

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان





دستور العمل اجرایی اورژانس بیمارستانی

دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و موسسات وابسته
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تهیه و تنظیم:

تحت نظارت:

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره اورژانس بیمارستانی

28 آذر 98

فهرست مطالب

5	مقدمه
6	تعاریف
7	اهداف
7	هدف کلی
7	اهداف اختصاصی
8	واحد های مختلف اورژانس
8	الف - تریاژ (Triage)
8	ب- اتاق احیا (Resuscitation Room)
9	ج- واحد درمان و مراقبت حاد (Acute Unit)
10	د- واحد بستری اورژانس

10	ز- اتاق عمل سرپایی
11	و- واحد درمان سریع (<i>Fast Track</i>)
11	ه-مراقبت ویژه در اورژانس
13	مشخصات فنی ارائه خدمات اورژانس بیمارستانی
13	قبل از خدمت
13	تعامل با اورژانس پیش بیمارستانی (<i>EMS</i>)
15	پذیرش بیمار از سایر مراکز
16	در حین خدمت
16	گردش کار
17	فرایند تریاژ
21	فرایند پذیرش
21	ارزیابی پرستاری بیماران:
22	ارزیابی پزشکی بیمار
23	اقدامات تشخیصی
23	فرآیند های درمانی
26	فرایند تعیین تکلیف
26	مرتبط با خدمت
26	تعامل با سایر گروه های تخصصی
27	تعامل با سایر بخش ها در بیمارستان
27	فرایند اعزام / انتقال به سایر مراکز درمانی:
29	دیاگرام فرایند گردش کار
30	نیروی انسانی
30	ویژگی ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت
30	ریاست بخش اورژانس
30	شرح وظایف رییس بخش اورژانس:
32	عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضا تیم ارائه کننده خدمت
33	پرستار تریاژ
34	پرستار تخصصی اورژانس
35	گروه بالینی بخش اورژانس
35	تیم احیا
35	متخصص مقیم بخش اورژانس
36	پزشک متخصص آنکال
38	مدیریت خدمت
38	مدیریت تخت های بستری
38	فرایند مدیریت تخت <i>Bed Management</i>
39	گروه مدیریت تخت های بستری
39	مدیر تخت بستری (<i>Bed Manager</i>)
40	مدیریت بخش اورژانس در بحران
41	برنامه ریزی و سازماندهی
41	کمیته ارتقاء خدمات اورژانس های بیمارستانی
41	معرفی کمیته های ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی
42	اعضاء کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان
42	شرح وظایف کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان

43	کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس دانشگاه
43	اعضای کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس دانشگاه
44	شرح وظایف کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس
45	ثبت و گزارش دهی
46	جدول شاخص ها
47	پایش و ارزشیابی
49	چک لیست پایش
49	برنامه ریزی فضای فیزیکی بخش اورژانس
49	شاخص های مؤثر در برآورد تعداد تخت های اورژانس
50	برنامه ریزی و برآورد تعداد تخت های قابل شمارش در بخش اورژانس
52	تجهیزات پزشکی سرمایه ای (و یا اقلام اداری)
53	داروها، مواد و لوازم مصرفی
54	انجام خدمات آزمایشگاهی اورژانس
59	صیانت از حقوق اختصاصی بیمار
60	منابع
61	پیوست ها
61	پیوست یک: دوره های مورد نیاز پزشکان شاغل در بخش اورژانس
63	پیوست 2- راهنمای سنجی های اعتباربخشی
64	پیوست 3- فرآیند انتقال بیمار
65	پیوست 4- تقسیم بندی خدمات بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز بر اساس سطح بندی

مقدمه

جامع ترین و حیاتی ترین خدمات اورژانسی در هر بیمارستان، در بخش اورژانس ارائه می شود. این بخش به عنوان ورودی بیمارستان اورژانسی و در ارتباط تنگاتنگ با سایر بخش های ارائه دهنده خدمات اورژانسی، طیف گسترده ای از خدمات اورژانسی را از مرحله پذیرش و ارزیابی اولیه تا تعیین تکلیف و ترخیص به بیمارستان، آسیب دیدگان و حتی زنان باردار ارائه می دهد. اگرچه بخش اورژانس نقش به سزایی در ارائه خدمات اورژانسی به بیمارستان دارد، اما بیمارستان ممکن است جهت فرآیندهای تکمیلی در زمینه تشخیص و درمان به سایر بخش های بیمارستان و یا سایر مراکز درمانی منتقل شود. اورژانس های بیمارستانی از مهمترین و پرمخاطره ترین بخش های بیمارستان می باشند که عملکرد آنها می تواند تاثیر به سزایی بر سایر بخش ها و رضایتمندی بیمارستان بگذارد. تقریباً تمامی اتفاقات روزانه بیمارستان ها در بخش اورژانس نیز رخ می دهد به طوری که می توان بخش اورژانس هر بیمارستان را نمونه کوچک آن بیمارستان در نظر گرفت.

عملکرد بخش اورژانس شامل، پذیرش، تریاژ، تثبیت، تشخیص اولیه، معالجه و ارائه خدمات درمانی - مراقبتی به بیمارستان مراجعه کننده و یا بیمارستان اعزامی یا انتقالی از دیگر مراکز و سرویس اورژانس پیش بیمارستانی یا امدادی می باشد. این بخش به جهت ماهیت عملکردی و همچنین لزوم ارائه خدمات با بالاترین کیفیت ممکن، می بایست با ساختاری منطبق با استانداردها و شاخص های علمی در چارت هر مرکز درمانی تعریف گردد. مطابق با نگرش سند درمان کشور، حداقل به میزان 10 درصد از تخت های بیمارستان به بخش اورژانس اختصاص دارد، که بطور متوسط 60 درصد آنها جزو تخت های بستری اورژانس می باشند. با رویکردی ارتقا محور و پس از

مصوب شدن تخت بستری اورژانس در قالب تخت فعال بیمارستان، تامین نیروی انسانی لازم و تجهیزات لازم در محاسبات بیمارستانی لحاظ و موجبات ارتقا خدمات فراهم گردیده است. این دستورالعمل به منظور تحقق بخشی از اهداف اسناد بالادستی مانند سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت، قانون برنامه توسعه پنجساله ششم جمهوری اسلامی ایران و اولویت های ابلاغی ریاست جمهوری و همچنین ایجاد بسترهای اجرایی با هدف بهبود، ارتقاء و تعالی بخشی به مدیریت اورژانس های بیمارستانی کشور، تسهیل در فرآیند تصمیم گیری و شفافیت در گردش کار، تبیین ساختار، تعیین شرح وظایف و رفع موانع و تسریع در دسترسی مراجعین و بیماران به خدمات مطلوب در بخش اورژانس بیمارستانها تدوین گردیده است.

تعاریف

- **تریاز:** تریاز به معنای دسته بندی یا اولویت بندی بیماران به منظور تسریع شناسایی و افتراق بیماران بدحال به منظور رسیدگی و کم شدن احتمال نادیده گرفته شدن آنهاست.
- **مشاوره درمانی:** استفاده و بهره گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار می باشد و شامل مشاوره فوریتی (Emergent)، مشاوره اورژانسی (Urgent) و مشاوره غیر اورژانسی (Non Urgent) می باشد.
- **پزشک آنکال:** پزشک متخصصی است که در ساعات کشیک (در خارج از ساعات اداری و روزهای تعطیل) قابل دسترسی و احضار به بیمارستان می باشد.
- **پزشک مقیم:** پزشک متخصص/ فوق تخصص / فلوشیپ است که در تمام طول ساعات مقرر برای کشیک (در خارج از ساعات اداری و روزهای تعطیل) در بیمارستان حضور داشته و انجام وظیفه می نماید.
- **مقیمی پاره وقت:** حضور متخصص مقیم با لزوم پوشش کامل ساعات پیک مراجعه، که در ساعات محدودی از شبانه روز اجرا می شود.
- **پزشک اورژانس:** پزشک عمومی یا متخصصی است که برابر برنامه تنظیمی در بخش اورژانس بیمارستان به صورت شبانه روزی به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی می پردازد.
- **بیمار اورژانس:** به بیماری گفته می شود که به تشخیص پزشک اورژانس نیاز به ویزیت و رسیدگی فوری برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی داشته باشد.
- **تعیین تکلیف بیمار:** مشخص شدن وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به یکی از حالات زیر می باشد:
 - دستور انتقال قطعی بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس به یکی از سرویس های درمانی مشخص
 - دستور مرخص شدن بیمار از بیمارستان بعد از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی لازم توسط پزشک اورژانس
 - دستور اعزام به سایر بیمارستان ها توسط پزشک اورژانس
 - فوت بیمار و انتقال وی به بخش سردخانه بیمارستان
- **اعزام/انتقال:** هر گونه جابه جایی بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر که به منظور تامین زنجیره خدمات درمانی و کاهش موارد مورتالیتی و موربیدیتی بیماران صورت می پذیرد، اعزام/انتقال نامیده می شود.

- **مدیریت تخت های بستری:** فرایند نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران از زمان بستری در اورژانس تا بستری در بخش و ترخیص از بخش های بستری بیمارستانی می باشد.
- **مدیر تخت های بستری:** در هر بیمارستان مسئولیتی تحت عنوان مدیر تخت های بستری تعریف می گردد. این مدیر مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران از ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص از بخش های بستری را دارد.

اهداف

هدف کلی

ارتقاء ارائه خدمات و فرآیندهای اورژانس های بیمارستانی کشور

اهداف اختصاصی

1. افزایش دسترسی عادلانه به خدمات از طریق سطح بندی خدمات اورژانس بیمارستانی
2. بهینه سازی نیروی انسانی بخش اورژانس بیمارستانی (تعیین شرح وظایف و حدود اختیارات)
3. ارتقاء فرایند ها و تعاملات درون بخشی و بین بخشی اورژانس بیمارستانی
4. یکپارچه سازی و به روز رسانی بخشنامه ها و دستورالعمل های بخش اورژانس بیمارستانی
5. بهبود وضعیت پذیرش و انتقال بیماران بخش اورژانس بیمارستانی
6. ارتقاء ایمنی بیمار و امنیت زیرساخت های حیاتی محیط بیمارستان

واحد های مختلف اورژانس

تریاج (Triage)

تریاج، اولین واحد قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس می باشد، که عملکرد اصلی آن اولویت بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است و هدف آن تخصیص مناسب ترین منابع در کمترین زمان به نیازمندترین بیماران می باشد. در این واحد بیماران توسط پرستار تریاج مورد سطح بندی قرار می گیرند تا تعیین شود باید به کدام قسمت اورژانس منتقل گردند. پرستاران شاغل در این واحد باید از مجرب ترین و توانمند ترین پرستاران بیمارستان انتخاب شوند. بنا به اهمیت ویژه این واحد، شرایط تشکیلاتی و ساختاری تریاج از جمله نیروی پرستاری آموزش دیده، ساختار فیزیکی اختصاصی، جانمایی مناسب و تجهیزات این واحد بایستی بر اساس آخرین استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد.

براساس شلوغی و تعداد مراجعه کنندگان، ممکن است یک، دو یا تعداد بیشتری از پرستاران تریاج در این واحد، به ارائه خدمت بپردازند.

در اورژانس های با بار مراجعه سالیانه بالای 30 هزار بیمار، حضور نیروی منشی ضروری می باشد.

وجود واحد تریاج در کلیه بیمارستان های کشور الزامی است.

اتاق احیا (Resuscitation Room)

اتاق احیا قسمتی از بخش اورژانس می باشد که می بایست از لحاظ موقعیت و جایگاه و فضای فیزیکی و همچنین تجهیزات بر اساس آخرین دستورالعمل های ابلاغی وزارت طراحی و آماده سازی گردد. این اتاق محل پایدار سازی بیماران اورژانس می باشد و هر بیمار ناپایداری به این واحد منتقل می گردد.

این اتاق در اورژانس های کوچک حداقل یک تخت و در اورژانس هایی با تعداد پذیرش بالا (60 هزار پذیرش سالانه و بیشتر) باید فضای لازم مستقل با حداقل سه تخت و در صورت لزوم، فضای استقرار پنج تخت را دارا باشد. بدیهی است با متناسب با افزایش تعداد تخت، تجهیزات نیز افزایش پیدا می کند.

با توجه به نقش حیاتی این اتاق، موقعیت آن باید در کوتاه ترین فاصله نسبت به ورودی اورژانس قرار داشته باشد. حداکثر فاصله ورودی اورژانس تا ورودی اتاق احیاء بیشتر از 10 متر نباشد. همچنین دسترسی سریع و مناسب با کوتاه ترین فاصله ممکن با ورودی بیمارانی که با وسایل نقلیه شخصی به اورژانس منتقل شده اند و وارد تریاژ می شوند و ورودی احتمالی آمبولانس لازم است.

جهت افزایش سرعت عمل در انتقال بیمار به این اتاق، لازم است مسیر ارتباطی به این فضا به صورت مستقیم بوده و یا تا حد امکان دارای کمترین چرخش باشد.

اتاق احیا به اقتضای نوع طراحی و تعداد پذیرش سالیانه اورژانس با دو در مجزا برای ورود و خروج بیمار و پرسنل تعبیه می گردد.

تعبیه اتاق احیا برای تمامی اورژانس های کشور الزامی است.

واحد درمان و مراقبت حاد (Acute Unit)

واحد مراقبت و درمان حاد، محدوده ای از بخش اورژانس می باشد که بیماران پایدار که نیازمند اقدام تشخیصی یا درمانی فوری می باشند به صورت مستقیم تحت نظارت کادر درمانی با تجربه، تحت مانیتورینگ قرار گرفته و اقدامات لازم بر اساس فرایند ها برای ایشان انجام می پذیرد. به عبارتی دیگر، بیماران سطوح 2، 3 تریاژ ESI بصورت مستقیم یا پس از دریافت خدمات اولیه، و بیماران سطح 1 تریاژ و سطح 2 ناپایدار پس از دریافت اقدامات احیا در CPR و یا Shock Room به دستور پزشک وارد فضای درمان و مراقبت حاد می شوند و تا زمان تعیین تکلیف در این فضا تحت مراقبت قرار می گیرند. واحد درمان حاد شامل زیر واحد تروما و داخلی می باشد.

دو رکن اساسی حوزه فوریت را فضاهای عملیاتی و فضاهای مراقبتی تشکیل می دهند. بخش اصلی فضاهای مراقبتی مربوط به فضاهای درمان به منظور ارائه خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران بدحال، که به اصطلاح به آن ها فضای حاد گفته می شود.

بیماران مراجعه کننده به اورژانس که سطوح 1، 2 و 3 تریاژ را تشکیل می دهند، اغلب به صورت مستقیم و یا پس از دریافت خدمات اولیه در فضاهای عملیاتی، بر حسب شرایط خود و به دستور پزشک مربوطه، وارد فضای درمان حاد می شوند و تا زمان تعیین تکلیف و به طور کلی مشخص شدن وضعیت بیماری آن ها، در این فضاها تحت مراقبت قرار می گیرند.

فضای حاد در بخش اورژانس شامل تخت های مانیتور دار متناسب مراقبتی بر اساس نوع و وضعیت بیماران و سطح خدمات قابل ارائه به آنها است، در واقع در این فضا بر اساس وضعیت بیمار و سطح ارائه خدمات، مشابه بخش های ویژه و یا همانند بخش های بستری می باشد.

فضای حاد در بیمارستان های ریفرال می تواند بر اساس نیاز اورژانس و سطح ارائه خدمت، با حفظ تعداد کل تخت ها به سالن های کوچک یا پارتیشن های مجزا (8 الی 10 تختخوابی) با مدیریت یکپارچه تقسیم گردد. تقسیم بندی

پارتیشن‌ها بر اساس ورود سالانه اورژانس، اتیولوژی، جنسیت و شرایط بالینی صورت می‌پذیرد. این موضوع در طراحی فضای فیزیکی، نوع تجهیزات، تعداد و ترکیب نیروی انسانی تأثیر مستقیم خواهد گذاشت. در اورژانس‌های سطح سوم، واحد Acute care داخلی از جراحی (تروما) جدا در نظر گرفته شود. و در سایر سطوح، حداقل از نظر موقعیتی قابل تفکیک باشد.

وجود واحد درمان و مراقبت حاد برای تمامی اورژانس‌های کشور الزامی است.

❖ فضای حاد در تمامی اورژانس‌های بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی می‌بایست زیر نظر پزشک متخصص طب اورژانس باشد و تمام دستیاران و کارورزان شاغل در اورژانس چه از رشته اورژانس و یا از سایر رشته‌ها باید زیر نظر متخصص طب اورژانس باشند و کارنامه عملکردی ماهانه دریافت کنند.

واحد بستری اورژانس

واحد بستری اورژانس مکانی در اورژانس است که خدمات مراقبتی به بیماران پس از تعیین تکلیف در واحد مراقبت و درمان حاد، در این واحد ادامه می‌یابد. (ضمن رعایت شاخص‌های خروج بیمار از اورژانس، در صورتی که بیمار پس از تعیین تکلیف به سایر بخش‌های بستری یا بخش ویژه منتقل نشود و یا نیاز به مدت زمان مشخص تحت نظر قرار داشتن پیش از ترخیص وجود داشته باشد). این واحد در اورژانس بیمارستان‌های سطوح دوم و سوم می‌بایست به صورت مجزا از قسمت حاد در نظر گرفته شود.

❖ در بیمارستان‌های آموزشی دارای دستیار، این بخش زیر نظر اعضای هیات علمی آموزشی و در بیمارستان‌های درمانی با پزشک مسئول شیفت بخش اورژانس می‌باشد و مسئولیت بیماران بر عهده این پزشکان می‌باشد. این پزشکان مکلفند با ویزیت مرتب بیماران بخش و ترخیص آن‌ها، نسبت به تعیین تکلیف نهایی بیماران بستری اورژانس اقدام کنند، این بیماران حداقل در هر شیفت باید ویزیت شوند.

اتاق عمل سرپایی

فضای اصلی در بخش اورژانس جهت انجام عملیات تهاجمی و نیمه تهاجمی بر روی بیمار در اتاق عمل سرپایی است. این موارد طیف گسترده‌ای از عملیات همچون ترمیم زخم و پانسمان‌های پیچیده، انجام بخیه‌های مختلف، جا اندازی‌های همزمان با بخیه، پانسمان سوختگی، لیگاتور شریان، انجام فرآیندهایی از قبیل گذاشتن کاتتر ورید مرکزی، گذاشتن لوله قفسه صدری، گچ‌گیری، مدیریت و آتل‌گیری شکستگی‌های باز، کنترل خونریزی و غیره را شامل می‌شود.

جهت بیماران غیر پایدار سطح یک که در اتاق احیا تحت درمان می‌باشند، انجام اقدامات اورژانس نظیر تعبیه CVP، و گذاشتن لوله قفسه صدری در همان اتاق احیا بلامانع است. انجام هرگونه اقداماتی که در فرایند درمان ماهیت اورژانس ندارد، در اتاق عمل سرپایی نباید انجام گیرد.

وجود اتاق عمل سرپایی در تمامی اورژانس‌ها متناسب با بیمارستان جنرال یا بیمارستان با گرایش تک تخصصی متناسب با پروسیجرهای روتین الزامی است.

واحد درمان سریع (Fast Track)

فضایی است که برای بیماران سرپایی (بیمارانی که واجد شرایط تشکیل پرونده بستری اورژانس نباشند) طراحی شده است. پس از تریاژ، واحد Fast Track این امکان را فراهم می نماید تا بیماران سرپایی، جهت دریافت خدمات تشخیصی و درمانی در فضایی جداگانه و مجاور با بخش اورژانس با مدیریت یکپارچه، توسط پزشک اورژانس ویزیت و خدمات لازم را دریافت نمایند.

واحد مراقبت ویژه در اورژانس

در مراکز ریفرال و سطح سوم که امکانات موجود اعم از فضای فیزیکی، تجهیزات و پرسنل کافی موجود باشد و به علت مراجعات بالا و عدم وجود تخت بستری ویژه در آن مرکز، در موارد مکرر بیماران بد حال نیازمند مراقبت ویژه طولانی مدت تر از استاندارد در اورژانس باشند، توصیه می گردد، واحد مراقبت های ویژه (ICU) اورژانس ایجاد شود و در راستای تعیین تکلیف مناسب بیماران نیروهای مجزایی به این واحد اختصاص یابد تا سایر نیروهای اورژانس جهت پذیرش و ارائه خدمت مناسب به سایر مراجعین آمادگی بیشتری داشته باشند. بدیهی است استاندارد های لازم بخش مراقبت های ویژه میبایست در این واحد به صورت دقیق مد نظر قرار گیرد.

با توجه به ضرورت تخلیه بخش اورژانس و آمادگی جهت پذیرش بیماران با وخامت بالینی بالاتر سقف ماندگاری بیماران در بخش ICU اورژانس با مصوبه کمیته/ کارگروه ارتقا اورژانس بیمارستان و دانشگاه بین 24 تا 48 ساعت تعیین می گردد. در خصوص راه اندازی بخش مراقبت ویژه اورژانس با توجه به ماهیت بیماران این بخش، مدیریت این واحد بنا به مصوبه کمیته/ کارگروه دانشگاه بر عهده متخصصین مقیم گذاشته شود به منظور امکان تامین نیروی کافی، ضریب پرستار به تخت همانند بخش ICU لحاظ گردد. مدیریت تجویز دارویی و کاهش میزان تداخلات با حضور فارماکولوژیست بالینی در بخش اورژانس به خصوص در بخش مراقبت ویژه اورژانس در اورژانس بیمارستانهای ریفرال و آموزشی قابل انجام است.

اتاق ایزوله عفونی

به منظور جلوگیری از انتقال بیماری های واگیردار از بیمار عفونی به سایر بیماران و افراد حاضر در اورژانس، اتاق ایزوله عفونی در حوزه فوریت در نظر گرفته می شود. پیش بینی این اتاق به عنوان عامل مهمی در جهت کاهش آمار مرگ و میر، افزایش کنترل عفونت، پیش گیری از همه گیر شدن بیماری، جلوگیری از افزایش مدت بستری بیماران به حساب می آید. به طور کلی موارد استفاده از اتاق های ایزوله در بیمارستان و در بخش اورژانس به دلیل نوع بیماران به شرح زیر است:

- جلوگیری از انتقال بیماری (بیماری های عفونی) از بیمار به سایر بیماران، کارکنان و افراد:

در مورد بیماری های واگیر دار به علت امکان سرایت بیماری از یک شخص ناقل به افراد دیگری که در بخش بستری هستند، لازم است این نوع بیماران را در اتاق های ایزوله عفونی و ترجیحاً با فشار منفی بستری نمایند تا برای دیگر بیماران امکان ابتلا به حداقل ممکن برسد.

- جلوگیری از انتقال آلودگی و بیماری از محیط به فرد بیمار:

یکی دیگر از موارد حائز اهمیت در مورد جداسازی بیماران، مربوط به اشخاصی است که آمادگی دریافت هر نوع بیماری و عفونت را دارند. بدین معنی که قوای دفاعی بدن این دسته از بیماران بر اثر بیماری کم شده و یا بر اثر اعمال جراحی و یا دیگر عملیات درمانی، مکانیسم دفاعی بدن آنها در مقابل سرایت میکروارگانیسم ها ضعیف شده است. در این حالت این بیماران را در اتاق ایزوله مثبت (محیط حفاظتی) بستری می نمایند.

وجود اتاق ایزوله عفونی در تمامی اورژانس ها الزامی است. لازم به ذکر است، اتاق ایزوله مذکور از نوع ایزوله عفونی و ترجیحاً با فشار منفی است که به منظور حفاظت از سایر افراد، بیمار عفونی را در این اتاق بستری و نگهداری می نمایند.

اتاق ایزوله عفونی از سه فضای اصلی تشکیل شده که شامل پیش ورودی، فضای بستری و همچنین سرویس بهداشتی می باشد. در این خصوص رفت و آمد کلیه کارکنان و افراد باید از طریق پیش ورودی و پس از انجام اقدامات کنترل عفونت همچون شستشوی دست و پوشیدن روپوش صورت پذیرد. ورود تجهیزات و وسایل بزرگ نیز ممکن است از طریق پیش ورودی و یا به واسطه یک ورودی مستقیم به داخل اتاق بستری صورت پذیرد.

❖ مطابق استاندارد های موجود سایر فضاهای بخش اورژانس شامل واحد تزریقات و نوارنگاری، اتاق معاینه پزشک و اسکرین، اتاق ایزوله روان، اتاق آلودگی زدایی، اتاق درمان، اتاق تمیز و کثیف، صندوق و پذیرش می باشد. 1

مشخصات فنی ارائه خدمات اورژانس بیمارستانی

قبل از خدمت

تعامل با اورژانس پیش بیمارستانی (EMS)

از ارتباطات مهم برون بخشی اورژانس که نقش بسیار مهمی در مراقبت از بیمار دارد، ارتباط موثر اورژانس بیمارستانی با اورژانس پیش بیمارستانی یا EMS است. تمامی اورژانس های بیمارستانی موظف به همکاری مناسب با اورژانس پیش بیمارستانی بوده و تحویل بیماران منطبق با دستورالعمل های ابلاغی و در اولویت می بایست صورت پذیرد، هماهنگی عملیاتی دقیق و مناسب درخصوص کد های ویژه مانند 350 / 724/ 247 و رعایت و برنامه ریزی در جهت حفظ و رعایت زمان طلایی در مورد کدهای مذکور می بایست به طور جدی مد نظر و اجرایی و پایش گردد.

اصول ارتباطی:

1. ارتباط منسجم و منظم بین اورژانس بیمارستانی و EMS منطقه جهت آمادگی در بحران ها و بلايا و نیز تعامل در گردش کار بیماران انتقالی توسط EMS تبیین گردد.
2. تمهیدات لازم جهت اعلام بخش های فعال بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه جهت توزیع علمی و عملیاتی بیماران و مصدومین و عدم انتقال موارد غیر مرتبط با سرویس های موجود به واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه ها اتخاذ گردد.
3. تریاژ تمامی بیماران انتقال یافته توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) ضروری است.
4. اولویت بین دو بیمار با سطح مشابه تریاژ با بیمار منتقل شده توسط EMS می باشد و بیمارستان موظف به پذیرش این گروه از بیماران بوده و هیچ بیمارستانی حق تعطل در پذیرش بیماران بدحال منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS)، به دلیل شلوغی اورژانس یا نداشتن تخصص مربوطه را ندارد. آماده کردن تخت برای پذیرش اینگونه بیماران در تریاژ، و جابجایی اصولی بیمار از برانکارڈ آمبولانس 115 به تخت اورژانس بیمارستان بر عهده مسئول شیفت بخش اورژانس و با همکاری پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی می باشد.
5. واحد تریاژ و مسئول شیفت اورژانس باید حداکثر همکاری و سرعت را جهت تحویل بیمار و ترخیص آمبولانس داشته باشد، که این امر می بایست ظرف مدت 5 دقیقه در زمان عادی و حداکثر 15 دقیقه در مواقع شلوغی و ساعات پیک صورت پذیرد.

6. در خصوص بیمارانی که از سوی اورژانس پیش بیمارستانی به بخش اورژانس انتقال داده می شوند، پرستار تریاژ موظف است پس از تحویل بیمار نسبت به تایید سامانه پذیرش بیمار از اورژانس پیش بیمارستانی اقدام و نسخه پرونده his را به عنوان مستندات پیگیری حقوقی بیمار در پرونده وی بایگانی نماید.
7. واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستانی و سایر نیروهای امدادی موظف اند، قبل از رسیدن بیمار به اورژانس بیمارستان وضعیت تمامی بیماران بد حال با شرایط بحرانی (Critical) مانند سکته حاد قلبی یا مغزی، مادران پرخطر، کودکان بدحال، موارد ترومای شدید، مسمومیت و... را به منظور ایجاد آمادگی لازم و یا محیا کردن تجهیزات متناسب و همچنین در صورت لزوم به دریافت مشاوره تخصصی، به اطلاع سوپروایزر و یا پزشک مقیم اورژانس اطلاع دهند.
8. بیماران سکته مغزی، با تشخیص تیم اورژانس پیش بیمارستانی و پس از ارزیابی سریع پزشک در واحد تریاژ (روی برانکارڈ EMS) در صورت حضور تیم پزشکی 724 به واحد سی تی اسکن، تحویل گردد.
9. بیماران با سکته حاد قلبی با تشخیص تیم اورژانس پیش بیمارستانی در واحد آنژیوگرافی کت لب تحویل تیم 247 گردد.
10. در بیماران دارای شرایط پروسیجر اورژانس و کد تزریق ترومبولیتیک اعم از ۲۴۷ و ۷۲۴ بر اساس دستورالعمل های ابلاغی و با حداکثر سرعت ارائه خدمات انجام گردد.
11. بیماران بد حال سطح 1 و 2 تریاژ در واحد احیا (CPR) به پزشک اورژانس تحویل گردند و بیماران سایر سطوح در واحد تریاژ به پرستار واحد تریاژ تحویل گردند.
12. تمامی کدهای آمبولانس های پیش بیمارستانی موظف به تحویل بیمار در مکان های تعیین شده فوق می باشند و اختتام ماموریت پس از تایید سامانه توسط مسئول کشیک واحد مربوطه می باشد.
13. با توجه به شرایط خاص بیماران انتقال یافته با اورژانس هوایی (کد 350) تحویل بیماران انتقال یافته با اورژانس هوایی بر اساس دستورالعمل های ابلاغی و به سرعت صورت پذیرد. و کد پرسنل ویژه در تمامی شیفت های بخش اورژانس بیمارستان جهت تحویل بیماران کد 350 با شرایط استاندارد و منطبق بر ضوابط تعریف و اجرایی گردد.
14. پیشگیری از توقف طولانی مدت آمبولانس های EMS: وسایل و تجهیزاتی مانند کولار و آتل یکبار مصرف، لانگ بک برد یا شورت بک برد که جهت بیمار انتقالی از سوی EMS مورد استفاده قرار گرفته است، در هنگام تحویل بیمار جداسازی نشده و به تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی عودت داده نشود. در این خصوص لازم است معادل وسایل فوق، از مجموعه تجهیزات اختصاصی بخش های اورژانس بیمارستانی تحویل EMS گردد.
15. برگزاری جلسات مستمر و مدون بین ریاست بخش اورژانس و نماینده مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی جهت هماهنگی بیشتر و رفع مشکلات ضروری می باشد.
16. در صورت وجود نابسامانی در حیطه بیماران منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی لازم است مراتب طبق روال اداری و مکتوب به اطلاع رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه ارسال شود.

17. در صورت بروز مواجهات شغلی و بیماری در حین شیفت جهت پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی، تعاملات لازم و رسیدگی سریع جهت ایشان صورت پذیرد.

پذیرش بیمار از سایر مراکز

با توجه به لزوم رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و به کارگیری حداکثر ظرفیت امکانات تشخیصی/درمانی، اخذ پذیرش می بایست تنها در صورت عدم امکان ارائه خدمات در مرکز مبدا صورت پذیرد و تمامی موارد و گزارشات عدم رعایت شرایط مذکور می بایست در کمیته های مربوط در سطح دانشگاه بررسی و پیگیری جدی گردد.

بر اساس دستورالعمل جامع اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی ابلاغی 4 پذیرش بیماران از بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر توسط سوپروایزر یا مدیر کشیک و با هماهنگی پزشک معالج در مرکز پذیرش دهنده از طریق سامانه پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت درمان وزارت بهداشت انجام می شود و سرویس های تخصصی به صورت مستقیم در این امر دخالتی ندارند.

بیمارانی که از مراکز دیگر پس از هماهنگی با متخصص مقیم بخش اورژانس توسط سرویس های مربوطه پذیرش شده و به اورژانس آورده شده اند می بایست در تریاژ بررسی شده و اقدامات لازم برای بیماران ناپایدار (عمدتاً سطوح یک و دو تریاژ ESI) جهت تثبیت علائم حیاتی آنان صورت پذیرفته و پس از تثبیت وضعیت، به بخش مربوطه منتقل شوند.

اقدامات اولیه جهت پایدارسازی بیمار و بی حرکت سازی های لازم، اقدامات درمانی اولیه، کنترل خونریزی ها و تامین راه هوایی مطمئن می بایست در بیمارستان مبدا صورت پذیرد. مسئولیت بیمار تا رسیدن به بیمارستان بعدی و تامین امکانات و پرسنل مناسب و لازم جهت انتقال علمی و استاندارد به بیمارستان مقصد بر عهده بیمارستان مبدا می باشد.

در حین خدمت

گردش کار

- رئیس بخش اورژانس، متخصص مقیم اورژانس، سرپرستار بخش اورژانس و سوپروایزر تیم مدیریتی بخش را تشکیل میدهند و میبایست با همکاری و تعامل با یکدیگر و لحاظ نمودن آیین نامه های کشوری، استراتژی ها و مصوبات دانشگاهی و نیز در نظر گرفتن شرایط موجود بیمارستان، در جهت چرخش کار مناسب و ارائه خدمت به بیماران بهترین اقدام را انجام دهند.
- تمامی سرویس های تخصصی مورد مشاوره بایستی حداکثر در مدت تعیین شده و اولین فرصت ممکن بیماران را ویزیت و تعیین تکلیف نمایند.
- اخذ موارد همچون تایید دستورات خاص سایر سرویس های تخصصی مانند تزریق خون یا اقدامات پاراکلینیک ویژه که نیازمند توقف طولانی مدت بیمار در اورژانس (بیش از یک ساعت) باشد و یا بیماران نیازمند بستری یا مشاوره های Non Urgent و موارد مشابه، نباید در فرایند های ارائه خدمات به بیمار از جمله بستری در بخش اختلال ایجاد نماید و می بایست پس از بستری در بخش پیگیری گردد.

- با توجه به تداخلات دارویی در مشاوره های متعدد لازم است که تمامی دستورات پزشکان مشاور توسط پزشک مسئول بیمار بررسی و تایید گردد.
- تمام دستورات پزشکان مشاور پس از تایید توسط پزشک مسئول بیمار و با مهر ایشان قابل انجام است. در غیر این صورت هیچ گونه اقدام درمانی توسط پرستار نباید صورت پذیرد.
- در صورتیکه بیمار توسط سرویس تخصصی مربوطه ویزیت شد، دستورات اورژانسی پزشک معالج (قبل از انتقال به بخش) توسط پرستار اورژانس اجرا می گردد.
- سوپروایزر اورژانس و یا سوپروایزر بیمارستان، وضعیت ارائه خدمات بالینی به بیماران بد حال را در هر شیفت، در بخش اورژانس پیگیری می نمایند.
- ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانسی و مصدومین که به بخش اورژانس بیمارستانها مراجعه می کنند به هیچ عنوان منوط به جنس، نژاد، مذهب و پرداخت هزینه نمی باشد و بیمارستان ها اعم از دولتی، عمومی و خصوصی مکلفند بدون فوت وقت نسبت به درمان بیماران اورژانسی اقدام نمایند. بر اساس قوانین خودداری بیمارستان ها اعم از عمومی، دولتی و خصوصی از پذیرش و ارائه خدمات پزشکی به بیماران اورژانس با هر عنوانی خلاف مقررات بوده و برخورد قانونی با تخلفات در این زمینه از سوی دانشگاه ضروری است.
- با توجه به قالب شیفت در گردش پزشکان در بخش اورژانس، پیگیری روند خدمات بالینی بیماران اورژانس، پس از پایان هر شیفت به صورت کامل و فرایندی به پزشک شیفت بعد تحویل می گردد و پس از آن، مسئولیت بیماران اورژانس با پزشک حاضر در شیفت می باشد. در زمان تحویل شیفت همگام با پزشکان بخش اورژانس؛ پرستاران نیز بیماران را بطور صحیح و طی خط مشی مرکز تحویل و فرایند ارزیابی بطور دقیق اجرایی گردد.
- تمامی مانیتورهای اطلاع رسانی موجود در بخش اورژانس بیمارستان به ویژه سالن انتظار باید سیر فرایند ها و خدمات جاری به بیمار را به صورت لحظه ای به اطلاع همراهان بیماران برساند.

فرایند تریاژ

- کلیه بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در واحد تریاژ مورد ارزیابی و در 5 گروه تقسیم بندی می شوند. بیماران با سطح 1 و 2 ESI نیازمند تثبیت علایم در واحد احیا (CPR) و بیماران با سطح 3 ESI و هر بیمار واجد شرایط تشکیل پرونده اورژانس، در بخش حاد اورژانس و سایر بیماران با سطح 4 و 5 ESI در واحد سرپایی اورژانس یا Fast track قابل ویزیت و درمان خواهند بود.
- تریاژ یک فرایند دینامیک بوده و در هر لحظه از حضور بیمار در اورژانس بر اساس شرایط بیمار توسط پزشک یا پرستار بیمار ارزیابی و نظارت و در صورت لزوم ارزیابی مجدد (Reassess) انجام می گردد و مستند سازی در پرونده و سامانه HIS صورت پذیرد. ارزیابی مجدد توسط تیم پرستاری برای بیماران سطح 1 بصورت مداوم و بدون وقفه و سطح 2 تریاژ هر 10 دقیقه و برای سطح 3 هر 30 دقیقه صورت می پذیرد.

- تریاژ یک مفهوم با عملکرد پویا میباشد و تریاژ اولیه می بایست توسط پرستار آموزش دیده صورت گیرد ولی در تمام مدت حضور بیمار در اورژانس، بیمار به دقت تحت نظر بوده و توسط پزشک و یا پرستار مسئول بیمار مورد ارزیابی مستمر قرار می گیرد. در مواردی ممکن است سطح تریاژ بیمار تغییر نماید و در سطح دیگری از ESI طبقه بندی گردد و بر اساس آن اقدامات لازم صورت پذیرد، در صورت تغییرات سطح تریاژ در طول زمان، ملاک ارزیابی آخرین سطح تریاژ بیمار می باشد.
- پرستار واحد تریاژ نباید بیماران را به طور مستقیم به سایر تخصص های حاضر در بخش اورژانس ارجاع دهد و هر گونه ویزیت یا مشاوره، در بیماران نیازمند بستری در اورژانس باید با دستور کتبی متخصص مقیم اورژانس/پزشک اورژانس انجام پذیرد و ارجاع مستقیم بیماران از تریاژ به سایر واحدهای تخصصی حاضر در بیمارستان/بخش اورژانس مجاز نمی باشد. (به استثناء برنامه های ویژه ابلاغی وزارت مثل کدهای 247 و 724)
- لازم است پرستاران واحد تریاژ، به منظور اخذ تصمیمات صحیح تر خصوصا در مواردی که برای تعیین سطح تریاژ بیمار ابهام وجود دارد، همواره با پزشک اورژانس در ارتباط نزدیک باشند و از ایشان کسب تکلیف نمایند.
- در بخشهای اورژانس با تعداد ورودی بالا که تعدد ورودی به اتاق تریاژ موجب ایجاد صف انتظار قبل از انجام تریاژ و تعیین سطح بیماران می شود، ممکن است دو یا چند پرستار همزمان با هم و به طور موازی در اتاق تریاژ به تعیین سطح بیماران بپردازند یا از روش دولایه (Two Steps Triage) برای اولویت بندی بیماران استفاده نمایند. در روش دولایه، در حالیکه یکی از پرستاران به روش معمول در حال انجام تریاژ بیماران ورودی به واحد تریاژ است پرستار دوم به سرعت و با دیدگاهی کلی، شکایت فعلی تمامی بیماران را بررسی و بیماران سطوح اول و دوم تریاژ (Resuscitation and Emergent) را فوراً به اتاق احیا یا قسمت حاد هدایت می نماید و از بقیه بیماران میخواید برای ارزیابی بیشتر به دومین پرستار تریاژ - مستقر در اتاق تریاژ- مراجعه کنند. از آنجایی که بسیار ضروری است که هیچ بیماری در ورودی بخش اورژانس و قبل از اولویت بندی، به حال خود رها نشود، این روش ها می توانند باعث کاهش صدمات احتمالی به بیماران بدحال شوند.
- تریاژ تمامی بیماران مراجعه کننده از جمله بیماران اعزام شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) ضروری است.

تریاز و روند ارائه خدمات در داخل بخش

یکی از مسائل بسیار مهم که در فرآیند درمان بسیار موثر است تریاژ بیماران می باشد که به نوبه خود تاثیر زیادی بر طراحی و چینش فضاهای بخش اورژانس خواهد داشت، در واقع اولین مرحله از ارائه خدمات اورژانسی به بیمار، تعیین سطح تریاژ بیمار می باشد. این مرحله ممکن است در حوزه مشترک و یا پیش از رسیدن بیمار به بیمارستان در آمبولانس صورت گیرد. پس از آنکه سطح تریاژ بیمار تعیین شد، بر اساس سطح مربوطه بیمار به حوزه مورد نظر منتقل و خدمات مقتضی به وی ارائه می شود. البته در این مرحله ممکن است بیمار به صورت مستقیم به بخش های دیگر بیمارستان یا سایر مراکز درمانی نیز منتقل شود. در صورتی که اورژانس ارائه دهنده خدمات مورد نیاز بیمار باشد، بیمار به یکی از حوزه های سرپایی یا حوزه فوریت منتقل می شود.

بیماران سطح 1 تریاژ:

بیمارانی که در سطح 1 تریاژ قرار دارند دارای وضعیت حاد بوده و بالاترین سطح خدمات فوریتی بخش اورژانس را نیاز دارند؛ به بیان دیگر این دسته از بیماران به دلیل شرایط ناپایدار حیاتی، بدون دریافت سریع خدمات اورژانسی، با خطر جدی مرگ روبرو هستند. به همین دلیل این بیماران تماماً به اتاق احیاء قلبی-تنفسی منتقل می‌شوند تا تیم احیاء عملیات لازم را برای نجات جان وی آغاز کند. پس از تثبیت اولیه وضعیت بیمار، وی را در اکثر مواقع به فضای درمان واحد حاد منتقل و پس از دریافت خدمات مربوطه از حوزه فوریت خارج می‌کنند. در این حالت ممکن است جهت دریافت خدمات تکمیلی به حوزه بستری اورژانس منتقل شود. همچنین ممکن است پس از تثبیت اولیه در اتاق احیاء، بیمار مستقیماً به یکی از بخش‌های بیمارستان منتقل شود و یا در صورت نبود خدمات تخصصی مورد نیاز ممکن است به مراکز درمانی دیگری ارجاع شود.

بیماران سطح 2 تریاژ:

بیمار سطح 2 تریاژ از لحاظ وخامت وضعیت جسمانی، تا حدودی مشابه بیماران سطح 1 تریاژ بوده و هر لحظه امکان نیاز بیمار به احیاء قلبی-تنفسی وجود دارد؛ با این تفاوت که در ابتدا نیاز به خدمات احیاء قلبی-تنفسی نداشته و با کنترل و مراقبت ویژه، تسهیلات و خدمات درمانی لازم به بیمار ارائه می‌گردد. این بیمار بسته به شرایط خود به صورت مستقیم به یکی از فضاهای اصلی حوزه فوریت همچون اتاق گچ‌گیری، اتاق عمل سرپایی، فضای درمان حاد، اتاق ایزوله عفونی و اتاق ایزوله روانی منتقل و پس از دریافت خدمات مربوطه از حوزه فوریت خارج می‌شود. در این حالت ممکن است جهت دریافت خدمات تکمیلی به واحد بستری اورژانس یا سایر بخش‌های بیمارستان منتقل و یا ترخیص شود. همچنین در صورت نبود خدمات تخصصی مورد نیاز ممکن است به مراکز درمانی دیگری ارجاع شود.

بیماران سطح 3 تریاژ:

به طور کلی بیماران با سطح تریاژ 3 در مقایسه با بیماران با سطوح تریاژ 1 و 2 از شرایط وخیمی برخوردار نیستند. علائم حیاتی بیماران سطح 3 تریاژ قابل قبول است، اما اقدامات درمانی مقتضی باید در مورد آن‌ها صورت پذیرد. این بیماران بسته به شرایط خود به صورت مستقیم به یکی از فضاهای اصلی حوزه فوریت همچون اتاق گچ‌گیری، اتاق عمل سرپایی، فضای درمان حاد، اتاق ایزوله عفونی و اتاق ایزوله روانی منتقل می‌شوند و پس از دریافت خدمات لازم از حوزه فوریت خارج می‌شوند؛ در این حالت ممکن است برای دریافت خدمات تکمیلی به واحد بستری اورژانس یا سایر بخش‌های بیمارستان منتقل و یا ترخیص شوند.

لازم به توضیح است در موارد اندکی ممکن است بیمار سطح 3 تریاژ ابتدا به اتاق معاینه پزشک در حوزه سرپایی منتقل و سپس به حوزه فوریت منتقل شود.

بیماران سطح 4 تریاژ:

بیماران سرپایی که دارای سطوح 4 تریاژ هستند، پس از ارزیابی سرپایی شامل مصاحبه و معاینه توسط پزشک یا دریافت خدمات درمانی سرپایی مانند سرم تراپی، تزریقات، پانسمان، نوار قلب در واحد Fast track، در صورت نیاز به بخش‌های تشخیصی بیمارستان هدایت و در نهایت پس از تشخیص نهایی پزشک، از اورژانس ترخیص می‌شوند. لازم به توضیح است در موارد اندکی ممکن است بیمار سطح 4 تریاژ پس از معاینه در حوزه سرپایی، به منظور انجام برخی عملیات سرپایی به حوزه فوریت هدایت شود.

بیماران سطح 5 تریاژ:

بیماران سرپایی که دارای سطوح 5 تریاژ هستند تا حدود زیادی مشابه بیماران سطح 4 می‌باشند؛ با این تفاوت که استفاده از خدمات درمانی سرپایی مانند سرم تراپی، تزریقات، پانسمان، نوار قلب و همچنین خدمات بخش‌های تشخیصی

بیمارستان در این گروه کمتر نیاز است و معمولاً بیمار پس از انجام مصاحبه، مشاوره و معاینه پزشکی و در صورت نیاز به تهیه دارو از داروخانه ترخیص می شود.

فرایند پذیرش

- پذیرش و بستری بیماران در بخش های بستری بیمارستان به گونه ای طراحی گردد که بیماران در انتظار بستری از بخش اورژانس بیمارستان نسبت به پذیرش و بستری بیماران الکتیو در اولویت باشند.
- در صورت پذیرش مستقیم بیمار از بیمارستان ها و مراکز درمانی دیگر توسط سوپروایزر یا مدیر کشیک مراتب به پزشک متخصص اورژانس و سرویس مربوطه اطلاع داده شود.
- پذیرش و بستری بیمارانی که به علت عدم وجود تخت خالی در بخش های بستری و با نظر متخصص از مطب یا درمانگاه به اورژانس مراجعه می نمایند باید با نظر پزشک متخصص اورژانس و در صورت غیر اورژانسی بودن، در لیست انتظار جهت بستری در روزهای آینده قرار گیرند.
- فرایند پذیرش در واحد پذیرش اورژانس نباید بیش از 5 دقیقه به طول انجامد.
- توصیه می شود به طور کلی به ازای هر 7 تا 10 هزار بیمار که در سال پذیرش می شوند یک کارمند در واحد پذیرش مشغول به فعالیت باشد.
- ضروری است کارکنان پذیرش در زمینه مرتبط با حوزه کاری آموزش دیده باشند و کتابچه آموزشی آشنایی با اورژانس را مطالعه نموده و کارکنان بخش اورژانس در دسترس ایشان باشند.
- توصیه می شود به منظور پایش عملکرد کارکنان پذیرش از شاخص ها و معیارهایی چون میانگین مدت زمان پذیرش بیماران، میزان خطا، میزان رضایتمندی بیمار و رعایت منشور حقوق بیمار و میزان پاسخگویی استفاده گردد.

ارزیابی پرستاری بیماران:

- پس از اینکه بیمار تریاژ و پذیرش گردید، ارزیابی بیمار و اقدامات درمانی متناسب با سطح تریاژ توسط تیم پرستاری آغاز می گردد.
- (بیماران سطح 1 بلافاصله - بیماران سطح 2 طی مدت 10 دقیقه - بیماران سطح 3 طی مدت 30 دقیقه - بیماران سطح 4 و 5 طی مدت 60 دقیقه از زمان ورود)
- مراقبت اولیه پرستاری می تواند در تسهیل گردش کار بیمار در بخش اورژانس و افزایش رضایتمندی بیماران بسیار موثر باشد. در نتیجه یک پرستار مسئولیت اولیه پاسخگویی به هر بیمار را برعهده دارد و لذا باید با وضعیت و طرح درمان وی کاملاً آشنا باشد.
- پرستار بیمار باید به طور منظم وی را از آزمایشات و مشاوره های لازم مطلع سازد، وضعیت کلینیکی بیمار را به پزشک اطلاع دهد و پاسخگوی پرسش های خانواده بیمار در ارتباط با بیمارشان باشد.

- در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده سرویس پزشک معالج برای آن ها تشکیل شده است، صرفاً در صورتی که این بیماران بیش از 12 ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی، در اورژانس ماندگاری داشته باشند، فرم ارزیابی اولیه/جامع بیمار تکمیل گردد و در این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست.

ارزیابی پزشکی بیمار

- در مواردی که یک بیمار به شدت بدحال وارد بخش می شود ارزیابی پرستاری و پزشکی بیمار به طور همزمان انجام می شود.
- در شرایط غیر اورژانسی پزشک می تواند ارزیابی خود را در مدت 20 دقیقه از رسیدن بیمار به اتاق معاینه پزشکی یا بخش بستری اورژانس انجام دهد.
- چنانچه بیمار بین سرویس های مختلف تخصصی مشترک باشد بر اساس اولویت، سرویس تخصصی توسط متخصص مقیم بخش اورژانس تعیین گردد.
- تا زمانی که بیمار در بخش اورژانس بستری می باشد. پزشک متخصص مقیم اورژانس باید از وضعیت کلی بیماران موجود در بخش اورژانس اطلاع داشته باشد و انتقال بیمار به سرویس های تخصصی دیگر نافی مسئولیت متخصص مقیم اورژانس نمی باشد.

اقدامات تشخیصی

- اولویت انجام کارهای پاراکلینیک و آزمایشات با بیماران اورژانسی است.
- وجود حداقل یک دستگاه رادیولوژی پرتابل در همه بیمارستان ها ضروری است و برای بخش های اورژانس با ورودی سالانه بالای 30 هزار نفر در بخش اورژانس الزامی است.
- می بایست بین بخش اورژانس و بخش تصویر برداری دسترسی اولویت اول وجود داشته باشد.
- با هدف عدم تاخیر انتقال بیماران بخش اورژانس به بخش های بستری بیمارستان لازم است آزمایشات و پاراکلینیک غیر اورژانس همانند آزمایشات سرویس های فوق تخصصی داخلی و یا انجام رادیولوژی های با کنتراست خوراکی و سی تی اسکن با کنتراست خوراکی، انجام MRI غیر اورژانس، اسکن هسته ای، اسکوپای های غیر اورژانس از لیست خدمات ضروری اورژانس خارج گردد و این موضوع در تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات پاراکلینیک بخش اورژانس در ستاد و بیمارستان ها لحاظ گردد.
- در کنار تست های آزمایشگاهی ضروری، پزشک باید از زمان آماده شدن جواب ها نیز مطلع باشد تا به محض آماده شدن جواب ها بتواند بر مبنای آنها عمل کند.
- دانشگاه می بایست بر اساس مصوبات دورن دانشگاهی کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی آزمایشات بخش اورژانس را دسته بندی کرده و مطابق جدول زمانبندی، نتایج آزمایشات از طریق سامانه های بیمارستانی در اختیار تیم پزشکی قرارگیرد.

- در هر بیمارستان می بایست یک سیستم اطلاع دهی به پزشک وجود داشته باشد که در صورت آماده شدن جواب آزمایش ها بلافاصله پزشک را از این امر مطلع سازد. در صورتی که نتایج آزمایشات در مقادیر بحرانی و خارج از محدوده نرمال قرار گیرد با Hotline به پزشک اطلاع رسانی گردد.

فرآیند های درمانی

فرآیند احیا

- عملیات احیا از ضروری ترین و حیاتی ترین اقدامات فوریتی درمانی در اورژانس و سایر بخش های بیمارستان می باشد.
- بیماران بد حال در بدو ورود به اتاق احیا منتقل و فرآیند احیا آغاز/تداوم می یابد.
- بیماران در این واحد به صورت مستقیم از خارج بیمارستان به این واحد منتقل می گردند و یا بیماران بد حال در بخش اورژانس که در طول ماندگاری در اورژانس دچار وخامت بالینی می شوند به شرط عدم تاخیر در شروع فرآیند احیا به این اتاق منتقل می گردند، در غیر این صورت تمام تخت های بخش اورژانس باید قابلیت شروع و تداوم احیا بیماران را داشته باشند.
- بیماران از اتاق احیاء به واحد حاد اورژانس و یا یکی از بخشهای بیمارستان منتقل شود.

فرآیند ویزیت

- کلیه بیمارانی که از مراکز دیگر توسط سرویس های مربوطه پذیرش شده و به اورژانس انتقال می یابند (نا پایدار) توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت و جهت بستری تصمیم گیری گردند. سایر بیماران که وضعیت حیاتی پایدار دارند و نیازمند اقدامات تشخیصی یا درمانی اورژانس نمی باشند، مستقیماً به بخش مربوطه منتقل و بستری خواهند شد.
- حضور متخصص مربوطه مطابق با ضوابط آنکالی و مقیمی، پس از ورود بیمار به بخش اورژانس در کنار متخصص اورژانس الزامی است. در غیر اینصورت بیمار توسط متخصص مقیم اورژانس ویزیت و پس از انجام اقدامات مورد نیاز در اورژانس، در سرویس تخصصی پزشک پذیرش دهنده بستری گردد.
- در مواردی که پزشک متخصص/ عمومی اورژانس، بیمار را تعیین تکلیف نموده، سرویس نهایی مسئول بیمار را تعیین و درخواست ویزیت می نماید، در راستای تسریع در ارائه خدمات اورژانس به سایر بیماران نیازمند خدمات حاد، پس از اطلاع به سرویس مربوطه توسط آن پزشک ویزیت می گردد.
- در صورت وجود تخت خالی در بخش های بیمارستان، بیماران پس از ویزیت متخصص مربوطه در اولین فرصت به بخش های عادی یا ویژه منتقل می گردند. در صورت فقدان تخت خالی در بخش های بیمارستان و ماندگاری بیمار در اورژانس، مسئولیت این بیماران تا زمان انتقال به سرویس های دیگر بر عهده پزشک مقیم بیمارستان و یا آنکال آن رشته می باشد. ضمناً کلیه خدمات حیاتبخش و مراقبتهای بحرانی تا زمان اقامت در بخش اورژانس تا زمان حضور پزشک معالج بر عهده متخصص طب اورژانس/ پزشک اورژانس خواهد بود.

- پس از تعیین تکلیف بیماران اورژانس و تعیین سرویس تخصصی مورد نیاز، اقدامات درمانی سرویس مربوطه در قالب ویزیت تخصصی صورت می‌پذیرد و درخواست مشاوره مورد نیاز نیست.
- در بخش اورژانس مراکز آموزشی، درمانی ویزیت و دستورات پزشک بایستی توسط دستیاران حداقل سال 2 و یا بالاتر در تمامی رشته‌های تخصصی از جمله طب اورژانس صورت پذیرد و دستورات کارورزان و یا دستیاران سال اول در بخش اورژانس با تایید دستیار ارشد/ متخصص مقیم/ اتند کشیک قابلیت اجرا خواهد داشت. طبق دستورالعمل ویزیت بیماران اورژانس توسط دستیاران سرویس‌های تخصصی در مراکز آموزشی و درمانی، لازم است ارشدترین فرد که اختیار تصمیم‌گیری و تعیین تکلیف بیمار را دارد در اولین فرصت بیمار را ویزیت نماید. این زمان بر اساس شرایط بیمار متفاوت است و از 30 دقیقه (Emergent) تا 4 ساعت (Non Urgent) پس از درخواست ویزیت می‌باشد.

فرایند مشاوره متخصصین

- اولویت انجام مشاوره‌های تخصصی با بیمارانی است که در بخش اورژانس هستند.
انواع مشاوره:
الف: مشاوره فوری (Emergent):
در صورت درخواست این مشاوره از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور در صورت مقیم بودن ظرف 10 دقیقه و در غیر این صورت در مدت 30 دقیقه می‌بایست بر بالین بیمار حاضر گردد.
ب: مشاوره اورژانسی (Urgent):
در صورت درخواست این مشاوره از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور می‌بایست حداکثر ظرف مدت 2 ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.
ج: مشاوره غیر اورژانسی (Non Urgent):
در صورت درخواست ویزیت Non Urgent از هر سرویس تخصصی من جمله پزشک اورژانس، پزشک آنکال مورد فراخوان می‌بایست در زمان تعیین شده بر بالین بیمار حاضر گردد و سایر فرایندهای ارائه خدمات به بیمار از جمله انتقال به بخش نباید منوط به انجام آن گردد. با توجه به ضرورت تعیین تکلیف به موقع و خروج بیمار از اورژانس، این نوع مشاوره در طور معمول در بخش اورژانس صورت نمی‌پذیرد.
- درخواست مشاوره توسط پزشک مقیم بیمارستان بعنوان پزشک بخش پشتیبان و یا پزشک طب اورژانس صورت می‌پذیرد و درخواست مشاوره توسط پرستار بخش ممنوع می‌باشد.
- در بیمارستانهای آموزشی همه مشاوره‌ها (تایید معاینات و اظهار نظر نهایی) باید توسط متخصص مقیم یا دستیار ارشد شیفت انجام گیرد. در مواردی که حجم کار دستیار ارشد با انجام مشاوره‌ها بیش از حد توان باشد گروه آموزشی مربوطه، دستیار ارشد اختصاصی مسئول مشاوره در کشیک‌ها در همان رشته تخصصی را تعیین نماید.

فرایند تعیین تکلیف

تعیین تکلیف بیمار اعم از بستری در بخش، ترخیص و یا انتقال به اتاق عمل یا اعزام به سایر مراکز درمانی میبایست توسط متخصص مقیم اورژانس و با هماهنگی سرویس های تخصصی مربوطه انجام پذیرد.

در بیمارستان های آموزشی و غیر واجد مقیمی در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار توسط پزشک آنکال، پزشک متخصص طب اورژانس برای تعیین تکلیف بیماران حاد و انتقال به سرویس تخصصی اقدام نماید.

مرتبط با خدمت

تعاملات برون بخشی یکی از جنبه های حیاتی مدیریت است که باعث استفاده بهینه از ارتباطات و منابع به منظور دستیابی به هدف مشترک مجموعه درمانی میباشد. این تعاملات در بخش اورژانس شامل تعامل با سایر گروههای تخصصی، ارتباط مناسب با اورژانس پیش بیمارستانی، هماهنگی با سایر بخش ها در بیمارستان، تعامل با کمیته های بیمارستانی و تعامل با سامانه پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت و تعامل با سایر بیمارستان ها می باشد.

تعامل با سایر گروه های تخصصی

پذیرش بیماران نیازمند بستری در بخش های بیمارستان از بیماران اورژانس نسبت به پذیرش و بستری بیماران الکتیو اولویت دارد.

بخش اورژانس بیمارستانی در بین بخش های بیمارستان بیشترین تعامل ضروری را با بخش ها و واحدهای دیگر داراست. به همین دلیل شفاف بودن نحوه ارتباط اورژانس با سایر بخش های بیمارستان و پاراکلینیک از اهمیت ویژه ای برخوردار است. به منظور ارتباط موثر بخش اورژانس با سایر بخش ها و متخصصین این رشته با سایر رشته ها، لازم است نکات زیر رعایت گردد.

پذیرش و بستری بیمارانی که به علت عدم وجود تخت خالی در بخش های بستری و با نظر متخصص از مطب یا درمانگاه به اورژانس مراجعه می نمایند باید با نظر متخصص مقیم و در صورت غیر اورژانسی بودن، در لیست انتظار جهت بستری در روزهای آینده قرار گیرند.

در تمام مراکز آموزشی و درمانی می بایست جلسات منظمی بصورت ماهانه با حضور معاونت محترم آموزش و یا درمان جهت حل و فصل مشکلات ناشی از تداخلات بین گروهی با همکاری متخصصین طب اورژانس و سایر رشته های تخصصی برگزار گردد. لازم است در مراکز آموزشی مدیران گروه ها و یا نماینده ایشان نیز در جلسات حضور داشته باشند.

تعامل با سایر بخش ها در بیمارستان

اولویت انجام اقدامات پاراکلینیک و آزمایشات و پذیرش بخش ها با بیماران اورژانسی است. لذا بیمارستان موظف است تمهیدات لازم جهت اولویت پذیرش بیماران اورژانس را مهیا کند.

اولویت پذیرش اتاق عمل و بخش های ویژه با بیماران اورژانسی است.

پذیرش بیماران تریخیصی و ارجاعی از بخش اورژانس بیمارستان برای پیگیری روند درمان (فالو آپ) در درمانگاه های تخصصی در قالب نظام ارجاع و با در نظر گرفتن اولویت صورت می پذیرد.

- لازم است در پایان هر شیفت موارد بالای 12 ساعت ماندگاری در اورژانس به پزشک اورژانس و سوپروایزر کشیک اعلام تا در اولویت انتقال به بخش قرار گیرد.
- سامانه پذیرش بیماران و اجازه ثبت مشخصات پذیرش بیمار در بخش های بستری بیمارستان غیر از اورژانس باید به صورت شبانه روزی به نحوی مدیریت گردد که بستری بیمار جدید در بخش پس از اطلاع رسانی به مدیر تخت بیمارستان/ سوپروایزر شیفت و تایید ایشان امکان پذیر گردد. این فرایند فارغ از مداخله پزشکان گروه های تخصصی، سیستم مدیریت پرستاری بخش های مختلف را با دفتر پرستاری جاری می سازد.

فرایند اعزام / انتقال به سایر مراکز درمانی:

یک مرکز درمانی اغلب در شرایط زیر بیماران خود را به مراکز درمانی دیگر منتقل می نماید:

- الف - کمبود امکانات و تجهیزات تشخیصی درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری
- ب- فقدان یا کمبود تخصص مورد نیاز در مرکز درمانی
- اولویت اعزام بیماران به مراکز دیگر جهت انجام امور پاراکلینیکی که در بیمارستان امکان انجام آن وجود ندارد با بیماران اورژانسی است.
- اقدامات اولیه جهت پایدار سازی بیمار می بایست در بیمارستان مبدا صورت پذیرد.
- پزشک اورژانس بیمارستان مبدا مسئول تعیین نوع آمبولانس (تیپ) و پرسنل، متناسب با وخامت حال بیمار است. در مواردیکه تیپ آمبولانس تعیین شده موجود نباشد پزشک می تواند آمبولانس با تیپ یک سطح پایینتر را با تجهیزات و پرسنل مکمل معادل تیپ مورد نظر تعیین نماید.
- سوپروایزر بیمارستان مسئول تامین تجهیزات اعزام استاندارد بیمار می باشد.
- پزشک معالج بیمار، مسئول تعیین سطح تخصص و تجربه کادر درمانی، تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای فرآیند اعزام و انتقال با توجه به وضعیت موجود می باشد. سوپروایزر بالینی حاضر در هر نوبت کاری مسئول تعیین فرد براساس سطوح تعیین شده، تدارک تجهیزات و امکانات مورد نیاز طبق درخواست پزشک معالج بیمار و نظارت بر نحوه انجام فرآیند می-باشد.
- ضروری است فرآیندهای اعزام و انتقال بین دانشگاهی با هماهنگی مرکز پایش مراقبتهای درمانی و ستاد هدایت دانشگاه مبدا و مقصد انجام پذیرد.7

تکمیل نیروی تخصصی مورد نیاز اورژانس در اولویت چیدمان پرسنلی بیمارستان قرار دارد. افتتاح بخش های جدید یا توسعه بخشهای قدیمی منوط به عدم ایجاد مشکل در تامین نیروی انسانی اورژانس اعم از پزشک، سرپرستار، سوپروایزر، پرستار، کمک بهیار، بیمار بر، منشی و خدمات خواهد بود. در صورت نیاز لازم است حتی با تعدیل نیروی بخش های دیگر نیروی مورد نیاز اورژانس تامین گردد. شرح وظایف جامع هر یک از سطوح و رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در بخش اورژانس مطابق آخرین ابلاغیه مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت می باشد. 8.

چینش نیروی انسانی متأثر از سطح بندی بیمارستان، تعداد تخت و نوع مراقبت، بار مراجعه اورژانس و سختی کار در واحد های مختلف از قبیل: درمان حاد، بستری، تریاژ، CPR در بخش اورژانس بیمارستانی می باشد.

دسترسی بهنگام به بیمار بر واحد تریاژ در اورژانس های با ورودی حداقل 30 هزار نفر بیمار سالانه ضروری می باشد.

- در بیمارستانهای با بار مراجعه بیش از 30 هزار نفر در سال حضور سوپروایزر ویژه بخش اورژانس الزامی است و در سایر بیمارستان ها سوپروایزر بالینی بیمارستان وظایف او را به عهده خواهد گرفت.

ویژگی ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت

ریاست بخش اورژانس

شرایط ریاست بخش اورژانس به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

- در بیمارستانهای جنرال دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب اورژانس (ارجحیت با افرادی است که دوره توانمند سازی مدیریت بخش اورژانس بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت را گذرانده باشند).
- در بیمارستان های با گرایش تک تخصصی اولویت دارا بودن مدرک تخصصی مرتبط و سپس متخصص طب اورژانس

در بیمارستانهای جنرال در صورت نبود متخصص طب اورژانس:

الف- یکی از متخصصین مقیم با اولویت رشته های داخلی یا جراحی عمومی حداقل دو سال سابقه کار در بخش اورژانس

ب - پزشک عمومی با 3 سال سابقه کار مداوم در بخش اورژانس

شرح وظایف رییس بخش اورژانس:

1. اطمینان از اجرای استانداردها به منظور ارتقاء شاخص های ملی بخش اورژانس
2. تعریف گردش کار مطابق بخشنامه ها و قوانین موجود و تقسیم وظایف پرسنل و واحدهای مختلف اورژانس
3. مدیریت متمرکز درون بخشی واحدهای زیر مجموعه اورژانس مشتمل بر حوزه درمان، مشترک، پشتیبانی، پاراکلینیک و سایر واحدهای موجود
4. نظارت بر عملکرد تمامی پرسنل بخش اورژانس به منظور اطمینان از عملکرد بهنگام و موثر واحدهای مختلف اورژانس و ارائه بازخورد متناسب به پرسنل
5. شناسایی و اولویت بندی نیاز های بخش اورژانس به منظور تامین اعتبارات مورد نیاز
6. پیگیری تامین امکانات و تجهیزات مورد نیاز بخش اورژانس
7. رئیس بخش اورژانس موظف است به عنوان دبیر جلسات دوره ای و چندجانبه (متشکل از تمام رشته ها و پرسنل) در خصوص تنظیم Policy Procedure اورژانس بیمارستانی اقدام نماید.

8. مدیریت بر تشکیل به موقع و ماهیانه کمیته ارتقا اورژانس بیمارستان
9. رصد و پایش مقادیر شاخص های فرایندی اورژانس بیمارستان و آسیب شناسی مشکلات اورژانس و ارائه گزارش فصلی به کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی
10. اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان و صیانت از حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
11. مشارکت در کمیته های مختلف بیمارستانی در جهت تسریع و افزایش تعامل با بخش های دیگر با هدف ارتقا فرایندهای مشترک
12. تهیه و تدوین محتوای دوره های آموزشی ویژه پزشکان عمومی شاغل در بخش اورژانس در خصوص خدمات فوریتی جهت بیماران شایع اورژانس و پیگیری برگزاری سالانه آن (پیوست شماره 1 دوره های توانمند سازی پزشکان عمومی شاغل در بخش اورژانس)
13. بررسی عملکرد بالینی پزشکان عمومی توسط ریاست بخش اورژانس و اعلام بازخورد ماهیانه به ایشان
14. هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت بهره مندی از استقرار متناسب نیروهای انتظامات جهت حفظ و صیانت پرسنل و مراجعین و پیشگیری از خشونت احتمالی در اورژانس و مدیریت ازدحام

عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضا تیم ارائه کننده خدمت

عنوان تخصص	میزان تحصیلات مورد نظر	سابقه کار یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرآیند ارائه خدمت	تعداد مورد نیاز بطور استاندارد
رئیس بخش	تخصص/ عمومی	حداقل 2 سال سابقه کار پزشکی در بخش اورژانس جهت متخصص و 3 سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت پزشک عمومی	رهبری بخش به عنوان مقام ارشد مسئول	یک نفر به ازاء هر بخش
سوپروایزر	کارشناس یا ترجیحا کارشناس ارشد و بالاتر	حداقل 6 سال سابقه کار در بالین و حداقل 1 سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت کارشناس ارشد پرستاری حداقل 8 سال سابقه کاری در بالین و حداقل 1 سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت کارشناس پرستاری	مدیریت تخت در شیفت کاری و هماهنگی بین بخشی	در اورژانس های با ورودی بالای 30 هزار نفر مراجعه کننده در سال یک نفر در هر شیفت در نظر گرفته شود.
سر پرستار	کارشناس/ کارشناس ارشد و بالاتر	4 سال تجربه در بالین و 2 سال سابقه کار در اورژانس به عنوان پرستار برای کارشناسی ارشد پرستاری حداقل 5 سال سابقه کار در بالین و 2 سال تجربه در بخش اورژانس به عنوان پرستار برای کارشناس پرستاری	مدیریت بخش و مسئول شیفت بالینی در رسته پرستاری و سایر رده های غیر پزشکی	یک نفر به ازاء هر بخش
جانشین سر پرستار	کارشناس	حداقل 4 سال سابقه کاری در بالین و حداقل 1 سال سابقه کار در بخش اورژانس به عنوان پرستار	کمک در مدیریت بخش و امور محوله به سر پرستار	یک نفر به ازاء هر بخش
پرستار	کارشناس	حداقل 3 سال سابقه کاری در بالین	ارائه خدمات بالینی مصوب پرستاری	به ازای هر تخت بستری اورژانس 1.75 - 2.25 در

هر شیفت				
یک نفر به ازای هر چهار تخت	ارائه خدمات بالینی و غیر بالینی مصوب	داشتن مدرک کمک بهیاری آشنایی با اصول کار در بخش	دیپلم	کمک بهیار
در یک بخش به ازای 30 تخت یک منشی در هر شیفت در نظر گرفته می شود	نگهداری و بایگانی پرونده ها	آشنایی با اصول نگهداری و بایگانی پرونده های بیماران	دیپلم/مدیریت اطلاعات سلامت(مدارک پزشکی)	منشی
به ازای هر 8 تخت 1 نفر	نقل و انتقال بیمار و ارسال نمونه به آزمایشگاه	آشنایی با اصول نقل و انتقال ایمن بیماران	دیپلم	بیماربر
حداقل 1 نفر به ازای هر بخش در یک شیفت	نظافت کلی بخش	آشنایی با محلول های ضد عفونی کننده	دیپلم	خدمات

پرستار تریاژ

با توجه به اهمیت این واحد در بخش اورژانس، کارکنان آن باید دارای ویژگی هایی خاص باشند. این افراد باید از با تجربه ترین پرستاران بخش برگزیده شوند. حداقل مدرک تحصیلی کارشناس پرستاری و حداقل 5 سال سابقه کار در اورژانس از جمله شرایط فعالیت در واحد تریاژ محسوب می شود. همچنین دارا بودن دانش بالینی کافی، مهارت های ارتباطی مناسب، تفکر صحیح در شرایط بحرانی، احاطه کامل به دستورالعمل آموزشی تریاژ، آشنایی با تریاژ در شرایط بحران، مهارت های تفکر انتقادی و نیز توانایی تصمیم گیری سریع و با دقت، تمرکز بر چند فعالیت، انجام مصاحبه موثر، انجام کار هنگام استرس شدید، انجام کار با تیم های مختلف درمانی و برقراری ارتباط موثر و مسئولیت پذیری، آشنایی کامل با امکانات و توانایی های بخش اورژانس، سازگاری با نوسانات مربوط به حجم کار و توانایی درک نگرانی های فرهنگی و مذهبی که ممکن است رخ دهد، از ارکان اساسی در گزینش پرستاران تریاژ است.

اهم وظایف پرستاران تریاژ به شرح ذیل می باشد:

1. ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در بیماران با وضعیت بحرانی یا آسیب دیده
2. ارزیابی سیستماتیک بیماران برای شناسایی کلیه آسیب های احتمالی
3. ثبت موارد ارزیابی شده باتوجه به مشکل اساسی بیمار
4. قرار دادن بیمار در یکی از رده های طبقه بندی فوریتی و اعلام کد ویژه مرتبط در صورت نیاز
5. بررسی مجدد و متناوب بیماران
6. تکمیل فرم تریاژ
7. اطمینان از عملکرد صحیح وسایل و تجهیزات اتاق تریاژ
8. برقراری ارتباط موثر با مراجعین و همراهان جهت پاسخگویی مناسب به آنها

پرستار تخصصی اورژانس

بخش اورژانس به عنوان خط مقدم بیمارستان با ماهیت بیماران پرخطر می باشد. بیماران این بخش در بدو ورود بدون تشخیص و اغلب با تنش های پیچیده جسمی و روحی همراه بوده و نیازمند مراقبت مداوم با فوریت بالا می باشند. به دلیل

ماهیت متفاوت این بخش با سایر بخش های بیمارستان، استفاده از پرستاران مجرب به منظور ارائه خدمات بالینی مطلوب به بیماران دارای اهمیت ویژه ای است.

حداقل مهارت های مورد نیاز پرستاران اورژانس به شرح ذیل می باشد:

1. توانمندی جلب اعتماد و اطمینان بیماران و همراهان و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
 2. انجام احیای پایه و پیشرفته کودک، نوزاد و بزرگسال
 3. مهارت مراقبت پرستاری از بیماران اورژانسی
 4. مهارت کار با دستگاه ها و تجهیزات تخصصی بخش اورژانس
 5. مهارت دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن جهت برقراری راه وریدی
 6. مهارت مدیریت راه هوایی
 7. مهارت ارزیابی عملکرد NGT، Chest Tube، سوندفولی، پیس میکر پوستی
 8. مهارت تفسیر ECG
 9. مهارت مانیتورینگ و تشخیص آریتمی های قلبی
 10. مهارت خونگیری شریانی
 11. مهارت اینتوباسیون و ارزیابی عملکرد
 12. مهارت در انجام مهار فیزیکی بیماران پرخاشگر
 13. مهارت انتقال ایمن بیمار
 14. مهارت محاسبه، آماده سازی و دادن داروها
 15. آشنایی با نظام مراقبت سندرومیک
 16. توانایی انجام تریاژ بیماران عفونی بویژه بیماران نیازمند نظام مراقبت سندرومیک
 17. اداره امور بیماران در شرایط بحرانی (شیمیایی، هسته ای و بیولوژیک)
- علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس با تکیه بر رعایت منشور حقوق بیمار مبتنی بر فرایند پرستاری و استانداردهای ابلاغی خدمات پرستاری صورت می پذیرد.

گروه بالینی بخش اورژانس

- پزشک متخصص طب اورژانس
 - پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان
 - پزشک عمومی
- به طور کلی مسئولیت معاینه، تشخیص و درمان بیماران از لحظه تریاژ تا خروج بر عهده تیم پزشکی اورژانس می باشد.

تیم احیا

مدیریت احیا در تمامی بیماران حاضر در بخش اورژانس در هر مرحله از مراقبت درمانی برعهده متخصص طب اورژانس است و در صورت عدم حضور متخصص طب اورژانس، پزشک مقیم و یا متخصص بیهوشی/ داخلی و یا پزشکان عمومی آموزش دیده می باشد.

در بیماران بستری بخش های بیمارستان اعم از بخش های ویژه، بخش های عادی و بخش های دیالیز، مدیریت و مسئولیت احیا با متخصص بیهوشی مقیم بیمارستان بوده و در صورت عدم امکان حضور با متخصص داخلی یا قلب مقیم و در صورت عدم وجود متخصص مقیم مسئولیت و مدیریت احیا با پزشک عمومی آموزش دیده می باشد.

بدیهی است پزشک سرویس تخصصی مسئول بیمار در صورت مقیم بودن می بایست بلافاصله در زمان احیا بر بالین بیمار حاضر گردد و در صورت انکال بودن مطابق با ضوابط انکالی بر بالین بیمار ناپایدار حاضر گردد.

متخصص مقیم بخش اورژانس

در تمامی بیمارستان های کشور (دولتی/عمومی غیر دولتی/خصوصی/خبریه) اگر بار مراجعات اورژانس بالای 30 هزار بیمار سالانه باشد و یا 20% بیماران نیازمند بستری در بخش اورژانس و تشکیل پرونده اورژانس باشند (حداقل 6 هزار نفر در سال)، با توجه به لزوم استقرار متخصصین مقیم در بخش اورژانس **حاد و بستری** با اولویت متخصص طب اورژانس/ داخلی/ جراحی (مطابق با سنجه های اعتبار بخشی 9)، ویزیت و مدیریت اقدامات تشخیصی و درمانی و تعیین تکلیف بیماران بر عهده متخصصین مقیم اورژانس می باشد.

در بیمارستان هایی که واجد شرایط مقیمی هستند پزشکان مقیم از هر رشته ای باید اتاق محل استقرار آن ها در عصر و شب در فضای بخش اورژانس باشند. و فقط در صورت نیاز به اتاق عمل و بخش های مرتبط جهت ویزیت اورژانس را ترک نمایند. در بیمارستان های آموزشی این افراد می توانند رزیدنت ارشد همان رشته باشند.

حضور موظف و مداوم پزشکان مقیم در بخش اورژانس در ساعات پیک مراجعین (ساعات 10 الی 13 در ایام تعطیل و 17 الی 22 در کلیه ایام) و حضور متناوب پزشکان مقیم هر 2 ساعت یکبار در ساعات غیر پیک و حضور کمتر از 10 دقیقه در موارد فراخوان اورژانسی در شیفت مقیمی الزامی است. بجز موارد حضور در اتاق عمل در موارد اورژانسی و یا نبود بیمار سرویس مربوطه در بخش اورژانس

پزشک متخصص آنکال

مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی 10 پزشک آنکال باید در جریان تمامی بیماران بستری اورژانس مرتبط که در ساعات نوبت آنکالی به مرکز درمانی مراجعه کرده اند و یا بیمارانی که بدحال می شوند قرار گیرد. پزشکان آنکال مکلفند قبل از ویزیت بخش تخصصی مربوطه، بیماران مرتبط در بخش اورژانس را ویزیت نمایند. ویزیت بیماران بخش اورژانس و بخش های ویژه بیمارستان در اولویت زمانی نسبت به سایر امور آموزشی و درمانی پزشکان مراکز درمانی/ آموزشی درمانی قرار گیرد. پرستار ارشد/ دستیار ارشد شیفت اورژانس موظف است اطلاعات بالینی تمامی بیماران بستری شده نیازمند مشاوره در بخش اورژانس را با ثبت نمودن ساعت به اطلاع پزشک آنکال مربوطه برساند. از این ساعت مسئولیت بیمار بر عهده پزشک آنکال است که دستورات لازم را به پزشک اورژانس می دهد.

تبصره: اطلاعات بالینی بیماران سطح یک تریاژ حاضر در اتاق احیا در بخش اورژانس، لزوماً توسط پزشک درخواست کننده مشاوره به اطلاع آنکال رسانده می شود.

- چنانچه در مشاوره با سایر گروه های تخصصی نیاز به حضور متخصص مشاور گروه تخصصی دیگر باشد لازم است پزشک آنکالی که بیمار در سرویس تخصصی ایشان بستری است حضور فیزیکی داشته باشد و نسبت به تنظیم و تکمیل کامل فرم مشاوره پزشکی اقدام نماید.

- کلیه متخصصان اعم از هیئت علمی و کادر درمانی چه در روز های عادی و چه در زمان آنکالی موظفند بیماران بخش اورژانس را ویزیت و تعیین تکلیف نمایند در بیمارستانهای آموزشی پزشک متخصص آنکال موظف است همه بیماران بخش اورژانس مرتبط با سرویس تخصصی را حداقل یک نوبت در طی روز بستری به صورت آموزشی به اتفاق فراگیران مربوطه راند نماید. (برحسب نیاز بیمارستانهای آموزشی ریفرال، افزایش نوبت راند آموزشی با مصوبه کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی قابل طرح و اجراست)

زمان مقرر حضور پزشکان آنکال

پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند. بدیهی است که موقعیت جغرافیایی و یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تاخیر پزشک آنکال مربوطه باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال، توسط سوپروایزر وقت بیمارستان ثبت گردد. لازم به ذکر است، مسئولیت بیمار در تمام شیفت آنکالی با پزشک آنکال می باشد. در این زمینه رعایت دسته بندی دو گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است:

الف - برای تخصص هایی که توسط متخصص مقیم اورژانس درخواست ویزیت یا مشاوره اورژانس (Emergent) گردیده است حضور سریع (کمتر از 30 دقیقه) پزشک آنکال الزامی است.

ب- برای تخصصهایی که توسط متخصص مقیم اورژانس درخواست ویزیت یا مشاوره urgent شده است حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است. (حداکثر 2 ساعت)

ضروری است تمامی سرویس های تخصصی نسبت به تعیین تکلیف نهایی بیماران در بخش اورژانس حداکثر تا 2 ساعت پس از درخواست ویزیت اقدام نمایند. حداکثر زمان برای تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس، 6 ساعت بوده و در صورت عدم انجام ویزیت سرویس های تخصصی و عدم انتقال به بخش بستری مربوطه، متخصص مقیم بخش اورژانس راساً نسبت به انتقال به سرویس و بخش بستری پزشک معالج نهایی اقدام می نماید و مسئولیت بیمار به عهده پزشک سرویس مربوطه می باشد.

- ❖ در مواردیکه زمانهای اعلام شده توسط پزشکان آنکال رعایت نگردد مراتب توسط سرپرستار یا مسئول شیفت به سوپروایزر بیمارستان اطلاع داده شود تا برحسب مورد اقدام مقتضی صورت پذیرد و کلیه اقدامات به رئیس بخش اورژانس به صورت مکتوب اطلاع داده شود.

ارزیابی و ترفیع اساتید و دستیاران بالینی

- حضور فعال اساتید بر اساس برنامه کاری در اورژانس ها مستند در مصوبات کمیته های ارتقای اورژانس بیمارستانی از فاکتور های تاثیر گذار در ارتقاء و ترفیع اساتید بالینی دانشگاه می باشد.

- حضور فعال در اورژانس ها، کسب امتیاز لازم از گروه آموزشی اورژانس و تایید دانشکده پزشکی بر اساس مستندات از فاکتور های اثر گذار در ارتقاء سالیانه دستیاران و معرفی آنها به امتحان گواهینامه و دانشنامه، باشد.

مدیریت خدمت

مدیریت تخت های بستری

فرایند مدیریت تخت (Bed Management)

فرایند مدیریت تخت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران از لحظه ورود به اورژانس تا ترخیص از بیمارستان می باشد و ضمن بررسی دقیق، موانع موجود در بستری بیماران را بررسی کرده و در کمیته تعیین تکلیف بیمارستان جهت تبیین روش مناسب مطرح می نماید. این فرایند در قالب تیم مصوب انجام می پذیرد.

- با بکار گیری ضوابط مدیریت تخت در بیمارستان و تشکیل گروه مدیریت تخت از تخصص ها و بخش های موجود در بیمارستان، با بازبینی مدیریت پارامترهای پایش عملکرد در بخش های بستری از جمله ضریب اقامت و تخت روز و نیز اندیکاسیون های بستری، در بخش های بستری، گردش کاری مناسب در راستای مدیریت تخت بیماران اورژانس فراهم می گردد.

گروه مدیریت تخت های بستری

گروه مدیریت تخت مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران تا ترخیص را بر عهده دارد. این تیم متشکل از رئیس بیمارستان، معاون درمان بیمارستان، روسای بخش های تخصصی و مدیر پرستاری و رئیس بخش و سرپرستار اورژانس بیمارستان انجام می پذیرد. تبصره: در بیمارستان های آموزشی درمانی معاون آموزشی نیز عضو تیم مزبور می باشد.

مدیر تخت بستری (Bed Manager)

- در هر بیمارستان مسئولیتی تحت عنوان مدیر تخت های بستری بیمارستان تعریف و با ابلاغ مستقیم ریاست بیمارستان معرفی می گردد. تعیین تکلیف به موقع بیماران از اختیارات مدیریت تخت با مشارکت اجرایی سوپروایزر بالینی می باشد.
- فرایند اورژانس حاد و تحت حاد به صورت یکپارچه و در امتداد یکدیگر است.
- مدیر تخت های بستری در بیمارستان های دارای متخصص طب اورژانس، بر عهده متخصص مقیم طب اورژانس در آن شیفت می باشد و در بیمارستانهای فاقد متخصص طب اورژانس یک نفر متخصص داخلی یا متخصص جراحی مقیم و یا پزشکان شیفت اورژانس با مشارکت آنکال سرویس های تخصصی مختلف عهده دار این مسئولیت می باشند.
- در صورت انجام اقدامات درمانی اورژانسی بر اساس اندیکاسیون های علمی، پس از تعیین تکلیف و بستری بیمار، پیگیری اقدام مذکور باید توسط سرویس تخصصی مربوط به آن پروسیجر انجام گیرد و مسئولیت قانونی بیمار به عهده سرویس منتقل شده می باشد.

- در مواردی که ازدحام و انبوه بیماران در بخش اورژانس مانع ارائه مراقبت به موقع و مناسب به بیماران می گردد و تخت خالی جهت بستری بیماران تعیین تکلیف شده در بخش مربوطه وجود ندارد، با لحاظ نمودن اصول ایمنی بیمار و رعایت حقوق بیمار، استفاده از تخت اکسترا (تخت های شناور) در بخش های بستری بر وجود این وضعیت در بخش اورژانس ارجحیت داشته و که این موضوع باید در کارگروه راهبردی ارتقا اورژانس بیمارستان دانشگاه بررسی و تصمیم سازی گردد.
- پذیرش و بستری بیماران الکتیو در بخش ها با هماهنگی مدیر تخت و در صورت عدم حضور بیمار نیازمند به بستری در اورژانس انجام شود.
- تا زمانی که بیماران نیازمند بستری در یکی از بخش های بیمارستان، در اورژانس حضور دارند پذیرش و بستری بیماران غیر اورژانسی (الکتیو) انجام نمی پذیرد.
- لازم است در پایان هر شیفت، بیماران با ماندگاری بالای 12 ساعت در اورژانس با مداخله مدیر تخت و سوپروایز کشیک، در اولویت انتقال به بخش های بستری قرار گیرند.
- هر ماه مشکلات موجود در عدم تخلیه اورژانس باید توسط مدیر تخت (Bed Manager) به تیم مدیریت تخت اعلام گردد تا جهت برطرف شدن مشکلات تصمیم گیری شود.
- گزارش ویزیت روزانه متخصصان و موارد عدم مراجعه متخصصین جهت بیماران بخش اورژانس، توسط سوپروایزر به ریاست بخش اورژانس و در نهایت به ریاست بیمارستان اعلام گردد و مسئولیت رسیدگی به این موارد بر عهده ریاست بیمارستان و گروه مدیریت تخت خواهد بود.
- رئیس بیمارستان باید روند بستری بیماران در بخش های اورژانس و انتقال بیماران از بخش اورژانس به سایر بخش ها را بطور روزانه بررسی نماید.
- مسئولین ستاد درمان دانشگاه به صورت منظم و مدون از بخش اورژانس بیمارستان ها نظارت بعمل آورند و بصورت مستقیم بر روند تعیین تکلیف بیماران را پایش نمایند.
- در راستای مدیریت فرایند پذیرش و درمان، پیگیری پرداخت هزینه درمان بیماران اورژانسی ارتباط مستقیم با پرسنل درمانی نداشته و پزشکان و پرسنل درمانی شاغل در اورژانس فارغ از پرداخت هزینه باید به انجام اقدامات درمانی و مراقبتی بپردازند.

مدیریت بخش اورژانس در بحران

فعال ترین قسمت بیمارستان در بحران، بخش اورژانس می باشد و در تمامی اورژانس های بیمارستانی می بایست پروتکل های لازم و برنامه ریزی های مربوط با نظارت ریاست بخش اورژانس بر اساس دستورالعمل "تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه" 11 و بخشنامه های ابلاغی وزارت متبوع صورت پذیرد.

کمیتة ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی، بر اساس سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی (HICS) و برنامه پاسخ اورژانس بیمارستانی (EOP) ضمن تعیین مناطق ذیل واحد عملیات و جانمایی دقیق آن شامل تریاز، قرمز، زرد و سبز با مشارکت کمیتة مدیریت خطر بیمارستان اقدام نماید.

برنامه ریزی جهت تامین حداقل 30% بیش از ظرفیت معمول پذیرش (Surge capacity) صورت پذیرفته و تمرین های لازم جهت ارتقای میزان آمادگی و رفع نواقص و برنامه ریزی عملیاتی صحیح اجرا گردد.

در فرایند عملیاتی در مدیریت بحران، فضای پشتیبان در مجاورت اورژانس جهت ارائه خدمت در مواقع اضطراری در نظر گرفته شود.

برنامه ریزی و سازماندهی

ستاد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره اورژانس بیمارستانی

ستاد معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی

رئیس / کارشناس مسئول اورژانس بیمارستانی

بیمارستان

رئیس/ مدیر بیمارستان

رئیس بخش اورژانس بیمارستان

سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان

کمیته ارتقاء خدمات اورژانس های بیمارستانی

مجموعه ای از مدیران، مسئولان و افراد صاحب نظر و مجرب در حوزه خدمات بیمارستانی و امور درمان که با ابلاغ صادره از سوی رئیس کمیته در بازه های زمانی مشخص و در چارچوب شرح وظایف مدون، تشکیل جلسه داده و نسبت به اتخاذ تصمیمات و ارائه راهکارهای اصلاحی در جهت بهبود خدمات بخش اورژانس بیمارستان اقدام می نمایند.

معرفی کمیته های ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی

بر اساس این دستورالعمل، تمامی کمیته های تعیین تکلیف، تریاژ و کمیته اورژانس مندرج در سنجه های 1 و 2 و 3 از استاندارد ب-8-2 مربوط به زیر محور ب-2 (مراقبت های اورژانس) از مجموعه استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستانهای ایران بصورت واحد و در قالب "کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان" ادغام گردیده اند. این کمیته با حضور اعضاء (مطابق بند 1-1-4) بصورت ماهیانه و در سطح بیمارستان تشکیل می گردد.

اعضاء کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان

- ریاست بیمارستان (رئیس کمیته)
- مدیر بیمارستان/ معاون اجرایی (عضو اصلی)
- مسئول فنی بیمارستان (عضو اصلی)
- مترون بیمارستان (عضو اصلی)
- معاون آموزشی بیمارستان (عضو اصلی)
- رؤسای بخش های بستری (عضو اصلی)
- سرپرستار بخش اورژانس (عضو اصلی)
- مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان (عضو اصلی)
- رئیس بخش اورژانس (دبیر کمیته)
- ❖ سوپر وایزر آموزشی بیمارستان (عضو همکار)
- ❖ سوپر وایزر بخش اورژانس 12 بیمارستان (عضو اصلی)

- ❖ رؤسای بخش های پاراکلینیک (عضو همکار)
 - ❖ مسئول حراست بیمارستان (عضو همکار)
 - مسئول IT بیمارستان (عضو همکار)
 - مدیران گروه های تخصصی بالینی منتخب (عضو همکار)
 - نماینده اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه (عضو همکار)
 - نماینده معاونت درمان دانشگاه/ کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه (بر حسب نیاز)
- نکته: عضو اصلی به افراد و یا جایگاه هایی اطلاق می گردد که حضور آنها در تمامی جلسات کمیته الزامی می باشد. عضو همکار به افراد و یا جایگاه هایی اطلاق می گردد که دعوت و حضور آنها در جلسات کمیته ارتقاء اورژانس بیمارستان به تناسب و فراخور دستور کار جلسه کمیته صورت می پذیرد

شرح وظایف کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان

- بررسی آمار مراجعین و شاخص های کیفی بخش اورژانس بیمارستان
- اتخاذ راهکارهای اصلاحی پیرامون بهبود شاخص های کیفی بخش اورژانس
- تحلیل نتایج آمار و شاخص های مرتبط با تریاژ و اتخاذ راهکارهای اصلاحی
- بررسی روند پذیرش و درمان بیماران بخش اورژانس (Patient Flow) و اصلاح فرآیندهای مرتبط
- بررسی وضعیت تعیین تکلیف بیماران و عملکرد مدیر تخت های بیمارستانی و اتخاذ راهکارهای اصلاحی
- بررسی وضعیت تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی بخش اورژانس و اتخاذ راهکارهای اجرایی در زمینه تأمین نیازها
- تصمیم گیری پیرامون وضعیت منابع انسانی مورد نیاز بخش اورژانس بیمارستان و رفع کمبودهای پرسنلی
- بررسی نیازسنجی های آموزشی و تصویب برنامه های آموزشی مورد نیاز کارکنان بخش اورژانس بیمارستان
- تدوین طرح ها مربوط به اصلاح ساختار فیزیکی بخش اورژانس و ارائه آن به اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه
- تصمیم گیری پیرامون افزایش همکاری و هماهنگی فیمابین اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی
- پیگیری کلیه فرایندهای اختصاصی و عمومی و پشتیبانی که نیازمند مداخله می باشد و تعیین مسئول پیگیری مصوبات
- بررسی شکایات بخش اورژانس و وضعیت تکریم ارباب رجوع

کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس دانشگاه

این کارگروه با حضور اعضاء در سطح دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و بصورت فصلی (هر سه ماه یکبار) و در چارچوب وظایف محوله تشکیل می گردد. مصوبات این کارگروه پس از ابلاغ به بیمارستان ها و واحدهای مرتبط، به اداره اورژانس بیمارستانی وزارت متبوع ارسال می گردد.

اعضاء کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس دانشگاه

- رئیس دانشگاه (رئیس کمیته)
- معاون درمان (دبیر کمیته)
- معاون بهداشتی (عضو اصلی)
- معاون آموزشی (عضو اصلی)
- معاون توسعه مدیریت و منابع (عضو اصلی)

- معاون غذا و دارو (عضو اصلی)
- معاون تحقیقات و فناوری (عضو همکار)
- معاون دانشجویی و فرهنگی (عضو همکار)
- رؤسای بیمارستانهای دانشگاهی و غیر دانشگاهی تابعه منتخب (عضو اصلی)
- رئیس اداره اورژانس بیمارستانی (عضو اصلی)
- مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان (عضو اصلی در دانشگاههای مرکز استان)
- رئیس اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه (عضو اصلی)
- مدیر اعتباربخشی و نظارت بر درمان (عضو اصلی)
- مدیر حراست دانشگاه (عضو اصلی)
- مدیر پرستاری دانشگاه (عضو اصلی)
- مدیر گروه طب اورژانس 13 (عضو اصلی)
- مدیران گروه های تخصصی بالینی منتخب (عضو همکار)

شرح وظایف کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس

- بررسی و تصویب برنامه های استراتژیک و عملیاتی سالانه ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه
- تأمین و تصویب اعتبارات مورد نیاز بیمارستان ها در زمینه توسعه و اصلاح ساختار فیزیکی بخش اورژانس بیمارستان ها

- تأمین و تصویب اعتبارات مورد نیاز بیمارستان ها در زمینه تجهیزات پزشکی مورد نیاز بخش اورژانس بیمارستان ها
- تصمیم گیری و تأمین نیازهای پرسنلی بخش اورژانس بیمارستانها (نیازهای فرا بیمارستانی)
- بررسی مسائل و مشکلات ارجاعی از کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان ها
- بررسی مسائل و مشکلات مربوط به عملکرد و مداخلات پزشکی مرتبط با گروه های آموزشی در بخش اورژانس
- بررسی درخواست بیمارستانهای غیر دانشگاهی مبنی بر پذیرش بیماران و یا مصدومان ترومایی
- بررسی و تحلیل کلی شاخص های کیفی بخش های اورژانس (برش شهرستانی و دانشگاهی)
- تأیید ارتقاء و یا ترفیع رتبه علمی مربوط به اعضاء هیئت علمی بالینی شاغل در بخش های اورژانس بیمارستان ها

دریافت، گرد آوری و تحلیل اطلاعات از محیط های اجرایی و ارائه راهبرد و برنامه جامع اصلاح فرایند ها در بخش اورژانس از وظایف عمده کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی می باشد.

ثبت و گزارش دهی

- ثبت تغییر سطح تریاژ بیمار در طول زمان، در فرم تریاژ ضرورت ندارد و این موضوع باید در پرونده بستری بیمار و HIS ثبت گردد، در تمام این مدت بیمار باید در سیستم HIS قابل پیگیری باشد
- لازم به ذکر است بر اساس پروتکل کشوری در جهت مستند سازی مناسب روند درمانی اتخاذ شده، بیماران سطوح 1، 2 و 3 و بعضی از بیماران با سطح 4 تریاژ (که در مدت ماندگاری در اورژانس نیاز به اقدامات

درمانی و یا پروسیجر دارند) با تشکیل پرونده در هر یک از واحدهای ذکر شده اورژانس تحت اقدامات درمانی لازم قرار میگیرند و سایر بیماران سطح 4 و 5 تریاژ، با استفاده از قسمت طراحی شده در پشت برگه تریاژ در واحد درمان سرپایی به عنوان حداقل مستند سازی، مورد بررسی و درمان قرار میگیرند.

پزشک و کادر پرستاری اورژانس در پایان هر شیفت باید تمام اطلاعات بیماران و خدمات تشخیصی درمانی انجام شده را در HIS بیمارستان ثبت نمایند.

- صورت جزییات خدمات انجام شده در بخش اورژانس که در پرونده اورژانس ثبت گردیده است، باید در تسویه حساب نهایی مالی بیمارستان به صورت جداگانه لحاظ گردد، و پرونده بیمار در اورژانس ضمیمه پرونده اصلی گردد.

در صورت الکترونیکی شدن کامل نیازی به پرونده مستقل برای اورژانس نیست و اطلاعات بیماران بخش اورژانس به بخش تخصصی پیوسته می گردد.

شاخص ها

- لازم است آخرین نسخه شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی در بخش اورژانس موجود باشد و تمامی پرسنل بالینی اورژانس بیمارستان نسبت به آن مسلط باشند. 14
- بسترسازی مناسب برای محاسبه الکترونیک شاخص ها ایجاد شود و محاسبه الکترونیک در برنامه های عملیاتی همه دانشگاه ها قرار گیرد.
- شاخص های بخش اورژانس بیمارستانی یکی از عوامل اصلی تصمیم گیری در خصوص بخش اورژانس بیمارستان، تصمیمات bed manager و مباحث مربوط در کمیته های ارتقای اورژانس بیمارستان می باشد.
- ثبت شاخص های اورژانس بیمارستانی در سامانه های وزارتی جهت تصمیم گیری می بایست در بازه زمانی تعیین صورت پذیرد و مستندات مربوط به نحوه جمع آوری شاخص ها در دسترس باشد.
- تناوب گزارش دهی داخلی به تناسب نیاز بخش و بیمارستان صورت گیرد و از روند مشخصی پیروی کند.
- جلسه تحلیل شاخص ها حداقل فصلی برگزار گردد و صورت جلسات و اقدامات انجام شده در دسترس ارزیابان باشد.
- شاخص ها دارای دوره زمانی مشخص باشد و مبنای اندازه گیری و کارشناس مسئول آموزش و گردآورنده شاخص مشخص باشد.
- نمودارهای مقایسه ای شاخص ها در یکسال گذشته در دسترس باشد.

جدول شاخص ها

عنوان شاخص	تعریف	فرمول شاخص
درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت 6 ساعت	نسبت بیمارانی که در بخش اورژانس بستری شده اند و ظرف مدت 6 ساعت تعیین تکلیف شده اند به کل بیماران بستری در بخش اورژانس در یک دوره معین.	$\frac{\text{تعداد بیماران بستری تعیین تکلیف شده ظرف مدت 6 ساعت در اورژانس در یک دوره زمانی}}{100 \times \text{تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی}}$
درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت 12	نسبت بیماران بستری در اورژانس است که ظرف مدت 12 ساعت از بدو ورود، تعیین تکلیف شده و از	$\frac{\text{تعداد بیماران بستری خارج شده از اورژانس طی 12 ساعت در یک دوره زمانی}}{100 \times \text{تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی}}$

ساعت	بخش اورژانس خارج شده اند به کل بیماران مراجعه کننده بستری اورژانس
درصد CPR موفق	نسبت موارد CPR موفق در اورژانس نسبت به کل CPR های انجام شده در یک دوره زمانی. نسبت بیمارانی که با مسئولیت شخصی و علیرغم توصیه پزشک (AMA) اورژانس را ترک کرده اند، به کل بیماران بستری اورژانس.
درصد ترک بامسئولیت شخصی	میانگین مدت زمان انتظار بیماران بین تریاژ اولیه پرستار و ویزیت اولیه پزشک به تفکیک سطح تریاژ بیمار
میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در سطح تریاژ هر سطح تریاژ	تعداد موارد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل موارد CPR در اورژانس در همان دوره زمانی
میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در سطح تریاژ هر سطح تریاژ	تعداد موارد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی
میانگین مدت زمان انتظار بیماران بین تریاژ اولیه پرستار و ویزیت اولیه پزشک به تفکیک سطح تریاژ بیمار	مجموع مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک بیماران یک سطح تریاژ تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

عناوین زیر شاخص های درون بیمارستانی جهت طرح در کمیته ارتقا اورژانس بیمارستان:

- میانگین و میانه زمانی تعیین تکلیف بیماران
- میانگین و میانه زمانی خروج بیماران بستری شده از اورژانس
- تعداد کل موارد CPR در طی یک دوره زمانی مشخص
- تعداد کل موارد CPR موفق در طی یک دوره زمانی مشخص
- درصد CPR موفق بیماران ترومایی و داخلی
- تعداد موارد CPR موفق بیماران فاقد علائم حیاتی قبل از بیمارستان
- درصد ترک با مسئولیت شخصی
- میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در سطح یک تا پنج تریاژ

پایش و ارزشیابی

هدف از پایش و نظارت کنترل مداوم جریان امور، شناسایی نقاط ضعف و قوت، بهبود تصمیم گیری در مورد حوزه فعالیت ها، برنامه ها و اهداف آینده، بهبود تخصیص منابع و استفاده بهینه از امکانات، ارتقای پاسخگویی در مورد عملکرد برنامه ها و ارتقاء توانمندی بخش اورژانس در ارائه کمی و کیفی خدمات می باشد.

از جمله ابزار پایش و نظارت بخش اورژانس، تهیه آمارهای ماهیانه و فصلی بخش اورژانس، شاخص های بخش اورژانس بیمارستانی و برگزاری کمیته های ارتقای خدمات بخش اورژانس می باشد.

معیارهای ذیل از شاخص های موثر در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشکان مقیم اورژانس / بیمارستان می باشند:

- 1- رعایت اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش های مراقبت های ویژه
- 2- رعایت راهنماهای بالینی و پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت و دانشگاهی
- 3- مشارکت در فعالیت های آموزشی در ساعات مقیمی در بیمارستانهای آموزشی
- 4- مشارکت فعال علمی و عملی در فرایند ارائه بازخورد بهنگام در خصوص بیماران نظام ارجاع در اورژانس
- 5- نظارت بر نحوه ورود و خروج و حضور مستمر پزشکان متخصص مقیم با بهره گیری از سیستم تایمکس مرکزی جهت تفکیک ساعت مقیمی از ساعت موظفی

- 6- رعایت اخلاق حرفه ای و شئون اسلامی
- 7- حضور به موقع در اتاق عمل و انجام کلیه اعمال جراحی با حضور متخصص مقیم و با مشارکت فعال در طول مدت عمل در بیمارستانهای درمانی/آموزشی- درمانی
- 8- تعداد موارد اعزام بیمار از سرویس تخصصی پزشک مقیم مربوطه به بیمارستانهای دیگر
- 9- درصد رضایت شخصی بیماران در شیفت مقیمی سرویس تخصصی مربوطه (به تفکیک مقیم اورژانس و سایر)
- 10- مشارکت فعال جهت شرکت در کمیته های مرگ و میر بر حسب ضرورت
- 11- تعداد عمل های اورژانسی انجام شده در شیفت کاری پزشک مقیم (مثبت)
- 12- تعداد عمل های الکتیو انجام شده در شیفت کاری پزشک مقیم (منفی)
- 13- ویزیت به موقع بیمار و تعیین تکلیف بیماران اورژانس توسط پزشک مقیم
- 14- میانگین مدت زمان انتظار برای ویزیت بیماران اورژانسی توسط پزشک مقیم (رعایت زمان بندی ویزیت)
- 15- میانگین مدت زمان اولین ویزیت بیماران بعد از ساعت 12 شب توسط پزشک مقیم (رعایت زمان بندی ویزیت)
- 16- مشارکت در تسریع انتقال بیمار تعیین تکلیف شده به سرویس مربوطه در بخش های بستری
- 17- ثبت رضایت رئیس بیمارستان، معاون درمان دانشگاه و bed manager بیمارستان از عملکرد پزشک مقیم به عنوان یکی از شاخص های تاثیر گذار در کارنامه عملکردی پزشکان مقیم
- 18- میزان رضایت پرسنل غیر پزشک از پزشک مقیم در شیفت مقیمی
- 19- میزان رضایت بیماران از پزشک مقیم در شیفت مقیمی
- 20- میزان رضایت پزشک اورژانس از مشارکت و عملکرد پزشک متخصص مقیم در شیفت مقیمی
- 21- تعداد تزریق های ترومبولیتیک برای بیماران با سکته ایسکمیک مغزی با اندیکاسیون مراجعه کننده در شیفت مقیمی در قالب برنامه 724 با رعایت زمان طلایی (پزشکان مقیم نورولوژی و یا مقیم اورژانس)
- 22- تعداد تزریق های ترومبولیتیک برای بیماران با سکته قلبی با اندیکاسیون، مراجعه کننده در شیفت مقیمی در قالب برنامه 247 با رعایت زمان طلایی (پزشکان مقیم قلب، مقیم اورژانس)
- 23- انجام PPCI برای همه بیماران با سکته قلبی حاد با اندیکاسیون، مراجعه کننده در شیفت اینترونشنیست قلب مقیم در قالب برنامه 247 با رعایت زمان طلایی
- 24- مشارکت در راند بالینی بیماران در شیفت عصر و شب توسط پزشک مقیم در بیمارستان های آموزشی
- 25- تعداد بیماران مراجعه مجدد به اورژانس ظرف مدت 24 ساعت به تفکیک سرویس تخصصی پزشکان مقیم

چک لیست پایش

- لازم است برای ارزیابی دقیق چگونگی تعامل پزشکان، پرستاران و بیماران و به منظور بهبود این فرآیند، یک تیم کنترل کیفیت به کار گماشته شوند.

برنامه ریزی فضای فیزیکی بخش اورژانس

تعداد بیمارانی که در اورژانس پذیرش می شوند، مهم ترین عامل در برنامه ریزی و طراحی بخش اورژانس به حساب می آید که مبنای آن، پذیرش سالیانه اورژانس می باشد. برخلاف بخش های بستری که اساس محاسبه آنها تعداد تخت های بیمارستان می باشد، این بخش بر مبنای تعداد پذیرش سالیانه، برنامه ریزی و نیازسنجی می شود. با توجه به اینکه بیش از 90 درصد از مراجعین بیمارستانهای با کمتر از 60 تخت (بیمارستان های لایه اول و دوم) که عمدتاً در مناطق کم جمعیت و حواشی شهرستانها قرار دارند را بیماران بخش اورژانس (جهت دریافت خدمات سرپایی فوریت) تشکیل می دهند لذا در طراحی بخش اورژانس این بیمارستانها و مراکز می بایست فضای فیزیکی مکفی جهت اختصاص تعداد تخت متناسب با ورودی بخش اورژانس پیش بینی گردد.

شاخص های مؤثر در برآورد تعداد تخت های اورژانس

1. ساختار و نوع خدمات بیمارستان (دولتی یا خصوصی / آموزشی یا غیرآموزشی)
2. محل جغرافیایی بیمارستان
3. نوع و سطح خدمات اورژانس (عمومی/تروما/تخصصی)
4. جایگاه بیمارستان در نظام ارجاع و لایه بندی خدمات کشوری
5. نوع، سطح و حجم خدمات پشتیبان اورژانس در بیمارستان
6. میزان تراکم مراکز خدمات درمانی و تشخیصی در حوزه تحت پوشش بیمارستان
7. میزان نزدیکی بیمارستان به مکان های پرحادثه
8. میزان عوامل خاص بیماری زا در سطح استان یا شهرستان
9. میزان تأثیر فاکتورهای سیاسی و اقتصادی خاص در سطح استان یا شهرستان
10. میزان تأثیر مؤلفه های فرهنگی و مذهبی خاص و توریست پذیری در سطح استان یا شهرستان
11. نوع بیمه های طرف قرارداد بیمارستان
12. میزان گرایش بیمارستان عمومی به ارائه خدمات در رشته های تخصصی و فوق تخصصی خاص
13. حجم گروه های سنی خاص در جامعه تحت پوشش بیمارستان عمومی
14. تعداد مراجعه سالیانه به بخش اورژانس و پیش بینی افزایش سالانه بار مراجعه
15. حداکثر بار کاری بیماران اورژانسی/غیراورژانسی
16. متوسط بار کاری روزانه، حداکثر بار کاری روزانه، حداکثر بار کاری در یک شیفت
17. ویزیت ساعت بیماران اورژانسی/غیراورژانسی و تعداد تخت بیماران سرپایی و بستری 15

برنامه ریزی و برآورد تعداد تخت های قابل شمارش در بخش اورژانس

به طور کلی نیاز سنجی و برنامه ریزی بخش اورژانس وابسته به پیش بینی و محاسبه نیازمندی های حوزه تحت پوشش از لحاظ نوع، سطح و حجم خدمات می باشد. این امر سبب می شود که در قدم اول تعداد پذیرش سالیانه اورژانس به عنوان اساس برنامه ریزی اورژانس شناخته شود.

علاوه بر تعداد پذیرش سالیانه اورژانس که به طور مستقیم در برآورد تعداد تخت های قابل شمارش اورژانس نقش دارد، روشی غیر مستقیم نیز جهت محاسبه وجود دارد که همچنان از تعداد پذیرش سالیانه متأثر است. این روش غیر مستقیم که در بخش های بستری متداول است محاسبه بر اساس تعداد کل تخت های بیمارستان می باشد؛ به گونه ای که ضریبی متغیر از آن جهت محاسبه تخت های اورژانس در نظر گرفته می شود

روش مستقیم - بر اساس تعداد پذیرش سالیانه اورژانس

از آنجا که بیمارستان در مرحله مطالعه و طراحی است تعداد پذیرش سالیانه اورژانس باید بر اساس مجموعه ای از شاخص ها و فرمول های مشخص و طی جلسات تخصصی گروه طراح و برنامه ریز بیمارستان پیش بینی و برآورد گردد. در این راستا دو روش برای تخمین تعداد پذیرش سالیانه اورژانس ارائه شده است که روش اول به صورت عددی و روش دوم به صورت الگوبرداری و تجربی می باشد. که به تفضیل در کتاب "استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن- جلد ششم" 16 ارائه گردیده است. به عنوان یک الگوی ساده، برآورد اولیه برای تخت های اورژانس بیمارستان به ازای هر 1100 مراجعه کننده سالیانه به بخش اورژانس یک تخت به صورت سرپایی یا بستری در بخش اورژانس

بیمارستان لحاظ می گردد. که این تعداد تخت بر اساس ترکیب نسبت بیماران در پنج سطح تریاژ بیماران بخش اورژانس، می تواند به نسبت بین بخش های حاد، تحت حاد، بستری و ... توزیع و تخصیص یابد.

روش غیر مستقیم - بر اساس تعداد تخت های بیمارستان:

در این روش تعداد تخت های قابل شمارش اورژانس 7 تا 12 درصد تعداد تخت های بیمارستان در نظر گرفته می شود، و سپس با تعیین دامنه مورد نظر و سایر شاخص ها محاسبه تخت صورت می پذیرد.

در محاسبه تخت بخش اورژانس بر اساس سطح بندی بیمارستان های عمومی لازم است:

- سطح یک: اورژانس بیمارستان های محیطی با کمتر از 64 تخت، باید حداقل 10 تخت بستری اورژانس و بیمارستان های بین 64 تا 120 تخت باید حداقل 16 تخت بستری اورژانس داشته باشند.
- سطح دو: اورژانس بیمارستان های بلوک جغرافیایی شهرستان که بین 120 تا 256 تخت دارند، باید حداقل 24 تخت بستری اورژانس داشته باشند.
- سطح سه: اورژانس بیمارستان های مرکز استان و ریفرال دانشگاه/دانشکده باید حداقل 36 تخت بستری اورژانس داشته باشند.

اورژانس های تک تخصصی

اورژانس های تک تخصصی در بیمارستان های تک تخصصی و با هدف ارائه خدمات فوریتی در یک زمینه خاص پیش بینی می شوند این اورژانس ها اگرچه قابلیت ارائه خدمات فوریتی اولیه عمومی به تمامی بیماران با نیازمندی های مختلف را دارا است، ولی رسالت و وظیفه اصلی این گونه اورژانس ها ارائه خدمات تخصصی خاص بوده و حتی نیروی درمانی تخصصی، تجهیزات و فضاهای فیزیکی در این اورژانس ها در راستای ارائه خدمات فوریتی تخصصی، برنامه ریزی شده است. از اورژانس های تک تخصصی می توان به اورژانس های قلب، چشم، زایمان، سوختگی، روانپزشکی، اطفال و غیره اشاره نمود که بر اساس تخصص بیمارستان پیش بینی می شوند.

تجهیزات پزشکی سرمایه ای (و یا اقلام اداری)

- تجهیزات در تمامی بخش های اورژانس بیمارستانی می بایست مطابق با "استاندارد تجهیزات بخش اورژانس" در نظر گرفته شود. 17 بنابراین بدیهی است چنانچه در یک بیمارستان، دو یا چند واحد مجزا به نام "بخش اورژانس" وجود داشته باشد، باید هر دو بخش تجهیزات استاندارد مورد نظر را دارا باشند.
- در بخش های اورژانسی که اتاق های تروما و احیا مشترک هستند، می بایست تجهیزات توصیه شده هر دو اتاق، به صورت غیر تکراری در یک فضای مشترک فراهم گردد.
- متن استاندارد تجهیزات بخش اورژانس، باید در بخش اورژانس و در دسترس تمامی همکاران شاغل در اورژانس قرارگیرد.
- راهنمای استفاده صحیح از تجهیزات پزشکی باید روی آنها نصب شده باشد.

- تجهیزات استاندارد بخش اورژانس باید در تمام ساعات شبانه روز و کلیه روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)، به سهولت در دسترس باشد.
- توصیه می شود واحد تامین دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز، در بخش اورژانس مستقر باشد در غیر این صورت الزامی است دسترسی آسان از بخش اورژانس به داروخانه شبانه روزی بیمارستان فراهم گردد.
- استفاده از هرگونه قفل، پلمپ و زنجیر جهت افزایش ضریب ایمنی و محافظت از تجهیزات بخش اورژانس نباید موجب تاخیر در دسترسی به آنها و نهایتاً تاخیر در ارائه مراقبت های اورژانسی به بیماران شود. لازم به ذکر است بر اساس سنجه های ملی اعتبار بخشی وزارت متبوع، رعایت زمان "یک دقیقه" جهت دسترسی به تراسی و سایر ملزومات احیا ضروری است.
- در زمینه تراسی بخش اورژانس:
 - جا نمایی ملحقات تراسی احیا (شامل مانیتور، دفیبریلاتور، پالس اکسیمتر و ساکشن) با شرط رعایت زمان دسترسی حداکثر یک دقیقه بر عهده مرکز می باشد.
 - وجود تراسی احیای مجزا در اتاق احیا و اتاق تروما در صورت مجزا بودن این دو فضا، الزامیست. علاوه بر آن، در سایر فضاهای بخش اورژانس نیز به شرط رعایت زمان دسترسی حداکثر یک دقیقه، یک تراسی کفایت.
 - تجهیزات موجود در تراسی جدای از تجهیزات موجود در فضاهای بخش اورژانس است و لازم است اضافه بر آن ها در خود تراسی قرار داده شوند.

کنترل کیفی

- صحت و آماده به کار بودن تمامی تجهیزات بخش اورژانس می بایست در هر شیفت توسط فرد مسئول هر یک از قسمت های بخش اورژانس کنترل، ثبت و تامین گردد به طوری که همیشه تمامی وسایل بلافاصله آماده استفاده باشد و مستندات مربوط به زمان کنترل و فرد کنترل کننده نیز در دسترس قرار گیرد.
- برجسب های کنترل کیفی (کالیبراسیون) با ذکر تاریخ آخرین زمان بازدید و مدت اعتبار، می بایست روی تمامی تجهیزات نیازمند کنترل کیفی و کالیبراسیون نصب شود.
- دستگاه هایی که فقدان آنها در دوره سرویس و تعمیرات موجب اختلال در خدمت رسانی به بیمار اورژانس می شوند، جایگزین مناسب در نظر گرفته شده باشد.
- بر اساس کنترل کیفی دوره ای هر کدام از تجهیزات برنامه زمان بندی شده مدون به طور مشترک بین واحد اورژانس و تجهیزات پزشکی طراحی و کنترل کیفی دوره ای طبق آن برنامه تقویمی صورت گیرد
- در خصوص تجهیزات غیر پزشکی مانند برانکارده، تخت بیمار و... بصورت دوره ای چک لیست عیب یابی تکمیل و رفع اشکال گردد.

داروها، مواد و لوازم مصرفی

دارو

- امکان دسترسی شبانه روزی مراجعه کنندگان بخش اورژانس به داروخانه اورژانس/ بیمارستان الزامی است.
- تامین داروهای مورد نیاز به صورت دوره ای و موردی (پس از درخواست داروهای مورد نیاز بخش داروها از انبار دارویی به بخش تحویل داده شده و در اتاق دارو و کار تمیز نگهداری شود).
- وجود دارو مطابق آخرین دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس الزامیست. 18
- در دستورالعمل استاندارد دارویی حداقل تعداد داروهای مورد نیاز بخش اورژانس شامل داروهای ضروری قفسه، مخدر و یخچالی ذکر شده است لذا این میزان بر اساس بار مراجعه اورژانس بیمارستان و بنا بر تایید کتبی

- کمیته راهبردی اورژانس هر بیمارستان قابل افزایش می باشد. بدیهی است کاهش اقلام و یا تعداد داروهای حیات بخش (موجود در ترالی احیا) و ضروری مجاز نمی باشد.
- الصاق لیست مربوط به داروهای حیات بخش در یکی از طرفین ترالی احیا، الصاق لیست داروهای ضروری قفسه بر روی قفسه دارویی بخش اورژانس و نیز الصاق لیست داروهای یخچالی بر روی یخچال دارویی - همگی طبق دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس- الزامی است.
- در تمامی بخش های اورژانس، الصاق فرمی درخصوص کنترل و ثبت تاریخ انقضای داروهای موجود در ترالی احیا، قفسه و همچنین توضیحات مورد نیاز احتمالی، در کنار دستورالعمل دارو الزامی است.

خدمات درمانی و تشخیص طبی و تصویر برداری

انجام خدمات آزمایشگاهی اورژانس

خدمات آزمایشگاهی اورژانس شامل آزمایش هایی هستند که نتیجه آنها برای تشخیص، تصمیم گیری بالینی و انجام مداخلات درمانی در شرایط اورژانس برای بیمار ضروری می باشند و هر گونه تاخیر در انجام و جواب دهی به موقع آنها، موجب بروز مخاطرات و اثرات سوء در روند مراقبت از بیمار می شود.

جهت مدیریت صحیح روند خدمات آزمایشگاهی اورژانس، رعایت موارد زیر در سه حوزه سازماندهی، اجرا و پایش، الزامی می باشد:

الف) سازماندهی:

فضای انجام آزمایش های اورژانس

این فضا باید متناسب با تعداد و تنوع آزمایش های پذیرش شده در بخش اورژانس، تعداد و انواع تجهیزات مورد استفاده در اورژانس و تعداد کارکنان باشد. در مورد تخصیص فضای جداگانه به آزمایشگاه اورژانس، علاوه بر موارد یاد شده باید فاصله آزمایشگاه مرکزی بیمارستان تا بخش اورژانس و امکان انتقال سریع، و امن و ایمن نمونه ها در نظر گرفته شود.

تجهیزات و روش های مورد استفاده برای انجام آزمایش های اورژانس

استفاده از تجهیزاتی که سرعت بیشتر، کاربری راحت تر و نیاز به پرسنل کمتر دارند (مثل سل کانترهای diff Full، کوآگولومترهای خودکار و اتوآنالیزرهای به روز) بویژه در مراکز بیمارستانی با تعداد بالای پذیرش اورژانس اهمیت دارد. کنترل و کالیبراسیون دوره ای تجهیزات مستقر در اورژانس باید انجام شود.

انجام آزمایشهای تشخیصی در محل ارائه خدمت (POCT: Point of Care Testing) و تست های سریع، می تواند انجام آزمایش های اورژانس را تسهیل و زمان چرخه کاری آنها را کوتاه تر نماید. برای استفاده از این روش های تشخیصی باید الزامات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تصویب ضرورت انجام آزمایش به شیوه POCT به عنوان جایگزین خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان، که می تواند به منظور تسریع و بهبود روند تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران، و یا کوتاه شدن مدت اقامت در اورژانس، کاهش هزینه درمان و بهبود رضایت عمومی پزشکان، پرستاران، سایر کارکنان مسئول مراقبت بالینی و بیماران باشد.

- رعایت قوانین، مقررات، ضوابط و استانداردهای آزمایشگاهی مربوط به انجام آزمایشهای تشخیصی در محل ارائه خدمت (POCT) شامل استفاده از روش های تایید شده توسط مراجع ذیربط و حصول اطمینان از کیفیت روش ها
- پیش بینی مکانیسمهای پایشی برای شناسایی انحرافات در استفاده از آزمایشهای POCT و همچنین پیشگیری از تقاضای القایی یا انجام غیرضروری آزمایش با هدف کسب منافع مالی بیشتر.

تعیین فرمولری آزمایش های اورژانس و زمان چرخه کاری هر یک از آزمایشها

منظور از فرمولری آزمایش های اورژانس، فهرست آزمایش هایی است که در هر بیمارستان می تواند درخواست انجام و جوابدهی اورژانس داشته باشد. منظور از زمان چرخه کاری آزمایش های اورژانس (Turn around time, TAT) فاصله زمانی (بر حسب دقیقه) بین درخواست آزمایش اورژانس تا جواب دهی و ارائه نتیجه به پزشک مربوطه می باشد (مجموع فاصله زمانی از درخواست آزمایش تا تحویل نمونه به آزمایشگاه، و فاصله زمانی تحویل نمونه به آزمایشگاه تا جواب دهی و ارائه نتیجه به کادر درمانی) 19

فرمولری آزمایش های مورد نیاز اورژانس و زمان چرخه کاری برای هر یک از این آزمایش ها، در مراکز بیمارستانی مختلف باید با توجه به نیاز سنجی بر اساس بخشهای فعال، تنوع و طیف ارائه خدمات اورژانس و امکانات و منابع در دسترس در هر بیمارستان تعیین شود و مورد اجماع نظر متخصصین رشته های مختلف بالینی، کادر درمانی، و مسئول فنی آزمایشگاه بیمارستان باشد. فرمولری و زمان چرخه کاری باید به گونه ای منطقی تعیین گردد تا نیرو و تجهیزات آزمایشگاهی جهت انجام صحیح و دقیق آزمایش های با فوریت بیشتر بکار گرفته شوند. فرمولری و زمان چرخه کاری آزمایش های اورژانس بیمارستان باید به تایید کمیته ارتقا خدمات اورژانس برسد. در صورت عدم امکان انجام برخی آزمایشهای اورژانس در آزمایشگاه همان بیمارستان، نمونه می تواند، با رعایت الزامات ارجاع نمونه 20، به آزمایشگاه ارجاع مورد تایید ارسال گردد.

سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستانی HIS

سیستم HIS با داشتن قابلیت های زیر، می تواند امکان مدیریت و اطمینان از ارائه مطلوب و به موقع خدمات آزمایشگاهی اورژانس را فراهم نماید:

- ثبت ساعت درخواست و نیز آماده شدن نتیجه آزمایش های اورژانس
- تفکیک پذیرش آزمایشهایی که بروش سریع و در محل ارائه خدمت انجام می شوند (POCT) از آزمایش های معمول آزمایشگاهی
- هشدار در صورت تاخیر در آماده شدن نتایج (طولانی شدن زمان چرخه کاری هر آزمایش)
- گزارش های دوره ای از انحرافات (دفعات طولانی شدن زمان چرخه کاری یا درخواست های اورژانس خارج از فرمولری)
- جمع بندی گزارشات و اندازه گیری شاخص های کیفیت مرتبط با خدمات آزمایشگاهی اورژانس
- دسترسی مستقیم کادر اورژانس به نتایج آزمایش های اورژانس
- قابلیت طراحی سیستم الکترونیکی درخواست آزمایش و پنجره هایی که پس از ثبت درخواست آزمایش در صورت لزوم ظاهر میشوند (Order entry system with pop-up windows) و اطلاعات یا توصیه هایی در مورد آن آزمایش ارائه می دهند (مثلا محدودیت یا ممنوعیت درخواست آزمایش، تکراری بودن درخواست و غیره)

ب) عملکرد/ اجرا:

درخواست منطقی آزمایش های اورژانس

جهت مدیریت تجویز منطقی آزمایش ها در بخش اورژانس می توان استراتژیهای مختلفی را به کار گرفت. تدوین گایدلاین های تجویز منطقی آزمایش ها برای بیماری ها، ارائه بازخورد به پزشکان در مورد الگوی درخواست هایشان (مثلا تعداد، نوع و توالی آزمایش های درخواست شده توسط هر پزشک در شرایط بالینی مشخص یا در بازه زمانی معین)، محدود کردن درخواست های آزمایش (Gatekeeping) شامل محدود کردن درخواست آزمایش های خارج از فرمولری اورژانس، محدود کردن درخواست آزمایش برای پزشکان با تخصص های مختلف، ضرورت صدور تاییدیه برای درخواست بعضی آزمایش ها و یا محدود کردن دفعات و فواصل انجام برخی آزمایش ها از جمله راهکار های ممکن می باشد. مشروط بر این که این محدودیت تاثیر سوء در روند تشخیص و درمان بیماران ایجاد نکند. همچنین ممنوعیت درخواست آزمایش ها را می توان برای آزمایش هایی که همزمان توسط چند پزشک درخواست شده اند، درخواست مجدد آزمایش هایی که منتظر جواب هستند و یا آزمایش هایی که بطور غیرمنطقی تکرار می شوند، مد نظر قرار داد. حذف یا محدود کردن فرم های از پیش آماده درخواست آزمایش نیز می تواند در کاهش درخواست های القایی و غیرمنطقی کمک کننده باشد.

نمونه گیری برای آزمایشهای اورژانس و انتقال امن و ایمن نمونه های اورژانس از محل جمع آوری نمونه تا محل انجام آزمایش

مسئولیت و وظیفه نمونه گیری از بیماران بستری در اورژانس در شیفیت های کاری مختلف باید مشخص باشد. انتقال نمونه ها در داخل اورژانس (از بالین بیمار تا آزمایشگاه اورژانس) و از اورژانس به بیرون (انتقال نمونه به آزمایشگاه مرکزی بیمارستان و یا ارسال نمونه به آزمایشگاه ارجاع) باید به نحوی باشد که کیفیت نمونه، ایمنی فرد حمل کننده و ایمنی محیط و جامعه به خطر نیفتد. لذا این انتقال باید مطابق با دستورالعمل استاندارد بسته بندی و انتقال نمونه های آزمایشگاه صورت گیرد²¹.

گزارش دهی نتایج آزمایش های اورژانس

نتایج آزمایش های اورژانس باید به محض آماده شدن در دسترس کادر درمانی مربوطه قرار گیرد. این دسترسی می بایست از طریق سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) فراهم شود. آزمایشگاه ممکن است در صورت لزوم برای ارائه نتایج آزمایش های اورژانس از روشهایی مثل گزارش شفاهی یا تلفنی و غیره استفاده نماید.

مهم: چنانچه نتیجه آزمایش در محدوده بحرانی قرار بگیرد (محدوده ای که نشاندهنده خطر جدی و یا تهدید حیات بیمار است) باید فوراً و قبل از هر گونه کنترل مجدد، از طریق خطوط تلفن ویژه اطلاع رسانی نتایج بحرانی (Hot line) که قبلاً پیش بینی شده و روش اجرایی مشخصی دارد، به کادر درمانی اطلاع رسانی و هشدار داده شود و از دریافت نتیجه توسط آنها اطمینان حاصل گردد.

در صورتیکه به هر دلیل تأخیری در روند انجام آزمایش پیش بیاید و آماده شدن نتیجه بیش از زمان چرخه کاری (که از پیش تعیین شده) طول بکشد، باید تأخیر در گزارشی به اطلاع کادر درمانی برسد.

ج) پایش و نظارت بر ارائه خدمات آزمایشگاهی اورژانس

به منظور پایش عملکرد خدمات آزمایشگاهی اورژانس در سطح بیمارستان، می بایست شاخص های متناسب تعیین و اندازه گیری شود. برای پایش طول زمان چرخه کاری و اطمینان از انطباق با زمان ایده آل (که از قبل تعیین شده)، باید مدت زمان آماده شدن نتیجه هر یک از آزمایش های فرمولری اورژانس ثبت، و میانگین مدت زمان آماده شدن نتیجه هر آزمایش محاسبه شود. در صورت عدم انطباق زمان واقعی با زمان چرخه کاری مورد توافق در کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان، باید اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مناسب انجام و مستند گردد.

ارائه خدمات تصویربرداری در بخش اورژانس:

به جهت شرایط وخیم برخی از بیماران مراجعه کننده به اورژانس، ارائه خدمات تصویربرداری در اورژانس به بیماران اجتناب ناپذیر می باشد.

با توجه به شرایط بیماران و امکانات اورژانس بخشی از خدمات تصویربرداری به صورت زیر در داخل بخش ارائه می گردد:

الف) استفاده از دستگاه های سیار: با توجه به وضعیت وخیم برخی بیماران، بخشی از خدمات تصویربرداری مانند سونوگرافی، رادیولوژی با استفاده از تجهیزات سیار بر بالین بیمار انجام پذیر است.

ب) تجهیز فضاهای اورژانس به دستگاه های تصویربرداری: با توجه به سطح خدمات ترومایی قابل ارائه در اورژانس ممکن است برای بیماران بدحال برخی تجهیزات تصویربرداری همچون رادیولوژی سقفی، سی تی اسکن سیار و ... در اتاق احیا/تروما به صورت ثابت یا سیار در نظر گرفته شود.

ج) تعبیه فضاهای اختصاصی خدمات تصویربرداری در اورژانس: در اورژانس های تروما سطح 1 یا 2 و همچنین اورژانس های عمومی با تعداد پذیرش بالا، ممکن است جهت ارائه برخی خدمات تصویربرداری مورد نیاز در داخل بخش فضاهای اختصاصی برنامه ریزی و تعبیه شود که از آن جمله می توان به اتاق سی تی اسکن، اتاق رادیولوژی، اتاق سونوگرافی و ... اشاره کرد.

صیانت از حقوق اختصاصی بیمار

- رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار در معاینه بیماران غیر هم جنس در معاینه و ارائه خدمات به بیماران در بخش اورژانس مد نظر قرار گیرد.
- به منظور حفظ و صیانت از حریم خصوصی مراجعه کنندگان، جدا سازی فیزیکی بیماران از یکدیگر و از سایر همراهان با سازه ثابت یا موقت در فضاهای مشترک احیا، حاد و بستری اورژانس در همه فرایندهای پذیرش، معاینه، آموزش و پروسیجر و CPR ضروری است.
- در اتاق احیا با ظرفیت بیش از یک بیمار قابلیت ایجاد فضای خصوصی و رعایت privacy بیمار در حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و پروسیجر های حیات بخش در فرایند احیا الزامی است.

● رعایت حقوق گیرندگان خدمت بر اساس سنجه های اعتبار بخشی در بخش اورژانس (پیوست) نیز الزامی است.

منابع

1. قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین جانی مصوب سال 1354 مجلس
2. اصول مدیریت بخش اورژانس (Mayer's Emergency Management) ترجمه فصول انتخابی از کتاب مدیریت بخش اورژانس اصول و کاربردها، 1387
3. استاندارد های اعتبار بخشی ملی بیمارستان ها- ویرایش چهارم، ابلاغی به شماره 2933/400 مورخ 18/98/2
4. شرح وظایف جامع سطوح و رده های پرستاری (مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه)، دکتر میرزا بیگی، دکتر سالاریان زاده، چاپ اول، 1396
5. استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، جلد ششم، چاپ اول، 1391
6. کتاب تریاژ بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه، چاپ اول، 1398
7. دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس ابلاغیه شماره 27716/400 مورخ 2/11/97
8. دستورالعمل استاندارد تجهیزات بخش اورژانس ابلاغیه شماره 38797/400 مورخ 14/12/95
9. دستورالعمل شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره 886/100 مورخ 27/8/96
10. دستورالعمل اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی ابلاغیه شماره 879/400 مورخ 24/1/98
11. دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان در بیمارستان های کشور ابلاغیه شماره 1550/400 مورخ 3/2/98
12. دستورالعمل ویزیت بیماران اورژانس توسط دستیارن سرویس های تخصصی در مراکز آموزشی و درمانی ابلاغیه تیر ماه 95 معاونت آموزشی
13. بخشنامه ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت

پیوست ها

پیوست یک: دوره های مورد نیاز پزشکان شاغل در بخش اورژانس دوره توانمند سازی پزشکان عمومی

بخش اورژانس از بخش های حساس و مهم هر بیمارستان محسوب می شود چرا که پرحجم ترین، متنوع ترین، پیچیده ترین و حساسترین گروه بیماران را دارا می باشد و ارائه خدمات موثر در سایه عملکرد کارا و اثر بخش این حوزه امکان پذیر است.

پزشکان موظف به شرکت در برنامه های بازآموزی در طی دوران خدمت خود می باشند با توجه به اهمیت به روز بودن اطلاعات و سطح دانش پزشکان شاغل در بخش اورژانس و ارتقاء کیفیت آموزشی آنان و همچنین عدم اختصاصی بودن برنامه های بازآموزی عمومی موجود، باید دوره های آموزشی ویژه ای طراحی گردد، به طوری که پزشکان قادر باشند با استفاده از تجربه و آموزش، مهارت های مختلف آموخته شده را با کفایت لازم به اجرا در آورند.

برنامه مربوطه در قالب دوره های کوتاه مدت توانمند سازی پزشکان شاغل در بخش اورژانس بیمارستان های کشور، با استفاده از ظرفیت های قانونی و فنی اداره کل آموزش مداوم معاونت آموزش وزارت بهداشت با مشارکت اداره اورژانس بیمارستانی وزارت تدوین و اجرا می گردد. این برنامه شامل دوره های تئوری و عملی می باشد.

بدیهی است علاوه بر بیمارستان های تک تخصصی که نیاز به آموزش های خاصی در زمینه اورژانس دارند، بیماریها و آسیب ها با توجه به شرایط بومی هر منطقه ای متفاوت می باشد و انتخاب و نیازسنجی آموزش های آنان را متفاوت می سازد. این نیازها در کمیته/ کارگروه ارتقا اورژانس بیمارستان و دانشگاه بررسی می گردد. پس از تایید وزارت بهداشت پیاده سازی می گردد.

سرفصل های آموزشی

1. اصول احیا (CPR) پایه و پیشرفته BLS، ATLS، (ACLS نوزادان، کودکان، بزرگسالان، موارد خاص) ختم CPR و علائم قطعی مرگ
2. مدیریت و اداره راه هوایی
3. اقدامات اولیه در احیاء انواع شوک
4. اصول تریاژ بیمارستانی در بخش اورژانس الگویی ESI
5. اصول تریاژ بیماریهای تبار و مسری (با نگاه سندرمیک در موارد تک گیر و اپیدمی)
6. اصول تریاژ بخش اورژانس بیمارستانی در حوادث غیر مترقبه با اولویت الگویی استارت و جامپ استارت
7. آسیب های شیمیایی، صنعتی و موارد خاص
8. اورژانس های قلبی عروقی (اقدامات اولیه و احیا در ACLS، ادم ریه، فشارخون و تامپوناد قلبی)
9. دستورالعمل ارائه خدمات به بیماران اورژانس سکته های قلبی و مغزی (247 و 724)

10. اورژانس های تنفسی (اقدامات اولیه و احیا در آسم و انسداد راه هوایی)
11. اورژانس های نورولوژی (تشخیص و اقدامات اولیه در اختلال هوشیاری و CVA)
12. اورژانس های جراحی (تشخیص و اقدامات اولیه در پنوموتوراکس و شکم حاد)
13. اورژانس های اطفال (تشخیص و اقدامات اولیه در سپسیس، تب و تشنج)
14. اورژانس های گوارشی (تشخیص و اقدامات اولیه در GIB و پانکراتیت)
15. اورژانس های کلیه "نفرولوژی و ارولوژی" (تشخیص و اقدامات اولیه در RF ، سنگ کلیه، موارد دیالیز اورژانسی، تورشن بیضه در کودکان و انسداد حاد مسیر ادراری)
16. اورژانس های ارتوپدی (مدیریت Open Fracture شامل تشخیص، اقدامات اولیه و مراقبتی تا مشاوره سایر گروه های بالینی، تشخیص و اقدامات اولیه در سندرم کمپارتمان)
17. اورژانس های چشم (تشخیص و اقدامات اولیه در گلوکوم حاد، ضربه به چشم، سوختگی با اسید، وجود جسم خارجی)
18. اورژانس های اعصاب و روان (تشخیص و اقدامات اولیه در بیمار پرخاشگر و سایکوز و اقدام به خودکشی)
19. اورژانس های ENT (تشخیص و اقدامات اولیه در اپیستاکی و URI)
20. اورژانس های زنان و مائمی (تشخیص و اقدامات اولیه در V/B ، تورشن تخمدان، دردهای شکمی در سنین باروری)
21. اورژانس های عفونی (اقدامات تشخیصی و بررسی علل تب در اورژانس)
22. اورژانس های پوست (تشخیص و اقدامات اولیه در واکنش های آلرژیک پوستی دارویی و حساسیتی)
23. اورژانس های هماتولوژی و انکولوژی (تشخیص و اقدامات اولیه در پان سیتوپنی های اورژانسی و اختلالات انعقادی)
24. اورژانس های دیابتی (تشخیص و اقدامات اولیه در هیپوگلیسمی، هیپرگلیسمی و کتواسیدوز دیابتی)
25. اورژانس های محیطی (اقدامات اولیه و احیا در سرمازدگی و گرمazedگی و غرق شدگی و برق گرفتگی)
26. اورژانس های سوختگی شامل انواع سوختگی از جمله شیمیایی و آسیب های صنعتی (با اولویت صنایع بومی)
27. تشخیص و شروع درمان انواع اختلالات الکترولیتی
28. آشنایی با EMS و دیسپچ الگوی انتقال بیماران (انتقال هوایی، زمینی، دریایی و ریلی)
29. آشنایی با کد اورژانس هوایی (350) در بیمارستان های پذیرنده بیماران اورژانس هوایی (دارای هلی پد AMT)
30. آمبولانس های بیمارستانی، تیپ بندی و تجهیزات آن
31. تفسیر ECG
32. اقدامات اولیه در اورژانس های ناشی از حوادث
33. مسمومیت ها (دارویی و شیمیایی، گاز منوکسیدکربن، رادیواکتیو، الکل، نارکوتیک ها) و گزیدگی (عقرب و سایر جانوران) و گاز گرفتگی حیوانات
34. اکسیژن تراپی
35. اداره راه هوایی
36. تفسیر ABG
37. کنترل درد
38. مدیریت و برخورد با بیماریهای نوپدید و بازپدید
39. کنترل عفونت (آشنایی با انواع ایزولاسیون و اندیکاسیون ها)
40. جنبه های قانونی و اخلاقی پزشکی اورژانس
41. مهارت های رفتاری و ارتباطی
42. خطاهای پزشکی در اورژانس
43. ایمنی و سلامت شغلی

44. کار با دستگاه‌های دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مرتبط
45. مبانی مدیریت بخش اورژانس
46. زمان سنجی خدمات اورژانس و آشنایی با نقش زمان‌های کلیدی (تریاژ، تعیین تکلیف، ترخیص و ...) در فرایندها و شاخص‌های اورژانس
47. شاخص‌های ملی بخش اورژانس
48. مستندسازی در بخش اورژانس
49. آشنایی با سامانه‌های ورود اطلاعات
50. منشور حقوق بیمار و پرسنل
51. استانداردهای پذیرش تا ترخیص و گردش خدمات در اورژانس
52. استاندارد دارویی بخش اورژانس
53. اصول اعتباربخشی بخش اورژانس

پیوست 2- راهنمای سنج‌های اعتباربخشی

پیوست 3- فرآیند انتقال بیمار

ماده 1- شرایط انتقال

یک مرکز درمانی در شرایط زیر می‌تواند بیماران خود را به مراکز درمانی دیگر منتقل نماید:

- الف - کمبود متخصص مورد نیاز در مرکز درمانی
- ب - کمبود امکانات تشخیصی درمانی
- ج - کمبود امکانات درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری
- د - افزایش تعداد بیماران نسبت به امکانات بیمارستان (شرایط بحران)
- ه - نظام سطح بندی و دستورالعمل‌های بالادستی
- و - درخواست بیماران و همراهان (در این مورد مراکز درمانی در صورت وجود امکانات می‌توانند همکاری نمایند)

ماده 2- انواع انتقال

انتقال دائم

منظور انتقال بیمار از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی دیگر با قطع رابطه درمانی با مرکز درمانی مبداء و ادامه

روند تشخیصی درمانی در مرکز درمانی مقصد می‌باشد و شامل موارد زیر است:

- الف - انتقال دائم از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی دیگر در یک شهر
 - ب - انتقال دائم از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی در شهر دیگر در حوزه دانشگاه
 - ج - انتقال دائم از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی دیگر در خارج از حوزه دانشگاه
- انتقال موقت (اعزام)

شامل اعزام بیمار از یک مرکز درمانی به یک مرکز تشخیصی- درمانی دیگر به منظور انجام خدمات پاراکلینیک و پروسیجرها و بستری موقت با یا بدون تشکیل پرونده و بازگشت به مرکز درمانی مبداء در کمتر از 24 ساعت می باشد.

ماده 3- دستور دهنده انتقال مسئولیت تشخیص و صدور دستور انتقال برای بیماران بستری بر عهده پزشک معالج می باشد.

در مواردی که بیمار به اورژانس مراجعه نموده، نیاز به انتقال دارد، صدور دستور انتقال بر عهده پزشک اورژانس با کسب موافقت مسئول فنی بیمارستان می باشد.

در بیماران با وضعیت بالینی پیچیده (complicate) پزشک معالج/ پزشک اورژانس بیمار موظف می باشد نظر سایر پزشکان مرتبط با فرایند درمان بیمار را جهت انتقال بیمار اخذ نماید.

دستور انتقال و نوع مراقبتهای مورد نیاز حین فرایند انتقال باید توسط پزشک معالج/ اورژانس در پرونده بیمار درج شود.

پیوست 4- تقسیم بندی خدمات بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز بر اساس سطح بندی

در نظام سطح بندی خدمات، شهرستان ها بر اساس موقعیت جغرافیایی، جمعیت، مسیر حرکتی و تردد سایر شهرستان ها به سمت مرکز استان و یا مرکز دانشگاهی بودن به چهار لایه تقسیم شده اند.

الف: خدمات اورژانس و فوریت های پزشکی سطح اول (بیمارستان محلی)

بیمارستان محلی (لایه اول از سطح دو تحت عنوان 1-2): بیمارستان های محلی از نظر نظام سطح بندی خدمات درمانی کشور، جزو سطح اول خدمات درمان محسوب می گردند. عمدتاً برای جمعیت های بین 20 تا 50 هزار نفر (شهرستان و یا نقاط شهری غیر مرکز شهرستان با فاصله بیش از 30 کیلومتر از مرکز شهرستان) در نظر گرفته می شوند. در این بیمارستان ها عمدتاً خدمات اورژانس اولیه شبانه روزی به همراه خدمات تخصصی پایه به صورت درمانگاه سرپایی ارائه می گردد. خدمات فوریتی در این بخش توسط پزشکان عمومی آموزش دیده دوره "کوتاه مدت مهارت حرفه ای فوریت ها" به صورت شبانه روزی قابل ارائه خواهد بود. ترکیب بیماران ورودی به بخش اورژانس عموماً شامل 90 درصد سرپایی و 10 درصد بستری اورژانس می باشد.

ب: خدمات اورژانس و فوریت های پزشکی سطح دوم (بیمارستان محیطی)

سطح دوم (لایه دوم از سطح دو، تحت عنوان 2-2): شامل شهرستان های محیطی با جمعیت بالای 50 هزار نفر و کمتر از 100 هزار نفر است که به جز منطقه جغرافیایی خود، عموماً از سایر نقاط مراجعه قابل توجهی ندارند و خدمات در محدوده جغرافیایی آن شهرستان تعریف می شود. در این شهرستان ها حداقل خدمات برای پنج رشته تخصصی پایه (داخلی، کودکان، جراحی عمومی، زنان و زایمان، بیهوشی) و علاوه بر آن، بر حسب میزان مراجعات برای سایر رشته های تخصصی تعریف می شود.

این خدمات در قالب خدمات بستری و سرپایی است. در این شهرستان ها، بیمارستان های عمومی حداقل دارای 60 تخت بستری تعریف می شوند که ترکیب بیماران ورودی به بخش اورژانس عموماً شامل 80 درصد سرپایی و 20 درصد بستری می باشد.

همه خدمات اورژانس سطح اول در این سطح نیز قابل انجام بوده و خدمات تکمیلی بخش اورژانس جهت بستری در بخش های اصلی در این لایه صورت می پذیرد.

خدمات فوریتی در این بخش توسط پزشکان عمومی آموزش دیده دوره "کوتاه مدت مهارت حرفه ای فوریت ها" به صورت شبانه روزی قابل ارائه خواهد بود.

خدمات فوریتی و اقدامات اولیه حیاتبخش توسط پزشکان عمومی شروع گردیده و توسط متخصصین 5 رشته اصلی مقیم یا آنکال تکمیل می گردد.

دوره های توانمندسازی آموزشی "کوتاه مدت مهارت حرفه ای فوریت ها" ویژه پزشکان عمومی شاغل در بخش اورژانس، با مشارکت انجمن های علمی گروه های تخصصی مرتبط و انجمن علمی تخصصی طب اورژانس کشور، انجمن پزشکان عمومی کشور، معاونت درمان و معاونت آموزشی وزارت بهداشت تدوین می گردد که پس از طی دوره یاد شده گواهی آن نیز به پزشکان داده خواهد شد.

مدیریت بخش اورژانس در سطح دوم، ترجیحاً و براساس توان دانشگاه در تأمین نیروی تخصصی، توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت می گیرد که در راستای اصلاح فرایندها، ساختار و توانمند سازی پرسنل شاغل و شرکت فعال در ارتقا اورژانس بیمارستان مربوطه عمل می نماید.

بدیهی است در ساعات حضور متخصص طب اورژانس مدیریت بیماران بدحال (سطح 1، 2 و 3 تریاژ) و تمامی پروسیجرهای تهاجمی اورژانس طبق استاندارد های عملکردی و علمی طب اورژانس منطبق با کوریکولوم مصوب و به تناسب امکانات و تجهیزات موجود در این سطح بر عهده متخصص مذکور می باشد.

استقرار متخصص طب اورژانس در این سطح مشروط به پوشش تخصصی تمام بیمارستان های سطح های بالاتر با تأمین 5 متخصص طب اورژانس، امکان پذیر است.

در صورت تأمین نیروی تخصصی طب اورژانس به تعداد کافی، بیماران سرپایی در واحد "ویزیت سرپایی" واقع در فضایی در داخل یا خارج از محیط اورژانس (Urgent Care Clinic or Fast Track) ویزیت شوند.

ج: خدمات اورژانس و فوریت های پزشکی سطح سوم

سطح سوم (لایه اول از سطح سه، تحت عنوان 3-1): شامل شهرستان هایی خواهد بود که جمعیت بیش از 100 هزار نفر داشته و یا سرریز مراجعات از یک و یا بیش از یک شهرستان دیگر نیز بر اساس مسیر حرکتی مردم به آن شهرستان صورت می گیرد. برای این گونه شهرستان ها کلیه خدمات تخصصی در تمام رشته ها تعریف می شود تا بتوانند پوشش کامل خدمات تخصصی را برای مردم منطقه شهرستان مربوطه و سایر شهرستان های همجوار و در مسیر حرکتی آن را پوشش دهند. همچنین بعضی خدمات فوق تخصصی نیز به فراخور نیاز منطقه و نوع رشته فوق تخصصی در این شهرستان ها قابل ارائه خواهد بود. به این شهرستان ها، مرکز بلوک جغرافیایی می گویند.

شهرستان های مرکز دانشگاهی غیر از مرکز استان نیز جزو این تعریف می باشند.

در این سطح ترکیب بیماران ورودی به بخش اورژانس عموماً شامل 60 درصد سرپایی و 40 درصد بستری می باشد.

همه خدمات اورژانس سطح اول و دوم در این سطح قابل انجام بوده و خدمات تخصصی تکمیلی بخش اورژانس در این سطح صورت می پذیرد.

مراکز آموزشی سطح سوم به صورت یکپارچه تحت نظر گروه آموزشی تخصصی طب اورژانس و نیروهای آموزشی تحت پوشش کارورز و دستیار مقیم، پس از برآورد تأمین نیروی انسانی و مصوبه کمیته ارتقا اورژانس بیمارستان و دانشگاه انجام می گردد.

در مراکز درمانی سطح سوم مدیریت یکپارچه و ارائه خدمت در بخش اورژانس به صورت کامل در تمام سطوح تریاژ توسط گروه تخصصی طب اورژانس می باشد و در صورت عدم تأمین نیروی متخصص کافی و بنا به مصوبه کارگروه ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه، ارائه خدمت به بیماران سطوح 1 و 2 و 3 و هر بیمار واجد شرایط تشکیل پرونده اورژانس، توسط متخصص طب اورژانس در واحد بستری و حاد اورژانس و بیماران واجد شرایط ویزیت سرپایی در واحد fast track توسط پزشک عمومی، انجام می شود.

د: خدمات اورژانس و فوریت های پزشکی سطح چهار

سطح چهارم (لایه دوم از سطح سه تحت عنوان 2-3): شامل مراکز استانها می باشد که تمامی خدمات تخصصی و فوق تخصصی بستری و سرپایی در آن الزاماً ارائه می گردد. تنها موارد استثنا شامل خدماتی است که با تشخیص معاونت درمان وزارت بهداشت تعیین گردیده اند (مانند خدمات فوق تخصصی مربوط به پیوند اعضا).

در بیمارستان های این سطح ترکیب بیماران ورودی به بخش اورژانس عموماً شامل 40 درصد سرپایی و 60 درصد بستری می باشد.

همه خدمات اورژانس سطوح پایین تر در این سطح قابل انجام بوده و خدمات تخصصی و فوق تخصصی تکمیلی و نهایی بخش اورژانس در آن صورت می پذیرد.

ارایه خدمات به بیماران اورژانس در مراکز سطح چهارم به صورت یکپارچه تحت نظر گروه آموزشی تخصصی طب اورژانس انجام می گردد.

در بیمارستان های سطح چهارم مدیریت یکپارچه و ارائه خدمت در بخش اورژانس به صورت کامل در تمام سطوح تریاژ توسط گروه آموزشی تخصصی طب اورژانس می باشد و در صورت عدم تامین نیروی متخصص کافی و بنا به مصوبه کارگروه ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه، ارائه خدمت به بیماران سطوح 1 و 2 و 3 و هر بیمار واجد شرایط تشکیل پرونده اورژانس، توسط متخصص طب اورژانس در واحد بستری و حاد اورژانس و بیماران واجد شرایط ویزیت سرپایی در واحد fast track توسط پزشک عمومی و یا دستیاران سایر رشته ها در خارج از ساعات موظفی، انجام می شود.

در بیمارستان های سطوح سوم و چهارم که در محوطه بیمارستان و مجاور بخش اورژانس کلینیک ویژه دارند، ارائه خدمت به بیماران سطوح 4 و 5 در کلینیک ویژه صورت پذیرد. این کلینیک ها باید شبانه روزی و دارای داروخانه باشند. ارائه خدمت در این درمانگاه توسط پزشکان عمومی و یا دستیاران سایر رشته ها در خارج از ساعات موظفی صورت می پذیرد.

بیماران سرپایی می بایست حتماً از واحد تریاژ ارجاع داده شوند و پزشکان مکلف به تکمیل فرم تریاژ جهت تعیین تکلیف بیماران در واحد سرپایی می باشند. تعداد بیماران سطح 4 و 5 که توسط پزشکان حوزه سرپایی به اورژانس حاد عودت می گردند مورد بررسی در کمیته ارتقا اورژانس بیمارستان قرار گیرد و درصد ارجاع بیماران از این حوزه به واحد حاد نباید از 10 درصد تجاوز کند. در صورت ارجاع بیش از این میزان باز آموزی تریاژ به پرستاران این واحد و همچنین نحوه ارائه خدمات پرسنل درمانی حوزه سرپایی مورد ارزیابی موشکافانه قرار گیرد.