

کتابچه معرفی بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریت های جراحی شهید رجایی



فهرست

1	تاریخچه
2	 معرفی بخش های بیمارستان
11	 برنامه عملیاتی گروه جراحی عمومی
13	 آشنایی با قوانین بخش احیا
15	 معرفی رئیس بیمارستان
16	 معرفی معاون آموزشی و پژوهشی
18	 معرفی مدیر بیمارستان
19	 معرفی مدیر پرستاری
20	 بیانیه های بیمارستان
21	 آنچه در خصوص کنترل عفونت باید بدانیم
23	 الزامات مستند سازی
25	 آیین نامه پوشش مناسب
27	 توصیه های آموزشی و درمانی
29	 شرح وظایف دفتر پرستاری

تاریخچه :

ساخت بیمارستان شهید رجایی از سال ۱۳۷۹ شروع گردید ، از شهریور سال ۱۳۸۷ به بهره برداری آزمایشی و از ۲۲ بهمن ۸۷ به بهره برداری رسمی رسید. از ۱۸ مهرماه ۱۳۸۸ فاز یک به طور کامل مورد بهره برداری قرار گرفت و نحوه اداره بیمارستان طبق پروانه بهره برداری صادر شده بصورت غیر انتفاعی می باشد و وضعیت بیمارستان آموزشی ، درمانی است .بیمارستان شهید رجایی شیراز یکی از مجهزترین بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی فوریت های جراحی می باشد. زیربنای کل این بیمارستان ۲۲۵۰۰ متر مربع می باشد که شامل فاز یک با زیر بنای ۸۵۰۰متر مربع که شامل ۶ طبقه مشتمل بر بخش های درمانی ، درمانگاه تخصصی ، واحدهای پاراکلینیکی ، واحدهای اداری ، آزمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیوتراپی ، می باشد. فاز دوم بیمارستان با زیر بنای ۱۴۰۰۰متر مربع که دارای بخش های بستری ICU ، CT SCAN ، اتاق عمل ، درمانگاه ، آزمایشگاه ، رادیولوژی و واحدهای اداری می باشد.













بخش ها و تعداد تخت های بیمارستان به شرح زیر می باشد:

تعداد تخت	نام بخش
۲۰	اتفاقات بستری ۱
۱۸	اتفاقات بستری ۲
۳۳	بخش ۱۱
۳۳	بخش ۱۲
۳۳	بخش ۲۱
۳۳	بخش ۳۳
۳۳	بخش ۵۱
۳۳	بخش ۴۱
۳۴	بخش ۴۲
۲۸	بخش ۵۲
۹	۱ICU
۹	۲ICU
۹	۳ICU
۹	۴ICU
۹	۵ICU
۸	۶ICU
۳۳۵	جمع کل

گروه های پزشکی مشغول در این مرکز:

گروه های آموزشی : ارتوپدی ، جراحی عمومی ، جراحی مغز و اعصاب ، جراحی فک و صورت ، جراحی پلاستیک ، طب اورژانس ، رادیولوژی ، توانبخشی



گروه های درمانی : گوش و حلق و بینی ، چشم ، قلب و عروق ، بیهوشی ، نرولوژی ،
پزشکی قانونی و

بخش های اداری : (طبقه 1 و 2 ساختمان جدید)



مرکز تحقیقات تروما :



کتابخانه و مرکز آموزش مهارت های بالینی :



برنامه عملیاتی گروه جراحی عمومی در بیمارستان شهید رجایی

نکاتی که رزیدنت های جنرال ملزم به رعایت آنها می باشند :

- 1- ویزیت صبح بیماران بایستی قبل از گزارش صبحگاهی و در سایر روزها قبل از اتاق عمل صورت پذیرد ، انجام ویزیت صبح بعد از ساعت 8 امکان پذیر نمی باشد .
- 2- هنگام ویزیت صبح و عصر حضور رزیدنت جونیور الزامی و کلیه دستورات باید همان زمان و بر بالین بیمار انجام شود .
- 3- ویزیت عصر روزانه توسط رزیدنت سینیور به همراه جونیور انجام می شود .
- 4- پیگیری انجام دستورات روزانه توسط رزیدنت جونیور و مسئولیت نظارت بر انجام آن با رزیدنت سینیور می باشد .
- 5- کلیه بیماران مشکل دار بایستی حین گزارش صبحگاهی و در سایر روزها به اتندینگ اتاق عمل گزارش داده شود .
- 6- رزیدنت جونیور ICU بایستی روزانه و قبل از ویزیت اتندینگ progress note روزانه را در پرونده بیمار ثبت کند .
- 7- رزیدنت سینیور و جونیور بایستی حین ویزیت اتندینگ حضور داشته باشند .
- 8- ویزیت روزانه اتفاقات بر عهده رزیدنت مدیور بوده و دو بار در روز و قبل از ساعت 7 صبح انجام شود .
- 9- حضور در گزارش صبحگاهی قبل از 7 صبح بوده و تاخیر حضور معادل غیبت می باشد .
- 10- در گزارش های صبحگاهی روزهای یکشنبه و چهارشنبه به مدت 15-30 دقیقه شوارتز خوانی و روزهای پنجشنبه ساعت 9-10 صبح انجام می شود . برنامه جلسات فوق توسط دکتر صابر مشخص شود .
- 11- برخورد با بیماران بر اساس کتابچه بیمارستان شهید رجایی بوده و کلیه دستیاران بایستی آنرا مطالعه و به همراه داشته باشند .

12-رزیدنت سینیور موظف به حضور در کلیه اعمال جراحی کشیک خود و بخش تحت نظر بوده و خروج از بیمارستان پس از اتمام کلیه اعمال مربوطه و ویزیت عصر امکان پذیر است .
دستیاران کشیک تنها موظف به انجام اعمال اورژانس بوده و نبایستی اعمال مربوط به بخش به آنها محول گردد .

13-کلیه اعمال مربوط به بخش ها بایستی قبل از 8 شب انجام شود بعد از آن تنها اعمال اورژانس انجام می شود . عدم انجام اعمال ذکر شده بر عهده رزیدنت سینیور می باشد .

14-ویزیت اتفاقات بایستی قبل از ویزیت دکتر دیلمی انجام شده و مسئولیت اتفاقات بر عهده مدیور مربوطه است .

15-اطلاعات مربوط به کلیه بیماران اتاق عملی و یا انتقال یافته به احیا شامل برگ ویزیت سینیور و کلیه گرافی و اقدامات تشخیصی شامل سی تی اسکن و یافته های عمل و تصمیم درمانی بایستی بلافاصله توسط رزیدنت احیا در گروه گذاشته شود .

*****مشاوره** جهت بیماران در روزهای شنبه و چهارشنبه با استاد پایدار و در روزهای یکشنبه و دوشنبه و سه شنبه با آقای دکتر عبدالرحیم زاده بوده و مشاوره با اتندینگ آنکال از ساعت 8 شب به بعد و همچنین روزهای پنجشنبه و جمعه و سایر تعطیلات صورت پذیرد .



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز

مرکز فوریتهای جراحی شهید رجایی



آشنایی با قوانین بخش احیا جهت دستیاران جدیدالورود

تهیه کننده :

دفتر پرستاری

تاریخ تهیه : پاییز ۹۷

تاریخ بازبینی: تابستان ۹۸

تأیید کننده علمی: جناب آقای دکتر پایدار

فلوشیپ تروما

زیر نظر واحد معاونت آموزشی بیمارستان

ضمن عرض خوش آمدگویی و خیر مقدم خدمت کلیه دستیاران به اطلاع می رساند بروشور حاضر به اختصار کلیه قوانین حاکم بر مدیریت بیماران در احیا را یادآوری می کند . لازم به ذکر است که کلیه موارد فوق در طول زمان و براساس مصوبات کمیته اورژانس به صورت روتین و قانون درآمده و پیروی از آن باعث تسهیل روند مدیریت درمان در بیماران ترومایی می گردد.

- جهت سهولت دسترسی پرستل درمان به سرویس جراحی عمومی و مغز و اعصاب و ارتوپدی، جونیور کشیک بایستی در ابتدای روز خود را به اینتچارج بخش معرفی کند.
- به همراه داشتن بیسیم جهت دستیاران سرویس جراحی عمومی الزامی است.
- فعالیت در واحد احیا به خصوص در زمان شلوغی معمولاً همراه با استرس و تنش زیاد است؛ پس حفظ آرامش و عدم ایجاد استرس مضاعف در بخش قطعاً از خصوصیات برجسته کاری خواهد بود.
- تکمیل کلیه فرمهای معاینه اولیه و نوشتن نام و نام خانودگی بر روی کلیه اوراق از وظایف پزشک مربوطه می باشد (به خصوص در زمان شلوغی احیا) لازم است در تکمیل برگ زرد و تروماشیت سرویس نوروسرجری نهایت دقت به عمل آید.
- بیمارانی که تحت هر شرایطی به واحد احیا وارد می شوند به هیچ عنوان نباید به بخش اولیه (اسکرین یا فوریت) بازگردانده شوند و حتماً اقدامات درمانی در احیا انجام شود. مشکلات موجود در این زمینه پس از کامل شدن روند درمان بیمار با هماهنگی اساتید هر گروه قابل پیگیری و بررسی می باشد.
- بیمارانی که از واحد فوریت ها به احیا منتقل می شوند بایستی با اسکورت رزیدنت طب اورژانس به احیا منتقل شوند و رزیدنت طب اورژانس موظف است بیمار را به رزیدنت جترال تحویل دهد.
- حداکثر زمان ماندگاری بیماران در احیا طبق مصوبه کمیته اورژانس دو ساعت است و باید طبق هماهنگی با دستیاران ارشد و اساتید نسبت به تعیین تکلیف هرچه سریعتر بیماران اقدام شود.
- کنترل هرگونه خونریزی فعال در بخش احیا باید توسط سرویس جراحی عمومی انجام شود.
- مدیریت و کنترل خونریزی فعال در سر بیماران به عهده سرویس جراحی عمومی است ولی ترمیم زخم اسکالپ پس از کنترل خونریزی باید توسط سرویس جراحی مغز و اعصاب انجام شود.
- تصمیم گیری جهت اسکورت بیماران احیا به اتاق عمل و ICU بر عهده رزیدنت جترال می باشد و جهت اسکورت بیماران احیا به خارج از بیمارستان نیز می بایست با پزشکان عمومی جهت اسکورت هماهنگی شود.
- هماهنگی با سایر سرویس ها ارتوپدی، زنان، MF و...) بر عهده سرویس جترال می باشد و قابل ذکر است که حضور رزیدنت ارتوپدی فقط در موارد اورژانس ارتوپدی در احیا ضروری می باشد مانند دررفتگی، شکستگی باز، شکستگی ناپایدار لگن یا هر اقدام اورژانسی .
- تراشیدن موی ناحیه عمل در موارد اورژانس به عهده پرستل احیا نیست.
- برداشتن وسایل تیز و برنده پس از انجام پروسیجرها به عهده پزشک انجام دهنده پروسیجر می باشد.
- در صورت ایجاد مشکلات ناشی از وجود وسایل برنده

عمل جهت اثتوباسیون کمک گرفت، ولی تصمیم گیری جهت نیاز به راه هوایی بر عهده سرویس جنرال می باشد.

- اصول برخورد با بیماران ترومایی بر اساس گاید لاین برخورد با بیماران ترومایی مصوب در بیمارستان رجایی می باشد.

نشانی: شیراز- بلوار چمران- جنب بیمارستان چمران- بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی

شماره تلفن جهت پاسخگویی به سوالات: ۳۶۳۶۴۰۱

سایت: WWW.rajaehosp.ac.ir، لینک آموزش به بیمار منبع: برونر سودارت ۲۰۱۰- سایت ویکی پدیا

با آرزوی سلامتی و تندرستی برای شما

پلاستیک پس از ثبات وضعیت بیمار و انجام گرافی ها و سوچر زخم های ارتوپدی بدون خونریزی فعال (استثنا می باشد).

- در صورتی که بیمار نیاز به تزریق کانتراست نداشته باشد و سطح هوشیاری بیمار پایین باشد، اسکورت وی به عهده سرویس نوروسرجری می باشد. اسکورت بیماران جهت تزریق کانتراست به عهده سرویس جنرال می باشد.

- در واحد احیا فقط بیمارانی را می توان on dead arrival محسوب کرد که پس از مانیترینگ اولیه فوت ایشان محرز شده باشد. در صورت انجام کوچکترین اقدام به جز مانیترینگ اعم از گرفتن سمپل، تزریق اتروپین و اپی نفرین، دادن ماساژ قلبی و ... نمی توان بیمار را dead on arrival محسوب کرد.

- طبق مصوبه کمیته اورژانس پذیرش مستقیم به ICU ها نداریم مگر اتندینگ پذیرش دهنده در بیمارستان حضور داشته باشد.

- لازم است در مواردی که مشکلات اورژانس فک و صورت وجود دارد رزیدنت مربوطه سریعاً در بخش حاضر شود.

- مسئولیت حفظ راه هوایی مناسب بیمار به عهده سرویس طب اورژانس می باشد. در صورت دو بار تلاش ناموفق جهت اثتوباسیون، به منظور جلوگیری از فوت وقت و ایجاد آسیب در بیمار بایستی با هماهنگی رزیدنت جنرال از همکاران بیهوشی اتاق

در ست های مربوطه این مورد از طریق مراجع ذی صلاح و کنترل عفونت قابل پیگیری است.

- گذاشتن فوولی در بیماران مبتلا به BPH و شکستگی لگن و گذاشتن NGT جهت بیماران هوشیار و مشکل دار به عهده سرویس جراحی عمومی می باشد. در صورت عدم حضور رزیدنت همگن جراح عمومی در بخش در موارد شکستگی لگن تعیین تکلیف به عهده رزیدنت حاضر در بخش می باشد ().
- می توان از پزشکان عمومی حاضر در بیمارستان کمک گرفت یا پرستل پرستاری حاضر در بخش این پروسیجر را انجام دهند).

- هماهنگی انتقال بیماران به 3 ICU، 5.4 به عهده رزیدنت همان سرویسی است که بیمار مشکلات عمده و اصلی تری در رابطه با آن سرویس دارد. هماهنگی مذکور الزاماً به عهده سرویس جنرال نیست.

- جهت تزریق خون به بیماران در صورتی که میتوان خون را با توجه به شرایط بیمار پس از گذشت نیم ساعت به بیمار تزریق کرد؛ از خون کراس مچ شده استفاده کنید. در موارد اورژانس طبق صلاحدید خون به صورت un cross تزریق شود.

- فقط دستورائی را که در احیا انجام می شود در پرونده ثبت کنید و دستورات مربوط به ای سی یویا بخش را در همان بخش ثبت کنید. در موارد متعدد دیده شده که ثبت اینگونه دستورات مشکلائی را به همراه دارد (. دستور پیگیری مشاوره فک و صورت و



رئیس بیمارستان

نام و نام خانوادگی: دکتر شهرام بلندپرواز

سمت: رئیس بیمارستان شهید رجایی

مدرک تحصیلی : جراح عمومی

تلفن : ۴۰۰۳
نمابر: ۲۶۲۴۸۹۸۰



معاونت آموزشی و پژوهشی:

مدرک تحصیلی: متخصص بیهوشی فلوشیپ فوق تخصصی مراقبتهای ویژه

خانم دکتر گلنار ثابتیان فرد جهرمی معاون آموزشی و پژوهشی بیمارستان :

بیمارستان فوق تخصصی شهید رجایی همواره با هدف ایجاد تغییرات پایدار در نظام سلامت و دستیابی به اهداف متعالی مستمر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی و به منظور ارتقا ارائه خدمات درمانی و مراقبت عالی از بیماران و همراهان آنها گام برداشته است. ارائه بالاترین و کیفی ترین سطح خدمات به بیماران و آموزشهای موثر و به روز نیروی های انسانی و ارتقا سطح مطلوب خدمات همواره مرهون آگاهی ، تلاش و دانش بالای اساتید و مدیران و زحمات پرسنل متعهد این مرکز می باشد. امید که اجرای اعتبار بخشی آموزشی بیمارستان گامی موثر در راستای ارتقا بهبود کیفیت خدمات درمان در بیمارستان باشد.

Dr Golnar Sabetian Fard Jahromi

Associate Professor of Anesthesiology and Critical Care Medicine



Personal Information

Gender: Female
Nationality: Iranian
Date and Place of Birth: 31/7/1972, Karaj, Iran
Marital Status: Married, with two children
Work Address: Department of Anesthesia, Nemazee Hospital, Nemazee Square, Shiraz, IRAN. 71345-11351
E-Mail: gsabetian@yahoo.com or sabetig@sums.ac.ir

Education

- 2007- 2009 Critical Care fellowship, Shahid Beheshti University of Medical science, Tehran, IRAN
- 2001 Certified in Iranian Board of Specialty in Anesthesiology
- 1998–2001 Specialty in Anesthesiology, School of medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, IRAN.
- 1990 – 1997 MD, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, IRAN.
- 1990 High School Diploma, Fatemiee High School, Jahrom, IRAN.

Academic Appointments

- 2017-Present Associated professor, Department of Anesthesia and Critical Care
, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, IRAN



- 2009-2017 Assistant professor, Department of Anesthesia and Critical Care
, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, IRAN

Professional Experience

- 2013 Instructor of BASIC (Basic Assessment Support in Intensive Care)
- 2012-Present Director of Adult Critical Care Unit, Shahid Rajaee Trauma Hospital, SUMS
- 2012 Instructor of ATLS (advanced Trauma Life Support)
- 2008-Present Critical Care Consultant, Nemazee Hospital, SUMS, Shiraz, IRAN
- 2008-Present General Anesthesia and Intensive Care Unit, Acute Pain Therapy, Nemazee and Faghihi Hospital, SUMS, Shiraz, IRAN
- 2007 - 2006 Critical Care fellowship in Masih Daneshvari Hospital, Tehran, IRAN
- 2002 – 2006 Head of CPR team in Faghihi Hospital, Shiraz, IRAN
- 2001- 2002 Staff Anesthesiologist in Reisi hospital, Sepidan, IRAN
- 1997-1998 General physician in Ekbatan Clinic, Tehran, IRAN

Employment



- 2016 – Present Member of Anesthesiology and Critical Care Research Center
Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
- 2012 – Present Member of Trauma Research Center, Shiraz University of
Medical Sciences, Shiraz, Iran
- 2012 - Present Member of “Intensive Care” Committee of vice-chancellor of
health, SUMS, Shiraz, IRAN
- 2011 – Present Vice of Director for education, Critical Care Fellowship
program, Critical Care division, Department of Anesthesia and Critical Care, SUMS,
Shiraz, IRAN
- 2009 – Present Member of the National Committee of Diagnosis and
Confirmation of Brain Death
- 2009 - Present Member of Iranian Anesthesia and Critical Care Pre-board
Examination Committee
- 2009 - Present Member of “Maternal Mortality and Morbidity” Committee of
vice- Chancellor of health, SUMS, Shiraz, IRAN
- 2004 - 2005 Manager of mortality and morbidity committee in Faghihi
Hospital, Shiraz, Iran.
- 2004 – 2005 Internal auditor of ISO 9001-2000 quality control
management in Faghihi Hospital, Shiraz, Iran.

Research

1. N Asmarian, F Zand, P Delavari, V Khaloo, Z Esmaeilinezhad, **G Sabetian**
and et al. Predictors of Need for Intensive Care Unit Admission in Patients



- with confirmed COVID-19 Infection: A cross sectional study. Iranian Journal of Medical Sciences. 2021 In Press.
2. S Hassanipour, Haleh Ghaem, Mozghan Seif, M Fararouei, **G Sabetian**, Sh Paydar. Which criteria is a better predictor of ICU admission in trauma patients? An artificial neural network approach. The Surgeon. In Press.
 3. F Zand, **G Sabetian**, B Hojjatpanah-Montazeri, HA Khalili, M Masjedi, N Asmarian and et al. The effect of implementation of pain, agitation and delirium control protocols on outcomes of critically ill patients with a history of drug abuse in intensive care units. The Sadra Medical Sciences Journal.
 4. **G Sabetian**, S Shahriarirad, M Moghadami, N Asmarian, R Shahriarirad, M Askarian and et al. High Post-infection Protection after COVID-19 Among Healthcare Workers: A Population-Level Observational Study Regarding SARSCoV-2 Reinfection, Reactivation, and Re-positivity and its Severity.
 5. **G Sabetian**, F Zand, F Mirhadi, MR Hadavi, E Asadpour, L Dehghanpisheh and et al. Adequacy of maternal anesthesia depth with two sodium thiopental doses in elective caesarean section: a randomized clinical trial. BMC Anesthesiology (2021) 21:201.
 6. E Mirzaei, **G Sabetian**, M Masjedi, R Heidari, M Mirjalili, AR Dehghanian and et al. The effect of silymarin on liver enzymes and antioxidant status in trauma patients in the intensive care unit: a randomized double blinded placebocontrolled clinical trial. Clin Exp HEPATOL 2021; 7, 2: 149–155.
 7. H Abdolrahimzadeh Fard, S Mahmudi-Azer, S Sefidbakht, P Iranpour, Sh Bolandparvaz, HR Abbasi, Sh Paydar, **G Sabetian** and et al. Evaluation of Chest CT Scan as a Screening and Diagnostic Tool in Trauma Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Cross-Sectional Study.

Emergency Medicine International Volume 2021, Article ID 4188178, 8 pages

8. **G Sabetian**, J Ahmadloo, M Savaie. Vertical Incision to Prevent Vascular Injury during Percutaneous Dilational Tracheostomy: A Case Report. Emergency Medicine and Critical Care 5.5 (2021): 04-06.
9. H Abdolrahimzadeh Fard, R Borazjani, **G Sabetian**, Z Shayan, Sh Boland Parvaz, HR Abbassi and et al. Establishment of a novel triage system for SARSCoV-2 among trauma victims in trauma centers with limited facilities. Trauma Surg Acute Care Open 2021.
10. **G Sabetian**, M Ouhadian, F Feiz, F Jamshidi, M Fereidouni, E Asadpour. Undiagnosed diaphragmatic rupture and herniation during the third trimester of pregnancy. International Journal of Obstetric Anesthesia 47 (2021) 103189
11. **G Sabetian**, A Shakibafard, R Borazjani, Sh Paydar. An overinflated, normal pressure endotracheal tube cuff sealed a tracheal defect in an 18-year-old man with blunt neck and chest trauma. J Trauma Acute Care Surg Volume 90, Number 6. P 171-173.
12. D Vogelaers, S Blot, A Van den Berge, Ph Montravers for the Abdominal Sepsis Study ('AbSeS') Group on behalf of the Trials Group of the European Society of Intensive Care Medicine. Antimicrobial Lessons from a Large Observational Cohort on Intra-abdominal Infections in Intensive Care Units. Drugs (2021) 81:1065–1078.
13. Sh Paydar, E Parva, Z Ghahramani, S Pourahmad, L Shayan, V Mohammadkarimi, **G Sabetian**. Do clinical and paraclinical findings have the power to predict critical conditions of injured patients after traumatic



injury resuscitation? Using data mining artificial intelligence. Chinese Journal of Traumatology 24 (2021) 48e52

14.H Abdolrahimzadeh fard, S Mahmudi-Azer, Q abdulzahraa Yaqoob, **G Sabetian**,

P Iranpour, Z Shayan and et al. Comparison of chest CT scan findings between COVID-19 and pulmonary contusion in trauma patients based on RSNA criteria: Established novel criteria for trauma victims. Chinese Journal of Traumatology.

15.VD Rosenthala, S Belkebirb, F Zand, M Afeefd, VL Tanzie, HM Al-Abdelyf and et al. Six-year multicenter study on short-term peripheral venous catheters-related bloodstream infection rates in 246 intensive units of 83 hospitals in 52 cities of 14 countries of Middle East: Bahrain, Egypt, Iran, Jordan, Kingdom of Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, Morocco, Pakistan, Palestine, Sudan, Tunisia, Turkey, and United Arab Emirates—International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) findings. Journal of Infection and Public Health 13 (2020) 1134–1141.

16.H Fouladseresht, M Doroudchi, N Rokhtabnak, H Abdolrahimzadehfard, A Roudgari, **G Sabetian** and et al. Predictive monitoring and therapeutic immune biomarkers in the management of clinical complications of COVID-19. Cytokine Growth Factor Rev. Available online October 2020. In Press.

17.**G Sabetian**, F Feiz, AR Shakibafard, H Abdolrahimzadeh Fard, S Sefidbakht, SH Jafari and et al. Challenges of diagnosis of COVID-19 in trauma patients: A case series. Trauma. August 2020. Published Online.

18.V Daniel Rosenthal, I Bat-Erdene, D Gupta, S Belkebir, P Rajhans, F Zand and a group of authors. International Nosocomial Infection Control



- Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module. *Am J Infect Control*. 2020 Apr;48(4):423-432.
- 19.L De Bus, P Depuydt, J Steen, Se Dhaese, K De Smet, A Tabah and a group of authors. Antimicrobial de-escalation in the critically ill patient and assessment of clinical cure: the DIANA study. *Intensive Care Med*. 2020; 46(7): 1404–17.
- 20.A Vazin, SR Mousavinasab, **G Sabetian**. Evaluation of Stress Ulcer Prophylaxis Guideline in the Intensive Care Units of a Teaching Hospital: A Cross Sectional Study. *J Pharm Care*. 2020; 8(2): 65-69.
- 21.S Sefidbakht, M Lotfi, R Jalli, M Moghadami, **G Sabetian**, P Iranpour. Methanol toxicity outbreak: when fear of COVID-19 goes viral. *Emerg Med J*. 2020 Jul; 37(7): 416.
- 22.**G Sabetian**, M Moghadami, L Hashemizadeh Fard Haghighi, MJ Fallahi, R Shahriarirad, N Asmarian and et al. COVID-19 infection among healthcare workers: a cross-sectional study in southwest Iran. *Research Square*. July 2020. 1-14.
- 23.S Sefidbakht, SH Jafari, F Zarei, H Abdolrahimzadeh, **G Sabetian**, P Iranpour and et al. Chest CT scan in patients with contusion and COVID-19, a comparative study with pure lung Contusion. *Research Square*. Jun 2020. 1-15.
- 24.E Asadpour, R Nikandish, F Zand, **G Sabetian**, M Masjedi, M Mackie. Ecmo in a diabetic patient with cerebellar infarction and ARDS- A case report. *Sci J Kurd Uni Med Sci*. 2019. 24(5); 24-9.
- 25.S Blot, M Antonelli, K Arvaniti, K Blot, B Creagh-Brown, D de Lange and a group of authors. Epidemiology of intra-abdominal infection and sepsis in



- critically ill patients: "AbSeS", a multinational observational cohort study and ESICM Trials Group Project. *Intensive Care Med.* 2019 Dec. 45(12); 1703-17.
26. MR Hadavi, M Beihaghi, F Zand, **G Sabetian**, S Azemati, E Asadpour. A Comparison Between Thiopental Sodium and Propofol for Induction of Anesthesia in Elective Cesarean Section Using Bispectral Index and Isolated Forearm Technique: A Randomized, Double-Blind Study. *Asian J Anesthesiol.* 2019 Sep 1;57(3):93-100.
27. R Nikandish, F Zand, **G Sabetian**, H Faghihi, M Masjedi, B Maghsoudi and et al. Comparing the ventilator-associated pneumonia incidence when pantoprazole or ranitidine is used for stress ulcer prophylaxis in critically ill adult patients. *Int Arch Heal Sci.* 2019. 6(4); 160-64.
28. S Hassanipour, H Ghaem, M Arab - Zozani, M Seif, M Fararouei, E Abdzadeh, **G Sabetian** and et al. Comparison of artificial neural network and logistic regression models for prediction of outcomes in trauma patients: A systematic review and meta-analysis. *Injury.* 2019. 50(2); 244-50.
29. **G Sabetian**, F Aalinezhad, M Masjedi, Sh Paydar. Ultrasonography Application for Detection and Management of Pneumothorax following Pleural Catheter Insertion; A Case Report. *Bull Emerg Trauma.* 2019 Jan; 7(1): 84-87.
30. M Masjedi, **G Sabetian**, F Tubaei, M Rakhshan, H Haddad Bakhodaei. Comparison of the Effects of Alfentanil and Remifentanil on QT Interval Following Local Epinephrine Infiltration in Septoplasty under General Anesthesia. *World Fam Med/Middle East J Fam Med.* Dec 2017. 15(10); 66-72.

31. Sh Paydar, HA Khalili, **G Sabetian**, B Dalfardi, Sh Bolandparvaz, MH Niakan and et al. Comparison of the impact of applications of Targeted Transfusion Protocol and Massive Transfusion Protocol in trauma patients. Korean J Anesthesiol. 2017. 70(6); 626–632.
32. **G Sabetian Fard**, F Zand, E Asadpour, M Ghorbani, P Adibi, MM Hosseini and et al. Reply to the letter: Evaluation of hyoscine N-butyl bromide efficacy on the prevention of catheter-related bladder discomfort after transurethral resection of prostate: a prospective randomized, double-blind control trial. Int Urol Nephrol. 2017 Nov;49(11):1907-1913.
33. Sh Paydar, MY Karami, HA Khalili, M Dehghankhalili, **G Sabetian**, F Ghaffarpasand. Heart Rate Beat to Beat Variability of Trauma Patient in Neurogenic Shock State: Time to Introduce New Symptoms. Bull Emerg Trauma 2017;5(3):141-142.
34. **G Sabetian**, F Zand, F Khalili, R Afshari, M Masjedi, B Maghsoodi and et al. Implementation of a protocol to control pain, agitation and delirium in the patients admitted to intensive care unit with opioid drug dependency: A feasibility study. Biomed Res. 2017. 29(1); 3666-3671.
35. **G Sabetian**, F Zand, M Masjedi, B Maghsoudi, Z Salami, MR Sasani, M Savaie. Hemorrhagic complications and critical care challenges during heparin prescription: a case report. Int J Pharm Sci Res. 2017. 8(1); 350-50.
36. B Maghsoodi, **G Sabetian**, A Azimi, N Tanideh, A Mehdizade. Sound level analysis in endotracheal tube obstruction in spontaneous breathing and mechanical ventilation an animal model study. J Clin Monit Comput. 2017 Dec;31(6):1235-1240.

37. M Khammarnia, R Sharifian, F Zand, O Barati, A Keshtkaran, **G Sabetian** and et al. The impact of computerized physician order entry on prescription orders: A quasi-experimental study in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2017. 31(69); 1-5.
38. **G Sabetian**, Sh Paydar, A Rasti, Z Ghahramani. Efficiency of Respiratory Index in Determining Short-Term Prognosis of Multiple Trauma Patients: A CrossSectional Study. 2017. 6(2); 1-5.
39. M Masjedi, F Zand, **G Sabetian**, B Maghsoudi, M Savaie. Early replacement of Conventional Endotracheal Tube with Endotracheal Tube with Subglottic Suction port for the new Intensive Care Patients; Preventive or Problematic against Ventilator Associated Events? J Pure Appl Microbio. Dec 2016. 10(4); 2655-62.
40. L Dehghanpisheh, **G Sabetian**, Z Fatahi. Painless delivery; knowledge and attityde of obstetricians and midwives. Prof Med J. 2016. 23(4); 467-71.
41. Sh Paydar, **G Sabetian**, HA Khalili, HR Abbasi, Sh Bolandparvaz, Z Ghahramani and et al. Shiraz Trauma Transfusion Score: A Scoring System for Blood Transfusion in Trauma Patients. Bull Emerg Trauma. 2016. 4(3); 121-23.
42. S Paydar, **G Sabetian**, H Khalili, J Fallahi, M Tahami, B Ziaian and et al. Management of Deep Vein Thrombosis (DVT) Prophylaxis in Trauma Patients. Bull Emerg Trauma 2016. 4(1); 1-7.
43. V Daniel Rosenthal, H M Al-Abdely, A Ali El-Kholy, S A Aziz AlKhawaja, H Leblebicioglu, Y Mehta and a group of authors. International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010-

2015: Device-associated module. Am J Infect Control. 2016 Dec 1;44(12):1495-1504.

44. **G Sabetian Fard Jahroumi**, F Pooresmaeel, F Zand, S Ghaffaripoor, P Adibi. Strong ion gap in brain dead patients and its role in predicting outcome in liver transplantation. Iran J Anesth Crit Care. 2014. 1-10.
45. F Zand, **G Sabetian**, G Abbasi, A Rezaianzadeh, A Salehi, A Khosravi and et al. Early acute kidney injury based on serum creatinine or cystatin C in intensive care unit after major trauma. Iran J Med Sci. 2015 Nov; 40(6): 485–492.
46. **G Sabetian**, F Zand. Do-Not-Resuscitate Order: A Lacuna in Critical Care in Iran. Arch Anesth Crit Care. 2015. 1(2); 59-62.
47. S Paydar, **G Sabetian**, Z Ghahramani, SM Mousavi, H Khalili, HR Abbasi and et al. Necessity of Defining Different Transfusion Protocols for Different Kinds of Trauma Injuries. Bull Emerg Trauma. 2015 Oct; 3(4): 118–121.
48. S Paydar, Z Ghahramani, M Ahmadi, A Dehghanian, **G Sabetian** and et al. Survey of Poly Fibrinogen Levels in Patients With Major Blunt Trauma. Shiraz E Med J. 2015. 16(9, 10): e30683.
49. Sh Paydar, Z Ghahramani, H Ghoddusi Johari, S Khezri, B Ziaieian, MA Ghayyoumi, MJ Fallahi, MH Niakan, **G Sabetian** and et al. Tube Thoracostomy (Chest Tube) Removal in Traumatic Patients: What Do We Know? What Can We Do? Bull Emerg Trauma. 2015 Apr; 3(2): 37–40.
50. M Yazdani, **G Sabetian**, S Ra'ofi, A Roudgari, M Feizi. A comparative study of teaching clinical guideline for prevention of ventilator-associated pneumonia in two ways: face-to-face and workshop training on the



- knowledge and practice of nurses in the Intensive Care Unit. J Adv Med Educ Prof. 2015 Apr; 3(2): 68–71.
- 51.M Masjedi, F Zand, **G Sabetian.** Pilot Experience with Application of Neurally Adjusted Ventilatory Assist in Iran. Arch Crit Care Med. 2015. 1(1); e552.
- 52.L Dehghanpisheh, **G Sabetian,** Z Faghirzade, MA Sahmeddini. Knowledge and Attitude of Iranian Parturient Women towards Painless Labor. Prof Med J. 2015. 22(7); 966-72.
- 53.F Zand, F Edrisi, **G Sabtian,** M Masjedi, Z Moosavi, L Aberoomand and et al. A survey on amount of energy intake in ICU patients according to type of formula during the first week of entral nutrition initiation. Nutr Food Sci. 2014. 1(1); 266.
- 54.M Masjedi, A Khosravi, **G Sabetian,** MR Rahmanian. Incidental intrathecal injection of meglumine diatrizoate (Case report). Iran Red Crescent Med J. 2014 May; 16(5): e9661.
- 55.A Khosravi, R Rezaee, **G Sabetian.** Benchmarking, a new method for developing an educational curriculum for respiratory therapy courses in medical schools. J Contemp Med Educ. 2014. 2(2); 97-101.
- 56.V Daniel Rosenthal, D George Maki, Y Mehta, H Leblebicioglu, Z Ahmed Memish, H Hassan Al-Mousa and a group of *authors*. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. Am J Infect Control. 2014 Sep; 42(9): 942-56.
- 57.Sh Paydar, AH Moghaninasab, E Asiaei, **G Sabetian Fard Jahromi,** Sh Bolandparvaz, HR Abbasi. Outcome of Patients Underwent Emergency



Department Thoracotomy and Its Predictive Factors. Emerg (Tehran). 2014 Summer; 2(3): 125–29.

- 58.S Jelodar, P Jafari, M Yadollahi, **G Sabetian Jahromi**, HA Khalili, HR Abbasi and et al. Potential Risk Factors of Death in Multiple Trauma Patients. Emerg (Tehran). 2014 Autumn; 2(4): 170–173.
- 59.P Mansouri, S Javadpour, F Zand, F Ghodsbin, **G Sabetian**, M Masjedi. Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: a randomized clinical trial. J Crit Care. 2013 Dec;28(6):918-22.
- 60.**G Sabetian**, M Masjedi, F Moradian, Z Nikeghbalian. The importance of radiology in detection of complications associated with central venous catheter insertion: case report. Armaghane danesh. 2013. 18(8); 673-7.
- 61.**G Sabetian**, H Tabei, F Zand, MR Sasani. Pneumomediastinitis following internal jugular vein central line insertion: Case report and review of literature. Anaesth Pain & Intensive Care. 2013. 17(2); 185-88.
- 62.Zand F, **G Sabetian**. Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA): Promises and Challenges. J Pulmon Resp Med. 2012. 2(3); 1-2.
- 63.Zand F, **G Sabetian**, Ghodrati Z. Routine Change of Nasogastric Tube in Intensive Care Unit: Friend or Foe. Iran Red Crescent Med J. 2011 May; 13(5): 354–355.
- 64.Zand F, **G Sabetian**, Abbasi Gh, Salehi A, Geramizadeh B, Tariq Sh, Khosravi A, Payedar S. Comparison of two diagnostic methods of cystatin-c and serum creatinine level for the diagnosis of acute kidney injury after sever trauma within the first 24 hours in adult intensive care units. J Iran Soc Anesth Intens Care.



2011. 32(4); 29-38.

65. **G Sabetian**, Sahraee R, Panah A. Pneunothorax following tracheostomy surgery. Journal of Iranian Society of Anesthesiology & Intensive care. 2011; 32; 71-73.
66. **G Sabetian**, Sadeghi H, Jamaati A. Comparison of three different methods of evaluation of metabolic acid base disorders. J Iran Soc Anesth Intens Care. 2008. 60(2);
67. **G Sabetiaan**, Behin Aiin Z. Effect of Clonidine on hemodynamic changes after Neostigmin and Atropine. Danesh Paj Res Edu Period J. 3(200);
68. **G Sabetian**, Zand F, Khosravi A. Acute respiratory distress syndrome associated with H1N1 influenza during pregnancy. Int J Obstet Anesth. 2010. 19(4); 465-6.

Participation in Medical Conferences

1. 6th international congress of critical care. The diaphragm is the major respiratory muscle used for quiet breathing. Invited Lecturer. 9-11 Jan 2019.
2. The 14th Emirates Critical Care Conference (ECCC - Dubai 2018). Is ultrasound necessary after pneumocatheter insertion? 5-7 April 2018.
3. The 14th Emirates Critical Care Conference (ECCC - Dubai 2018). Can we predict weaning outcome in multiple trauma patients by using diaphragmatic rapid shallow breathing index D-RSBI? 5-7 April 2018.
4. The 14th Emirates Critical Care Conference (ECCC - Dubai 2018). Ventilator strategy during ECMO, A Case report. 5-7 April 2018.



5. International Congress on Social Studies on Health. Impact of Mobile Device Based Software on Prescription Orders: A Quasi-Experimental Study in Iran. Shiraz Electronic Medical Journal. February 2017.
6. International Congress on Social Studies on Health. International Congress on Social Studies on Health. Designing and Implementation of Computerized Provider Order Entry Software on Mobile Device in Iran.
7. 29th ESICM Annual Congress. Incidence of ventilator associated pneumonia when pantoprazole or ranitidine is used for stress ulcer prophylaxis in critically ill adult patients; a pilot study. Milan, Italy. 1-5 October 2016.
8. 29th ESICM Annual Congress. Unmeasured anions in deceased donor: can they predict liver transplantation outcome? Milan, Italy. 1-5 October 2016.
9. 3rd international congress of critical care. Implementation of a protocol to control pain, agitation and delirium in opium abuse patients admitted in the intensive care unit, a feasibility study 1394. 20-22 Jan 2016.
10. 3rd International congress of critical care. Research on the affecting factors of health costs situation in trauma patient's families in Shahid Rajaee hospital, Shiraz, 1394. 20-22 Jan 2016.
11. 3rd international congress of critical care. Headache ,diploma, and periorbital ecchymosis in a pregnant woman: a case report. 20-22 Jan 2016.
12. 12th Emirates Critical Care Conference. Effect of family training on health costs situation after discharge of critical care unit, in trauma patients. 7-9 Apr 2016. Dubai UAE.
13. 12th Emirates Critical Care Conference. Survey of Poly Fibrinogen Levels in Patients with Major Blunt Trauma. 7-9 Apr 2016. Dubai UAE.



14. 12th Emirates Critical Care Conference. An International comparison of catheter associated infections in intensive care units. 7-9 Apr 2016. Dubai UAE.
15. 12th Emirates Critical Care Conference. Correlation between plasma neutrophil gelatinase-associated lipocalin and acute kidney injury in adult trauma patients admitted in intensive care unit. 7-9 Apr 2016. Dubai UAE.
16. 11th Emirates Critical Care Conference. Evaluation of Health Related Quality of life in Trauma Patients Three Years after ICU Hospitalization: a Retrospective Study in South of Iran. 9-11 Apr 2015. Dubai UAE.
17. 11th Emirates Critical Care Conference. Usefulness of Respiratory Index in determining the short term prognosis of multiple trauma patients. 9-11 Apr 2015. Dubai UAE.
18. 12th International Congress of Anesthesiology Critical Care & Pain. New finding in Critical Care Medicine. 23-25 September 2015, Tehran Iran. Invited Lecturer.
19. 12th International Congress of Anesthesiology Critical Care & Pain. Control of pain, agitation and delirium in ICU. 23-25 September 2015, Tehran Iran. Invited Lecturer.
20. 10th Emirates Critical Care Conference. Implementation of an analgesia, sedation and delirium protocol can improve clinically significant outcomes. 3-5 Apr 2014. Dubai UAE.
21. 6th International Congress on Pulmonary Diseases Intensive Care and Tuberculosis. Implementation of a protocol for integrated management of pain agitation and delirium can improve clinical outcome in the ICU, A randomized clinical trial. 15-12 Oct 2013. Thran Iran. Invited Lecturer



22. 5th International Congress on Pulmonary Diseases, Intensive Care and Tuberculosis. Invited Chair, 15-18 October 2011, Tehran Iran.
23. Anesthesiology and Critical Care Research Center www.sacrc.sums.ac.ir, VIII
24. FCCS Workshop, Invited Instructor; Iranian TB and Respiratory Diseases Research Center, Masih Daneshvari Hospital, 12-15 June 2011.
25. Induced hypothermia, Invited lecturer; 6th International congress on Intensive Care Medicine, 27-29 April 2011, Tehran Iran.
26. Early Acute Kidney Injury Based on Serum Creatine or Serum Cystatin C in Intensive Care Unit after Major Trauma, "presented as a poster in 41st International Critical Care Congress, Houston, Texas, USA 4-8 Feb 2012.
27. New Innovation in Neonatal Medicine International Conference; 8th 10th March, 2012, Abu Dhabi.
28. Adult Respiratory Distress Syndrome, CME of SUMS, Shiraz, IRAN, 8 March 2012.
29. Workshop Manager "Critical care Sonography "in 6th International Congress on Intensive Care Medicine, Tehran, Iran 27-29 April ,2011.
30. Admission Criteria in Intensive Care Unit, CME of SUMS, Shiraz, Iran, 5 January 2011.
31. Mechanical Ventilation. Lecture presentation invited lecturer, 5th International Congress on pulmonary disease, Intensive care and tuberculosis 15-18 Oct 2011, Tehran.
32. Sabetian G. Advanced life support" lecture presentation in 4th National Resident Education program named a (Resident as a teacher), 17 sep-13 oct 2011, Shiraz, Iran.



33. Seminar “New Concept in Nutrition in ICU “, invited Lecturer, 27 May 2010, Shiraz, IRAN.
34. Delirium in ICU “oral presentation in 6th International Congress on Intensive Care Medicine, 27-29 April, 2011; Tehran, Iran.
35. Use of NIPPV in critical care. Presented in a course of professional training anesthesiologist, Shiraz, Iran, 2008.
36. Non Invasive Ventilation. Oral presentation, Anesthesiology conferences, CME of SUMS, 2008, Shiraz, IRAN.
37. The last changes in guideline of CPR. Present in 5th International congress of ICU, Tehran .Iran, 2007.
38. Acid base disorder one problem two approaches. Presented in 5th International congress of ICU, Tehran, Iran, 2007.
39. CPR workshop manager in 2nd international congress of Anesthesiology and intensive care, Tehran; 9-11 February 2005.
40. Ventilation workshop in 4th International congress of Intensive care medicine, Tehran; 28-30 September 2005.
41. A teaching course of management of anaphylactic reaction in MR vaccination program oral presentation in Valfajr center, Shiraz, 2003.
42. Anesthesia at a Glance “, Educational pamphlet, Presented in International Congress of Anesthesiology, Shiraz. Iran, 2002.

Post-graduation training

1. Basic Course Echocardiography, ESICM 29th Annual Congress, Milan, Italy, 1-5 October 2016.



2. Workshop of Critical Care Ultrasound (Basic and Advanced), 8th International Pulmonary and Critical Care Congress, 18 October 2016.
3. Workshop of Ventilatory Monitoring (Basic and Advanced), 8th International Pulmonary and Critical Care Congress, 18 October 2016.
4. AIMS Ultrasound Trauma Life Support (AUTLS) Course, 22-23 April, 2013, Atieh Hospital, Tehran, Iran.
5. American collage of surgeon's (ACS) advanced trauma life support (ATLS) student course , 2-4 Jan , 2013, Trauma Research center , Shiraz IRAN.
6. Medical Education Orientation Skill Program, Education Development Center, Des 2012, Shiraz, IRAN.
7. Workshop of The Duties of iPhone and iPad course, May 2012, Shiraz, IRAN.
8. Provider Course of Fundamental Critical Care Support, Houston, Texas, USA, 48 Feb 2012.
9. One Month Medical Education Fellowship Program, Nov & Des 2011, Shiraz, IRAN.
10. Education Workshop, "Teaching Skills", 5th May 2011, Shiraz, IRAN.
11. One Month training course as observer in deshocage unit (Trauma center and Emergency Anesthesia) of Purpan Hospital, France, Oct 2007.
12. Workshop of Percutaneous Dilatational Tracheostomy in Labafineghad Hospital Tehran, Iran, 2007.



13. Workshop of None Invasive Positive Pressure Ventilation,

Masihdaneshvari Hospital Tehran, Iran, Education Workshop of Teaching Skills.

Membership

- 2007 - Continued Member of SCCM (society of critical care medicine)
- 2002 - 2008 Member of W.F.S.A (World Federation of Societies
Anesthesiologist)
- 2001 – Continued

Member of Iranian Society of Anesthesiologist

Languages

English: Fluent

Persian: Native Language

Hobbies

Internet, magazines, books, swimming, running

References

- MB Khosravi MD.

Professor of Anesthesiology and Critical care
Shiraz University of Medical Sciences

- F Zand MD.

Professor of Anesthesiology and Critical care



Shiraz University of Medical Sciences

- HR Jamaati MD.

Associated professor of Pulmonary and Critical care Shahid
Beheshi Medical University.



مدیر بیمارستان

نام و نام خانوادگی: رضا ملک نسب

سمت: مدیریت بیمارستان شهید رجایی
شیراز

مدرک تحصیلی: مهندس بهداشت محیط

تلفن: ۴۰۰۳



نمابر: ۳۶۲۴۸۹۸۰

پست الکترونیک: rajaeehospital@sums.ac.ir

نام و نام خانوادگی :

زهرا یدیسار

سمت:

مدیر دفتر پرستاری

مدرک تحصیلی :

کارشناس پرستاری

تلفن : ۴۲۹۴-۴۲۹۲

بیانیه های بیمارستان :

چشم انداز بیمارستان امتیاز و فوریت‌های جراحی شهید رجایی تا سال 1401



پیشرو در ارائه خدمات درمانی، آموزشی و
پژوهشی به بیماران ترومایی خاورمیانه تا سال

1403

رسالت بیمارستان امتیاز و فوریت‌های جراحی شهید رجایی



ارائه مطلوب ترین خدمات تشخیصی، درمانی
آموزشی و پژوهشی مطابق استانداردهای ملی
و بین المللی به بیماران ترومایی

ارزش های بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی شیراز



ت: توجه به ایمنی و نیازهای درمانی بیمار

ر: رضایتمندی بیماران و پرسنل

و: وحدت و کار گروهی

م: مسئولیت پذیری و وجدان کاری

ا: اعتمادسازی با احترام به تعهدات



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای

پزشکی شهید رجایی

تهیه و تنظیم : منیره فیضی

با نظارت دکتر رودگری رئیس کمیته کنترل عفونت

واحد کنترل عفونت بیمارستان شهید رجایی

تابستان ۹۷

Infection
Control



همکاران محترم پزشک ضمن عرض خوش آمد به مرکز تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان حاج محمد امتیاز و مرکز فوریتهای جراحی شهید رجایی بدینوسیله قوانین کنترل عفونت بیمارستان جهت اطلاع و اقدام، خدمتتان ارائه می گردد.

آنچه در خصوص کنترل عفونت باید "بدانیم"

۱- احتیاط استاندارد:

احتیاط استاندارد باید هنگام مراقبت از تمام بیماران بستری در بیمارستان بکار گرفته شوند.

شامل: شستن دستها، استفاده صحیح از دستکش استفاده از وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، عینک دستکش)، پیشگیری از نیدل استیک، عدم قرار دادن در پوش سوزن

۲- بهداشت دست: (۵ موقعیت بهداشت دست)

پروتکل WHO در خصوص موقعیتهایی که باید Hand hygiene رعایت شود.

- ❖ قبل از تماس با بیمار (hand rub)
- ❖ قبل از پروسیجرهای آسپتیک (hand wash)
- ❖ بعد از تماس با خون، ترشحات بیمار (hand wash)
- ❖ بعد از تماس با بیمار (hand rub)
- ❖ بعد از تماس با محیط مجاور بیمار (hand rub)

HAND WASH ← ۴۰-۶۰ ثانیه

HAND RUB ← ۲۰-۳۰ ثانیه

مدت زمان اسکراب جراحی: ۳-۵ دقیقه

۳- مواجهات شغلی:

Needle Stick و پاشیدن خون و ترشحات بر روی بریدگی های باز در سطح پوست و ملتحمه غشاء مخاطی یا گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم گردد.

لطفا در صورت مواجهات، موارد زیر را انجام دهید:

۱. شستن با آب و صابون فراوان به مدت ۱۰-۵ دقیقه.
۲. عدم فشار و دستکاری موضع نیدلینگ شده.
۳. بررسی سوابق بیمار (رفتارهای پرخطر، استفاده از مواد مخدر، خالکوبی و ...)
۴. گرفتن خون از بیمار و خود فرد مورد مواجهه و ارسال به آزمایشگاه.
۵. بررسی سوابق واکسیناسیون و تیتراژ آنتی بادی خود و اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی.
- نسبت به چک تیتراژ آنتی بادی خود اقدام فرمایید، در این خصوص به سوپروایزر کنترل عفونت مراجعه نمایید.

توجه:

به علامت اختصاری (Personal precautions)

(p.p) در خصوص بیماران با Viral marker

مثبت (HBS-HCV-HIV) بر روی صفحه اول

پذیرش پرونده بیمار توجه فرمایید (با رنگ قرمز).

۴- بخشهای ویژه

قبل از انجام پروسیجرهای استریل و آسپتیک مانند :
گذاشتن Chest tube - CVL و..... در بخشهای ویژه
قبل از پوشیدن دستکش حتما ابتدا دستهای خود را
اسکراب نمایید.

* طبق قوانین بیمارستان شهید رجایی قبل از ورود و
هنگام خروج از هر کابین ICU و بخش بایستی دستهای
خود را HAND RUB نمایید. بردن موبایل داخل یونیت
ICU ممنوع است. در صورت نیاز، لطفاً از یونیت بیمار
خارج و بعد از اتمام مکالمه، دستهای خود را handrub
و بیمار را ویزیت فرمایید.

* قبل از ورود به یونیت، به نوع کارت ایزولاسیون
که به دیوار یونیت الصاق شده توجه فرمایید.

۵- بخشهای بستری

- پیش از استفاده از قیچی ارتوپدی برای هر بیمار، از
محللول سریع الاثر میکروزد موجود در بخش استفاده
کنید.
- به نوع کارت ایزولاسیون بیمار ایزوله الصاق به درب
ورودی بیمار قبل از ورود به اتاق بیمار توجه فرمایید.

۶- اتاق عمل

روپوش سبز مختص اتاق عمل است. لطفاً قبل از
خروج از اتاق عمل روپوش سبز خود را تعویض
نمایید.

برای اولین Case در اتاق عمل باید دست با برس
اسکراب شود. برای Case دوم در صورتی Hand
rub جراحی شود که :

- ❖ از اتاق عمل خارج نشوید.
- ❖ سرویس بهداشتی نروید.
- ❖ Case قبلی عفونی نباشد.
- ❖ در Case قبلی دستکش پاره نشود.
- ❖ از خودکار و وسایل نوشتاری استفاده نشود.

در غیر این صورت در تمامی جراحی ها بصورت جداگانه
دستها اسکراب شود.

توجه:

- عدم استفاده از زیور آلات، لاک یا برق ناخن و ناخن
مصنوعی و کوتاه نگه داشتن ناخنها و استفاده از کفش
جلو بسته الزامی است.

- موبایل : از صحبت کردن با موبایل بر بالین
بیمار خودداری نمایید.
- در صورت استفاده از وسایل تیز و برنده حین
انجام پروسیجر حتماً دفع آنها در safety
box انجام پذیرد.

در این بیمارستان نظارت نامحسوس رعایت اصول
کنترل عفونت وجود دارد و باز خورد آن به اطلاع رئیس
بخش، اتندینگ مربوطه، رئیس بیمارستان رسانده خواهد
شد. افراد منتخب هر سه ماه مورد تشویق قرار خواهند
گرفت.

پزشک منتخب در رعایت بهداشت دست



الزامات مستند سازی :



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز

مرکز فوریتهای جراحی شهید رجایی

عنوان : الزامات مستندسازی

(جهت دستیاران جدیدالورود و دیگر پزشکان)

تهیه کننده :

علی توافقی

اداره فناوری اطلاعات سلامت



1- کلیه فرآیندها و هر عملی که انجام می شود و همچنین گفت و گوهایی تعیین کننده ثبت شود.

2- تشخیص و اعمال جراحی و علت های فوت به زبان انگلیسی و شرح حال و سیر بیماری ترجیحاً انگلیسی باشد.

3- اطلاعات و مشخصات سربرگ با بیمار کنترل شود.

4- کلیه موارد ثبت شده بایستی با نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء باشد و در تمامی آنها درج تاریخ و ساعت دقیق الزامی است.

5- کلیه مستندات باید واضح ، مداوم و پیوسته باشد و خوانا بودن خط ضروریست.

6- تنها از اختصارات استاندارد استفاده شود.

ER Trauma sheet-7

این فرم به منزله شرح حال در اتفاقات بوده و تمام مولفه هایی که برای بیمار در اتفاقات باید ثبت شود در این فرم به صورت پیش فرض (تیک) یا نقطه چین آمده است و لازم است کامل شود.

8- شرح حال

لیستی از مشکلات بیمار نوشته شود در سیر بیماری بر اساس فرمت (SOAP (subjective objective assessment plan باشد .

-شکایت اصلی -شرح مختصری از ماهیت و نشانه های بیماری و مدت زمان ناراحتی و نحوه بروز حادثه و نوع صدمه

-بیماری فعلی -شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری و پیشرفت بیماری ، همچنین کلیه آسیب های بدن با ذکر جزئیات

-سابقه قبلی - خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی و حساسیت ها و همچنین سوابق اجتماعی و شغلی اگر در بیماری نقش دارند.

- سابقه نام خانوادگی -بیماری های خانوادگی که وراثت در آن نقش دارد و مسائل عمده سلامت بستگان

- بررسی سیستماتیک اعضاء بدن : از سر و پوست تا اندام های انتهایی و داخلی

- وضعیت روانی - تیپ شخصیتی و رفتارها غیر متعارف و بیمار گونه

- علائم حیاتی

- هر گونه عادت و وابستگی به مواد مخدر و غیره

9- حساسیت و عوارض به داروها به صورت برجسته و بزرگ ثبت شود.

10- خلاصه پرونده شامل :

الف- شکایت اصلی بیمار و دلیل بستری شدن

ب- تشخیص ها و پر گونه بیماری به همراه عارضه

ج- سیر بیماری و مهمترین یافته های دوران بستری

د- اقدامات درمانی

ه- شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیتها) و توصیه های پس از ترخیص
و- ثبت دستورات برای ادامه مراقبت و پیگیری
ز- در صورت لزوم ذکر استراحت و استعلاجی
ح- هر سرویس خلاصه پرونده و شرح حال جداگانه بنویسند.

۱۰- **گواهی پزشکی فوت** - تمام قسمتها مخصوصا بندهای الف تا ج شماره ۲۲ به زبان انگلیسی و با خودکار پر رنگ به گونه ای کامل شود که سه برگ بعدی کاملاً واضح و خوانا باشد.

-توالی هروضعیت ثبت شده روی هر خط بتواند به صورت قابل قبولی علت وضعیت ثبت شده خط بالایی باشد
-علت آغازکننده این توالی به عنوان علت زمینه ای انتخاب شود.

-قسمت الف آخرین بیماری یا وضعیتی است که بلافاصله باعث مرگ شده

-قسمت الف صدمه یا عارضه ای که مستقیماً بدون واسطه موجب مرگ شده است.

-فاصله زمانی بین علت زمینه ای و علت مستقیم رعایت شود

-علت زمینه ای بیماری یا صدمه ای که زنجیره رخدادهای مرضی را که مستقیماً در ارتباط با مرگ بوده اند را آغاز نموده و یا وضعیتی است که به آسیب کشنده منجر گردیده است.

۱۱- progress note

هدف از تکمیل این فرم مستند سازی پاسخ بیمار به درمان و همچنین پیشرفت، توقف، کند شدن و یا درمان کامل ناراحتی است.

- ذکر وضع عمومی بیمار در زمان پذیرش و در زمان ثبت فرم سیر بیماری

- یادداشت‌های مربوط به پیشرفت بیماری در برگرفته اظهارات مشخص درباره جریان بیماری باشد و بر اساس وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرآیند پاسخ ... به روش درمان خاص را نشان دهد.

۱۲- physicians order sheet به ترتیب

تاریخ و با خط خوانا نوشته شود.

هم زمان با دستور ترخیص خلاصه پرونده و شرح حال توسط سرویس مربوطه نوشته شود.

۱۳- هر نقصی در نوشتن موارد فوق بلافاصله بعد از اعلام از طرف بخش درمانی یا اداره فن آوری اطلاعات سلامت در اسرع وقت کامل شود.

امور مالی:

A- کانسالت مهر و امضا متخصص درخواست کننده و پاسخ دهنده داشته باشد.

B- در بیمارانی بیمه ای در صورت تیکه بیمه به عمل جراحی نیاز داشته باشد ویزیت به پزشک تعلق نمیگیرد ولی

درخواست مشاوره یا سرویسهای دیگر قابل پرداخت است.

C- در بیمارانی بیمه ای در صورت تیکه بیمه عمل جراحی نشود روزانه یک ویزیت قابل محاسبه می باشد.

D- بیمارانی تصادفی از روز دوم بستری از ۶ سرویس مختلف میتوانند روزانه یک ویزیت درخواست نمایند.

E- در صورت تیکه بیمار تصادفی به اطاق عمل

برود از روز بعد از عمل به سرویسی که اطاق عمل رفته ویزیت تعلق نمیگیرد ولی مابقی سرویسها میتوانند بیمار را ویزیت نمایند.

F- غریمهای ویزیت حتماً توسط پزشک مهر و امضا شود.

G- امضا پزشکان نباید متفاوت باشد.

نشانی: شیراز- بلوار چمران- جنب بیمارستان چمران- بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی

شماره تلفن جهت پاسخگویی به سوالات: ۰۱۱۳۶۳۶۴۰۰ داخلی ۴۰۴۳ اداره فناوری اطلاعات سلامت

سایت: WWW.rajaeehosp.ac.ir قسمت اداری / واحد فناوری اطلاعات سلامت

با آرزوی سلامتی و تندرستی برای شما

- ۳- پوشیدن شلوار تنگ ، کوتاه و نامناسب با رنگ و طرح های غیر متعارف و تند ممنوع است.
 - ۴- دختران دانشجو از مقنعه های بلند استفاده کنند به طوریکه حداقل شانه ها را پوشش دهد و حجاب اسلامی مناسب با ضوابط شرعی را رعایت نمایند پوشاندن کامل مو مورد تاکید است.
 - ۵- پوشیدن جوراب الزامی می باشد.
 - ۶- پوشیدن تی شرت ، لباس ورزشی و لباس های حاوی تصویر و نوشته های نامناسب با عرف ممنوع است.
 - ۷- استفاده از صندل و کفش های پاشنه دار غیر معمول و همپایی در محیط های بالینی ممنوع است.
 - ۸- از به کار بردن زیور آلات مانند گردن بند، انگو ، انگشتر (به جز حلقه های ازدواج) و عطرها و حساسیت زا باید خودداری شود.
 - ۹- ناخن ها باید کوتاه ، تمیز ، بدون لاک باشد استفاده از ناخن های مصنوعی و ناخن بلند به دلیل افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به بیماران جایز نمی باشد.
 - ۱۰- دانشجویان پسر نباید موهای خود را بلندتر از حد معمول نگاه دارند (استفاده از مدل های مو و ریش غیر متعارف ممنوع می باشد)
- الزامات کلی دانشجویان**
- ۱- رعایت ادب نفس و اخلاق حرفه ای به ویژه فروتنی و برخورد مناسب به بیماران و دیگر همکاران ضروری و ستودنی است.
 - ۲- در محیط های درمانی ، گفت و گو باید آرام و همراه با ادب باشد و از سرو و صدای بلند در حضور بیماران باید پرهیز شود.
 - ۳- در هنگام راند بیماران، تلفن های همراه باید در حالت سکوت قرار داده شوند و در مواقع دیگر نیز جز در موارد ضروری نباید از تلفن های همراه استفاده کرد.
 - ۴- در مدت حضور در محیط های بالینی ، همراه داشتن کارت شناسایی حاوی حرف اول نام ، نام خانوادگی ، عنوان ، نام دانشکده و نام رشته الزامی است.
 - ۵- همه کادر درمانی در ملاقات با برخورد با بیماران باید خود را معرفی نمایند.
 - ۶- استعمال انواع دخانیات در محیط های آموزشی و بالینی اکیداً ممنوع.

لیست تلفن های ضروری بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای

پزشکی شهید رجایی

تلفن گویای بیمارستان ۲-۳۶۳۴۰۰۱

دفتر مدیریت	۶۰۶۰	بستری ۳	۶۱۸۸	مرگنه های ویژه ۴	۶۱۳۶
پذیرش	۶۲۰۳	بستری ۲۲	۶۱۸۷	مرگنه های ویژه ۵	۶۱۳۵
بخش انیاء	۶۰۵۳	بستری ۶	۶۱۸۸	مرگنه های ویژه ۶	۶۱۳۷
بخش لکچرن	۶۰۶۰	بستری ۶۲	۶۱۸۳		
اتصالات بستری	۶۰۶۴	بستری ۵	۶۱۸۰		
اتصالات بستری ۲	۶۰۶۶	بستری ۵۲	۶۲۴۰		
فوریتهای جراحی	۶۰۶۳	مرگنه های ویژه ۱۰	۶۱۳۷		
بستری ۱۱	۶۰۷۷	مرگنه های ویژه ۲	۶۱۳۹		
بستری ۱۲	۶۰۸۰	مرگنه های ویژه ۳	۶۱۳۱		

آدرس : شیراز-بلوار چمران-جنب بیمارستان چمران-بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی

کد پستی: ۷۱۹۴۸-۱۵۷۱۱

آدرس سایت: WWW.rajaeehosp.sums.ac.ir

WWW.Trauma.sums.ac.ir

آیین نامه پوشش مناسب و اخلاق حرفه ای و اطلاعات مورد نیاز

دانشجویان

به بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی با رسالت ارتقای کیفیت خدمات آموزش و درمانی خوش آمدید.

ضمن عرض خیر مقدم آیین نامه وزارتتی و صورتجلسه ی

مصوب ۱۳۸۷/۶/۱۷ هیات رئیسه محترم دانشگاه در خصوص پوشش مناسب و اخلاق حرفه ای و اطلاعات مورد نیاز دانشجویان خدمتتان ارائه می شود.

دانشجویان محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز ، برای ورود به کلیه محیطهای درمانی ، بهداشتی و گذراندن دوره های بالینی به رعایت و اجرای این آیین نامه ملزم می باشند.

ضمناً مقررات و آیین نامه کنترل عفونت بیمارستانی در همه ی موارد در اولویت و لازم الاجرا است.

۱- پوشش مناسب:

۱- روپوش دانشجویی باید سفید ، تمیز ، دارای نشان (لوگو) دانشگاه ، با بلندی حداقل تا زانو باشد.

۲- دکمه های روپوش باید متعارف و در تمام مدت حضور در محیط های درمانی -بهداشتی به طور کامل بسته باشد.



بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی

هوالسانی

آیین نامه پوشش مناسب و اطلاعات مورد نیاز

دانشجویان



۷- از خوردن، نوشیدن و چویدن آدامس در حضور بیماران و در کلیه محیطهای بالینی خودداری گردد.

۸- استفاده از آرایش های زننده مجاز نمی باشد.

۹- استفاده از هر نوع نماد فرق و گروههای مختلف ممنوع می باشد. نظارت بر اجرا و پیگیری موارد تخلف از آئین نامه:

۱- نظارت بر رعایت اصول این آئین نامه در بیمارستان ها و سایر محیط های بالینی بر عهده ی معاون آموزشی بیمارستان، مدیر واحد و در دانشکده ها بر عهده رئیس و معاونت آموزشی دانشکده می باشد.
۲- به افرادی که اخلاق حرفه ای و موارد این آئین نامه را رعایت نکنند، تذکرات لازم ارائه و در صورت اصرار بر تکرار تخلف به مراجع ذی ربط معرفی خواهند شد.

اخلاق حرفه ای:

از آنجاییکه حرفه پزشکی یک کار تیمی است رعایت ادب و احترام و همکاری بی شائبه با همکاران، سایر کادر درمانی و پرسنل محترم در بهبود کیفیت خدمات درمانی بسیار حائز اهمیت است در صورتیکه در موارد نادر در برخورد با همکاران یا پرسنل محترم و سایر کادر درمانی مشکلی وجود داشت لطفاً بدون بحث و جدل و با رعایت احترام با سوپروایزر شیفت یا کارشناس معاونت آموزشی بیمارستان سرکار خانم صمدپور یا معاونت آموزشی بیمارستان آقای دکتر خلیلی مراجعه و یا به شماره تلفن داخلی ۴۲۸۵-۳۶۴۴۰۱ تماس بگیرید.

اطلاعات مورد نیاز دانشجویان و دستیاران بیمارستان حاج محمد

اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی

• سلف سرویس:

سلف سرویس بیمارستانی در طبقه زیرزمین قرار دارد و زمان سرو وعده های غذایی به شرح زیر می باشد.

صبحانه: از ساعت ۷-۸ نهار: از ساعت ۱۴:۳۰-۱۲:۳۰ شام: از ساعت ۲۰:۳۰-۱۹:۳۰ نیمه شبی: در زمان سرو شام تحویل داده می شود.

در صورت داشتن هر گونه پیشنهاد و یا انتقاد در خصوص سلف سرویس و غذا می توانید به مسئول تغذیه بیمارستان سرکار خانم ادریسی مستقر در سلف سرویس و یا در ساختمان اداری طبقه ششم مراجعه فرمایید.

• خوابگاه:

همکف، رزیدنت جنرال آقا، اساتید طب اورژانس، GP خانم در اسکرین

طبقه اول: GP خانم بستری ۱۱، رزیدنت جنرال آقا بستری ۱۲

طبقه سوم: رزیدنت جنرال آقا ICU1، رزیدنت نرو آقا ICU2

طبقه چهارم: رزیدنت طب اورژانس، رزیدنت جنرال خانم، GP خانم، رزیدنت فک و صورت

طبقه پنجم: پزشکان بین الملل بستری ۵۱، GP آقا بستری ۵۲، رزیدنت فک و صورت بستری ۵۲

• پارکینگ:

متأسفانه ظرفیت بیمارستان جهت پارک ماشین بسیار محدود است و مدیریت بیمارستان از قبل پوزش می طلبد. لذا از همه استفاده کنندگان در خواست می شود از آوردن وسیله نقلیه شخصی خودداری نمایند تا بیمارستان با معذورت مواجه نگردد.

• کتابخانه:

کتابخانه بیمارستان واقع در طبقه ششم واحد تحقیقات تروما، مسئول واحد خانم شایان و خانم عارف پور ساعت کار این واحد همه روزه از ساعت ۷:۳۰

• سیستم HIS بیمارستان:

سیستم HIS بیمارستان در کلیه واحدهای بیمارستان فعال می باشد. ثبت، گردش و ذخیره کلیه اطلاعات درمانی، دارویی، کلینیکی و..... بیماران در این سیستم انجام می شود سوپروایزر HIS بیمارستان سرکار خانم عبدلی و نماینده شرکت آقای مهندس مقیمی با شماره داخلی ۴۰۲۰ می باشد و در صورت هر سوال و یا اشکالی می توانید با ایشان تماس بگیرید.

• شبکه WIFI بیمارستان و اینترنت:

می توان گفت که حدود ۸۰ درصد نقاط زیر بنای بیمارستان زیر پوشش شبکه بیسیم (WIFI) می باشد جهت اتصال کاربرانی به این شبکه نیاز به Password می باشد که می توانید طبق هاشنگی با واحد IT تحویل بگیرید.

• نرم افزار INFINITT Rajaei:

این مرکز مجهز به نرم افزار INFINITT جهت مشاهده تصاویر

رادیولوژی بیماران می باشد لینک راهنمای کار با این سیستم را می توانید از سایت دانشگاه علوم پزشکی دریافت کند. (آدرس: Infinitt.ac.ir)

Sums.ac.ir مراجعه کنید. (واحد پاسخگو در خصوص مشکلات

احتمالی در سیستم پ INFINITT در ساعات اداری واحد فناوری اطلاعات بیمارستانی آقای مولایی سوپروایزر با شماره داخلی ۴۱۶۸ می باشد.

در سایر زمان ها با تماس با مرکز تلفن می توانید جهت برقراری تماس با مسئول فناوری اقدام نمایید جهت دریافت رمز ورود به واحد IT مراجعه فرمائید.

• کارت شناسایی:

جهت دریافت کارت شناسایی به امور اداری طبقه ششم بیمارستان سرکار خانم اینالومرجعه فرمائید.

لازم به ذکر است استفاده از کارت در طول مدت حضور شما در این مرکز الزامی می باشد.

لیست کلاسهای آموزشی در بیمارستان رجایی به صورت ماهیانه در سایت بیمارستان شهید رجایی قسمت آموزش گذاشته می شود و در بردهای آموزشی بیمارستان نصب می گردد جهت شرکت در کلاسها باید به طبقه ششم - واحد سوپروایزر آموزشی - خانم رزمی مراجعه فرمائید.

واحد بهداشت محیط در بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی کتابچه، دستورالعمل و پمفلتهایی تهیه نموده که تمام این موارد در خصوص فعالیتهای بهداشت محیط در این مرکز می باشد این منابع اطلاعات مناسبی را در اختیار پرسنل و دانشجویان قرار می دهد. به عنوان مثال آشنایی با انواع محلولهای گندزدا، روشهای رقیق سازی، چگونگی استفاده و نیز موارد استفاده این محلولها، همچنین آشنایی با انواع پسماندهای تولیدی در این مرکز و نحوه تفکیک آنها از موارد مهم آموزشی مربوط به آن واحد بیمارستان می باشد. همچنین این افراد می بایست در خصوص زمان سم پاشی و نحوه انجام این کار و اقدامات لازم در زمان سم پاشی اطلاعات کافی داشته باشند تمام موارد گفته شده را می توان در پوشه بهداشت محیط در درایو اطلاعات بیمارستان مشاهده نمود.

توصیه های آموزشی - درمانی :



بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز

مرکز فوریتهای جراحی شهید رجایی

توصیه های آموزشی-درمانی جهت دستیاران جدید الورو

تهیه کننده: لیلا هاشمی زاده فرد حقیقی

مدیر پرستاری

پاییز ۹۷

معرفی دفتر پرستاری

اعضای دفتر پرستاری شامل :

-مدیر پرستاری

-معاون پرستاری

- سوپروایزهای بالینی صبح و در گردش

-سوپروایزور آموزشی- کارشناس آموزش

-کارشناس آموزش به بیمار

-سوپروایزور کنترل عفونت-کارشناس کنترل عفونت

در شیفت های عصر و شب که مدیر بیمارستان حضور ندارند سوپروایزهای عصر و شب با تفویض شرح وظایف به عنوان مدیر بیمارستان می باشند و در صورتیکه با سایر گروه ها و یا بخش های بیمارستان دچار مشکل شدید می توانید جهت حل مشکلات با سوپروایزورهای کشیک مستقر در دفتر سوپروایزور در طبقه همکف تماس گرفته و موضوع را از آن طریق حل نمایید.

ایشان مواردی که باعث ماندگاری بیمار می گردد را مانند: مشکلات حسابداری، عدم وجود تخت خالی برای انتقال بیمار به سایر بخش ها، اقدامات درمانی و ... را پیگیری و برطرف می نمایند.

قانون و مقررات بیمارستان

۱-شناخت سرپرستار بخش و اطلاع رسانی به ایشان درخصوص هرگونه مشکل.

۲-معرفی خود به پرسنل و بیماران.

۳-هرگونه تغییر و جابجایی در برنامه کشیک به اطلاع سوپروایزور شیفت رسانده شود.

۴-عدم جا گذاشتن پرونده در اتاق بیمار، اتاق کنفرانس و عدم خروج پرونده بیمار از بخش مگر در موارد مورد نیاز با هماهنگی مسئول شیفت.

۵-توجه به دستبند شناسائی بیماران در زمان انجام در هنگام

حضور بر بالین بیمار

۶-انجام و رعایت شستشوی دست و نظافت و بهداشت دست.

۷-رعایت نکات ایزوله در هنگام تماس با بیمار.

۸-رعایت تفکیک پسماندها.

۹-توجه به درد بیماران و اقدامات لازم درخصوص تسکین درد آنان.

۱۰-پزشکان موظفند روند درمان و شرایط بیمار و میزان بدحالی (Bad News) را روزانه به همراهان درجه یک بیمار اطلاع دهند.

۱۱-هماهنگی و بستری بیمار در بخش های ویژه و بستری به ترتیب اولویت پذیرش بیمار به عهده سوپروایزور کشیک می باشد.

۱۲-حضور پزشک ارشد مسئول بیمار در هنگام احیاء الزامی می باشد.

۱۳-در صورت ایجاد مشکل و یا اختلاف نظر با کادر درمان به پزشک سینیور سرویس و یا سوپروایزور کشیک اطلاع داده شود و از مشاجره در بخش و در حضور همراهان بر بالین بیماران خودداری شود.

فرآیند پرونده نویسی

۱-پرونده نویسی بصورت کامل با تاریخ، ساعت، نام بیمار،

مهرامضاء بدون خط خوردگی و هرگونه تغییر در نوشته ها

(حتی پررنگ کردن نوشته ها)، عدم استفاده از لاک غلط

گیر. در صورت هرگونه اشتباه خط نازک کشیده و جمله >

فرآیند پرونده نویسی

- ۱- پرونده نویسی بصورت کامل با تاریخ، ساعت، نام بیمار، مهر و امضاء بدون خط خوردگی و هرگونه تغییر در نوشته ها (حتی پرزنگ کردن نوشته ها)، عدم استفاده از لاک غلط گیر، در صورت هرگونه اشتباه خط نازک کشیده و جمله > اصلاح شد < یا کلمه Error در کنار دستور اشتباه نوشته شود.
- ۲- دستورات پزشک بصورت خوانا و با نام و مهر و امضاء و ساعت و تاریخ نوشته شود. هیچگونه فضای خالی بین دستورات نباشد، خط خوردگی و لاک گرفتن ممنوع است، دوز داروها بصورت کامل نوشته شود. بطور مثال: یک عدد قرص قابل قبول نمی باشد بایستی دوز دارو نوشته شود.
- ۳- در پرونده بیمار از خودکار آبی و مشکی استفاده شود.
- ۴- تاریخ نوشتن دستورات بایستی به دقت و به ترتیب روز نوشته شود و پرونده ای که دستور جدید دارد کلمپ شود.
- ۵- برگه سیر بیماری Progress Note در بخش های ویژه به صورت روزانه و در بخش های بستری به صورت یک روز در میان و یا در صورت تغییر در وضعیت بالینی جدی بیمار مکتوب و بر روی پرونده گذاشته شود (تاریخ و مهر و ساعت داشته باشد).
- ۶- در موقع ثبت دستورات دقت شود که تمام اوراق پرونده باید حتما نام بیمار و شماره پرونده داشته باشند.
- ۷- از نوشتن تشخیص ها به صورت مخفف خودداری شود.
- ۸- برگه های شرح عمل و بیهوشی خوش خط و کامل نوشته شود و کدهای انتخابی عمل با شرح عمل همخوانی داشته باشد.

- (کلیه وسایل و پروتژهایی که در عمل جهت بیمار استفاده می شود باید در شرح عمل ذکر شود).
- ۹- در هنگام دستور بستری حتما تشخیص اولیه در برگه پذیرش نوشته شده و مهر زده شود.
 - ۱۰- دستورات شفاهی فقط در زمان اورژانس و در خطر بودن حیات بیمار پذیرفته می شود و در اسرع وقت بایستی قبل از پایان کشیک در پرونده ثبت گردد.
 - ۱۱- در هنگام راند اساتید، دستورات پزشکی همان موقع در پرونده ثبت شوند.
 - ۱۲- درخواست مشاوره به صورت کامل و دقیق نوشته شود و شرح حال بیمار را به صورت شفاف و جامع در آن قید نمایند.
 - ۱۳- جواب مشاوره ها نیز باید کامل باشد. (مهر و امضاء و تاریخ در درخواست و پاسخ مشاوره الزامی است).
 - ۱۴- فرمهای درخواست سونوگرافی و سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب با مهر و امضاء، تاریخ و ساعت و تکمیل مشخصات بیمار به صورت کامل انجام گردد.
 - ۱۵- در صورت مشاهده جواب کانسالت، سونوگرافی یا MRI و ... جهت تایید رویت این پروسیجرها مهر و امضاء گردد.
 - ۱۶- تعیین نحوه انتقال بیمار (یا بدون پزشک) در دستورات پزشکی به صورت شفاف ثبت گردد.



فرآیند رضایت آگاهانه

- ۱- پزشک انجام دهنده پروسیجر بایستی برای انجام پروسیجرهای تهاجمی با ارائه توضیح به بیمار فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و مهر و امضاء نماید.
- ۲- کلیه پروسیجرهای تهاجمی در بخش های بستری در اتاق عمل انجام می شود (به جز در مواقع احیاء) و در بخش های ویژه در خود بخش انجام می شود.

فرآیند ترخیص

- ۱- در زمان ثبت دستور ترخیص توسط پزشک در پرونده بیمار در هر سرویس پزشکی بایستی پشت کارت ترخیص بیمار تشخیص نهایی ثبت و مهر و امضاء شود.
- ۲- اطلاعات مربوط به تشخیص نهایی و اعمال جراحی بایستی بعد از ترخیص بیمار در پرونده ظرف مدت دو روز تکمیل شود.
- ۳- برگه های دفترچه بیمار بدون خط خوردگی نوشته شده و تاریخ اعتبار حتما قید شود.

نشانی: شیراز-بلوار چمران-جنب بیمارستان چمران-
بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریتهای
پزشکی شهید رجایی

شرح وظایف و برنامه ها دفتر پرستاری :

مدیر خدمات پرستاری (مترون) در مراکز بهداشتی ، درمانی و توانبخشی ، پرستاری است که اداره واحد پرستاری مرکز مربوطه را به عهده وارد.

شرح وظایف مدیر خدمات پرستاری با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استاندارد های مراقبتی به شرح ذیل می باشد:

۱- برنامه ریزی در زمینه های ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات مددجویان

۲- گردآوری اطلاعات از:

-مرکز شامل : نمودار سازمانی مصوب ، هدف ، نوع فعالیت ، گزارشات ماهیانه و سالیانه ، گزارش حسابرسی پرستاری ، پرونده های کارکنان ، مصاحبه با کارکنان

-مددجویان : برحسب نوع بستری ، نیاز مراقبتی ، خدمات ارائه شده

-منابع شامل نیروی انسانی (پرستاران ، بهیاران ، کمک بهیاران ، تکنسین ها و کاردان اطاق عمل و هوشبری و سایر کادر وابسته) ساختار فیزیکی ، امکانات و تجهیزات

۳- شرکت فعال در نهادهای سیاستگزاری و دیگر کمیته های درون سازمانی

۴- تعیین اهداف (کوتاه مدت ، میان مدت ، دراز مدت) مبتنی بر نیاز ها جهت تأمین حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجو ، بیمار با توجه به خط مشی های مرکز متبوع و پیشنهاد به مقامات ذی ربط

۵- تعیین خط مشی و اتخاذ روش های مناسب و تعیین جدول زمانبندی برای رسیدن به اهداف مورد نظر

۶- برنامه ریزی جهت تشکیل و سرکت در کمیته های خاص به شرح وظایف مدون (آموزشی ، پژوهشی ، کنترل و نظارت کنترل عفونت و ...)

- ۷- ارائه راهکار بهینه به مسئول و ایجاد شرایط مناسب جهت استفاده بهینه از منابع موجود به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر.
- ۸- تدوین و اجرای برنامه های آموزش به بیمار و خانواده در سطوح مختلف پیشگیری
- ۹- ایجاد هماهنگی و مشارکت فعال در برنامه ریزی های بهداشتی ، درمانی و توانبخشی مرکز
- ۱۰- جلب مشارکت تیم بهداشتی مرکز برای دستیابی به اهداف
- ۱۱- ایجاد همانگی در برنامه های آموزشی بالینی دانشجویان گروه های پرستاری
- ۱۲- مشارکت در تنظیم بودجه جهت فعالیت های مرکز
- ۱۳- تعیین و پیشنهاد بودجه مورد نیاز و اولویت بندی آن ها جهت اجرای برنامه های پرستاری
- ۱۴- مشارکت در طرح پژوهشی
- ۱۵- برنامه ریزی و پیشنهاد جهت پیشگیری از عفونت (کنترل عفونت)
- ۱۶- انجام برنامه ریزی و همکاری با سایر واحد های ذی ربط در جهت ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای کارکنان پرستاری
- ۱۷- ارائه راهکارهای اساسی در برنامه ریزی جهت تأمین رفاه کارکنان تحت نظارت با همکاری سایر واحد های ذی ربط
- ۱۸- تعیین برآورد سطوح مختلف نیروی انسانی مورد نظر بخش های پرستاری براساس استاندارد های ملی
- ۱۹- تعیین حدود و انتظارات و عوامل عملکرد های در رده های مختلف شغلی با توجه به امکانات و شرح وظایف مصوب
- ۲۰- بکارگیری نیرو های انسانی براساس توانایی افراد در شیفت های مختلف کاری
- ۲۱- پیشنهاد و مصاحبه با داوطلبان و انتخاب افراد صلاحیت دار و معرفی آنها به کارگزینی جهت بکارگیری

۲۲- پیشنهاد انتصاب و انتقال کارکنان تحت نظارت به ریاست مرکز جهت واحد های ذیربط

۲۳- تصمیم گیری در مورد مرخصی ها ، مأموریت ها و..... کارکنان گروه پرستاری

۲۴- رهبری و هدایت واحد های ذی ربط در جهت تحقق اهداف سازمانی

۲۵- ارائه الگوی مناسب پرستاری با برقراری ارتباط موثر ، عملکرد مطلوب ، حس رفتار شغلی و....

۲۶- اتخاذ تدابیر لازم و ارائه راهکار های اساسی در جهت ایجاد تقویت انگیزش در کارکنان (تشویق و تنبیه) گروه پرستاری

۲۷- اداره جلسات داخل و خارج مرتبط با وظایف واحد ها

۲۸- تشکیل و اداره جلسات اختصاصی و ویژه در جهت حل مشکلات واحد های ذیربط به بهره مندی از فن آوری ها علمی حل مسأله

۲۹- تأمین نیاز های آموزشی کارکنان شامل : آشناسازی پرسنل جدید الورود با مقررات خط مش ها

من ا... توفیق

(فایل آموزشی سیستم Infinitt ضمیمه فایل ارسالی می باشد)

(فایل آموزشی سیستم HIS ضمیمه فایل ارسالی می باشد)

تهیه کننده : واحد معاونت آموزشی

(زهرا عارف پور)