پزشک توسط پرستار

نوشتن برگه درخواست مشاوره توسط پزشک

مشاوره اورژانسی
است؟

تماس با پزشک مشاوره جهت اطلاع مشاوره

تماس فوری با پزشک مشاوره و
اطلاع مشاوره

حضور پزشک
مشاور

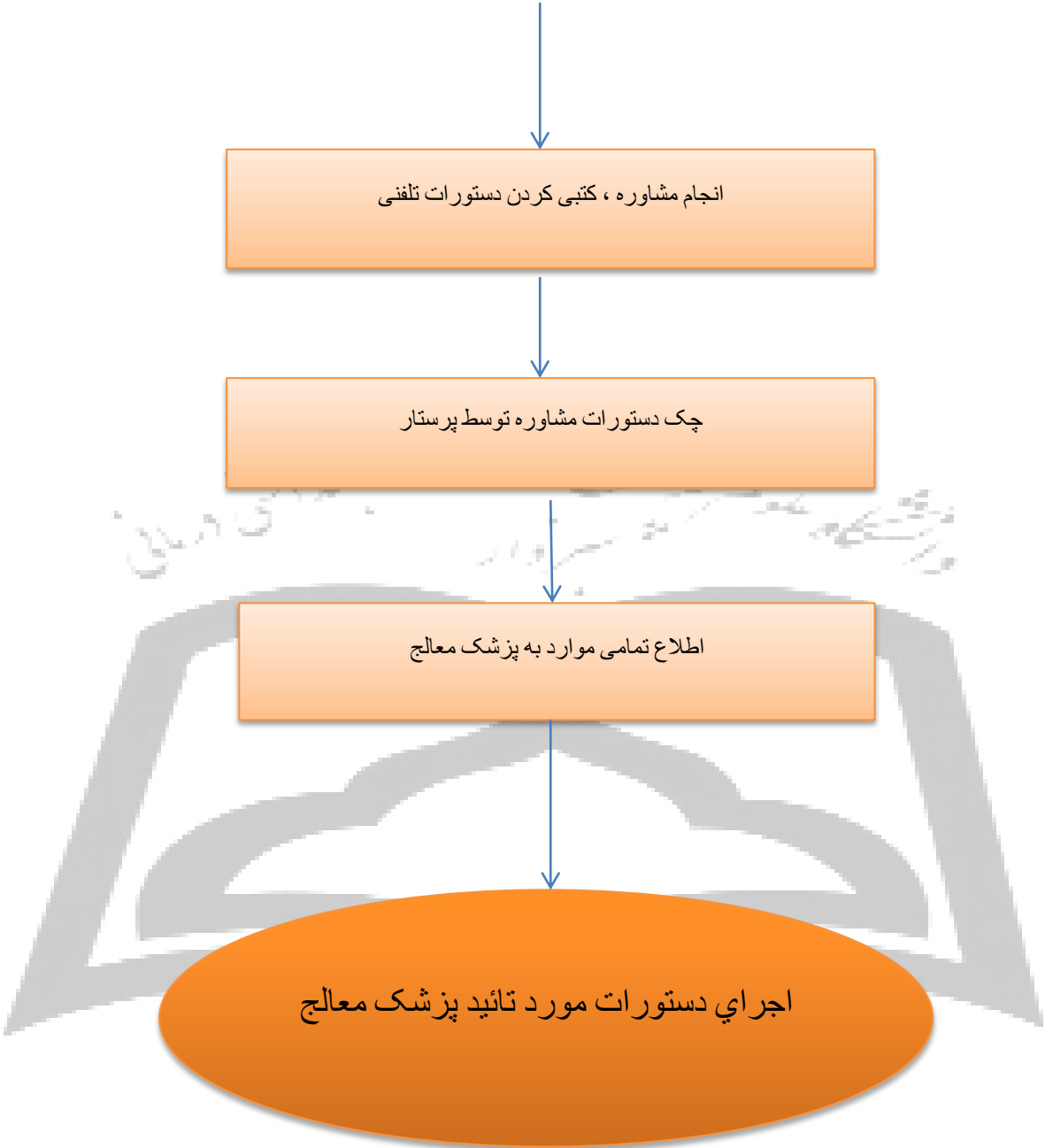
حضور پزشک
مشاور

انجام دستورات تلفنی درخواست
شده توسط پزشک مشاور طبق
چارچوب دستورات تلفنی با تأیید
تلفنی یا حضور پزشک معالج

ثبت زمان حضور پزشک
جهت انجام مشاوره در پرونده
و کاردکس

حضور پزشک مشاور در کمتر
از نیم ساعت
بر بالین بیمار (در مورد سرویس
داخلی)
پزشک مقیم بلافاصله فراخوان
می شود

اجرای دستورات تلفنی اورژانسی
تا زمان
حضور مشاور طبق چارچوب
دستورات
تلفنی پس از تأیید تلفنی یا حضور
پزشک



شاخص فرایند : مدت زمان مشاوره اورژانسی

کد فرایند :

PR-BT-05

تاریخ تهیه : ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری : ۹۶/۸/۱۸

صاحبان فرایند :

کلیه کارکنان

تهیه کننده :

مسئول بانک خون

فرایند تزریق خون در بیمارستان

دستور کتبی مبنی بر تزریق خون یا رزرو
خون / پزشکی

چک دستور پزشکی توسط ۲ پرستار

تکمیل فرم درخواست خون و فرآورده های خونی توسط پرستار

ارسال نمونه خون بیمار و فرم درخواست خون به آزمایشگاه توسط پرستار

آماده سازی خون و فرآورده های خون / پرسنل آزمایشگاه

تماس با بخش مربوطه جهت تحویل کیسه / پرسنل آزمایشگاه

دریافت خون یا فرآورده های خونی از آزمایشگاه در باکس مربوطه / خدمه یا کمک بهیار آموزش

تحویل خون یا فرآورده خونی در باکس همراه فرم نظارت بر تزریق خون به پرستار / خدمه یا کمک

چک کیسه خون و فرم ارسالی با مشخصات بیمار و پرونده و شناسایی صحیح بیمار به روش پرسش فعال / پرستار

کنترل علائم حیاتی بیمار قبل از تزریق خون

آماده سازی کلیه وسائل جهت تزریق خون / پرستار

A

A

تزریق خون و نظارت بر آن طبق خط مشی همویژلانس / پرستار

آیا بیمار دچار عارضه شده
است؟

بله

اطلاع به پزشک و قطع تزریق خون

خیر

تکمیل فرم مراقبت های پرستاری مطابق با خط مشی همویژلانس /
پرستار

تکمیل فرم عارضه تزریق خون توسط
پرستار و تایید پزشک مربوطه

ضمیمه نمودن فرم سفید رنگ پس از 4 ساعت نظارت / پرستار

ارسال فرم مربوطه به بانک خون

ارسال فرم صورتی به آزمایشگاه جهت تکمیل مستندات /
پرستار

نظارت بر روند تزریق خون از طریق چک لیست /مسئول
همویژلانس

اتمام تزریق خون

شاخص فرایند : میزان عوارض ناشی از تزریق
خون و فراورده های خونی

فرآیند رسیدگی به شکایات بیماران و مراجعین

صاحبان فرایند:

واحد حقوق گیرندگان
خدمت - واحد بهبود کیفیت

تهیه کننده:

مسئول رسیدگی به شکایات

کد فرایند: PR-QI-06

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

درخواست شکایت

نحوه ارائه شکایت

اطلاع به مسئول بخش در شیفت صبح
و مسئول شیفت در عصر و شب و یا تماس
باسوپرو ایزرکشیک

۱۰۵-۱۰۰-۴۴۲۳۸۱ داخلی ۲۷۰

ارسال شکایت از طریق صندوق رسیدگی به شکایت
یا ارسال پیامک به شماره ۰۹۱۵۰۷۹۲۲۰۵ یا تحویل
شکایت به صورت حضوری

بررسی موضوع و اعلام نتیجه به فرد شکایت کننده توسط
واحد رسیدگی به شکایات در صورت اعلام شماره تماس
جهت پیگیری شکایت

آیا اقدام انجام شده
رضایت شمارا جلب می
کند؟

بله

ختم رسیدگی و ثبت شکایات

خیر

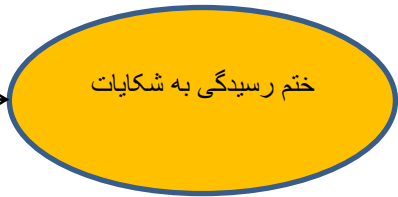
بررسی شکایات و اقدام جهت رفع شکایات توسط مدیر خدمات پرستاری

A

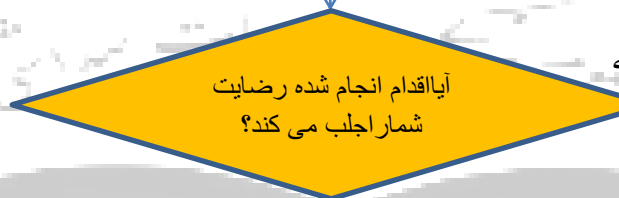
A



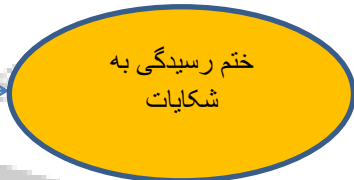
بله



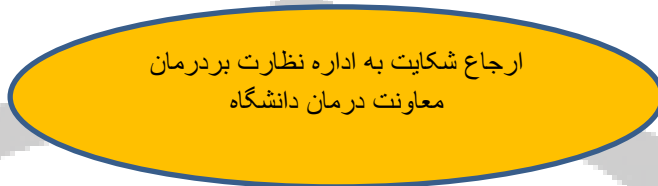
خیر



بله



خیر



شاخص فرایند: درصد شکایات رسیدگی شده

کد فرایند: PR-QI-07

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

فرایند نظر سنجی از بیماران ، همراهان و کارکنان

صاحبان فرایند:
کارکنان و بیماران

تهیه کننده: مسئول
بهبود کیفیت

توزیع فرم رضایتمندی و طرح تکریم توسط رابط اعتبار
بخشی

نظارت بر تکمیل فرم مربوطه توسط رابط

تکمیل فرم ها رضایتمندی توسط همراه بیمار، بیمار و کارکنان

تحویل فرم تکمیل شده به مسئول مربوطه

جمع آوری فرم های تکمیل شده توسط رابط در پایان هر ماه

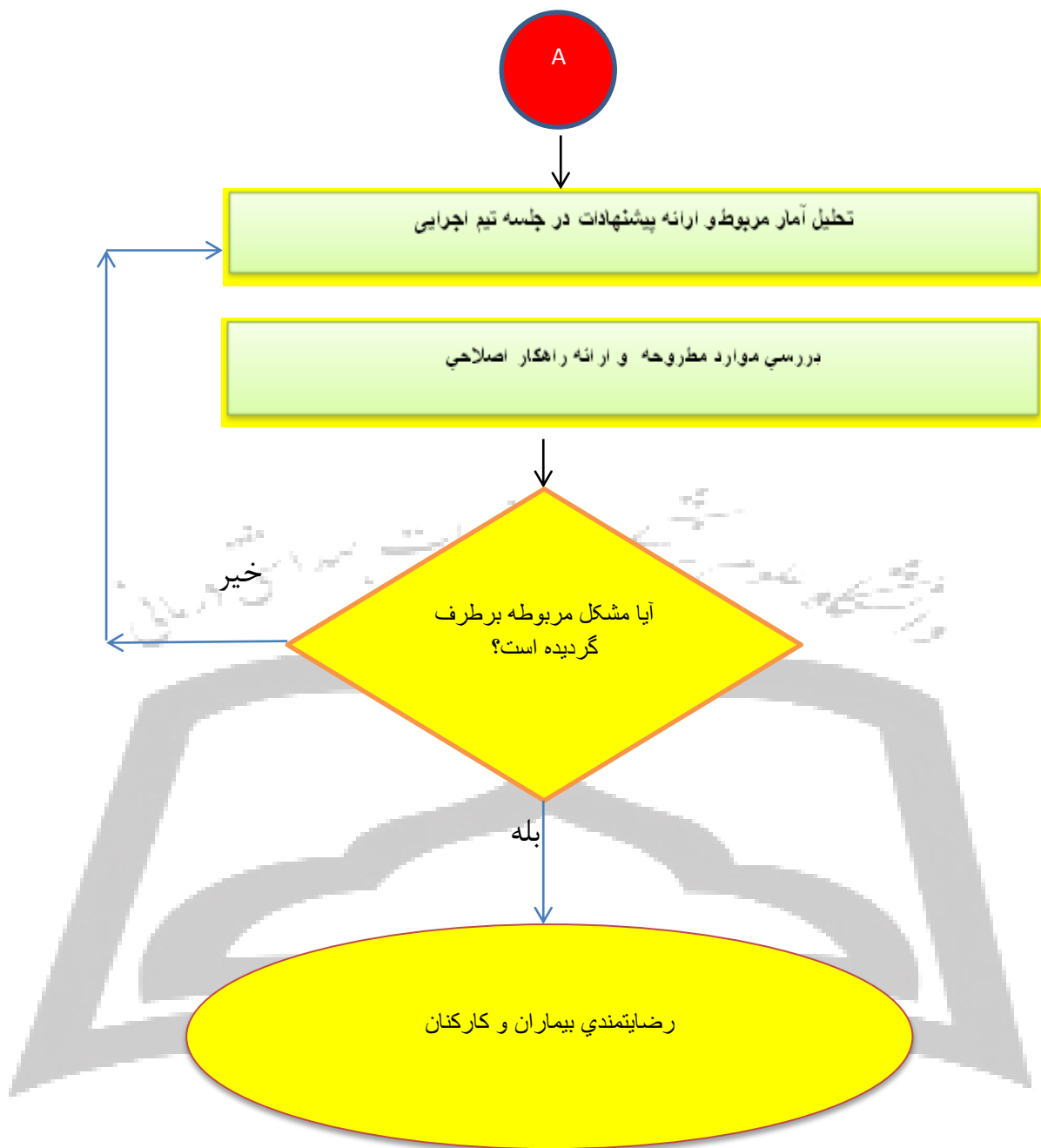
تحویل فرم های تکمیل شده به مسئول رضایت سنجی بیمارستان

وارد کردن آمار مربوط به هر ماه در فایل طراحی شده SPSS

اندازه گیری درصد رضایتمندی توسط مسئول رضایت سنجی

جمع بندی آمار به صورت سه ماه یکبار

A



شاخص فرایند : درصد رضایتمندی بیماران

کد فرایند: PR-MM-08

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

صاحبان فرایند:

بخش های بالینی

تهیه کننده: مدیر پرستاری

فرایند دارو دهی به بیماران

دستور کتبی دارو توسط پزشک

شستن دست و تمیز کردن تالی با پنبه الکل

چک دارو از نظر -1: داروی درست -2: دوز درست -3: زمان درست -4: بیمار درست -5: روش درست
نام، تاریخ انقضاء، نحوه تجویز، دوز و زمان مصرف، آماده نمودن دارو

شناسایی بیمار دستبند شناسایی و پرسیدن نام بیمار و مطابقت با کاردکس

آموزش به بیمار

چک مجدد دارو و مطابقت با کاردکس دارویی و نحوه تجویز

موضعی

روش تجویز دارو

تزریقی

موضعی: آموزش به بیمار و در صورت نیاز کمک به بیمار

خوراکی: از راه دهان ثبت در گزارش پرستاری

تزریقی: داروهای پرخطر: بررسی دارو توسط دو پرستار - کشیدن دارو در سرنگ با رعایت نکات استریل و بررسی حجم دارو و دستور العمل ایمنی بیمار

شستن دست و دادن دارو

ثبت اقدامات در پرونده توسط پرستار و در مورد داروهای پرخطر امضا
توسط دو پرستار در صورت ندادن دارو مشخص کردن علت آن

شاخص فرایند: درصد داروهای تاریخ گذشته

کد فرایند: PR-IM-09

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ

بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

صاحبان فرایند: بیماران
و کارکنان

تهیه کننده: مسئول ایمنی

فرایند گزارش خطا

در صورت مشاهده یا انجام هر گونه خطای پزشکی

تکمیل فرم مربوط به گزارش خطا و انداختن در صندوق

جمع آوری فرم ها از صندوق توسط مسئول

آیا گزارش ارائه شده خطا است؟

خیر

به عنوان خطر در نظر گرفته میشود

بلی

گزارش miss near یا no harm (غیرواقع)

آیا خطا باعث عارضه ای اساسی برای بیمار شده است؟

بلی

پیگیری توسط کارشناس ایمنی بیمار

ثبت و ارسال به بخش

بررسی علل ریشه ای
تکرارپذیرترین خطا

ارسال گزارش به دبیر کمیته عوارض در همان روز

پیگیری موارد گزارش شده توسط مدیر ایمنی

خواندن پرونده بیمار و خلاصه کردن آن جهت ارائه در جلسه

تشکیل کمیته عوارض و ثبت مشکلات و پیشنهادات در اولین فرصت

بررسی علل ریشه ای با تیم RCA و ثبت پیشنهادات و برنامه

ابلاغ موارد مطرح شده توسط مسئول ایمنی به سایر واحدهای بیمارستان

نظارت بر روند انجام موارد تصویب شده توسط مسئول ایمنی بیمار

شاخص: درصد خطاهای گزارش شده

فرایند نیدل استیک شدن

صاحبان فرایند: کلیه کارکنان

تهیه کننده: مسئول کنترل عفونت

کد فرایند: PR-HR-10

تاریخ تهیه: ۹۵/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۹۶/۸/۱۸

وقوع نیدل استیک در پرسنل

برخورد با ترشحات یا اجسام تیز؟

با ترشحات

با اجسام تیز

پاشیدن خون و ترشحات به چشم

فرو رفتن اجسام تیز و برنده آلوده به دست یا بدن

شستشوی چشم با آب فراوان

شستشوی محل آسیب با آب و صابون (فشردن محل آسیب جهت کمک به خونروی ممنوع است)

گرفتن ۵cc خون لخته از بیمار و درخواست آزمایشات HBS Ag و HIV و HCV Ab

ارسال نمونه خون به آزمایشگاه مرکز و تاکید بر وقوع نیدل استیک به پرسنل آزمایشگاه

پیگیری جواب آزمایش و اطلاع به فرد آسیب دیده توسط کارشناس کنترل عفونت

A

اطلاع به کارشناس کنترل عفونت و در صورت عدم حضور وی به سوپروایزر و تکمیل فرم ثبت حادثه

آیا بیمار حداقل یک نوع آلودگی دارد؟

خیر

تکمیل پرونده پرسنلی همانند :
واکسیناسیون هپاتیت و تعیین سطح آنتی بادی B

بله

گرفتن یک نمونه خون از پرسنل در معرض خطر جهت بررسی پایه HIV Ab ، HCV Ab ، HBS Ag

بیمار HCV مثبت است

بیمار HIV مثبت است

بیمار HBS مثبت است

مشاوره غیر اورژانس

(طی یک هفته) با متخصص عفونی و تصمیم گیری جهت انجام HCV PCR و انجام پروفیلکسی در صورت نیاز

شروع پروفیلکسی دارویی با (دو داروی زیدوودین ۳۰۰ mg و لامبودین ۱۵۰ mg)

پرسنل در معرض براساس تعداد واکسیناسیون و تیتر آنتی بادی به سه گروه علیه هپاتیت B تقسیم می شوند :

توضیحات: گروه یک: در صورت واکسیناسیون کامل پرسنل بالاتر از ۱۰ mIU/ml بودن تیتر آنتی بادی (حداقل یک بار

در طول عمر) ، نیاز به اقدام دیگری نیست

گروه دو: در صورت واکسیناسیون کامل ولی عدم اطلاع از میزان تیتر آنتی بادی و یا واکسیناسیون ناقص ، گرفتن یک نمونه خون از پرسنل جهت بررسی میزان آنتی بادی در اسرع وقت و در صورتی که پایین تر از ۱۰ mIU/ml باشد ، تزریق یک دوز HBIG (0.06ml/kg) و مشاوره غیر اورژانس با متخصص عفونی (در صورتی که تعیین تیتر آنتی بادی بیش از ۲۴ ساعت طول می کشد تزریق یک دوز HBIG و واکسن منطقی می باشد) .

گروه سه: در صورت عدم واکسیناسیون ، تجویز همزمان یک دوز HBIG و دوز اول واکسن و تکمیل سه دوز آن .

تذکر ۱: اگر فردی پس از واکسیناسیون هپاتیت B یک بار در طول عمر خود آنتی بادی بیشتر یا مساوی ۱۰ mIU/ml داشته باشد ، ایمن بوده و دیگر نیازی به بررسی دوره ای آنتی بادی و یا تجویز واکسن یادآور ندارد .

تذکر ۲: پرسنل گروه دوم در صورت ناقص بودن واکسیناسیون ، تکمیل آن ضروری است .

شاخص فرایند: درصد نیدل استیک شدن

پژوهشگاه علوم و فناوری های نوین
موسسه تحقیقات و خدمات بهداشتی درمانی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

