

استانداردهای اورژانس

مقدمه

مراکز فوریت‌های پزشکی نقش اساسی در تضمین سلامت مردم و نجات جان افراد در مواقع بروز حوادث و سوانح ایفا می نمایند . به مناسبت اهمیت حیاتی وظایف و نیاز دائمی به خدمات آنها ، تأمین تجهیزات و ملزومات و داروهای مورد نیاز در همه موارد ضروری و اجتناب ناپذیر است . این استاندارد براساس نیازهای حداقل مراکز فوق‌الشاره به منظور تأمین و تضمین سلامت آحاد مردم و بازگشت سلامت و توانائی مصدومین حوادث و سوانح و فوریت‌های پزشکی و تضمین ارائه خدمات مورد نیاز در حوادث و سوانح و هر نوع فوریت تنظیم شده است . این ضوابط به استناد اهداف و وظایف مقدس نظام جمهوری اسلامی تهیه شده است و اجرای آن در کلیه مراکز بهداشتی درمانی اعم از مراکز وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، سایر بخشهای دولتی و نهادهای ، بخش خصوصی ، بخش خیریه و کلیه مراکزی که دارای وظایف و اهداف بهداشتی درمانی می باشند . ضروری و تخلف از آن موجب پیگرد خواهد بود . در این سند استاندارد موارد استاندارد در مورد فوریت‌های پزشکی با حرف اختصاری است « الف » مشخص شده است و معنی مفهوم آن ضابطه استاندارد لازم‌الاجراء در زمینه اورژانس و فوریت پزشکی و ابعاد مربوطه می باشد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۱

به استناد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ ، امداد درمانی به مصدومین سوانح و حوادث از وظایف عمومی بشمار می رود . بر همه افرادی که توانائی امداد رسانی برایشان فراهم می باشد واجب و لازم است که بدون تأمل و اتلاف وقت و با استفاده از همه وسائل و امکاناتی که در اختیار دارند ، به یاری آسیب دیدگان بشتابند . نجات بیماران و مصدومین و خروج ایشان از شرایط بحرانی در رأس اهداف این امداد رسانی همگانی بشمار می رود . در این راستا وظیفه نهادهای امداد رسانی و اورژانس و سازمانهای آتش نشانی مهمتر و اساسی تر است . امداد رسانی از لحظه اطلاع ازشانحه آغاز و تا انتقال کلیه بیماران و مصدومین به مراکز بهداشتی ، درمانی و فوریتهای پزشکی ادامه میابد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۲

کلیه پزشکان ، مسئولین بیمارستانها و درمانگاهها و کلیه پرسنل و مأمورین تحت نظارت آنها موظف هستند با منتقل کنندگان مصدومین ، مجرومین و بیماران به بیمارستان کمال همکاری را داشته و پس از تحویل گرفتن بیماران و ارائه خدمات درمانی اورژانس ، تنها به ثبت مشخصات کامل منتقل کنندگان اکتفا نمایند . وظیفه بررسی و تحقیقات در خصوص نحوه بروز حادثه و مسئولین آن بعهدہ متصدیان و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی نمی باشد . براساس قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ مأمورین انتظامی نباید متعرض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می رسانند .

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۳

کلیه مراکز بهداشتی درمانی اعم از مراکز وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سایر بخشهای دولتی و نهادهای، بخش خصوصی و کلیه مراکز با وظایف و اهداف بهداشتی درمانی بدون قید و شرط موظف به ارائه خدمات اولیه و فوریتهای مورد نیاز مصدومین کلیه حوادث و سوانح و فوریتهای پزشکی و در صورت داشتن توانایی و امکانات، ادامه درمان می باشند. این مراکز به منظور ارائه خدمات مؤثر بایستی قبلاً به وسایل و امکانات و داروهای مورد نیاز مجهز باشند. * پس از تثبیت وضع بیماران و تضمین رفع مخاطرات فوری و اخذ پذیرش از سایر مراکز مجهز تر (چنانچه امکان ادامه مداوا فراهم نیست) نسبت به اعزام بیماران و مصدومین با مراعات کلیه شرایط و ضوابط حمل و نقل اقدام نمایند. حدود وظایف این قبیل مراکز از لحظه ورود بیماران و مصدومین آغاز و تا زمان تثبیت کامل وضع عمومی و ارائه خدمات مورد نیاز و رفع مخاطرات از بیماران و مصدومین و تضمین شرایط عمومی ایشان باید ادامه یابد. در صورت نیاز به انتقال به سایر مراکز برای درمانهای تکمیلی و تخصصی، وظایف اخذ پذیرش و مراقبت از بیماران در طول زمان انتقال تا تحویل فرد به مرکز بعدی، بعهدہ مراکز اولیه می باشد. کلیه مراکزی که جهت ارائه پذیرش به بیماران و مصدومین فوریتهای پزشکی مورد تماس قرار می گیرند، موظف خواهند بود:

اولاً نسبت به ثبت دقیق درخواست پذیرش مشتمل بر مشخصات بیمار، مشخصات مرکز و فرد تماس گیرنده و ساعت تماس اقدام نمایند؛ ثانیاً نسبت به مبادرت نموده و در غیر این صورت مراتب را با ذکر دلایل عدم پذیرش ثبت نمایند.

* لیست داروها و وسایل و امکانات و خدمات اولیه مورد نظر در استاندارد الف - ۵ آورده شده است.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۴

نیروی انسانی

۴-۱- در کلیه مراکز اورژانس و فوریت‌های پزشکی حضور دائمی و مستمر نیروهای انسانی مورد نیاز الزامی است . این حضور باید بصورت مقیم باشد بطوریکه تحت هیچ شرایطی اورژانس یا مرکز فوریت از نیروی انسانی مربوطه خالی نباشد . چنانچه برای نیازهای ضروری ترک محوطه اورژانس اجتناب ناپذیر باشد . ضروریست که قبل از پرسنل جانشین به محل آمده و نسبت به کلیه امور جاری توجیه شده باشد . مسئولیت هر نوع حادثه ناشی از عدم اجرای دقیق این اصل مهم متوجه پرسنل مربوطه در درجه نخست ، مدیریت و مسئولین اورژانس در درجات بعد خواهد بود .

۴-۲- سرپرستی علمی هر مرکز اورژانس یا فوریت پزشکی بعهده یک نفر متخصصین یکی از رشته های تخصصی بالینی (مرجحاً جراحی عمومی یا داخلی یا کودکان یا زنان و زایمان یا بیهوشی عمومی) می باشد . در شرایط استثنائی که در مرکز مربوطه هیچ کدام از متخصصین یاد شده حضور ندارند و یا واجد شرایط لازم نمی باشند این مسئولیت به سایر کادر تخصصی پزشکی و یا پزشک عمومی واجد شرایط واگذار خواهد شد . تشخیص این امر بعهده بالاترین مقام علمی و اداری زیر مجموعه ذیربط می باشد . این فرد باید واجد شرایط عملی و تجربی و سوابق کافی بوده ، در این سمت مرجحاً تمام وقت جغرافیائی باشد و در غیر این صورت اصلی ترین مسئولیت وی تصدی سرپرستی علمی بخش و یا مرکز فوریت پزشکی مربوطه باشد . حضور فیزیکی مستمر و کافی لازمه اصلی مسئولیت مهم می باشد . سرپرست علمی یا رئیس بخش اورژانس مسئولیت برنامه ریزی و هماهنگی فعالیتهای اورژانس و نظارت علمی در فعالیتهای جاری و حل مشکلات پرسنل و حل آن قسمت از مشکلات علمی و درمانی که نسبت به آنها احاطه و شناخت دارد و فراهم نمودن شرایط حل سایر مشکلات عملی و درمانی از طریق جلب مشارکت سایر پزشکان و متخصصین و تضمین حضور مستمر پرسنل اورژانس را عهده دار می باشد .

۴-۳- برای تصدی مسئولیت درمانی و انجام وظیفه پزشکی و تخصصی متخصصین جراحی عمومی یا داخلی یا کودکان یا زنان و زایمان یا بیهوشی عمومی مرجح می باشند. در اورژانسهای تخصصی ویژه حسب مورد متخصصین مربوطه بایستی همکاری داشته باشند . در سایر موارد و در شرایطی که امکان بکارگیری متخصصین یاد شده وجود

↓ ادامه در صفحه بعد

ندارد از سایر متخصصین و یا پزشکان عمومی واجد شرایط حسب مورد و به تشخیص سرپرست علمی اورژانس بایستی استفاده گردد. تجربه در مورد بیماران اورژانس، سابقه کار در این مراکز علاقه کافی و حضور فیزیکی مستمر و کافی از لوازم اصلی این مسئولیت مهم درمانی می باشد.

۴-۴- سایر متخصصین مانند متخصصین داخلی، ریه، کلیه، جراحی اعصاب، ارتوپدی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، ترمیمی و ... در ارتباط با مراکز و بخشهای اورژانس و فوریتها بایستی بصورت نیمه وقت، پاره وقت، مشاور و همکار مشارکت داشته باشند. این همکاری باید تضمین شده و بطور مستمر ادامه داشته باشد. پزشکان عمومی و دستیاران برای همکاری در مراکز اورژانس بایستی دوره های لازم را دیده و تحت نظر متخصصین مربوطه انجام وظیفه نمایند. این همکاری در شرایط اضطراری و فوریتها طیف وسیعتری می تواند داشته باشد و اختیارات و مسئولیتهای این همکاران وسیعتر و جامعتر خواهد بود. انترنهای بیمارستانهای آموزشی اولاً بایستی قبل از شروع به کار در اورژانسها تعلیمات تئوری و عملی لازم را دیده باشند و ثانیاً بطور مستمر زیر نظر دستیاران و اساتید انجام وظیفه نمایند. در این شرایط وظیفه تجویز دارو و نسخه نویسی بمعده دستیاران می باشد. برای تجویز دارو و نوشتن نسخه درمانی داشتن شماره و مهر نظام پزشکی الزامی است و از این جهت کارورزان نبایستی مستقلاً به این امور مبادرت نمایند. حضور ۲۴ ساعته و مستمر دستیاران در محل اورژانس ضروریست.

۴-۵- مدیریت مراکز درمانی مربوطه در قبال اورژانس و فوریتهای پزشکی دارای اصلی ترین و اساسی ترین مرتبه مسئولیت می باشند. تهیه و تدارک امکانات و فضاهای فیزیکی مناسب، برنامه ریزی، نظارت بر اجرای دقیق و منظم برنامه ها، تأمین کمبودها و کاستیها، تضمین حضور شبانه روزی و دائمی نیروهای انسانی و تخصصی مورد نیاز، تأمین مرئوس رضایتمندی بیماران و مراجعین، پیگیری نتایج درمانی و برآورد راندمان کاری، تجدید نظر در برنامه ها و بسیاری از ضروریات دیگر در ردیف مسئولیتهای خطیر مدیران این مراکز بشمار می رود.

۴-۶- مدیر و مسئول پرستاری در اورژانس و مراکز فوریتهای پزشکی بایستی پرستار ارشد دارای سابقه کافی در حرفه و مدیریت پرستاری و تجربه و آموزش و سابقه لازم در پرستاری اورژانس و مراقبت ویژه از بیماران باشد. وظیفه برنامه ریزی و هماهنگی کاری گروه پرستاری، تضمین حضور ۲۴ ساعته و مستمر و فعالیت مؤثر و کافی این پرسنل، اطلاع از مشکلات و کمبودهای گروه پرستاری، نظارت بر حسن اجرای امور پرستاری، هماهنگی با گروههای تخصصی، هماهنگی گروه کاری خدمات و نظارت بر حسن اجرای امور خدماتی از وظایف خطیر مدیر پرستاری اورژانس و فوریتهای پزشکی بشمار می رود.

۴-۷- پرستاران اورژانس و مراکز فوریتهای پزشکی بایستی:

الف - آموزش پرستاری اورژانس و فوریتهای پزشکی را دیده باشند.

ب - ترجیحاً بمدت یکسال یا بیشتر سابقه کار در مراکز فوق داشته باشند.

↓ ادامه در صفحه بعد

ج - آموزش و یا سابقه کار در بخش مراقبت ویژه داشته باشند .

د - مرجعاً ۳ سال سابقه کار پرستاری داشته باشند . فعالیت پرستاری در اورژانس و مراکز فوریت‌های پزشکی شبانه روزی است و تحت هیچ شرایطی این مراکز نبایستی از حضور نیروهای پرستاری خالی بمانند .

چنانچه برای نیازهای ضروری ترک محوطه اورژانس اجتناب ناپذیر باشد ضروریست که قبل از آن پرسنل جانشین به محل آمده و نسبت به کلیه امور جاری توجیه شده باشد . مسئولیت هر نوع حادثه ناشی از عدم اجرای دقیق این اصل مهم متوجه پرسنل مربوطه در درجه نخست و مسئولیت اورژانس در درجات بعد خواهد بود .

تبصره - موارد ب و د الزامی نیست و سایر پرستاران نیز در صورت آموزش کافی و علاقه لازم می توانند در این بخشها به کار گرفته شوند .

۴-۸- حضور نیروهای خدماتی همگن به تعداد کافی در همه شیفت‌های کاری اورژانس لازم و ضروریست .

۴-۹- حضور مددکاران اجتماعی و پرسنل انتظامی و نگهبانی برای ایفای مسئولیتهای محوله لازم می باشد . مسئولیت مددکاری اجتماعی در بعضی از شیفتها توسط مدیر کشیک یا مسئول پذیرش یا فرد واجد شرایط دیگر ایفا گردد .

قال علی (علیه السلام)

من تطیب فلیتق الله ولینصح ولیجتهد

کسی که به طبابت اشتغال ورزد باید تقوی خدا را پیشه کند و بیماران را راهنمایی کرده و از تلاش و کوشش دریغ نورزد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی، ضوابط و استانداردهای درمانی
استاندارد الف - ۵

**لیست داروها، ملزومات و اسل و امکانات برای مشارکت عمومی درمانگاهها، و
کلیه مراکز درمانی سراسر کشور
در اورژانسها و فوریتهای پزشکی**

به منظور ارائه خدمات فوری، مؤثر و همه جانبه در فوریتهای پزشکی و درمانی، حوادث و سوانح کلیه مراکز درمانی و درمانگاهها سراسر کشور باید داروها، ملزومات و اسل و امکانات زیر را همواره در اختیار داشته و هر لحظه به آنها نیاز حاصل گردید بلا درنگ در دسترس باشند:



الف - ۱: لیست داروها:

آمپول آتروپین - آمپول ایی نفرین - آمپول دیازپام - آمپول فنوباریتال - آمپول فنی توئین - آمپول هیدرو کورتیزون یا دگزامتازون - آمپول متیل پردنیزولون - آمپول آمینوفیلین - آمپول هپارین ICC یا ویال هپارین - آمپول کلسیم گلوکونات 10 cc - آمپول گزیلوکائین بدون آدرنالین یا ویال گزیلو کائین ۱٪ و ۲٪ بدون آدرنالین - اسپری گزیلوکائین * - آمپول فورسماید - آمپول دوپامین - آمپول دوبوتامین * - آمپول TNG * - TNG Pearl - آمپول وراپامیل - آمپول دیازوکسید * - آمپول سایمتیدین - آمپول هیوسین - آمپول کلرپرومازین (لارگاکتیل) - آمپول هالو پریدول - آمپول بی پریدین - آمپول دیکلوفناک سدیم - آب مقطر - پماد سوختگی معمولی - پماد سوختگی سیلور سولفادیازین یا مافناید - آنتی بیوتیک بر علیه پسودوموناس * - و استافیلوکوک - گاز وازلین *

ویال انسولین کریستال - ویال بیکرینات سدیم - ویال کلروزسدیم - ویال سولفات منیزیم - ویال گلوکز ۲۰٪ - ویال گلوکز ۵۰٪

↓
ادامه در صفحه بعد

سرم نمکی یا رینگر - سرم ۱/۳-۲/۳ - سرم قندی ۵٪ - سرم قندی ۱۰٪ - سرم شستشوی نمکی - سرم مائیتول ۲۰٪

قرص و شیاف و شربت استامینوفن و قرص آسپرین - سه نوع داروی ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDS)
- قرص استامینوفن کدئین - شربت و کپسول و آمپول آمپی سیلین و آموکسی سیلین و سفالکسین - شربت و قرص و آمپول پنی سیلین (Procaine ; G : 6:30 ; 1200000) - شربت و قرص و آمپول آنتی هیستامین و شربت و قرص اریترومايسين - قرص سایمتیدین (یا مشابه آن) - شربت آنتی اسید - قرص متوکلوپرامید - قرص کوتریموکسازول

اسپری سالبوتامول (+ Spacer یا آسم یار)
پمادها و قطرات چشمی : تیمولول - پیلوکارپین - پردنیزولون - سولفاستامید - نفازولین - تتراسیکلین + قطرات گوشه الکل بوریکه - گلیسرین فنیکه و قطرات لازم برای درمان اتیت خارجی
مواد مخدر * : نالوکسان - پنتازوسین - پتیدین یا مرفین

تبصره ۱:

داروها از جهت تاریخ مصرف اول هر ماه چک گردیده و عدم گذشت تاریخ مصرف در دفتری ثبت گردد . این داروها بسته به مورد در محلهای مختلف از جمله ترالی اورژانس در محلهائی که باید موجود باشد ، قفسه اورژانس یا محلهای مناسب دیگر که دسترسی فوری و بلادرنگ به آنها فراهم باشد بایستی نگهداری شوند .

تبصره ۲:

هر دارو باید در محفظه مناسبی که با برچسب خوانا و درشت نام دارو روی آن نوشته شده باشد ، نگهداری شود و شرایط نگهداری مندرج در دستورالعمل نگهداری داروها بایستی بسته به مورد مراعات گردد .



۵- الف - ۲: لیست ملزومات و وسایل :

در اورژانسها و مراکز فوریتهای پزشکی بایستی ملزومات و وسائل مصرفی به میزان حداقل مصرف هفتگی تأمین شده و همواره آماده استفاده و در دسترس باشند . ملزومات غیر مصرفی نیز بایستی به ترتیبی که در این ماده ذکر شده است در دسترس و مورد بهره برداری قرار گیرد . بدیهی است که مواد مصرفی بایستی بطور منظم جایگزین گردد و ملزومات غیر مصرفی نیز در صورت خراب شدن ، نقص فنی و یا از رده خارج شدن به هر علت دیگر ، بلافاصله جایگزین شده ، بطوریکه در همه لحظات حداکثر آمادگی محفوظ بماند . اقلام مورد نیاز به شرح زیر می باشند :

فرم استاندارد حاضر جهت استفاده کادر پزشکی و مراجعین باید در دسترس باشد .

بیمار بر (برانکارد) روان و سالم و تمیز : دسترسی عمومی به این وسیله برای جابجائی بیماران مورد نظر می باشد .
سالم بودن برانکارد باید روزانه کنترل شود . صندلی چرخ دار (ویلچر) روان و سالم و تمیز : سالم بودن ویلچر باید روزانه کنترل و ثبت شود .

قفسه نگهداری داروها و تجهیزات

یخچال جهت نگهداری داروهایی مانند انسولین و موادی مانند محیطهای کشت خون و حلق ، فرآورده های خونی ، یخ و امثالهم .

کپسول اکسیژن با اتصالات و شیرآلات کامل و اتصالات یدکی و ابزار تعویض اتصالات - ماسک اکسیژن - لوله های رابط مخصوص اکسیژن

ساکشن سالم * و الکترو شوک * سالم و آماده استفاده آنی در هر لحظه با مانیتور + پالس اکسی متر * - چست لید برای مانیتورینگ ۶ عدد + یک عدد نوار یدک + ژل الکتروود تخت معاینه که دارای مشخصات زیر باشد :

ارتفاع خیل بلند یا کوتاه نبوده به صورتیکه انجام عملیات احیاء قلبی ریوی (CPR) با زاویه ۴۵ درجه در هر یک از طرفین سهولت امکان پذیر باشد (حدودا ۷۵ تا ۹۰ سانتی متر) - استحکام متناسب برای عملیات احیاء قلبی ریوی - یک عدد پایه سرم متصل سمت راست و بالای تخت - دارای ۴ چرخ روان و مستحکم و دارای قابلیت ثابت نمودن .

تذکر : سالم بودن تخت هر هفته کنترل و در چک لیست مربوطه با ذکر تاریخ بازدید درج گردد .

چهار پایه کنار تخت معاینه جهت سهولت قرار گرفتن بیمار روی تخت .

پایه سرم سیار . ترازوی توزین کودکان و بزرگسالان همراه متر فلزی .

نکاتوسکوپ سالم جهت دیدن فیلم رادیولوژی .

میز و صندلی مناسب جهت پزشک ، پرستار ، یک بیمار و دو همراه .

گوشی و فشار سنج با بازوبند اطفال و بزرگسال .

چراغ قوه کوچک با قابلیت نور متمرکز جهت بررسی وضعیت مردمکها و سایر موارد و چراغ قوه بزرگ + باطری یدک

تخته بیمار (جهت استفاده در زمان عملیات احیاء قلبی تنفسی (CPR)

سرنگهای ۲ و ۵ و ۱۰ و ۲۰ و ۵۰ سی سی و سرنگ انسولین + سر سوزن ۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۵ - آنژیوکت سبز ، صورتی ، خاکستری یا آجری + سه راهی آنژیوکت - اسکالپ وین سفید ، آبی و سبز ، ست سرم - ست خون و میکروست .

پنبه آغشته به محلول ضد عفونی یک ظرف + تیغ اره + چسب معمولی و ضد حساسیت - باند معمولی ۱۰-۱۵ و ۲۰ سانتی متری - گاز معمولی (۴*۴)

NG Tube قرمز ، نارنجی ، سبز ، سفید و مشکی

دستکش معاینه غیر استریل برای مصارف روزمره و عادی (لاتکس)

لارنگوسکوپ جهت بزرگسالان کودکان و نوزادان باتیغه های ۱-۲-۳ و ۴ مورب و ۰ (صفر) صاف + ۲ عدد باطری متناسب سالم بعنوان یدک + یکعدد لامپ یدک لارنگوسکوپ + لوله تراشه شماره ۴ یا ۵ ، ۶ یا ۷ ، ۷/۵ یا ۸ کاف دار - لوله تراشه بدون کاف + کانکشن مناسب - آمبوبگ سالم در اندازه های نوزادان ، اطفال و بزرگسالان به نحوی که هوا از یک طرف وارد گردیده و از قسمت دیگر خارج شده و نشت نداشته باشد و محل اتصال جهت لوله اکسیژن موجود باشد .

Air-Way جهت نوزادان و اطفال و بزرگسالان (2-1-0-00-000) + S Tube برای تنفس دهان به دهان - پنس زبان + قاشق کوچک

سوند نلاتون مشکی ، سفید ، نارنجی و سبز + ژل KY

پگ پانسمان شامل حداقل یک عدد پنس - یک عدد گلی پات - ۶ عدد گاز - ۵ عدد پنبه گلوله شده - یک عدد شان (کلیه ملزومات فوق بایستی به طریق حرارتی استریل شده باشند و نوار مربوطه تایید کننده این امر باشد . شیوه های دیگر استریلایزاسیون که از نظر علمی قابل قبول است نیز معتبر خواهد بود . کلیه موارد فوق بایستی به شیوه صحیح با استفاده از پارچه نظیف یا کاغذ مخصوص بسته بندی و استریل شده باشند .)

نخهای بخیه سیلک - نایلون - کاتگوت : شماره های ۰ و ۰-۲ و ۰-۳ و ۰-۴

پگ اعمال جراحی کوچک * شامل : پنس یا کلامپ ظریف و متوسط (موس و موسکیتو) ۴ عدد - پنست دنداندار و بدون دندانه از هر کدام یک عدد - دسته بیستوری بزرگ و کوچک از هر کدام یک عدد - قیچی نخ یک عدد - قیچی نسج یک عدد - سوزن گیر یک عدد - گلی پات یک طرف - ظرف استیل قلوه ای یک عدد -

گاز (۴*۴) یک بسته - پنبه گلوله شده - شان ۵۰*۵۰ سانتی متری ۴ عدد - شان ۷۵*۷۵ سانتی متر پرفورمه یک عدد - میله فلزی یا استیل یک عدد - پنس شان ۴ عدد (کلیه موارد فوق بایستی به شیوه صحیح با استفاده از پارچه نظیف بسته بندی و استریل شده باشند .)

دستکش استریل ۷-۷/۵-۸ محلول بتادین (Povidine Iodine Solution) قیچی - تیغه بیستوری استریل ۱۰ و ۱۱ و ۱۵ و ۲۲

سوند فولی ۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸ - Urine-Bag

↓ ادامه در صفحه بعد

سینی معاینه استیل حاوی :

وسائل معاینه - آبلانگ - پنبه گلوله شده یک ظرف - لوله آزمایش جهت CBC - PT - PTT و سایر آزمایشات - ظروف مناسب جهت آزمایش و کشت ادرار - برچسب جهت استفاده لوله و ظروف آزمایش - ظرف استیل قلوه ای (Reserver) جهت قرار دادن وسایل استفاده شده و زوائد و مواد مستعمل - سوزن ته گرد و گیره و منگنه با سوزن مربوطه - استامپ و امثالهم - ماسک کاغذی - ماسک پارچه ای تمیز - کلاه تمیز و مناسب گان تمیز .

ترمومتر دهانی و رکتال از هر کدام حداقل برابر مصرف متوسط در یک شیفت (ترمومتر بعد از استفاده جهت هر بیمار باید ابتدا با آب سرد شسته شده ، سپس در محلول ضد عفونی که قبلاً استفاده نشده است قرار داده شود . در پایان هر شیفت محلول ضد عفونی فوق دور ریخته شده از ترمومتر در شیفت بعد استفاده گردد .)

اوراق پزشکی پرونده یا کارت معاینه - درخواست خون * - رادیولوژی * - آزمایشگاه * - و مشاوره * - سرنسخه - یادداشت و مداد و خودکار - کاربن - برگه پزشکی قانونی و ... به اندازه دو برابر مصرف متوسط روزانه - دفتر ثبت مراجعات ، تشخیص ، اقدامات انجام شده و مرگ و میر .

ملحفه - پتو و لباس بیمار - متقال و شان به اندازه کافی - صابون مایع و جا صابونی مناسب آن و مواد شستشو به مقدار کافی - لیوان یکبار مصرف جهت آب آشامیدنی

کیسه زباله مقاوم + سطل زباله مستحکم + ظرف مقاوم جهت جمع آوری اشیاء برنده و نوک تیز مانند سرسوزن

**دسترسی به تأسیسات ضروری مانند تلفن - دستشوئی - روشنائی کافی و برق
اضطراری * چراغ سیار - تهویه و امثالهم بایستی در همه موارد پیش بینی و تأمین
گردد .**

تبصره ۱:

مواردی که با ستاره (*) مشخص شده است در مراکز کوچک در شرایط جاری اگر چه توصیه می گردد . اما لازم الاجرا نمی باشند . ملزومات موردنیاز در خانه های بهداشتی مطابق دستورالعملهای مربوطه بایستی تدارک گردد .

تبصره ۲:

سالم بودن کلیه وسایل ، استریل بدن کلیه وسایلی که باید به صورت استریل مورد استفاده قرار گیرند ، کنترل تاریخ مصرف داروها و جایگزینی مواد مصرف شده حداقل در فواصل هفته ای یک نوبت بایستی کنترل و در یک ورقه یا چک لیست ثبت گردد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۶

مراعات اصول و موازین شرعی و حفظ حریم و شئونات بیماران و مصدومین حوادث و سوانح در کلیه مراحل امداد رسانی و درمان و بعد از آن لازم و ضروری است . حفظ حریم و شئونات همه افراد واجب و لازم است و هیچکس حق ندارد نسبت به هتک حرمت و برخورد غیر محترمانه و اهانت آمیز نسبت به مصدومین و بیماران یا بستگان ایشان مبادرت ورزد . پوشاندن مناطقی از بدن که بنا به دلایل شرعی بایستی پوشیده باشد ، به انحاء مقتضی و تأمین و حفظ پوشش مورد نیاز بویژه جهت بانوان در زمان انتقال و درمان و بعد از آن ضروریست . تنها در راستای اهداف درمانی در حداقل مورد نیاز رفع پوشش از نواحی مبتلا جهت پرسنل درمانی مجاز خواهد بود . چنانچه بدلائل درمانی ضروریست لباسهای بیماران از بدن ایشان خارج گردد لازم است با استفاده از ملحفه های تمیز و مناسب و مرجحا سفید رنگ پوشش مورد نیاز تأمین گردد . حفظ و مراعات موازین شرعی نباید مانعی جهت کمک رسانی فوری مورد نیاز به بیماران و مصدومین گردد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۷

در مراکز درمانی وظیفه پرستاری و مراقبت از بانوان و کودکان بیمار و مصدوم بعهدہ پرستاران زن خواهد بود و برای سایر خدمات مورد نیاز نیز استفاده از پرسنل همگن ضرورت دارد .
تبصره : چنانچه برای ارائه این نوع خدمات بنا به دلائلی استفاده از پرسنل غیر همگن اجتناب ناپذیر باشد ، در کلیه مراحل ارائه این قبیل خدمات بایستی اصول و موازین شرعی مراعات گردد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی
استاندارد الف - ۸

همه بیمارستانها اعم از خصوصی یا دولتی یا خیریه یا وابسته به نهادها و دیگر سازمانهای دولتی ، کلیه درمانگاهها و مراکز پزشکی سراسر کشور جهت ارائه خدمات به مصدومین حوادث و سوانح ، و هر نوع فوریت پزشکی لازم است ضمن تجهیز به امکانات و ملزومات و داروها و سایر مقتضیات لازم ، برای مقابله با هر نوع حادثه و فوریت پزشکی دائماً در حال آمادگی کامل باشند . در بیمارستانها و پلی کلینیکها ضروریست این امکانات در مناسب ترین مکان موجود و مشتمل بر فضائی متناسب (حداقل قابل قبول شامل ۵٪ فضاهای فیزیکی) تحت عنوان مرکز فوریتهای پزشکی یا اورژانس متمرکز باشد و در تمام ساعات شبانه روز آماده ارائه خدمات فوری ، سریع و همه جانبه باشد . در تناسب مکانی موضوعات زیر بایستی ملاک عمل و مورد توجه باشد :

- از خارج بیمارستان یا مرکز درمانی سدسترسی به آن آسان باشد و وسائط نقلیه امدادی بسهولت به آن دسترسی داشته باشند .

- دربهای ورودی و آسانسورها برای عبور بیماربر (برانکارد) و ویلچر و تخت بیمار ابعاد لازم داشته باشند .

- محوطه اورژانس به بخشهای پشتیبانی مانند آزمایشگاه ورادیولوژی و اتاق عمل و اتاق ریکآوری و بخشهای مراقبت ویژه نزدیک بوده یا در موقعیت مناسب نسبت به این اماکن واقع شده باشد - راههای ورودی و خروجی عادی و اضطراری به سمت خارج و داخل مرکز درمانی یا بیمارستان داشته باشد .

در مراکز فوریتهای پزشکی یا اورژانس حضور دائمی پزشک واجد شرایط و پرستار آشنا به امور درمانی فوریتها و اورژانسها در تمام ساعات شبانه روز الزامی است . سایر پرسنل نیز بایستی بطور مستمر برای انجام وظایف محوله حضور داشته باشند . عدول از این ماده استاندارد معادل زیر استاندارد بودن کلیه مجموعه مربوطه خواهد بود . هر مرکز به هر دلیل به این مهم جامه عمل نپوشد مجاز به ادامه فعالی در سایر مسائل غیر اورژانس نمی باشد مگر این که قبلاً شرایط این ماده استاندارد را اجرا نمایند .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی
استاندارد الف - ۹

ملزومات و تجهیزات مراکز فوریت‌های پزشکی بیمارستانها

موارد مشروحه زیر در کلیه مراکز فوریت‌های پزشکی بایستی موجود باشد و ترتیبی اتخاذ گردد که دسترسی و امکان استفاده از آنها در تمام ایام سال و در کلیه ساعات شبانه روز به سهولت و بدون فوت وقت فراهم باشد :

۹-۱- تابلوی راهنما و سایر علائم که به عموم مردم با هر میزان سواد و معلومات بتواند با سهولت محل و ساده ترین راههای منتهی به اورژانس را نشان دهد .

۹-۲- بیماربر (برانکارد) روان و سالم و تمیز حداقل ۲ عدد - دسترسی عمومی به این وسیله برای جابجائی بیماران موردنظر می باشد . چنانچه برای اهداف خاص بیمارستانی به این وسیله نیاز می باشد بایستی تعداد مورد نیاز اضافه بر دو دستگاه فوق تهیه شود. سالم بودن برانکارد روزانه باید کنترل گردد .

تبصره ۱ : کلیه مقادیر مذکور در این ماه استاندارد حداقل می باشد و بدیهی است که مراکز بزرگتر به تناسب باید امکانات بیشتری فراهم نمایند (مثلاً به ازای هر ۳ تخت اورژانس حداقل یک بیماربر)

۹-۳- صندلی چرخ دار (ویلچر) روان و سالم. و تمیز حداقل ۲ عدد (در مراکز بزرگتر به ازای هر ۴ تخت یک صندلی چرخ دار) سالم بودن ویلچر روزانه باید کنترل گردد .

تبصره ۲ : در انتقال بیماران و مصدومین برای اهداف تشخیصی مانند رادیوگرافی و امثال آن بایستی نهایت دقت و مراقبت بعمل آمده ، از وضعیتهای مناسب و سایر تمهیدات مورد نیاز استفاده گردد . پرسنل آشنا به این امور در حمل و نقل بیماران مشارکت و نظارت داشته باشند .

تبصره ۳ - دسترسی عمومی به این وسیله برای جابجائی بیماران مورد نظر می باشد . چنانچه برای اهداف خاص بیمارستانی به این وسیله نیاز می باشد بایستی تعداد مورد نیاز اضافه بر دو دستگاه فوق تهیه شود .

تبصره ۴ - در انبار اورژانس بایستی حداقل یک دستگاه بیماربر (برانکارد) و یک دستگاه صندلی چرخ دار (ویلچر) همواره موجود و در صورت استفاده بلافاصله جایگزین گردد بطوریکه به مجرد خرابی و یا اشکال فنی دستگاههای مورد استفاده جایگزین گردد و حد نصاب این دستگاههای ضروری برای جابجائی بیماران همواره حفظ شود .

↓ ادامه در صفحه بعد

۹-۴- یک اتاق با وسعت کافی دارای حداقل ۳ تخت مجزا (در فضاهای تفکیک شده از هم و در عین حال مرتبط با ایستگاه پرستاری و فضای عمومی) و یک فضای عمومی مشترک .

تبصره ۵- فضای اطراف هر تخت به گونه ای طراحی گردد که امکان جابجائی بیمار، تردد بیماربر و کلیه اقدامات تشخیصی ، درمانی لازم فراهم باشد (به ازای هر ۳ تخت حداقل ۲۰ متری فضای اختصاصی بدون احتساب فضای مربوط به تأسیسات و تجهیزات)

۹-۵- توالی اورژانس با مشخصات ماده استاندارد الف - ۱۰

۹-۶- قفسه نگهداری داروها و تجهیزات با مشخصات ماده استاندارد الف - ۱۱

۹-۷- یخچال جهت نگهداری داروهایی مانند انسولین و موادی مانند محیطهای کشت خون و حلق ، فرآورده های خونی ، یخ و امثالهم

۹-۸- سه عدد کپسول اکسیژن با اتصالات و شیرآلات کامل و اتصالات یدکی و ابزار تعویض اتصالات - ماسک اکسیژن - لوله های رابط مخصوص اکسیژن

۹-۹- یک دستگاه ونتیلاتور سالم و آماده استفاده

تبصره ۶- در مراکز کوچکتری و مراکزی که امکان تهیه سریع این دستگاه را ندارند یک ست ونتیلاتور موبایل اتوماتیک مکفی خواهد بود .

۹-۱۰- ساکشن سالم ۲ عدد که حداقل یکعدد آن برقی باشد .

۹-۱۱- الکترو شوک سالم و آماده استفاده آنی در هر لحظه با مانیتور یک عدد + پالس اکسی متر + دستگاه الکترو کاردیوگرافی - چست لید برای مانیتورینگ ۶ عدد + یک عدد نوار یدک - ژل الکترو

تبصره ۷- چنانچه دستگاهی اعمال الکترو کاردیوگرافی - مانیتورینگ و پالس اکسی متری را با هم انجام بدهد به تنهائی کافی خواهد بود .

۹-۱۲- هر تخت اورژانس باید دارای مشخصات زیر باشد :

- ابعاد آن طوری باشد که از دربهای اورژانس و آسانسور به سهولت عبور نماید .

- ارتفاع خیلی بلند یا کوتاه نبوده به صورتیکه قابلیت انجام CPR با زاویه ۴۵ درجه در هر یک از طرفین سهولت امکان پذیر باشد (حدوداً ۷۵ تا ۹۰ سانتیمتر)

↓ ادامه در صفحه بعد

- استحکام متناسب برای عملیات احیاء قلبی ریوی
- دارای دو یا مرجحاً سه شکن باشد
- یک عدد پایه سرم متصل سمت راست و بالای تخت
- دارای ۴ چرخ روان و مستحکم و دارای قابلیت ثابت نمودن
- چهار پایه کنار تخت اورژانس جهت سهولت قرار گرفتن بیمار روی تخت
- ۹-۱۳- پایه سرم سیار به ازای هر تخت یک عدد + پایه سرم ثابت سقفی یا دیواری یک عدد به ازای هر تخت + چراغ سیار یک عدد
- ۹-۱۴- ترازوی توزین کودکان و بزرگسالان همراه متر فلزی
- ۹-۱۵- نگاتوسکوپ سالم جهت دیدن فیلم رادیولوژی :
- دو خانه یک عدد و یک خانه دو عدد
- ۹-۱۶- میز و صندلی مناسب جهت پزشک و پرستار و یک بیمار و دو همراه
- ۹-۱۷- آبسلانگ یک بسته - پنبه گلوله شده یک طرف - سینی معاینه استیل حاوی وسائل معاینه - لوله آزمایش جهت CBC & PT و سایر آزمایشات ظروف مناسب جهت آزمایش و کشت ادرار - برچسب جهت استفاده لوله و ظروف آزمایش - ظرف استیل قلوه ای (Reserver) جهت قرار دادن وسایل استفاده شده و زوائد و مواد مستعمل - سوزن ته گرد و گیره و منگنه با سوزن مربوطه - استامپ و امثالهم
- ۹-۱۸- ماسک کاغذی یک بسته - ماسک پارچه ای تمیز ۱۰ عدد - کلاه تمیز و مناسب ۱۰ عدد - گان تمیز ۱۰ عدد
- ۹-۱۹- چراغ قوه کوچک و بزرگ از هر کدام یک عدد + ۴ عدد باطری یدک
- ۹-۲۰- ترمومتر دهانی و رکتال از هر کدام سه برابر مصرف متوسط در یک شیفت (ترمومتر بعد از استفاده جهت هر بیمار باید ابتدا با آب سرد شسته و سپس در محلول ضد عفونی که قبلاً استفاده نشده است ، قرار داده شود . در پایان هر شیفت محلول ضد عفونی فوق دور ریخته و از ترمومتر در شیفت بعد استفاده گردد .)
- ۹-۲۱- اوراق پزشکی پرونده یا کارت معاینه - کارت بستری - برگه هوشیاری - درخواست خون - رادیولوژی - آزمایشگاه - برگه آندوسکوپی و مشاوره سرنسخه - یادداشت و مدادو خودکار - کاربن - برگه پزشکی قانونی - به اندازه دو برابر مصرف متوسط روزانه (حداقل از هر کدام ۲۰ عدد) - دفتر ثبت مراجعات ، تشخیص ، اقدامات انجام شده و مرگ و میر

۹-۲۲- ملحفه - پتو و لباس بیمار به ازای هر تخت ۳ دست

۹-۲۳- متقال و شان به اندازه سه برابر متوسط مصرف روزانه

۹-۲۴- صابون مایع و جا صابونی مناسب برای آن و مواد شستشو به مقدار کافی (یک طرف صابون مایع محتوی ۴ لیتر و ۴ قوطی ۵۰۰ گرمی پودر شستشو باید موجود باشد) .

۹-۲۵- در دسترس بودن فرم استاندارد راهنمای سی پی آر و جزوه راهنمای اورژانس و بیمارستان جهت استفاده کادر پزشکی و مراجعین .

۹-۲۶- کیسه زباله مقاوم حداقل ۲۰ عدد - سطل زباله مستحکم ۲ عدد+ ظرف مقاوم جهت جمع آوری اشیاء برنده و نک تیز مانند سر سوزن و ... یک عدد

**دسترسی به تأسیسات ضروری مانند تلفن - دستشوئی - روشنائس کافی و برق
اضطراری - چراغ سیار - تهویه و امثالهم بایستی
در همه موارد پیش بینی و تأمین گردد .**

تبصره : ۱

سالم بودن کلیه وسایل ، استریل بودن کلیه وسایلی که باید به صورت استریل مورد استفاده قرار گیرند ، کنترل تاریخ مصرف داروها و جایگزینی مواد مصرف شده حداقل در فواصل هفته ای یک نوبت بایستی کنترل و در یک ورقه یا چک لیست ثبت گردد .

تبصره : ۲

بیمارستانهای بزرگ ، اورژانس های مهم و مراکز آموزشی علاوه بر حداقل استاندارد مذکور در بالا بایستی براساس اهداف و مسئولیتها به تجهیزات ، فضاهای فیزیکی ، تأسیسات و داروهای کاملتری مجهز باشند و از کمیت و کیفیت نیروی انسانی بالاتر و فعالیتتری برخوردار باشند . کنترل این اصل توسط دانشگاههای علوم پزشکی ذیربط انجام خواهد شد .

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی
استاندارد الف - ۱۰

در هر اورژانس و مرکز فوریت‌های پزشکی باید یک ترالی اورژانس مجهز به داروها و تجهیزات مشروح زیر موجود باشد. بدیهی است بعد از هر بار استفاده از ترالی اورژانس تمام داروها و تجهیزات مصرف شده باید جایگزین گردد و در زمان تحویل هر شیفت مطابق چک لیست به مسئول بعدی اورژانس تحویل داده شود. آماده بودن ترالی برای استفاده باید با خط خوانا روی برجسب نوشته و نصب گردد.

تعریف ترالی اورژانس :

ترالی اورژانس یک واحد متحرک است که برای هدف حیاتی احیای قلبی ریوی طراحی شده است. این ترالی با تمام داروها و ملزومات مورد نیاز تیم اورژانس در زمان احیای قلبی ریوی قبلاً تجهیز گردیده است. این واحد متحرک در محلهای استراتژیک بیمارستان یا اورژانس قرار گرفته و قادر است در زمان توقف عمل قلب و ریه به سرعت بر بالین بیمار آورده شده و توسط تیم اورژانس مورد استفاده قرار گیرد.

اهدافی که ترالی اورژانس بر اساس آنها طراحی و تجهیز گردیده است :

- ۱- برقراری و حفظ راه هوایی.
- ۲- نگهداری گردش خون در وضعیت اپتیموم.
- ۳- اصلاح و پیشگیری از اختلالات اسید و باز و آب و الکترولیت.
- ۴- ارزیابی پاسخ بیمار به اقدامات احیای قلبی ریوی.
- ۵- آماده سازی بیمار جهت ارجاع به مرکز مراقبتهای ویژه.

با توجه به شرایط بحرانی زمان احیای قلبی و ریوی و همراهی استرس و اضطراب لازم است داروها و ملزومات ترالی اورژانس با ترتیبی خاص که تمام پرسنل درمانی قبلاً نسبت به آن آشنائی کافی داشته باشند قرار داده شود. مناسب است وسایلی که معمولاً همزمان و با هدف واحد استفاده می شوند در یک سینی یا جعبه قرار داده شده تا با سرعت و سهولت و دقت مورد استفاده قرار گیرد.

مشخصات فیزیکی ترالی اورژانس :

پهنا و عمیق ترالی : عمق ترالی با در نظر گرفتن سپر اطراف ۸۰ سانتی متر و پهنای آن ۸۰ تا ۱۲۰ سانتی متر باشد.

تعداد طبقات : ۴ کشو و یک قفسه به ترتیب از پائین به بالا به شرح زیر :

- یک کشو با ارتفاع ۳۰ سانتی متر
- یک کشو با ارتفاع ۱۵ سانتی متر
- دو کشو با ارتفاع هر یک ۷/۵ سانتی متر
- یک قفسه بدون دیواره جانبی با ارتفاع ۳۰ سانتی متر جهت قرار گرفتن دفیبریلاتور و مانیتور
- دستگیره : برای جابجائی ترالی + نرده محافظ در سه طرف
- محل نصب صفحه اطلاعات نظیر محتویات ترالی
- وزن ترالی بین ۳۰ تا ۸۰ کیلوگرم
- نگهدارنده تخته بیمار ، نگهدارنده کپسول اکسیژن ، محل نصب پایه سرم و سطل زباله باید در ترالی در نظر گرفته شود .

لوازم و تجهیزات :

- ۱-۱۰- تخته بیمار (جهت استفاده در زمان عملیات CPR) متصل به پشت ترالی
- ۲-۱۰- کپسول اکسیژن پر متصل به ترالی اورژانس همراه مانومتر و سیستم کاهش دهنده فشار اکسیژن با توانائی آزاد نمودن ۱۵ لیتر اکسیژن در دقیقه + لوله رابط اکسیژن و ماسک منفذ دار
- ۳-۱۰- دو عدد پریز و کابل متصل به آن که باید در یکی از طرفین ترالی تعبیه شده باشد (جهت اتصال ساکشن الکتریک شوک و)
- ۴-۱۰- پایه سرم متصل به یکی از جوانب ترالی
- ۵-۱۰- لیست مکتوب کلیه داروها و ملزومات موجود در ترالی اورژانس که به ترتیب طبقات منظم شده و اطلاعات ضروری در آن مندرج است و در یکی از طرفین ترالی بایستی نصب باشد .
- تبصره ۱- طبقه اول ترالی به داروهای اورژانس اختصاص دارد . لیست داروها که از طرف چپ به راست در سه ردیف قرار میگیرند . در انتهای استاندارد شماره ۱۰ بترتیب آورده شده است .
- ۶-۱۰- سرنگهای ۲ و ۵ و ۱۰ از هر کدام ۵ عدد ، ۲۰ و ۵۰ سی سی و سرنگ انسولین از هر کدام ۲ عدد - سر سوزن ۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۵ از هر کدام ۵ عدد .
- ۷-۱۰- لوله آزمایش معمولی ۳ عدد + لوله آزمایش CBC و PT از هر کدام ۲ عدد
- ۸-۱۰- پنبه آغشته به محلول ضد عفونی یک ظرف + تیغ اهر ۲ عدد
- ۹-۱۰- باند معمولی ۱۰-۱۵ و ۲۰ سانتی متری از هر کدام ۳ عدد
- ۱۰-۱۰- گاز معمولی (۴*۴) یک بسته

۱۱-۱۰ NG Tube قرمز - نارنجی - سبز - مشکی - سفید از هر کدام یک عدد

۱۲-۱۰ - دستکش معاینه (لاتکس) یک بسته

تبصره ۲ - از ردیف ۱۰-۶ تا ۱۰-۱۲ در طبقه دوم ترالی باید قرار گیرد .

۱۳-۱۰ - آنژیوکت سبز ، صورتی و آبی ۳ عدد از هر کدام - خاکستری و آجری از هر کدام یک عدد + سه راهی آنژیوکت ۲ عدد

۱۴-۱۰ - اسکالپ وین سفید ، آبی و سبز ۳ عدد از هر کدام

۱۵-۱۰ - چسب معمولی و ضد حساسیت یک حلقه از هر کدام

۱۶-۱۰ - ست سرم ۵ عدد + ست خون و میکروست یک عدد .

۱۷-۱۰ - سرم نمکی یا رینگر یک عدد + سرم قندی ۵٪ یک عدد + سرم شستشو یک عدد

تبصره ۳ - موارد ۱۰-۱۳ تا ۱۰-۱۷ در طبقه سوم ترالی بایستی قرار داده شوند .

۱۸-۱۰ - لارنگوسکوپ جهت بزرگسالان کودکان و نوزادان با تیغه های ۱-۲-۳ و ۴ مورب و ۰ (صفر) صاف + ۲ عدد باطری متناسب بعنوان یدک + یک عدد لامپ یدک لارنگوسکوپ

۱۹-۱۰ - لوله تراشه شماره های ۴-۵-۶-۷-۸ و ۷/۵ کاف دار از هر کدام دو عدد + لوله تراشه بدون کاف از هر کدام از شماره های فوق دو عدد (جمعاً ۲۴ عدد + کانکشن مناسب (۴-۳-۲/۵)

۲۰-۱۰ - آمبویگ سالم در اندازه های نوزادان ، اطفال و بزرگسالان به نحوی که هوا از یک طرف وارد گردیده و از قسمت دیگر خارج شده و نشت نداشته باشد و محل اتصال جهت لوله اکسیژن موجود باشد .

۲۱-۱۰ - AirWay جهت نوزادان و اطفال و بزرگسالان (۰۰۰ - ۰۰ - ۱ - ۲) از هر کدام ۲ عدد + S Tube برای تنفس دهان به دهان

۲۲-۱۰ - پنس Magill's یک عدد + پنس زبان + قاشق کوچک یک عدد

۲۳-۱۰ - سوند نلاتون سفید ، نارنجی و سبز ۲ عدد از هر کدام + ژل K - Y یک تیوپ

۲۴-۱۰ - پگ پانسمان شامل حداقل : یک عدد پنس - یک عدد قیچی مناسب - یک عدد گلی پات - ۶ عدد گاز - ۵ عدد پنبه گلوله شده - یک عدد شان

(کلیه ملزومات فوق بایستی به طریق حرارتی استریل شده باشند و نوار مربوطه نیز تایید کننده این امر باشد . شیوه های دیگر استریلیزاسیون که از نظر علمی قابل قبول است نیز معتبر خواهد بود . کلیه موارد فوق بایستی به شیوه صحیح با استفاده از پارچه نظیف یا کاغذ مخصوص بسته بندی و استریل شده باشند .)

۲۵-۱۰- دستکش استریل شماره های ۷-۷/۵ و ۸ از هر کدام یک عدد .

۲۶-۱۰- محلول بتادین یک ظرف Povidine Iodine Sotution

۲۷-۱۰- چسب معمولی یک حلقه

۲۸-۱۰- قیچی یک عدد - تیغه بیستوری استریل شماره های ۱۰-۱۱-۱۵ و ۲۲

۲۹-۱۰- گوشی و فشار سنج با بازوبند اطفال و بزرگسال از هر کدام یک عدد

۳۰-۱۰- چراغ قوه کوچک با قابلیت نور متمرکز جهت بررسی وضعیت مردمکها و ...

۳۱-۱۰- سوند فولی ۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸ یک عدد از هر کدام + Urine-Bag ۳ عدد

تبصره ۴- موارد ۱۰-۱۸ تا ۱۰-۳۱ در طبقه چهارم ترالی واقع می گردد .

۳۲-۱۰- لیست داروهائی که لازم است در ترالی اورژانس همیشه موجود باشد :

آمپول آتروپین ۱۵ عدد	آمپول اپی نفرین ۱۵ عدد
----------------------	------------------------

آمپول کلسیم 10cc پنج عدد	آمپول گزیلو کائین ۲ عدد
--------------------------	-------------------------

ویال گزیلو کائین ۱٪ و ۲٪ بدون آدرنالین از هر کدام یک عدد

آمپول ایندرال ۳ عدد	آمپول بریتلیوم ۳ عدد
---------------------	----------------------

آمپول دوپامین ۲ عدد	آمپول دوبوتامین ۲ عدد
---------------------	-----------------------

آمپول TNG یک عدد	آمپول وراپامیل یک عدد
------------------	-----------------------

آمپول فورسماید ۳۰ عدد	آمپول دیازوکسید دو عدد
-----------------------	------------------------

آمپول هپارین Icc دو عدد	آمپول هیدرو کورتیزون ۱۰ عدد
-------------------------	-----------------------------

آمپول دگزا متازون ۱۰ عدد	آمپول آمینوفیلین ۵ عدد
--------------------------	------------------------

آمپول فنوباربیتال ۵ عدد	آمپول فنیتوئین ۱۰ عدد
-------------------------	-----------------------

ویال بیکربنات سدیم ۵ عدد	ویال کلرور سدیم یک عدد
--------------------------	------------------------

ویال گلوکز ۲۰٪ سه عدد	ویال گلوکز ۵۰٪ سه عدد
-----------------------	-----------------------

اسپری گزیلوکائین یک عدد	TNG Pearl پنج عدد
-------------------------	-------------------

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان و دارو
دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی
استاندارد الف - ۱۱

در هر اورژانس و مرکز فوریتهای پزشکی باید یک قفس اورژانس (یا مطابق نظر مسئول اورژانس قسمتی در یک کمد یا محلی جداگانه در فضای اورژانس) مجهز به داروها و تجهیزات مشروحه زیر موجود باشد و در تمام ساعات شبانه روز در دسترس فوری پرسنل باشد . لازم است روزانه در زمان تحویل شیفت ، مطابق چک لیست تمام داروها و تجهیزات مصرف شده جایگزین و به مسئول بعدی اورژانس تحویل داده شود .

۱-۱۱- دستگاه الکترو کاردیوگرافی سالم و آماده بهره برداری با دستبند کودکان و بزرگسالان یک عدد

۲-۱۱- دستگاه مانیتورینگ سالم و آماده استفاده یک عدد

۳-۱۱- ونتیلاتور مناسب یک عدد (با توجه به محدودیتهای تهیه ونتیلاتور بزرگ می توان از Portable Adjustable -Pressure Oxygen -Powered Automatic Ventilators مانند مدل SJN- 3004 استفاده نمود) .

۴-۱۱- ست اعمال جراحی کوچک اورژانس (دارای قابلیت انجام اعمال جراحی تراکتوستومی - کات دان - تعبیه CVP - و) کاتتر CVP سه عدد در دو اندازه بزرگ و کوچک + لوله های تراکتوستومی در سایزهای مختلف از هر کدام + سوزنیونکسیون مایع نخاعی (LP) شماره های ۱۹ ، ۲۰ ، ۲۱ ، ۲۲ و ۲۴ هر کدام سه عدد .

۵-۱۱- ست افتالموسکوپ و اتوسکوپ یک دستگاه + ۴ باتری یدک

۶-۱۱- چکش رفلکس

۷-۱۱- سرنگهای ۲ و ۵ و ۱۰ از هر کدام ۲۵ عدد ۲۰ و ۵۰ سی سی و سرنگ انسولین از هر کدام ۱۰ عدد - سر سوزن ۲۰ ، ۲۱ ، ۲۲ ، ۲۳ و ۲۵ از هر کدام ۲۵ عدد

۸-۱۱- قیچی یک عدد + تیغه بیستوری استریل ۱۰ و ۱۱ و ۱۵ و ۲۲ - تیغ اره ۲ عدد

۹-۱۱- آنژیوکت سبز ، صورتی و آبی ۱۰ عدد از هر کدام + خاکستری و آجری ۳ عدد + سه راهی آنژیوکت ۵ عدد

۱۰-۱۱- اسکالپ وین سفی ، آبی و سبز ۱۰ عدد از هر کدام

۱۱-۱۱- دستکش معاینه (لاتکس) یک بسته

↓ ادامه در صفحه بعد

۱۲-۱۱- دستکش استریل ۷، ۷/۵ و ۸ از هر کدام ۱۰ عدد

۱۳-۱۱- باند معمولی ۱۰، ۱۵ و ۲۰ سانتی متری از هر کدام ۵ عدد

۱۴-۱۱- محلول بتادین یک ظرف (Povidine todine Solution)

۱۵-۱۱- پنبه آغشته به محلول ضد عفونی یک ظرف

۱۶-۱۱- گاز معمولی (۴*۴) + گاز استریل از هر کدام ۵۰ عدد + باند ۳۰ عدد

۱۷-۱۱- پگ پانسمان شامل حداقل: یک عدد پنس - یک عدد گلی پات - ۶ عدد گاز - ۵ عدد پنبه گلوله شده - یک عدد شان (کلیه ملزومات فوق بایستی به طریق حرارتی استریل شده باشند و نوار مربوطه تایید کننده این امر باشد . سایر شیوه های استریلیزاسیون که از نظر علمی قابل قبول است نیز معتبر خواهد بود . کلیه موارد فوق بایستی به شیوه صحیح با استفاده از پارچه نظیف یا کاغذ مخصوص بسته بندی و استریل شده باشند .)

۱۸-۱۱- ست سرم ۲۵ عدد + ست خون و میکروست ۵ عدد

۱۹-۱۱- لارنگوسکوپ با تیغه های ۱، ۲، ۳، ۴، مورب و 0 (صفر) صاف + ۲ عدد باطری متناسب سالم بعنوان یدک + یک عدد لامپ یدک لارنگوسکوپ

۲۰-۱۱- لوله تراشه شماره های ۴، ۵، ۶، ۷، ۷/۵ و کاف دار از هر کدام دو عدد + لوله تراشه بدون کاف از هر کدام دو عدد (جمعاً ۲۴ عدد)

۲۱-۱۱- کپسول اکسیژن یدک توالی اورژانس همراه مانومتر و لوله رابط اکسیژن و ماسک اکسیژن منفذ دار

۲۲-۱۱- Air - Way جهت اطفال و بزرگسالان

۲۳-۱۱- پنس Magill's یک عدد - پنس زبان - قاشق کوچک یک عدد

۲۵-۱۱- گوشی و فشار سنج اطفال و بزرگسال از هر کدام یک عدد

۲۶-۱۱- NG Tube قرمز - نارنجی - سبز - مشکی و سفید از هر کدام ۱۰ عدد

۲۷-۱۱- سوند نلاتون مشکی - سفید - نارنجی و سبز ۱۰ عدد از هر کدام

۲۸-۱۱- سوند فولی ۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸ ده عدد از هر کدام + Urine - Bag ۱۰ عدد

۱۱-۲۹- لوله آزمایش معمولی ۳۰ عدد + لوله آزمایش CBC و PT از هر کدام ۲۰ عدد + ظرف جهت آزمایش ادرار و کشت ادرار

۱۱-۳۰- چسب معمولی و ضد حساسیت ۳ حلقه از هر کدام

تبصره ۱: بیمارستانهای بزرگ، اورژانس های مهم و مراکز آموزشی علاوه بر حداقل استاندارد مذکور در بالا بایستی براساس اهداف و مسئولیتها به تجهیزات، امکانات و داروهای کاملتری مجهز باشند و قادر به ارائه خدمات وسیعتری باشند. کنترل این اصل توسط دانشگاههای علوم پزشکی ذیربط انجام خواهد شد.

تبصره ۲: در کلیه بیمارستانها علاوه بر قفسه مذکور در بالا بایستی انبار مناسبی موجود باشد که به نگهداری داروها و ملزومات و تجهیزات مورد نیاز حداقل یکماه اورژانس اختصاص داشته باشد. کلیه اقلام استفاده شده از محل قفسه اورژانس بایستی در فواصل متناسب از انبار بیمارستان جایگزین گردد.

۱۱-۳۱- لیست داروهائی که لازم است در قفسه اورژانس همیشه موجود باشد:

آمپول آنروپین ۳۰ عدد	آمپول نوراپی نفرین ۳۰ عدد
آمپول اپینفرین ۳۰ عدد	آمپول دیازپام ۳۰ عدد
آمپول فنوباریتال ۵ عدد	آمپول فنیئتوئین ۱۰ عدد
آمپول هیدروکورتیزون ۲۰ عدد	آمپول دگزا متازون ۲۰ عدد
آمپول هیدروکورتیزون ۲۰ عدد	آمپول هپارین ICC ده عدد
آمپول کلسیم 10cc ۱۰ عدد	ویال بیکربنات سدیم ۱۰ عدد
ویال کلرور سدیم ۵ عدد	ویال کلرور پتاسیم ۳ عدد
ویال سولفات منیزوم ۲ عدد	ویال گلوکز ۲۰٪ - ۱۰ عدد
ویال گلوکز ۵۰٪ - ۱۰ عدد	آمپول گزیلو کائین ۱۰ عدد
ویال گزیلو کائین ۱٪ و ۲٪ بدون آدرنالین از هر کدام ۲ عدد	
اسپری گزیلو کائین یک عدد	آمپول فورسماید ۱۰۰ عدد
آمپول دوپامین ۵ عدد	آمپول دوبوتامین ۵ عدد
آمپول ایندرا ل ۵ عدد	آمپول بریتیلوم ۵ عدد
آمپول پروکائین آمید ۵ عدد	آمپول وراپامیل پنج عدد
آمپول TNG پنج عدد	TNG Pearl پنج عدد
آمپول دیازوکسید دو عدد	آمپول سایمتیدین ۱۰ عدد
آمپول هیوسین ۱۰ عدد	آمپول هالو پریدول ۵ عدد
آمپول بی پریدین ۵ عدد	آمپول دیکلوفناک سدیم ۱۰ عدد

آب مقطر ۱۰۰ عدد سرم نمکی یا رینگر ۲۰ عدد

سرم قندی ۵٪ - ۲۰ عدد سرم قندی ۱۰٪ ۵ عدد

سرم شستشوی نمکی ۲۵ عدد سرم مانیتول ۲۰٪ پنج عدد

پماد سوختگی معمولی ۱۰ عدد پماد سیلور سولفا دیازین ۵ قوطی

گاز وازلین یک بسته ده تایی زغال فعال ۱۰ بسته

انسولین کریستال یک ویال (داخل یخچال نگهداری شود)

- قرص و شیاف و شربت استامینوفن و آسپرین + سه نوع داروی ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDS) +
قرص استامینوفن کدئین

- شربت و کپسول و آمپول آمپی سیلین و آموکسی سیلین و سفالکسین - شربت و قرص ارترومایسین - شربت و
قرص و آمپول پنی سیلین

(1200000 : 6:3:3:Procaine:G) قرص کوتریموکسازول برای بزرگسالان و اطفال

- قرص سایمتیدن (یا مشابه آن) - شربت آنتی اسید - قرص متوکلوپرامید

- اسپری سالبوتامول (+ Spacer یا آسم یار)

پمادها و قطرات چشمی : تیمولول - پیلوکارپین - پردنیزولون - سولفاستامید - نفازولین - تتراسیکلین

قطرات گوشه الکل بوریکه ، گلیسرین فنیکه و قطرات درمانی جهت اتیت خارجی .

مواد مخدر : نالوکسان - پنتازوسین - پتیدین یا مرفین

تبصره ۳:

تمام داروها و مواد مصرفی بایستی با اندازه نیاز متوسط یک هفته در قفسه اورژانس ذخیره و میزان مصرف روزانه در ابتدای روز یا قبل از آن جایگزین گردد : داروها از جهت تاریخ مصرف اول هر ماه چک گردیده و عدم گذشت تاریخ مصرف در دفتری ثبت گردد . این داروها بسته به مورد در مکانهای مختلف از جمله ترالی اورژانس در محلتهائی که باید موجود باشد . قفسه اورژانس یا محلتهای مناسب دیگر که دسترسی فوری به آنها فراهم باشد بایستی نگهداری شوند .

تبصره ۴:

هر دارو باید در محفظه مناسبی که برچسب خوانا و درشت نام دارو روی آن نوشته شده باشد نگهداری شود و شرایط نگهداری مندرج در دستورالعمل نگهداری داروها بایستی بست

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان و دارو

دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی

استاندارد الف - ۱۲

باز توانی بیماران و مصدومین حوادث و سوانح و فوریت‌های پزشکی در ردیف وظایف و مسئولیت‌های بهداشتی درمانی بشمار می‌رود . کلیه مراکز درمانی موظف خواهند بود نسبت به این نیاز سرنوشت ساز باز توانی بیماران تا سرحد توان اقدام نمایند . این مسئولیت دارای ابعاد و مراحل مشروحه زیر می‌باشد :

۱-۱۲- برخورداری از مشاور فیزیوتراپی و توانبخشی در کلیه اورژانس‌ها و مراکز فوریت‌های پزشکی برای مقابله با مشکلات حاد .

۱-۱۲- حضور حداقل یک نفر فیزیوتراپیست در بیمارستانهای عمومی برای ارائه خدمات بازتوانی در زمان انجام درمانهای اولیه و بعدی تا سرحد ترخیص بیمار .

۱۲-۳- وجود بخش و تسهیلات فیزیوتراپی در بیمارستانهای آموزشی و بیمارستانهای عمومی بزرگتر یا تخصصی که در زمینه‌هایی مانند ارتوپدی - سوختگی - جراحی اعصاب فعالیت دارند .

۱۲-۴- خدمات ویژه توانبخشی و ادامه توانبخشی بیماران پس از اتمام درمان بایستی از طریق مراکز مربوطه مانند سازمان بهزیستی کشور و هلال احمر جمهوری اسلامی و سایر مراکزی که مسئولیت‌های توانبخشی دارند ادامه یابد .

این سند استاندارد شامل تعریف ، مقدمه ، ۱۲ بند و جمعاً ۳۷ صفحه ، در تیرماه ۱۳۷۶ پس از تدوین توسط دفتر ارزشیابی ، ضوابط و استانداردهای درمانی و تایید شورای هماهنگی درمان در معاونت امور درمان و دارو به تصویب شورای معاونین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رسیده ، مفاد آن در کلیه مراکز درمانی کشور لازم الاجراء می‌باشد .

دکتر سید علیرضا مرندی

وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی



دستورالعمل اجرا و اصول راه اندازی

سامانه تریاژ بیمارستانی

در

بخش اورژانس

مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

اداره اورژانس بیمارستانی

بهار ۱۳۹۰



تعریف:

تریاز به معنای دسته بندی یا اولویت بندی بیماران، در ابتدا به منظور تعیین اولویت تخصیص منابع و مراقبت های پزشکی در موارد جنگ، بلایا و تلفات دسته جمعی ایجاد شد. بعدها این مفهوم در بخش های اورژانس که در آن ها بیماران بدون برنامه ریزی یا زمان بندی خاص با آمبولانس یا روش های دیگر مراجعه می کردند تا مراقبت های اورژانسی دریافت کنند، مورد استفاده قرار گرفت.

بخش های اورژانس که به طور اولیه به عنوان یک مرکز مراقبت برای موارد فوری و حاد ایجاد شده بود، به مرور در نظر عموم به عنوان تنها منابع در دسترس در تمام ساعات شبانه روز مطرح شدند. این دیدگاه موجب افزایش آهسته و پیوسته در تعداد بیمارانی شد که با مشکلات اورژانس یا غیر اورژانس به اورژانس ها مراجعه می کردند. فعالیت 24 ساعته بخش های اورژانس، ارجاع بسیاری از بیماران توسط پزشکان خصوصی با دستور رادیوگرافی و آزمایشات روتین و همچنین مراجعه بسیاری از بیماران بی خانمان یا فاقد بیمه به بخش های اورژانس برای رفع مشکلات پزشکی، همه و همه از دلایل ازدیاد مراجعان این بخش بیمارستان ها هستند.

این مسأله موجب شد تا مسؤولان بخش های اورژانس برای تسریع شناسایی و افتراق مجروحان و بیماران بدحال از بیمارانی که شکایت های غیر فوری و مزمن دارند، به دنبال راهکار مناسب و اجرایی باشند. لذا استفاده از سامانه تریاز در اولویت بندی بیماران بخش اورژانس به عنوان راهکار مناسب این مسأله مطرح گردید. فرآیند تریاز زمانی معنا پیدا می کند که اولاً، منابعی برای خدمت رسانی موجود باشد(پس در صورت تخریب عمده منابع، تریاز مفهومی ندارد) ثانیاً، تعادل نسبی بین عرضه و تقاضای منابع برقرار نباشد(پس اگر امکان ارائه خدمت به همه بیماران بدون تأخیر وجود دارد، نیازی به انجام تریاز نیست) و ثالثاً، برنامه مشخصی برای اولویت بندی بیماران تعریف شده باشد(پس باید سامانه و روشی مشخص برای تریاز تعریف شده باشد).

محیط های تریاز:

منظور از محیط تریاز، فضای فیزیکی است که اولویت بندی بیماران در آن محیط صورت می گیرد. در کتب مرجع، 4 محیط اصلی برای تریاز تعریف می شود:

1. تریاز در صحنه در زمان بلایا
2. تریاز در بخش اورژانس در زمان بلایا
3. تریاز در صحنه در موارد معمول
4. تریاز در بخش اورژانس در موارد معمول



1- تریاژ در صحنه حادثه در زمان بلایا و حوادث غیرمترقبه

این مرحله از تریاژ از وظایف اصلی کارکنان "اورژانس پیش بیمارستانی و دستگاه های مسئول امداد و نجات" در حوادث غیر مترقبه است. انتقال به موقع و مناسب حادثه دیدگان به مراکز درمانی، تنها در سایه همکاری و هماهنگی سامانه اورژانس پیش بیمارستانی، مراکز درمانی، سایر ارگان های درگیر در بحران و مسؤولان مدیریت بحران منطقه میسر خواهد شد.

تریاز در زمان بلایا در محل حادثه توسط افراد آموزش دیده انجام می شود. در این شرایط وظیفه تیم تریاز، ارزیابی سریع بیماران، انجام برخی اقدامات درمانی خاص و تعیین اولویت انتقال آنان به مراکز درمانی است. اقدامات درمانی در این مرحله، محدود به اقداماتی سریع و از پیش تعیین شده است که به صورتی مؤثر، به حفظ حیات بیمار کمک کنند.

2- تریاز در بخش اورژانس در زمان بلایا و حوادث غیرمترقبه

تریاز در بخش اورژانس در حین بلایا، به برنامه های از پیش طراحی شده بخش اورژانس و بیمارستان مربوطه بستگی دارد. در این موارد تیم های آموزش دیده متشکل از پزشک، پرستار یا سایر کارکنان به اولویت بندی بیماران در ورودی بخش اورژانس خواهند پرداخت. در چنین مواردی نیز به مانند تریاز در صحنه، مداخلات درمانی شامل اقداماتی است که شانس بقای بیمار را افزایش می دهد. توجه داشته باشید که:

تریاز در حین بلایا، اهداف و فرآیندهای متفاوتی نسبت به تریاز در شرایط معمول دارد.

بنابراین تمامی کارکنان بخش اورژانس باید با هر دو نوع تریاز آشنایی کامل داشته باشند و بدانند که هر روش را در چه زمانی باید اجرا کنند.

یکی از شرایط بحران حوادث هسته ای، شیمیایی و میکروبی است که در این شرایط بدیهی است تریاز بعد از اقدامات آلودگی زدایی انجام می گیرد.

3- تریاز در صحنه در شرایط معمول (تریاز پیش بیمارستانی)

تریاز در صحنه در شرایط معمول بر این اساس است که آیا بیمار به باید به مراکز درمانی انتقال یابد یا خیر، این که با توجه به مسافت و تخصص های موجود، کدام بیمارستان برای کدام بیمار مناسبتر است و در نهایت برای انتقال از چه وسیله ای استفاده شود. برای انجام منطقی و مناسب این روش تریاز، وجود سامانه ارتباطی مؤثر و دقیق بین کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز درمانی بسیار ضروری است.



4-ترباژ در بخش اورژانس در شرایط معمول

بیشترین روش مورد استفاده و در عین حال بالاترین سطح ترباژ، انجام ترباژ در بخش اورژانس برای اولویت بندی مراجعان معمول به این بخش است. برای انجام صحیح این کار، به کارکنان آموزش دیده و مجرب، سامانه ترباژ کارآمد، فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب و دیدگاه مدیریتی همدل و آگاه نیاز است. هدف از ارائه دستورالعمل حاضر، تبیین اصول فوق و مراحل اجرا و راه اندازی سامانه ترباژ اورژانس در مراکز درمانی است.

روش ها و مدل های ترباژ:

ترباژ یک فرآیند تصمیم گیری به منظور اولویت بندی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس است. هدف از ترباژ پاسخگویی به این سؤال است که "در این لحظه، مراقبت از این بیمار خاص، در چه مرتبه ای از اولویت نسبت به کل بیماران مراجعه کننده به اورژانس قرار دارد؟". در هر بخش اورژانس، برای راه اندازی موفق سامانه ترباژ، داشتن الگوی عملی مشخص و مناسب ترباژ، همراه با دستورالعمل های کاربردی امری حیاتی است. راه اندازی سامانه ترباژ با فرآیند ترباژ متفاوت است و حصول نتایج مطلوب این سامانه فقط با حمایت و همکاری همه جانبه بخش اورژانس، سایر بخش های بیمارستان و مدیران و مسئولان مراکز درمانی و نظام سلامت میسر خواهد شد.

روش های ترباژ:

روش های انجام ترباژ بیماران، ممکن است 2، 3، 4 و 5 سطحی باشند. تا به امروز، پایا ترین و رواترین روش های موجود، روش های جامع یا ادراکی 5 سطحی هستند. مسئولان مراکز درمانی باید پس از گزینش روش مطلوب ترباژ (ترجیحاً روش های 5 سطحی) با همفکری کارگروه های دانشگاه و مراکز درمانی خود، به تثبیت آن در بخش های اورژانس بپردازند. در شرایط حاضر، به نظر می رسد استقرار روش های واجد محدوده زمانی مانند روش ترباژ منچستر یا استرالیایی و ...، به طور همه گیر در کشور ما قابل اجرا نیست. همچنین با توجه به محدودیت منابع باید روشی انتخاب شود که در زمان کوتاه و با امکانات کم قابلیت اجرا و آموزش داشته باشد. لذا تصور می شود روشی مانند روش ترباژ ESI که هم روشی 5 سطحیست و هم قابلیت های اجرایی بهتری دارد، برای کشور ما مناسب تر باشد. در تمامی روش های ادراکی، کارکنان ترباژ نه تنها بر اساس سنجش نیازهای بیمار (مبتنی بر شواهد عینی، ذهنی و معاینه مختصر) بلکه بر اساس توانمندی های بخش اورژانس و همچنین فاکتورهای پیرامونی مثل نوع بیمه یا ازدحام بخش اورژانس، بیمار را برای دریافت خدمات اولویت گذاری می کنند. همچنین بیماران منتظر برای دریافت خدمات، در فواصل زمانی مناسب بر اساس اولویت بالینی باید مجدداً ارزیابی شوند تا در صورت تغییر وضعیت، اولویت



رسیدگی به آنان نیز تغییر داده شود. باید وظایف کارکنان، محدوده اختیارات آنان و تعاملات سایر کارکنان و بخش ها با ایشان نیز کاملاً مشخص شده باشد.

هر بیماری که وارد بخش اورژانس می شود باید ابتدا در واحد تریاژ توسط کارکنان این بخش ارزیابی شود و یافته های بالینی مورد نیاز برای تریاژ وی، به دقت ثبت شود پس از آن ثبت اطلاعات فردی در قسمت پذیرش صورت خواهد گرفت.

بدیهی است که تمامی بیماران ورودی به بخش اورژانس باید در نوبت ویزیت پزشک قرار گیرند. حتی موارد غیر اورژانسی یا روتین باید قبل از ارجاع به درمانگاه ها، مورد ارزیابی پزشکی قرار گیرند.

"به هیچ عنوان پذیرفتنی نیست که کارکنان تریاژ، قبل از ارزیابی کامل پزشکی توسط پزشک در بخش اورژانس و احیاناً بررسی های لازم، بیماری را غیر اورژانسی تلقی کرده به درمانگاه ارجاع دهند."

وقتی کارکنان غیر پزشک (روش معمول استفاده از پرستاران آموزش دیده است) وظیفه تریاژ را برعهده دارند، باید محدوده اختیارات و وظایف آنان بر اساس دستورالعمل ها و تصمیمات کارگروه تریاژ مرکز درمانی یا استان مربوطه، به طور واضح و مشخص، تعیین و مکتوب گردد. بنا به اقتضای بیمارستان و نوع بیماران مراجعه کننده ممکن است پرستار تریاژ علاوه بر شرح وظایف موظف ملزم به اقدام خاصی برای بیمار باشد که باید توسط کارگروه تریاژ بیمارستانی مصوب گردد. به این ترتیب علاوه بر تعیین حدود اختیارات این واحد، حمایت قانونی و اجرایی لازم از کارکنان تریاژ در موارد مقتضی و در پاسخ به الزامات پزشکی قانونی تأمین خواهد شد.

بسیاری از این اقدامات به واقع اقدامات پرستاری ساده ای چون آتل بندی، پانسمان یا استفاده از کمپرس سرد می باشند. گاهی این خدمات در سطوح بالاتری مانند تجویز واکسن کزاز در محل واحد تریاژ یا اندازه گیری سریال قند خون بیمارانی که در اتاق انتظار در نوبت ویزیت می باشند، تعیین و ارائه می شوند. بدیهی است آموزش تریاژ به کلیه پرسنل پرستاری شاغل در بخش های بیمارستان توصیه می شود اما جهت پرسنل شاغل و یا کادر پرستاری شاغل در اورژانس الزامی است. چراکه اگر پرسنل تابعه بعد از درمان حاد این مقوله را آموزش ندیده باشند عملاً تریاژ به هدف خود نایل نخواهد شد.

اجزای سامانه تریاژ:

برای راه اندازی یا اصلاح سامانه تریاژ، باید اجزای زیر را از پیش طراحی کرد:

- 1 کارکنان آموزش دیده و انتظارات از کارکنان تریاژ: باید بدانیم چه کسی کار تریاژ را انجام خواهد داد و چند نفر در هر شیفت برای انجام این کار مورد نیاز است؟



2 برنامه آموزشی و مهارت های ضروری: باید بدانیم برای انجام تریاژ، کدام روش را برگزیده ایم و به چه برنامه های آموزشی نیاز داریم؟

3 فضای تریاژ: باید بدانیم چه فضایی و با چه وسعتی باید به واحد تریاژ اختصاص داده شود؟

4 تجهیزات تریاژ: باید مشخص باشد چه اسباب و لوازمی برای راه اندازی واحد تریاژ مورد نیاز است؟

5 روش ثبت اطلاعات: باید بدانیم با چه روشی به ثبت اطلاعات مراجعان خواهیم پرداخت؟

6 بخش های پشتیبان و همکار: باید مشخص شود چه قسمت هایی از اورژانس و سایر بخش های بیمارستان به کارآمدسازی سامانه تریاژ کمک خواهند کرد؟

7 سامانه های ارتباطی: باید مشخص شود از چه روش هایی برای برقراری ارتباط واحد تریاژ با سایر بخش های اورژانس و بیمارستان استفاده خواهد شد؟

8 ارزیابی و پایش سامانه تریاژ: باید بدانیم قرار است با چه روشی به ارزیابی و پایش عملکرد سامانه تریاژ خواهیم پرداخت؟

9 امنیت و حفاظت: باید مشخص شود از چه روش هایی برای حفاظت از این واحد و تأمین امنیت کارکنان آن و بیماران مراجعه کننده استفاده خواهد شد؟

10 کارگروه های تریاژ در معاونت درمان دانشگاه و بیمارستان: برای استقرار موفق سامانه تریاژ، ضروری است کارگروه های تریاژ در معاونت درمان دانشگاه و مرکز درمانی مربوطه تشکیل و علاوه بر پذیرش مسئولیت راه اندازی و حمایت از این واحد، به رفع موانع و پایش و نظارت دقیق عملکرد سامانه بپردازند.

11 - مسائل قانونی و اخلاقی: باید مشخص شود چه دستورالعمل های قانونی و چه اصولی مبتنی بر اخلاق در نظام سلامت، قرار است از برنامه تریاژ حمایت نماید؟

1 کارکنان واحد تریاژ ، انتظارات از کارکنان تریاژ:

- کارکنان این واحد باید دارای ویژگی های خاصی باشند. این افراد باید از با تجربه ترین کارکنان (ترجیحاً پرستاران) بخش برگزیده شوند.
- دانش بالینی کافی و داشتن تفکر صحیح در شرایط بحرانی، احاطه کامل به دستورالعمل آموزشی تریاژ، آشنایی کافی با امکانات و توانایی های بخش اورژانس و قدرت حفظ تعادل روحی و روانی در شرایط سخت و فشارهای زیاد، چهار رکن اساسی در گزینش کارکنان تریاژ است.
- در صورت واگذاری مسئولیت تریاژ به پرستاران، باید برای همکاری در تصمیم گیری ها، همواره یک پزشک در ارتباط نزدیک با واحد تریاژ باشد.



- براساس شلوغی و تعداد مراجعان، ممکن است یک یا دو نفر پرستار تریاژ در این واحد، به ارائه خدمت بپردازند.
- در بخش های اورژانس با تعداد مراجعان بالا، که ممکن است بیماران زمان زیادی را برای ویزیت پزشک در انتظار بمانند، استفاده از "روش دولایه" یکی از راه حل هاست. در این وضعیت، یکی از کارکنان تریاژ به سرعت و با دیدگاهی کلی، شکایت فعلی تمامی بیماران را بررسی می کند و بیمارانی سطوح اول و دوم تریاژ (Resuscitation and Emergent) را فوراً به اتاق درمان هدایت می نماید و از بقیه بیماران درخواست می کند که برای ارزیابی بیشتر به دومین فرد مسئول تریاژ مراجعه کنند. به این ترتیب نباید هیچ بیماری در ورودی بخش اورژانس بلامتکلیف و به حال خود رها شده باشد. بر عکس در مراکز دارای مراجعان کم یا در ساعاتی که تعداد مراجعان کمتر است، ممکن است حضور دایمی کارکنان تریاژ در اتاق تریاژ ضروری نباشد ولی این افراد باید در صورت حضور بیمار، به سرعت به واحد تریاژ فراخوانده شوند.
- ممکن است برای ثبت اطلاعات، نوشتن درخواست ها یا انتقال بیماران و همچنین پاسخ به سؤالات غیر پزشکی بیماران، به وجود منشی یا کارکنان اداری یا خدماتی در واحد تریاژ نیاز داشته باشیم.

انتظارات از کارکنان واحد تریاژ:

- الف- ثبت اطلاعات بیماران: از مهم ترین وظایف کارکنان واحد تریاژ، ثبت اطلاعات بیماران مراجعه کننده به این واحد است. ثبت این اطلاعات در فرم تریاژ (که بعداً به پرونده بیمار الصاق می گردد) و دفاتر یا فایل رایانه ای ثبت اطلاعات تریاژ ضروری است.
- ب- تعیین اولویت تریاژ بیمار: کارکنان تریاژ باید بر اساس روش تریاژ از پیش تعیین شده، به تعیین اولویت بیماران بپردازند. نکته ضروری این است که پس از تعیین اولویت بیماران، فرد تریاژ کننده باید محل ارجاع بیمار (مثلاً اتاق ویزیت سرپایی یا بخش اورژانس) و زمان مراجعه وی به آن قسمت را معین نماید.
- ج- ممکن است براساس تصمیمات و دستورالعمل تدوین شده توسط کارگروه تریاژ مرکز درمانی، درخواست برخی اقدامات پاراکلینیک مانند گرافی های ساده یا آزمایشات اولیه توسط کارکنان واحد تریاژ صورت پذیرد.
- د- همچنین بر اساس دستورالعمل تدوین شده در کارگروه مرکز درمانی، ممکن است برخی اقدامات مراقبتی اولیه مانند تجویز مسکن، استفاده از کمپرس یخ، آتل بندی و خصوصاً آغاز عملیات احیا بر عهده کارکنان واحد تریاژ گذاشته شود.



2 برنامه های آموزشی و مهارت های ضروری : کارکنان واحد تریاژ ملزم به کسب توانایی در

مهارت های ذیل می باشند:

- گذراندن کارگاه روش تریاژ برای تمامی پرستاران اورژانس، خصوصاً کارکنان تریاژ اجباری است. این افراد باید با روش مصوب تریاژ و سایر آشنایی کامل داشته باشند. تأثیر این دوره ها باید هم در پایان دوره و هم با فواصل مشخص، پس از پایش و در صورت لزوم بازآموزی، با آزمون مشخص و معتبر تأیید شود.
- چون برقراری سیستم تریاژ بسیاری از مناسبات درون بخشی و برون بخشی را تحت تأثیر قرار می دهد، ممکن است لازم باشد دوره هایی هر چند مختصر از آموزش یا اطلاع رسانی برای سایر کارکنان درمانی یا حتی کارکنان اداری مثل حسابداری، پذیرش، نگهبانی و مدیریت در نظر گرفته شود. این آموزش ممکن است به روش سخنرانی یا حتی با تهیه و توزیع جزوات آموزشی در خصوص تریاژ صورت گیرد. با افزایش دانش سایر کارکنان بخش، می توان از همکاری آنان برای اداره واحد تریاژ و برقراری نظم کمک گرفت.
- تمامی کارکنان تریاژ، باید دارای دانش پایه پزشکی باشند. این افراد باید با کسب مهارت های اولیه اورژانس (شامل اقدامات پایه احیا، مراقبت های اولیه تروما، احیای پیشرفته نئوگسلان و اطفال) توانایی ارائه مراقبت های اورژانس در موارد مقتضی را داشته باشند.
- طی دوره های مهارت ارتباطی و کسب تبحر لازم در این حیطه از مهم ترین اصول ارائه دهندگان خدمت در واحد تریاژ است.
- ازجمله مهارت های مهم و کاربردی برای کارکنان این واحد، داشتن مهارت حل مساله در مواجهه با موارد پیش بینی نشده است.
- کارکنان واحد تریاژ باید دانش کافی در برخورد با مواقع بحران را داشته باشند. واحد تریاژ یکی از اجزای اصلی مدیریت بحران است.
- شناخت کامل از فضای فیزیکی و امکانات بخش اورژانس و بیمارستان محل خدمت به خدمت رسانی بیشتر کارکنان تریاژ کمک می کند.

3 فضای فیزیکی تریاژ:

- طراحی این فضا تا حدودی به نقشه فعلی بخش اورژانس بستگی دارد. گاهی با ایجاد برخی تغییرات جزئی امکان طراحی فضای مناسب وجود دارد. در صورت تصمیم به راه اندازی بخش جدید، بهتر است فضای مناسب برای این واحد از پیش در نظر گرفته شود.



- واحد تریاژ باید به ورودی بیماران، ورودی آمبولانس ها و همچنین اتاق احیا به راحتی دسترسی داشته باشد و در حالی که امکان نظارت بر ورود تمام بیماران از داخل این واحد فراهم است، حریم خصوصی بیماران در حین بررسی و معاینه در این اتاق، رعایت گردد. به طور مثال توصیه می شود این واحد با شیشه های رفلکس (یکطرفه) محصور گردد تا هر دو هدف حاصل شود یا در داخل این واحد از پرده یا پارتیشن مناسب استفاده شود.
- درهای ورودی و خروجی تریاژ باید به گونه ای طراحی شوند تا عبور برانکار و صندلی چرخدار از آن ها به راحتی ممکن باشد.
- فضای داخلی تریاژ باید به اندازه ای وسعت داشته باشد که یک میز، دو صندلی و یک برانکار یا صندلی چرخدار، به راحتی در آن استقرار یابند.
- فضای این واحد بر اساس بافت جمعیتی مراجعه کننده ممکن است تغییر کند. اگر تعداد بیماران اطفال بالاست، باید فضای کافی برای تخت معاینه اطفال و تعبیه ترازوی نوزادان در نظر گرفته شود.
- اگر برای مستند سازی و انتقال اطلاعات قرار است از رایانه استفاده شود، باید فضای مناسب برای میز رایانه در نظر گرفت.
- به منظور کنترل عفونت، باید در داخل یا مجاورت اتاق تریاژ یک دستشویی طراحی گردد.
- اگر اخذ بعضی نمونه ها یا انجام برخی درمان های ساده مثل کمپرس یخ برای اسیب های اندام نیز جزء وظایف تریاژ تعریف شده است، باید فضایی برای نگهداری نمونه ها و وسایل درمانی مربوطه فراهم آید.
- بهتر است ورودی مجزا برای هدایت بیماران منتقل شده توسط آمبولانس ها طراحی شود تا بدین وسیله گردش کار بیماران با سهولت بیشتری انجام گیرد.
- در صورت لزوم باید قبل از اتاق تریاژ اتاق آلودگی زدایی قرار گیرد و یا فضای تریاژ ارتباط مجزایی با اتاق آلودگی زدایی داشته باشد تا در صورت مشاهده هر گونه آلودگی از ورود بیمار به بخش اورژانس پیشگیری شده و انجام اقدامات تریاژ و درمان در واحدی جدا و ایزوله ادامه دارد.
- به علت این که پرسنل نگهداری در ورودی بیمارستان قرار دارند آموزش های لازم و فرهنگ سازی فرایند تریاژ در اورژانس باید صورت پذیرد. چرا که دیده شده ارجاعات نا مناسب این گروه باعث مشکلات قانونی و درمانی برای بیماران و بیمارستان شده است.
- نصب علائم راهنما از ورودی بیمارستان تا محل تریاژ جهت دسترسی آسان مراجعه کنندگان ضروری است.
- پیشنهاد می شود به منظور ایجاد امنیت بیشتر، ورودی و خروجی تریاژ توسط دوربین کنترل شود.



4 تجهیزات تریاژ:

- وسایل مورد نیاز در واحد تریاژ به انتظارات مرکز از این واحد بستگی دارد. درست است که محل اتاق تریاژ باید در مجاورت اتاق احیا باشد، ولی باید امکانات برقراری راه هوایی و تهویه کمکی و برقراری گردش خون در این فضا موجود باشد.
- بهتر است تعدادی صندلی چرخدار برانکاردر در نزدیکی اتاق تریاژ، جدای از برانکاردهای موجود در ورودی بخش، در نظر گرفته شده باشد. سایر وسایل مورد نیاز در جدول زیر آورده شده است.

لیست پیشنهادی حداقل تجهیزات اتاق تریاژ*	
پالس اکسی متر	گاز استریل و غیر استریل
گلوکومتر	باند و چسب پانسمان
ترمومتر	آتل آماده
دستگاه فشار سنج	کولارگردنی
اتوسکوپ	بسته های مخصوص یخ
آبسلانگ	آنژیوکت و ابزار رگ گیری
تیغ جراحی و قیچی برای بریدن باند و ...	محلول سالین
دستگاه ساکشن	محلول بتادین
کپسول اکسیژن و مانومتر مربوطه	دستکش معاینه
ماسک و آمبوبگ	ماسک و عینک محافظ
Airway وسایل حمایت راه هوایی	ابزار دفع سر سوزن
ملزومات ثبت اطلاعات	سایر ملزومات اداری
تلفن	

*توجه: در مراکز دارای بیماران خاص و یا تک تخصصی، استفاده از ملزومات مورد نیاز، بنا به صلاحدید کارگروه تریاژ مرکز درمانی، قابل افزایش خواهد بود.



5- روش ثبت اطلاعات:

- یکی از اجزای بسیار ضروری در واحد تریاژ، وجود سامانه مناسب ثبت اطلاعات بیماران است. روش ثبت اطلاعات چه به صورت دستی و چه به صورت رایانه ای، براساس شرایط و امکانات مرکز درمانی باید از پیش طراحی شده باشد.
- بهتر است فرمی طراحی شود که بیشتر اطلاعات به صورت چک لیست در آن علامت گذاری شود و در عین حال بخشی برای ثبت روایت گونه برخی اطلاعات در آن گنجانده شده باشد.
- همچنین باید به کمک دفاتر یا فایل های رایانه ای، به بایگانی اطلاعات مراجعان در واحد تریاژ پرداخت. بسیار ضروری است که در طراحی سامانه تریاژ، به مسأله ثبت زمان ورود بیماران و زمان ارجاع آنان به فضای درمان یا اتاق ویزیت پزشک توجه کافی مبذول گردد.
- حداقل اطلاعات مورد نیاز که باید در واحد تریاژ ثبت شود، در جدول زیر خلاصه شده است:

حداقل اطلاعات مورد نیاز برای ثبت در فرم تریاژ و دفاتر مربوط به ثبت بیمار
تاریخ و ساعت ورود بیمار به واحد تریاژ
علت مراجعه و شکایت اصلی بیمار
نتایج معاینات و ارزیابی اولیه *
سطح تریاژ یا اولویت بیمار
تاریخ و ساعت تعیین تکلیف بیمار (بیمار در چه زمانی به کدام قسمت مراجعه نماید)
نام فرد مسؤول تریاژ

* در روش تریاژ ESI ثبت علائم حیاتی در واحد تریاژ، تنها برای بیماران سطح 2 و 3 الزامی است. ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح 1 در واحد احیاء باید صورت گیرد. برای بیماران سطح 4 و 5 ارزیابی علائم حیاتی کاملاً منفی نیست بلکه در صورت نیاز باید ثبت گردد.

نمونه فرم تریاژ پیشنهادی به پیوست و در طی جلسات کارگاهی توزیع خواهد شد.

- وقتی امکان ثبت اطلاعات مربوط به آدرس، شماره تلفن بیمار و ... در پذیرش وجود دارد، منطقی نیست با محول کردن این کار، موجب اتلاف زمان در واحد تریاژ شویم.
- ممکن است در یک اورژانس تعداد فضاهای درمانی با دسته بندی 5 سطحی بیماران معادل نباشد. لذا بیماران یک سطح ممکن است به دو قسمت مختلف ارجاع شوند یا برعکس. مثلاً ممکن است بیماران سطح یک اگر ترومایی باشند، به اتاق تروما و اگر با ایست قلبی تنفسی آورده شده باشند، به اتاق احیا



منتقل شوند. درحالت دیگر، اکثر مواقع، فضاهای درمانی کمتر از دسته های طبقه بندی تریاژ هستند و مثلاً ممکن است بیماران سطح یک و دو بنا به تصمیم کمیته تریاژ، وارد اتاق احیا یا منطقه مراقبت های بحرانی شوند. برای کارکنان تریاژ شناخت این تقسیم بندی و نحوه ارجاع بیماران الزامی است.

6- بخش های پشتیبان و همکار:

- عملکرد مطلوب یک واحد تریاژ به طور کامل به نحوه ی همکاری عوامل پشتیبان در بخش اورژانس و مرکز درمانی مربوطه بستگی دارد. به عبارت بهتر توقع عملکرد مناسب از واحد تریاژ، فقط در سایه حمایت مناسب این بخش ها میسر خواهد شد.
- یکی از بخش های پشتیبان واحد تریاژ، "واحد معاینه سرپایی یا Fast track" است. در این واحد، بیماران با مشکلات ساده و غیر اورژانسی تر، جدای از بیمارانی که مشکلات جدی تر و یا اورژانسی تری دارند، توسط پزشک مسؤول این بخش مورد معاینه و درمان قرار گرفته از بخش اورژانس مرخص می شوند. در صورت تعدد بیماران غیر اورژانسی، به اجبار باید با تعیین حق تقدم، این بیماران را در اتاق انتظار (waiting room) تا ویزیت بیماران بد حال تر، منتظر نگاه داشت.
- یکی از مهمترین مشکلات واحد تریاژ، پاسخگویی به سؤالات متنوعی است که ارتباطی به وضعیت بیماران ندارد. مانند پرسش در مورد امکانات بیمارستان، دستشویی، آزمایشگاه، صندوق، واحد پذیرش، محل بستری یک بیمار یا پرسش در مورد بخش های دیگر بیمارستان. برای حل این مشکل در ابتدا، می توان ورودی های اورژانس را به گونه ای طراحی کرد که فقط مخصوص تردد بیمار، خانواده وی و کارکنان اورژانس باشد. در عین حال یکی از اقداماتی که ممکن است در حل این مشکل کارگشا باشد، طراحی واحد اطلاعات کارآمد و به روز در نزدیکی واحد تریاژ به عنوان یکی از بخش های پشتیبان است.
- واحدهای درمانگاهی فعال و همگام با بخش اورژانس، به عنوان یک واحد پشتیبان دیگر در خدمت رسانی و توزیع بیماران غیر اورژانس مراجعه کننده به بخش اورژانس بسیار کمک کننده خواهند بود. البته اطلاع کافی کارکنان تریاژ از محل و نحوه خدمت رسانی واحدهای درمانگاهی، در جلب رضایت بیشتر بیماران بسیار مؤثر است.
- حتی بهتر است کارکنان تریاژ لیستی از مراکز ارائه خدمات سلامت عمومی مثل گروه های حمایت کننده از بیماران ایدز، معتادان و... در دسترس داشته باشند تا در صورت نیاز به راهنمایی بیماران بپردازند.
- در صورت وجود شکایت از واحد تریاژ، توسط بیمار یا همراهان وی، باید از قبل سازوکار رسیدگی به شکایات مراجعان، طراحی شده و به گونه ای به اطلاع ایشان رسانده شود.



7 سامانه های ارتباطی - تعاملات:

- تحقق اهداف تریاژ، تنها با حضور فیزیکی دائم کارکنان تریاژ در این واحد میسر می شود. برای نیل به این مقصود، لازم است واحد تریاژ مجهز به وسایل ارتباطی مناسبی باشد تا کارکنان آن بدون ترک این واحد بتوانند به سرعت با قسمت های مختلف بخش اورژانس ارتباط برقرار کنند.
- یک دستگاه تلفن (بهتر است دارای حافظه باشد) و یک خط تلفن داخلی مجزا برای تسهیل ارتباطات ضروری است.
- برای تسهیل ارتباطات درون و برون بخشی لیستی از شماره های مورد لزوم را میتوان به دیوار اتاق تریاژ نصب کرد یا در حافظه رایانه یا تلفن حفظ نمود.
- وجود زنگ "اعلام خطر" در داخل اتاق تریاژ و نزدیک به میز پرستار تریاژ و مرتبط به واحد انتظامات، به منظور هشدار و فراخوان فوری به کارکنان امنیتی از اجزای ضروری واحد تریاژ می باشد. این قسمت در بخش امنیتی نیز توضیح داده شده است.
- از طرفی کارگروه تریاژ باید نحوه ارتباط سایر واحد ها و بخش های بیمارستان یا خارج بیمارستانی با این واحد را مشخص کند. خصوصاً این که در هنگام بروز بحران و بلایا، واحد تریاژ یکی از ارکان مهم پاسخ به حوادث می باشد.

8 ارزیابی و پایش سامانه تریاژ:

- روش های مختلفی برای ارزیابی عملکرد واحد تریاژ وجود دارد. "مطالعات زمان سنجی"، یکی از ابزارهای کارآمد برای ارزیابی عملکرد و اثربخشی سامانه تریاژ است. سنجش زمان ورود بیمار به بخش اورژانس تا زمان ورود به اتاق درمان، اندازه گیری زمان ورود بیمار به اتاق درمان تا زمان ارزیابی توسط پزشک، ثبت کل مدت اقامت بیمار در بخش اورژانس و همچنین مدت زمانی که جواب آزمایشات یا سایر اقدامات پاراکلینیک آماده می شود، از جمله این موارد هستند.
- "ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران" یکی از انواع مطالعات بررسی عملکرد تریاژ است. خصوصاً اگر فرم های مربوطه طی چند روز اول پس از ترخیص، توسط بیمار یا همراهان وی تکمیل گردند، وسیله ای کارآمد در این مسیر خواهند بود. روش مناسب برای طراحی این مطالعات، تکمیل تصادفی این فرم ها است. در ضمن در طراحی این فرم ها باید 2 یا 3 سؤال اختصاصی در مورد عملکرد واحد تریاژ مانند مدت زمان انتظار بیمار تا ویزیت در واحد تریاژ، چگونگی رفتار کارکنان تریاژ و یا پرسش در مورد اهمیت این که اول پرستار بیماران را ویزیت می کند، گنجانده شود.
 - پس از راه اندازی واحد تریاژ، می توان مطالعات بسیاری در مورد ارزیابی عملکرد انجام داد. یکی از بهترین روش ها، بررسی تصادفی پرونده های بایگانی بخش اورژانس و مقایسه تشخیص های نهایی،



- نتیجه درمانی بیماران و سطوح تریاژ بیماران است. بدین ترتیب می توان دریافت چه بیمارانی "تریاز به سطوح پایین" و یا "تریاز به سطوح بالا" شده اند:
- "تریاز به سطوح پایین یا under triage" یعنی عدم شناسایی به موقع بیماری که بد حال است و اختصاص اولویت های پایین به وی. این وضعیت باید در حداقل باشد.
 - "تریاز به سطوح بالا یا over triage" یعنی اولویت دادن اشتباه به بیماری که زیاد بد حال نیست. وضعیت اخیر با ایجاد یک درجه ای از امنیت، وضعیت به نسبت مطلوب تری است.
 - البته تریاز به سطوح بالا وظیفه اصلی تریاز را که شناسایی بیماران و مجروحین بد حال و کاهش تراکم در بخش اورژانس است مختل می کند. کارکنان تریاز می توانند با صرف روزانه 15 تا 20 دقیقه زمان و بازنگری پرونده بیمارانی که روز قبل تریاز کرده اند و مشاهده تشخیص های نهایی و نتایج درمانی آنان، قادر خواهند بود به ارزیابی عملکرد خود بپردازند. این یک روش سریع و اختصاصی برای خود ارزیابی و ارتقای کارکنان است.

گروه پایش تریاز در بیمارستان:

- منطقی است 2 نفر از اعضای کمیته تریاز بیمارستان به عنوان گروه پایش تریاز انتخاب شوند. این افراد ترجیحاً باید از مدرسان تریاز ESI و در غیر این صورت، از پرستاران باسابقه تریاز ESI انتخاب شوند.
- یکی از راهکارها، پایش تصادفی تعدادی پرونده از پرستاران مختلف، در شیفت های متفاوت و در روزهای مختلف هر هفته است. تعداد فرم های تریاز انتخابی در سه ماهه اول راه اندازی تریاز حداقل 10 درصد و سپس از ماه چهارم به بعد حداقل 5 درصد کل فرم ها خواهد بود. پس از شش ماه اول پس از راه اندازی، تعداد فرم های مورد بررسی می تواند با نظر گروه تغییر نماید.
- گروه پایش، فرم ها را بر اساس الگوریتم تریاز بررسی نموده و پس از توافق بعمل آمده بین 2 فرد پایش کننده، سطح تریاز بیمار مشخص شده و تریاز انجام شده پرستاری با آن مقایسه و موارد تریازهای اشتباه مشخص می شود.
- موارد تریازهای نامناسب، به طور فردی به پرستاران فیدبک داده می شود.
- در صورتی که موارد تریازهای نامناسب ماهانه بیش از 20 درصد گزارش شود، باید کارگاه بازآموزی جهت کارکنان تریاز برگزار شود.
- بررسی صحت تریاز در تمام بخش های اورژانس دارای واحد تریاز، لازم و ضروری است.
- بررسی شاخص های کیفی دیگر تریاز نیز جهت بهبود ارائه خدمات به کار خواهند آمد:



- ✓ توزیع سطوح مختلف تریاژ در بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بطور ماهانه محاسبه و نتیجه برای بهبود فرآیندها به مدیریت بخش گزارش شود. مدیریت بخش بر اساس این اطلاعات می تواند بر حسب نیاز فضا، تجهیزات یا پرسنل خود را در بخش های مختلف اورژانس تغییر دهد.
- ✓ نتیجه نهایی و میزان ماندگاری هر بیمار تریاژ شده در بخش اورژانس بر حسب سطح تریاژ مشخص شده و بطور ماهانه گزارش شود.
- ✓ پس از سنجش میزان رضایتمندی بیماران تریاژ شده، تلاش در جهت بهبود رضایتمندی انجام گیرد. معمولاً با ارتقای کیفی مهارت های ارتباطی کارکنان تریاژ، می توان به این مهم دست یافت.
- ✓ زمان سنجی برای ویزیت بیماران توسط پزشک از زمان انجام تریاژ و اصلاح ساختار اورژانس در صورت نیاز

9 امنیت و حفاظت:

- رفتار خشونت آمیز علیه کارمندان بخش اورژانس و یا بیماران، حضور نیروهای امنیتی ورزیده و آموزش دیده را در بخش اورژانس ضروری می کند. واحد تریاژ در نزدیک ترین محل به ورودی اورژانس قرار دارد و کارکنان تریاژ باتوجه به فرآیند تریاژ، در خط اول تماس بیمار هستند. یکی از مهمترین واحدهای پشتیبان در بخش های اورژانس، واحد انتظامات یا امنیت است. این واحد باید در تمام ساعات شبانه روز به دقت، با سامانه های امنیتی مناسب به مراقبت از ورودی های بیمارستان شامل ورودی های اصلی و ورودی های کارکنان بپردازند. ورود بیماران و همراهان نگران و مضطرب به اورژانس، ممکن است با رفتارهای پرخاشگرانه آنان همراه شود و حضور به موقع کارکنان امنیتی آموزش دیده، در کاهش چنین مواردی کمک کننده است.
- کارکنان واحد انتظامات باید در صورت بروز مشکل، بتوانند به سرعت در محل حاضر شوند. حتی می توان یک مرکز فرماندهی در مجاورت بخش اورژانس طراحی کرد که در آن کارکنان واحد انتظامات، به کمک سامانه های مدار بسته، قادر باشند تمام قسمت ها را پایش کنند. همچنین بهتر است تجهیزات متنوعی مانند "کلید زنگ خطر" در اتاق تریاژ نصب کرد که در صورت بروز مشکل، پرستار تریاژ با استفاده از آن، مأموران را مطلع نماید.
- حضور آشکار مأموران امنیتی در بخش اورژانس، برای بیماران و سایر مراجعان، علامت هشدار است که بیشتر مراقب رفتار خود باشند. گاهی فقط استفاده از همین ترفند، در کنترل نظم و ممانعت از بروز آشوب در بخش اورژانس، بسیار مؤثر است.
- البته ضروری است آموزش های لازم در زمینه شناسایی و کنترل رفتارهای پرخاشگرانه به مأموران امنیتی داده شود تا بروز این موارد به حداقل برسد. در بسیاری از اوقات به کمک پیام های کلامی و غیر



کلامی حتی بدون برخورد فیزیکی، می توان به طرز مؤثری از آسیب به کارکنان و یا بیماران دیگر پیشگیری کرد و از میزان آن کاست.

- یک راه برقراری امنیت در اتاق تریاژ، طراحی مناسب فضای فیزیکی و مبلمان این واحد است. شکل قرار گیری میز و صندلی ها می تواند به صورتی باشد که میز به عنوان یک سد در برابر رفتار پرخاشگرانه ناگهانی عمل کند. مطلوب است برای آن مراکزی که یک اتاق جداگانه برای تریاژ دارند یک راه خروج سریع تعبیه شود. بهتر است که یک در باز شدنی رو به خارج که قفل نیست در مقابل در ورودی اتاق تریاژ نصب شود تا قبل از عبور بیمار پرخاشگر از مقابل میز، پرستار تریاژ فرصت کافی برای خروج داشته باشد.

10 - کارگروه های تریاژ بیمارستانی:

الف- کارگروه کشوری تریاژ بیمارستانی

کارگروه کشوری تریاژ بیمارستانی، در معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تحت سرپرستی رییس اورژانس کشور تشکیل شده است. این کارگروه دارای یک هسته مدیریت و سه کارگروه مجزا می باشد.

• اعضای هسته مدیریت این کارگروه شامل افراد زیر است:

- 1- رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور
- 2- رییس اداره ی اورژانس بیمارستانی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- 3- نمایندگان سه کارگروه زیرمجموعه کارگروه کشوری
- 4- مشاور وزیر در امور پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی یا نماینده ایشان
- 5- اعضای منتخب هیأت علمی طب اورژانس
- 6- رییس انجمن پرستاری ایران
- 7- معاون آموزش انجمن پرستاری ایران
- 8- کارشناس تریاژ اداره اورژانس بیمارستانی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

• کارگروه های زیر مجموعه کارگروه کشوری عبارتند از:

- 1- کار گروه آموزش
- 2- کار گروه اجرایی
- 3- کار گروه پایش و پژوهش



شرح وظایف هسته مدیریت کارگروه کشوری تریاژ بیمارستانی:

- 1 -ارتباطات بالادستی درون وزارت
- 2 -اطلاع رسانی عمومی و هماهنگی با سایر نهادها
- 3 -نظارت بر عملکرد و هماهنگ کردن کارگروه های سه گانه
- 4 -تأمین و تخصیص بودجه
- 5 -سیاست گذاری کلان و اعلام به دانشگاه علوم پزشکی کشور
- 6 -ارائه شرح وظایف هر یک از کارگروه های سه گانه
- 7 -ارائه برنامه زمان بندی شده مشخص برای هر کارگروه
- 8 -ارائه گزارش عملکرد به صورت دوره ای 6 ماهه به معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

• اعضای کارگروه آموزش کشوری:

اعضای هیات علمی پرستاری و طب اورژانس و کارشناسان آموزشی مدعو حسب مورد وظایف:

- 1 -اجرای سیاست های هسته مدیریت
- 2 -تهیه برنامه جامع وبسته آموزشی جهت آموزش پایش و اجرای تریاژ
- 3 -برگزاری دوره تربیت مدرس تریاژ جهت قطب های نه گانه کشوری برای حداقل یکصد و شصت نفر وگزینش حدود یکصد نفر مربی حائز شرایط و ارائه مجوز تدریس به ایشان
- 4 -نظارت بر حسن اجرای برنامه های آموزشی توسط مدرسان در سراسر کشور با انجام بازدیدهای میدانی از بعضی کلاس ها، برگزاری امتحان و اخذ گزارشات مربوطه
- 5 -ارائه برنامه های اصلاحی و برنامه های آموزش مداوم تریاژ بیمارستانی در کشور

• اعضای کارگروه اجرایی:

اعضای هیأت علمی طب اورژانس و پرستاری ، معاونین درمان قطب های منتخب، کارشناسان مدعو (پرسنلی وتجهیزات) حسب مورد وظایف:

- 1 -اجرای سیاست های هسته مدیریت



- 2- تهیه تدوین دستورالعمل راه اندازی تریاژ بیمارستانی
- 3- تهیه دستورالعمل جهت زیر ساخت های نرم افزاری و سخت افزاری (فضای فیزیکی ، تجهیزات، کارکنان، مستند سازی، تضمین امنیت، ارتباطات، ...)
- 4- هماهنگی و نظارت بر اجرای مرحله به مرحله ی استقرار تریاژ در مراکز بیمارستانی از طریق بازدیدهای میدانی و اخذ گزارش کار
- 5- ارائه بازخورد و در صورت لزوم مشاوره به معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور در خصوص استقرار
- 6- الحاق تریاژ و ملزومات آن به اجزای اعتبار بخشی

• اعضای کارگروه پایش و پژوهش:

اعضای هیأت علمی طب اورژانس و پرستاری، نمایندگان معاونت درمان قطب ها، کارشناسان مدعو

حسب مورد

وظایف:

- 1- تهیه دستورالعمل پایش تریاژ
- 2- پایش میدانی تریاژ و حضور فیزیکی و اخذ گزارشات و ارائه ی بازخورد نسبت به عملکرد تریاژ در مراکز دانشگاهی
- 3- انجام پژوهش،تجمیع مستندات و ارائه نتایج در محافل علمی بین المللی
- 4- ارائه بازخورد و مشاوره در صورت لزوم



ب- کمیته تریاژ بیمارستانی معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی

- این کمیته متشکل از اعضای زیر می باشند:

1. معاون درمان یا مدیر درمان دانشگاه
2. رئیس دفتر امور پرستاری دانشگاه
3. رئیس اداره نظارت و ارزشیابی و یا نماینده وی
4. 2-3 نفر منتخب از پزشکان شاغل در اورژانس (ترجیحاً متخصصان طب اورژانس)
5. کارشناس مسئول اورژانس بیمارستانی
6. 2 نفر منتخب از سر پرستاران بخش های اورژانس

شرح وظایف کارگروه ی تریاژ بیمارستانی دانشگاه شامل موارد زیر است :

1. انتخاب افراد شرکت کننده برای شرکت در کارگاه های کشوری تربیت مدرس تریاژ
2. هماهنگی برای شرکت افراد برگزیده شده در کارگاه های تربیت مدرس تریاژ
3. تعیین اولویت لزوم راه اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی بین بیمارستان های تابعه ی دانشگاه
4. هماهنگی جهت تشکیل کارگاه های تریاژ پرستاری در مراکز تابعه طبق اولویت
5. نظارت بر آموزش پرستاران تریاژ از طریق اخذ گزارشات، برگزاری آزمون ها و بازدید های میدانی
6. هماهنگی و نظارت بر اجرای مرحله به مرحله ی سامانه تریاژ در مراکز بیمارستانی تابعه ی دانشگاه
7. انجام هماهنگی و نظارت بر اجرای صحیح تریاژ در مراکز بیمارستانی مورد نظر
8. اخذ گزارشات و ارائه ی بازخورد نسبت به عملکرد تریاژ در مراکز دانشگاهی و انعکاس آن به کارگروه تریاژ کشوری
9. تشکیل جلسات با فواصل حداقل 6 ماهه و ارائه ی عملکرد به کارگروه تریاژ کشوری
10. هماهنگی جهت گسترش آموزش تریاژ پیش بیمارستانی و تریاژ در بلایا در مراحل بعدی
11. انتخاب گروه پایش تریاژ در هر یک از بیمارستان های تحت پوشش « 2 نفر » (مراجعه شود به گروه پایش تریاژ در بیمارستان)

مسئولیت هر گونه عدم هماهنگی در بخش تریاژ بیمارستانی اعم از عدم آموزش پرسنل، بکارگیری پرسنل غیر مرتبط و یا عدم نظارت مناسب به عهده معاونت درمان دانشگاه خواهد بود.



ج- کارگروه های تریاژ بیمارستانی در مراکز درمانی

- اعضای کارگروه های تریاژ در مراکز بیمارستانی عبارتند از:

1. رئیس بیمارستان و یا نماینده ی ایشان
2. رئیس بخش اورژانس
3. سرپرستار بخش اورژانس
4. 2 نفر از پزشکان منتخب شاغل در بخش اورژانس
5. یکی از سوپر وایزر های عصر و شب بیمارستان (یا اورژانس در صورت وجود سوپر وایزرمستقل اورژانس در شیفت عصر و شب) جهت اطلاع رسانی و هماهنگی با سایر سوپروایزرها
6. مدیر بیمارستان و یا مترون
7. سوپروایزر آموزشی
8. Bed Manager

شرح وظایف کارگروه های تریاژ در بیمارستان ها به شرح زیر است:

1. هماهنگی و بستر سازی مناسب برای اجرای تریاژ بیمارستانی
2. پیش بینی فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب برای اجرای تریاژ و پی گیری جهت آماده سازی آن
3. تعیین پرستاران مناسب جهت بکار گیری در تریاژ
4. هماهنگی جهت انجام آموزش پرستاران تریاژ
5. معرفی سامانه تریاژ به سایر پرسنل مرتبط بر حسب نیاز
6. نظارت بر نحوه ی آموزش پرستاران از طریق آزمون های استاندارد و اخذ گزارشات
7. تعیین نحوه ی ثبت اطلاعات توسط پرستار تریاژ و مشخص کردن فرم تریاژ مناسب
8. هماهنگی و نظارت کامل بر نحوه ی اجرای تریاژ از طریق ارزیابی منظم
9. تشکیل جلسات ماهانه کارگروه تریاژ و ارائه ی گزارش عملکرد حداقل هر 3 ماه به کارگروه ی تریاژ دانشگاه مربوطه
10. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه ی راه کار با هماهنگی کارگروه ی تریاژ دانشگاه
11. هماهنگی با معاونت درمان جهت آموزش پرسنل منتخب تریاژ



کارگروه تریاژ بیمارستانی کشوری

تدوین دستورالعمل تریاژ کشوری و بسته ی آموزشی تربیت مدرس تریاژ و کارگاه های تریاژ
آموزش مدرسان تریاژ در قطب های دانشگاهی در قالب کارگاه های کشوری تربیت مربی
معرفی افراد واجد صلاحیت جهت برگزاری کارگاه های تریاژ بیمارستانی به کارگروه های تریاژ دانشگاه ها

کمیته تریاژ بیمارستانی دانشگاهی

تعیین اولویت بیمارستان های تابعه

تعیین و معرفی افراد واجد صلاحیت جهت شرکت در کارگاه های تربیت مدرس تریاژ
هماهنگی و پیگیری تشکیل کارگروه های تریاژ بیمارستانی
هماهنگی جهت انجام مراحل اجرای تریاژ (آموزش، اجرا، ارزیابی) در این بیمارستانها از طریق کارگروه
تریاز بیمارستانی

کارگروه تریاژ بیمارستانی مراکز درمانی

اجرای برنامه ی آموزش پرستاران تریاژ با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه و با استفاده از مدرسان تریاژ
بیمارستانی

اجرای سامانه تریاژ پرستاری با هماهنگی و کمک مدرسان تریاژ
ارزیابی سامانه تریاژ با هماهنگی و کمک مدرسان تریاژ
ارائه بازخورد به پرستاران تریاژ با هماهنگی و کمک مدرسان تریاژ
گزارش نحوه ی عملکرد به کارگروه تریاژ دانشگاه
ارائه ی نتایج عملکرد و گزارشات کارگروه های بیمارستانی به کارگروه های دانشگاهی
گردآوری گزارش های عملکرد دانشگاهی توسط کارگروه تریاژ کشوری
ارائه بازخورد به کارگروه تریاژ دانشگاهی توسط کارگروه تریاژ کشوری
ارائه بازخورد به کارگروه تریاژ بیمارستانی توسط کارگروه تریاژ دانشگاهی
پایش و بررسی تأثیر اجرای سامانه تریاژ بر فرآیند های بیمارستانی توسط کارگروه های کشوری و
دانشگاهی

ارائه و اجرای برنامه های اصلاحی و تکمیلی پس از استقرار اولیه ی سامانه تریاژ توسط کارگروه های
کشوری و دانشگاهی

گردش کار طرح کشوری راه اندازی تریاژ بیمارستانی در بخش های اورژانس



نیروهای حامی برای راه اندازی تریاژ:

شناسایی عوامل حامی و همگام با اهداف تریاژ، یعنی نیروهای پشتیبان، به پیشبرد اهداف کارگروه کمک می کند. این عوامل در 4 حوزه اصلی خلاصه می شوند:

1. حمایت علمی و درمانی توسط پزشکان و سایر کارکنان بالینی : یکی از مهمترین ارکان راه اندازی تریاژ، وجود حمایت علمی از سامانه تریاژ است. این امر در صورتی امکان پذیر است که فرآیند تریاژ به شکلی سازماندهی شده و به کمک دستورالعمل های از پیش طراحی شده متناسب با شکایت های بیمار، علائم حیاتی و معاینات بالینی، با در نظر داشتن تشخیص های افتراقی خطرناکتر، از خطاهای تشخیصی و درمانی در بخش اورژانس بکاهد.
2. قوانین دولتی کارآمد: ضرورت حمایت منطقی و قانونمند مراجع قانونی و اجرایی از کارکنان تریاژ، برای ارائه بهتر خدمات درمانی ضروری است. خصوصاً که مسؤولان نظام سلامت، به دنبال ارائه درمان مناسب جهت بیماران بدحال و اورژانسی هستند.
3. تسریع گردش کار بیماران در بخش اورژانس و افزایش رضایتمندی آنان: استفاده از یک سامانه تریاژ کارآمد، موجب تسریع گردش کار بخش اورژانس و جلب رضایت آنان خواهد شد. هدایت منطقی بیماران به واحد معاینه سرپایی یا سایر زیرمجموعه های تخصصی یا حتی در موارد از پیش طراحی شده، درخواست برخی اقدامات پاراکلینیکی از اتاق تریاژ، موجب کاهش زمان انتظار بیماران و افزایش رضایتمندی آنان خواهد شد. در ضمن، یکی از فواید سامانه تریاژ بهبود روابط عمومی بخش اورژانس و بیماران است. برای این منظور، کارکنان تریاژ باید دارای سطح بالایی از مهارت های ارتباطی باشند. این مهارت ها به اندازه مهارت های بالینی اهمیت دارند. کارکنان تریاژ به عنوان اولین نقطه تماس بین بیمار و مرکز درمانی، در تعیین نگرش بیمار و همراهان وی نسبت به مرکز درمانی نقش بسزایی ایفا می کنند. درحالی که برخورد اولیه نامناسب موجب ایجاد احساس منفی و بدبینانه در بیمار و همراهان وی می شود، برخورد مناسب و منطقی با آنان موجب ایجاد تأثیر مثبت و احساس آرامش در بیمار و همراهان و در نتیجه تسهیل انجام وظیفه کارکنان سایر قسمت های اورژانس خواهد شد. انجام برخی اقدامات ساده مانند پانسمان زخم یا برقراری کمپرس سرد باعث می شود بیمار احساس کند که مورد توجه است. در مواردی هم که شکایت فعلی بیمار نیاز به پانسمان یا آتل بندی ندارد ولی بیمار به این درمان ها اصرار دارد، کارکنان تریاژ می توانند در مورد وضعیت خوب فشارخون بیمار یا نداشتن تب به وی اطلاعات بدهند. در این مواقع، در حالی که بیماران در انتظار معاینه توسط پزشک هستند، این حس مثبت را دارند که با وجود آن که اطلاع دقیقی از مشکل خود ندارند، ولی فشار خونشان مناسب است و با انجام کمپرس سرد روی عضو آسیب دیده، از بدتر شدن عارضه، پیشگیری شده است.



4. انگیزه های مالی برای بخش اورژانس و بیمارستان: مراکزی که خدمات بخش های تخصصی داخل بیمارستانی مانند تصویربرداری و آزمایشگاه سرپایی و... دارند، با ارجاع مناسب بیماران توسط کارکنان تریاژ، علاوه بر کاهش هزینه های درمانی بیماران، موجب رونق بخشیدن تمامی بخش های بیمارستان، استفاده بهینه از تجهیزات و کارکنان سایر قسمت ها و افزایش منابع مالی مراکز درمانی خواهند شد.

نیروهای مانع راه اندازی سامانه تریاژ:

یکی از اقدامات مهم کارگروه تریاژ، شناسایی به موقع نیروهای مانع راه اندازی و یا اصلاح سامانه تریاژ است. شناسایی به موقع موانعی که از راه اندازی یک سامانه تریاژ کارآمد جلوگیری می کنند، به کارگروه این امکان را می دهد که از قبل برای مقابله با آن ها برنامه ریزی نماید. در ابتدای راه اندازی واحد تریاژ، اولین مانع، کارکنان بخش اورژانس هستند. ممکن است پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان به مشکلات موجود در بخش اعتقاد نداشته باشند. لذا ضروری است که در مورد لزوم ایجاد و یا اصلاح سامانه تریاژ اطلاعات عینی ارائه گردد.

به طور مثال، یاد آوری مواردی که بیماران دچار عواقب ناخوشایندی شده اند بخصوص، اگر بتوان اثبات کرد که در صورت وجود سامانه تریاژ، ارزیابی سریع بیمار ممکن بود وضعیت بیمار را تغییر دهد یا به تصویر کشاندن کاهش مدت ماندگاری بیماران در بخش اورژانس در صورت استقرار سامانه تریاژ در بالا بردن سطح آگاهی و جلب همکاری کارکنان اورژانس مؤثر است. نمایاندن رضایتمندی بیماران نیز در این تغییر نگرش مفید است.

یکی از شایع ترین دلایل مخالفت با راه اندازی یا اصلاح واحد تریاژ، نیاز به افزایش تعداد کارکنان بخش اورژانس بیان می شود. از آنجا که کارکنان تریاژ فعالیت بدنی محدودتری دارند، کار ایشان آسان تر به نظر می رسد و شبهه تبعیض بین کارکنان را ایجاد می کند. این موارد و سایر ایراداتی که ممکن است مطرح شوند باید با همفکری کارگروه و ارائه دلایل و مدارک روشن مورد بررسی قرار گیرند و برطرف شوند. مثلاً برای رفع شبهه کم کار بودن کارکنان تریاژ، می توان مجموعه ای از فعالیت هایی چون بازبینی پرونده های روز قبل به منظور بهبود عملکرد، پیگیری بیماران و تماس های تلفنی که در این راستا لازم است و لیستی از سایر وظایفی که امکان انجام آن توسط کارکنان تریاژ وجود دارد تهیه کرد تا از میزان مخالفت ها کاسته شود.

موانع خارج از بخش اورژانس، مانند عدم همکاری بخش های امنیتی یا بخش های پاراکلینیک باید با تدابیر و طرح های از پیش اندیشیده شده توسط کارگروه تریاژ مرکز، برطرف شوند.



ایجاد یا اصلاح سامانه تریاژ در بخش اورژانس:

طراحی اولیه ایجاد یا اصلاح سامانه تریاژ موجود باید توسط یک کارگروه متشکل از پزشکان و پرستاران بخش اورژانس، سایر پزشکان و پرستارانی که با مسایل اورژانس آشنایی داشته با آن ارتباط دارند و مدیران مرکز درمانی از جمله ریاست، مدیرفنی و واحد حاکمیت بالینی یا نمایندگان آن ها انجام شود. گام های طرح ریزی شامل موارد زیر هستند:

1. تعیین اهداف

2 تجزیه و تحلیل نیازها، منابع و امکانات موجود برای دستیابی به اهداف مورد نظر

3. تعیین روش عملی و گام به گام اجرای سامانه تریاژ

اولین گام، شناسایی نیازها و مشکلاتی است که با ایجاد و یا اصلاح سامانه تریاژ حل خواهند شد. طراحی مطالعات کنترل کیفی در نمایانیدن مشکلات مراکز کمک کننده هستند. مانند بررسی میزان رضایتمندی بیماران، تعیین میزان زمان انتظار برای ویزیت پزشک، بررسی طول مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس و تجزیه و تحلیل آمار مراجعان بر اساس تشخیص زمان ترخیص بیمار، که نشان دهنده درصد بیماران غیر اورژانسی بخش است.

همچنین می توان بر اساس نظرات کارکنان بخش اورژانس به بررسی نیازها و مشکلات بخش اورژانس پرداخت.

پس از آن در برخورد با مسایل کلی مانند " طولانی بودن زمان انتظار "، کارگروه باید به بررسی تمام دلایل احتمالی این موضوع بپردازد. در فرآیند تشکیل واحد تریاژ، این مرحله بسیار حیاتی است. بدیهی است باید تمامی مشکلات به طور خاص و با تمام جزئیات مورد بحث قرار گیرند تا راه حل مناسب برای آن ها بدست آید. جمع آوری دقیق و تجزیه و تحلیل اطلاعات و ثبت تعداد دفعاتی که یک مشکل از جانب کارکنان مطرح شده است، موجب تثبیت مدرکی عینی برای رد یا تأیید وجود آن مشکل خواهد بود. به طور مثال استفاده از 2 چارچوب زمانی می تواند کمک کننده باشد:

1. بیمارانی که در ابتدا در اتاق احیا یا بخش حاد در اورژانس تحت مراقبت قرار گرفته و در نهایت

به واحد مراقبت های ویژه بستری منتقل شده یا فوت نموده اند.

2. بیمارانی که در بدو ورود در بخش تحت حاد یا سرپایی اورژانس مورد بررسی قرار گرفته اند و در

نهایت یا به تخته های معمولی بیمارستان منتقل شده اند یا ترخیص گشته اند.

استفاده متناوب از این مطالعات و سایر موارد مانند مطالعات زمان سنجی، پس از راه اندازی یا اصلاح

سامانه تریاژ، به عنوان مدرک عینی در نمایانیدن تأثیر تریاژ و نقایص احتمالی بکار خواهد آمد.

بعد از تعیین اهداف و به دست آوردن اطلاعات پایه، کارگروه تریاژ می تواند تدابیر لازم برای برخورد با مشکلات و ارزیابی عملی بودن راه حل های پیشنهادی را بررسی کند. یکی از اقدامات کمک کننده در این



مسیر، ارتباط نمایندگان کارگروه با بخش های اورژانس بیمارستان های با حجم مشابه بیمار و استفاده از تجارب این مراکز در حل مشکلات مشابه است. همچنین تطبیق سیاست های بیمارستان های موجود در یک منطقه جغرافیایی و همسان سازی آن ها با سیاست های کشوری نیز از جمله اقدامات کارگروه خواهد بود. اگر نیاز به اعمال تغییراتی در بخش وجود دارد، کارگروه تریاژ باید میزان همکاری بخش ها و سرویس های دیگر را سنجیده و در جهت جلب آن اقدام نماید. طبعاً طرح های پیشنهادی که منجر به تغییرات درونی بخش اورژانس می شوند، شانس موفقیت بیشتری نسبت به طرح های فرا بخشی دارند. برای دستیابی به یک سامانه تریاژ کارآمد و مؤثر، وجود ارتباطات قوی و کارآمد بین بخشی یک اصل است. یکی از اقدامات سازنده و مؤثر برای ایجاد واحد تریاژ مناسب و کارآمد، تهیه دستورالعمل های مشترک بین بخشی و همچنین راه اندازی کارگاه های آموزشی تریاژ برای تمام کارکنان دخیل در امر درمان بیماران است.

گروه راه اندازی در روز استقرار واحد تریاژ:

این گروه وظیفه رسیدگی به سؤالات و مشکلات احتمالی در طی روز اول استقرار واحد تریاژ را بر عهده دارد. همچنین پاسخگوی موانع احتمالی در تعامل بین واحدهای درمانی و اداری و هماهنگی های درون و برون بخشی تریاژ خواهد بود.



محل برچسب

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی.....

فرم تریاژ بیمارستانی بخش اورژانس بیمارستان.....

نام و نام خانوادگی بیمار:.....	تاریخ مراجعه:.....	ساعت
مراجعه:.....		
سن:.....	جنس: ☐ مرد ☐ زن	
نحوه ارجاع: ☐ آمبولانس 115 ☐ آمبولانس خصوصی ☐ وسیله شخصی ☐ امداد هوایی ☐ سایر ☐		
مراجعه قبلی: در 24 ساعت گذشته ☐ بستری در سه ماهه قبلی ☐		
شکایت اصلی بیمار:.....		
سابقه حساسیت دارویی و غذایی:.....		

شرایط تهدیدکننده ی حیات (سطح 1):

سطح هوشیاری بیمار:	U	P	V	A
☐ مخاطره راه هوایی	☐ دیسترس تنفسی	☐ سیانوز	☐ علایم شوک	

بیماران پر خطر (سطح 2):

شرایط پرخطر ☐	لنارژی و خواب آلودگی ☐	درد یا دیسترس شدید ☐
سابقه پزشکی:.....	سابقه دارویی:.....	
SpO2:	T:	RR:
BP:	BS گلوکومتری:.....	PR:

سایر بیماران (سطوح 3 و 4 و 5):

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: 2 و بیشتر ☐ 1 مورد ☐ هیچ ☐
--

سطح تریاژ بیمار: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ارجاع به قسمت یا بخش:.....

ساعت و تاریخ ارجاع بیمار:.....

نام و امضای مسؤول تریاژ



((فرم شرح وظایف پست سازمانی))

فرم شماره ۱
فرم ۲۴۳ (۲۶-۲) ت ۲ سازمان امور استخدامی کشور

فرم شماره ۱

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی : دفتر پرستاری
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان و شهرستان	۴- عنوان پست: شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس
۵- نوع پست/شغل : ☐ ثابت/مستمر ☐ موقت	۶- شماره پست / شغل: -

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس با تکیه بر رعایت منشور حقوق بیمار مبتنی بر فرایند پرستاری و استانداردهای خدمات پرستاری به شرح زیر می باشد:

تریاژ:

- ۱- ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در مددجویان با وضعیت بحرانی یا آسیب دیده.
- ۲- ارزیابی سیستماتیک و سریع (تثویه) بیماران از سر تا پا برای شناسایی کلیه آسیبهای احتمالی.
- ۳- ثبت موارد ارزیابی شده با توجه به مشکل اساسی بیمار
- ۴- برآوردن نیازهای فوری مددجو.
- ۵- قرار دادن بیمار در یکی از رده های طبقه بندی فوریتی و اعلام کد در صورت نیاز
- ۶- بررسی مجدد و مقابله با بیماران
- ۷- تکمیل فرم بررسی تریاژ
- ۸- برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با خانواده مددجویان در اتاق انتظار و اطلاع وضعیت مددجویان به آنها.
- ۹- اطلاع به پزشک جهت ویزیت مددجو
- ۱۰- راهنمایی و انتقال بیماران به اورژانس در صورت نیاز به بستری

CPR:

- ۱- اطمینان از عملکرد صحیح وسایل و تجهیزات اتاق CPR
- ۲- اطمینان از کفایت داروها و سرمهای اتاق CPR
- ۳- تحویل سریع و بدون وقفه بیمار بحرانی و بیهوش
- ۴- بررسی راه هوایی بیمار و اطمینان از برقراری راه هوایی مناسب
- ۵- بررسی نبض محیطی
- ۶- بررسی سطح هوشیاری بیمار

مسئولین مربوطه	عنوان پست سازمانی	نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضاء
تعیین کننده وظایف	مدیرکل دفتر امور پرستاری و دبیر شورای پرستاری	اعظم گبوزی		
تایید کننده وظایف	معاون سلامت	دکتر سپید حسن امامی رضوی		
مسئول واحد تشکیلات	رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری	مهندس امیرموسوی نجیبیان		

نسخه:

برگرفته از کتابچه شرح وظایف عمومی و تخصصی کادر پرستاری مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع



حدود انتظارات پرستار تریاژ:

1. در اتاق تریاژ حضور مستمر دارد.
2. ارتباط مناسب (1) با بیمار و همراه برقرار می نماید.
3. براساس پروتکل ارزیابی اولیه بیمار را انجام می دهد.
4. علائم حیاتی بیمار را طبق اصول استاندارد اندازه گیری می نماید (2)
تبصره: در بیماران دارای شرایط حاد (سطح 1) که نیاز به مداخله درمانی فوری دارد (ارجاع به قسمت حاد) گرفتن علائم حیاتی در اتاق تریاژ ضروری نیست.
5. در زمینه مراقبت از خود آموزشهای لازم را به بیمار یا همراه وی ارائه می نماید.
6. ثبت و گزارش مشاهدات و اقدامات انجام شده را طبق استاندارد انجام می دهد.
7. در شرایط بحرانی محیط را کنترل می نماید.
8. از بیماران دارای درد قفسه سینه ECG می گیرد.
9. فرم تریاژ را تکمیل می نماید.
10. سطح مراقبتی بیمار را تعیین می نماید.
11. محل ارجاع بیمار را تعیین می نماید.
12. بیمار را به قسمت مربوطه ارجاع می نماید.

1- به بیمار سلام کند- خود را به بیمار معرفی کند- بیمار را با نام خانوادگی صدا کند- به صحبت های بیمار گوش دهد- به سوالات بیمار پاسخ دهد- به سوالات همراه بیمار پاسخ دهد- در ضمن جدی بودن با بیمار خوشرو باشد- در شرایط بحرانی جهت حفظ آرامش بیمار اقدام نماید- قبل از انجام هر روش درمانی به بیمار توضیحات لازم را دهد.

2- کنترل BP, P جهت کلیه بیماران الزامی می باشد.

الف- 3 دقیقه برای تریاژ زمان گذارد.

ب - تعیین و قضاوت بالینی علائم حیاتی بیمار انجام دهد.

ج - از مهارت تصمیم گیری و قضاوت بالینی در بررسی و مراقبت های فردی موثر برخوردار باشد.