

بیهوشی و اتاق عمل

مدیریت و سازماندهی

۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در اتاق عمل، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان اتاق عمل، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۲. رئیس بخش

- ۲-۱. شرایط احراز ریاست اتاق عمل، عبارت است از:
 - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بیهوشی یا
 - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی جراحی مرتبط

۳. سرپرستار بخش

- ۳-۱. شرایط احراز برای سرپرستار اتاق عمل، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل و حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

۴. پزشک مقیم

- ۴-۱. اتاق عمل در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته از حضور پزشکان مقیم (جراح و متخصص بیهوشی) برخوردار است.

۵. پرستار مسئول شیفت

- ۵-۱. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در اتاق عمل، عبارت است از:
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی اتاق عمل و یا پرستاری، مدرک RN و حداقل ۲ سال سابقه کار در اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل و یا بیهوشی، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل و حداقل ۱ سال سابقه کار در اتاق عمل
- ۲-۵. دارا بودن مدرک کاردانی اتاق عمل و یا بیهوشی و یا پرستاری با ۵ سال سابقه کار در اتاق عمل

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان اتاق عمل، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- 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) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی 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 غیرحرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۷. در اتاق عمل، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- 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
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در اتاق عمل، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برنامه نوبت کاری افرادی که اقدامات تریاژ را انجام می‌دهند، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۷. لیست کارکنان

۷-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.

۸-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۱-۸. در اتاق عمل، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

۸. دوره توجیهی بدو ورود

۱-۹. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۲-۹. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۳-۹. آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی حداقل در رابطه با بیهوشی و آماده‌سازی کودکان، بی‌حسی‌های منطقه‌ای و مدیریت درد، صورت می‌گیرد.

۴-۹. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۵-۹. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۱-۱۰. اتاق عمل یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۲-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند همه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۱۰. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۵-۱۰. تمام پزشکان و پرستاران اتاق عمل، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۷-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱۱-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۱-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۲-۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش اتاق عمل وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.
 - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
 - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
 - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.
- ۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و..).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- فرآیند پذیرش و انتقال بیمار از اتاق عمل
- نوبت دادن با در نظر گرفتن اولویت‌ها
- نظافت اتاق‌های عمل
- جابه‌جایی نمونه‌ها

۱۱. کتابچه /
مجموعه ایمنی
و سلامت
شغلی و
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها
و روش‌ها

- روش‌های ضد عفونی
- رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت
- ایمنی کارکنان (به‌ویژه در هنگام استفاده از فلوروسکوپی، لیزر و..)
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- ارزیابی و تسکین درد
- نحوه مراقبت از بیمارانی که تحت آرامبخشی متوسط و عمیق قرار گرفته‌اند.
- بی‌حسی موضعی (لوکال)
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

**۱۳. پذیرش در
اتاق عمل و
ارزیابی بیمار**

- ۱-۱۳. اولین ارزیابی پزشکی بیمار قبل از عمل جراحی، توسط جراح انجام و ثبت می‌شود.
- ۲-۱۳. ارزیابی بیمار قبل از القای بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.
- ۳-۱۳. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۴-۱۳. چک‌لیست جراحی ایمن (مورد تأیید وزارت بهداشت)، در هر نوبت توسط فرد دوره‌دیده‌ای تکمیل و در پرونده بیمار، ثبت می‌گردد.

گزارش پرستاری

- ۵-۱۳. یک پرستار یا کاردان اتاق عمل و یا تکنسین بیهوشی، بیمار را در بخش اتاق عمل پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
- علت پذیرش بیمار در اتاق عمل
- ساعت و تاریخ پذیرش در اتاق عمل
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه مراقبتی در اتاق عمل
- توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار، کاردان اتاق عمل و یا تکنسین بیهوشی

گزارش پزشکی

- ۶-۱۳. پزشکان معالج (جراح و متخصص بیهوشی هر یک به‌طور جداگانه)، پس از انجام ارزیابی‌های اولیه موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نمایند:
- ساعت و تاریخ انجام ویزیت

- نتایج حاصل از ارزیابی بالینی بیمار در اتاق عمل و نتایج بررسی‌های پاراکلینیکی درخواست شده
- برنامه درمانی بیمار در اتاق عمل (بیهوشی و جراحی)
- توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشکان معالج
- تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام عمل جراحی
- تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام بی‌حسی یا بیهوشی
- تشخیص قبل از عمل

۱۴. پرونده بیمار

۱-۱۴. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۲-۱۴. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده وی و روی جلد پرونده ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در اتاق عمل باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.
- برگ رضایت عمل، نوع عمل را به وضوح روشن کرده است و شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند جراح، نوع عمل جراحی و عوارض احتمالی آن را کاملاً برای بیمار تشریح کرده و برگه رضایت عمل را نیز امضا کرده است.

۳-۱۴. گزارش‌های جراحی در پرونده بیمار فوراً پس از عمل ثبت و حداقل شامل موارد زیر است:

- اقدامات انجام شده
- یافته‌های حین جراحی
- تشخیص پس از عمل
- نمونه‌هایی که حین جراحی خارج شده‌اند
- نام جراح و متخصص بیهوشی و تمام دستیاران
- امضای جراح

۱۴-۴. برگه ثبت بیهوشی حداقل شامل موارد ذیل است:

- داروهای تجویز شده
- مایعات تجویز شده
- خون و محصولات خونی تجویز شده
- نوع و شرح کامل بیهوشی استفاده شده
- هرگونه حوادث غیرمعمول یا عوارض بیهوشی
- هرگونه تغییر در برنامه پیش‌بینی شده و علت آن
- زمان شروع و زمان خاتمه بیهوشی
- وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵-۱. وضعیت فیزیولوژیک بیمار در طی جراحی و بلافاصله پس از آن، به‌طور مستمر پایش و در پرونده پزشکی وی ثبت می‌شود.

۱۵-۲. پایش حداقل شامل موارد ذیل است:

- کنترل علائم حیاتی و مانیتورینگ قلبی
- میزان اشباع اکسیژن و وضعیت تنفسی بیمار
- کاپنوگرافی در حین جراحی

۱۵-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که متخصص بیهوشی تا زمانی که بیمار از قسمت ریکاوری ترخیص نشده‌است، در اتاق عمل حضور دارد.

۱۵-۴. مستندات مربوط به ثبت سطح هوشیاری بیمار، در زمان تحویل وی به قسمت ریکاوری موجودند.

۱۵-۵. مستندات مربوط به مراقبت‌های حین و پس از بیهوشی، تا زمان ترخیص از ریکاوری، وجود دارند.

۱۵-۶. وضعیت پس از بیهوشی بیمار، پایش و ثبت می‌گردد و ترخیص وی از قسمت ریکاوری با استفاده از معیارهای مشخص شده، صورت می‌گیرد (در مواردی که عمل سزارین انجام می‌گیرد، ماما تا زمان ترخیص مادر از ریکاوری، بر بالین وی حضور دارد).

۱۵-۷. متخصص بیهوشی دستور ترخیص بیمار از اتاق ریکاوری را در پرونده وی ثبت کرده و با ذکر زمان، مهر و امضا می‌نماید.

۱۶-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده‌است، در اتاق عمل در دسترس است.

۱۶-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۱۶-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

۱۶-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار و تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۶. دستورات دارویی

۱۶-۵. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس بیهوشی/تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروها و فرآورده‌های خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
 - دیگوکسین وریدی
 - انسولین
 - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
 - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
 - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
 - خون و فرآورده‌های خونی
 - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۱۶-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۶-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در اتاق عمل وجود دارد.
- ۱۶-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های اتاق عمل تأمین شود.
- ۱۶-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های اتاق عمل در دسترس باشند.
- ۱۶-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۶-۱۱. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۶-۱۲. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد مسئول داروهای مذکور، کارشناس/کاردان بیهوشی نگهداری شود.

امکانات و ملزومات

- ۱۷-۱. خدمات پشتیبانی اتاق عمل باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۱۷-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار در طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۷-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۱۷-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۷. خدمات
پشتیبانی
بخش‌های
پاراکلینیک

۱۸. ترالی
اورژانس

- ۱-۱۸. ترالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:
 - دفیبریلاتور
 - مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
 - داروهای اورژانس
 - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
 - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
 - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
 - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
 - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
 - تخته‌احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
 - ساکشن
 - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۲-۱۸. مستندات نشان‌می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۳-۱۸. شواهد مستند نشان‌می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹. امکانات

- ۱-۱۹. شناسنامه دستگاه بیهوشی در دسترس است.
- ۲-۱۹. مدارکی برای عمر دستگاه بیهوشی، در دسترس است.
- ۳-۱۹. پایش تجهیزات مربوط به ECG، اکسیژن، دی‌اکسید کربن و فشار خون
- ۴-۱۹. لوله‌های اندوتراکیال، لوله‌های هوایی (Air Way) و آمبویگ تنفسی در اندازه‌های مختلف در دسترس است.
- ۵-۱۹. کیت لوله‌گذاری مجهز به آندوسکوپ فیبراپتیک، برای لوله‌گذاری‌های مشکل موجود است.
- ۶-۱۹. ماسک صورت در تمامی اندازه‌ها وجود دارد.
- ۷-۱۹. کیت تراکتوتومی اورژانس موجود است.
- ۸-۱۹. اگر اعمال جراحی در خارج از حیطه اتاق عمل، مانند اتاق زایمان یا بخش‌های دیگر، انجام می‌شود، سرپرست بخشی که عمل در آنجا صورت می‌گیرد باید مستنداتی را که نشان‌می‌دهند تمام موارد بالا رعایت شده‌اند، تهیه نماید.
- ۹-۱۹. شواهدی برای زمان اتمام ترکیب گاز و هوا، وجود دارد (سیستم تحلیل گازهای هوایی بازدمی)
- ۱۰-۱۹. تمام مقادیر بالا در یک فرم طراحی شده مناسب ثبت شده و به وسیله متخصص بیهوشی امضا می‌گردد.
- ۱۱-۱۹. فرم‌ها در پرونده بیمار حفاظت می‌شوند.
- ۱۲-۱۹. تمام دستگاه‌ها دارای سیستم اخطاردهنده فشار و سیستم قطع‌کننده هستند.
- ۱۳-۱۹. مستندات نشان‌می‌دهند که سلامت سیستم اخطاردهنده، قبل از القای بیهوشی برای هر بیمار، چک می‌شود.
- ۱۴-۱۹. در بخش ریکاوری حداقل، امکانات ذیل وجود دارند:
 - پرستاران/کاردان‌ها و کارشناسان بیهوشی آموزش دیده

- منبع اکسیژن
 - توانایی پایش علائم حیاتی
 - ساکشن
 - تخت‌های سه‌شکن مخصوص ریکاوری
 - امکانات گرمایشی
- ۱۵-۱۹. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۱۶-۱۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۷-۱۹. امکان رعایت شستن دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.
- ۱۸-۱۹. همه پریزهای یوپی‌اس به وضوح مشخص هستند.
- ۱۹-۱۹. کارکنان، امکانات و تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت‌های مناسب را در اختیار دارند.

۲۰-۱. در رابطه با خطرات احتمالی، مزایا و روش‌های جایگزین، به بیمار و خانواده‌اش و هر کسی که برای وی تصمیم‌گیری می‌نماید توضیحات ساده و قابل درک داده می‌شود.

۲۰. آموزش
بیمار و
همراهان

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس کارکنان بخش و سالم است.
- ۲۱-۲. نگهبان در زمان مورد نیاز در اتاق عمل، فوراً در دسترس است.
- ۲۱-۳. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱-۴. دسترسی به منطقه اتاق عمل و ریکاوری، کنترل‌شده و محصور است.
- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به اتاق عمل می‌باشد در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۱. ایمنی
فیزیکی

۲۲. بهبود
کیفیت

- ۲۳-۱. داده‌های اتاق عمل جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌سانی می‌شود.

۲۳. جمع‌آوری
و تحلیل
داده‌ها