

بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱-۱) نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.

۱-۲) در بخش مراقبت‌های ویژه، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱-۳) تمام کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان از رسالت و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) رئیس بخش

۲-۱) شرایط احراز ریاست بخش مراقبت‌های ویژه، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۲-۱-۱) مدرک تحصیلی:

۲-۱-۲) سابقه کار:

(۳) سرپرستار بخش

۳-۱) شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۳-۱-۱) مدرک تحصیلی:

۲-۱-۳) مدرک RN

۳-۱-۳) سابقه کار:

۳-۱-۴) دوره های آموزش عمومی

۳-۱-۵) دوره های آموزش مدیریت پرستاری

۳-۱-۶) گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی

۴) پزشک مقیم

۱-۴) بخش مراقبتهای ویژه در تمام اوقات شبانه روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.

۵) پرستار مسؤول شیفت

۵) شرایط لازم برای پرستاران مسؤول شیفت در بخش مراقبتهای ویژه، عبارت است از:

۵-۱-۱) مدرک تحصیلی:

۵-۱-۲) مدرک RN :

۵-۱-۳) سابقه کار:

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۱-۶) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش ICU، حداقل شامل موارد ذیل بوده و

یک نسخه از آن در دسترس رییس بخش است:

۶ + ۱) نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی

تماس گرفت) و سمت سازمانی

۶ + ۴) شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۶ + ۳) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود امضاء شده، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و

بهداشت محیط امضاء شده توسط فرد

۶ + ۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۶ + ۵) کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

۶ + ۶) مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسؤولیت های محوله

۶ + ۴) مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۷) لیست کارکنان

۱-۷) در بخش مراقبت های ویژه، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:

۷ + A) نام و نام خانوادگی

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

۷ + C) سمت سازمانی

۲-۷) لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۳-۷) هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

۴-۷) یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در بخش مراقبت های ویژه، در دسترس است.

۵-۷) لیست نوبت کاری شبانه روزی همراه گروه احیاء، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۶-۷) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل - خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی - می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.

۷-۷) مستنداتی که نشان می دهند محاسبه و پیشش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با نوع و وخامت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

۸) دوره توجیهی بدو ورود

۸-۱) در بخش مراقبت های ویژه، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۸ + ۴) معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه ای، بهداشت محیط، آتش نشانی، مدیریت خطر، مدیریت بحران، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقاء شغلی و امکانات رفاهی ...)

۸ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها، بخشنامه های خاص این بخش، موارد مرتبط با مسؤولیت ها و شرح وظایف هر فرد

۸ + ۳) زیر مجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

۹) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۹ + ۴) مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه/ دوره ای توانمندی کارکنان باتوجه به نقش ها و مسؤولیت های آنان، انجام می شود.

۹ + ۴) مستندات نشان می دهند که آزمون های توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می شوند.

۹ + ۴) انواعی از مهارت های کارکنان که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۶ ۴ ۹) پایش همودینامیک

۴ ۴ ۹) محاسبات دارویی

۴ ۴ ۹) تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش های خونی معمول

۴ ۴ ۹) محاسبه سطح هوشیاری

۵ ۴ ۹) پیشگیری و پیگیری درمان زخم فشاری

۶ ۴ ۹) آشنایی کامل با تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پائین

۷ ۴ ۹) آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدائی

۸ ۴ ۹) آگاهی از نحوه مراقبت از بیماران بی قرار در بخش های ویژه

۹ ۴ ۹) آگاهی از وضعیت (position) مناسب برای بیماران بر حسب مورد

۴ ۹) مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسائی های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره ای کارکنان، انجام می گیرد.

۵ ۹) مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقاء توانمندی دوره ای کارکنان، مورد بررسی قرار می گیرند.

۱۰) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱۰-۱) بخش مراقبت های ویژه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیاز های آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارایه می نماید.

۱۰ ۴) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۱۰ ۳) مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های باز آموزی مدون و غیر مدون رسمی و مرتبط، شرکت می نمایند، موجود است.

۱۰ ۴) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب آموزش های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی ریوی پایه را دریافت می نمایند، موجود است.

۱۰ ۵) مستنداتی که نشان می دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش مراقبتهای ویژه، حداقل سالی یک بار آموزش های لازم در زمینه انجام احیای قلبی ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می نمایند، موجود است.

۱۰ ۶) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند، موجود است.

۱۰ ۷) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند، موجود است.

۱۰ A) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند، موجود است.

۱۰-۹) تمام کارکنان، در این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی انجام می شود.

۱۱) کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱ + ۴) کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۱۱ + ۴) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱ + ۴) اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۱۱ + ۴) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می شود.

۱۲) خط مشی ها و روش ها

۱۲ + ۴) یک کتابچه/ مجموعه خط مشی ها و روش ها در بخش مراقبت های ویژه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

۱۲ + ۴) خط مشی ها و روش ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.

۱۲ + ۴) خط مشی ها و روش ها به طور منظم بازنگری می شوند.

۱۲ + ۳) خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۱۲ + ۴) روش ها به روشنی مشخص هستند.

۱۲ + ۵) کتابچه / مجموعه خط مشی ها و روش ها دارای یک فهرست دقیق است.

۱۲ + ۶) کتابچه / مجموعه خط مشی ها و روش ها دارای نمایه مشخص است.

۱۲ ۴) خط مشی ها و روش ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۱۲ ۴ +) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱۲ ۴ ۴) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی، ارزشها و اعتقادات و..).

۱۲ ۴ ۴) ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

۱۲ ۴ ۴) فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخشی، ارجاع و ترخیص

۱۲ ۴ ۵) پاسخ دهی موارد بحران

۱۲ ۴ ۶) پاسخ به کد احیاء

۱۲ ۴ ۴) ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می شوند.

۱۲ ۴ ۸) داروهایی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک، بدون دستور دارویی مستند پزشک، به بیمار بدهد. (فهرست

این داروها و دوز مجاز آنان، از قبل در بخش مستند شده و موجود است). **Standing order**

۱۲ ۴ ۹) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت

۱۲ ۴ ۱۰) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید.

۱۲ ۴ ۱۱) گند زدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

۱۲ ۴ ۱۴) راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع (راهنماهای مورد تأیید وزارت متبوع)

۱۲ ۴ ۱۴) پاسخ های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی تنفسی)

۱۲ ۴ ۱۴) کنترل عفونت

۱۲ ۴ ۱۵) مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم های فشاری

۱۲ ۴ ۱۶) کنترل و تسکین درد

۱۲ ۴ ۱۷) استفاده از ابزارمهار فیزیکی و شیمیایی

۱۲ ۴ ۱۸) شناسائی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه درموارد تشابه اسمی و گروه های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فراورده های خونی

۱۳) پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

۱۳ ۴) اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.

۱۳ ۴) اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد

۱۳ ۴) در طی کلیه مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره ها، درمان ها و مراقبت های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می پذیرد.

۱۳ ۴) پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می نماید.

۱۳ ۵) در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیاز های آنان به خدمات زیر مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند:

۱۳ ۵ +) تسکینی و آرامبخش

۱۳ ۵ ۴) درمانی

۱۳ ۵ ۴) تغذیه ای

۱۳ ۵ ۴) مدد کاری اجتماعی

۱۳ ۵ ۵) ارتقاء سلامت

۱۳ ۵ ۶) پیشگیری و بازتوانی

گزارش پرستاری:

۱۳ ۶) یک پرستاربخش مراقبت های ویژه، بیمار را در بخش پذیرش نموده و جهت تداوم مراقبت موارد زیر را ثبت می نماید:

۱۳ ۶ +) شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی

۱۳ ۶ ۴) ساعت و تاریخ پذیرش در بخش

۱۳ ۶ ۴) نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)

۱۳ ۶ ۴) برنامه درمانی و کلیه بررسی ها و آزمایش های درخواست شده توسط پزشک معالج.

۱۳ ۶ ۵) توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار

۱۳ ۶ ۶) نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار)

گزارش پزشکی:

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

۱۳ ۴ ۶) ساعت و تاریخ انجام ویزیت

۱۳ ۴ ۴) تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار

۱۳ ۴ ۳) تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی ها و آزمایش های لازم

۱۳ ۴ ۴) توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴) پرونده بیمار

۱-۱۴) برای همه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش های مربوط به بیمار هستند،

حداقل های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش های مربوط به بیمار،

مشخص شده است.

۲-۱۴) در ثبت مستندات در پرونده بیمار(یا سایر گزارش های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت

می شوند:

۱۴ ۴ ۴) تمام اطلاعات با خودکار، نوشته می شوند.

۱۴ ۴ ۴) تمام مستندات با خط خوانا ثبت می شوند.

۱۴ ۴ ۴) نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می شوند.

۱۴ ۴ ۴) زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.

۱۴ ۴ ۵) در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش های بیمار، امضاء و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

۱۴ ۴ ۶) هیچ فضای خالی بین پایان نوشته ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.

۱۴ ۴ ۷) در مستندات و گزارش های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر) استفاده نشده است.

۱۴ ۴ ۸) در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می شود "اصلاح شد" و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می گردد.

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

۱۵) ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱-۱۵) پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی ها و مراقبت ها، با یکدیگر مشارکت می نمایند.

کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می نمایند: (۴ ۱۵)

۱۵ ۴ ۴) یشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار

۱۵ ۴ ۴) ثبت روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت

۱۵ ۴ ۴) ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار

۱۵ ۴ ۴) ثبت روزانه (در صورت لزوم ویا توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاهتر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج

۱۵ ۴ ۵) بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرامبخش، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می شوند.

۱۵ ۴ ۶) رعایت بهداشت دست ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می گیرد.

۱۵ ۴ ۴) اقدامات مراقبتی، بر اساس برنامه ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می شوند.

۱۵ (۱۵-۲-۸) در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط مشی ها و روش های

بیمارستان، تکمیل شده و نسخه ای از آن، به بیمار تحویل می گردد.

۱۵ ۴ ۸) در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش های لازم در زمینه مراقبت های پزشکی را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.

۱۵ ۴ ۹) در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش های لازم در زمینه مراقبت های پرستاری را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.

۱۵ ۴ ۱۰) زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می شود.

۱۵ ۴ ۱۱) اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

۱۶) دستورات دارویی

۱۶-۱) یک نسخه از کتاب/مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش مراقبت های ویژه در دسترس است.

۱۶-۲) کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها می باشد.

۱۶-۳) فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می شود.

۱۶-۴) فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار انجام و ثبت می شود.

۱۶-۵) فرایند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می گردد. داروها و فرآورده های پرخطر حداقل شامل موارد ذیل است:

۱۶ ۵ ۱) کلیه مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت

۱۶ ۵ ۲) خون و فرآورده های خونی

۱۶ ۵ ۳) دیگوکسین وریدی

۱۶ ۵ ۴) انسولین

۱۶ ۵ ۵) اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی

۱۶ ۵ ۶) ترکیبات تغذیه کامل وریدی

۱۶ ۵ ۷) دوزهای کودکان از ویال های چند دوزی

۱۶ ۵ ۸) کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه حل های نه گانه ایمنی بیمار)

۱۶-۶) بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست، در زمان درست به فرد درست داده می شود، پیش بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می نمایند.

۱۶-۷) همواره آنتی دوت ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش مراقبت های ویژه وجود دارد.

۱۶-۸) باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات بخش جهت مراقبت های اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت های بخش مراقبت های ویژه تامین شود.

۱۶-۹) ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل ها و آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه روز و در تمامی قسمت های بخش مراقبت های ویژه در دسترس است.

۱۶-۱۰) سرپرستار بخش یا پرستار مسؤول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می کند.

۱۶-۱۱) پرستار مسؤول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می نماید.

۱۶-۱۲) داروها مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسؤول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷) آموزش بیمار و همراهان

۱۷-۱) به بیماران بستری (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت توسط تیم پزشکی مربوطه در نظر گرفته شده، روش های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هر گونه هزینه مورد انتظار ارائه می شود.

۱۷-۲) نام فرد یا افراد مسؤل ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده است.

۱۷-۳) بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش مراقبت های ویژه برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

امکانات و ملزومات

۱۸) خدمات پشتیبانی بخش های پاراکلینیک

۱۸ +) خدمات پشتیبانی بخش ICU باید به صورت شبانه روزی در دسترس باشد مانند:

۱۸ +) تصویر برداری

۱۸ +) آزمایشگاه،

۱۸ +) خدمات دارویی

۱۸ +) بانک خون

۱۸ (۴) یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویر بردار در طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

۱۸ (۳) فهرست آزمایش های اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۱۸ (۴) امکان دریافت پاسخ آزمایش های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتبا با آزمایشگاه توافق شده است .

۱۹) توالی اورژانس

۱۹ (۱) توالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

۱۹ (۱) + دفیبریلاتور

۱۹ (۲) + مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس میکر موقت

۱۹ (۳) + داروهای اورژانس

۱۹ (۴) + لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه ها

۱۹ (۵) + لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک بار مصرف)

۱۹ + ۶) آمیوگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان

۲۰ - ۱۹-۷) لارنگوسکوپ با تیغه هایی در تمامی اندازه ها

۱۹ + ۸) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

۱۹ + ۹) تخته احیا (یک مورد) اطفال و بزرگسال

۱۹ + ۱۰) ساکشن

۱۹ + ۱۱) کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۱۹ + ۱۲) مستندات نشان می دهند که پرستار مسؤول از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می نماید.

۱۹ + ۱۳) شواهد مستند نشان می دهند که دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۲۰) امکانات

۲۰ + ۱) کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

۲۰ + ۲) امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت های اورژانسی مقدور است.

۳ ۲۰ هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.

۴ ۲۰ همه پریزهای یو پی اس به وضوح مشخص است.

۵ ۲۰ اتاق درمان در بخش وجود دارد.

۶ ۲۰ در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.

۷ ۲۰ اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

۸ ۲۰ اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

۹ ۲۰ امکان رعایت بهداشت دست ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۲۱) ایمنی فیزیکی

۱-۲۱) سیستم زنگ خطرنگهبانی متصل به مرکز، در دسترس وسالم است.

۲-۲۱) داخل بخش مراقبت های ویژه، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.

۳-۲۱) نگهدارنده در زمان مورد نیاز در بخش مراقبت های ویژه، فوراً در دسترس است.

۴-۲۱) شواهدی مبنی بر اینکه نگهدارنده آموزش امنیتی را گذارنده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد .

۵-۲۱) دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش مراقبت های ویژه، کنترل شده و محصور است.

۲۲) بهبود کیفیت

۱-۲۲) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به بخش مراقبت های ویژه می باشد، در دسترس است.

۲-۲۲) برنامه بهبود کیفیت این بخش، هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، است.

۳-۲۲) برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۴-۲۲) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۵-۲۲) مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۲۳) جمع آوری و تحلیل داده ها

۲۳) داده های بخش مراقبت های ویژه، جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۲۳) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۲۳) چک لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۲۳) ممیزی انجام می شود.

۲۳) تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن، مستند شده اند.

۲۳) در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.