

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

ستاد طرح تحول سلامت

طرح ارتقاء هتلینگ بیمارستان ها

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳۹۴

تهیه کننده: لاله عنبری

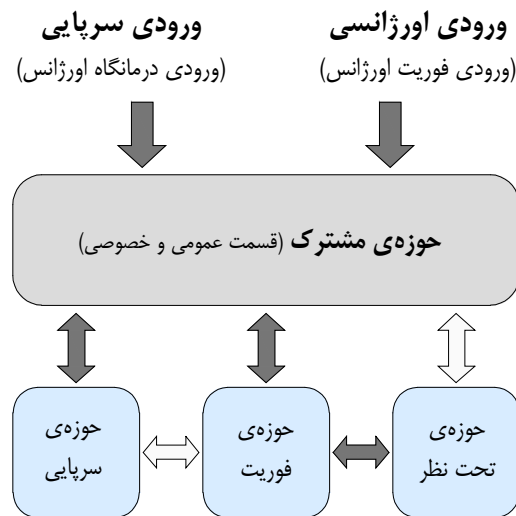
خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

الزامات ارتباطی بخش اورژانس

- ☐ لازم است ورودی مستقل از ورودی اصلی بیمارستان برای بخش اورژانس در نظر گرفته شود. این ورودی در تمام ۲۴ ساعت قابل دسترس است.
- ☐ بهترین موقعیت برای قرارگیری بخش اورژانس طبقه‌ی همکف است.
- ☐ حداقل ۶ متر فاصله از اتاق‌های هوارسان و برق که ایجاد امواج الکترومغناطیسی می‌کنند وجود داشته باشد تا بر عملکرد دستگاه‌های حساس اثر نگذارند.

☐ حوزه‌های عملیاتی بخش اورژانس:

- حوزه‌ی مشترک (غیردرمانی)
 - منطقه‌ی عمومی
 - منطقه‌ی خصوصی
- حوزه‌ی فوریت (درمانی)
 - فضاهای عملیاتی
 - فضاهای مراقبتی
- حوزه‌ی سرپایی (درمانی)
 - فضاهای عملیاتی
 - فضاهای مراقبتی
- حوزه‌ی تحت نظر (درمانی)



خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

شرح مختصر حوزه‌های بخش اورژانس:

	نام حوزه	شرح مختصر	فضاهای حوزه
۱	حوزه‌ی مشترک	- این حوزه، به عنوان محل رویارویی اولیه با بیماران و مراجعه‌کنندگان و ارائه‌ی خدمات به آن‌ها پیش‌بینی می‌شود. - ورودی‌های بخش اورژانس به این حوزه باز می‌شوند و تمام مراجعه‌های مستقیم به بخش از این حوزه صورت می‌گیرد. - مهم‌ترین خدمات حوزه‌ی مشترک: تریاژ و غربالگری بیماران برای ارجاع به سه حوزه‌ی درمانی یا سایر بیمارستان‌ها - ارائه‌ی خدمات اولیه و عمومی به تمامی افراد اعم از بیمار و مراجعه‌کننده - فضاهای رفاهی و پشتیبانی مربوط به بیماران و مراجعه‌کنندگان در این منطقه قرار دارد. - امکان دسترسی و استفاده از خدمات عمومی برای تمامی افراد حاضر در بخش اورژانس	منطقه‌ی عمومی: ورودی سرپایی، ورودی اورژانسی، اتاق تریاژ، داروخانه، فضای انتظار، بوفه، پذیرش، ترخیص، اطلاعات، صندوق، پلیس، انتظامات، سرویس‌های بهداشتی، اتاق نظافت، فضای پارک تجهیزات نقل و انتقال منطقه‌ی خصوصی: اتاق رییس بخش، اتاق منشی اداری، اتاق سوپروایزر، رختکن و اتاق‌های استراحت کارکنان، آبدارخانه
۲	حوزه‌ی فوریت		اتاق احیاء قلبی-تنفسی، اتاق عمل سرپایی، اتاق گچ‌گیری، فضای درمان سطح ۱ و ۲ (حاد ۱ و ۲)، فضای درمان و بستری اطفال و نوزادان، اتاق ایزوله‌ی عفونی، اتاق ایزوله‌ی روانی، ایستگاه‌های پرستاری، اتاق‌های دارو و کار تمیز، اتاق پزشک مقیم، اتاق سرپرستار، آزمایشگاه اورژانس، اتاق رادیولوژی، حمام آماده‌سازی، اتاق نظافت، انبارها، فضای پارک تجهیزات پزشکی، انواع اتاق‌های کثیف، سرویس‌های بهداشتی و سایر فضاهای پشتیبانی
۳	حوزه‌ی سرپایی (درمانگاه اورژانس)	عملکرد اصلی این حوزه شباهت بسیاری به عملکرد بخش درمانگاه دارد. در اورژانس‌های کوچک، این حوزه به یک اتاق معاینه‌ی عمومی محدود می‌شود، اما در اورژانس‌های بزرگ، گاهی ۵ تا ۶ اتاق معاینه قرار می‌گیرد.	درمانی: معاینه‌ی عمومی (چند تخصصی)، اتاق معاینه‌های تک تخصصی، اتاق سرم‌تراپی، اتاق پانسمان و تزریقات، اتاق نوار قلب پشتیبانی: فضای انتظار بیماران سرپایی، سرویس‌های بهداشتی، اتاق نظافت و ...
۴	حوزه‌ی تحت نظر	حدود ۲۰٪ تا ۳۰٪ از بیمارانی که در حوزه‌ی فوریت پذیرش شده‌اند، پس از تعیین تکلیف نیازمند مراقبت کوتاه‌مدت یا تصمیم‌گیری نهایی پزشک هستند. این افراد، برای مدت حداکثر ۲۴ ساعت در حوزه‌ی تحت نظر مورد مراقبت و ارائه‌ی خدمات قرار می‌گیرند. این حوزه در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بیش از ۱۰ هزار بیمار برنامه‌ریزی می‌شود. در این بیمارستان‌ها، این حوزه به عنوان یک حوزه‌ی مستقل پشتیبان فوریت فعالیت می‌نماید. بستری موقت ۱۰ تا ۱۲ ساعتی در حوزه‌ی بستری موقت (تحت نظر) میزان بستری‌های غیرضروری در بخش‌های بستری بیمارستان را تا ۸۰٪ کاهش می‌دهد.	درمانی: بستری سطح ۱ و ۲ (تحت نظر ۱ و ۲)، اتاق ایزوله‌ی عفونی، ایستگاه‌های پرستاری، اتاق‌های دارو و کار تمیز، فضای پارک تجهیزات پزشکی پشتیبانی: اتاق سرپرستار، انبار تجهیزات پزشکی و وسایل مصرفی، انبار ملحفه و رخت تمیز، انواع اتاق‌های کثیف، سرویس‌های بهداشتی و ...

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

	این حوزه شامل کابین‌های متعدد بستری موقت بیماران است که تحت نظارت و کنترل گروه پرستاری قرار دارد. خدمات ارائه شده در این قسمت‌های بستری، شامل دو سطح مراقبت عمومی و مراقبت ویژه است.		
--	--	--	--

الزامات و استانداردهای فضاهای بخش اورژانس (به صورت خلاصه شده)

❖ ورودی‌های اورژانس

- کلیه‌ی بخش‌های اورژانس با بیش از ۱۰ هزار پذیرش سالیانه باید از دو ورودی برخوردار باشند:

✓ **ورودی بیماران سرپایی** (ورودی سرپایی)

✓ **ورودی بیماران اورژانسی** (ورودی اورژانسی)

نکات مربوط به فضاهای داخل بخش اورژانس

پیش‌ورودی (ورودی سرپایی یا اورژانسی)* :

- وجود این فضا در تمامی اورژانس‌ها الزامی است.
- پیش‌ورودی یا ایرلاک (Air lock) در ورودی‌های اورژانس و حد فاصل فضاهای داخل با فضای باز بیرون پیش‌بینی می‌شود.
- می‌توان فضاهایی همچون فضای پارک تجهیزات نقل و انتقال (برانکار و ویلچر)، ورودی حمام آلودگی زدایی یا حمام آماده‌سازی، ورودی داروخانه‌ی اورژانس، فضای تلفن همگانی، فضای عابر بانک و ... را در این فضا تعبیه نمود.
- تعدد فضا در پیش‌ورودی نباید به نحوی باشد که سبب ازدحام و شلوغی در پیش‌ورودی شود.
- تعبیه‌ی فضاهایی همچون پذیرش و ترخیص و صندوق که دارای بار ترافیکی نسبتاً زیاد هستند، در پیش‌ورودی توصیه نمی‌شود.
- برای پیش‌ورودی بهتر است از درهای اتوماتیک با تمهیدات مقاوم‌سازی و ایمن‌سازی استفاده شود و گروه تعمیر و نگهداری آمادگی لازم را جهت اقدامات مورد نیاز داشته باشند.

* برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

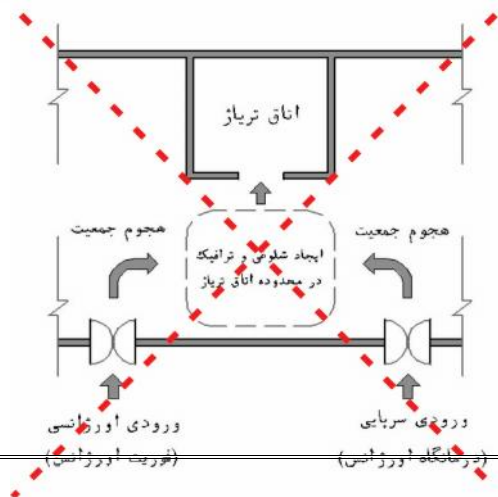
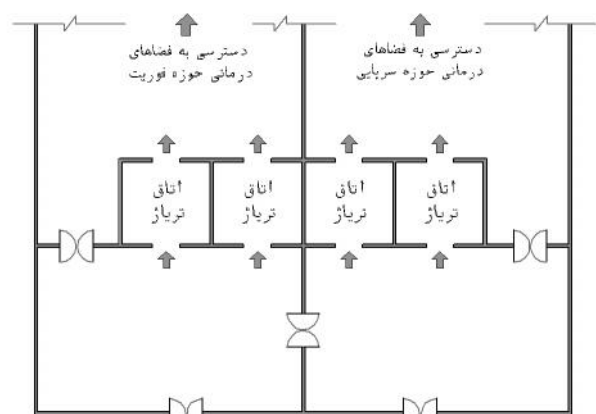
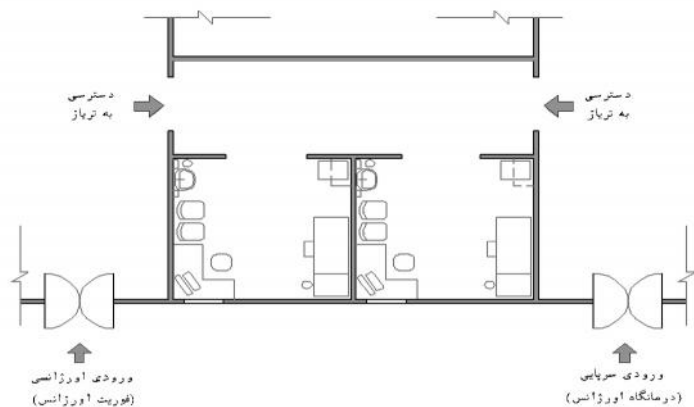
- درهای ورودی باید از جنس شفاف باشند تا در حین ورود و خروج افراد، امکان مشاهده‌ی سمت دیگر درها وجود داشته باشد.

❖ اتاق تریاژ*

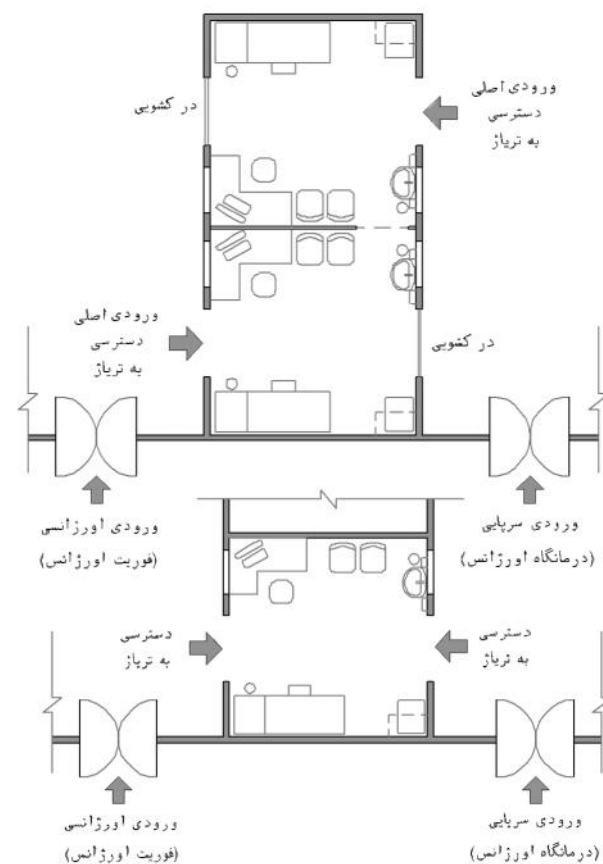
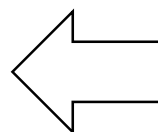
- به ازای هر ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، یک فضای تریاژ با تخت معاینه و تجهیزات مربوطه پیش‌بینی شود. برای بیش از ۹۰ هزار پذیرش تعبیه‌ی ۳ تخت کفایت می‌کند. برای هر تخت یک پرستار اختصاصی تریاژ مستقر است. تخت‌های معاینه‌ی تریاژ، در یک فضا و به صورت متمرکز طراحی می‌شوند و تا جایی ممکن از طراحی اتاق‌های تریاژ جداگانه باید اجتناب شود.
- در این اتاق ممکن است بسته به شرایط بیمار، معاینه‌ی اولیه‌ای نیز صورت گیرد.
- دسترسی سریع به پزشک در این فضا باید فراهم باشد به طوری که در کمتر از یک دقیقه در این فضا حضور یابد.
- در برخی اورژانس‌ها برای مشخص کردن سطح تریاژ، از روش‌هایی چون نوار چسب رنگی، کارت مخصوص تریاژ، علائم رنگی چراغ دار، کد ویژه و ... استفاده می‌شود. رنگ قرمز نشانه‌ی سطح ۱ و ۲، رنگ زرد سطح ۳، رنگ سبز سطح ۴ و ۵، و رنگ مشکی نشان دهنده‌ی بیمار فوت شده و انتقال به سردخانه است.
- در صورتی که تعداد تخت‌های تریاژ بیش از یک عدد باشد، می‌توان آن‌ها را به نسبت ۲ به ۱ به حوزه‌ی سرپایی و حوزه‌ی فوریت اختصاص داد.
- ورودی‌های اورژانس باید در معرض دید پرستار تریاژ قرار داشته باشد. این امکان را می‌توان توسط یک پنجره فراهم نمود که در عین حال حریم شخصی بیمار را نیز از بین نبرد.
- ابعاد این فضا به گونه‌ای باشد که امکان حضور دو پرستار به صورت هم‌زمان در شرایط اضطراری وجود داشته باشد. لوازم و تجهیزات اولیه‌ی احیا باید به راحتی در دسترس پرستار تریاژ قرار داشته باشد.
- در فضای تریاژ، باید دست کم یک تخت معاینه و حداقل دو صندلی در نظر گرفته شود تا امکان معاینه‌ی بیمار به صورت نشسته یا خوابیده امکان‌پذیر باشد.
- اتاق تریاژ باید در نزدیکی و دیدرس فضای انتظار عمومی باشد تا در صورت بروز مشکلی برای بیمار در فضای انتظار، پرستاران بلافاصله به او رسیدگی کنند.
- لازم است اتاق تریاژ دسترسی مناسب به فضای پلیس و انتظامات اورژانس داشته باشد تا امنیت پرستار تریاژ تامین گردد. این فضا باید مجهز به زنگ خطر باشد.
- موقعیت اتاق تریاژ باید در قسمت عمومی حوزه‌ی مشترک و در نزدیک‌ترین فاصله نسبت به ورودی‌های اورژانس (ورودی سرپایی و ورودی اروژانسی) و در حد فاصل آن‌ها قرار گیرد، به طوری که اصل تفکیک ورودی‌ها نیز رعایت شده باشد.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

چیدمان نقشه‌های پیشنهادی برای فضای تریاژ نسبت به ورودی‌های بخش اورژانس



نمونه‌ی موقعیت
قرارگیری نامناسب
فضای تریاژ



خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

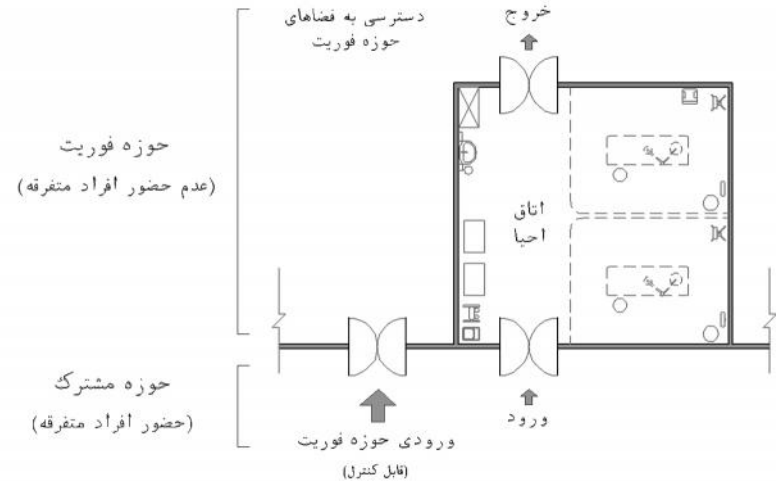
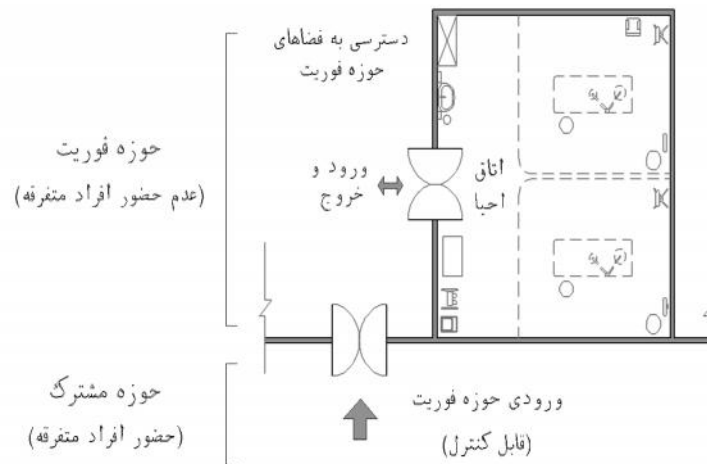
❖ اتاق احیاء قلبی-تنفسی*

- در کوتاه‌ترین فاصله‌ی ممکن نسبت به ورودی اورژانس
- دسترسی سریع و ارتباط تنگاتنگ بین اتاق تریاژ و این اتاق برای بیمارانی که با وسیله‌ی نقلیه‌ی شخصی به اورژانس منتقل شده‌اند.
- حداکثر فاصله میان ورودی اورژانس و ورودی اتاق احیاء بیشتر از ده متر نباشد.
- لازم است مسیر ارتباطی این فضا به صورت مستقیم بوده و تا حد امکان دارای کم‌ترین چرخش باشد. توصیه اکید می‌شود که ورودی اتاق احیا با ورودی اورژانسی در یک محور قرار گیرند.
- دسترسی سریع از اتاق استراحت پزشک مقیم به این فضا جهت موارد اورژانسی
- اتاق احیاء می‌تواند با یک یا دو در برای ورود و خروج طراحی شود. همچنین این فضا ممکن است با ارتباط داخلی با اتاق عمل سرپایی طراحی شود .
- خدمات احیاء همواره در یک اتاق ارائه می‌شود که ممکن است دارای یک یا چند تخت باشد. این روش امکان به اشتراک گذاشتن تجهیزات مورد نیاز را فراهم می‌کند.
- در اورژانس‌هایی که نیاز به چند تخت احیاء دارند، یکی از آن‌ها تخت احیاء ثابت، و باقی فضای خالی جهت استقرار برانکار یا تخت اورژانس (انتقال بیمار با تخت فضای بستری حاد ۱ و ۲ به اتاق احیاء) در نظر گرفته می‌شود.
- برای سهولت استقرار تیم احیاء و تجهیزات مورد نیاز و انجام عملیات، لازم است دسترسی به هر چهار طرف تخت امکان‌پذیر باشد

چیدمان پیشنهادی نقشه‌ی اتاق احیاء قلبی-تنفسی

[†] برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس



❖ اتاق عمل سرپایی

اتاق عمل سرپایی، از سه بخش اصلی تشکیل شده است شامل:

- پیش‌ورودی، فضای عمل سرپایی، و انبار استریل فرعی
- پیش‌ورودی (اسکراپ و گانینگ)
- فضای بسته‌ای که به عنوان یک فیلتر عمل می‌کند. عملکرد اصلی آن اسکراپ و گانینگ برای کارکنان پزشکی و پرستاری است. سطح کنترل عفونت در این قسمت مشابه اتاق‌های عمل در بخش جراحی نمی‌باشد. وجود خط قرمز لازم نیست و تنها از کفپوش آنتی باکتریال استفاده می‌شود.

پیش‌ورودی (اسکراپ و گانینگ)

- آماده‌سازی اولیه بیمار شامل مواردی چون در آوردن کفش و لباس‌های اضافه، تمیز کردن موضع آسیب‌دیده، پاک‌سازی موهای موضع زخم و ...

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

- طراحی این فضا به صورت اتاق (و نه به صورت فضای باز) سبب می‌شود که به صورت یک فضای حائل میان راهرو و فضای عمل ایفای نقش کرده و علاوه بر کنترل عفونت بهتر و حفظ زیبایی بصری، در کاهش سر و صدا، جلوگیری از ازدحام و شلوغی نزدیکی ورودی اتاق، و افزایش تمرکز گروه پزشکی تاثیرگذار باشد.
- امکان پیش‌بینی این فضا به صورت مشترک برای دو اتاق عمل سرپایی وجود دارد.

فضای عمل سرپایی

- این اتاق محل انجام عملیات بر روی بیماران بوده و دسترسی به آن از طریق پیش‌ورودی صورت می‌گیرد.
- حداقل ابعاد این اتاق ۵ متر * ۵ متر می باشد و تا حد امکان باید به صورت مربع طراحی شود.
- این اتاق مجهز به تمامی تجهیزات مورد نیاز برای عمل‌های سرپایی است. (رجوع به کتاب)
- توصیه‌ی اکید می‌شود که ملاحظات کنترل صدا و تعبیه‌ی عایق صوتی در طراحی و اجرای این اتاق رعایت شود.

انبار استریل فرعی

- به منظور نگهداری ست‌ها و اقلام جراحی استریل و همچنین وسایل مصرفی و داروهایی که در فرایند عمل سرپایی مورد نیاز است.
- در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه ی کمتر از ۳۰ هزار نفر در سال، لزومی به در نظر گرفتن این انبار وجود ندارد و می‌توان از کمدی داخل فضای اتاق عمل استفاده نمود. برای این منظور، کمدهای توکار توصیه می‌شود.

برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" و همچنین **جلد هشتم**، بخش اعمال جراحی، مراجعه شود.

❖ فضای درمان سطح ۱ و ۲ (فضای حاد ۱ و ۲)

- در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه کمتر از ۱۰ هزار نفر، ۵۰٪ از تعداد تخت‌های قابل شمارش بدون احتساب اتاق‌های ایزوله عفونی، ایزوله روانی و اطفال به فضای حاد ۱ و ۵۰٪ به فضای حاد ۲ اختصاص می‌یابد.
- ارتباط این فضا با فضاهای داخل بخش:

[‡] برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

- دسترسی مطلوب از ورودی اورژانسی و فضای تریاژ در حوزه مشترک
- دسترسی مناسب از این فضا به فضای تحت نظر ۱ و ۲ در حوزه تحت نظر
- توصیه می‌شود که فضای حاد ۱ در مجاورت اتاق احیاء قرار گیرد.
- تمامی تخت‌های حاد ۱ بایستی در معرض دید ایستگاه پرستاری مربوطه قرار گیرند.
- دسترسی مناسب از اتاق دارو و کار تمیز، فضای پارک تجهیزات پزشکی، انبار یا کمد های ملحفه و رخت تمیز و... به تمامی تخت‌ها
- دسترسی از اتاق استراحت پزشک مقیم به این فضا جهت احضار پزشک در مواقع خاص بر بالین بیمار
- به طور کلی چهار روش برای برنامه‌ریزی و طراحی فضاهای حاد ۱ و ۲ در اورژانس‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد:

روش طراحی	مزایا	معایب
فضای باز با جداکننده پرده‌ای	اشغال فضای کم‌تر، هزینه اجرا و تجهیز کم‌تر، نیروی انسانی کمتر، انعطاف‌پذیری بیشتر جهت اضافه نمودن تخت‌ها در شرایط اضطراری، امکان نظارت و کنترل بیشتر بیماران	حفظ حریم شخصی کم‌تر برای بیماران، ایجاد آلودگی صوتی و سلب آسایش بیماران و کارکنان، کنترل عفونت نامطلوب، عدم امکان استفاده از سه طرف فضای تخت بیمار برای قرارگیری و نصب تجهیزات و...
فضای نیمه‌باز با جداکننده‌های سبک (پارتیشن)	اشغال فضای کم‌تر، هزینه اجرا و تجهیز قابل قبول، تأمین حریم شخصی مطلوب و قابل قبول برای بیماران، امکان استفاده از سه طرف تخت بیمار برای نصب تجهیزات، تعداد نیروی انسانی بهینه، انعطاف‌پذیری نسبی در افزایش تعداد کابین‌ها و امکان نظارت و کنترل قابل قبول	عدم امکان کنترل آلودگی صوتی و عدم کنترل عفونت در حد مطلوب
اتاق خصوصی	حفظ کامل حریم شخصی بیماران، کنترل کامل آلودگی صوتی، کنترل عفونت مطلوب، تأمین آسایش بیماران و همراهان، افزایش کیفیت مطلوب خدمات درمانی و رضایت‌مندی بیماران و...	اشغال فضای بیشتر، هزینه اجرا و تجهیز بیشتر، افزایش تعداد نیروی انسانی و...
اتاق خصوصی چندمنظوره (Universal Patient Room)	راستای اصل بیمار محوری بر خلاف روش درمان محور، بیمار بدون جابجایی از آن اتاق، اغلب خدمات اورژانسی مورد نیاز در اتاق دریافت نموده و از همان اتاق از اورژانس ترخیص می‌شود. اشغال فضای بیشتر، هزینه اجرا و تجهیز بسیار بالا، افزایش تعداد کارکنان مورد نیاز اورژانس، افزایش هزینه‌های درمان و...	به افزایش سرعت عمل در ارائه خدمات اورژانسی، کاهش جابجایی بیماران، حفظ کامل حریم شخصی بیماران، کنترل کامل آلودگی صوتی، کنترل عفونت مطلوب، تأمین آسایش بیماران و همراهان، کیفیت بالای خدمات درمانی و...

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

- الزامی است طراحی فضای درمان ۱ و ۲ با توجه به شرایط کشور دست کم از نوع دوم " فضای نیمه باز با جداکننده سبک " باشد.
- در قسمت جلوی هر کابین باید به‌طور باز طراحی شود و برای حفظ حریم شخصی بیماران، باید از پرده‌هایی استفاده شود که حداقل آلودگی را جذب می‌کنند.
- تعبیه صندلی مناسب و راحت جهت استفاده‌ی همراه بیمار و یا پرستار در داخل کابین ضروری است.
- توصیه می‌شود برای ارائه خدمات دیالیز به بیمارانی که به دلیل وخامت حالشان امکان انتقال آن‌ها به بخش دیالیز وجود ندارد، یک کابین دارای خروجی آب و فاضلاب (دردار) در نظر گرفته شود. تا با احضار مسئول دیالیز و تجهیزات و دستگاه‌های مربوطه، این خدمات بر بالین بیمار ارائه گردد.
- تعبیه پنجره بدون بازشو به یک فضای خارجی (بیرونی) جهت استفاده از نور طبیعی و دید مناسب از لحاظ روانی برای آسایش بیماران و کارکنان الزامی است.
- تمامی تخت‌های حاد ۲ بایستی در معرض دید ایستگاه پرستاری مربوطه در نظر گرفته شوند تا همواره تحت مراقبت و نظارت کادر پرستاری قرار داشته باشند. نوع چیدمان تخت‌های باید به‌گونه‌ای باشد که از ایستگاه پرستاری، تخت بیمار در دیدرس باشد
- در فضای حاد ۱ با توجه وضعیت وخیم بیماران دید و دسترسی سریع به بیمار جهت مراقبت و درمان نسبت به حریم شخصی بیمار از اهمیت بیش‌تری برخوردار است.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

سایر فضاهای بخش اورژانس					
	نام فضا	حوزه‌ی قرارگیری	نوع برنامه‌ریزی	ارتباط داخلی با سایر فضاهای بخش	الزامات فضا
۱	داروخانه‌ی اورژانس	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	- در بیمارستان هایی که دارای سیستم HIS نیستند، داروخانه‌ی اورژانس الزامی است. - در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ۱۰ هزار نفر، در صورتی که داروخانه‌ی بیمارستان در فاصله‌ی کمتر از ۲۰ متر با بخش اورژانس باشد و امکان ارائه‌ی خدمات ۲۴ ساعته را داشته باشد، لزومی به در نظر گرفتن داروخانه‌ی جداگانه نیست.	- در معرض دید و دسترسی بیماران حوزه‌ی فوریت و سرپایی - دید مناسب و دسترسی از کابین پلیس و انتظامات	- به صورت اتاق یا گیشه (نوع گیشه پیشنهاد می‌شود. ایجاد فضای مکث در جلوی گیشه‌ی داروخانه الزامی است). - در اورژانس‌هایی که دستگاه‌های هوشمند توزیع دارو پیش‌بینی می‌شود، فضای فیزیکی داروخانه اورژانس بر اساس ویژگی‌های دستگاه ممکن است تغییر کند و همچنین فضایی را برای استقرار دستگاه بر اساس ابعاد آن باید در نظر گرفت. *
۲	اتاق نظافت (تی‌شوی)	اتاق نظافت جداگانه برای نظافت حوزه‌ی مشترک	در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ده هزار نفر: یک اتاق نظافت برای حوزه‌ی سرپایی و حوزه‌ی مشترک		*
۳	کانتر/کابین اطلاعات	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	در اورژانس‌های با ۶۰ هزار پذیرش سالیانه و بیشتر: توصیه‌ی اکید برای در نظر گرفتن این فضا	دید مناسب به فضای انتظار، تریاژ، صندوق، داروخانه و ... ارتباط نزدیک فیزیکی یا بصری با کانتر پلیس دسترسی به حوزه‌ی فوریت در اولویت قرار دارد.	*
۴	پیش‌خوان یا کابین انتظامات	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	در تمامی اورژانس‌های ضروری است. در اورژانس‌های بزرگ، ممکن است یک اتاق کنترل برای نظارت کارکنان انتظامات از طریق دوربین مداربسته پیش‌بینی شود.	نزدیک به ورودی بخش نزدیکی ورودی‌ها دید مناسب به فضای انتظار، تریاژ، صندوق، داروخانه و ... ارتباط نزدیک فیزیکی یا بصری با کانتر پلیس دسترسی به حوزه‌ی فوریت در اولویت قرار دارد.	*

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

۵	کانتر/کابین پلیس	وجود پیش‌خوان یا کابین پلیس در تمامی اورژانس‌های ضروری است. حضور دست کم یک پلیس به صورت ۲۴ ساعته در بخش اورژانس الزامی است.	دید و دسترسی مناسب به فضای انتظار، تریاژ، صندوق، داروخانه و ... ارتباط نزدیک فیزیکی یا بصری با کانتر انتظامات دسترسی به حوزه‌ی فوریت در اولیت قرار دارد.	*
۶	کانتر/کابین پذیرش	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	در اورژانس‌های کوچک (کمتر از ۳۰ هزار پذیرش در سال)، فضای تریخس با این فضا ادغام می‌شود. در این حالت، کنترل بیماران مراجعه کننده به حوزه‌ی سرپایی نیز بر عهده خواهد داشت.	*
۷	کانتر/کابین تریخس	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی بیش از ۳۰ هزار نفر، پیش‌بینی یک پیش‌خوان (کانتر) تریخس الزامی است. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ۳۰ هزار نفر، فضای تریخس با فضای پذیرش ادغام می‌شود.	*
۸	کانتر/کابین صندوق	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	در تمام سطوح اورژانس، تعبیه‌ی کابین/اتاق صندوق لازم است. این فضا باید به صورت کاملاً مستقل طراحی شود و ادغام آن با فضاهایی همچون پذیرش یا تریخس ممنوع است.	نزدیک به ورودی بخش پذیرش تریخس کابین پلیس کابین انتظامات
۹	فضای انتظار عمومی	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	توصیه می‌شود این فضا به صورت مستقل و مجزا در نظر گرفته شود و از ادغام آن	از طراحی این فضا به صورت کانتر باز باید اجتناب نمود. از قراردادن این فضا در نقاط خلوت و کم رفت و آمد بخش که کنترل و نظارت عمومی و اختصاصی برای آن کمتر صورت می‌گیرد پرهیز شود. امنیت این فضا باید تامین شود. در صورت لزوم، می‌توان از شیشه‌های شفاف ضد ضربه برای جدا کردن کارکنان این بخش با مراجعین استفاده نمود. (برای اینکه امکان تعرض به کارکنان از میان برود).*
			طوری طراحی شود که حضور افراد در آن تنها به منظور نشستن و انتظار باشد و گذر از آن جهت دسترسی به سایر فضاها صورت نگیرد.	

* برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

			با فضای انتظار بخش‌های دیگر و یا اختصاص مسیرهای ارتباطی واقع در حوزه‌ی مشترک به فضای انتظار پرهیز شود.		ممکن است به صورت یک اتاق یا فضای نیمه باز طراحی گردد. پیشنهاد می‌شود به صورت فضای نیمه‌باز متصل به ورودی سرپایی در نظر گرفته شود. از آن‌جا که به علت افزایش ناگهانی مراجعین، ورودی اتاق تریاژ با ازدحام همراه می‌شود، در نظر گرفتن فضای انتظار کوچکی که جزء این فضا می‌باشد در نزدیکی ورودی تریاژ الزامی است. چیدمان صندلی‌ها در فضای انتظار به روش‌های مختلف گروهی یا غیر گروهی امکان‌پذیر است. حداقل مساحت این فضا ۱۶ متر مربع است و به ازای هر صندلی دست کم ۲/۲ متر فضا در نظر گرفته می‌شود. ابعاد فضا باید با توجه به میزان پذیرش سالیانه و اعداد داده شده در جدول‌های برنامه‌ی فیزیکی محاسبه شود*. در طراحی معماری و تاسیساتی آن توجه خاص شود تا کاهش خطر انتقال عفونت‌های هوابرد را به همراه داشته باشد. مبلمان باید از نوع قابل شستشو باشد. فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر، کالسکه‌ی بچه و افراد ناتوان با تجهیزات حرکتی در نظر گرفته شود. تمهیدات لازم برای زیبایی و خوشایند کردن فضا به کار گرفته شود. توصیه‌ی اکید می‌شود که این فضا نور طبیعی داشته باشد. تسهیلاتی همچون کتاب، تلویزیون، دستگاه خودکار فروش مواد غذایی، آب سرد/گرم کن و تلفن عمومی ... در این فضا قرار گیرد. تمام این امکانات برای فرد معلول قابل استفاده باشد*.
۱۰	فضای بازی کودکان	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	پیشنهاد می‌شود برای اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی بیش از ۳۰ هزار نفر در نظر گرفته شود.	در ارتباط مستقیم با فضای انتظار عمومی و زیر نظر آن موقعیت آن به گونه‌ای باشد که سر و صدای این فضا، مزاحمتی برای سایر فضاها ایجاد نکند.	در اورژانس اطفال و اورژانس عمومی با بیش از چهار تخت اطفال، پیش بینی این فضا توصیه می‌شود. کلیه‌ی تمهیدات و تسهیلات این فضا باید بر اساس نیازهای کودکان در نظر گرفته شود. وسایل بازی تعبیه شده در این فضا متنوع و مناسب گروه‌های سنی متفاوت کودکان باشد و از نظر استانداردهای مربوطه مورد تایید باشد.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

				امکان شست و شو و نظافت ادواری وسایل این اتاق وجود داشته باشد.
۱۱	اتاق مشاوره‌ی همراهان (اتاق سوگ)	فضاهای عمومی حوزه‌ی مشترک	از جمله فضاهای پیشنهادی برای اورژانس که با توجه به شرایط کشور، برای اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی بیش از ۳۰ هزار نفر قابل برنامه‌ریزی است.	فضایی مطلوب و به دور از شلوغی بخش برای مشاوره‌ی پزشک و ارائه‌ی راه‌کارهای درمانی و سایر فعالیت‌هایی که نیاز به حفظ حریم شخصی بیمار دارد مانند اخذ رضایت نامه و ... محلی مناسب برای اعلام فوت بیمار یا مواردی چون نقص عضو، قطع نخاع، و ... به همراهان افراد حاضر در اتاق ممکن است کنترل روانی خود را از دست بدهند، بنابراین هر گونه اشیاء آسیب زا باید از این اتاق دور شود و تجهیزات در بالاترین سطح ایمنی در نظر گرفته شود. با استفاده از نور طبیعی، رنگ، فرم و نور معماری داخلی مناسب، فضای خوشایند و آرامش بخش ایجاد شود. کنترل صدا باید در این اتاق انجام شود تا انتقال صدا به خارج از اتاق به حداقل میزان ممکن برسد. پیشنهاد می‌شود در داخل این اتاق سرویس بهداشتی در نظر گرفته شود. لازم است این فضا به وسیله‌ی دوربین مداربسته تحت کنترل افراد انتظامات قرار گیرد.
۱۲	سرویس بهداشتی عمومی		به منظور استفاده‌ی افراد، به ویژه مراجعین که در فضای انتظار عمومی حضور دارند.	
۱۳	سرویس بهداشتی معلولین			برای اطلاع دقیق از خصوصیات، ابعاد و اندازه‌ها و تجهیزات مربوط به سرویس‌های بهداشتی معلولین، به سری کتاب‌های <u>استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن</u> رجوع شود.

[†] برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تأسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

[‡] برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تأسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

۱۴	اتاق نظافت (تی شوی)	به صورت جداگانه برای حوزه‌های مختلف بخش اورژانس در نظر گرفته شود.	اتاق نظافت جداگانه برای نظافت حوزه‌ی مشترک در نظر گرفته شود. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ده هزار نفر از یک اتاق نظافت برای حوزه‌ی سرپایی و حوزه‌ی مشترک استفاده می‌شود.	فضایی جهت نگهداری مواد و وسایل مخصوص نظافت و همچنین شست و شوی ابزار مرتبط*
۱۵	آبدارخانه		در آن بخش، آبدارخانه به صورت داخل بخشی در نظر گرفته می‌شود. و صرف غذای کارکنان نیز الزاما به صورت محلی انجام می‌شود.	
۱۶	اتاق احیاء قلبی- تنفسی		رجوع به ابتدای متن	
۱۷	اتاق گچ گیری	حوزه‌ی فوریت، فضاهای عملیاتی	در تمامی اورژانس‌ها الزامی است. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ۱۰ هزار نفر در سال، می‌توان کاربری‌های مربوط به اتاق جراحی سرپایی و این اتاق را تجمیع نمود. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی کمتر از ۳۰ هزار نفر: دست کم یک تخت گچ‌گیری در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی بین ۳۰ تا ۶۰ هزار نفر: دست کم یک تخت گچ‌گیری و یک فضای خالی برای برانکار پذیرش سالیانه‌ی بیش از ۶۰ هزار نفر: دو تخت گچ‌گیری و یک فضای خالی برای برانکار در نظر گرفته شود.	در صورت تعبیه‌ی اتاق رادیولوژی در بخش، نزدیک به آن باشد. در غیر این صورت، نزدیک به راهروی متصل کننده‌ی بخش به بخش تصویربرداری پزشکی و یا نزدیک آسانسور اختصاصی بخش اورژانس که ارتباط عمودی با بخش تصویربرداری را میسر می‌کند. دسترسی مناسب به این اتاق از حوزه‌ی سرپایی به صورت کنترل شده میسر شود. دسترسی سریع و آسان به بخش (یا اتاق) تصویربرداری نزدیک به حوزه‌ی سرپایی دسترسی آسان از تریاژ نزدیک به اتاق‌های احیاء و اتاق عمل سرپایی

سر و صدای ناشی از درد بیمار و انجام فعالیت‌های این اتاق، نباید برای سایر فضاها مزاحمت ایجاد کند.*
مسیر دسترسی به اتاق به گونه‌ای باشد که امکان انتقال بیماران به وسیله‌ی برانکار و ویلچر به سهولت امکان‌پذیر باشد. بنابراین باید دسترسی به اتاق از طریق راهرویی با عرض مناسب و حداقل چرخش تامین شود.

پیشنهاد می‌شود این فضا نزدیک به اتاق‌های احیاء و اتاق عمل سرپایی برنامه‌ریزی شود.

اتاق گچ‌گیری از سه فضای اصلی تشکیل شده است: فضای گچ‌گیری، معاینه، انبار گچ:

فضای گچ‌گیری

فضای انتظار بیماران باید از فضای رفت و آمد بخش جدا نمود.
حریم خصوصی هر کدام از تخت‌ها و فضاهای برانکار به وسیله‌ی پیش‌بینی پرده و یا به کمک جداکننده‌های جمع‌شونده (ریلی سقفی/دیواری) فراهم شود.

فضای معاینه و ارتوپدی:

این فضا به منظور حضور پزشک ارتوپدی، انجام معاینه‌های بیماران، مطالعه‌ی نتایج تصویربرداری، گزارش‌نویسی و ... در داخل

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

				اتاق پیش‌بینی می‌شود و دسترسی به آن از فضای گنج‌گیری صورت می‌گیرد. انبار گنج: به منظور نگهداری وسایل، تجهیزات و اقلام مصرفی مورد نیاز عملیات ارتوپدی در داخل اتاق گنج‌گیری پیش‌بینی می‌شود. در اورژانس‌های کمتر از ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، پیش‌بینی قفسه در اتاق به منظور نگهداری لوازم مورد نیاز ارتوپدی مناسب است. اما در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه‌ی بیش از ۳۰ هزار نفر، به دلیل حجم بالای لوازم مصرفی، باید فضایی مجزا با قفسه‌های متعدد به عنوان انبار گنج در نظر گرفته شود.*
۱۸	اتاق عمل سرپایی	حوزه‌ی فوریت، فضاهای عملیاتی	برنامه‌ریزی اتاق عمل سرپایی در تمامی اورژانس‌ها الزامی است.	دسترسی سریع و آسان به بخش (یا اتاق) تصویربرداری
			در اورژانس‌های کمتر از ۱۰ هزار پذیرش سالیانه می‌توان اتاق گنج‌گیری را با این فضا تلفیق کرد.	نزدیک به حوزه‌ی سرپایی
			به ازای هر ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، یک اتاق عمل سرپایی در نظر گرفته می‌شود.	دسترسی آسان از تریاژ
			برای بیش از ۹۰ هزار پذیرش سالیانه، در نظر گرفتن ۳ تخت عمل سرپایی کفایت می‌کند.	نزدیک به اتاق‌های احیاء و اتاق عمل سرپایی
				توصیه می‌شود اتاق عمل با عملیات پیچیده با ارتباط داخلی با اتاق احیاء طراحی شود

[§] برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

۱۹	فضای درمان سطح ۱ و ۲ (فضای حاد ۱ و ۲)	حوزه ی فوریت، فضاهای عملیاتی	رجوع به ابتدای متن
۲۰	فضای درمان و بستری اطفال و نوزادان	فضاهای مراقبتی حوزه فوریت	بر این اساس برای هر ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، ۲ تخت اطفال برای کلیه‌ی فضاهای حاد ۱ و ۲ و همچنین تحت نظر ۱ و ۲ محاسبه گردد. در اورژانس های بالای ۹۰ هزار پذیرش سالیانه برنامه‌ریزی ۶ تخت کفایت می‌کند. در اورژانس‌های بیش از ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، تعداد کل تخت‌های اطفال و نوزادان برای فضای حاد و تحت نظر چهار عدد و بیشتر است، و برنامه‌ریزی این اتاق به صوت جداگانه الزامی است.
۲۱	اتاق ایزوله‌ی روانی	ماهیت این اتاق از نوع فضاهای مراقبتی است و باید آن را در حوزه فوریت و در فضای حاد ۱ در نظر گرفت.	دسترسی از ورودی اورژانسی و تریاژ به این فضا به سهولت انجام شود. بر این اساس برای هر ۳۰ هزار پذیرش سالیانه کمتر از ۳۰ هزار نفر، بایستی حداقل یک اتاق ایزوله روانی در حوزه فوریت پیش‌بینی شود امکان دید مناسب و دسترسی سریع پرستاران و کارکنان را به این اتاق فراهم باشد. اتاق باید دور از ازدحام و شلوغی فضاهای فوریت و دور از دیدرس بیماران فضای حاد ۱ و سایر مراجعین این اتاق در فاصله مناسب نسبت به آسانسور، راه‌پله، خروجی‌ها و فضاهای مشترک بیماران قرار گیرد. جهت امنیت کارکنان، دسترسی سریع از کانتر/کابین انتظامات به این اتاق لازم است.
			ریز فضاهای این اتاق عبارتند از: • فضای بستری و درمان • نوزادان • اطفال زیر ۶ سال • اطفال بالای ۶ سال • ایستگاه پرستاری کوچک و فضاهای جانبی • سرویس بهداشتی اطفال • اتاق تعویض پوشک تنها به اشاره به عناوین این ریزفضاها بسنده شده است و برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود. طراحی پلان اتاق باید به‌گونه‌ای باشد که از هرگونه فرورفتگی و برآمدگی اجتناب شود تا از ایجاد لبه‌های تیز و خطرناک که می‌تواند به عنوان ابزاری برای بیمار جهت آسیب رساندن به خودش یا دیگران استفاده شود، جلوگیری شود. به کمک ویژگی‌های کیفی در معماری همچون نور، رنگ، مبلمان و غیره، بایستی محیطی آرام و همراه با آسایش را برای بیمار تأمین نمود. در این اتاق بایستی از عایق‌های صوتی بهره گرفت. تا جای ممکن باید تجهیزات دور از دسترس و دیدرس بیمار باشد. فرایندهای نگهداری و آماده‌سازی دارو به دلیل ایجاد تشویش در بیمار و جهت حفظ امنیت کارکنان، نباید داخل اتاق صورت گیرد. ** به منظور تأمین امنیت باید زنگ‌های اعلام خطر پیش‌بینی شود. همچنین در این اتاق دوربین مداربسته در نظر گرفته شود تا علاوه

** برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

				بر ارتباط بصری مستقیم، امکان کنترل بیمار از ایستگاه پرستاری فراهم باشد.
				سنسور حرکتی در این اتاق باید تعبیه شوند تا در صورت ترک بیمار از تخت خود، گروه پرستاری مطلع شوند. شامل قسمت‌های: سرویس بهداشتی (ویژه بیمار روانی با امکان ورود ویلچیر) فضای پارک تجهیزات پزشکی اختصاصی*
۲۲	اتاق ایزوله‌ی عفونی	فضاهای مراقبتی حوزه فوریت	در نزدیک‌ترین فاصله نسبت به ایستگاه پرستاری	الزاما دارای پیش ورودی فشار منفی و تهویه‌ی مجزا دارای سه فضا: - پیش ورودی اتاق ایزوله - اتاق بستری بیمار - سرویس بهداشتی (ویژه بیمار عفونی با امکان ورود ویلچیر) دیاگرام فضای این اتاق بعد از جدول آورده شده است.
۲۳	ایستگاه پرستاری حاد ۱ و ۲	فضاهای مراقبتی حوزه فوریت	ممکن است به صورت واحد و یا جداگانه برای فضاهای درمان حاد و ۲ پیش‌بینی شود. در محدوده فضاهای درمان حاد ۱، به ازای هر ۸ تخت با احتساب اتاق ایزوله عفونی، اتاق ایزوله روانی، و کابین اطفال (زیر ۳۰ هزار پذیرش)، یک ایستگاه پرستاری بایستی در نظر گرفته شود. در محدوده فضاهای درمان حاد ۲، به ازای هر ۱۲ تخت با احتساب کابین اطفال	نظارت بر بیماران از ایستگاه پرستاری به دو روش قابل برنامه‌ریزی است: نظارت مستقیم: چیدمان فضاهای درمان به گونه‌ای است که از ایستگاه پرستاری، امکان مشاهده مستقیم به تمامی تخت‌های بیماران مقدور است. در این صورت دید به صورت بیمار و حتی‌الامکان دو دست وی در فرآیند مراقبت بسیار حائز اهمیت است. تأمین این روش برای طراحی ایستگاه پرستاری حوزه فوریت الزامی است. نظارت غیر مستقیم: تمام مانیتورهای علائم حیاتی که در فضای حاد ۱ در کنار تخت بیماران نصب شده است، با مانیتور مرکزی ایستگاه پرستاری نیز ارتباط دارد. این امر سبب می‌شود که وضعیت

++ برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

			(زیر ۳۰ هزار پذیرش)، یک ایستگاه پرستاری بایستی پیش‌بینی شود. در صورتی که مجموع تخت‌های حاد ۱ و حاد ۲ با احتساب اتاق ایزوله عفونی، اتاق ایزوله روانی و کابین اطفال (زیر ۳۰ هزار پذیرش)، ۱۶ عدد باشد، می‌توان برای مجموع آنها یک ایستگاه پرستاری پیش‌بینی نمود.		و علائم حیاتی بیماران به صورت مستمر تحت نظارت قرار داشته باشد. استفاده از این روش تحت هیچ شرایطی نمی‌تواند جایگزین روش اول شود و استفاده از این روش تنها به عنوان عامل مثبتی در کنار روش اول، پیشنهاد می‌شود.*
۲۴	اتاق دارو و کار تمیز حاد ۱ و ۲		نزدیک به ایستگاه پرستاری		نگهداری و آماده‌سازی دارو، وسایل و لوازم مصرفی استریل یا تمیز برای بیماران حوزه فوریت تأمین دارو و وسایل مورد نیاز بیمار در طول مدت حضور وی در این حوزه، از این اتاق صورت می‌گیرد. ممکن است با توجه به سیاست‌های داخلی، این اتاق تنها تامین‌کننده دارو و وسایل مصرفی به بخشی از بیماران با وضعیت حاد باشد .
۲۵	اتاق رادیولوژی (در صورت برنامه ریزی)	فضاهای مراقبتی حوزه فوریت	برنامه‌ریزی اتاق رادیولوژی در بخش اورژانس الزامی نیست. پیش‌بینی آن در بخش اورژانس تنها در اورژانس‌های تروما سطح ۱ با پذیرش سالیانه بیشتر از ۶۰ هزار نفر، الزامی است. همچنین در این مراکز می‌توان رادیولوژی سقفی برای اتاق احیا/تروما پیش‌بینی نمود.	امکان دسترسی آسان از حوزه سرپایی	با توجه به حجم و میزان پذیرش بیماران ترومایی و یا افرادی که نیازمند خدمات رادیولوژی هستند، ممکن است به منظور بالا بردن سرعت و کیفیت ارائه خدمات تشخیصی به بیماران اورژانسی، در بعضی از اورژانس‌ها پیش‌بینی شود. *
۲۶	اتاق استراحت پزشک مقیم	فضاهای مراقبتی حوزه فوریت	توجه به ضرورت حضور پزشک به صورت ۲۴ ساعته در اورژانس، در نظر گرفتن اتاق اختصاصی برای پزشکان مقیم به عنوان فضای رختکن، استراحت، صرف غذا و... لازم است.	فاصله مناسب با اتاق احیا، ایستگاه پرستاری و فضاهای حاد ۱ و ۲	*

*** برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

۲۷	حمام آماده‌سازی	جهت آماده‌سازی بیماران و شستشوی اولیه قبل از انجام عملیات درمانی یا مراقبتی برنامه‌ریزی می‌شود.	دسترسی مناسب از اتاق‌های احیاء، گچ‌گیری و به ویژه جراحی سرپایی	از عملکردهای حمام آماده‌سازی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: • آماده‌سازی و شستشوی اولیه بیمارانی که شرایط ظاهری مساعدی نداشته و لازم است قبل از آغاز عملیات درمانی، تحت شستشوی اولیه قرار گیرند از جمله این بیماران می‌توان به افرادی با اندام خون‌آلود، کثیف و یا همراه با بوی‌های آزاددهنده و متعفن اشاره کرد. • شستشوی اولیه زخم‌هایی که با آلودگی و کثیفی همراه است. • تخلیه کیست‌ها و موارد مشابه*
۲۸	فضاهای معاینه	حوزه‌ی سرپایی		بیمارانی که پس از مراجعه به اورژانس، در طبقه‌بندی سطوح ۴ و ۵ تریاژ قرار می‌گیرند، به یکی از اتاق‌های معاینه حوزه بیماران سرپایی هدایت می‌شوند تا پزشک مربوطه پس از انجام مصاحبه، مشاوره و معاینه، دستورات لازم را صادر نماید. تعداد و نوع اتاق‌های معاینه بر اساس سطح و نوع خدمات قابل ارائه در اورژانس و بیمارستان تعیین می‌شود. در اورژانس‌ها، اتاق‌های معاینه به دو دسته تقسیم می‌شوند: • اتاق‌های معاینه عمومی (چندتخصصی) • اتاق‌های معاینه تخصص (تک‌تخصصی) اتاق‌های معاینه عمومی تنها یک حالت برنامه‌ریزی و طراحی را شامل می‌شود ولی اتاق‌های معاینه تخصصی دارای طیف گسترده‌ای از اتاق‌های تک‌تخصصی از جمله اتاق معاینه زنان، اتاق معاینه اطفال، اتاق معاینه گوش و حلق و بینی-چشم، اتاق معاینه روانپزشکی و... است*.
۲۹	اتاق معاینه‌ی عمومی	حوزه‌ی سرپایی	در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه کمتر از ۳۰ هزار نفر، باید حداقل یک اتاق معاینه عمومی پیش‌بینی شود. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بیشتر از ۳۰ هزار نفر، لازم است حداقل دو اتاق معاینه عمومی پیش‌بینی شود.	در اورژانس‌های کمتر از ۳۰ هزار پذیرش سالیانه، دسترسی و دید مناسب از فضای پذیرش و فضای انتظار عمومی در حوزه مشترک به این فضا وجود داشته باشد. در اورژانس‌های بالای ۳۰ هزار پذیرش سالیانه که فضای انتظار بیماران سرپایی و

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

				کابین/کانتر کنترل (مدیریت صف) در حوزه سرپایی در نظر گرفته می‌شود، شرایط مذکور باید با این فضاها تامین شود.	در صورت عدم پیش‌بینی اتاق معاینه ی اطفال، می‌توان با پیش‌بینی تجهیزات مربوطه، معاینات را در این اتاق انجام داد. البته به دلیل شرایط فیزیکی و روانی حساس کودکان، در درجه اول توصیه می‌شود در این بخش اتاق‌های معاینه اطفال اختصاصی در نظر گرفته شود. §§
۳۰	اتاق معاینه ی تک تخصصی	حوزه ی سرپایی	در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه کمتر از ۱۰ هزار نفر، این اتاق پیش‌بینی نمی‌شود. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه ۱۰ تا ۳۰ هزار نفر، حداقل یک اتاق معاینه‌ی تخصصی در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه ۳۰ تا ۶۰ هزار نفر، حداقل دو اتاق معاینه تخصصی در اورژانس‌های با بیش از ۶۰ هزار پذیرش سالیانه، حداقل سه اتاق معاینه تخصصی	اولویت تعیین این اتاق‌ها به ترتیب اختصاص به اتاق معاینه گوش و حلق و بینی – چشم (به صورت ادغام شده در یک اتاق)، اتاق معاینه زنان و اتاق معاینه روانپزشکی (در صورت وجود بخش روانپزشکی در بیمارستان) دارد. در بیمارستان‌های تک‌تخصصی اطفال و بیمارستان‌های عمومی که تعداد پذیرش اطفال در بخش اورژانس آن قابل توجه پیش‌بینی شود، باید یک اتاق معاینه اطفال مجزا در این حوزه برنامه‌ریزی شود (به خصوص در اورژانس‌های بالای ۶۰ هزار پذیرش سالیانه). اتاق معاینه ارتوپدی به صورت پیش فرض در اتاق گچ‌گیری در حوزه فوریت تعبیه می‌گردد و در تعداد اتاق معاینه حوزه سرپایی تاثیر ندارد.*	
۳۱	اتاق سرم تراپی	حوزه ی سرپایی	در اورژانس‌های بالای ۱۰ هزار پذیرش سالیانه، برنامه‌ریزی اتاق سرم‌تراپی الزامی است. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه کمتر از ۱۰ هزار نفر فرایندهای سرم‌تراپی در فضاهای حاد ۲ صورت می‌گیرد و لزومی به پیش‌بینی این اتاق در حوزه سرپایی وجود ندارد.	دسترسی آسان و سریع از ورودی حوزه سرپایی به دور از فضاهای پرازدحام و شلوغ دسترسی آسان از اتاق‌های معاینه به خصوص اتاق معاینه عمومی (چند تخصصی) به این فضا	تفکیک تخت‌ها جهت آرامش بیشتر بیماران، حفظ حریم شخصی و کنترل صدا باید با جداکننده‌های سبک صورت پذیرد. لازم است کابین‌های آقایان و خانم‌ها در داخل اتاق، مشخص و تفکیک شود اما جهت حفظ انعطاف‌پذیری در کاربری آن‌ها، باید با حفظ حریم شخصی بیماران امکان استفاده کابین‌های خانم‌ها برای آقایان و بالعکس در زمان‌های خاص میسر باشد.

§§ برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

				در داخل این اتاق به منظور نظارت، کنترل و مدیریت کابین‌ها، باید کانتر یا میز پرستاری به همراه سایر تجهیزات اداری پیش‌بینی شود. ***
۳۲	اتاق پانسمان و تزریقات	حوزه ی سرپایی	تعبیه اتاق پانسمان و تزریقات در تمامی اورژانس‌ها الزامی است. است در تمامی اورژانس‌ها حتی اورژانس‌های کوچک در نظر گرفتن دو اتاق جداگانه و مجزا برای خانم‌ها و آقایان ضروری است.	دسترسی آسان و نزدیک از ورودی حوزه سرپایی دسترسی آسان از اتاق‌های معاینه به خصوص اتاق معاینه عمومی (چند تخصصی)
۳۳	اتاق نوار قلب	حوزه ی سرپایی	در نظر گرفتن اتاق نوار قلب برای تمامی اورژانس‌های بالای ۱۰ هزار پذیرش سالیانه الزامی است.	دسترسی آسان از اتاق‌های معاینه به خصوص اتاق معاینه عمومی (چند تخصصی) در عین دسترسی آسان باید از فضاهای پر ازدحام و شلوغ به دور باشد تا فرآیند انجام نوار قلب در آرامش و با حفظ کامل حریم شخصی بیمار صورت پذیرد.
۳۴	کانتر/کابین کنترل (مدیریت صف)	حوزه ی سرپایی	برای اورژانس‌های بالای ۳۰ هزار پذیرش سالیانه در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بین ۳۰ تا ۶۰ هزار نفر توصیه می‌شود یک کانتر یا کابین کنترل به منظور مدیریت اتاق‌های معاینه و عملیات سرپایی در نظر گرفته شود. پیش‌بینی این کانتر یا کابین در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر الزامی است.	اشراف کامل به ورودی حوزه سرپایی، فضای انتظار آن، اتاق‌های معاینه و اتاق‌های اقدامات سرپایی جهت کنترل و مدیریت آن‌ها
کاملاً مشابه کانتر/کابین اطلاعات				
سایر فضاهای پشتیبانی				

*** برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

+++ برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

	فضای انتظار بیماران سرپایی	فضای انتظار بیماران سرپایی در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بیشتر از ۳۰ هزار نفر پیش‌بینی می‌شود تا افزایش تعداد بیماران سرپایی منجر به ایجاد ازدحام در حوزه مشترک اورژانس نشود. این فضا در عین دسترسی مناسب به ورودی سرپایی و اتاق تریاژ، به اتاق‌های معاینه، اقدامات سرپایی و کانتر/کابین کنترل دسترسی مستقیم و مناسبی داشته باشد.*
	سرویس بهداشتی بیماران سرپایی	در اورژانس‌های بالای ۳۰ هزار پذیرش سالیانه که فضای انتظار برای حوزه سرپایی در نظر گرفته می‌شود، باید سرویس بهداشتی جهت خدمات‌رسانی به حوزه سرپایی در نظر گرفته شود.*
	سرویس بهداشتی معلولین	در اورژانس‌های بالای ۳۰ هزار پذیرش سالیانه که فضای انتظار برای حوزه سرپایی در نظر گرفته می‌شود، باید سرویس بهداشتی معلولین جهت خدمات‌رسانی به حوزه سرپایی در نظر گرفته شود.*
	اتاق نظافت (تی شوی)	به دلیل افزایش وسعت حوزه سرپایی در اورژانس‌های بالای ۶۰ هزار پذیرش سالیانه، تعبیه یک اتاق نظافت جهت خدمات‌رسانی به حوزه سرپایی لازم است. در اورژانس‌های کمتر از ۶۰ هزار پذیرش سالیانه از اتاق نظافت حوزه مشترک برای این حوزه استفاده می‌گردد.*
فضاهای حوزه‌ی تحت نظر		
فضای بستری سطح ۱ و ۲ (تحت نظر ۱ و ۲)	فضاهای درمانی حوزه‌ی تحت نظر	دسترس‌ی مطلوب از فضای حاد ۱ و ۲ و همچنین اتاق‌های عملیات سرپایی در حوزه فوریت همچنین امکان دید از فضاهای تحت‌نظر به فضاهای حوزه فوریت نباید وجود داشته باشد
	در تمامی اورژانس‌های بالای ۱۰ هزار پذیرش سالیانه، برنامه‌ریزی این فضا با تعداد تخت‌های ارائه شده در برنامه فیزیکی الزامی است.	الزامی است طراحی فضای تحت‌نظر ۱ در کشور ما با توجه به شرایط دست کم از نوع دوم " فضای نیمه باز با جداکننده سبک" باشد. همچنین ممکن است در برخی اورژانس‌ها امکان برنامه‌ریزی فضا به روش سوم " اتاق خصوصی" نیز میسر باشد. در اورژانس‌های با پذیرش سالیانه بیشتر از ۱۰ هزار نفر، ۲۵٪ از تعداد تخت‌های قابل شمارش بدون احتساب تخت‌های ایزوله عفونی، ایزوله روانی و اطفال به فضای تحت‌نظر ۱ و ۲۵٪ به فضای تحت‌نظر ۲ اختصاص می‌یابد. اختصاص تعداد تخت‌های یکسان برای حوزه‌های فوریت و تحت‌نظر قابل قبول است. اما در اورژانس‌های با پذیرش بیشتر از ۳۰ هزار نفر، به دلیل افزایش تعداد تخت‌های اطفال و در جهت ارائه خدمات مناسب‌تر، فضای جداگانه با عنوان اتاق بستری و درمان اطفال و نوزادان (بند ۳-۳-۳۸) پیش‌بینی می‌شود.

خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

در صورت پیش‌بینی فضاهای تحت‌نظر ۱ و ۲ در اتاق‌های بزرگ جداگانه، باید برای هر اتاق، کانتربهای پرستاری مستقل پیش‌بینی شود.				
مشابه اتاق ایزوله‌ی عفونی حوزه‌ی حاد ۱ و ۲*			فضاهای درمانی حوزه‌ی تخت‌نظر	اتاق ایزوله‌ی عفونی
سایر فضاهای پشتیبانی				
				فضای پارک تجهیزات نقل و انتقال (برانکار و ویلچر)*
				ایستگاه پرستاری تحت‌نظر ۱ و ۲*
				اتاق دارو و کار تمیز تحت‌نظر ۱ و ۲*
				سرویس بهداشتی تحت‌نظر ۱ و ۲*
				دفتر کار سرپرستار*
				انبار ملحفه و رخت تمیز*
				انبار اقلام مصرفی و تجهیزات پزشکی*

تذکر ۱: خصوصیات فنی مرتبط با تاسیسات مکانیکی، الکتریکی و تجهیزات پزشکی فضاهای مذکور، بر اساس اصول کتاب برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، جلد ششم صورت پذیرد.

تذکر ۲: بیمارستان‌ها برای نوسازی و بهسازی فضای فیزیکی بخش‌های خود مجاز به به‌کارگیری شرکت‌های مشاور هستند. با توجه به امتیاز دهی بخش‌ها در آینده بر اساس معیارها و استانداردهای ارائه شده، پیشنهاد می‌شود از این امکان استفاده شود.

+++ برای اطلاعات در مورد جزئیات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تاسیسات مکانیکی و الکتریکی این فضا، به جلد ششم از مجموعه کتاب‌های "استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، بخش اورژانس" مراجعه شود.

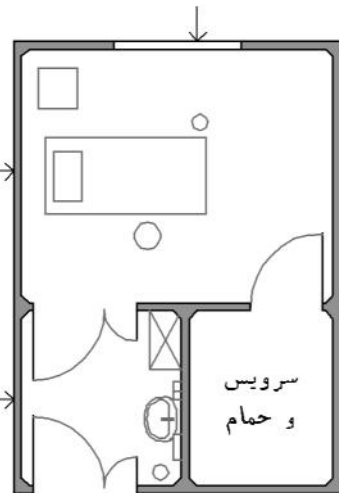
خلاصه‌ی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس

دیگرام‌های پیشنهادی طراحی فضای اتاق ایزوله‌ی عفونی با فشار منفی

پنجره خارجی جهت استفاده از نور طبیعی و منظر

جهت گیری تخت
به منظور استفاده
از منظر خارجی و
کنترل بیماران از
راهرو بخش

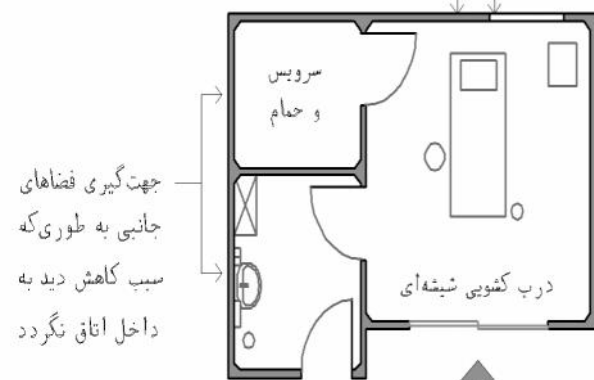
ایجاد فضای واسطه
جهت افزایش حریم
شخصی بیمار



اتاق ایزوله
در بخش‌های بستری

فضای داخل بخش

پنجره خارجی جهت
استفاده از نور طبیعی
جهت گیری تخت به منظور دسترسی و نظارت
مستقیم و بدون واسطه بر بیمار از راهروی بخش



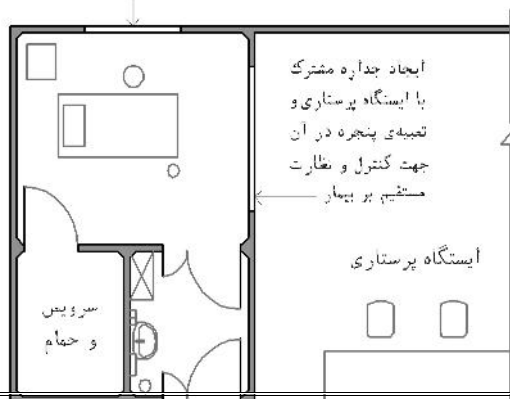
اتاق ایزوله
در بخش‌های ویژه

نظارت و کنترل مستقیم بر بیمار

دسترسی و نظارت غیرمستقیم به اتاق بستری ایزوله

دسترسی و نظارت مستقیم به اتاق بستری ایزوله

پنجره خارجی جهت استفاده از نور طبیعی و منظر



ایجاد جداره مشترک
با ایستگاه پرستاری و
تجهیزی پنجره در آن
جهت کنترل و نظارت
مستقیم بر بیمار

ایستگاه پرستاری

اتاق ایزوله
در بخش‌های ویژه و اورژانس
(راه حل بینابینی)

خلاصہی الزامات، استانداردها و ضوابط فضای فیزیکی بخش اورژانس