	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

به نام خداوند لوح و قلم



کتابچه آموزشی بدو ورود

تهیه و تنظیم: واحد آموزش کارکنان

با همکاری مسئولین واحد ها

بهار ۱۴۰۴

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

فهرست مطالب

مقدمه..... ۳

نمودار سازمانی..... ٤

معرفی واحدها، واحد ریاست..... ٥

واحد مدیریت..... ٦

واحد مدیریت خدمات پرستاری..... ۷

واحد آموزش کارکنان..... ۸

PDP ۹

تدوین عناوین آموزرشی..... ۱۰

واحد آموزش سلامت..... ۱۱

اصول آموزش به بیمار..... ۱۲

واحد خدمات و پشتیبانی..... ۱۳

واحد بهبود کیفیت..... ۱٤

واحد کنترل عفونت..... ۱٦

تیم کنترل عفونت..... ۱۸

ایمن سازی کارکنان بهداشتی..... ۲۰

کنترل عفونت بخش های ویژه..... ۲۱

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU -**

دستورالعمل شستشو و نظافت وسایل..... ۲۲

واحد منابع انسانی..... ۲۳

انواع مرخصی ها..... ۲۵

آئین نامه حضور و غیاب کارکنان ۲۹

واحد مدارک پزشکی..... ۳۲

واحد فناوری اطلاعات..... ۳۶

واحد بهداشت محیط..... ۳

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

"سپاس ایزد منان راکه توفیق خدمت به بیماران را به ما داده است
امید است ظرفیت پذیرش این مسئولیت را نیز عطا فرماید"

کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با واحد های مختلف بیمارستان و مسئولین آنها و همچنین آگاهی از مواردی که در خصوص هر واحد بایستی بدانید گردآوری شده است.

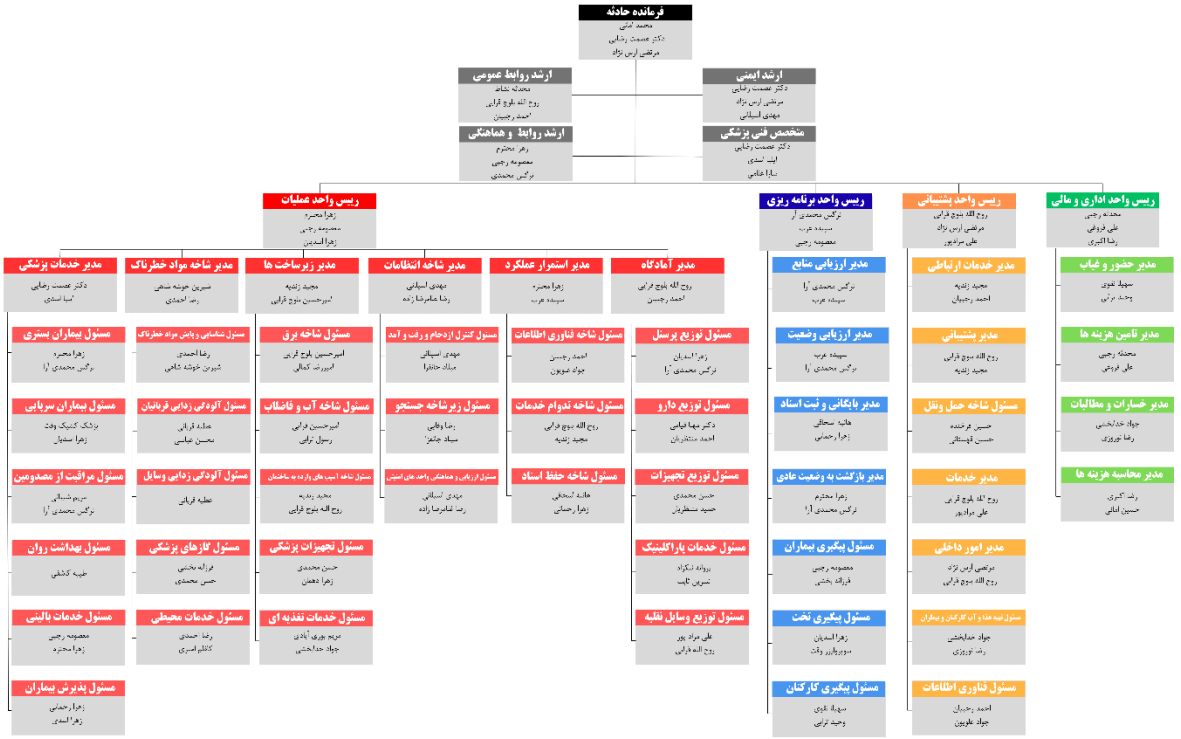
امید است با مطالعه این کتابچه آگاهی کلی نسبت به موارد ضروری هر واحد را بیابید.

توجه داشته باشید مطالب آموزشی به طور دقیق طی یک ماه اول حضوردر بخش توسط مسئول و یا کارشناس خبره بخش به شما ارائه خوهد شد.

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

چارت سامانه فرماندهی حوادث HICS

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۰۲
کد: RZ–CH–HICS–۰۱



	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

بیمارستان راشد خرداد ۱۴۰۳ توسط معاون درمان وزارت بهداشت و درمان افتتاح گردید. در شروع کار بخش های درمانی اورژانس ، داخلی، زایشگاه و بخش های پاراکلینیک، آزمایشگاه و رادیولوژی کلینیک تخصصی فعالیت داشتند.

معرفی واحدها

واحد ریاست

***شرح وظایف:**

- پاسخگویی به مشکلات خارج از بیمارستان که مرتبط با درون سازمان باشد.
- بررسی، مطالعه و پیشنهاد راهکارهای لازم به منظور رعایت استانداردهای حرفه ای که در جهت مراقبت از بیماران استفاده می شود. (رضایت مشتری گرا)
- جلب همکاریهای برون سازمان
- پیشنهاد توسعه، یا تغییرات ساختمانی و عملکردی بیمارستان و هماهنگی با مسئولین مافوق
- مشارکت در کمیته ها و جلسات و ارائه راهکارهای علمی و عملی مناسب جهت بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات
- نظارت بر حسن انجام خط مشی اجرایی بیمارستان در قالب سیاستهای استراتژیک دانشگاه و مسئولیت هدایت بیمارستان در اجرای برنامه های مصوب دانشگاه و هیأت امناء
- هدایت و هماهنگی فعالیتهای آموزشی، اداری ، تحقیقاتی و درمانی بیمارستان
- ایفای نقش رابط بین بیمارستان و سایر واحدها و دانشکده ها به منظور توجه به سیاستهای کلی آموزش دانشجویان
- اعلام پیشنهادات و نظرات اصلاحی در مورد فعالیتهای بیمارستان و ارسال آن به مقامات ذیربط
- پیشنهاد بودجه سالیانه بیمارستان و نظارت بر هزینه ها
- مسئولیت و نظارت بر امور مالی و اداری بیمارستان

- انتخاب مسئولین مجرب و صالح در بخشهای مختلف بیمارستان
- نظارت بر مراقبت صحیح از بیمار
- نظارت بر پیش بینی نیروی انسانی و سایر نیازهای بیمارستان و پیشنهاد آن به مقامات مسئول در دانشگاه
- نظارت بر عملکرد مدیریت و مدیر پرستاری بیمارستان و سایر کارکنان تحت سرپرستی
- کنترل و نظارت بر عملکرد واحدهای تحت سرپرستی
- انتصاب و عزل کارکنان
- شرکت در سمینارها و کنگره ها و ارائه گزارش به مقام مافوق
- انجام سایر امور محوله طبق دستور مافوق
- پاسخگویی به مشکلات خارج از بیمارستان که مرتبط با درون سازمان باشد

واحد مدیریت

*شرح وظایف:

- مسئولیت و نظارت کامل و هماهنگی امور اداری و مالی بیمارستان
- انتخاب مسئول مجرب و صالح در بخشهای مختلف بیمارستان
- هدایت بیمارستان در اجرای برنامه های مصوب بیمارستان
- هماهنگی و نظارت بر عملکرد واحدهای تجهیزات پزشکی و تاسیسات بیمارستان، بخشهای اداری، مالی، بالینی، پزشکی و پیراپزشکی
- شرکت در جلسات هیات رئیسه، تحول اداری، آموزش، کمیته های بیمارستانی و غیره.
- تعیین خط مشی و نظارت بر حسن اجرای آن
- کسب خط مشی و دستورالعمل اجرایی و برنامه کلی از رئیس بیمارستان
- تطبیق و هماهنگی امور بیمارستان با توجه به استانداردهای بیمارستان
- تهیه و تنظیم گزارش از فعالیت و مشکلات واحدهای بیمارستان همراه با ارائه پیشنهاد – راه حل مناسب جهت ریاست بیمارستان
- نظارت کلی به چگونگی مصرف اعتبارات به منظور حصول اطمینان از صحت اجرای برنامه ها
- ایجاد هماهنگی و هدایت فعالیتها و عملیات کلیه واحدهای تحت سرپرستی
- تقسیم فعالیتها بین مسئولان واحدهای تحت سرپرستی و ارائه آموزش و راهنمایی آنان

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

- ایجاد تدابیر لازم و ارائه راهکارهای اساسی در جهت افزایش انگیزه در کارکنان تحت امر و تشویق و تنبیه کارکنان
- نظارت بر نحوه عملکرد کلیه واحدهای تحت سرپرستی
- شرکت در جلسات مربوط به امور بیمارستانها از طرف ستاد مرکزی و معاونتهای دانشگاه
- مدیریت شکایات بیماران و همراهان در خصوص پرسنل تحت سرپرستی و بازدید از بخشهای مختلف بیمارستان
- ارزشیابی ماهیانه و سالیانه نیروهای تحت پوشش
- هماهنگی با مترون بیمارستان در بخشهای درمانی و واحدهای مربوطه
- هماهنگی و پیگیری در جهت تقاضای اموال پلاکی، مصرفی و تعمیرات دستگاهها و رفع نواقص دستگاههای بخشهای مربوطه
- نظارت بر کیفیت و حسن اجرای بهداشت و نظافت بیمارستان
- پیگیری امور رفاهی پرسنل تحت امر
- پیگیری جهت تهیه لیست پرداختهای پرسنلی و پرداخت به موقع
- پیگیری جهت رضایتمندی بیمار، مددجو، همکاران و خانواده تحت سرپرستی
- نظارت بر حسن اجرای شرح وظایف سطوح مختلف کارکنان تحت سرپرستی
- صدور دستورات لازم به منظور ایجاد هماهنگی بین واحدها
- نظارت در تنظیم بودجه واحد مربوطه
- شرکت در سمینارها، کمیسیونها و تهیه گزارش جهت ارائه به مقام مافوق
- مطالعه و بررسی در زمینه ساعات کار کارکنان و تهیه طرح تعیین ساعات کار براساس نوع و کمیت فعالیت و نظارت بر اجرای طرحهای تهیه شده و جاری در واحدها
- جمع آوری اطلاعات مربوط به نیازهای کلی بیمارستان از نظر ساختمان و تجهیزات و نیاز به تعمیرات اساسی و یا بازسازی و تهیه گزارشات مربوط پیرامون آن جهت مقام مافوق
- مطالعه و بررسی در مورد وسایل و لوازم مصرفی، غذایی و دارویی و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان و تهیه و تنظیم طرحهای مربوط به خرید، توزیع، نگهداری و کنترل آنها به منظور استفاده صحیح از وسایل
- برنامه ریزی طرحهای بیمارستانی کوتاه و درازمدت و فعالیتهای مراکز درمانی با توجه به امکانات هریک از آنها در مواقع ضروری به منظور ایجاد سهولت در پذیرش بیماران

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU -**

مدیریت خدمات پرستاری

❋شرح وظایف:

- برنامه ریزی در زمینه ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت ارائه خدمات به مددجویان
- گردآوری اطلاعات از مراکز شامل کلیه پرسنل و مددجویان و ارائه نمودار سازمانی
- نظارت بر تدوین برنامه های آموزش به بیمار و خانواده در سطوح مختلف پیشگیری
- مشارکت در تنظیم بودجه مرکز از طریق شرکت در جلسات بودجه بندی سازمان
- برنامه ریزی و مشارکت در زمینه کنترل عفونت و برنامه های کنترل عفونت مرکز
- تعیین برآورد سطوح مختلف نیروی انسانی در واحدهای مختلف تحت پوشش
- نظارت و پایش نیروهای جدیدالورود مرکز و ساماندهی جلسات با سوپروایزرین
- ایجاد هماهنگی در برنامه های آموزشی دانشجویان و نظارت مستمر بر آموزش
- تعیین خط مشی و پیشبرد برنامه عملیاتی مرکز و شرکت در جلسات در این خصوص
- اتخاذ تدابیر لازم در زمینه افزایش انگیزه و تنبیه و تشویق نیروها طبق عملکرد

❋ نکات قابل توجه در این واحد

بیمارستان راشد دارای ۲ بخش درمانی شامل بخش های اورژانس، داخلی و بخش های پاراکلینیک شامل رادیولوژی-آزمایشگاه و داروخانه می باشد.

جهت ساخت اتیکت لطفا یک قطعه عکس به واحد روابط عمومی آقای قرایی تحویل فرمایید و اتیکت را از ایشان در زمان مورد نظر تحویل نموده و در محل کار نصب فرمایید.

جهت بیمه مسئولیت حرفه ای به نظام پرستاری شهرستان یا شعب بیمه مراجعه گردد.

ساخت مهر جهت درج در گزارشات پرستاری بر عهده جناب آقای بلوچ قرایی می باشد لطفا اقدام لازم انجام گردد و در تمامی گزارشات مهر و امضا و تاریخ و ساعت دقیق درج گردد.

هرگونه پاس ساعتی اول وقت و تاخیر در حضور و تعجیل در خروج ممنوع بوده و در مواقع اضطرار هماهنگی با مسئول شیفت و سوپروایزرو تکمیل برگه پاس الزامی میباشد.

شیفت های عصر و شب سوپروایزرین کشیک، جانشین ریاست بیمارستان بوده و اجرای دستور ایشان در هر زمینه الزامی می باشد.

در بخش های بالینی تحویل تحول بخش با حضور همه پرسنل صورت گرفته و تا پایان تحویل و تحول حضور همه نیروها در بخش الزامی میباشد.

در زمان شیفت آنکالی نیرو موظف به پاسخگویی سریع در شیفت آنکالی بوده و در عرض ۶۰ تا۳۰ دقیقه پس از فراخوانی می بایست در بیمارستان حضور یافته و اعلام حضور خود را به سوپروایزر اعلام فرماید.

ستفاده از ناخن مصنوعی ،لاک ،و زیور آلات در طول شیفت ها ممنوع بوده و در صورت مشاهده و گزارش برخورد خواهد شد.

پس از ورود جنابعالی/سرکار عالی به بخش های درمانی طی ماه اول آزمون ارزیابی نیروی جدیدالورود اخذ شده و در مورد ادامه بکار گیری شما مجدد تصمیم گیری خواهد شد.

سوپروایزر آموزش کارکنان

*شرح وظایف:

- تعیین اهداف آموزشی(کوتاه مدت،میان مدت ، بلند مدت)
- تعیین نیازهای آموزشی (رده های مختلف کادر پرستاری و مامایی و کارکنان جدید الورود)
- اولویت بندی نیازهای آموزشی
- تدوین برنامه های آموزشی مستمر و مدون جهت رفع نیازهای آموزشی
- اجرای برنامه های آموزشی با همکاری و مشارکت سایر گروه ها
- تهیه وتنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیت های آموزشی بخش های مرتبط
- پیشنهاد تهیه کتب، مجلات، جزوات و وسایل کمک آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی کارکنان گروه پرستاری و مامایی
- تشکیل کمیته آموزشی، پژوهشی پرستاری
- هماهنگی ، همکاری و مشارکت جهت تشکیل و شرکت کارکنان در کلاس های آموزشی مداوم برابر برنامه جامع آموزشی واحد ذیربط

- پیشنهاد ایجاد زمینه های تشویقی جهت مشارکت فعال کارکنان در فعالیت های آموزشی و پژوهشی
- همکاری و مشارکت در نظارت و کنترل واحدها جهت نیاز سنجی آموزشی
- همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی وکنترل عفونت، در امر آموزش
- همکاری و هماهنگی با سرپرستاران و مربیان در جهت ارتقاء سطح آموزش
- ارائه تازه ها و نتایج تحقیقات جدید (به شکل کنفرانس ، جزوه/ پمفلت و...)

❋ نکات قابل توجه در این واحد

قابل ذکر می باشد، آموزش در این مرکز به شیوه های ذیل برگزار و اجرا می گردد:

❋دوره های آموزشی کددار (پس از انجام نیاز سنجی آموزشی)

❋کنفرانس های آموزشی داخل بخشی که به صورت ماهیانه در بخش مربوطه برگزار می گردد

❋دوره های آموزش مداوم، که مستلزم عضویت در سامانه جامع آموزش مداوم کشوری است (مسئول این واحد خانم اسحاق زاده مستقر در پردیس دانشگاهی می باشند)، کارنامه آموزش مداوم کشوری است و شما می توانید در دوره های آموزشی سراسر کشور شرکت فرمایید. دوره های آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه توسط واحد آموزش کارکنان اطلاع رسانی می گردد.

❋ دوره های سامانه رشد به آدرس: **https://karmand.behdasht.gov.ir** در ادامه در این خصوص توضیحات جامع ارائه شده است.

PDP چیست؟

برنامه توسعه فردی(personal development plan)، برنامه‌ریزی علمی و سازمان یافته است که هر فرد طی آن عملکرد خود را ارزیابی می‌کند و برای اهداف شخصی، تحصیلی و کاری خود هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی می‌نماید.

به عبارت دیگر توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه‌ای یک فرایند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیازها است.

کارکنان مشمول آموزش:

مشمولین آموزش کارکنان با عنوان استخدام رسمی، رسمی آزمایشی ، پیمانی، قرارداد کار معین و طرح پزشک خانواده می باشند و در صورت مغایرت پست سازمانی و سمت، کارکنان علاوه برآموزش های شغلی ضمن خدمت مرتبط با پست سازمانی، مجاز خواهد بود ٪ ۳۰ازدوره های آموزشی ضمن خدمت مرتبط با ابلاغ انشایی و رعایت سقف آموزش سالیانه طی نماید.

نیروهای شرکتی تأمین نیرو، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و مشاغل کارگری از مشمول آموزش ضمن خدمت می باشند. دوره های آموزش این کارمندان صرفا برای برخورداری از امتیاز تمدید قرارداد قابل احتساب است و آموزش های گذرانده شده ایشان، در صورت تبدیل وضعیت استخدامی آنها به پیمانی یا رسمی، به شرط مرتبط بودن با شغل مورد تصدی، قابل احتساب است .

سایر نیروهای شرکتی (حجمی) مطابق مفاد قرارداد موظف می باشند جهت تمدید قراردادشان حداقل به مدت ۳۰ساعت در دوره های تخصصی دانشگاه شرکت نمایند و این افراد مشمول مزایای آموزشی ذکر شده نمی باشند.

کارمندان جدیدالاستخدام مکلف هستند در شش ماه ابتدایی خدمت خود در دوره توجیهی بدوخدمت ثبت نام نمایند حداکثر در دو سال اول خدمت خود این دوره را با موفقیت بگذرانند ومشمولین این دوره مادامی که موفق به گذراندن این دوره نشده اند اجازه شرکت در دوره های آموزشی دیگر را ندارند و در صورت تشخیص موسسه موظف به شرکت در دوره های آموزشی بدون بهره مندی از ساز و کارهای انگیزشی خواهند بود.

تدوین عناوین آموزشی و فرآیند نیاز سنجی

طبق دستورالعمل واحد آموزش و توانمندسازی ستاد، بسته آموزشی توسط واحد آموزش کارکنان بیمارستان ها تدوین می گردید. عناوین آموزشی بر اساس نتایج حاصل از کمیته ها و جلساتی که با حضور مدیر محترم خدمات پرستاری، مسئولین واحد ها و اعضای هیئت علمی برگزار و تدوین شد و پس از بررسی در اداره ی پرستاری، توسط واحد آموزش و توانمندسازی ستاد تایید و ابلاغ گردید.

عناوین آموزشی همراه با فرم نیاز سنجی توسط واحد آموزش کارکنان به مسئولین واحد ها، جهت انجام نیازسنجی فردی ابلاغ گردید. هر سال از بین عناوین تایید شده حدود ۶۰ ساعت عنوان آموزشی توسط پرسنل انتخاب شده و. به این واحد ارسال می گردد.

ساعت آموزشی کارکنان

طبق نتایج جلسه ی رابطین آموزش و واحد آموزش و توانمندسازی ستاد، سقف ساعت آموزش قابل ثبت در شناسنامه آموزشی تمام همکاران ۱۲۰ساعت می باشد. ۱۰۰ساعت این آموزش ها توسط آموزش کارکنان دانشگاه برگزار می گردد، که ۷۰ساعت تخصصی توسط آموزش کارکنان بیمارستان ها و ۳۰ساعت عمومی توسط آموزش ستاد برگزار می گردد. این دوره ها به صورت حضوری و غیر حضوری می تواند برگزار شود. قابل ذکر است همکاران محترم تا ۹۰ساعت مجاز به گذراندن دوره های تخصصی خواهند بود منوط بر این که سقف ساعت آموزشی از ۱۰۰ساعت ذکر شده تجاوز ننماید. ۲۰ساعت با قی مانده را همکاران می توانند در دوره های سامانه رشد (کارمند) شرکت نمایند.

دوره های سامانه رشد به ترتیب ذیل می باشد:

*دور های آموزش عمومی که قابل ثبت نام توسط خود همکاران می باشند و رایگان است.

* دوره های آموزشی تخصصی که بر حسب ضرورت برای گروه هدف خاصی تعریف شده است و طبق سهمیه تعیین شده وزارات بهداشت و درمان توسط مسئول آموزش و توانمند سازی ستاد ثبت نام افراد مورد نظر انجام و اطلاع رسانی می گردد.

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

* دور های تخصصی دارای هزینه ثبت نام (شامل دوره های آموزشی مهارتی، اختصاصی واحد های ستاد، فنی و مشترک اداری) ، که با کارشناسی برآورد هزینه شده و با دریافت هزینه از کارمند متقاضی قابل ثبت نام است) . توسط خود کارمند ثبت نام صورت می گیرد و در صورتی که هم راستای رشته شغلی فرد باشد قابل ثبت درشناسنامه آموزشی خواهد بود).

*توجه داشته باشید سقف ساعت آموزش سامانه رشد که قابل ثبت در شناسنامه آموزشی باشد، ۵۰ساعت است و ۳۰ساعت این مقدار می تواند دوره های عمومی سامانه رشد باشد. جهت مدیران محترم ۵۰ساعت آموزش تخصصی سامانه رشد قابل قبول و ثبت در شناسنامه آموزشی می باشد. توجه داشته باشید تمامی این امتیازات منوط بر این است که مجموع ساعات آموزشی فرد از ۱۲۰ساعت تجاوز ننماید.

*ضوابط دوره ها و آزمون ها

در ابتدا قابل ذکر است تمامی ضوابط طبق نتایج جلسه ی رابطین آموزش با آموزش و توانمند سازی ستاد؛ تدوین شده است و قابل تغییر نمی باشد.

دور ه ها به دو صورت حضوری و غیر حضوری(جزوه آزمون و یا وبینار) برگزار خواهند شد. همکاران می توانند تا سقف ۱۸ساعت دوره ی حضوری در هر ماه شرکت داشته باشند. تمامی دوره های حضوری پیش آزمون و آزمون نهایی خواهند داشت. با انجام پیش آزمون ثبت نام در دوره ی مربوطه نیز انجام خواهد شد؛ تعداد سوالات پیش آزمون ۱۰عدد است و نمره کسب شده در آن ملاکی جهت رد و یا تایید دوره نمی باشد، تعداد سوالات آزمون نهایی برای هر دوره ی حضوری ۶ساعته، ۲۰عدد است و حداقل نمره جهت قبولی در دوره ۶۰ می باشد.

زمان شروع پیش آزمون؛ ۶روز قبل از تاریخ برگزاری دوره است و تا ۴روز ادامه دارد و ۲روز به تاریخ برگزاری دوره بسته خواهد شد و ساعت انجام آن ۱۲ظهر الی ۲۴است. دقت فرمایید ثبت نام دستی امکان ندارد و درصورتی که پیش آزمون انجام نشود حضور در دوره ی آموزشی مقدور نمی باشد.

زمان شروع آزمون نهایی روز بعد برگزاری دوره و به مدت ۲روز از ساعت ۱۲الی ۲۴می باشد. دقت فرمایید غیبت در آزمون نهایی علی رغم شرکت در پیش آزمون و حضور در دوره، منجر به رد شدن در دوره خواهد شد.

جهت حضور در دوره ها اسامی همکاران توسط این واحد تقسیم شده و تا تاریخ ۲۵هر ماه، جهت دوره های ماه آینده به مسئولین محترم و پرسنل اطلاع رسانی خواهد شد، مسئولیت ثبتW در برنامه کاری پرسنل به عهده مسئولین بخش ها می باشد. تمامی همکاران(رسمی، پیمانی، مشمول طرح) موظف به شرکت در دوره های ثبت شده در برنامه کاری خود می باشند، عدم شرکت در دوره به منزله غیبت خواهد بود.

سوپروایزر آموزش سلامت

***شرح وظایف:**

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

- تعیین اعضاء کمیته آموزش سلامت در بیمارستان
- آشنا کردن اعضاءکمیته آموزش سلامت و کارکنان بیمارستان با طرح آموزش سلامت به مددجو
- تعیین اهداف آموزشی (کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت)
- هدایت و آموزش کارکنان در اجرای برنامه- های آموزش سلامت در واحدهای ذیربط
- تدوین برنامه های آموزشی مستمر جهت کارکنان در رابطه با مهارتهای آموزش سلامت به مددجویان
- بررسی نیازهای آموزشی مددجویان
- تهیه رسانه های آموزشی و مستندات معتبر جهت آموزش سلامت به مددجویان
- تهیه و تنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیتهای آموزش سلامت در واحدهای ذیربط
- پایش و ارزشیابی مستمر خدمات آموزش سلامت در واحدهای ذیربط با استفاده از ابزار مناسب
- ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه آموزش سلامت به مددجویان
- بررسی فعالیت آموزشی کارکنان، شناسایی و تقویت آنان
- گزارش پیشرفت برنامه به کمیته مرکزی آموزش سلامت
- ایجاد زمینه‌های تشویقی جهت مشارکت فعال پرسنل در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی
- همکاری و هماهنگی با سرپرستاران و مربیان در جهت ارتقاء سطح آموزش سلامت به مددجو
- ارتقاء کیفیت برنامه های آموزش سلامت به مددجو
- پیشنهاد تهیه کتب، مجلات، جزوات و وسائل کمک آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی کارکنان گروه پرستاری
- شرکت فعال در سمینارها، کنگره ها جهت ارائه روش های اثربخش و مؤثرتر در ارائه خدمات آموزش سلامت
- ارائه تازه ها و نتایج تحقیقات جدید (به شکل کنفرانس، پمفلت، جزوه و ....)
- همکاری و مشارکت در انجام طرحهای پژوهشی
- بررسی رضایتمندی مددجویان از آموزشها

*اصول آموزش به بیمار

آموزش از موضوعاتی است که همیشه مورد توجه بشر بوده است ، انسان در هر موقعیتی درصدد است تا با فراگیری دانش و مهارت های جدید بتواند در شرایط مختلف نیازهای خود را برآورده سازد ، هر موقعیتی که تجربه می کند نیازهای جدیدی را در مقابل خود می بیند و چه بسا یادگیری مهارتهای خاص حیات او را تضمین نماید . از دست دادن سلامتی و احیاناً بستری شدن در بیمارستان یکی از موقعیت هایی است که نیاز به یادگیری را دو چندان می نماید . به عبارت دیگر بیماری ، فرصتی برای آموزش و یادگیری فراهم می نماید و در همین راستا مفهوم آموزش به

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

بیمار در هنگام بیماری و بستری شدن در بیمارستان شکل گرفته است. آموزش به بیمار یکی از ابعاد مهم مراقبت های پرستاری و نقش کلیدی پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می رود.

*تعریف آموزش به بیمار

آموزش به بیمار فرآیندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری ، درمان ، مکانیسم های سازگاری و افزایش مهارت ها فراهم می کند. آموزش به بیمار فرایندی است هدفمند ، سیستماتیک ، منظم و طراحی شده که به موجب آن یادگیری اتفاق می افتد و به دنبال آن تغییر در آگاهی ، نگرش و مهارت بیمار ایجاد می شود و صلاحیت و توانایی او در مراقبت از خود افزایش یافته و فعالیت هایی را انجام می دهد که به سطح سلامت و رفاه رفتار وی می افزاید و از بروز عوارض بالقوه پیشگیری می کند.

*اهداف آموزش به بیمار

حفظ و ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری
بازگشت به سلامتی
سازگاری با اختلال در عملکرد

*مزایای آموزش به بیمار

افزایش رضایتمندی بیماران
کاهش اضطراب بیمار
کاهش دوره بستری
افزایش نتایج درمان و پایبندی بیشتر بیماران به اقدامات مراقبتی
کاهش هزینه های درمانی و بهداشتی
اطمینان از تداوم مراقبت ها
بهبود کیفیت زندگی بیمار
کاهش بروز عوارض بیماری
افزایش توانمندی و مشارکت در برنامه های درمانی و مراقبتی
افزایش استقلال، بیمار در فعالیت های روزمره
تکمیل برنامه های درمانی
کاهش پذیرش مجدد بیماران و در نهایت توانمندسازی جامعه

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

❋چهار جزءاصلی آموزش به بیمار

تجارب علمی و عملی پرستاران
آگاهی و مهارت های پرستاران
آموخته های بیماران
راه کارهای آموزشی

❋موانع آموزش به بیمار

عدم آگاهی پرستار از روش ها و فنون آموزش
کوتاه بودن مدت بستری بیماران در بخش
عدم وجود محیط و وسایل آموزشی مناسب در بیمارستان
عدم آگاهی پرستار نسبت به مطالب آموزشی مورد نیاز
عدم وجود انگیزه یادگیری و بی توجهی بیمار به مسئله آموزش
عدم وجود اعتماد به نفس و اعتقاد به نقش آموزشی پرستار
عدم توجه و حمایت مسئولین و مدیران در قبال، مساله آموزش بیمار
کمبود وقت پرستاران به خاطر تراکم سایر وظایف پرستاری
عدم برنامه ریزی آموزشی به بیمار در کار روزانه پرستاران به عنوان یک وظیفه
عدم کسب امتیاز برای پرستار به خاطر آموزش دادن به بیماران

واحد خدمات و پشتیبانی

❋شرح وظایف

- حضور مرتب در محل کار و برنامه ریزی به منظور اجرای وظایف محوله
- نظارت کامل بر نظافت روزانه ساختمانهای اداری، نمازخانه، درب و پنجره، کف اتاقها و سالن ها، شیشه ها، تجهیزات و اثاثیه
- آشنائی کافی با مقررات ایمنی و شیوه های پیشگیری خطرات ناشی از کار
- نظارت بر تاسیسات بیمارستان و شرکت های مجری خدمات
- توانایی سرپرستی کارکنان خدماتی و ایجاد روحیه مشارکت و همکاری در آنها

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

- تنظیم قرارداد با جهت امور خدمات و پشتیبانی بیمارستان
- نظارت بر جمع آوری و انتقال ضایعات و زباله ها و نخاله ها به محلهای تعیین شده
- پیگیری و اقدام در جهت دریافت تجهیزات و لوازم مورد نیاز برای امور نظافتی و خدماتی و تاسیساتی
- دقت و مراقبت در بکارگیری و استفاده صحیح و متناسب از ابزار کار
- اطلاع از مشکلات، موانع کاری و نواقص مشاهده شده و سعی در بهبود آنها و گزارش به مافوق
- رعایت اصولی ایمنی، حفاظتی و بهداشتی برای خود و دیگران در محیط کار
- مدیریت و نظارت بر امور نقلیه بیمارستان
- هماهنگی پرسنل خدمات جهت برگزاری مراسم و جلسات
- نظارت بر عملکرد مرکز تلفنخانه، آشپزخانه و...
- تحویل دستگاهها و وسایل تعمیری و ارسال آن به شرکتها جهت تعمیر
- شرکت در جلسات و کمیته های مرتبط
- انجام سایر وظایف محوله با نظر مافوق

واحد بهبود کیفیت

***شرح وظایف:**

- تدوین فرآیندهای بیمارستان منطبق بر اصول بهبود کیفیت
- تدوین خط مشی ها، دستورالعمل ها و ... با کمک تیم مدیریت اجرایی و ابلاغ آن به واحدهای مربوطه
- نظارت بر روند و اجرای خط مشی و روش های بیمارستان
- کتابچه فرایند ها و خط مشی های بیمارستان در پوشه share واحد بهبود کیفیت قرار خواهد گرفت
- نظارت و هماهنگی بر تدوین سند استراتژیک و برنامه عملیاتی سالیانه در جهت هماهنگی و یکپارچه سازی برنامه ها با همکاری تیم مدیریت اجرایی
- تدوین، جمع آوری و پایش شاخص های کلیدی بهبود کیفیت بیمارستان
- ارسال گزارش نتایج پیشرفت و چالش های اجرایی برای بهبود برنامه به سازمان های بالاتر
- ارتقای ایمنی بیمار در راستای الگوی اعتباربخشی

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

امروزه اعتبار بخشی پایه و اساس کلیه امور مربوط به خدمات سلامت در وزارت بهداشت و درمان می باشد لذا کلیه پرسنل درمانی وکارکنان موظف به رعایت اصول و سنجه های اعتبار بخشی ابلاغی از طرف وزرات متبوع می باشند به همین منظور کتابچه سنجه های اعتبار بخشی در اختیار کلیه مسئولین واحد ها به تفکیک بخش و واحد قرار گرفته است و توسط واحد بهبود کیفیت و واحد ایمنی بیمار بازید هفتگی از کلیه بخش ها و واحد ها براساس سنجه های اعتبار بخشی انجام می گردد.

بازدید ها :

- سه شنبه هر هفته واکراند ایمنی، مدیریتی با حضور رئیس بیمارستان ، مدیر بیمارستان، کارشناس ایمنی ، مترون بیمارستان، حراست بیمارستان ، کارشناس مسئول واحد بهبود کیفیت، مسئول واحد پشتیبانی
- شنبه هر هفته بازدید توسط واحد بهبود کیفیت به همراه سوپروایزر در گردش انجام می گردد.

*منشور حقوق بیمار:

بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد. اطلاعات باید به نحوه مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد به طوری که بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص ، درمان و سیر پیشرفت بیماری اطلاعات ضروری را از پزشک معالج درخواست نماید حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود به طوری که بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و با کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت نماید و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت کند.

بیمار حق دارد از راز داری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود برخوردار باشد و جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه بودن محتوای پرونده پزشکی به جزء در مواردی که بر اساس وظایف می باشد اطمینان حاصل کند . دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

*منشور حقوق کارکنان:

- داشتن امنیت برای ایفای وظایف شغلی اعم از امنیت مالی- جانی و شغلی
- برخورداری از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسئولین ،همکاران، ماموران دولتی، بازرسان ، بیماران و همراهان ایشان
- حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسئولین در مواردی که به سبب انجام وظایف شغلی مورد پیگیری قرار میگیرند
- تصمیم گیری بر پایه اصول علمی و قانونی و پروتکل های مصوب و داشتن استقلال در تصمیم گیری ها در چارچوب وظایف علمی و قانونی
- امتناع از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای و سایر قوانین
- مصونیت از هرگونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری

❊انواع خطا های درمانی:

- ❖ موارد۲۹ گانه (وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیفتند) یاNEVER EVENT
- ❖ سایر خطا ها

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطا ها ست که امری اساسی است. این یادگیری ها ست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند از این رو در بیمارستان راشد هدف پیدا کردن مقصر نیست بلکه بررسی عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و رفع آن می باشد.

در فرایند ثبت و گزارش خطا هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نمی شود و ایده آل این است کلیه خطا ها حتی موارد نزدیک به خطا (Near Miss)، گزارش شود و از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود، فیدبک گرفته شود.

در صورت وقوع موارد ۲۹ گانه بلافاصله فرم مربوطه تکمیل و در شیفت صبح به کارشناس ایمنی سرکارخانم محمدی با شماره داخلی ۱۲۳۴ و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود.

در صورت وقوع سایر خطاها ، موارد در سامانه ثبت خطا به آدرس http://172.16.21.27 ثبت گرد

واحد کنترل عفونت

عفونت بیمارستانی Nasocomial Infections به عفونتی اطلاق می شود که بیمار در زمان بستری بودن به آن دچار نبوده ۷۲ تا ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد.

عفونت های بیمارستانی یک مشکل جدی مراکز بهداشتی درمانی می باشند و هرساله هزینه های زیادی را به بیماران ومراکز بهداشتی درمانی تحمیل می کنند. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته میزان این عفونت ها حدود ۱۰٪ موارد بستری و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود. میزان عفونت بیمارستانی در یک مرکز بهداشتی درمانی نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در آن مرکز می باشد.

❊اهداف کلی کمیته کنترل عفونت بیمارستان عبارتند از:

کاهش مرگ و میر، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی

کاهش هزینه های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایتمندی آنان از طریق کنترل عفونتهای بیمارستانی

برای اجرای نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی ساختار زیر به تصویب کمیته کشوری کنترل عفونتهای بیمارستانی رسیده است.



❊ترکیب اعضاء

❖ **تیم کنترل عفونت بیمارستان شامل**

پرستار کنترل عفونت

پزشک کنترل عفونت- رئیس تیم

فوق تخصص یا متخصص عفونی، متخصص داخلی، متخصص کودکان، پاتولوژیست و پزشک عمومی

تبصره: در بیمارستان های بزرگ با صلاحدید رئیس بیمارستان علاوه بر پرستار کنترل عفونت از خدمات سایر پرستاران نیز به عنوان پرستار کنترل عفونت می توان استفاده کرد.

❖ **کمیته کنترل عفونت بیمارستان**

تیم کنترل عفونت بیمارستان

رئیس یا مدیر بیمارستان

مسئول بهداشت محیط بیمارستان

مسئول آزمایشگاه

مترون بیمارستان

متخصص داخلی، جراحی، کودکان و در صورت امکان اپیدمیولوژیست بیمارستان

در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر شامل مسئول خدمات، امور اداری و مالی کارشناس امور دارویی بیمارستان

❖ **دراحتیاط های استاندارد رعایت موارد زیر ضروری است**

بهداشت دست ها(از مهمترین ارکان کنترل عفونت می باشد)

شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش در فواصل تماس بین بیماران استفاده از گان ، محافظ چشم ، همراه با ماسک با محافظ صورت

رعایت موارد که منجر به پخش میکروب می شود(عطسه و سرفه)

عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز

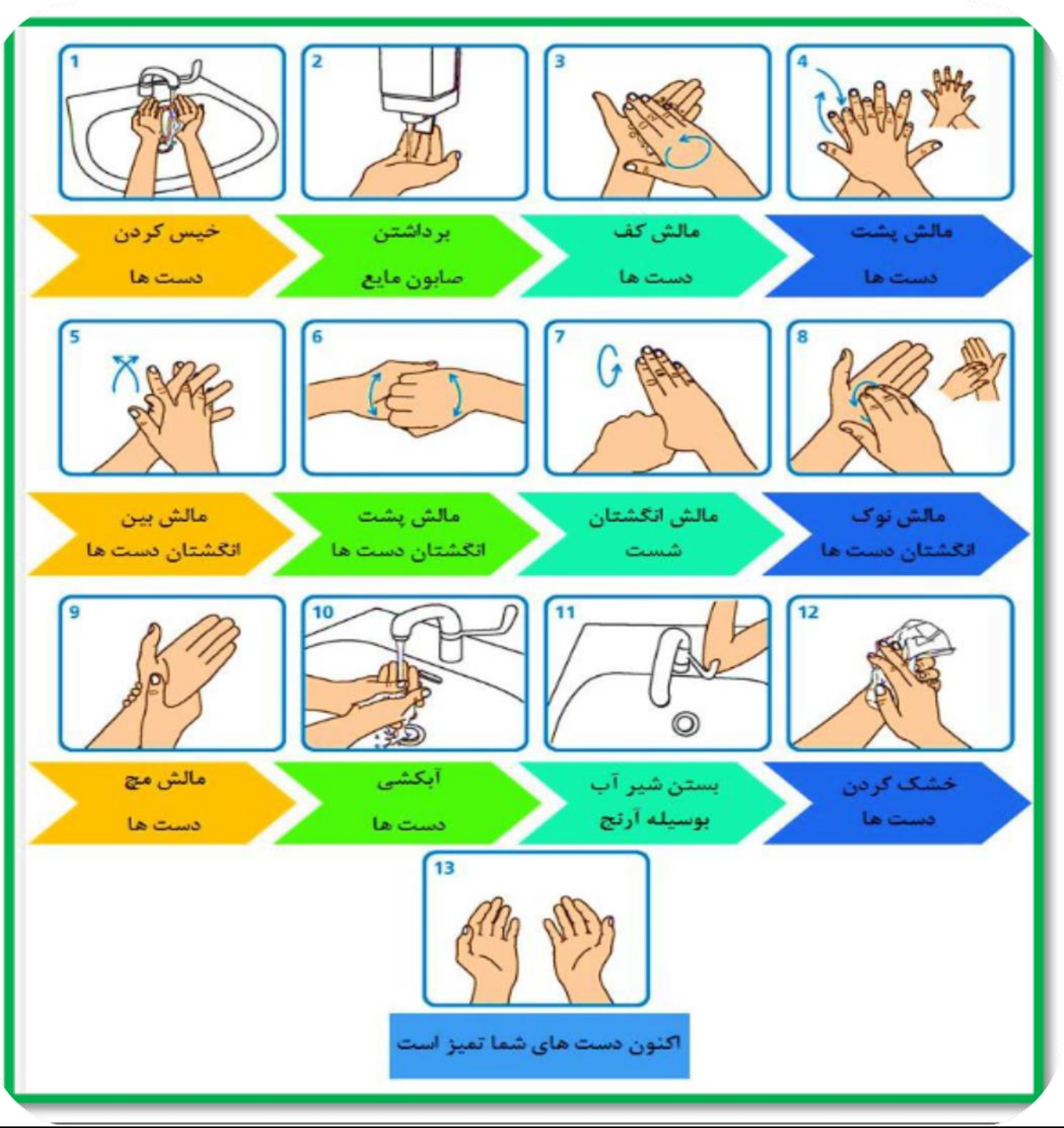
جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

تفکیک پسماند ها

نظافت روزانه محیط بیماران

رعایت نکات آسپتیک

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU -**



	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU -**

ایمن‌سازی کارکنان بهداشتی

بیماری	موارد لزوم واکسیناسیون	دوز و نحوه واکسیناسیون	موارد ممنوعیت واکسن
Bهپاتیت	۱ میلی لیتر در عضله دلتوئید در زمان‌های ۰ و ۱ و ۶ ماه بعد	کلیه کارکنانی که در معرض خطر تماس با خون و مایعات بدن هستند	حساسیت نسبت به مخمرها
آنفلوآنزا	۰/۵ میلی لیتر سالانه	کلیه کارکنان بیمارستان	سابقه حساسیت شدید نسبت به تخم مرغ
سرخک-سرخجه-اوریون	۰/۵ میلی لیتر زیر جلدی از واکسن MMR	کارکنانی که سابقه سرخک را ذکر نمی‌کنند و یا شواهد مصونیت در مقابل بیماری در آزمون سرمی آنها وجود ندارد	حاملگی، سابقه حساسیت شدید نسبت به تخم مرغ یا نئومایسین، تب شدید، سرکوب سیستم ایمنی، IVIGمصرف اخیر
کزاز،دیفتری	سری اوّل : ۰/۵ میلی لیتر عضلانی در زمان ۰ و ۱ و ۶-۱۲ ماه بعد و دوز های یادآور برای پرسنل ایمن به مقدار ۰/۵ میلی لیتر هر ۱۰ سال	کارکنانی که سری اوّل واکسیناسیون را تکمیل ننموده اند و یا دوز یادآور واکسن را طی ۱۰ سال اخیر، دریافت ننموده اند	سه ماهه اوّل حاملگی
آبله مرغان / زونا	۰/۵ میلی لیتر در زمان ۰ و ۴-۸ هفته	کارکنان تماس یافته با بیمارانی که سابقه ابتلاء به آبله مرغان را ذکر نمی‌کنند و آنتی‌بادی ضد واریسلا نیز در سرم آنها منفی است	حساسیت شدید نسبت به واکسن، ژلاتین، نئومایسین، سرکوب یا نقص سیستم ایمنی، سل فعال، ناخوشی‌های تب دار، بارداری

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

***رعایت بهداشت فردی جهت کلیه پرسنل الزامی است**

بهداشت دست به صورت هند راب و هند واش و اسکراب دست می باشد

- ناخن ها بایستی کمتر از یک چهارم اینچ یا کمتر از ۶ میلی متر بلندی داشته باشند.
- برق ناخن یا ناخن مصنوعی ممنوع است.
- پرسنل از پوشیدن ساعت و زیور آلات خودداری نمایند. داشتن یک حلقه ساده بدون نگین اشکالی ندارد.
- پنجره ها بایستی همیشه بسته باشند تا هوای آلوده وارد بخش نگردد.
- نحوه رفت و آمد به داخل بخش کنترل گردد.
- آموزش به همراهیان بیمار در مورد شستشوی دست داده شود.
- هواسازها با توجه به اینکه باعث ایجاد فشار مثبت(ورود هوای تمیز) در بخش میگردد همیشه روشن باشد.
- شستن دست قبل و بعد از هر تکنیک پزشکی و پرستاری الزامی است . در بیماران بدون زمینه نقص ایمنی ، بدون بیماری زمینه ای قابل ملاحظه ، در زمان انجام کارهای غیر تهاجمی ، و در صورت عدم مواجهه با مایعات بیولوژیک بدن بیماران ، شستن دست ها با صابون معمولی یا ضد عفونی آنها با الکل الزامی است.
- در بیماران عفونی ، بیماران در معرض خطر مانند نوزادان ، افراد مسن و بیماران دچار سرطان، در صورت مواجهه با مایعات بیولوژیک، یا در زمان انجام اعمال تهاجمی غیر جراحی مانند کار گذاری کاتتر وریدی محیطی یاسوند ادراری ، شستن دست با صابون ضد میکروبی به مدت یک دقیقه یاضد عفونی دست ها با الکل ضرورت دارد.
- مانومترهای اکسیژن بایستی خالی باشند در صورتی که قرار است برای بیمار اکسیژن تراپی شروع شود در بالای سر بیمار با آب مقطر استریل پر گردد و روزانه شستشو داده شده و تاریخ آن روی مانومترها زده شود.
- فیلترهای مخصوص دستگاه هر ۴۸ ساعت با آب و دترجنت شسته شوند.
- لوله های خرطومی ونتیلاتورها بایستی هر ۲۴ تا ۴۸ ساعت ترجیحا استریل گردد، در غیر این صورت ضدعفونی در سطح بالا انجام گردد.
- آمبو بگها استریل یا ضدعفونی در سطح بالا انجام گردد. تمامی قطعات آمبوبگها قابل جداشدن و ضدعفونی کردن یا استریل کردن باشند

- بیماران با ارگانیسم های مقاوم بایستی در اتاق ایزوله قرار گیرند و یا این که با فاصله دو متر از بیماران دیگر قرار گیرند
- ترجیحا هربیمار بایستی لارنگوسکوپ و آمبوبگ و ماسک جدا داشته باشند.
- رابط ساکشن ، هر ۲۴ ساعت تعویض شوند. نلاتون متصل به ساکشن باید بعد از هر بار استفاده تعویض شود
- برای کشیدن دارو و همچنین حل کردن داروها، از سرنگهای مجزا استفاده کنید. داروهای مولتیپل دوز حتما تاریخ زده شود، و در شرایطی که شرکت سازنده ذکر کرده قرار داده شود. داروهای سینگل دوز بعد از کشیدن مقدار مورد نیاز بقیه دارو دور انداخته شود تمامی موارد مخاطرات شغلی مثل ضربه سر سوزن یا وسیله تیز وبرنده،NEEDLE STICK و یا پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار بر روی مخاط بدن مثل چشم به اطلاع واحد کنترل عفونت برسد.

❋دستورالعمل شستشو و نظافت وسایل در بخش ها

دستورالعمل شستشو و نگهداری فلومتر اکسیژن با توجه به اینکه دستگاه فلومتر اکسیژن همیشه مرطوب بوده و در تماس مستقیم با مجرای تنفسی بیمار است، ضد عفونی و تمیز کردن آن ضروری می باشد محیطهای مرطوب مکان مناسبی برای رشد میکروارگانیسم ها و بخصوص باکتری های گرم منفی می باشد. دستگاه اکسیژن تراپی از دو قسمت مجزا شامل مانومتر و محفظه آب تشکیل شده است.

مانومتر : این قسمت از دستگاه غیر قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی آن بایستی از یک دستمال تمیز آغشته به الکل ٪ ۷۰ استفاده کرد.

محفظه آب : این قسمت از دستگاه قابل شستشو بوده و برای ضدعفونی و تمیز کردن آن بایستی ابتدا کاملاً از مانومتر جدا شده و سپس با مواد دترجنت معمولی و برس جرم زدایی و در محلول سطح متوسط به مدت ۱۵ دقیقه قرار داده شود در انتها شسته و خشک شوند.

شستشو دستگاه درحالت عادی هفته ای یک بار ضروری بوده و در صورتیکه بیمار مبتلا به عفونت های دستگاه تنفسی می باشد برای بیمار بعدی فلومتر باید شسته و تمیز گردد .

توجه : برای مرطوب کردن دستگاه فقط بایستی از آب مقطر استفاده شده و از مرطوب کردن آن با آب معمولی پرهیز شود، زیرا باعث تشکیل جرم در داخل فلومتر می گردد.

❋دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی لارنگوسکوپ

در صورتی که لارنگوسکوپ به صورت هفته ای استفاده نمی شود با محلول حاوی الکل ضد عفونی گردد

در صورتی که برای بیمار استفاده شد در محلول سطح بالا قرار گیرد

*دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی دستگاه ساکشن

در صورت نیاز به ساکشن برای بیماران وجود ساکشن جداگانه برای هر بیمار الزامیست.

باتل مربوط به ساکشن بدون در نظر گرفتن مقدار مایع آسپیره شده بایستی بطور روزانه تخلیه گردند.

باتل می تواند داخل دستشویی تخلیه شده و پس از شستشوی با محلول دترژنت ، در محلول ضد عفونی سطح متوسط غوطه ور گردد.

لازم به ذکر است که استفاده از دستکشهای غیر استریل کافی بوده و شستشوی دستها پس از دفع مایع باتل ، الزامی است.

در هر بار مصرف استفاده از دستگاه ساکشن برای بیمار ، بایستی کتتر جدیدی مورد استفاده قرار گیرد.

در مدتی که دستگاه ساکشن مورد استفاده قرار نمی گیرد ، باتل بایست به صورت خشک نگهداری شود.

واحد منابع انسانی

*تشکیل پرونده پرسنلی و شروع بکار مستخدم

۱. مراجعه به سامانه ثبت نام و پیگیری مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران بهداشت به آدرس http://tarhreg.behdasht.gov.ir
۲. دعوت از مشمول جهت ارائه مدارک.
۳. صدور معرفینامه و تعیین واحد محل خدمت (بررسی صحت و سقم اطلاعات ثبت شده در معرفینامه مذکور بعهده مشمول میباشد.
۴. (مراحل ۱ الی ۳ صرفاً جهت اطلاع)
۵. مراجعه مشمول به واحد محل خدمت پس از صدور معرفینامه

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

۶. ارائه معرفینامه به بالاترین مقام مسئول واحد محل خدمت

۷. اخذ پاراف مدیریت محترم و تهیه یک نسخه کپی از معرفینامه مذکور.

۸. مراجعه به واحد کارگزینی

۹. ارائه معرفینامه بهمراه مدارک شناسایی از جمله:

- اصل و کپی کارت ملی مستخدم
- اصل و کپی از تمام صفحات شناسنامه مستخدم
- اصل و کپی کارت ملی همسر (در صورت تأهل)
- اصل و کپی از تمام صفحات شناسنامه همسر (در صورت تأهل)
- اصل و کپی از تمام صفحات شناسنامه فرزند
- یک قطعه عکس ۴*۳
- ارائه نمونه امضا جهت بارگذاری در سامانه جامع اطلاعات کارکنان به آدرس http://chrs.thums.ac.ir
- تکمیل فرم مشخصات فردی + دریافت دستبرگ آموزش بدوخدمت.
- دریافت فرم توجیه بدو خدمت و مراجعه به واحدهای مربوطه جهت آشنایی و اخذ امضاء کلیه مسئولین واحدهای ستادی.
- مراجعه مجدد به واحد کارگزینی و تحویل کلیه مدارک فوق و تشکیل پرونده پرسنلی

۱۰ - صدور ابلاغ داخلی.

۱۱- حضور در واحد محل خدمت و اعلام شروع بکار (مکاتبه با واحد کارگزینی) توسط مسئول محترم.

۱۲- اعلام شروع بکار مستخدم به معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه توسط واحد کارگزینی.

۱۳- ارسال و تغذیه اطلاعات مستخدم به سیستم جامع پرسنلی.

۱۴- صدور حکم کارگزینی به تاریخ شروع بکار.

۱۵ - تعریف اثر انگشت مشمول در دستگاه تایمکس و اختصاص شناسه تردد

نحوه ثبت انگشت در دستگاه تایمکس

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

نوع شیفت	ثبت در دستگاه تایمکس	
	ورود	خروج
اداری غیرستادی(مراکز بهداشتی و درمانی)	۰۷:۱۵	۱۴:۰۰
پاس شیر غیرستادی اول وقت	۰۸:۱۵	۱۴:۰۰
پاس شیر ستادی اخر وقت	۰۷:۱۵	۱۳:۰۰
پاس شیر غیرستادی (مراکز ج س) اول وقت	۰۸:۱۵	۱۴:۰۰
پاس شیر غیرستادی (مراکز خ ج س) اخر وقت	۰۷:۱۵	۱۳:۰۰
کسر کار بانوان دارای شرایط خاص اول وقت ستادی	۰۷:۵۰	۱۴:۰۰
کسر کار بانوان دارای شرایط خاص اخر وقت ستادی	۰۷:۱۵	۱۳:۲۵
کسر کار بانوان دارای شرایط خاص اول وقت غیرستادی	۰۷:۵۰	۱۴:۰۰
کسر کار بانوان دارای شرایط خاص اخر وقت غیرستادی	۰۷:۱۵	۱۳:۲۵
پزشک خانواده بدون بیتوته	۰۷:۱۵	۱۴:۰۰
پزشک خانواده با بیتوته	۰۷:۱۵	۱۴:۰۰
بانوان شرایط خاص (اول وقت پزشک خانواده) با بیتوته	۰۷:۵۰	۱۴:۰۰
بانوان شرایط خاص (اخر وقت پزشک خانواده) با بیتوته	۰۷:۱۵	۱۳:۲۵
بانوان شرایط خاص (اول وقت پزشک خانواده) بدون بیتوته	۰۷:۵۰	۱۴:۰۰
بانوان شرایط خاص (اخر وقت پزشک خانواده) بدون بیتوته	۰۷:۱۵	۱۴:۰۰
پاس شیر پزشک خانواده اخر وقت با بیتوته	۰۷:۱۵	۱۳:۰۰
پاس شیر پزشک خانواده اول وقت بدون بیتوته	۰۸:۱۵	۱۴:۰۰
بهورزان فاقد تایمکس	-	-
نیروهای شرکتی	۰۷:۳۰	۱۴:۳۰

نکته : واجدین شرایط برخورداری از مزایای « قانون کاهش ساعت کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص » عبارتند از:

۱. بانوان دارای معلولیت شدید و یا دارای فرزند و همسر با معلولیت شدید و یا مبتلا به بیماری صعب العلاج.
۲. بانوان دارای فرزند زیر شش سال تمام.
۳. بانوان سرپرست خانوار

*آشنایی با انواع مرخصی و نحوه بهره مندی از آن

فلسفه مرخصی، استراحت و تمدید قوای کارمند است و در کنار آن مرخصی استعلاجی نیز برای ایام بیماری کارمندان پیش بینی شده است . مرخصی بدون حقوق نیز به نوعی دادن فرصت به کارمند برای رسیدگی به مسائل شخصی وی است.

مرخصی روزانه یا استحقاقی

نوع استخدام	مدت مرخصی	ذخیره	ماهانه
رسمی	۳۰	۱۵	۲/۵
رسمی ازمایشی			
پیمانی			
قرارداد تبصره ۳			
هیئت علمی رسمی نیمه وقت			
هیئت علمی پیمانی نیمه وقت			

طرح پزشک خانواده (تا پایان سال باید استفاده کنند)	۳۰					۰	۲/۵
پیام آوران بهداشت (سرباز)	مجرد		متأهل			۰	۰
	۱۸		۳۶				
	استحقاقی سالیانه	۱۲	استحقاقی سالیانه	۱۲			
	مناطق محروم	۶	مناطق محروم	۶			
	–		متأهلی	۱۸			
مشمولین قانون کار مشاغل کارگری	۲۶					۹	۲/۱
مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	۳۰					۱۵	۲/۵

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

*مرخص استعلاجی

مرخصی ا

شرایط و ضوابط

نوع مدرک	بازه زمانی	مشمولین	توضیحات
گواهی استراحت پزشکی	۳-۱ روز	کلیه پرسنل	پس از اخذ تأیید پزشک معتمد بیمارستان، مستخدم موظف به ثبت بازه زمانی تأیید شده در سامانه جامع اطلاعات کارکنان میباشد
	بیشتر از ۳ روز	رسمی	اعلام عدم حضور مستخدم در محل کار توسط مسئول مرکز و مکاتبه با کارگزینی بیمارستان مکاتبه کارگزینی با کمیسیون پزشکی. مراجعه حضوری مستخدم با کلیه مدارک و مستندات به کلینیک احمدیه و انجام مراحل اداری. مکاتبه کمیسیون پزشکی با واحد کارگزینی در خصوص رد یا تایید بازه استعلاجی. ثبت مدت استعلاجی توسط کارگزینی منوط به تایید با زه زمانی. در صورت عدم تایید از مرخصی روزانه کسر میشود.
		رسمی - آزمایشی	
		مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان (طرح و لایحه)	
		پیمانی	اعلام عدم حضور مستخدم از سوی واحد محل خدمت. ارسال تصویر مدارک به واحد کارگزینی شبکه. قطع حقوق مستخدم و تعیین مرجع پرداخت کننده حقوق (سازمان تأمین اجتماعی).
		تبصره ۳	
		تبصره ۴	
		پزشک خانواده	
		مشمولین قانون کار	
		قرارداد تفاهمی ۸۹ روزه	
			بارگزاری مدارک توسط مستخدم در سایت سازمان تامین اجتماعی و انجام

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU - 0**

❊ نکات ضروری

مجدداً یادآوری میگردد کلیه مرخصیها و مأموریتهای پرسنل محترم (ساعتی، روزانه و ...) باید با هماهنگی مسئولین کارشناس مسئول و نیز به همراه با مکاتبه با واحد کارگزینی صورت پذیرد.

مستخدمین موظفند کلیه مرخصی ها و مأموریتهای خود را پس از طی مراتب فوق و حداکثر سه روز پس از استفاده در سامانه جامع اطلاعات کارکنان به آدرس http://chrs.thums.ac.ir ثبت نماید.

مستخدم مجاز است ماهیانه حداکثر یک نوبت نسبت به ثبت فراموشی کارت اقدام نماید. (در صورت ضرورت دو نوبت)

❊ دیگر انواع مرخصی

مرخصی حج: فقط یکبار برای کارمند و بمدت ۳۰ روز قابل استفاده است.

مرخصی ورزشی: از اداره تربیت بدنی و مدیریت کل تربیت بدنی جهت شرکت در مسابقات ورزشی.

مرخصی بدون حقوق: حداکثر ۳ سال و در صورتیکه برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل باشد تا مدت ۲ سال قابل افزایش است.

مرخصی صعب العلاج: مانند سرطان بدخیم که ابتدا بمدت ۱ ماه استعلاجی دریافت و در صورت عدم بهبود ۴ ماه.

مرخصی اضطراری :

فوت: ۷ روز (همسر/پدر/مادر/خواهر/برادر/فرزند)

ازدواج کارمند: ۷ روز از تاریخ ازدواج تا ۲ سال مجاز به استفاده میباشد.

زایمان :

- مرد: ۱۴ روز جهت مراقبت از همسر
- زن :

یک فرزند: ۹ ماه

دوقلو: ۱۲ ماه

مرده زایی: ۲ماه

*نحوه ثبت پاس شخصی (مرخصی ساعتی) و پاس اداری (مأموریت ساعتی)

چنانچه هر یک از پرسنل محترم در حین انجام وظایف قصد استفاده از مرخصی ساعتی جهت انجام امور شخصی را داشته باشند، ضروریست هنگام خروج از محل خدمت، نسبت به ثبت انگشت خروج اقدام نمایند و نیز پس از ورود مجدداً انگشت ورود در دستگاه تایمکس ثبت کنند .

پس از انجام این فرایند بمنظور ثبت رویداد فوق (مرخصی ساعتی) یا (مأموریت ساعتی) ضروریست پس از تخلیه دستگاه تایمکس توسط واحد کارگزینی و مشاهده ساعات ورود و خروج نسبت به ثبت پاس شخصی یا اداری در سامانه تردد اقدام شود.

بعنوان مثال:

ورود ۷:۳۰

خروج۹:۴۵

ورود ۱۰:۳۰

خروج (پایان وقت اداری)

پس از تخلیه دستگاه تایمکس، بازه زمانی ۰۹:۴۵ لغایت ۱۰:۳۰ مرخصی ساعتی یا مأموریت ساعتی ثبت میشود.

- هر هفت ساعت و سی دقیقه استفاده از مرخصی ساعتی، یک روز از مرخصی استحقاقی مستخدم کسر خواهد شد.
- کلیه مسئولین محترم باید نسبت به ورورد و خروج پرسنل تحت پوشش نظارت دقیق و مستمر داشته باشند.
- مسئولین محترم ماهانه نسبت به ارائه مرخصی های بهورزان شاغل در خانه های بهداشت تحت پوشش به واحد کارگزینی اقدام نمیاند.
- در صورت استفاده سه ساعت و نیم از مرخصی ساعتی، یک روز مرخصی استحقاقی لحاظ میشود.
- مستخدمین موظفند روزانه سامانه تردد خود را با مراجعه به سامانه جامع اطلاعات کارکنان بررسی و هرگونه تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج خود را مورد بررسی قرار دهند.
- ساعت کاری کارمند ۰۷:۱۵ لغایت ۱۴:۰۰ میباشد که سامانه تردد بازه ۰۷:۱۵ لغایت ۰۷:۳۰ و ۱۳:۴۵ لغایت ۱۴:۰۰ را تأخیر در ورود و تعجیل در خروج محاسبه نمی کند(جهت همکاری با کارمند). بدیهی است در صورت استفاده از مرخصی ساعتی یا پاس شخصی بازه ۰۷:۱۵ و ۱۴:۰۰ لحاظ و ثبت می شود.

در ادامه با ذکر نمونه ای از نحوه ثبت مرخصی ساعتی، موضوع فوق بصورت کامل تشریح میشود:.

- ✓ تأخیر در ورود : ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر.
- ✓ تعجیل در خروج : خروج از محل خدمت زودتر از موعد مقرر.

مستخدم میتواند بمنظور جبران کسر کار به شکل ذیل نسبت به ثبت مرخصی ساعتی اقدام نماید:

- ✓ تأخیر در ورود : (۰۷:۵۰) : مستخدم میبایست از ساعت ۰۷:۱۵ لغایت ۰۷:۵۰ مرخصی ساعتی ثبت نماید.
- ✓ تعجیل در خروج : (۱۳:۱۵) : مستخدم میبایست از ساعت ۱۳:۱۵ لغایت ۱۴:۰۰ مرخصی ساعتی ثبت نماید

❋آشنایی مختصر با آئین نامه حضور و غیاب کارکنان

با عنایت به آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت مصوبه شماره ۸۱۴۵۰ مورخ ۱۳۶۷/۱۱/۲۷ هیأت محترم وزیران و همچنین به استناد شماره نامه ۹۸/۲۳۳۰/ص/۹۳/ت مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۰۱ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت حیدریه، مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج غیرموجه داشته باشد و جمع تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت و ۸ ساعت در ماه برسد:

ماه نخست و دوم : اخطار کتبی

ماه سوم : کسر ۳۰٪ فوق العاده شغل

ماه چهارم : کسر ۵۰٪ فوق العاده شغل

ماه پنجم : کسر ۱۰۰٪ فوق العاده شغل

در صورت تکرار : ارجاع پرونده مستخدم به هیأت رسیدگی به تخلفات اداری .

ذکر این نکته نیز ضروریست که بر اساس تهیه گزارش کارکرد ماهانه پرسنل از سامانه تردد جهت تنظیم و پرداخت حقوق و دستمزد، هرگونه غیبت از میزان حقوق مستخدم کسر و تحت عنوان « جریمه غیبت » در فیش شاغلین لحاظ خواهد گردید.

تأخیر در ورود در موارد ذیل موجه است و مدت آن جزء مرخصی استحقاقی منظور میگردد :

۱) حادثه غیرمترقبه برای مستخدم، همسر، فرزندان و افراد تحت تکفل وی

۲) احضار مستخدم توسط مراجع قضایی یا انتظامی با ارائه گواهی مرجع اخطارکننده

ذکر این نکته نیز ضروریست که تشخیص موارد فوق با مدیریت محترم شبکه خواهد بود.

*سامانه مدیریت خدمات جامع سلامت

مسئولین محترم پس از صدور حکم امکان دسترسی به سامانه جامع اطلاعات کارکنان را خواهند داشت.

http://chrs.thums.ac.ir

بمنظور بهره مندی از سامانه مذکور میب ایست نام کاربری و رمز عبور خود را تعریف و وارد سامانه شده و روزانه بعنوان تأیید کننده اول نسبت به تأیید یا عدم تأیید کلیه مرخصی های روزانه و ساعتی و همچنین مأموریتهای روزانه و ساعتی کلیه پرسنل تحت پوشش که اقدام به ثبت رویدادهای مذکور نموده اند، اقدام نمایند. (نام کاربری و رمز عبور بصورت پیش فرض کد ملی مستخدم تعریف شده است).

مسئولین محترم پس از ورود به سامانه جامع اطلاعات کارکنان میبایست نسبت به بارگذاری تصویر و همچنین امضاء خود اقدام نمایند (تنظیمات کاربری – بارگذاری تصویر – بارگذاری امضاء). در صورت بروز مشکل در بارگذاری تصویر و امضاء، به روش ذیل اقدام گردد:

- Microsoft Office
- Edit Pictures
- Compress Pictures
- Documents
- Ok

*سامانه ارزیابی عملکرد مدیران و کارکنان

ارزیابی عملکرد بعنوان یک فرایند دوره ای، رسمی و اغلب مکتوب از عملکرد شغلی کارکنان جهت دستیابی به برخی اهداف از جمله: شناخت کارکنان ساعی و اعطای پاداش به آنها، ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد و ... میباشد. پس از اعلام شروع فرایند ارزیابی عملکرد مدیران و کارکنان از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه، هر یک از مستخدمین نسبت به انجام این فرایند اقدام مینمایند. بطور خلاصه فرایند مذکور در سه مرحله صورت میگیرد:

- ابتدای دوره: در این مرحله مستخدم با مراجعه به سامانه جامع اطلاعات کارکنان (ارزیابی عملکرد – ثبت ارزیابی) نسبت به تعریف شرح وظایف و امتیاز مربوطه اقدام می کند(تکمیل فرم توافقنامه – حداکثر امتیاز:۵۰). سپس مستخدم بمنظور تأیید سند میبایست با انتخاب ارزیاب کننده (مسئول مرکز) فرم مذکور را ارجاع دهد. مسئول مرکز نسبت به تأیید یا ویرایش شاخصهای تعیین شده اقدام می نماید. در صورت تأیید، فرم توافقنامه به مستخدم ارجاع داده میشود و مالک سند با مراجعه به قسمت «اسناد من» در صورت عدم اعتراض سند را جهت بررسی به رابط ارزیابی عملکرد ارجاع میدهد. با این عمل اولین مرحله ارزیابی عملکرد خاتمه می یابد. (در صورت وجود اعتراض و اختلاف نظر، نظر ارزیاب مورد تأیید است) (اعتراض تنها یک نوبت امکانپذیر میباشد).
- حین دوره: در این مرحله نسبت به ثبت نقاط قوت و ضعف (فرم پایش عملکرد) اقدام میشود. این فرم فاقد امتیاز است و خاص ارزیاب کننده است.
- پایان دوره: در این مرحله ارزیاب کننده (مسئول مرکز) با توجه به شاخصهای عمومی و اختصاصی نسبت به امتیازدهی اقدام مینماید. با انجام این عمل فرایند ارزیابی عملکرد سال به اتمام میرسد.

نکته۱) : کلیه کارکنان قرارداد تبصره ۴ (پشتیبانی: نظافتچی، آبدارچی، راننده و ...) مشمول مراحل ۱ و ۲ فرایند مذکور نمیشوند.

*پایان دوره طرح و لایحه مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

مشمولین محترم پس از اتمام مدت دوره طرح و لایحه میتوانند با مراجعه به واحد کارگزینی و دریافت فرم تسویه حساب نسبت به اخذ امضاء مسئولین مربوطه اقدام نماید. پس از اخذ فرم مذکور، واحد محل خدمت باید نسبت به اعلام پایانکار مشمول با ذکر عدم بدهی مالی و اموالی (در صورت نبود) اقدام نماید.

فرم تسویه حساب پس از تکمیل به واحد کارگزینی ارجاع داده میشود. واحد کارگزینی پس از بررسی فرم مذکور نسبت به صدور حکم پایان طرح اقدام مینماید.

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

در انتها مشمول جهت دریافت گواهی پایان طرح باید تصویر فرم تسویه حساب و حکم پایان طرح خود را در سامانه :
http://tarhreg.behdasht.gov.ir بارگذاری نماید.
(واحد طرح و لایحه معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تربت حیدریه نسبت به صدور گواهی پایان طرح "حداکثر ۷۲ ساعت بعد" اقدام مینماید).
نکته : کلیه مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان میتوانند یکماه قبل از اتمام مدت دوره طرح و لایحه نسبت به تمدید دوره مذکور ،ابتدا ثبت نام و درخواست کتبی جهت بررسی به بالاترین مقام مسئول ارائه نمایند تا بررسی های لازم در این خصوص صورت پذیرد.

واحد مدارک پزشکی

*دستورالعمل مستندسازی

تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح، به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علائم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مستثنی می باشد.

کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه " کاربرد ندارد" یا اختصار آن (N/A) استفاده شود.

اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ RZ-BOOKLET-OBT -TU -**

ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جملهCPR ، پیگیری ویزیت ، مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.

ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز و مهر و امضاء صورت گیرد.

در مراکز آموزشی درمانی، تائید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "..... " استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املای صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت(قبل از اختصار) الزامی می باشد.

در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت (تیک) تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

دستورات تلفنی (Orders Tel) ، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

لازم است در مستندسازی دستورات تلفن (Order Tel) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ✓ ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- ✓ نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- ✓ متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- ✓ نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- ✓ امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلا به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.

***روش تصحیح خطا : هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:**

- ✓ دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- ✓ اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- ✓ علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

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

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

لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلا ثبت شده به مستندات اضافه شود.

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

- ✓ ثبت های جدید تحت عنوان " ثبت تاخیری" مشخص گردد .
- ✓ تاریخ و زمان جاری ثبت گردد .
- ✓ رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد .
- ✓ محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

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

***روش اضافه کردن اطلاعات:**

- ✓ تاریخ و زمان جاری مستند گردد .
- ✓ واژه "ضمیمه/ اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.
- ✓ در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

***دستورالعمل سطوح دسترسی**

پرسنل مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران عبارتند از : پزشک اورژانس ، پزشک معالج ، پزشک مشاور ، پرستار ، ماما ،مسئول امار و مدارک پزشکی ، رادیولوژیست ، کاردان یا کارشناس بیهوشی و اتاق عمل ، منشی بخش ، کارشناس تغذیه

هرگونه اطلاعاتی که نشان دهنده نوع بیماری گیرنده خدمت باشد در تابلوی بالای سر و روی پرونده ی وی ممنوع می باشد .

کارکنان ، با خودداری از نصب اطلاعات محرمانه مربوط به بیماردر اتاق (وی) یا در ایستگاه پرستاری و یا مطرح نکردن بحث های مربوط به بیمار در اماکن عمومی ، محرمانه بودن اطلاعات بیمار را رعایت کرده و به آنان احترام می گذارند .

کارکنان ، از قوانین و قواعد ناظر بر محرمانه بودن اطلاعات اگاه هستند و به اطلاع بیمار می رسانند که چگونه بیمارستان ، محرمانه بودن اطلاعات را مدنظر قرار می دهد .

همچنین به اطلاع بیمارمی رسدکه چه زمان و تحت چه شرایطی ممکن است که اطلاعات منتشر شوند و چگونه ازآن ها کسب اجازه خواهد شد .

بیمارستان ، در مورد این که بیماران به اطلاعات مربوط به سلامتی شان دسترسی داشته باشند و روند دستیابی به اطلاعات ، هنگامی که جایز باشد نیز راهنمائی های لازم را ارائه می دهند .

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده خدمت ، گروه درمانی ، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند ، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند .

دسترسی به پرونده بیمارستان از طریق واحد مدیریت اطلاعات سلامت فقط طبق ضوابط مربوطه در آن واحد می باشد .

پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی ، بستری و اورژانس) در دسترس و اختیار افراد غیر مجاز قرار نگیرد و جهت انتقال آن بین بخش های مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود . خروج پرونده های بیماران توسط همراهان بیمار از بخش ها ممنوع است .

در خصوص نحوه دسترسی پزشک به پرونده بیماران ، در زمان بستری و حین درمان پزشک پرونده دسترسی کامل به پرونده دارد و در صورت زمان به اخذ سوابق پرونده قبلی بیمار ، بایستی بادرخواست کتبی پزشک معالج به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ، پرونده بیمار به ایشان تحویل شود .

در زمان در خواست پزشک مشاور و مقیم و آنکال در حین بستری بیمار ، دسترسی کامل به پرونده دارند و در صورت نیاز به سوابق بیمار بایستی با درخواست کتبی پزشک مشاور مقیم یا آنکال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ، پس از اخذ تائیدیه ایشان ، پرونده توسط یک فرد معتمد (منشی یا کمکی بخش) در اختیار پزشک قرار گیرد.

واحد فناوری اطلاعات

*شرح وظایف

- پشتیبانی و راهبری سامانهHIS
- پیگیری امور پشتیبانی نرم افزارها، بانک های اطلاعاتی و سامانه های بیمارستانی
- توسعه و نگهداری اتاق سرور بیمارستان
- توسعه و نگهداری شبکه محلی بیمارستان
- مدیریت خدمات الکترونیک در سطح بیمارستان
- نصب و راه اندازی تجهیزات رایانه ای بیمارستان
- بازدید دوره ای و رفع عیوب سخت افزاری و نرم افزاری تجهیزات رایانه ای بیمارستان

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

- بررسی و مشاوره خرید تجهیزات رایانه ای

واحد بهداشت محیط

*اصطلاحات و تعاریف

ضدعفونی کننده ها دسته ای از مواد شیمیایی هستند که با اثر بر باکتری ها ، ویروس ها ، قارچ ها ، اسپور باکتری ها و سایر ارگانیسم ها ، آنها را از بین می برند و یا از رشد آنها جلوگیری می کنند .

ضد عفونی کننده (Antiseptic) : مواد ضدعفونی کننده ای را که برای سطح پوست و بدن و در بافت های زنده استفاده می شوند، ضد عفونی کننده می نامیم .

گندزدا (Disinfection) مواد ضدعفونی کننده ابزار ، وسایل ، لباس ها ، کاشی ها ، وان حمام ، دستشویی و حمام را گندزدا می نامند. استفاده از ضدعفونی کننده ها برای تامین سلامتی بسیار ضروری است و از عوامل مهم پیشگیری از بیماری ها بخصوص ، بیماری های مسری می باشد.

گندزدایی (Disinfection) : گندزدایی یعنی استفاده از روش های فیزیکی یا شیمیایی به منظور کم کردن بار میکروبی یا به عبارتی گندزدائی عبارت است از نابود کردن عوامل بیماری زا در محیط های بی جان ، مانند اماکن مسکونی ، البسه ، ظروف ، آب ، سبزی وغیره ، به عبارت دیگر گندزدائی در مورد محیط زندگی بکار می رود.

ضدعفونی (Antiseptic) : ضدعفونی نابود کردن عوامل بیماری زا از بافت های زنده است ، مانند ضد عفونی پوست یا ضد عفونی زخم غلظت ضدعفونی کننده ها بایستی کمتر از گندزدا ها با شد تا از آ سیب به بافت ها جلوگیری شود به همین دلیل ضدعفونی کننده ها نسبت به گندزداها سمیت کمتری دارند.

ضد عفونی کننده ها و گندزداهای شیمیایی

برای گندزدایی یا استریل کردن وسایلی که تحمل حرارت را ندارند باید از مواد شیمیایی با غلظت های مختلف استفاده نمود. قبل از استفاده از این مواد ، بایستی وسایل را کاملا شست و خشک کرد . وجود آلودگی های قابل مشاهده مثل خون خشک شده باعث زنده ماندن باکتری ها و سایر موجودات می شود . خیس بودن وسایل باعث رقیق شدن محلول می گردد.

خصوصیات ضد عفونی کننده ها و گندزداها

ضد عفونی کننده ها و گندزداهای شیمیایی بایستی دارای خواص زیر باشند :

- قادر باشد عامل بیماری زا را در کمترین زمان ممکن از بین ببرد
- درتماس با مواد مختلف مانند صابون و پاک کننده ها و چرک و آلودگی ها اثرش را از دست ندهد
- روی پوست بدن اثر سوء نداشته باشد ، حساسیت افراد نسبت به آن کم باشد در نهایت برای انسان و حیوان ضرر نداشته باشد و بد بو نباشد
- بایستی ثابت و پایدار بوده و تحت شرایط عادی خراب نشود (درمجاورت هوا و نور فاسد نشود)
- درمقدار کم ، قدرت گندزدایی خودرا نشان دهد
- قابلیت نفوذ خوبی داشته باشد
- قابلیت حل شدن درآب را داشته باشد و اگر به صورت امولسیون است به همان صورت باقی بماند
- بایستی قیمتش مناسب بوده وخیلی گران نباشد

*سطوح گندزدایی

مواد گندزدا را از نظر سطح گندزدایی به ۳ دسته تقسیم می کنند :

- سطح بالا (High Level Disinfectant) H.L.D
- سطح متوسط(Intermediate Level Disinfectant) I.L.D
- سطح پایین (Low Level Disinfectant) L.L.D

مواد گندزدای سطح بالا : باعث کشته شدن تمام ارگانیسم ها به جز تعداد زیادی از اسپورها می شوند.

مواد گندزدای بینابینی : باعث کشته شدن همه ارگانیسم های وژتاتیو از جمله مایکوباکتریوم توبرکولوزیس می شوند.

مواد گندزدای سطح پایین : باعث حذف خیلی از باکتری های وژتاتیو، قارچ ها و ویروس ها می شوند.

*وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر اساس نوع استفاده به سه گروه تقسیم می شوند:

۱. وسایل حیاتی (Critical)
۲. وسایل نیمه حیاتی (Semi critical)

۳. وسایل غیر حیاتی (Noncritical)

وسایل حیاتی :

و سایلی ه ستند که هنگام کاربرد آن ها در تماس م ستقیم با جریان خون یا نواحی ا ستریل بدن می با شند مثل چاقوهای جراحی ، سوزن های تزریق و بخیه ، کاتترهای عروقی و...

این وسایل بایستی استریل خریداری شده یا اتوکلاو شوند و اگر نسبت به حرارت حساس باشند از استریل کننده های شیمیایی مانند گلوتارآلدئید و پراکسید هیدروژن ، پراستیک اسید ، فرمالدئید استفاده شود.

وسایل نیمه حیاتی :

وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن (مخاط تنفسی فوقانی ، تناسلی ادراری و...) یا پوست آسیب دیده (سوختگی و بریدگی) می باشند . مانند کاتترهای ادراری ، بانداژها و لوله داخل تراشه ، مدارهای تنفسی ویژه بیهوشی ، اندوسکوپ ها و ترمومترها و...

این وسایل بایستی ترجیحا استریل شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز برای آن ها قابل قبول است . برای ترمومترها می توان از گندزدایی در سطح متوسط استفاده کرد.

وسایل غیر حیاتی :

و سایلی هستند که در تماس با پو ست سالم هستند نه مخاط . مانند گو شی پز شکی ، الکترودهای قلبی ، کاف فشار خون و ... سطوح و محیط بیمار ستانی نظیر میز وکمد بیمار، کف زمین و دیوارها نیز در این گروه قرار می گیرند. این و سایل بای ستی ش ست شو یا گندزدایی سطح پایین شوند.

❋تفاوت گندزداها و ضدعفونی کننده ها

۱. گندزداها روی سطوح و اجسام بی جان مصرف می شوند در حالی که مواد ضدعفونی کننده روی پوست ، مخاط و سطوح جان دار استفاده می گردد.
۲. گندزداها برای پوست و مخاط سالم مضرند در حالی که مواد ضدعفونی کننده روی پوست و مخاط سالم قابل استفاده و بی ضرر می باشند
۳. گندزداها بی شتر خا صیت تخریب و ک شتن باکتری ها (Biocidal) را دارند در حالی که مواد ضدعفونی کننده بی شتر مانع ر شد و نمو باکتری ها می شوند (Biostatic)

بطور مثال : الکل هم گندزدا و هم ضدعفونی کننده می باشد .

*روش های استریلیزاسیون و دستگاه های استریل کننده متداول در مراکز درمانی

انواع روش های استریلیزاسیون یا سترون سازی متداول با دستگاه ها عبارتند از :

❖حرارت خشک (فور) :

دستگاه فور، دارای یک اجاق و یک اتاقک عایق کاری شده است که با جریان برق گرم می شود. ایـن دستگاه دارای بدنه فولادی ، فن ، زمان سنج ، حرارت سنج ، تنظیم کننده درجه حرارت ، ترمو ستات و سیستم ارت ا ست . در این د ستگاه در ۱۶۰درجه سانتی گراد در مدت ۲ ساعت ، در ۱۷۱درجه سانتیگراد در مدت ۱ ساعت ، در ۱۸۰درجه سانتی گراد در مـدت ۳۰ دقیقه و در ۱۹۱درجه سانتی گراد در مدت ۶ تا ۱۰ دقیقه وسایل استریل می شوند . با فور می توانیم روغن ها ، گازهای آغشته به وازلین ، پودرها ، سوزن ها ، تیغ ، قیچی، نوک الکتروکوتر، دریل ها ، فرزهـا ، مته ها ، لوله های شیشه ای و آینه ها را استریل کنیم. فور وسیله ارزانی اســت و سبب خوردگی ، زنگ زدگی وکند شدن لبه های برنده وسایل فلزی نمی شود . نفوذ پذیری آن ضعیف است ، نیاز به زمان طولانی دارد ، موجب تغییر رنگ و سوختـــن کاغذ و پارچه از ابزار حساس به حرارت می شود. برای کنترل عملکرد فور، بایستی هر روز واشر نسوز آن را بازدید کنیم ، با دماسنج شاهد ، صحت عمل حرارت سنجش را کنترل نماییم . و هر هفته با استفـــاده از آزمون های بیولوژیک (با سیلوس سوبتیلیس) که به حرارت خشک بسیار مقاوم است عمل سترون سازیش را ارزیابی نماییم. در پایان کار با فور، تا درجه حرارت به زیر ۵۰ درجه سانتیگراد نرسیده نبایـــد در دستگاه را باز کنیم ، زیرا به علت اختلاف دما ، آلودگی هوای بیرون به وسایل داخل دستگاه سرایت می کند.

❖ حرارت مرطوب (اتوکلاو) :

حرارت مرطوب هنـوز ، موثرتریـن، متداول تریـن ، قابـل اعتمادترین و کم هزینه تریـن روش برای سترون سازی است.

اتوکلاو دستگاهی است که با استفاده ازعوامل دما ، بخار، فشار و زمان ، عمل می کند. در این دستگاه، بایستی " هوا" با " بخار" جابجا شود. این جابجایی یا با نیروی ثقل(Gravity) صورت می گیرد و یا با مکش پمپ . اگر هوای داخل دستگاه کاملا تخلیه نشود، به علـت اختلاف وزن مخصـوص هوا و بخار، درجه حرارت به حد مطلوب نخواهد رسید. ایـن دستگاه دارای یـک مخزن فولادی ضدزنگ ، ضد اسید و باز و ضدمغناطیس ، در فولادی با واشر نسوز، قفل ایمنی، شیرهای آب و بخار، صافی های هوا و بخار ، سوپاپ اطمینان ، فشارسنج ، حرارت سنج ، زمان سنج و سیستم ارت می باشد وحجمش از ۵ لیتر تا بیش از ۱۰۰۰ لیتر متفاوت است. در این دستگاه ، دما ۱۲۱ تا ۱۳۴درجه سانتیگراد است و زمان ، بسته به نوع دستگاه ۴ تا ۳۰ دقیقه متفاوت و واحد سنجش فشار یکی از موارد زیر است:

در پایان مرحلـه سترون سازی ، بخار دستگاه تخلیه می شود تا فشار اتاقک به صفر برسد . این مرحله ۱۵تا ۲۰ دقیقه طول می کشد. اتوکلاو بـرای سترون کردن لوازم جراحی فلزی ، شیشه ها، مایعات و بعضـی مواد پلاستیکی بکار می رود.

نوعی سترون سازی سریع وجود دارد بنام Sterilization Flash کـه در آن وسایل، در درجه حرارت ۱۳۴ درجه سانتیگراد و فشار ۶۰ پوند بر اینچ مربع ، ظرف ۳ دقیقه سترون می شوند.

در استفاده از اتوکلاو زمان کوتاه و نفوذ خوب است ، و وسایل زیادی را می توان با آن سترون کرد . ولی کند شدن وسایل برنده و باقی ماندن رطوبت دربسته ها درپایان کار از معایب این روش به حساب می آید.

عملکرد اتوکلاو را بایستی با بررسی حرارت سنج بـا ترمومتر شاهـد ، وزن کردن بسته ها قبل و بعد از فرایند (جهت بررسی باقی ماندن رطوبت در بسته ها) ، استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی و استفاده هفتگی از اندیکاتورهای بیولوژیک باسیلوس استئاروترموفیلوس ارزیابی نمود.

❋طبقه بندی پسماند پزشکی

سازمان جهانی بهداشت پسماند پزشکی ویژه را در ۹ دسته به شرح زیر طبقه بندی می‌کند :

- **پسماند عفونی :** پسماندی که به علت آلودگی به میکروارگانیسم های بیماری زا ، پتانسیل بالای انتقال بیماری های عفونی به انسان را دارد ، پسماند عفونی خوانده می شود . از جمله پسماند عفونی می توان به کلیه پسماند تولید شده در بخش های ایزوله ، مواد و وسایلی که در تماس با بیماران عفونی بوده اند ، خون و ســایر مایعات بدن ، کشــت های میکروبی آزمایشــگاهی و نمونه های عفونی ، باند و نخ بخیه مصرف شده ، واکسن های تاریخ مصرف گذ شته ، کیسه های خون تاریخ مصرف گذ شته و یا خالی شده و فرآورده های خونی ، لوله های داخل وریدی ، اجساد و اعضاء بدن حیوانات آزمایشگاهی اشاره نمود .
- **پسماند آ سیب شنا سی (پاتولوژیک) :** اعضا ، بافت ها و اندام های قطع شده از بدن انسان در عمل جراحی یا کالبد شکافی ، جنین سقط شده و جفت پسماند آسیب شناسی (پاتولوژیک) یا پسماند آناتومیک خوانده می شود.
- **پســماند نوک تیز و برنده :** وســایل و لوازم دور انداختنی دارای نوک تیز، برجســتگی های تیز یا لبه های برنده با قابلیت بریدن یا سوراخ کردن پوست پسماند نوک تیز و برنده خوانده می شود . از جمله پسماند نوک تیز و برنده می توان به سوزن های زیر پوستی ، سوزن های مصرف شده در طب سوزنی ، سرنگ ، وسایل تزریقات ، پیپت شکسته ، چاقو و تیغ جراحی ، آمپول، پلیت و سایر اشیاء شیشه ای شکسته شده اشاره نمود .
- **پسماند دارویی :** کلیه داروهای ا ضافی و تاریخ مصرف گذ شته ، بطری و جعبه دارو که در صورت رها سازی در محیط برای انسان و محیط زیست مضر باشد ، پسماند دارویی خوانده می شود .

	کتابچه آموزشی بدو ورود	**تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۶/۱۴** **تاریخ بازنگری بعدی :۱۴۰۵/۰۶/۱۴** **کد:۰ - RZ-BOOKLET-OBT -TU**

- **پسماند ژنوتوکسیک :** پسماند حاوی مواد دارویی سمی برای DNA که موجب جهش زایی، سرطان زایی یا ناقص الخلقه زایی می شود ، پسماند ژنوتوکسیک خوانده می شود . مواد دارویی ژنوتوکسیک در شش دسته طبقهبندی می شوند؛ مواد آلکیله، آنتی متابولیت ها ، آنتی بیوتیک ها ، آلکالوئیدهای گیاهی ، هورمون ها و سایر مواد دارویی سیتوتوکسیک .
- **پسماند شیمیایی :** مواد و ترکیبات شیمیایی بالقوه خطرناک و دارای یک یا چند ویژگی خطرناک سمیت ، خورندگی ، قابلیت اشتعال و میل ترکیبی شدید در گروه پسماند شیمیایی قرار می گیرند . از جمله پسماند شیمیایی می توان به گندزدا های اضافی و تاریخ مصرف گذشته ، حلال ها ، روغن و مواد روان‌کننده ، مواد شیمیایی مصرفی در ظهور فیلم اشعه ایکس ، اسید کرومیک ، اتیدیوم برماید ، ژل های آکریلآمید ، و بسیاری از مواد شیمیایی مصرفی در آزمایشگاه های تشخیص طبی و تحقیقاتی و... اشاره نمود .
- **پسماند حاوی فلزات سنگین :** باتری های مستعمل ، دماسنج های جیوه ای شکسته شده ، دستگاه فشارسنج و سایر پسماند های حاوی فلزات سنگین در این گروه قرار می گیرند .
- **ظروف تحت فشار :** سیلندر گاز و قوطی آئروسل و ظروف حاوی مواد جامد ، مایع و گازی شکل تحت فشار در این گروه قرار می گیرند این گروه از پسماند هرگز نباید در زباله سوز دفع گردد .

نوع پسماند	توضیح و مثال
پسماند عفونی	پسماند حاوی میکروارگانیسم های بیماری زا مانند کشت های آزمایشگاهی ، پسماند بخش ایزوله ، باند ، مواد و وسایلی که در تماس با بیماران عفونی بوده اند
پسماند پاتولوژیک	اعضای بدن انسان ، جنین سقط شده و جفت
پسماند نوک تیز و برنده	سرنگ ، وسایل تزریقات ، چاقوی جراحی ، شیشه شکسته
پسماند دارویی	داروهای اضافی و تاریخ مصرف گذشته ، بطری و جعبه دارو
پسماند ژنوتوکسیک	پسماند حاوی مواد ژنوتوکسیک مانند داروهای مورد استفاده در درمان سرطان

پسماند شیمیایی	مواد گندزدایی اضافی و تاریخ مصرف گذشته ، حلال ها ، مواد آزمایشگاهی
پسماند حاوی فلزات سنگین	باتری های مستعمل ، دماسنج های شکسته ، دستگاه فشارسنج
ظروف تحت فشار	سیلندر گاز ، قوطی آئروسل
پسماند رادیو اکتیو	مایعات رادیوتراپی و ظروف و وسایل آلوده به آن ، ادرار و مدفوع بیماران تحت رادیوتراپی ، بخشی از پسماند های تولید شده در مراکز تحقیقاتی پزشکی هسته ای

❖ **پسماند پرتوزا (رادیو اکتیو) :** مواد دور ریز پرتوزا مانند مایعات رادیوتراپی و ظروف و وسایل آلوده به آن و ادرار و مدفوع بیماران تحت رادیوتراپی پسماند پرتوزا (رادیو اکتیو) خوانده می شود . بخشی از پسماند های تولید شده در مراکز تحقیقات پزشکی هسته ای و مراکز تولیدکننده رادیو داروها نیز در گروه پسماند رادیو اکتیو قرار می گیرند

❋خطرات مرتبط با عدم مدیریت پسماند پزشکی

عدم مدیریت پسماند پزشکی خطرات زیادی برای کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی ، کادر خدماتی ، کارگران شاغل در مدیریت پسماند، بیماران و عموم مردم ایجاد می‌کند . بزرگترین خطر مربوط به پسماند عفونی و جراحات تصادفی که با سوزن سرنگ می شود . البته بیماری های متعدد دیگری نیز می تواند در نتیجه تماس با پسماند پزشکی ایجاد شود . علاوه بر این مدیریت نادرست پسماند پزشکی مشکلات حادی نیز برای محیط زیست ایجاد می نمایند که بصورت غیرمستقیم بر سلامت انسان موثر است .

یک یا چند مورد از خصوصیات زیر موجب می شود پسماند پزشکی خطرناک باشد :

۱. حاوی اشیای نوک تیز است
۲. حاوی عوامل عفونی است
۳. حاوی عوامل سرطانزا است
۴. حاوی مواد شیمیایی یا مواد دارویی خطرناک و سمی است
۵. حاوی مواد رادیواکتیو است
۶. حاوی ظروف تحت فشار است

❋گروه های در معرض خطر

همه افراد در تماس با پسماند پزشکی ، بطور بالقوه در معرض خطر هستند . این افراد شامل کارکنان مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی (که پسماند پزشکی ویژه را تولید می‌کنند) ، نظافتچی ها ، کادر خدماتی (مسئول جمع آوری و انتقال پسماند داخل مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی) ، متصدیان و کارگران مدیریت پسماند (نظیر کارکنان شاغل در حمل و نقل ، بی خطرسازی و دفع پسماند خارج از مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی) ، بیماران ، عیادت کنندگان و عموم مردم می باشند .

گروه های اصلی در معرض خطر را می توان بصورت زیر دسته بندی کرد :

۱. پزشکان ، پرستاران، بهیاران و دیگر کارکنان بیمارستان
۲. بیماران در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی و منازل
۳. عیادت کنندگان در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی
۴. کادر خدماتی در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی نظیر نظافتچی ها، کارگران جمع آوری‌کننده و انتقال دهنده پسماند پزشکی
۵. کارگران شاغل در مدیریت پسماند خارج از مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی

همچنین از خطرات مرتبط با منابع پراکنده و کوچک پسماند پزشکی نباید چشم پوشی کرد ، این منابع شامل مواد زائد تولید شده در منازل مانند تزریق انسولین ، پرستاری از افراد دیالیزی و مصرف مواد دارویی می شود.

*خطرات بهداشتی پسماند های عفونی و نوک تیز و برنده :

پسماند عفونی حاوی انواع مختلفی از میکروارگانیسم های بیماری زا هستند . میکروارگانیسم های موجود در پسماند عفونی از مسیرهای زیر وارد بدن انسان می شوند :

۱. سوراخ
۲. خراش یا بریدگی پوست
۳. غشاء مخاطی
۴. استنشاق
۵. بلعیدن

*خطرات بهداشتی پسماند های شیمیایی و دارویی :

بسیاری از مواد شیمیایی و دارویی مصرفی در مؤسسات بهداشتی درمانی ، خطرناک (سمی ، سرطان زا ، خورنده ، اشتعال پذیر، واکنش پذیر، قابل انفجار و...) ه ستند . معمولا مقدار این مواد در پ سماند پز شکی کم ا ست ، اما در مواقعی که مواد شیمیایی و دارویی بلا ا ستفاده یا تاریخ مصرف گذشته دفع می شوند ، مقادیر این مواد افزایش می‌یابد . تماس حاد یا مزمن با پسماند شیمیایی و دارویی موجب مسمومیت و صدماتی

می شود. تماس و جذب مواد شیمیایی و دارویی از طریق پوست ، غشاء مخاطی ، تنفس و دستگاه گوارش (بلعیدن) رخ می دهد . تماس با مواد شیمیایی قابل ا شتعال، خورنده و واکنش پذیر (مانند فرمالدئید و دیگر مواد فرار) موجب صدمات پو ستی، چ شمی و غ شاء مخاطی د ستگاه تنفسی می شود . معمول ترین صدمه سوختگی است . مهم ترین اعضای این گروه مواد گندزدا هستند ؛ زیرا آنها در مقادیر زیادی مصرف شده و اغلب خورنده می باشند . قابل ذکر است که مواد شیمیایی فعال ممکن است ترکیبات ثانویه بسیار سمی تشکیل دهند .

آفت‌کش های تاریخ م صرف گذ شته و بلا ا ستفاده در ظروف ن شت دار و قدیمی ، بطور م ستقیم و غیرم ستقیم سلامت افراد در تماس با آنها را تهدید می‌کنند . در زمان بارندگی آفت‌کش نشت یافته ، به داخل آب های سطحی ، خاک و آب های زیرزمینی نفوذ می‌کند و موجب آلودگی آن ها می شود ؛ بدین ترتیب علاوه بر تماس مستقیم ، آلودگی منابع آب موجب تماس غیرمستقیم با این ترکیبات خطرناک می گردد .

تخلیه بی رویه و غیر اصولی مواد شیمیایی و دارویی به فاضلابرو ، واحد های تصفیه خانه فاضلاب بویژه واحد های تصفیه بیولوژیکی را با مشکل مواجه می‌کند و کارایی آنها را پایین می آورد ، بعلاوه بخش عمده ترکیبات مذکور در پســاب تصــفیه خانه باقی مانده و موجب آلودگی آب های پذیرنده می شود . تا کنون گزارشی علمی و مستند از رویداد ایجاد بیماری بطور مستقیم از طریق پسماند شیمیایی و دارویی منتشر نشده است ، اما موارد زیادی از حوادث شغلی منجر به مسمومیت و آسیب از مدیریت نامناسب مواد شیمیایی و دارویی در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به ثبت رسیده است . در مورد مواد و پسماند شیمیایی و دارویی، داروسازها، متخصصان و کاردان های هوشبری، پرستاران، بهیاران و کادر خدماتی در معرض خطر بیشتری قرار دارند. برای کاهش خطر تماس شغلی با این مواد ، باید در صورت امکان مواد خطرناک با مواد با خطر کمتر جایگزین شوند و افراد در معرض خطر از تجهیزات حفاظت فردی ا ستفاده نمایند . در محل هایی که مواد شیمیایی خطرناک ا ستفاده می شود ، تهویه هوا اهمیت قابل توجهی دارد . همچنین برای کارکنان در معرض خطر باید برنامه های آموزشی در زمینه اقدامات پیش گیرانه و اقدامات در شرایط اضطراری و بروز حوادث در نظر گرفت .

*خطرات بهداشتی پسماند سرطان زا (ژنوتوکسیک) :

میزان خطر پسماند سرطان زا (ژنوتوکسیک) برای کارگران شاغل در مدیریت پسماند نظیر کارکنان شاغل در حمل و نقل، بی خطرسازی و دفع پسماند و سایرین به دو عامل سمیت مواد مذکور و مدت زمان تماس با آنها بستگی دارد . همچنین در طی آماده سازی و یا درمان با داروها و مواد شیمیایی ژنوتوکسیک ، پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در تماس با این مواد قرار می گیرند . مسیر اصلی تماس با مواد ژنوتوکسیک، تنفس گرد و غبار یا آئرو سل ها ، جذب از طریق پو ست ، بلع مواد غذایی ت صادفا آلوده شده و بلع نا شی از رفتار نادر ست مانند ک شیدن مایعات پیپت با دهان می با شد . تماس با این مواد همچنین ممکن ا ست در نتیجه تماس با مایعات و تر شحات بدن بیماران تحت شیمی درمانی صورت گیرد. ب سیاری از داروهای ژنوتوک سیک ، ب شدت تحریک کننده ه ستند و موجب حـسا سیت های پو ستی و چ شمی می شوند. این مواد همچنین موجب سرگیجه، تهوع، سردرد یا آماس پوستی می گردند . انتشار این مواد در محیط اثرات مخرب زیست محیطی قابل توجهی نیز دارد ؛ بنابراین در مدیریت پسماند سیتوتوکسیک انجام مراقبت های ویژه ضروری است .

❋خطرات بهداشتی پسماند رادیو اکتیو :

اثرات بهداشتی تماس با مواد رادیو اکتیو به نوع ماده رادیو اکتیو و مدت زمان تماس بستگی دارد . این اثرات از سردرد ، سرگیجه و تهوع تا عوارض بسیار جدی متغیر می باشد . از آنجایی که پسماند رادیواکتیو سرطان زا است ، اثرات ژنتیکی نیز ایجاد می نماید. تماس با پسماند رادیواکتیو بسیار فعال مانند پسماند رادیواکتیو مهر و موم شده از تجهیزات تشخیصی موجب صدمات بسیار شدید می شود (مانند تخریب بافت ، قطع اجباری اعضای بدن) و بنابراین باید حداکثر مراقبت در خصوص آنها در نظر گرفته شود . خطرات پسماند رادیواکتیو با فعالیت کم از آلودگی سطوح خارجی ظروف و نگهداری طولانی مدت آنها حاصل می شود . کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی ، نظافتچی ها ، کادر خدماتی و متصدیان و کارگران مدیریت پسماند در معرض این خطرات هستند .

❋خطرات زیست محیطی پسماند پزشکی :

علاوه بر خطرات بهداشتی ناشی از تماس مستقیم ، عدم مدیریت پسماند پزشکی با آلوده کردن منابع آب (از طریق تصفیه و دفع غیراصولی) و هوا (از طریق زباله سوزی غیر استاندارد) اثرات شدیدی بر سلامت انسان و محیط زیست خواهد داشت . وقتی پسماند ها در یک گودال بدون پوشش یا بسیار نزدیک به منابع آبی دفع می شوند ، منابع آب از طریق نشت شیرابه آلوده می گردند . در مواردی که پسماند پزشکی بصورت روباز یا در زباله سوزهای بدون دستگاه های کنترل آلودگی هوا سوزانده می شوند (که این شرایط در اغلب زباله سوزهای کشورهای در حال توسعه وجود دارد) ، دی اکسین ها و فوران ها و دیگر آلاینده های سمی تولید شده و وارد هوا می شوند که استنشاق این آلاینده ها ، بیماری های خطرناکی در انسان ایجاد می‌کند .

❋حساسیت عمومی :

علاوه بر خطرات بهداشتی و زیست محیطی ، عموم مردم در خصوص اثرات دیداری زائدات آناتومیک مانند اعضای بدن و جنین بسیار حساس هستند و دفع نامناسب آنها از جمله در محل دفن پسماند به هیچ وجه قابل قبول نیست . در جوامع اسلامی این زائدات بایستی در گورستان دفن شوند .

❋جداسازی ، بسته بندی و برچسب زنی

این مرحله یکی از مهم ترین اجزاء مدیریت پسماند پزشکی است. با جدا سازی پسماند عادی از پسماند پزشکی ویژه ، کمیت پسماند خطرناک کاهش یافته و از این طریق هزینه های مدیریت پسماند (شامل حمل و نقل، بی خطر سازی و دفع) و خطرات بالقوه بهداشتی و زیست محیطی آن کاهش می‌یابد . جداسازی باید در نقطه تولید و بوسیله تولیدکننده انجام شود و در طول ذخیره سازی و حمل و نقل حفظ شود (یعنی پسماند

های جداسازی شده دوباره مخلوط نشوند و یا در تماس با یکدیگر قرار نگیرند) . بهترین روش برای ایجاد تمایز بین انواع پسماند های تفکیک شده ، استفاده از کیسه ها و ظروف با رنگ های مختلف (کد رنگ) می باشد.

جدول زیر سیستم جداسازی پسماند پزشکی ارائه شده توسط WHO را نشان می دهد . همانطور که در جدول مشاهده می شود ، برای نگهداری و بسته بندی پسماند نوک تیز و برنده از جعبه ایمن استفاده می شود .

سیستم جداسازی پسماند پزشکی

نوع پسماند	رنگ کیسه و ظروف نگهداری	خصوصیات کیسه و ظروف نگهداری
پسماند عفونی	کیسه زباله زرد درون سطل زباله زرد	مقاوم در برابر پارگی ، غیر قابل نشت
پسماند نوک تیز و برنده	سفتی باکس زرد با درب قرمز	مقاوم در برابر سوراخ شدن
پسماند شیمیایی و دارویی	کیسه زباله سفید یا قهوه ای درون سطل زباله سفید یا قهوه ای	مقاوم در برابر پارگی ، غیر قابل نشت
پسماند رادیواکتیو	-	جعبه سربی با علامت تابش یونیزان
پسماند پاتولوژیک (اعضای بدن و جنین)	-	باید بصورت جداگانه جمع آوری شده و در گورستان محل دفن شود
پسماند عادی	کیسه زباله آبی یا مشکی درون سطل زباله آبی	مقاوم در برابر پارگی ، غیر قابل نشت

*برخی توصیه ها برای آموزش کارکنان بهداشتی درمانی

برای این گروه از پر سنل، آموزش شیوه صحیح جدا سازی پسماند اهمیت بالایی دارد . سایر مواردی که در برنامه آموزش مدیریت پسماند برای کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد ، به شرح زیر می باشند :

- در صورتی که در جداسازی پسماند اشتباهی صورت گیرد ، به هیچ عنوان فرد نباید برای جبران اشتباه در کیسه پسماند دست ببرد.
- اگر به اشتباه پسماند پزشکی ویژه در کیسه پسماند عادی قرار گیرد ، کل پسماند خطرناک تلقی می شود.
- باید توجه شود که در مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به تعداد کافی انواع ظروف پسماند و ذخیره کافی از انواع مختلف کیسه پسماند وجود داشته باشد.

*برخی توصیه ها برای آموزش کادر خدماتی

برای این گروه از پرسنل ، رعایت نکات ایمنی در جابجایی و جمع آوری پسماند از اهمیت بالایی برخوردار است. برخی موارد که در برنامه آموزش مدیریت پسماند کادر خدماتی باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد ، به شرح زیر می باشند :

- استفاده از لباس کار و وسایل حفاظت فردی نقش مهمی در حفظ بهداشت و سلامت کادر خدماتی و کارگران شاغل در مدیریت پسماند دارد.
- سالم و آب بند بودن کیسه ها و ظروف نگهداری پسماند باید بررسی شود.
- کیسه های پسماند که آب بند ، در بسته و برچسب دار نیستند ، نباید جمع آوری شوند تا اشکالات مربوطه برطرف شود.
- حتی المقدور برای جابجایی کیسه های پسماند باید از چرخ دستی استفاده شود.
- برای حمل دستی کیسه های پسماند باید قسمت بالایی آن در دست گرفته شود و پس از حمل با احتیاط و آهسته بصورت عمودی بر روی زمین قرار گیرد تا در صورت لزوم برای حمل دستی مجدد آن مشکلی ایجاد نشود.
- در زمان حمل دستی کیسه پسماند ، حداکثر دو کیسه حمل گردد و فرد حامل دقت نماید که کیسه پسماند با بدنش تماس نیابد.
- پس از پایان عملیات حمل، سالم و آب بند بودن کیسه های پسماند باید مجدداً کنترل شود.
- برای حمل ظروف نگهداری پسماند نوک تیز و برنده باید از دستگیره آن استفاده شود و دست دیگر در زیر آن قرار نگیرد (ممانعت از جراحت در صورت سوراخ شدگی احتمالی)
- کیسه های پسماند پزشکی ویژه نباید با کیسه های پسماند عادی اختلاط یابد و در محل نگهداری مرکزی در اتاقک های جداگانه ای قرار گیرند.
- بعد از رخداد حادثه ریخت و پاش مواد و پسماند ، حادثه باید به کارشناس بهداشت محیط گزارش شود و عملیات پاکسازی و گندزدایی سریعا انجام گردد.