

آموزش مفاهیم و استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی (۱)

خرداد ۱۴۰۳

## تعریف اعتباربخشی

اعتباربخشی نوعی ارزشیابی است که هدف اصلی آن ارتقای کیفیت و ایمنی می باشد که بیشتر بر فرآیندها (Process) و پیامدها (Out come) تاکید کرده است و به سمت توانمندسازی می رود.

ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محوریت بیمار و بهبود ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان تأکید دارد.

اعتباربخشی یک همسو کننده و همسان کننده فرایندها است. عنی قسمت های مختلف همه برای یک رسالت واحد فعالیت می کنند. مثل قطب نما مسیر را مشخص می کند و مثل ساعت سرعت را.

“اعتبار بخشی یک فرایند است”

“قادر به محاسبه و ارزیابی نظام مراقبت از سلامت است”

“ماموریت آن ارتقاء کیفیت مراقبت از سلامت در جوامع بین المللی است”

## لزوم اجرای اعتباربخشی

\* اعتباربخشی به منظور ایجاد اعتماد عمومی از وجود و اجرای فرآیندهای مبتنی بر استاندارد و در نظر گرفتن پیامدهای سلامت مورد تأیید است.

\* به عنوان یک ابزار سیستماتیک و هدفمند، جهت تامین ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان و بهبود مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان، مدیران و رهبران نظام سلامت را در عمل به وظایف خطیر خود در حوزه مراقبتی یاری مینماید.

کاهش خطاهای پزشکی وظیفه کلیدی اعتباربخشی بوده و یکی از اجزای جدانشدنی حفظ ایمنی بیمار است و ابزاری برای ارتقاء و کیفیت است.

## فواید اعتبار بخشی

افزایش اعتماد عمومی در مورد اینکه برای سازمان ایمنی و کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت دارد.

آماده کردن فضای امن و نتیجه بخش که رضایت کارکنان را تامین کند.

گوش دادن به بیمار و خویشاوندانش - احترام به حقوق ایشان و شرکت دادن آنها در فرایند مراقبت.

ایجاد فرهنگ یادگیری از گزارشهای به موقع در مورد رویدادهای ناخوشایند و مسائل ایمنی.

ایجاد رهبری مشترک برای تنظیم اولویتها و رهبری مستمر برای کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح

تاریخچه اعتبار بخشی

از دهه ۱۹۵۰ تا اوایل ۱۹۹۰ برنامه های اعتبار بخشی فقط در کشورهای پیشرفته وجود داشت . اما افزایش نیاز به ارتقای

کیفی خدمات بهداشتی - درمانی و آمارهای روبه تزاید خطاهای پزشکی به گسترش چشم گیر آن در سالهای اخیر منجر

شد تا سازمانهای مختلف به این امر گرایش پیدا کنند ، به طوریکه در دهه ۱۹۹۰ در برخی از کشورهای در حال توسعه نیز

اجرا شد. از سال ۱۹۹۸ کمیته مشترک بین المللی JCI به عنوان شاخه ای از کمیته مشترک ایالت متحده به وجود آمد و

ویرایش جدید استانداردها مطابق با ماموریت ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت بیمار در سراسر دنیا بازبینی مجدد گردید .

سال ۲۰۰۴ تقریباً ۶۰ کشور یا اجرا کننده و یا در حال انجام پروسه های ایجاد برنامه های اعتبار بخشی ملی مراقبت سلامت

بودند.

## مدل های اعتبار بخشی

۱- مدل عملکردی FUNCTIONAL

۲- مدل بخشی DEPARTMENTAL

استانداردها در مدل عملکردی شامل دو بخش است:

۱- استانداردهای بیمار محور

۲- استانداردهای مدیریتی

استانداردهای بیمار محور

۱- اهداف بین المللی ایمنی بیمار

۲- دسترسی به مراقبت و تداوم مراقبت

۳- حقوق بیمار و خانواده

۴- ارزیابی بیماران

۵- مراقبت از بیماران

۶- مراقبت جراحی و بیهوشی

۷- استفاده و مدیریت داروئی

۸- آموزش بیمار و خانواده

استانداردهای مدیریتی

۱) ارتقاء کیفیت و ایمنی بیمار ( QPS )

۲) پیشگیری و کنترل عفونت ها

۳) نظارت ورهبری و مدیریت

۴) مدیریت تاسیسات و ایمنی

۵) آموزش در حین خدمت و مهارتهای حرفه ای

۶) مدیریت ارتباطات و اطلاعات

استانداردها در مدل بخشی :

برای بخش های مختلف کلینیکی ، پاراکلینیکی ، پشتیبانی و مدیریتی به صورت مجزا استاندارد نوشته شده است. موضوعات اساسی از جمله بهبود کیفیت ، مستند سازی ، آموزش کارکنان ، جمع آوری و تحلیل داده ها ، خط مشی ها و روش های ارائه خدمت و... در تمام بخش ها مورد تاکید قرار می گیرد. تا زمانی که به یک فرهنگ سازمانی بدل شوند.

ارکان اصلی استانداردهای اعتباربخشی

۱. کیفیت: سازمان را به ارتقاء کیفیت و عملکرد تشویق می نمایند.

۲. ایمنی: بهبود ایمنی بیمار، کارکنان و ملاقات کنندگان

۳. بیمار محوری: متمرکز بر بیمار و گیرنده خدمت و استمرار خدمات مراقبتی

۴. بهره وری: ظرفیت، قابلیت و کارایی سازمان را ارتقاء می دهند.

اعتباربخشی ملی

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در راستای عمل به مأموریت اصلی خود که اعمال نظارت و کنترل جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی ، ایمن و مبتنی بر شواهد علمی روز است ، ضمن سیاست گذاری در راستای اهداف عالی نظام سلامت جایگزینی مدل اعتباربخشی را به جای ارزشیابی مراکز درمانی کشور را در دستور کار خود قرار داده است.

## نگاهی گذرا به آخرین ویرایش استانداردهای اعتبار بخشی پیش بیمارستانی

(مجموع ۱۱ محور با ۵۲ استاندارد و ۲۱۳ سنجه)

محورهای اعتبار بخشی:

- ۱- مدیریت و رهبری (۹ استاندارد)
- ۲- مدیریت خطر و بلایا (۷ استاندارد)
- ۳- پدافند غیرعامل (۴ استاندارد)
- ۴- بهبود کیفیت و ایمنی (۳ استاندارد)
- ۵- مدیریت منابع انسانی (۵ استاندارد)
- ۶- ارتباطات (۴ استاندارد)
- ۷- مدیریت پایگاه (۶ استاندارد)
- ۸- مراقبت های عمومی و درمانی (۳ استاندارد)
- ۹- فناوری اطلاعات سلامت (۴ استاندارد)
- ۱۰- کنترل عفونت و بهداشت محیط (۴ استاندارد)
- ۱۱- گیرنده خدمت (۳ استاندارد)

## مفاهیم عمومی بهبود کیفیت:

برنامه ریزی استراتژیک: فرایند تصمیم گیری درباره اهداف، منابع مورد نیاز برای نیل به اهداف و چگونگی تخصیص منابع سازمان را برنامه ریزی استراتژیک می نامند.

رسالت یا ماموریت: بیانگر فلسفه وجودی سازمان بوده و نشان می دهد که سازمان به چه کاری مشغول بوده و به چه نیازی از محیط کار و جامعه پاسخ می دهد.

دورنما: افق بلند مدت اهداف سازمان است که از آرمانها از لحاظ زمانی کوتاهتر می باشد.

آرمان: آرمانها نقطه مطلوب آرزوهای سازمان می باشد که سازمان با نگاه به آن امیدوارانه در جهت ماموریت خود حرکت می کند.

ارزش: آن چیزی است که سازمان بخاطر حفظ آن حاضر به تحمل هزینه خواهد بود. ارزشها تابع زمان نیستند و اصول اساسی و باورهای پایه ای سازمان می باشند.

نقاط قوت: درزمره فعالیتهای قابل کنترل سازمان قرار می گیرند که سازمان آنها را به شیوه بسیار عالی انجام می دهد که در سایه فعالیت های مدیریتی، بازاریابی، امور مالی، تحقیق و توسعه و سیستم های اطلاعاتی به وجود می آیند.

نقاط ضعف: درزمره فعالیتهای قابل کنترل سازمان قرار می گیرند که سازمان آنها را به شیوه بسیار ضعیف انجام می دهد که در سایه فعالیت های مدیریتی، بازاریابی، امور مالی، تحقیق و توسعه و سیستم های اطلاعاتی به وجود می آیند.

فرصت: رویدادها و روندهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بوم شناسی، محیطی، سیاسی، قانونی، دولتی، فن آوری و رقابتی است که می توانند به میزان زیادی در آینده به سازمان منفعت برسانند که به میزان زیادی خارج از کنترل سازمان است.

تهدید: رویدادها و روندهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بوم شناسی، محیطی، سیاسی، قانونی، دولتی، فن آوری و رقابتی است که می توانند به میزان زیادی در آینده به سازمان زیان برسانند که به میزان زیادی خارج از کنترل سازمان است.

رسالت مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی

ما عهده دار ارتقاء سطح سلامت جامعه با رعایت استانداردهای اعتباربخشی و حاکمیت بالینی از طریق ارائه خدمات با بهره گیری از علم و فن آوری روز می باشیم و خود را در مقابل آحاد مردم و مسئولین پاسخگو می دانیم.

مهارت های رفتاری و ارتباطی

## مهارت های ارتباطی:

مهارت های ارتباطی عبارت است از توانایی برقراری روابط بین فردی با دیگران به نحوی که از نظر جامعه قابل قبول بوده و منطبق بر عرف جامعه باشد. تحقیق و پژوهش های مختلف نشان داده اند هر چه ارتباط های اجتماعی سالم تر و بیشتری داشته باشید، از سلامت جسمی و روانی بالاتری برخوردار خواهید بود. بسیار مهم است که در شروع زندگی بزرگسالی خود با این مهارت ها آشنا شده، آنها را تمرین و تکرار کرده و در صورت نیاز از دیگران و متخصصان مشورت بگیرید. برای آنکه مهارت های اجتماعی بهتری داشته باشید، از اصول زیر استفاده کنید:

• دیگران را دوست داشته باشید و این علاقه و توجه را نشان دهید.

• سعی کنید شنونده فعالی باشید. شنیدن با گوش دادن فرق دارد، چرا که در گوش دادن: به طرف مقابل نگاه می کنید. کار دیگری انجام نمیدهید مثل شماره تلفن گرفتن و با گفتن کلماتی مثل آها، اوهوم. گوینده را تشویق به ادامه صحبت می کنید.

• در ارتباطات، خود را بالا نبرید. افرادی که در ارتباطات خود را بالاتر از دیگران می دانند، معمولاً دچار مشکلات ارتباطی میشوند. ارزشمندی انسان به وجود او بست نه مدرک، ثروت، هوش، زیبایی، مقام و موقعیت اجتماعی و اقتصادی.

• در روابط، خود را پایین نیاورید. همیشه سعی کنید که برای خود ارزش و احترام قائل باشید. دیگران با شما به همان صورت برخورد خواهند کرد که شما در مورد خود صحبت می کنید.

• سعی نکنید خود را سانسور کنید. در ارتباط و روابط خود، سعی کنید بر اساس عقیده، نظر و سلیقه خود صحبت کنید.

• در دوستی های خود، افراط و تفریط نکنید.

• رفتارهای غیر کلامی مناسبی داشته باشید. مردم تمایلی ندارند با افرادی ارتباط برقرار کنند که عبوس و بی اعتنا به دیگرانند.

• به ظاهر و آراستگی خود توجه داشته باشید. هیچ کس دوست ندارد با کسی هم کلام شود که دهانش بوی بدی می دهد و بد لباس است. مرتب، تمیز و آراسته باشید. حمام کردن، کوتاه کردن ناخن ها و نظافت شخصی چیزی است که از عهده یک فرد معمولی برمی آید.

• گاهی نظرات دیگران را نسبت به خود بررسی کنید و در مورد آنها فکر کنید. گاهی از دوستان نزدیک و صمیمی خود و افرادی که آنها را قبول دارید در مورد رفتار و برخوردهای خود سوال کنید.



۱۰ نکته برای افزایش مهارت‌های ارتباطی:

۱. بشنوید ۲. بخوانید ۳. به ارتباط غیرکلامی بها بدهید ۴. بی‌رسید ۵. درک اصول ارتباطی ۶. مذاکره کنید ۷. یادداشت برداری کنید ۸. در جمع صحبت کنید ۹. از کنار بازخورد به آسانی نگذیرید ۱۰. بر کشمکش‌ها پیروز شوید در کشمکش‌ها که بخش جدایی ناپذیر ارتباط متقابل و روابط کاریست، مودب و محکم باشید. در بسیاری اوقات در شرایط قرار می‌گیرید که با دیگران آشنایی ندارید برای آنکه بتوانید ارتباطی را شروع کنید بهتر است از روش‌های زیر استفاده کنید: رو به دیگران داشته باشید. به دیگران نگاه کنید. در صورت تمایل فرد مقابل، صحبتی را شروع کنید. از سوال‌های باز استفاده کنید. تندروی نکنید. از صحبت‌های فرد موضوعی برای ادامه صحبت بیابید. در ارتباط غیرکلامی می‌توان به حالت بدن، حالت چهره، نوع نگاه، حرکات تکانشی، لمس کردن و حتی طرز لباس پوشیدن اشاره کرد. ارتباط غیرکلامی شکل

ناخودآگاه دارد ولی ارتباط کلامی اغلب ذهن هشیار را دربرمی‌گیرد.

انواع ارتباط غیرکلامی:

المس کردن ۲ علامتها و نشانه‌ها ۳ نمایش احساس و عاطفه: حالات چهره ۴ تنظیم‌کننده‌ها: حرکات چشم، سرتکان دادن و انتقال وزن از یک پا به پای دیگر ۵. حالات بدن: دست به سینه شدن، انداختن زانو به روی هم ۶. فراسخن: لحن صدا، بلندی و کوتاهی صدا

عناصر مهم در گوش دادن، توجه کردن و پاسخ دادن پویا به قرار زیر است:

۱. در نقش گوش دهنده ظاهر شوید ۲. تماس چشمی داشته باشید ۳. از گفتن کلماتی که به نوعی تعصب را برساند خودداری کنید ۴. از عبارت کوتاه شده استفاده کنید. آه، آها، راستی ۵. حرف‌های شنیده را در قالب عبارات کوتاه خلاصه و جمع بندی کنید ۶. برای درک بهتر مطالب سوال کنید ۷. رفتار همدلانه به نمایش بگذارید ۸. از بازخورد استفاده کنید. نشانه توجه شنونده این است که عکس العمل نشان دهد ۹. مطالب گفته شده را جمع بندی و خلاصه کنید. حرکات غیر کلامی بدن یا حرکات چهره که نیت واقعی ما را به دیگران انتقال می‌دهند، به عنوان زبان اندام تلقی می‌شوند. آنها علایمی مانند اخم کردن، بالا انداختن شانه و یا حرکتی با دست هستند که متاسفانه گاهی سوء تعبیر هم می‌شوند.

هفت اقدام جهت کنار آمدن با افراد مشکل ساز در محیط کار:

بسیاری از افراد در محیط کار هستند که کنار آمدن با آنها مشکل است. آنها بخشی از کار خود را به دوش شما می اندازند و مشکلاتی را فراهم می کنند به راستی برخورد درست با این افراد چیست؟ ما در محیط کار در زندگی تنها نیستیم و با انسانها در ارتباطیم.

ارتباط ما با همکاران، فرزندان، همسر، پدر و مادر باید بر پایه درستی استوار باشد. اگر شما مشکلاتتان را با دیگران حل نکنید این مشکلات روز به روز حادتر می شود. به عنوان یک کارمند ممکن است اخراج شوید. به عنوان یک کارفرما ممکن است کارمندان خوب خود را از دست بدهید و به عنوان یک همسر ممکن است ازدواج شما دچار بحران شود. راه حلی که اکثر افراد در مقابل مشکلاتشان با

انسانها به آن تن در می دهند تحمل کردن است ولی از آنجایی که هر فرد یک ظرفیت تحمل دارد بعد از مدتی مشکلات بیشتر می شود و شما دچار استرس و اضطراب ناشی از این فشارهای روانی می شوید راه حل درست مواجه نشدن با مشکل و فرار از آن نیست بلکه روبرویی صحیح با مشکلات است. وقتی با مشکلات مواجه می شوید و آنها را حل می کنید احساس شگفت انگیزی خواهید داشت

چرا که از عهده حل مشکلات بر آمده اید و بر ترس خود غلبه کرده اید. البته نیاز به برنامه ریزی دارد و شما باید خود را برای این مسئله از قبل آماده سازید.

۱- تصمیم بگیرید که مشکلاتتان را با آن فرد خودتان به طور مستقیم و بدون دخالت دادن دیگری حل کنید.

۲- قبل از روبرو شدن با فرد مشکل را دقیق بنویسید و هدف خود را نیز برای حل آن مشکل و روبرویی با آن فرد مشخص کنید.

۳- نکات و دلایل مورد نیاز برای اثبات حرفتان را یادداشت نمائید. واقعیت ها و دلایل و شواهدی هست که ممکن است نیاز باشد شما برای آن فرد مطرح کنید قبل از شروع صحبت این مسائل را برای خود روشن سازید.

۴- واکنشها و مخالفتهایی را که انتظار می رود آن فرد در مقابل شما اعمال نماید، یادداشت کنید. یعنی تمام نگرانیهایتان را از نصیحت با آن فرد و یا حتی واکنشهایی که او ممکن است در طول صحبت داشته باشد را بنویسید تا این نگرانی ها در شما کم رنگ تر شود.

۵- یادداشتهای خود را سازماندهی کنید و دلایلی کافی به آن اضافه کنید.

۶- مکان صحبت را در جایی در نظر بگیرید که کسی مزاحم نشود و در فضایی که کاملاً بتوانید خود را کنترل کنید.

۷- صحبت خود را با آن فرد آغاز کنید. در ابتدا مستقیماً به چشمان آن فرد نگاه کنید، مشکل اصلی را که شما در صد حل آن هستید را برای او کاملاً شرح دهید، به صحبت‌های او به طور کامل گوش کنید و مطمئن شوید که منظور شما را خوب فهمیده است، روی نکات اساسی مورد نظرتان تأکید کنید، اگر او در مقابل شما واکنش‌هایی نشان داد راه حل‌هایی را که قبلاً در مورد واکنش‌های او در نظر گرفته اید اعمال کنید، صحبت‌های خود را ادامه دهید و به صحبت‌های او به طور کامل گوش کنید، تسلیم نشوید آنقدر مکالمه را ادامه دهید و در جهت درست آن را رهبری کنید تا به اهداف از پیش تعیین شده خود برسید. هر چقدر بیشتر بتوانید افراد مشکل ساز را آرام کنید در این کار ماهر تر می شوید و زمان لازم برای مکالمه شما با آنها کاهش می یابد. زمانی که در رام کردن افراد مهارت پیدا کنید افراد احترام بیشتری برای شما قائل می شوند و شما را شجاع و با صداقت خواهند دانست و به این ترتیب دوستان شما بیشتر می شوند، دشمنان شما با شما دوست می شوند و همکاران و کارمندان شما فعال تر خواهند شد.

#### پیامدهای ناتوانی در ایجاد ارتباطات موثر در محیط کار

اگر کسی نتواند ارتباط مناسبی برقرار نماید چه اتفاقی خواهد افتاد ممکن است بروز موارد زیر ممکن است محتمل بنظر برسد: از دست دادن کار، عدم ایجاد تفاهم و عصبی شدن در طی روز، احساس بی علاقه‌گی نسبت به محیط کار، بی‌خوابی، فروکش کردن شور و اشتیاق، کاهش اعتماد به نفس، کاهش در میزان تولید و کارایی و ایجاد خطا در کار، احساس ناکامی و خصومت، تبدیل شدن به پرسنل افسرده، کاهش خلاقیت، رشد افکار منفی، روحیه ضعیف، تأثیر منفی روی سایر کارکنان، ایجاد تنش و استرس با کوچکترین مشکل.

## مروری بر بیوتروریسم و اهمیت آن در اورژانس پیش بیمارستانی

بیوتروریسم عبارت است از کاربرد تهدیدآمیز مواد بیولوژیکی برای ایجاد مرگ و میر و یا خسارت و ایجاد و انتشار ترس و وحشت در یک فرد، یا گروه خاص یا یک جمعیت، و یا حتی حیوانات برای مقاصد سیاسی، ایدئولوژیکی، اقتصادی و یا حتی انگیزه های شخصی. طیف زیادی از عوامل بیولوژیک شامل باکتریها، ویروسها، سایر توکسین ها با منشأ میکروبیها، گیاهان و حیوانات است. محتملترین راه انتقال، اسپری استنشاقی آئروسولها با قطر ۱ تا ۵ میکرون است. سایر راهها شامل راه خوراکی (آلودگی غذا، منابع آب) ناقلین حشرات آلوده (ککها) انتقال انسان به انسان (ورود انسان آلوده و تماس نزدیک با مردم) پست کردن بسته حاوی عوامل عفونی.

جدای از برخی خصوصیات در رویکرد بیشتر به بیوتروریسم باید مقایسه با استفاده از مواد هسته ای یا شیمیایی به لحاظ تهیه و ... شود. باید به موارد تفاوت بین اتفاقات بیولوژیکی با شیمیایی و هسته ای اشاره شود (نکته ای که اهمیت بیوتروریسم را افزایش می دهد، امکان استفاده از عواملی است که می توانند ایجاد پاندمی کنند. پاندمی یک همه گیری بسیار بزرگ است که حداقل دو قاره را تحت تأثیر قرار دهد. پاندمی دارای شش فاز است (به جدول شش فازی اشاره شود) در هر پاندمی امواج همه گیری متعدد با فواصل ۸-۶ هفته می تواند رخ دهد. عواملی مانند سارس، طاعون، آنفولانزا، تاکنون توانسته اند پاندمی ایجاد کنند.

در بحرانهای بیماریهای عفونی مانند طاعون ریوی، آبله، تبهای خونریزی دهنده ویروسی، سارس، آنفولانزای پاندمیک، روشهای کنترل عفونت برای جلوگیری از پیشرفت همه گیری، جلوگیری از ابتلا افراد بیشتر و کاهش مرگ و میر ضرورت دارد.

خیلی از عوامل بیوتروریسم از انسان به انسان قابل انتقال نیستند و اغلب بیماریهای عفونی نوپدید و بازپدید می توانند همه گیری ایجاد کنند.

سه اقدام اساسی اورژانس پیش بیمارستانی در بیوتروریسم جداسازی، وسایل حفاظت فردی، بهداشت دست:

علاوه بر مداخلات دارویی درمان، پیشگیری و واکسیناسیون، سه اقدام اصلی کنترل عفونت در طی بحران بیماریهای عفونی جداسازی، استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت بهداشت دست است.

رعایت بهداشت دست یک اصل مهم در دوره همه گیرها است. در شروع یک بحران عفونی زمانی که عامل شناسایی نشده یا راه انتقال به خوبی مشخص نشده است، توصیه به انجام اقدامات پیشگیرانه بر اساس علائم و نشانه های بیماری مراقبت علامتی/سندرمی است. ابتلا کارکنان می تواند سبب کاهش نیروی عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی شود. <sup>WHO</sup> توصیه میکند که مسئولین برای حدود ۴۰٪ غیبت از کار کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی در طی پاندمی ها برنامه ریزی کنند.

### دستورالعمل پیشگیرانه از حوادث ترافیکی آمبولانس ها

امروزه حوادث از جمله مشکلات عمده سلامت عمومی بوده که جوامع گوناگون با آن دست و پنجه نرم می کنند و کنترل و پیشگیری از آسیب ها هم دیر زمانی نیست که در زمره اهم برنامه های سلامت عمومی قرار گرفته است. حوادث تهدید کننده سلامت انسان ها به ویژه در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه رو به افزایش است و این خطر به شکل مرگ، معلولیت و بار عظیم مالی جلوه گر می شود.

بررسی های مختلف در زمینه پیشگیری از بروز حوادث نشان می دهد که بخشی از برنامه های آمادگی برای مقابله با سوانح و حوادث، برخورداری از دانش کافی درباره علل وقوع حوادث و راه های برخورد با آنها است.

آگاهی و دانش از نتایج وقوع حوادث تلخ باید منجر به عکس العمل مناسب در جهت حذف زمینه بروز آنها گردد. اگر نسبت به پیشگیری از حوادث احتمالی آینده اقدامی صورت نگیرد و حوادثی که خسارت مادی و جسمانی ناچیز بر جای گذاشته، بی اهمیت تلقی شود، در هنگام بروز مجدد همان حادثه، خسارت های جسمی و مادی وسیع تری به بار می آید، لذا ضروری است بلافاصله حتی بعد از هر حادثه کوچک، پیرامون علت و ابعاد آن، توجه کافی نموده و در جهت ارایه راه حل و پیشگیری از بروز آن، تلاش لازم صورت گیرد.

به طور کلی ۴ محور اساسی در پیشگیری و مراقبت از حوادث مورد توجه قرار می گیرند:

۱- ایجاد فرهنگ ایمنی در جامعه مربوطه

۲- رعایت استانداردهای فنی، بهداشتی و نکات ایمنی

۳- الزام به رعایت قوانین و مقررات بهداشتی، ایمنی

۴- آموزش برای پیشگیری از سوانح و حوادث

در این بین سیستم اورژانس پیش بیمارستانی به عنوان بخشی از سیستم جامع تأمین خدمات سلامتی، با ارائه خدمات فوریتهای پزشکی در خارج از بیمارستان و همچنین انتقال بیماران و مصدومین حوادث به مراکز درمانی،

نقش مهمی را در خدمات سلامت ایفا می کند.

این سیستم با هدف ارائه خدمات درمانی فوری به بیماران و مصدومین ارائه خدمت می نماید. پیشگیری از بروز ناتوانی ها، انتقال صحیح و سریع بیماران و مصدومین توسط پرسنل آموزش دیده به مرکز درمانی نیز از جمله وظایف مهم این سیستم محسوب می شود.

سیستم فوریت‌های پزشکی مشتمل بر پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی، مرکز ارتباطات، انواع آمبولانس های اورژانس، دارو و تجهیزات و مهم تر از آن منابع انسانی که تحت عنوان سرمایه های انسانی می باشد تعریف می گردد.

متأسفانه در چند سال گذشته بدلیل بروز حوادث ترافیکی، این سازمان شاهد آسیب به کارکنان و ناوگان عملیاتی بوده است که اگرچه در شمار اندک اما به لحاظ ارزش وجودی، آسیب جبران ناپذیری را به مهمترین سرمایه های سازمان وارد نموده است. با توجه به مطالعات صورت پذیرفته بر روی حوادث اخیر، بخشی از این حوادث قابل پیشگیری بوده و با انجام کارشناسی مستمر و دقیق، می توان از بروز بخش قابل توجهی از این حوادث جلوگیری نمود.

طبق بررسی های کارشناسی صورت پذیرفته، مهمترین عوامل خطر در بروز اینگونه موارد به شرح زیر می باشد:

۱- شیفت های طولانی و متوالی

۲- شیفت های شلوغ

۳ سن پایین تکنسین راننده

۴- نوع رابطه استخدامی

۵- نوع گواهینامه رانندگی

۶- عدم آشنایی با مسیر در جاده های مواصلاتی

از آنجایی که تولیت امر سلامت آحاد مختلف جامعه به استناد قوانین برنامه پنج ساله کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار گردیده است لذا این سازمان به اقتضای رسالت سازمانی خود در صدد است تا از طریق مداخلات پیشگیرانه مشارکت محور در ارتباط با شایع ترین علت مرگ که همانا سوانح می باشد با رویکرد آموزش و با تأکید بر عوامل قابل پیشگیری در حوادث ترافیکی، گامی مهم در جهت ارتقا و اعتلای سلامت کارکنان سازمانی برداشته شود.

لذا با توجه به اهمیت و ضرورت حفظ سلامت نیروهای عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و جلوگیری از بروز آسیب ها و صدمات به آنان در زمان بروز حوادث ترافیکی آمبولانس ها و همچنین حفظ و نگهداری ناوگان آمبولانسی اورژانس ۱۱۵

جهت ارائه خدمات استاندارد به مددجویان، دستورالعمل پیشگیرانه حوادث ترافیکی آمبولانس در دو محور اصلی تدوین گردید که برای تمامی مراکز اورژانس دانشگاهها/تهران لازم الاجرا می باشد.

الف- مجموعه اقدامات قبل از رخداد حوادث ترافیکی

ب- مجموعه اقدامات پس از رخداد حوادث ترافیکی

### الف-مجموعه اقدامات قبل از رخداد حوادث ترافیکی:

این اقدامات در حوزه نیروی انسانی، آمبولانس و سایر موارد قابل تقسیم می باشد.

#### ۱-اقدامات در حوزه نیروی انسانی عملیاتی اورژانس:

۱-۱- جذب و بکارگیری نیروی های عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی واجد گواهینامه رانندگی متناسب با ناوگان عملیاتی(موتورلانس، اتوبوس آمبولانس و آمبولانس زمینی)

۱-۲- برنامه ریزی جهت آموزش رانندگی تدافعی با صدور گواهینامه ( طی یک سال آتی در قالب سیاست های معاونت محترم آموزش سازمان برای تمامی کارکنان عملیاتی لازم الاجرا خواهد بود).

۱-۳- خودداری از بکار گیری پرسنل با سابقه عملیاتی کمتر از ۲ سال در مسیر های مواصلاتی بین شهری و روستایی(ترجیحاً در این پایگاه ها از نیروهای بومی استفاده شود).

۱-۴- طراحی شیفت بندی پرسنل بر مبنای آشنا بودن یکی از پرسنل آمبولانس به محدوده عملیاتی و مسیرهای مواصلاتی با توجه به اهمیت آشنایی با مسیر و جاده ها

۱-۵- آموزش نحوه پارک عملیاتی آمبولانس در حوادث ترافیکی به پرسنل و نظارت بر حسن اجرای دقیق آن

۱-۶- آموزش بدو ورود در خصوص دانش، مهارت بالینی، فرایندهای عملیاتی و مهارت های رانندگی به پرسنل عملیاتی

۱-۷- در نظر گرفتن سوابق رانندگی نیروهای عملیاتی با خودروهای شخصی در زمان بدو ورود به اورژانس(طبق استعلام از بیمه و پلیس راهور)

۱-۸- خودداری از برنامه کاری به صورت شیفت های طولانی و متوالی

۱-۹- برنامه ریزی کوتاه مدت برای پوشش پایگاه های شلوغ(بیش از ۴ مأموریت در پایگاه جاده ای غیر برخوردار، ۶

مأموریت در پایگاه های جاده ای برخوردار، ۹ مأموریت در پایگاه های شهری در شبانه روز)با راه اندازی پایگاه ضمن اخذ

مجوز راه اندازی پایگاه ها از سازمان اورژانس کشور؛ همچنین ادامه توسعه پایگاه ها در بلند مدت می بایست طبق مصوبات برنامه آمایش سرزمینی مصوب کشوری انجام گردد.

۱-۱۰- بهره مندی از توان پرسنل عملیاتی شاغل در ستاد به صورت حضور در شیفت های عملیاتی در ساعات غیر اداری در زمان اوج مأموریت ها (ترجیحاً ۱۶ الی ۲۲) با استقرار کد عملیاتی نزدیک پایگاه های با حجم بالای مأموریت و یا میادین و محدوده های پر مأموریت

۱-۱۱- رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی حین عملیات

۱-۱۲- بستن کمر بند ایمنی جهت تمام سرنشینان آمبولانس اعم از سرنشینان جلو و کابین بیمار (بجز در زمان خاص که انجام خدمت بالینی ضرورت باز کردن کمر بند را ایجاد نماید) و ابلاغ آن به تمامی پرسنل عملیاتی ( نظارت تکنسین ارشد هر آمبولانس بر این موضوع و تأکید بر عدم اجازه حرکت آمبولانس بدون بستن کمر بند ایمنی)

۱-۱۳- عدم استفاده از تلفن همراه/گوشی نرم افزار عملیاتی ۱۱۵ حین رانندگی

۱-۱۴- رعایت حداکثر سرعت مجاز و مطمئن در مسیر رفت و برگشت (پرسنل صرفاً در صورت اعلام مرکز ارتباطات مبنی بر ۳۳-۱۰ بودن عملیات یا ۹۹-۱۰ بودن بیمار، مجاز به افزایش سرعت تا حداکثر ۲۰ درصد سرعت مجاز می باشند . ضروری است در شرایط خاص بویژه شرایط جاده (پیچ و ...) و مشکلات جوی، سرعت مطمئنه در هر شرایطی رعایت گردد).

۱-۱۵- تأمین امکانات رفاهی و ورزشی برای کارکنان عملیاتی در پایگاه ها

۱-۱۶- اجرای برنامه پایش مستمر سلامت جسمانی و روان پرسنل توسط مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه ها

۱-۱۷- الزامی بودن به همراه داشتن مدارک ( گواهینامه رانندگی راننده، بیمه نامه آمبولانس) در زمان انجام مأموریت

## ۲- اقدامات در حوزه نقلیه و آمبولانس ها:

۲-۱- استفاده مراکز اورژانس پیش بیمارستانی صرفاً از آمبولانس های استاندارد در انجام عملیات های اورژانس پیش

بیمارستانی

۲-۲- اخذ معاینه فنی از مراکز معاینه فنی برای تمامی آمبولانس ها

۲-۳- نظارت فنی بر ناوگان عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و انجام به موقع امورات بیمه ای و خودداری از بکارگیری و

تردد آمبولانس دارای اختلال فنی و یا نقص بیمه ای توسط مراکز اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه ها



۲-۴- بررسی روزانه امکانات مربوط به ایمنی آمبولانس ها (کمر بند ایمنی، چراغ ها، ایربگ و ...) توسط مسوول شیفت و اقدامات برای رفع نواقص و اطلاع به مسوول پایگاه

۲-۵- بکارگیری خودروهای آمبولانس تحویل شده به مراکز به ویژه آمبولانس های دو دیفرانسیل با توجه به شرایط منطقه  
۲-۶- انجام برنامه بازدید های فنی و دوره ای توسط مسوولین نقلیه مراکز از آمبولانس های فعال و پشتیبان پایگاه ها  
و ثبت و پیگیری نواقص احتمالی به فوریت

۲-۷- ارائه تجربیات حوادث ترافیکی آمبولانس ها بعنوان درس آموخته برای نیروهای عملیاتی

### ۳- سایر اقدامات:

۳-۱- حضور تمام وقت اداری روسای مراکز و معاونین در محل خدمت

۳-۲- تأکید بر پارک نمودن تمامی آمبولانس ها بصورت عملیاتی و نظارت بر آن

۳-۳- بررسی و نظارت بر وضعیت عملکرد تریاژ تلفنی و خودداری از اخذ مأموریت های غیر ضروری

۳-۴- بررسی وضعیت انتقال های بین مراکز درمانی و جلوگیری از انتقال بین مراکز، توسط آمبولانس های ۱۱۵ (در موارد خاص انتقال بین مراکز صرفاً با مجوز EOC دانشگاه در موارد انتقال بین دانشگاهی با مجوز EOC وزارت بهداشت انجام گردد).

۳-۵- برنامه ریزی لازم نسبت به تکمیل و راه اندازی سامانه عملیاتی اورژانس ۱۱۵ و سامانه مدیریت آمبولانس (AMC) تا پایان سال

۳-۶- بررسی فرم مأموریت (فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی) و نظارت بر رعایت فرایندهای لازم، ثبت دقیق و پایش مستمر آنها به صورت روزانه توسط مسوول پایگاه ها

۳-۷- نظارت دقیق بر عملکرد تمامی پایگاههای اورژانس پیش بیمارستانی حوزه سرزمینی در تمامی شهرستانها و شبکه های بهداشتی تابعه

۳-۸- بازدید های مستمر توسط اورژانس، پلیس راهور و راهداری از مسیرهای تردد تحت پوشش مراکز به منظور احصاء نقاط حادثه خیز و همچنین فاقد علائم اخباری راه و پیگیری جهت رفع آنها

۳-۹- انجام هماهنگی های لازم با فرماندهی محترم پلیس راهور آن حوزه، در خصوص حضور در صحنه حوادث ترافیکی به عنوان مسوول مدیریت صحنه عملیات حوادث ترافیکی (در صورت عدم تأمین امنیت صحنه، مراتب در کمیسیون ایمنی راه های استان مطرح و رفع مشکل پیگیری جدی گردد).

### **ب: اقدامات پس از رخداد حادثه:**

مجموعه این اقدامات در حوزه مراکز اورژانس پیش بیمارستانی تعریف می گردد که شامل موارد زیر می باشد:

۱- حاضر شدن بلافاصله رئیس محترم اورژانس دانشگاه /رییس محترم شبکه یا مدیر جانشین اورژانس در صحنه حادثه در صورت بروز حوادث شدید آمبولانسی و ارائه گزارش فوری مربوطه به EOC وزارت متبوع و ثبت موارد در پورتال سازمان (آمبولانس های آسیب دیده)

۲- حضور در صحنه و بررسی میدانی توسط رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه مربوطه در موارد منجر به آسیب جدی پرسنل و ارائه گزارش فوری مربوطه به EOC وزارت متبوع و ثبت موارد در پورتال سازمان (آمبولانس های آسیب دیده)

۳- ارزیابی دقیق تمامی حوادث شدید منجر به آسیب دیدگی پرسنل، بیماران و یا آمبولانس در کمیته حوادث آمبولانس با مسوولیت رئیس اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه مربوطه و نماینده سازمان و ارائه گزارش کتبی به سازمان اورژانس کشور

۴- انجام حداکثر حمایت درمانی و عاطفی از پرسنل آسیب دیده و خانواده محترم ایشان در حوادث منجر به جرح

۵- احصا، تعیین سهم قصور و پیگیری موضوعات مرتبط با پلیس، راهداری، شهرداری و ... در صورت بروز هرگونه

حادثه برای کارکنان عملیاتی اورژانس

۶- بازدید منظم تمامی پایگاه ها توسط رییس محترم اورژانس (در دانشکده های تیپ ۳ هر ماه یکبار، در دانشگاه

ها/دانشکده های تیپ ۲ هر سه ماه یکبار و در دانشگاه های تیپ یک هر چهار ماه یکبار)

۷- بازدید منظم تمامی پایگاه های ۱۱۵ توسط معاون محترم اورژانس /رییس محترم شبکه (هر ماه) و روسای پایگاه ها

(پایگاههای شهری و جاده ای برخوردار یکروز در میان، پایگاههای جاده ای غیر برخوردار (دو بار در هفته) جهت بررسی

مشکلات و موانع و اطمینان از اجرای دستورالعمل

۸- نصب نامه و متن دستورالعمل پیشگیرانه از حوادث ترافیکی آمبولانس ها بر روی تابلوی اعلانات تمامی پایگاه های

اورژانس پیش بیمارستانی

۹- جایگزینی آمبولانس استاندارد در پایگاه مربوطه و بازسازی فوری آمبولانس آسیب دیده—

### دستورالعمل دارو و تجهیزات اورژانس پیش بیمارستانی (آمبولانس)

تعاریف:

دارو و تجهیزات آمبولانس: ۱۱۵

این دارو و تجهیزات در دو دسته کلی دارو و تجهیزات پزشکی و تجهیزات غیر پزشکی تقسیم بندی می گردد.

۱- دارو و تجهیزات پزشکی:

به کلیه وسایل، تجهیزات، ابزار، لوازم و داروهای گفته می شود که به منظور تشخیص، درمان و کاهش آسیب و تسکین بیماری ها استفاده می گردد و شامل موارد زیر می باشد:

-دارو و تجهیزات کابین بیمار: شامل دارو و تجهیزاتی می باشد که در کابین عقب (بیمار) به منظور اهداف درمانی، تسکینی و کاهش آسیب بیمار قرار می گیرد.

-جامبگ دارویی CPR: شامل دارو و تجهیزات تشخیصی، درمانی و نیز وسایل احیا می باشد.

-کیف رزرو: شامل دارو و تجهیزاتی است که در یک کیف زیپ دار در کابین عقب قرار می گیرد، این دارو و تجهیزات در شرایط خاص اضافه بر دارو و تجهیزات موجود در جامبگ، مورد نیاز هستند.

-کیف زایمان: شامل دارو و تجهیزاتی می باشد کهنه به منظور انجام فرایند زایمان استفاده می گردد. این بسته می بایست به نحوی پیش بینی گردد که قابلیت بازبینی تجهیزات و وسایل درون آن در بازدید های دوره ای برای تکنسین امکان ذیل باشد بدین منظور کیف زیپ دار پیشنهاد می گردد.

-کیف تریاژ: شامل وسایل و ابزارهای مورد نیاز جهت اولویت بندی و تعیین تکلیف (تریاز) بیماران حوادث پرتلفات و بحران بوده که به صورت پکی یا بسته ای می باشد.

-کیف دپو پانسمن: شامل وسایل و لوازمی است که جهت حفاظت بافت، پرکردن فضا، جلوگیری از خونریزی یا پانسمن استفاده می شود.

-کیف CBRNE : شامل دارو و تجهیزاتی می باشد که در حوادث شیمیایی، بیولوژیکی، پرتویی، هسته ای و انفجاری اضافه بر دارو و تجهیزات موجود در جامبگ مورد نیاز هستند. کیف CBRNE به ازای هر ۲۰ پایگاه یک عدد و حداقل ۱ عدد برای هر دانشگاه / دانشکده در نظر گرفته شود. در مناطقی که در سطح یک حاشه پدافند غیرعامل هستند ۱۰ درصد آمبولانس ها می باید با بسته CBRNE تجهیز گردند.

-تجهیزات حفاظت فردی : شامل وسایل و تجهیزاتی است که جهت جلوگیری از انتقال بیماری بین بیماران و پرسنل درمانی به کار برده می شود.

-دارو و تجهیزات پایگاه (استوک): شامل داروها و تجهیزات مصرفی و غیر مصرفی جهت پشتیبانی عملیات کدهای عملیاتی همان پایگاه، طی مدت یک هفته می باشد

نکته ۱: دارو و تجهیزات پایگاه در پایگاه شهری و جاده ای جهت پشتیبانی از عملیات قرار دارد و کلیه تکنسین های ارشد هر شیفت می بایست به آن دسترسی داشته باشند تا در صورت مصرف دارو و تجهیزات آمبولانس پس از بازگشت از فوریت، آمبولانس و جامبگ مجدداً تجهیز گردند.

نکته ۲: وظیفه تجهیز، نگهداری و جایگزینی دارو و تجهیزات پایگاه به عهده مسئول پایگاه می باشد.

نکته ۳: داروها می بایست در دمای ۱۵ تا ۳۰ درجه سانتی گراد نگهداری شوند (بغیر از داروهای یخچالی) و ۳ ماه قبل از اتمام تاریخ مصرف، تعویض گردند تا در محل های پرمصرف استفاده گردد.

نکته ۴: تعداد اقلام و داروهای لیست دارو و تجهیزات پایگاه به ازای یک آمبولانس می باشد و می بایست به ازای هر آمبولانس جدید، به همین تعداد اضافه گردد.

نکته ۵: در صورت مصرف زیاد هریک از داروها می بایست پیش بینی لازم جهت تجهیز دارو و تجهیزات پایگاه انجام گردد.

## ۲- تجهیزات غیر پزشکی :

به کلیه وسایل، تجهیزات، ابزار و لوازمی گفته می شود که تسهیل کننده فرآیندهای غیر درمانی بوده که شامل لوازم ارتباطی، یدکی، ایمنی خودرو و نیز لوازم مربوط به رهاسازی سبک Light Extrication بیمار بوده و شامل موارد ذیل می باشد:

-تجهیزات و ملزومات فنی و ایمنی :شامل تجهیزات و وسایلی می باشد که جهت رفع نقایص فنی خودرو، رهاسازی و حفظ تکنسین در شرایط سخت مثل سرما و گرما و ...استفاده می گردد.

-تجهیزات آشکار سازی و مدیریت ترافیک : شامل تجهیزات و وسایلی می باشد که جهت آشکار سازی در شب و روز و همچنین ایجاد ایمنی آمبولانس و تیم پزشکی در مقابل خودروهای عبوری کاربرد دارد.

-تجهیزات کابین جلو: وسایلی می باشد که در کابین جلو به منظور اهداف ارتباطی، هشدار، حفاظت فردی و بهبود تسهیل فرآیندهای عملیات و درمان کاربرد دارد.

تعاریف دیگر:

### **دارو و تجهیزات ضروری:**

تمامی دارو و تجهیزاتی که وجود آن در آمبولانس الزامی بوده و در ویرایش های محلی قابل حذف نمی باشد.

### **دارو و تجهیزات ترجیحی:**

شامل دارو و تجهیزاتی می باشد که انواع مختلفی دارد و وجود حداقل یک نوع آن ضروری بوده اما بکارگیری یک نوع آن ارجح می باشد مانند : اسپلینت که ۳ نوع چسبی، بادی و وکیوم دارد و نوع یکبار مصرف رادیولوسنت آن ارجح می باشد.

### **دارو و تجهیزات اختیاری:**

شامل دارو و تجهیزاتی می باشد که وجود آن در آمبولانس الزامی نبوده و براساس شرایط محلی و طبق نظر مسئولین منطقه در مورد قرارگیری یا عدم قرارگیری آن در آمبولانس تصمیم گیری خواهد شد.

### **دارو و تجهیزات افزوده:**

دارو یا تجهیزاتی می باشد که در این دستورالعمل به آن اشاره ای نشده است ولی بنا به ضرورت های محلی و دانشگاهی و طبق نظر مسئولین اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه به جامبگ افزوده شده است. این تصمیمات باید پس از اخذ موافقت سازمان اجرایی گردد.

### **جامبگ:**

کیفی است که محتوی دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بر بالین بیمار ( شامل دارو و تجهیزات احیا) می باشد. این کیف می بایست بر اساس طرح مصوب سازمان اورژانس کشور با ویژگی های زیر باشد:

سبک، نشکن، قابل شستشو، حداکثر دارای وزن ۱۰ کیلوگرم (با احتساب دارو و تجهیزات)، امکان جا به جایی توسط دسته یا آویز کردن بر شانه باشد. همچنین تمامی وسایل در گروه های زیر قابل رویت باشد مانند: داروها، وسایل پانسمان، احیا، تزریقات، معاینه و حفاظت فردی.

توجه:

قب از ورود هر نوع دارو یا تجهیزات جدید به آمبولانس می بایست آموزش لازم به تمامی پرسنل داده شود و دستورالعمل مربوطه به پایگاه ها ابلاغ گردد.

### منشور حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

۱-۱- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات بر پایه صداقت، دانش روز و فارغ از هرگونه تبعیض باشد.

۱-۲- مبتنی بر برتری منافع بیمار و در سریعترین زمان ممکن باشد.

۱-۳- توجه ویژه ای به حقوق کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

۱-۴- در مراقبت های ضروری و فوریت (کد ۲۴۷، کد ۷۲۴، بیماران با شرایط بحرانی و ...) لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به مرکز درمانی مناسب (مطابق ضوابط و مقررات) فراهم گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱- نام و مسئولیت تیم اعزامی اورژانس پیش بیمارستانی توسط مسئولین ارائه مراقبت به بیمار اعلام گردد.

۲-۲- اطلاعات روش های تشخیصی، درمانی، عوارض احتمالی آن برای بیمار بصورت شفاف و قابل فهم ارائه گردد.

۲-۳- کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد.

۳-۲- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۴-۱- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

۴-۲- در کلیه مراحل مراقبت درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود.

۴-۳- فقط بیمار، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۴-۴- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت و از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شود.

## ایمنی بیمار

مقدمه:

اولین و مهمترین الزام آسیب نرساندن به بیماران است.

تعاریف:

**ایمنی Safety**: فقدان وجود هرگونه صدمه و آسیب اتفاقی

**خطا Error**: عدم توفیق در تکمیل و انجام هر گونه کار و یا فعالیت بر طبق برنامه پیش بینی شده .

**رویداد ناگوار Adverse event**: صدمه مرتبط به سیردرمان مغایر با عوارض ناشی از بیماری

**نزدیک به خطا Near-miss**: اشتباه یا رویداد ناگواری که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق نا خواسته را دارد اما به علت شانس و یا توقف جریان روی نداده است.

**رویداد ناخواسته**: یک واقعه غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک و یا خطر وقوع آن اگرچه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.

۹ راه حل ایمنی بیمار:

مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت به شرح ذیل می باشد :

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

شناسایی بیمار

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

کنترل غلظت محلول های الکتروولیت

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

استفاده یکبارمصرف از وسایل تزریقات

بهبود بهداشت دست

استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار:

۱- مرکز درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.

۲- مرکز دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند.

۳- مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند.

۴- افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند.

۵- مرکز به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های مربوطه بررسی می کند.

۶- وسایل و لوازم ضروری در آمبولانس در دسترس ، آماده و کالیبر می باشد.

۷- مرکز برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.

۸- پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند.

۹- گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.

۱۰- مرکز نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد.

ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا، وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی متخصصین مراقبت سلامت است.



## مدیریت خطر

**مدیریت خطر:** فعالیت های بالینی و اجرایی انجام یافته برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر صدمه به بیماران، کارکنان و مراجعه کنندگان و نیز خطر زیان به خودسازمان.

**مخاطره:** هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود

**ریسک:** احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب.

**شدت:** نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال، و یا دیگر موارد مضرى که می تواند اتفاق بیفتد.

۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک:

۱- زمینه سازی

۲- شناسایی ریسک

۳- تحلیل ریسک

۴- ارزیابی ریسک

۵- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک

۶- بررسی و نظارت مداوم

۷- ارتباطات موثر و مشاوره

**RCA:** یکی از ابزارهای مهم در مدیریت خطر می باشد.

**(RCA):** تجزیه و تحلیل علت ریشه ای حوادث

روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند.

"Near misses" همچنین می تواند در تحلیل رویداد های نزدیک بود که مورد استفاده قرار گیرد

اهداف تجزیه و تحلیل علت ریشه ای:

• به منظور آگاهی از اینکه:

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود

گزارش دهی خطا

گزارش دهی خطا در این مرکز به دو شکل انجام می گیرد:

۱- فرم کاغذی: فرم خطا که در صندوق ایمنی بیمار یا تحویل کارشناس ایمنی بیمار داده شود

۲- بصورت الکترونیکی که در قسمت دسترسی سریع سایت.

**نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته بدون ترس از سرزنش و تنبیه**

اهداف

تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی

افزایش گزارش دهی خطا با رفع موانع گزارش خطا

تعاریف :

منظور از خطاها قصور در ارائه خدمات / مراقبت سلامت که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته برای بیمار می شود، می باشد.

۱- تیم مدیریت اجرایی سیستم گزارش دهی خطاها را به چند روش تدوین می نماید

امکان برقراری تماس تلفنی جهت گزارش خطا به واحد ارزیابی و نظارت در ساعات اداری

امکان گزارش دهی از طریق سیستم مجازی

تهیه فرم های تسهیل شده گزارش خطا

۲- تیم مدیریت اجرایی امکانات و ملزومات گزارش دهی را فراهم می نماید

در دسترس بودن انواع فرم ها و آگاهی پرسنل از آنها

آگاهی پرسنل از سیستم های مجازی و تلفنی

۳- نحوه شناسایی موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی

مسئولین واحد ها / سرپرستان مراکز باید با توجه به آمار گزارش دهی خطاهای واحد خود، موانع گزارش دهی خطا ها را

شناسایی و به صورت کتبی به واحد ارزیابی و نظارت تحویل دهند .

واحد ارزیابی و نظارت نتایج موانع گزارش دهی خطاها را در کمیته بهبود کیفیت مطرح می نماید  
اعضای کمیته بهبود کیفیت با توجه به نتایج موانع شناسایی شده در گزارش دهی خطاها، اقدامات اصلاحی و برنامه های  
عملیاتی تدوین می نمایند.

واحد ارزیابی و نظارت تمامی اقدامات اصلاحی/ برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد ها و مراکز مرتبط قرار می دهد.  
مسئولین واحد ها / سرپرستان باید تمامی برنامه های رفع موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی تدوین شده را اجرا نماید

### **راهکار های رفع موانع گزارش دهی**

مسئولین واحد ها / سرپرستان باید کلیه کارکنان را با طرق مختلف و امکانات گزارش دهی خطاها آشنا کنند.  
واحد ارزیابی و نظارت باید نمونه های خطاهای که باید توسط کارکنان گزارش شود را جهت آشنایی کارکنان با خطاهای  
قابل گزارش در اختیار واحدها و مراکز قرار دهد.

کمیته بهبود کیفیت باید به افرادی که بیشترین آمار گزارش دهی خطاها را در واحد خود دارند را تشویق نمایند.

### **نحوه جمع آوری گزارش خطاهای پزشکی**

کارکنان باید گزارش خطا را در فرم های کاغذی موجود در واحد ها/مراکز بدون درج نام خود ثبت نمایند و فرم تکمیل  
شده را در صندوق های تجربیات بخش بیاندازند یا بروش های دیگر (تلفنی و مجازی) به اطلاع واحد ارزیابی و نظارت ارائه  
نمایند.

نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فرد گزارش دهنده و خطاکار تدوین شده را اجرا نماید

### **راهکار های رفع موانع گزارش دهی**

مسئولین واحدها/مراکز با نصب صندوق های جمع آوری فرم های گزارش خطاها امکان جایگاه مناسب و محرمانه را جهت  
کارکنان فراهم آورد.

تیم مدیریت اجرایی و واحد ارزیابی و نظارت در بازدید های مدیریتی در واحد ها / مراکز باید به کارکنان اصل محرمانگی  
مشخصات فرد گزارش دهنده یا خطاکار را اطمینان دهد.

کارکنانی که نمی خواهند مسئول واحد خودشان نیز از فرم گزارش خطا آگاه شوند، می توانند مستقیماً فرم را به واحد  
ارزیابی و نظارت تحویل دهند یا از طریق تلفن و مجازی به واحد ارزیابی و نظارت اطلاع رسانی نمایند.

کارکنان حق دارند به هنگام گزارش دهی نام خود را در فرم مربوطه قید ننمایند.

## فرایندهای پرخطر مرکز

امروزه یکی از دغدغه‌های بزرگ مدیران در مراکز تامین کننده خدمات سلامت ، مخاطراتی است که در زمان اجرای برنامه‌های درمانی

بیماران را تهدید نموده و ممکن است عوارض غیرقابل جبرانی را ایجاد نماید. در این راستا شناسایی این مخاطرات در هر مرحله از فرایند

درمان یک گام اساسی جهت کنترل و کاهش این عوارض می باشد. لذا آگاهی کلیه اعضاء کادر درمان از این لیست و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه می تواند به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا در زمان انجام فرایندهای پرخطر به حساب آید.

لیست فرآیندهای پرخطر	اقدامات پیشگیرانه
طولانی شدن زمان تریاژ تلفنی	نظارت ارشد شیفت تریاژ تلفنی - ارزیابی آنلاین توسط QC
طولانی شدن زمان ماندگاری آمبولانس در محل	نظارت آنلاین و آفلاین بر ماموریت ها بویژه کد ۷۲۴ ، ۲۴۷ و تروما (۸۰۰ و QC)
بروز بالقوه خطای دارودهی (تجویز داروی اشتباه، دوز اشتباه، ...)	اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس YRight
	اجرای صحیح فرآیند دبل چک در دارو های پرخطر
	شناسایی داروهای مشابه با شکل، تلفظ و نوشتار مشابه در پایگاه ها
	جداسازی و برجسب گذاری داروهای پرخطر از انبار پایگاه ها و حساس سازی کارشناسان و تکنسین ها به لیبل های مربوطه
	آموزش پرسنل عملیاتی در خصوص عوارض، مداخلات و آنتی دوت ها
عدم مراقبت صحیح از کانتورها و اتصالات	در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم
	تحویل کامل اتصالات در زمان تحویل بیمار در بیمارستان و ثبت جزئیات در گزارش آسایار
مرگ یا ناتوانی جدی مادر باردار	آموزش کارشناسان مراکز پیام و پایگاه ها در شناسایی مادران باردار پرخطر بویژه کارکنان جدیدالورود
	اطمینان از توانمندی کارشناسان شاغل در مراکز پیام و پایگاه ها با مراقبتهای مورد نیاز برای مادران باردار بویژه مادر باردار پرخطر
	مشاوره آنلاین کارشناسان فوریت در تمام ماموریت های اعزامی مادر باردار با پزشک مرکز ارتباطات
	کنترل مداوم پارامترهای فیزیولوژیک مادران باردار بویژه پرخطر (جهت رد مخاطراتی مانند پره اکلامپسی و اکلامپسی و...)
	کنترل مداوم علائم حیاتی و بررسی علائم زودرس خونریزی در بیماران بویژه مادران باردار ترومایی
نوزادان	رعایت نکات ایمنی در هنگام نقل و انتقال نوزاد جهت پیشگیری از سقوط
	محافظت از نوزاد در زمان تعویض ملحفه ، پوشک و یا لباس
	پیش بینی اصول پیشگیرانه در هر زایمان در خصوص خطرات احتمالی برای نوزاد(کلمپ بندناف، پیشگیری از هایپوترمی و هایپوکسی، ثبت نمره آپکار و...)
	اطمینان از مهارت کارشناسان فوریت های پزشکی در خصوص پیشگیری از تروما به نوزاد حین زایمان
کودکان، شیرخواران	رعایت نکات ایمنی در هنگام نقل و انتقال شیرخوار/کودک جهت پیشگیری از سقوط
	محافظت از شیرخوار/کودک در زمان تعویض ملحفه ، پوشک و یا لباس
	اطمینان از مهارت کارشناسان فوریت های پزشکی در خصوص پیشگیری از آسیب در صحنه تروما در زمان ثابت سازی ( تثبیت ستون فقرات ، مدیریت راه هوایی و ...)

ایمن و دور نمودن اجسام تیز، برنده، شیشه ای از دسترس بیمار در صحنه ماموریت و کابین آمبولانس در بیمار مستعد خودکشی و فراخوان پلیس جهت حضور در صحنه در صورت لزوم	بیماران رفتارهای پرخطر اجتماعی
اطلاع رسانی سریع موضوع به مرکز ارتباطات/پیام و پزشک مشاور بعد از شناسایی علائم قطعی/احتمالی اقدام به خودکشی بیمار	
ارائه توضیحات لازم در خصوص فرآیند درمان به بیمار / خانواده توسط پزشک مشاور/کارشناس فوریت	
اجرای دستورالعمل نقل و انتقال ایمن	سقوط از برانکارد/لانگ بک بورد/اسکوپ/چیر حین جابجایی
کنترل عملکرد ایمنی نرده کنار برانکارد در زمان تعویض شیفت و بالابودن آن در زمان جابجایی بیمار	
شناسایی بیماران آسیب پذیر و نظارت مستمر در زمان جابجایی توسط هر دو کارشناس فوریت(مادران باردار، کودکان، سالمندان بخصوص همراه با اختلالات حرکتی، شنوایی، بینایی، هوشیاری، معتادان و بیماران با رفتارهای پرخطر اجتماعی و...)	
شناسایی پروسیجرهای پرخطر (تثبیت ستون فقرات، مدیریت راه هوایی، نیدل دکمپرشن و...)	شناسایی پروسیجرهای پرخطر
اطمینان از مهارت کافی در کارکنان در انجام پروسیجر بصورت استاندارد و شناسایی عوارض مرتبط	
آموزش کارکنان جدیدالورود و در نظر گرفتن آموزش مدون برای همه کارکنان	
آموزش نیروهای جدید الورد در خصوص استفاده از تجهیزات الکتروشوک و ملاحظات خاص در زمان شوک دادن	سوختگی ناشی از شوک سینکرونایز و آسینکرونایز
در نظر گرفتن برنامه آموزشی مدون برای همه کارکنان عملیاتی و پایش مستمر جهت اطمینان از توانمندی ایشان	
رعایت اصول رانندگی تدافعی توسط کارکنان عملیات	واژگونی آمبولانس
نظارت بر روند اجرای صحیح کالیبراسیون تجهیزات پزشکی توسط مسئول واحد تجهیزات پزشکی و سرپرستان پایگاه ها	عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی

### حفظ حریم و پوشش گیرنده خدمت

حریم: حریم شخصی بیمار به عنوان یک نیاز تلقی میشود به عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در بیمار می گردد.

روش اجرایی :

✓ کارکنان فوریت های پزشکی در زمان رسیدن به صحنه ماموریت در راستای حفظ حریم خصوصی ، قبل از ورود به اتاق بیمار کسب اجازه می نمایند.

- ✓ کارکنان فوریت های پزشکی در صورت امکان، از تجمع غیرضروری افراد هنگام ارزیابی ها و مداخلات ممانعت به عمل آورد.
- ✓ کارکنان فوریت های پزشکی در تمام مراحل ارزیابی، درمان و جابجایی حضور یک فرد معتمد یا محرم از طرف بیمار را رعایت می نمایند.
- ✓ کارکنان فوریت های پزشکی در صورت عدم مغایرت با ضرورت های پزشکی، اجازه همراهی را به یکی از والدین کودک در تمام مراحل ارزیابی و درمان می دهند.
- ✓ کارکنان فوریت های پزشکی باید از اقداماتی مانند معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سؤالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود خودداری نمایند.
- ✓ کارکنان فوریت های پزشکی در تمام مراحل ارزیابی و درمان و جابجایی، پوشش مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در حین انجام فعالیت نیاز به مداخله ندارد، را پوشش می دهند.
- ✓ در صورت انجام پروسیجرهای اورژانسی حیاتی مطابق دستور پزشک مشاور (ECG، مانیتورینگ قلب، پانسمان و کنترل خونریزی نواحی خاص، صورت تعویض لباس بیمار و...) از پرده یا ملحفه های یکبار مصرف جهت حفظ حریم خصوصی بیمار استفاده می نماید و یک نفر محرم / معتمد بیمار بنا به درخواست وی یا در صورت امکان کارکنان فنی همجنس داشته باشد.
- ✓ مسئولین واحد ها و سرپرستان مراکز در بازدیدها و راندهای خود به این مسئله توجه کرده و نسبت به رفع موانع موجود در جهت حفظ حریم خصوصی اقدام نمایند.

### **حفاظت از اموال گیرنده خدمت**

روش اجرایی :

- ✓ اگر بیمار/مصدوم شرایط انتقال به مرکز درمانی را داشته باشد، در صورت وجود همراه بیمار مسئولیت مراقبت از اموال بیمار به عهده ایشان می باشد.
- ✓ اگر بیمار/مصدوم شرایط انتقال به مرکز درمانی را داشته باشد، در صورت عدم وجود همراه بیمار، اگر ایشان هوشیار و آگاه باشد عهده دار مراقبت از اموال خود می باشد و به محض ورود به مرکز درمانی مراتب تحویل پلیس/نگهبان مستقر در اورژانس بیمارستان شده و صورتجلسه می گردد.

✓ اگر بیمار/مصدوم دارای کاهش هوشیاری بوده و همراه نیز ندارد، در صورت حضور پلیس/نگهبان اموال بیمار تحویل پلیس شده و صورتجلسه می گردد و در صورت عدم حضور پلیس با توجه به اولویت حفظ سلامتی بیماران، انتقال بیمار به مرکز درمانی صورت می گیرد و به محض ورود به مرکز درمانی، مراتب تحویل پلیس/نگهبان مستقر در بیمارستان شده و صورتجلسه می گردد.

✓ کارکنان عملیاتی موظف به ثبت مستندات ات و وقایع یاد شده از جمله تاریخ، ساعت، محل تحویل، نام فرد تحویل گیرنده، مشخصات اقلام باارزش رویت شده در فرم PCR بوده تا در زمان ضرورت از حقوق بیمار دفاع گردد.

✓ در مواردیکه با تشخیص کارکنان عملیاتی حضور پلیس جهت تحویل اموال بیمار/مصدوم ضرورت داشته و حسب حال بیمار امکان حضور بیشتر در صحنه ممکن نباشد، واحد دیسپچ پس از اطلاع موظف به پیگیری و اعلام به عوامل انتظامی می باشد.

### داروهای پرخطر

فهرست ۱۲ قلم داروی هشداربالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی رعایت اصول ۷Right با نظارت مستقیم هر دو پرسنل عملیاتی (هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، بیمار صحیح، مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار و مراقبین بیمار در ارتباط با دستور دارویی) الزامی می باشد.

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	اپی نفرین	۷	هپارین سدیم
۲	آتروپین	۸	رتپلاز
۳	لیدوکائین	۹	پروپرانولول
۴	سولفات منیزیم	۱۰	هیپرسالین
۵	گلوکونات کلسیم	۱۱	بیکربنات سدیم
۶	هالوپریدول وریدی	۱۲	کلراید پتاسیم



## کدینگ های عملیاتی مرکز اورژانس پیش بیمارستانی

موقعیت از نظر مکانی	۱۰-۲۰	با احتیاط عمل کنید	۱۰-۰
تماس تلفنی	۱۰-۲۱	صوت دریافت نمیشود	۱۰-۱
موضوع منتفی ست	۱۰-۲۲	صوت دریافت میشود	۱۰-۲
علائم حیاتی بیمار را ثبت و اعلام نمائید	۱۰-۲۳	مکالمه تمام	۱۰-۳
اتمام ماموریت	۱۰-۲۴	شنیدم-بله	۱۰-۴
در..... شما را ملاقات خواهیم کرد	۱۰-۲۵	پیام را برای..... رله نمائید	۱۰-۵
بیمار بستری شد	۱۰-۲۶	ترافیک مکالمه	۱۰-۶
قطع احیا	۱۰-۲۷	آمبولانس خراب است	۱۰-۷
در آمبولانس احیاء نکنید	۱۰-۲۸	در پایگاه مربوط مستقر شدم	۱۰-۸
درمان سرپایی	۱۰-۲۹	مکالمه مفهوم نیست	۱۰-۹
تصادف جزئی	۱۰-۳۰	آماده انجام ماموریت	۱۰-۱۰
تصادف کلی	۱۰-۳۱	آیا صدا مفهوم است	۱۰-۱۱
انتقال قبل از رسیدن آمبولانس	۱۰-۳۲	چند لحظه صبر فرمائید	۱۰-۱۲
فوری و سریع حرکت کنید	۱۰-۳۳	وضعیت جاده از لحاظ ترافیک	۱۰-۱۳
بیمار الکل مصرف کرده است	۱۰-۳۴	متشکرم	۱۰-۱۴
فوت بیمار	۱۰-۳۵	بیمه نیروهای مسلح	۱۰-۱۵
ساعت را بیان کنید	۱۰-۳۶	بیمه مستقیم	۱۰-۱۶
وضع هوا از نظر جوی	۱۰-۳۷	بیمه غیر مستقیم	۱۰-۱۷

استقرار	۱۰-۳۸	بیمه ندارد	۱۰-۱۸
در محل حادثه مستقر هستیم	۱۰-۳۹	لغو ماموریت	۱۰-۱۹
اعزام به بیمه جهت خسارت	۱۰-۶۱	ماموریت آهسته و بدون آزیرانجام شود	۱۰-۴۰

آیا پیام دریافت شد؟ پاسخ دهید	۱۰-۶۲	شروع ماموریت	۱۰-۴۱
آدرس را اعلام نمایید	۱۰-۶۳	بیمار روانی ست	۱۰-۴۲
کیلومتر آمبولانس	۱۰-۶۴	تیر اندازی در محل حادثه	۱۰-۴۳
ارتوپدی نیاز است	۱۰-۶۵	ضرب جرح در محل حادثه	۱۰-۴۴
اورولوژی نیاز است	۱۰-۶۶	در منزل بیمار مستقر شدیم	۱۰-۴۵
پزشک اعصاب و روان نیاز است	۱۰-۶۷	تصادف آمبولانس با عابر	۱۰-۴۶
اطلاعات بیشتری نیاز است	۱۰-۶۸	اعزام آتشنشانی	۱۰-۴۷
بیمه خویش فرما	۱۰-۶۹	خفگی در آب	۱۰-۴۸
وضعیت قرمز	۱۰-۷۰	حمله قلبی	۱۰-۴۹
وضعیت عادی	۱۰-۷۱	مشاوره با پزشک	۱۰-۵۰
مسئول پذیرش صحبت نماید	۱۰-۷۲	اعزام آمبولانس اضافی	۱۰-۵۱
خیر	۱۰-۷۴	کوتاه کردن مکالمه	۱۰-۵۲
سوختگیری آمبولانس	۱۰-۷۵	اعزام به تعمیرگاه	۱۰-۵۳
وضع مالی بیمار	۱۰-۸۵	بیمار حامله است	۱۰-۵۴
وضع مالی بیمار خوب است	۱۰-۹۰	اعمال خلاف عفت عمومی رخ داده است	۱۰-۵۵
وضع مالی بیمار خوب نیست	۱۰-۹۵	بیمار به ICU نیاز دارد	۱۰-۵۶
عازم محل مورد نظر	۱۰-۹۶	خودکشی	۱۰-۵۷
رسیدن به محل مورد نظر	۱۰-۹۷	مسمومیت	۱۰-۵۸

حال بیمار وخیم است	۱۰-۹۹	آمبولانس باید اسکورت شود- پلیس خبر کنید	۱۰-۵۹
شرایط بد جوی	کد ۵۰۰	پلیس را خبر کنید	۱۰-۶۰
امداد هوایی	۱۰-۳۵۰	اغتشاشات	کد ۴۵۰

## علائم قطعی مرگ

### ۱- جمود نعشی ( RIGOR MORTIS )

به معنای سفتی عضلات می باشد که چند ساعت پس از مرگ رخ می دهد. در این حالت عضلات بدن منقبض شده و در این حالت باقی می ماند. ابتدا عضلات انگشتان، گردن و فک منقبض می شوند و به تدریج عضلات اندامها و لگن نیز منقبض می شوند.

### ۲- آسیبهای شدید :

متلاشی شدن اعضای بدن که با ادامه حیات بیمار ناسازگاری دارند.

این موارد شامل :

- تجزیه و فساد بافتهای بدن (فساد نعشی) ( DECOMPOSITION )

- جدا شدن سر ( DECAPITATION )

- سوختن و خاکستر شدن بدن ( INCINERATION )

۳- آسیب های مغایر حیات

## پروتکل تشخیص بالینی مرگ



## دستورالعمل نحوه صحیح گزارش و ثبت وضعیت بیمار یا مصدوم

به منظور ارتباط با پزشک مرکز و ارائه گزارش وضعیت بیمار و دریافت دستورات درمانی لازم، بایستی یک گزارش دقیق و سازماندهی شده توسط تکنسین فوریت‌های پزشکی از طریق تلفن یا بی‌سیم ارائه شود.

گزارش وضعیت بیمار باید از یک الگوی استاندارد و صحیح تبعیت کند. بطور معمول گزارش وضعیت بیمار در پیش بیمارستان شامل ۸ عنصر می‌باشد.

پارامترهای گزارش بیمار به پزشک مشاور:

- اعلام کد آمبولانس و معرفی خود

- سن، جنس و وزن تقریبی بیمار (برای دستورات دارویی در صورت لزوم به خصوص در کودکان و شیرخواران)

- توصیف صحنه حادثه یا تصادف و مکانیسم آسیب در موارد تروما

- شکایت اصلی بیمار و بیان شدت درد بیمار از ۰ تا ۱۰ و علائم همراه آن

- خلاصه‌ای از شرح حال بیماری و تاریخچه قبلی پزشکی بیمار

- گزارش مختصری از یافته‌های بالینی و ذکر دقیق علائم حیاتی بیمار

-خلاصه ای از اقدامات صورت گرفته و پاسخ بیمار به آنها

-سایر اطلاعات مهم مربوط به بیمار

گزارش شفاهی بیمار به بیمارستان تحویل گیرنده:

پس از رسیدن بیمار به بیمارستان تکنسین فوریت های پزشکی باید علاوه بر ثبت گزارش مأموریت در گوشی اتوماسیون گزارش

مختصری از وضعیت بیمار را به پزشک یا پرستار مسئول در واحد تریاژ ارائه دهد. اجزای شش گانه این گزارش عبارتند از:

-سن و جنس بیمار، شکایت اصلی، ماهیت بیماری یا مکانیسم آسیب

-خلاصه ای از اطلاعات و تاریخچه قبلی پزشکی بیمار

-بیان هر گونه شرح حال حائز اهمیت و یافته های بالینی مهم

-واکنش بیمار نسبت به اقدامات درمانی انجام شده

-علائم حیاتی ارزیابی شده بیمار

-سایر اطلاعات مهم و ضروری

-به منظور ثبت سازماندهی شده داده ها در گوشی اتوماسیون و داشتن یک الگو در ثبت اطلاعات و یا گزارش آنها به پزشک بهتر است از قالب زیر استفاده شود.

در مورد نحوه بررسی درد از یادآور OPQRST نیز میتوان استفاده کرد.

( Onset: زمان شروع درد )

( Provokes/Palliative: عوامل تحریک کننده یا تسکین دهنده درد )

( Quality/Quantity: کیفیت و کمیت درد )

( Region/Radiates: ناحیه درد و محل انتشار آن )

( Severity: شدت درد )

( Time: مدت زمان بروز درد )

در مورد اخذ تاریخچه پزشکی بیمار Medical History نیز از یادآور SAMPLER می توان استفاده کرد.

( Signs & Symptoms: نشانه ها و علائم )

( Allergies: حساسیت )

( Medications داروهای مصرفی )

( Pertinent past history تاریخچه پزشکی قبلی وابسته )

( Last oral intake آخرین وعده غذایی )

( Events leading to illness or injury حوادثی که منجر به بیماری یا آسیب شده است )

( Risk factor خطراتی که منجر به حادثه / بیماری شده یا خواهد شد )

### دستورالعمل نحوه بکارگیری دستگاه AED

دستگاه الکتروشوک خارجی خودکار Automated external defibrillator به منظور استفاده در شرایط ایست ناگهانی قلبی و با هدف انجام دفیبریلاسیون سریع برای ریتم های قابل شوک دادن فیبریلاسیون بطنی VF و افزایش ضربان بطنی بدون نبض Pulseless VT برای افزایش میزان بقای بیماران از سال ۱۹۹۰ بعد از تصویب قانون دسترسی عمومی به دفیبریلاتور PAD به طور وسیعی در ایالات متحده و کشورهای پیشرفته در اماکن عمومی، نقاط شلوغ و پر رفت و آمد مورد استفاده قرار گرفت. در آمبولانس های BLS نیز انواع مختلف این دستگاه برای استفاده تکنسین های اورژانس در موارد احیای قلبی ریوی در برخورد با بیماران ایست قلبی سالهاست مورد استفاده قرار می گیرد. نحوه عملکرد این دستگاه نیمه خودکار به گونه ای است که پس از روشن شدن دستگاه با احیاگر شروع به صحبت کرده و مرحله به مرحله او را راهنمایی می کند. و پس از اتصال پدهای آن به بیمار ریتم قلبی بیمار آنالیز شده و دستگاه توصیه لازم را در مورد اعمال شوک و یا عدم نیاز به شوک اعلام می کند.

نکته: به منظور توالی انجام مراحل CPR و زمان صحیح بکارگیری این دستگاه در فرایند احیا بایستی به موارد آموزشی احیا قلبی- ریوی مراجعه نمایید.

### نحوه کار با دستگاه: AED

ابتدا دستگاه را روشن کنید. دستگاه شروع به صحبت کردن می کند و به شما می گوید الکترودها را وصل کنید شما باید پدهای درمانی را در محل Sternum و Apex طبق شکل بچسبانید. بعد از چسباندن پدهای درمانی و لمس نکردن بیمار دستگاه ریتم قلبی بیمار را آنالیز می کند. اگر دستگاه شوک را توصیه نکند عملیات احیا را انجام دهید و اگر شوک را توصیه کند از بیمار فاصله بگیرید به بقیه افراد نیز توصیه کنید فاصله بگیرند. با فشردن دکمه شوک، شوک تخلیه می شود بلافاصله احیا قلبی ریوی را بصورت ۵ - سیکل ۳۰ به ۲ و ۳۰ بار فشردن قفسه سینه و ۲ بار تنفس و در صورت انتوبه بودن بیمار ۲ دقیقه فشردن قفسه سینه بطور مداوم و دادن تنفس بصورت ۱۰ بار در دقیقه انجام دهید و سپس بیمار را آنالیز کنید.

### کد ۲۴۷

از سال ۱۴۰۱ طرح ۲۴۷ جهت نجات بیماران سکته قلبی در اورژانس مازندران راه اندازی شد. بدین معنی که آمبولانس و تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی، متخصص قلب که در بیمارستان فاطمه زهرا ساری مستقر است و بخش کت لب

بیمارستان آماده خدمات رسانی به بیماران سکته قلبی بصورت ۲۴ ساعته در ۷ روز هفته می باشند. با این طرح در محل ماموریت از بیمار با دستگاه تله کاردیولوژی نوار قلب ۱۲ لیدی توسط تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی گرفته می شود و پس از تشخیص سکته قلبی توسط متخصص قلب مستقر در مرکز قلب بعد از انجام اقدامات درمانی اولیه بیمار فوراً توسط آمبولانس به بیمارستان منتقل و بطور مستقیم تحویل بخش کت لب داده می شود و در بخش کت لب آنژیوپلاستی اولیه صورت می گیرد و بدین صورت در کمترین زمان ممکن عروق قلبی مسدود شده باز می شود.

### گرفتن نوار قلب ۱۲ لیدی:

از بیمارانی که دارای علائم بالینی قلبی ( درد قفسه سینه و یا درد فشارنده قفسه سینه و انتشار آن، تنگی نفس، تعریق سرد، تهوع و استفراغ، درد اپیگاستر و ...) هستند یا شک به مورد قلبی داشته باشیم نوار قلب می گیریم. برای گرفتن نوار قلب ۱۲ لیدی نیاز به کابل مانیتورینگ ۱۰ سیمی داریم کابل را با سوکت سبز رنگ به دستگاه وصل می کنیم سر هر سیم یک چست لید وصل می کنیم از این ۱۰ چست لید ۶ تا را به سینه و ۴ تا را به اندام های بیمار می چسبانیم. سوکت وایرهای سینه ای که به رنگ سفید هستند و از C۱ تا C۶ شماره گذاری شده اند به ترتیب زیر به سینه بیمار وصل میشوند:

۱-C۱ فضای چهارم بین دنده ای در لبه راست استرنوم

۲-C۲ فضای چهارم بین دنده ای در لبه چپ استرنوم

۴-C۴ فضای پنجم بین دنده ای در راستای میدکلاویکول

۳-C۳ حد وسط بین C۳ و C۴

۵-C۵ همسطح C۴ در راستای خط قدامی آگزیلاری

۶-C۶ همسطح C۵ در راستای میدآگزیلاری

سوکت وایرهای اندامی ۴ تا هستند که قرمز به چست لید دست راست، زرد به چست لید دست چپ، سبز به چست لید پای چپ و سیاه به چست لید پای راست وصل می شود.

### بیمار ۱۰ - ۹۹

بیمار با شرایط ناپایدار و بحرانی تلقی شده و دارای اورژانسهای تهدید کننده حیات و یا نارسایی عملکرد ارگانهای حیاتی بوده و بایستی در اسرع وقت به نزدیک ترین مرکز درمانی رسانده شود. این بیماران در اثر بروز بیماری ناگهانی یا جراحی و آسیب در یکی یا بیشتر از سیستم حیاتی بدن عملکرد غیر طبیعی داشته در این شرایط به سرعت بدتر هم می شود. بنابراین این بیماران به منظور اصلاح شرایط و وضعیت ناپایدار نیاز به مداخلات سریع درمانی و ارائه مراقبتهای پزشکی اورژانسی فوری دارند.

### دستورالعمل مربوط به بیمار ۱۰ - ۹۹ در اورژانس پیش بیمارستانی

به طور کلی بیمار ۱۰ - ۹۹ بیمار با شرایط ناپایدار و بحرانی تلقی شده و دارای اورژانسهای تهدید کننده حیات و یا نارسایی عملکرد ارگانهای حیاتی بوده و بایستی در اسرع وقت به نزدیک ترین مرکز درمانی رسانده شود. این بیماران در اثر بروز بیماری ناگهانی یا جراحی و آسیب در یکی یا بیشتر از سیستم حیاتی بدن عملکرد غیر طبیعی داشته در این شرایط به سرعت بدتر هم می شود. بنابراین این بیماران به منظور اصلاح شرایط و وضعیت ناپایدار نیاز به مداخلات سریع درمانی و ارائه مراقبتهای پزشکی اورژانسی فوری دارند.

این موارد شامل:

✚ ایست قلبی تنفسی

✚ دیسترس ریتم های شدید و کشنده قلبی که به درمانهای مرسوم پاسخ نمی دهند مانند افزایش ضربان بطنی ناپایدار

✚ کاهش فشار خون شدید (کاهش فشار خون پایین تر از ۸۰ میلیمتر جیوه) همراه با تغییر وضعیت هوشیاری ناگهانی و یا شوک غیر قابل اصلاح و یا شواهد کاهش خورسانی به ارگانهای بدن (تعریق سرد، درد سینه، افت هوشیاری و)...

✚ بیمار همراه با برادیکاردی که اختلال همودینامیک داشته و نیاز به ضربان ساز دارد

✚ افرادی که علیرغم مداخلات درمانی و دارویی در پیش بیمارستان دیسترس تنفسی شدید و غیر قابل اصلاح داشته و دچار هیپوکسی همراه باسیانوز شده اند.

✚ انسداد و یا اختلال در راه هوایی که نیاز به برقراری راه هوایی پیشرفته دارد

✚ بیمار با ترومای متعدد که یکی از شرایط بالا را هم داشته باشد

✚ اختلالات نورولوژیک پیشرونده غیر قابل کنترل

✚ سوختگی شدید همراه با اختلال راه هوایی یا شواهد سوختگی دهان و مجاری هوایی

✚ زایمان قریب الوقوع

✚ بیمار تحت عملیات احیا قلبی ریوی در حین انتقال به بیمارستان

✚ بعد از برگشت جریان خون طبیعی و خودبخودی بیمار به دنبال عملیات حیا قلبی ریوی در صحنه

نکته:

در نهایت قضاوت علمی شما تکنسین ها شرط اصلی برای انتقال بیمار به اولین مرکز درمانی است که باید در صورت امکان با مشاوره با پزشک ۵۰-۱۰ این تصمیم گرفته شود.

دستورالعمل ماموریت و اعزام آمبولانس



## ۱- دریافت ماموریت یا تایید دریافت ماموریت توسط تکنسین پایگاه:

به محض دریافت فرم به گوشی تکنسین، هشدار صوتی دریافت ماموریت جدید به تکنسین اعلام می شود.

-یادآوری: بعد از رسیدن ماموریت به گوشی تکنسین، رنگ ماموریت در نرم افزار ۸۰۰ زرد می شود و در صورت باز کردن آن توسط تکنسین رنگ ماموریت در نرم افزار ۸۰۰ به سبز تغییر رنگ می دهد.

-تذکر مهم: اگر به هر دلیل مانند قطعی اینترنت یا مناطق بدون آنتن و ...، ماموریت به گوشی نرسد، فرم در نرم افزار ۸۰۰ قمرز مانده که در این صورت ۸۰۰ نسبت به ابلاغ ماموریت با تلفن/بی سیم اقدام خواهد کرد و کارشناس فوریت های پزشکی محترم موظف است در صورت عدم موفقیت در به روزرسانی و عدم مشاهده پرونده ماموریت تمام مراحل جهت ثبت زمان ها را تا زمان رفع مشکل نرم افزار از طریق تلفن/بی سیم اعلام نماید.

## ۲- حرکت از پایگاه (۹۶-۱۰):

-بعد از دریافت و مشاهده ماموریت، و آماده شدن همکاران، تکنسین های محترم باید بدون اتلاف وقت زمان ۱۰ - ۹۶ را از پنل GPS آمبولانس (در صورت نداشتن از ویجت گوشی) درج نمایند.

-به محض دریافت ماموریت در گوشی ها واحد عملیاتی موظف به اعزام فوری خواهد بود و حداکثر ظرف ۹۰ ثانیه از پایگاه به سمت محل ماموریت حرکت کرده باشند، لذا در صورت نزدیک شدن به این زمان و یا تاخیر در اعزام، همکاران دیسپچ باید پیگیری نمایند.

## ۳- حرکت به سمت محل مددجو:

- تکنسین های پایگاه بعد از ثبت زمان در آسایار به سمت آدرس داده شده حرکت می کنند.

- در مسیر حرکت موارد ترافیک باید توسط همکاران در نرم افزار و نیز از طریق تلفن/بی سیم اعلام شود.

- کد ۶۳-۱۰ در مواقعی که آدرس برای همکاران کد به طور کامل مفهوم نمی باشد ضمن ۱۰ - ۹۶ جهت پیگیری آدرس توسط همکاران مرکز پیام از طریق گوشی کد اعلام می گردد.

## ۴- رسیدن به محل فوریت ۱۰ - ۹۷ (صحنه)

منظور از ۱۰ - ۹۷ رسیدن کامل تیم تکنسین بر بالین بیمار و مشاهده وی است. اما اگر به آدرس رسیده اند اما مددجو را مشاهده نمی کنند باید ۱۰ - ۱۲ را اعلام و ثبت کنند

استفاده از ۱۰ - ۱۲ در این حالت به این منظور است که همکاران به مورد اشاره رسیده اند اما به هر دلیل مددجو یا همراه رویت نمی شون. با زدن ۱۰ - ۱۲ اپراتور ۸۰۰ را مطلع کنند. در این زمان اپراتور ۸۰۰ موظف است با رصد GPS آمبولانس یا موقعیت گوشی از رسیدن آمبولانس به محل آدرس اعلام شده اطمینان حاصل کند.

در صورت رسیدن بر بالین مددجو، همکاران ۱۰ - ۹۷ را از طریق پنل GPS یا ویجت گوشی (widget) انتخاب می کنند و سپس نسبت به انجام اقدامات فوریت های پزشکی مبادرت می کنند.

۵- حرکت به سمت بیمارستان ۱۰ - ۹۶ بعد از اتمام اقدامات فوریت‌های پزشکی در صحنه، ابتدا زمان ۹۶-۱۰۰ از طریق سامانه آسایار/ پنل GPS آمبولانس درج شود.

انتخاب بیمارستان مقصد و اعلام از طریق بیسیم/ تلفن و نرم افزار توسط واحد عملیاتی: به منظور ثبت، از نرم افزار آسایار آمبولانس اعلام ۱۰ - ۹۶ و نام بیمارستان مقصد را اعلام نموده، از گزینه Hospital کلید پرچم را انتخاب، تا با این اقدام ابتدا پرونده امدادجو برای بیمارستان مقصد ارسال شده و هم چنین تاییدیه انتخاب بیمارستان مورد نظر توسط مرکز ارتباطات به گوشی همکاران ارسال شود.

ثبت و انتخاب بیمارستان مقصد در دیسیج: کارشناس دیسیج بعد از رویت اعلام ۱۰ - ۹۶ و انتخاب گزینه Hospital کلید پرچم توسط تکنسین محترم، در نرم افزار نام بیمارستان مقصد را انتخاب تا آن فرم به بیمارستان مقصد ارسال شود.

۶- تداوم تکمیل فرم در حین انتقال:

کارشناس فوریت های پزشکی واحد عملیات بعد از حرکت به سمت بیمارستان تعیین شده، میتوانند فرم را در گوشی همچنان در هر زمان که میسر باشد تا قبل از مراجعه به سیستم تریاژ تکمیل کنند.

•انتخاب بیمارستان: کارشناس مرکز ارتباطات/ واحد عملیات فوریت های پزشکی، بیماران ۷۲۴ غیر بحرانی را به کد استروک در واحد سی تی اسکن، بیماران ۲۴۷ غیر بحرانی را به تیم ۲۴۷ در واحد کت لب، تمام بیماران بحرانی(اعم از ایست قلبی تنفسی، ۲۴۷، تروما، مادران باردار، ۷۲۴ و...) در اتاق CPR به پزشک مقیم بخش اورژانس و سایر بیماران به پرستار تریاژ در واحد تریاژ تحویل بالینی داده شود.

۷- رسیدن به مرکز درمانی ۱۰ - ۹۷ (بیمارستان):

بعد از رسیدن به بیمارستان، زمان ۱۰ - ۹۷ از طریق سامانه آسایار/ پنل GPS آمبولانس درج شود.

تکمیل اطلاعات پرونده چک و کنترل نتیجه ماموریت: بعد از اطمینان از پذیرش شدن بیمار، واحد عملیات فوریت های پزشکی فرم را بررسی مجدد کرده به خصوص اطمینان از انتخاب گزینه انتقال به مرکز درمانی یا انتقال حین احیا نسبت به ثبت و ارسال اطلاعات اقدام می کند در این مرحله ماموریت به رنگ سبز در می آید

نهایی شدن مندرجات فرم در بیمارستان: به این منظور واحد عملیات فوریت های پزشکی باید گزینه ارسال اطلاعات به مرکز را بزنند تا همه اطلاعات در پرونده بیمارستان قابل مشاهده باشد و در این زمان پرونده به شکل نارنجی رنگ ( به معنای تکمیل شدن نهایی اطلاعات ) در می آید.

بعد از این رخداد واحد پذیرش بیمارستان پرونده را در نرم افزار خود بصورت کامل دارد و می تواند اقدام به ثبت کلمه پذیرش در نسخه بیمارستان کند.

زمان ۱۰ - ۲۴ بیمارستان : همکاران محترم بعد اطمینان از نهایی شدن پذیرش الکترونیک در واحد پذیرش بیمارستان پرونده نارنجی رنگ را باز نموده با درج کیلومتر پایان ماموریت در پرونده از بیمارستان خارج می شوند، که این مرحله به منزله پایان ماموریت بوده و زمان ۱۰ - ۲۴ به صورت خودکار ثبت می گردد.

اپراتور ۸۰۰ موظف است بعد از گذشت ۱۵ دقیقه از زمان ۱۰ - ۹۶ به بیمارستان، در صورت عدم مشخص شدن تکلیف تحویل بیمار، با تماس با گوشی تکنسین مورد را پرس و جو کند و در صورت اعلام اتمام ماموریت نسبت به تذکر درج کیلومتر پایان ماموریت اقدام کند.

اپراتور ۸۰۰ موظف است نسبت به رصد آمبولانس و گوشی اقدام کند تا به محض پایان ماموریت، زمان ۱۰ - ۲۴ در سیستم ثبت گردد. در صورت لزوم و بعد از بررسی های لازم، اپراتور ۸۰۰ میتواند از گزینه ۱۰ - ۲۴ موقت جهت ارسال ماموریت جدید استفاده نماید.

در خصوص پذیرش الکترونیک بیماران در بیمارستان چنانچه همکاران آمبولانس اعلام نمایند که بیمارستان از پذیرش الکترونیک خودداری میکند یا فرایند قانونی پذیرش را به هر دلیلی به تاخیر انداخته است، سوپروایزر یا مسئول شیفت ارتباطات (در صورت حضور) بایستی بلافاصله با سوپروایزر بیمارستان مورد نظر تماس گرفته و پیگیر موضوع شود و الزامات وزارت بهداشت و درمان و ابلاغیه های دانشگاه را مجددا یادآوری نماید، تا اقدام مورد نظر صورت گرفته و پذیرش در اسرع وقت انجام شود.

نکته بسیار مهم : تکنسین های پایگاه ها در هر صورت همواره باید در داخل آمبولانس فرم ماموریت سفید را به همراه داشته باشند که در صورت نیاز در موارد خاص با اعلام مورد به دیسپچ از آن استفاده نمایند.

۸- رسیدن به پایگاه و زمان ۱۰ - ۸ : تکنسین آمبولانس بایستی بعد از رسیدن به پایگاه ابتدا کیلومتر را در فرم ثبت نموده تا زمان ۸-۱۰ در سامانه مشخص شود. یادآوری مهم : اپراتور ۸۰۰ موظف است نسبت به رصد آمبولانس و گوشی اقدام کند تا به محض رسیدن به پایگاه، زمان ۱۰ - ۸ در سیستم ثبت گردد.

زمان های استاندارد مهم برای هر مرحله از فرایند پاسخگویی به مددجویان بر اساس RFP ابلاغی سازمان اورژانس کشور به شرح زیر خواهد بود و همه کارکنان موظفند تا قبل از پایان زمان استاندارد اقدام مناسب را انجام دهند و همکاران دیسپچ لزوما در صورت نزدیک شدن یا رد شدن به این زمان ها بایستی هشدار لازم را به فرد مورد نظر بدهند:

- زمان پیش درآمد ۸ ( ثانیه ) : مدت زمان صرف شده از لحظه برقراری تماس مددجو تا لحظه پاسخگویی پرستار تریاژ تلفنی

- زمان تعیین تکلیف تریاژ تلفنی ( حداکثر ۶۰ تا ۹۰ ثانیه ) : مدت زمان صرف شده از لحظه پاسخگویی پرستار تا لحظه ارسال

فایل به واحد اعزام و راهبری آمبولانس یا تصمیم به عدم اعزام آمبولانس.

- زمان راهنمایی تلفنی : مدت زمان صرف شده از لحظه پاسخگویی پرستار تریاژ تا لحظه قطع تماس و بستن فایل تریاژ تلفنی (بسته به نیاز ممکن است تا زمان رسیدن آمبولانس ادامه یابد).

-زمان فراخوان ۶۰ ثانیه: مدت زمان صرف شده از لحظه ارسال فایل به واحد اعزام و راهبری آمبولانس تا لحظه ارسال پیام به پایگاه (تعیین تکلیف و ابلاغ فوریت به پایگاه)

-زمان واکنش (در روز ۶۰ تا ۹۰ ثانیه و در شب از ساعت ۰۰:۰۰ تا ۰۶:۰۰ صبح ۹۰ تا ۱۵۰ ثانیه): مدت زمان صرف شده از لحظه ابلاغ فوریت به پایگاه تا لحظه حرکت کد به سمت محل فوریت.

-زمان صحنه (حداکثر ۲۰ دقیقه): مدت زمان صرف شده از لحظه رسیدن به محل فوریت تا لحظه حرکت به سمت بیمارستان

-زمان ماندگاری در بیمارستان ۱۵ (دقیقه): مدت زمان صرف شده از لحظه رسیدن آمبولانس به بیمارستان تا لحظه حرکت آمبولانس از بیمارستان به سمت پایگاه

-زمان ماندگاری در صحنه بیمار ۷۲۴ با شرایط همودینامیک پایدار حداکثر ۵ دقیقه باشد. ضمن ارزیابی ABC بیمار، ارزیابی BEFAST، قند خون و برقراری مسیر وریدی فقط در صحنه انجام شود. مدت زمان ماندگاری در صحنه کد ۲۴۷ ده دقیقه و حداکثر ۱۵ دقیقه و در صحنه تروما حداکثر ۱۰ دقیقه می باشد.

۹- موارد حوادث ویژه کما فی سابق بر اساس دستورالعمل مربوطه و مقررات جاری توسط مرکز ارتباطات به محض اطلاع اولیه به اطلاع EOC رسانده شود و سپس اطلاعات تکمیلی در فرصت مقتضی اعلام گردد.

واحد فناوری اطلاعات اورژانس آمادگی کامل برای رفع نقایص احتمالی را در کمترین زمان ممکن خواهند داشت تا فرایندهای عملیاتی و ثبت الکترونیک با سرعت و بدون هیچگونه نقصی صورت پذیرد.

۱۰- بدهی است سامانه اتوماسیون یکپارچه عملیات فوریت های پزشکی، تغییر مستندسازی فرایندهای اجرایی و عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی از شیوه سنتی کاغذی بصورت الکترونیک می باشد و کلیه اقدامات درمانی و عملیاتی بر اساس اصول علمی و قانونی می بایست صورت بگیرد و تغییری در مبانی علمی خدمت به بیماران ایجاد نمی شود.

۱۰۰ نکته در ۱۱۵:

(۱) حضور به موقع در شیفت.

(۲) پوشیدن یونیفرم تمیز با آرم و علائم تعریف شده و رعایت پوشش لباس فرم در طی شیفت.

(۳) تحویل گرفتن آمبولانس و چک کردن آن از لحاظ فنی، ظاهری و تجهیزات پزشکی و جایگزینی کمبودها و ثبت موارد خاص در دفاتر مربوطه.

(۴) اعزام سریع به ماموریت و حفظ آمادگی و هوشیاری تمام وقت.

(۵) اعلام کلیه زمانهای ماموریت به مرکز پیام ۸۰۰ یا ثبت در سیستم اتوماسیون.

(۶) چنانچه در حین اعزام به ماموریت، به صحنه اورژانس دیگری غیر از مورد ماموریت خود برخورد نمودید یا از طرف مردم از شما کمک خواسته شد، اعلام به دیسپچ و کسب تکلیف.

- ( ۷ ) داشتن ابتکار عمل در رسیدن سریعتر به محل حادثه در مواقعی که ترافیک سنگین وجود دارد یا تصادف در لاین مخالف می باشد از جمله پیاده شدن یکی از تکنسینها و رسیدن بر بالین مصدوم و ( بارعایت حفظ ایمنی خود).
- ( ۸ ) عدم اعزام به ماموریت آمبولانس به تنهایی ( یک نفره ) مسئولیت اصلی با فرد اعزام شده است نه تکنسین غایب.
- ( ۹ ) در صورت درخواست مرخصی و یا تعیین جایگزین باید هماهنگی کامل صورت گیرد تا خلاء پیش نیاید.
- ( ۱۰ ) دقت در آدرس اعلام شده و پرهیز از زدن اشتباهی زنگ واحد یا طبقات دیگر بخصوص در ساعات نیمه شب.
- ( ۱۱ ) در صورتی که بیماری یا مشکل جسمی دارید به ماموریت اعزام نشوید ( مثلا در سرماخوردگی شدید یا دست آتل بندی شده و...)
- ( ۱۲ ) حسن برخورد با بیمار و همراهان و رعایت ادب و احترام.
- ( ۱۳ ) تلاش صادقانه در مداوای بیماران و انتقال آنها به مرکز درمانی مناسب.
- ( ۱۴ ) راهنمایی و دادن اطلاعات صحیح در مورد شرح وظایف و مسئولیت خود و پرهیز از دو پهلو صحبت کردن که منجر به فریب و گمراهی بیمار و همراهان شود.
- ( ۱۵ ) عدم اتلاف وقت بر بالین بیمار و لزوم سرعت عمل.
- ( ۱۶ ) انتقال نظر و درخواست بیمار یا همراهان در مورد مرکز درمانی خاص به مرکز پذیرش یا مرکز پیام و کسب تکلیف.
- ( ۱۷ ) تعامل و حسن برخورد با مردم و افرادی که در صحنه حادثه هستند و پرهیز از توهین به آنها حتی در صورت اظهار نظر غیرمنطقی و برخورد نامناسب آنها.
- ( ۱۸ ) توجه به وضع فرهنگی خانواده ها و احترام به اعتقادات آنها.
- ( ۱۹ ) عدم ارتباط غیر ضروری با بیماران و همراهان از قبیل پرسیدن شغل و جایگاه اجتماعی آنها و یا گرفتن یا دادن شماره تلفن.
- ( ۲۰ ) دقت در اظهار نظر در مورد اختلافات خانواده ها و پرهیز از قضاوت و جانبداری از هر یک از طرفین دعوی.
- ( ۲۱ ) حفظ ظاهر آراسته و پاکیزگی از جمله اصلاح موی سر و عدم استفاده از زیورآلات غیر متعارف.
- ( ۲۲ ) رعایت نکات اخلاقی و پرهیز از اظهار نظرهای غیرمربوط به بیماری و عدم دخالت در مسائل خانوادگی از جمله اشاره به اختلاف سنی زن و شوهر.
- ( ۲۳ ) حفظ حریم خصوصی بیماران و پرهیز از حرکاتی که منجر به سوء تفاهم و ناراحتی بیمار یا همراهان شود.
- ( ۲۴ ) عدم سرزنش بیمار یا همراهان در صورت تماس غیر ضروری با اورژانس یا دادن آدرس ناقص ( فقط تذکر مؤدبانه ) .

( ۲۵ ) عدم دریافت هرگونه هدیه از خانواده ها و بیماران از جمله گرفتن وجه نقد (ترجیحا عدم صرف میوه و چای که گاهی خانواده اصرار دارند)

( ۲۶ ) برخورد یکسان با بیماران فقیر و غنی و عدم تحقیر و توهین به بیماران بی بضاعت حتی معتادان کنار خیابانی.

( ۲۷ ) عدم معرفی پزشک برای ویزیت بیماران و یا صدور گواهی فوت.

( ۲۸ ) پرهیز از بی فایده خواندن اقدامات درمانی و ناامید کردن همراهان از ادامه پیگیری درمان حتی در بیماران End stage

( ۲۹ ) پرهیز از بی کیفیت خواندن بیماران و تلاش برای ارجاع بیماران به مرکز درمانی خاص.

( ۳۰ ) رعایت نکات بهداشتی و ایمن BSI ( در برخورد با بیماران و مصدومان و استفاده از دستکش، ماسک، عینک و... )

( ۳۱ ) توجه به شرایط روحی بیماران و همراهان و نداشتن انتظار رفتار منطقی از سوی آنها و پرهیز از مقابله به مثل و تلاش در کنترل صحنه و حفظ آرامش.

( ۳۲ ) معاینه دقیق بیماران و مصدومان و ثبت علائم حیاتی و پرهیز از سطحی نگری در مورد وضعیت بیماران.

( ۳۳ ) در بیماران جوان جنس مخالف پرهیز از معاینات غیر ضروری از جمله سمع قلب و ریه ( حتی المقدور ).

( ۳۴ ) جلوگیری از زنگ خوردن تلفن همراه شخصی و عدم استفاده از آن در منزل بیمار یا بر بالین مصدوم ( در شروع ماموریت تلفن خود را در حالت Silent قرار دهید ) در صورت استفاده از تلفن همراه اتوماسیون توضیح دهید که بخشی از کار فعلی شماست.

( ۳۵ ) در بیماران آلوده به HIV و سایر بیماران عفونی ضمن رعایت BSI رفتار تحقیرآمیز نداشته باشید.

( ۳۶ ) در بیماران هیستریک از برخوردهای تهاجمی مثل تزریق آب مقطر، تحریکات خیلی دردناک و ریختن الکل در بینی اجتناب کنید ( در پیش بیمارستانی تشخیص هیستریک نداریم )

( ۳۷ ) در مواردیکه بیمار تنها در منزل می باشد، حتی المقدور قبل از ورود از همسایه ها یا نگهبان ساختمان و یا ۱۱۰ بخواهید در محل حاضر شوند ( مگر اینکه خطر جدی بیمار را تهدید کند )

( ۳۸ ) بر بالین بیمار اختلاف نظر خود و همکاران را پنهان کنید و در مورد تشخیص و اقدامات درمانی بدنبال اثبات برتری علمی خود نباشید.

( ۳۹ ) در معاینات و اخذ شرح حال در بیماران جنس مخالف اصرار نداشته باشید همه اعضا خانواده از اتاق خارج شوند ( با بیمار تنها نشوید ).

( ۴۰ ) در منزل بیمار وارد مسائل حاشیه ای نشوید ( مثل قیمت واحد مسکونی، توجه به دکوراسیون، عکسهای روی دیوار و... )

( ۴۱ ) در معرفی خود و مدرک علمی خود دچار مبالغه نشوید.

( ۴۲ ) چنانچه بیمار یا همراهان متوجه خطاهای شما در زمینه درمانی شوند و تذکر بجایی بدهند مقاومت نکنید و تلاش کنید خطای خود را اصلاح کنید.

( ۴۳ ) اگر بیمار یا همراهان سوالی در زمینه بیماری یا داروی مصرفی خود پرسیدند که شما در آن زمینه اطلاعاتی ندارید، شهادت نه گفتن داشته باشید و پاسخ غیر علمی ندهید.

( ۴۴ ) در موارد مشکوک که نکات غیر طبیعی در مورد بیمار، جسد، همراهان و یا صحنه حادثه وجود دارد موضوع را با هماهنگی مرکز ارتباطات به ۱۱۰ اطلاع دهید.

( ۴۵ ) عدم تماس با آمبولانس خصوصی برای انتقال بیماران ( همراهان می توانند از ۱۱۸ کمک بگیرند).

( ۴۶ ) حضور تکنسین ارشد در کابین عقب بر بالین بیمار یا مصدوم.

( ۴۷ ) چک کردن مجدد علائم حیاتی و نظارت بر وضعیت بیمار یا مصدوم توسط تکنسین حاضر در کابین عقب هنگام انتقال.

( ۴۸ ) استفاده از همه امکانات و تجهیزات موجود در صورت لزوم از جمله AED ، تله کاردیو ، O<sub>2</sub> ، کلار گردنی ، آتل و ...

( ۴۹ ) تکمیل دقیق فرم ماموریت با وضوح و ذکر شرح حال مختصری از وضعیت بیمار.

( ۵۰ ) همکاری و حسن برخورد بانمایندگان و عوامل سایر ارگانهای حاضر در صحنه از جمله پلیس، آتش نشانی، هلال احمر، صدا و سیما و رسانه ها ( بیماران و مصدومان و رعایت نکات قانونی برای جلوگیری از مشکلات قضایی و اتهامات احتمالی.

( ۵۱ ) حسن برخورد با پرسنل بیمارستان هنگام تحویل بیمار.

( ۵۲ ) عدم استفاده از آمبولانس در امور شخصی و خروج از محدوده عملیاتی.

( ۵۳ ) توجه کافی به آمبولانسها از لحاظ ظاهری و فنی و عدم سهل انگاری در نگهداری از آنها ( توجه به سرویسهای دوره ای، تعویض روغن، میزان سوخت و...)...

( ۵۴ ) یونیفرم اورژانس لباس مقدس خدمت رسانی به مردم و مجوز ورود به حریم خصوصی خانواده هاست در این پوشش هر نوع انحراف اخلاقی موجب بدنامی کل سازمان و خیانتی نابخشودنی است.

( ۵۵ ) مطالعه مستمر علمی و حضور در کلاسهای بازآموزی به منظور حفظ و ارتقاء توان علمی.

( ۵۶ ) گزارش موارد تخلف سایر همکاران به مسئول منطقه و عدم سرپوش گذاشتن بر آن.

( ۵۷ ) پرهیز از بحث با مرکز پیام و مناطق همجوار و انجام ماموریتهای محوله ( در صورت خطای ۸۰۰ در اعلام آدرس فقط یکبار یادآوری کنید).

( ۵۹ ) پرهیز از پیامهای غیر ضروری از طریق بی سیم و اشغال رادیویی و تماسهای مکرر با دیسپچ.

( ۶۰ ) انتقال بیمار یا مصدوم با تجهیزات لازم از جمله چیر یا برانکارد به داخل آمبولانس و بیمارستان (بخصوص بیماران قلبی و تنفسی).

( ۶۱ ) عدم درخواست از همراهان برای انتقال بیمارشان به داخل آمبولانس ( در مواقع ضروری می توان از آنها کمک گرفت).

( ۶۲ ) عدم گله مندی از سختی کار و مشکلات خود در حضور بیماران و همراهان از جمله پائین بودن حقوق و مزایا و ...

( ۶۳ ) عدم استعمال دخانیات در منطقه، بیمارستان، داخل آمبولانس و یا در انتظار عموم و با لباس فرم.

( ۶۴ ) گزارش نویسی دقیقتر و با شرح بیشتر در حوادث مهم از جمله موارد CPR و موارد مشکوک به قتل یا خودکشی و ... و ذکر دقیق مشاهدات خود.

( ۶۵ ) حفظ شادابی روحیه و حسن خلق در برخورد با بیمار و همراهان بخصوص در ساعات پایانی شیفت.

( ۶۶ ) اطلاع رسانی به موقع از طریق بی سیم یا تلفن در حوادث و بحرانیها

( ۶۷ ) حفظ سلسله مراتب در گزارش دهی و پیگیری مشکلات موجود.

( ۶۸ ) خودداری از بزرگنمایی مشکلات و کمبودها و سیاه نمایی اوضاع اورژانس و در نهایت دلسرده کردن سایر نیروها.

( ۶۹ ) عدم استفاده بی مورد از بلندگوی آمبولانس و تذکرات غیر ضروری به مردم.

( ۷۰ ) استفاده از آژیر و آلام در مواقع لزوم معمولاً در همه اعزامها آلام لازم است روشن باشد و آژیر در مواقع لزوم ( موارد منع استفاده از آژیر و آلام : درخواست نیروهای امنیتی و انتظامی، اعزام به تعمیرگاه، مناطق مسکونی شلوغ، بیماران روانی، برگشت از ماموریت، مناطق کوهستانی با احتمال ریزش سنگ و برف در تونلها).

( ۷۱ ) عدم اعلام غیر واقعی مراجعه حضوری بیمار به منطقه، کثیف بودن آمبولانس و ... به منظور عدم انجام ماموریتهای محوله.

( ۷۲ ) حفظ پاکیزگی پایگاه محل خدمت و آمبولانس بخصوص در ایام تعطیل و نبود نیروی خدمات.

( ۷۳ ) در صورت عدم پذیرش بیمار در بیمارستان تماس با مدیر کشیک و پرهیز از مجادله با پرسنل بیمارستان.

( ۷۴ ) در صورت ایجاد مشکل برای تکنسین و آمبولانس (از جمله آلوده شدن) تلاش و سرعت عمل در آماده کردن سریع و جلوگیری از اتلاف وقت.

( ۷۵ ) دقت در تاریخ مصرف داروها و درخواست دارو و تجهیزات پیش از اتمام آنها.

( ۷۶ ) حفظ احترام ارشد پایگاه، مسئول شیفت و مسئول منطقه و سایر مسئولان و بازرسان.

( ۷۷ ) پذیرش خطاهای احتمالی در شکایتهای مردمی و تلاش در جهت جبران موارد قصور.



( ۷۸ ) عدم بحث و جدل و جبهه گیری در مقابل بازرسی کنترل کیفیت و همکاری با آنها.

( ۷۹ ) عدم اطمینان کاذب به بیماران و مصدومان در مورد بیماری.

( ۸۰ ) بیماران غیر پاسخگو که تصور می شود هوشیار نیستند احتمالاً مکالمات شما را می شنوند، همیشه مراقب جملات خود باشید.

( ۸۱ ) رازدار باشید، مشکلات و مسائل شخصی خانواده ها را برای دیگران بازگو نکنید.

( ۸۲ ) در کار سایر ارگانها از جمله پلیس و آتش نشانی دخالت نکنید.

( ۸۳ ) توجه داشته باشید پارک نامناسب آمبولانس در خیابان، کوچه، روی پل و جلوی منازل منجر به ایجاد مزاحمت برای شهروندان و ایجاد ترافیک نشود.

( ۸۴ ) در صورت انتقال بیمار بدحال یا شلوع بودن اورژانس بیمارستان، عدم تعجیل در ترک بیمارستان و در صورت نیاز، کمک به پرسنل بیمارستان در ادامه CPR

( ۸۵ ) همراهان بیمار را در بیمارستان در مورد محل پذیرش و فرایند ادامه درمان راهنمایی کنید و از کاستیهای احتمالی در انجام ماموریت عذرخواهی کنید.

( ۸۶ ) در صورتیکه امکان انتقال بیمار به مرکز درمانی مورد نظر خانواده بیمار مقدور نباشد ( البته بعد از هماهنگی با پذیرش ) ابراز تأسف کنید از اینکه قوانین موجود اجازه کمک بیشتری به شما نمی دهد.

( ۸۷ ) در مراجعه به درمانگاهها و مرکز درمانی کوچک که از ۱۱۵ تقاضای کمک نموده اند، نقاط ضعف پزشک یا کادر درمانی درمانگاه را در حضور بیمار یا همراهان بازگو نکنید.

( ۸۸ ) در مواردیکه بیمار فوت نموده قبل یا بعد از رسیدن ۱۱۵

-علائم حیاتی را با دقت بسیار چک کنید.

-فوت بیمار را ضمن مشاوره با پزشک مرکز و تأیید از طرف ایشان، با ابراز همدردی و تأسف به خانواده اطلاع دهید.

( ۸۹ ) در پایان ماموریت و قبل از ترک بیمارستان، آمبولانس را چک کنید که اشیاء بیمار از جمله لباس و مدارک پزشکی جا نمانده باشد.

( ۹۰ ) در پایان هر ماموریت در منطقه با همکار خود نقاط ضعف کار خود را بررسی کنید تا خطا در موارد بعدی به حداقل برسد.

( ۹۱ ) در حوادثی که چندین مصدوم دارد و تقاضای آمبولانس کمکی می شود، تریاژ را رعایت کنید، اقدامات ضروری را برای همه مصدومان انجام دهید و بدحال ترین مصدوم را پس از رسیدن آمبولانس بعدی منتقل کنید.

( ۹۲ ) بدون هماهنگی پزشک کشیک اقدام درمانی و توصیه پزشکی نکنید. مگر در مواردی که خطر جدی بیمار را تهدید می کند و امکان و فرصت تماس نباشد.

( ۹۳ ) در روزهای غیر شیفت از تماس یا مراجعه به منزل بیماران قبلی به بهانه پیگیری سلامتی آنها خودداری کنید.

( ۹۴ ) عدم تبانی با بیمارستانها و پزشکان خاص جهت ارجاع بیمار یا مصدوم به آنها.

( ۹۵ ) در بیماران و مصدومانی که در انظار عموم هستند به پوشش آنها توجه کنید و در صورت پارگی لباسها یا لزوم خروج لباسها، بیمار را با پتو یا محلفه اورژانس بپوشانید تا از نگاه کنجکاو حاضران محفوظ بمانند.

( ۹۶ ) چنانچه قصد فیلمبرداری از صحنه یا مصدوم را دارید مراقب باشید موجب ناراحتی مصدومان نشوید و در صورت اعتراض آنها بلافاصله اینکار را قطع کنید (چهره مصدومان درعکسها نباید مشخص باشد).

( ۹۷ ) فیلمبرداری در صحنه هایی که ارگانهای خاص یا دستگاههای انتظامی دچار حادثه شده اند در اغلب موارد ممنوع است.

( ۹۸ ) در صحنه تصادف مشخصات خودروی ضارب را ثبت کنید.

( ۹۹ ) در صحنه تصادف اجازه ندهید ضارب، مصدوم را با خودروی خودش منتقل کند، مگر با اخذ امضاء از طرفین و ثبت مشخصات خودروی ضارب و ارائه کارت شناسایی در حضور پلیس.

( ۱۰۰ ) در پایان شیفت آمبولانس را از جهت نظافت و تجهیزات بصورت کامل تحویل دهید و همیشه یک دست لباس رزرو در محل کار داشته باشید.

## ارزیابی پیش بیمارستانی در بیماران ترومایی

بخش	ارزیابی	مداخله
مکانیسم	مکانیسم آسیب	
صحنه	در نظر گرفتن امنیت اقدامات احتیاطی استاندارد نیاز به منابع اضافی	
ارزیابی اولیه XAcBCDE		
دید کلی	سن، جنس، شکایت اصلی	
راه هوایی وثابت سازی Air way and C spine	باز (باز و تمیز/بطور نرمال صحبت می کند) صدا استریدور	مانور جاو تراتس و چین لیفت استفاده از کلار گردنی تجهیزات راه هوایی: <ul style="list-style-type: none"> <li>• راه هوایی دهانی (OPA)</li> <li>• راه هوایی بینی (NPA)</li> <li>• لوله تراشه</li> <li>• راه هوایی حلقی (LMA)</li> <li>• کریکوتیروئیدوتومی</li> </ul>
تنفس Breathing	نگاه کردن / گوش دادن / حس کردن <ul style="list-style-type: none"> <li>• تند، آهسته یا نرمال</li> <li>• عمیق یا سطحی یا نرمال</li> <li>• صداهای تنفسی (برابر/نا برابر)</li> <li>• تندرنس/کریپتوس</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• دادن اکسیژن با ماسک</li> <li>• آمبو و ماسک (تنفس سطحی یا تند یا غیر نرمال)</li> <li>• رفع فشار با براول (پنوموتوراکس فشارنده)</li> </ul>
	خونریزی خارجی نبض	


<p>کنترل خونریزی</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فشار مستقیم</li> <li>• بستن تورنیکت</li> </ul> <p>در صورت بحرانی بودن انتقال سریع به داخل آمبولانس و ادامه ارزیابی در حین انتقال</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سرعت (تند، کند یا نرمال)</li> <li>• قوی یا ضعیف</li> <li>• اگر رادیال لمس نمی شود کاروتید را چک کنید</li> </ul> <p>پوست</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• رنگ</li> <li>• دما</li> <li>• رطوبت</li> <li>• زمان پرشدگی مویرگی</li> </ul>	<p>گردش خون</p> <p><b>Circulation</b></p>
	<p>GCS / AVPU</p> <p>مردمک ها (بخصوص وقتی GCS کمتر از ۱۵ است)</p>	<p>ناتوانی و معلولیت</p> <p><b>Disability</b></p>
<p>جلوگیری از هیپوترمی</p> <p>آتل بندی (اگر بیمار غیر بحرانی است)</p>	<p>-لباس های بیمار را در آورید</p> <p>-بیمار را با پتو بپوشانید</p> <p>-به دنبال آسیب های تهدید کننده زندگی بگردید</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قفسه سینه</li> <li>• شکم</li> <li>• لگن</li> <li>• انتهاها (چک نبض های محیطی در شکستگی ها و جابجا شدگی ها / آتل بندی)</li> <li>• هنگامیکه بیمار را روی بک برد می گذارید به سرعت پشت بیمار را بررسی کنید</li> </ul>	<p>بازدید بدنی</p> <p><b>Exposure</b></p>
<p>بحرانی ← انتقال سریع</p>	<p>بیمار بحرانی یا غیر بحرانی</p>	


غیربحرانی ← ماندن و ادامه ارزیابی		
ارزیابی ثانویه		
	تنفس، نبض، فشارخون و $spO_2$	علائم حیاتی <b>VITAL SIGNS</b>
	S: علائم و نشانه ها A: آلرژی M: داروهایی که استفاده می کند P: تاریخچه بیماری L: آخرین وعده غذایی E: حادثه ای که باعث تروما شده	شرح حال <b>SAMPLE</b>
	سر (مردمک ها) گردن (بازگردن کلار و بررسی پشت گردن) قفسه سینه شکم لگن اندام ها (آسیب ها، نبض، حرکت، حس) اعصاب (GCS/ مردمک ها)	بررسی سر تا پا <b>Haed - to - toe</b>

### "راهنمای ارزیابی های بالینی در اورژانس پیش بیمارستانی"

\*\*\*فرایند ارزیابی مغز و اعصاب

GCS – AVPU 

 مردمک: نرمو سایز با واکنش یکسان به نور در دو طرف، آنیزوکوریا، میوتیک و میدریاتیک

 ارزیابی تست FAST: در بیماران مشکوک و قطعی حوادث عروقی مغز

\*\*\*بررسی از نظر تعادل:

نحوه صحبت کردن: هماهنگی بین کلمات وجود دارد؟ دیس آرتری دارد؟ دیسفازی دارد؟ یک جمله مانند "آسمان آبی است" را بازگو نماید.

تست Tandem gait: بیمار هنگام راه رفتن پاشنه یک پا را به جلوی انگشتان دیگر می چسباند و ده قدم برداشته و سپس بر می گردد

تست Finger to nose: بیمار به طور متناوب انگشت اشاره یک دست خود را به نوک بینی اش زده و سپس به انگشت دست دیگرش یا دست پزشک که در مقابل صورت اش قرار دارد بزند.

تست Heel Shin: بیمار در حالت خوابیده به صورت طاقباز پاشنه یک پا را روی زانوی پای دیگر قرار میدهد و سپس آن را روی لبه پیشین استخوان درشت نی به طرف پایین بکشد.

ارزیابی تن عضلانی ۴ اندام و مقایسه کمی و کیفی اندام ها

\*\*\*معاینات چشم:

تاری دید، دوبینی و معاینات اعصاب چشمی (اعصاب ۳ و ۴ و ۶)، بررسی از نظر Gaze (خیره شدن چشم بسمت راست یا چپ در یک یا هر دو چشم)

نیستاگموس: افقی، عمودی و چرخشی

\*\*\*بررسی های تکمیلی شامل: تست های بروزینسکی، کرنیگ، ردور گردن، فتوفوبیا، بابنسکی

\*\*\*ارزیابی تنفس:

مشاهده قفسه سینه، گردن و نواحی صورت از نظر اختلالات تنفسی

سمع صداهای غیر طبیعی راه هوایی فوقانی شامل خرخر کردن، قل قل کردن، قار قار کردن و استریدور / صداهای راه هوایی طبیعی ریه شامل وزیکولر، برونکوزیکولار و برونکیال / صداهای ریوی غیر طبیعی شامل کراکل نرم و خشن، ویزینگ، رونکای، فرکشن راب

لمس دیواره قفسه سینه از نظر کریپتوس، آمفیزم

\*\*\*ارزیابی قلب:

سمع قلب، مانیتورینگ ریتم قلب، اخذ نوار قلب دوازده لیدی، ریتم نبض، بررسی علائم حیاتی، معاینات JVP، رفلکس هپاتوژوگولار و بررسی اندام های تحتانی، فوقانی و ناحیه ساکروم از نظر ادم ژنرالیزه

\*\*\*ارزیابی شکم:

مشاهده، سمع، لمس و دق

ارزیابی درد بر اساس OPQRST

مشاهده رنگ پوست، علامت ترنر و کالن

بررسی وجود تندرns، ریباند تندرns مستقیم و غیر مستقیم، گاردینگ ارادی و غیر ارادی، دیستنت یا نفخ

بررسی تست های CVA (کوستو ورتبرال)، مورفی ساین، پلانتر در صورت لزوم

\*\*\*معاینه لگن

مشاهده: اگر کبودی، دفورمیتی، زخم، خونریزی و ادم در ناحیه لگن یا تناسلی مشاهده شد، ارزیابی فیزیکی انجام نشده و بیمار مطابق پروتکل ثابت سازی و اعزام گردد.

لمس: فقط یک بار می توان جهت پایداری یا عدم پایداری باید لگن را لمس نمود. برای لمس ابتدا به آرامی کرسرست های ایلیاک را به سمت داخل فشار دهید تا متوجه ناپایداری، تندرns و کریپتوس شوید. اگر در این قسمت بیمار درد یا ناپایداری نداشت، به کمک پاشنه دستها، فشار آرامی در جهت قدامی خلفی به ناحیه سمفیز پوبیس وارد کنید تا از نظر وجود درد و تندرns بررسی شود. درد، تندرns، کریپتوس و ناپایداری بر اثر فشار از نشانه های آسیب و شکستگی لگن است.

نکته: در بیماری که دفورمیتی واضح لگن دارد یا از درد و تندرns لگن شاکی است، لمس و معاینه انجام نمی گردد.

\*\*\* بررسی دررفتگی قدامی و خلفی هیپ

علائم دررفتگی خلفی هیپ شامل چرخیدن پای مبتلا بسمت داخل و وجود اختلال حسی حرکتی بدلیل درگیری عصب سیاتیک

دررفتگی قدامی مفصل هیپ: چرخش به سمت خارج اندام تحتانی مبتلا، دور شدن اندام تحتانی مبتلا از قسمت میانی بدن و اندام مبتلا کمی کوتاهتر از اندام مقابل به نظر می رسد  
\*\*\* معاینات اندام ها:

ارزیابی از نظر دررفتگی، شکستگی و بررسی نبض، حس و حرکت (PMS) دیستال اندام ها بشکل دو طرفه و مقایسه با یکدیگر

"تنظیمات ونتیلاتور و اصول تهویه مکانیکی بالغین در اورژانس پیش بیمارستانی"

تهویه مکانیکی بر ۴ اصل زیر استوار است

۱- تعداد تنفس RR: ۱۰ تا ۱۲ بار در دقیقه تنظیم شود

۲- حجم جاری TV: ۶ تا ۸ میلی لیتر در کیلوگرم در نظر گرفته شود. وزن ایده آل (IBW) در آقایان ۱۰۵-قد و در خانم ها ۱۰۷-قد محاسبه می شود.

۳- درصد اکسیژن دمی  $F_{iO_2}$ : بصورت ۱۰۰٪ اکسیژن خالص یا مخلوط اکسیژن با هوا با درصد کمتر (۶۰٪) مورد استفاده قرار می گیرد. بصورت تقریبی در آقایان ۱۰۵-قد و در خانم ها ۱۰۷-قد محاسبه می شود.

۴- میزان فشار مثبت در انتهای بازدم PEEP: ۳ تا ۵ سانتی متر آب در نظر گرفته شود.

\*\*\*مقادیر بالاتر از این ۵ تا ۱۵ سانتی آب با احتیاط برای بیماران نارسایی حاد تنفسی (ARDS) کاربرد دارد. در بیماران آسم و COPD ۳ تا ۵ سانتی متر آب بشرط عدم بروز باروتروما منعی ندارد. در بیماران با ICP بالا، شوک و پنوموتوراکس ممنوع می باشد.

دیگر پارامترهایی که در کنار موارد فوق مهم هستند عبارتند از:

۱- نسبت دم به بازدم I/E: این بصورت ۱:۲ (۱ثانیه دم و ۲ ثانیه بازدم) در نظر گرفته می شود. در بیماران COPD در صورت عدم بهبودی پارامترهای تهویه و فیزیولوژیک، این نسبت ۱به۳ و ۱به۴ و در بیماران ARDS ۱به۱، ۱به۲ یا ۳ به ۱ در نظر گرفته می شود.

۲- Triggering / Sensitivity یا حساسیت ونتیلاتور

➤ تریگر یا حساسیت فشاری: بین ۰/۵ - تا ۱۰ - و عموماً ۱ - تا ۲ - تنظیم شود. در مدهای کنتروله که کل کار بیمار بر عهده دستگاه می باشد و این پارامتر باید خاموش باشد

➤ جریان: FLOW Triggering: بصورت اولیه ۵-۳ لیتر در دقیقه و کمتر از ۵ لیتر در دقیقه می باشد

۳- حداکثر فشار دمی یا Peak inspiratory pressure= $P_{max}=P_{peak}=P_{insp}$

➤ ۲۰ تا ۳۵ سانتی متر آب در نظر گرفته می شود بصورتی که محدوده حجم جاری پایان بازدمی ۴-۶ml/kg باشد. نباید از ۴۵ سانتی متر آب تجاوز کند

مدهای ونتیلاتور در تهویه غیر ارادی

➤ CMV/CV/IPPV: مد کنترله حجمی که ونتیلاتور تمام کار تنفسی بیمار را انجام می دهد

➤ AMV: مد حجمی کمکی

➤ ACV: مد حجمی کنتروله و کمکی

➤ SIMV: مد حجمی کنتروله و کمکی هماهنگ با تنفس بیمار

➤ SIMV+PS/ASB: حجمی کنتروله و کمکی هماهنگ با تنفس بیمار و فشاری حمایتی در زمان دم

➤ PCV: مد کنتروله فشاری که ونتیلاتور تمام کار تنفسی بیمار را انجام می دهد

➤ APCV: کنتروله کمکی فشاری

➤ BIPAP: مد فشاری که هم در تهویه ارادی و هم غیر ارادی کاربرد دارد



\*\*\*وقتی هر مدی از موارد ذکر شده فوق را در دستگاه انتخاب و وارد تنظیمات آن شدید، اگر پارامتر TV داشت حجمی و در غیر آنصورت (بجای TV پارامتر PIP وجود دارد) مد فشاری می باشد  
 مدهای ونتیلاتور در تهویه ارادی (بیمار تنفس خودبخودی دارد):

➤ CPAP: ۵ تا ۱۵ سانتی متر آب تنظیم می شود. در صورت فشار خون و GCS بالای ۱۰ و تعداد تنفس بالای ۲۶ و پذیرش از طرف بیمار مورد استفاده قرار می گیرد.

➤ BIPAP: دوسطحی می باشد. IPAP با تنظیم PSV و EPAP با تنظیم PEEP است. از نظر کمی میزان PSV در شروع با ۸ و PEEP با ۳ سانتی متر آب در شروع و بسته به نتایج تهویه در بیمار بصورت تیتره افزایش می یابد

➤ PSV: میزان آن ۵ تا ۲۰ سانتی متر آب در نظر گرفته می شود. در بالغین مذکر دارای لوله تراشه از ۸ سانتی متر آب، بالغین مونث از ۱۰ سانتی متر آب و در کودکان از ۱۲ سانتی متر آب شروع می شود. این مد با ایجاد فشار مثبت در زمان دم ارادی بیمار، فرایند تهویه را برای بیمار تسهیل می کند. جهت تسهیل در فرایند دم در بیماران تحت تهویه مکانیکی با مد SIMV نیز کاربرد وسیع دارد

➤ DMAND FLOW: وقتی بیمار تنفس خودبخودی و نارسایی تنفسی دارد، دستگاه با استفاده از این مد، اکسیژن با غلظت مشخص در زمان دم در اختیار بیمار قرار داده و در زمان بازدم متوقف می شود

### تنظیمات اولیه و کلی ونتیلاتور در اورژانس پیش بیمارستانی

تنظیمات اولیه پارامترها	تنظیمات اولیه پارامترها	نوع بیماری و شرایط بالینی
مدهای فشاری	مدهای حجمی	بیمار با ریه سالم و اختلال در تهویه
R.Rate: ۱۰-۱۲	R.Rate: ۱۰-۱۲	
PEEP: ۳-۵ cm/H <sub>2</sub> O	PEEP: ۳-۵ cm/H <sub>2</sub> O	
PIP ۲۰-۳۰ cm/H <sub>2</sub> O	TV: ۶-۸ ml/kg	
FIO <sub>2</sub> : <۶۰٪	FIO <sub>2</sub> : <۶۰٪	
I:E Ratio ۱:۲	Flow Rate: ۵۰-۷۰ L/min	
تنظیمات اولیه پارامترها	تنظیمات اولیه پارامترها	نوع بیماری و شرایط بالینی
مد های حجمی	مد های حجمی	بیمار با ریه های ناسالم و
آسم و COPD	پنومونی و ARDS	

اختلال در تهویه	R.Rate: ۱۲-۲۰	R.Rate: ۸-۱۰
	PEEP: ۸-۱۵ cm/H <sub>2</sub> O	PEEP: ۰-۵ cm/H <sub>2</sub> O
	TV: ۶ ml/kg	TV: ۶-۸ ml/kg
	FIO <sub>2</sub> : ۱۰۰٪	FIO <sub>2</sub> : ۱۰۰٪
	I:E Ratio ۱:۲ / ۱:۱ / ۲: ۱	I:E Ratio ۱:۲ / ۱:۳ / ۱:۴

برنامه نظافت فضاها، تجهیزات و محیط پایگاه		
ردیف	وسیله یا محلول	زمان و روش اسکراب و ضد عفونی
۱	کیف دارویی و جامبگ	ماهیانه در صورت آلوده شدن به خون و سایر ترشحات، در حداقل زمان گندزدایی با روش اسفنج کشی انجام شود. یا در مواد ضد عفونی با غلظت مناسب غوطه ور گردد.
۲	خون کمتر از ۳۰ میلی	جمع آوری خون با تنظیف تنظیف آغشته به آب و شوینده عمل گندزدایی با محلول یک به ده وایتکس (یک قسمت وایتکس خانگی و نه قسمت آب)
۳	خون بیشتر از ۳۰ میلی	ابتدا روی خون کاغذ/پارچه جاذب گذاشته سپس محلول یک به ده وایتکس (یک قسمت وایتکس خانگی و نه قسمت آب) بمدت ده دقیقه مجدد محل با تنظیف آغشته به آب و شوینده تمیز گردد عمل گندزدایی با محلول وایتکس یک به ده گند زدایی شود
۴	سطحهای زباله	در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود با آب داغ و شوینده شستشو و به صورت روزانه نگهداری و خشک شود و سپس کیسه زباله جدید کشیده شود (عفونی و غیر عفونی)
۵	فشار سنج ها	بصورت دوره ای و یا در صورت آلودگی شسته شود گوشی قبل از هر بار مصرف با پنبه الکل تمیز شود

روزانه با دستمال آغشته به شوینده شستشو و با الکل ۷۰ درصد ضد عفونی شود	صفحه کلید، ماوس، گوشی تلفن	۶
روزانه با الکل ۷۰ درصد ضد عفونی شود	گوشی پزشکی، قیچی	۷
روزانه با دستمال آغشته به ماده شوینده که به داخل دستگاه نفوذ نکند	آیفون، وسایل الکتریکی	۸
تیغه های لارنگوسکوپ بلافاصله بعد از استفاده، زیر آب سرد آبکشی شده تا ذرات در شست بافتی قابل رویست پاک گردد. سپس در محلول پاک کننده آنزیماتیک غوطه ور شده و تیغه ها با آب گرم و شوینده تمیز شسته میشود طوری که تمام ترشحات و ذرات روی آنها پاک میشود و آبکشی و خشک میشود (مرحله پاکسازی) جهت گندزدایی محلولهای ضد عفونی کننده سطح بالا بمدت ۱۵ الی ۳۰ دقیقه غوطه وری انجام و سپس آبکشی و خشک نگهداری می شود. جعبه نگهداری تیغه ها هم باید ضد عفونی گردد	لارنگوسکوپ	۹
بعد از هر بار استفاده با دستمال آغشته به آب گرم و شوینده پاک شده و در صورت مواجهه با بیماران عفونی یا آلوده شدن با خون ضد عفونی گردد.	دسته لارنگوسکوپ	۱۰
یکبار مصرف باشد در غیر این صورت بدون در نظر گرفتن مقدار مایع اسپیره شده، روزانه داخل دستشویی تخلیه شود. سپس با محلول شوینده شسته، اتوکلاو خشک شود یا بعد از شستشو با شوینده و آبکشی بمدت ۱۵ دقیقه در هیپوکلریت سدیم غوطه ور و سپس مجدداً آبکشی گردد. استفاده از مایع ضد عفونی کننده در باتل ساکشن توصیه نمی گردد	باتل ساکشن	۱۱
مانومتر غیر قابل شستو است با دستمال آغشته به الکل ۷۰ درصد ضد عفونی شود. بصورت هفتگی محفظه آب با شوینده و برس جرم زدایی و شسته و خشک شود. در صورت ابتلا بیمار به عفونت دستگاه تنفسی باید فلومتر تمیز و شسته گردد.	فلومتر اکسیژن	۱۲
بعد از شستشو با شوینده و آبکشی جهت استریل شدن در گلو تار آلدیید ۲ درصد یا محلول ضد عفونی سطح بالای دیگر غوطه ور و مجدداً آبکشی شود	آمبویگ ها	۱۳
یکبار مصرف باشد در غیر این صورت شسته و اتوکلاو شوند	لوله تراشه	۱۴

۱۵	تی ها یا زمین شوی ها	زمین شوی های نخی باید روزانه ۱۵ دقیقه داخل محلول هیپوکلریت سدیم قرار گیرد زمین شوی ها باید همیشه در هوای آزاد آویزان باشند با دو رنگ سفید (اتاق پرسنل) آبی یا سبز (اتاق آلوده) جدا گردد
۱۶	برانکارد	روزانه بعد ماموریت با آب و شوینده شسته و با محلول کلردار گندزدایی شود
۱۷	لید و دستبند های دستگاه نوار قلب	بعد از استفاده تمیز و با الکل ضد عفونی شود
۱۸	مانیتور قلبی - دیفیبریلاتور - گلوکومتر و کابلهای ارتباطی	ابتدا این وسایل به جز صفحه مانیتور و دیفیبریلاتور با آب گرم و صابون تمیز شده دستمال حاوی مواد گندزدا (الکل ویا درموارد حساس به الکل از دیگر مواد ضد عفونی کننده مناسب فاقد الکل) یا اسپری آن بخوبی گندزدایی شوند مواد گندزدای حاوی الکل را نباید روی نمایشگر اسپری کرد برای پدل ها و سیم ها از دستمال حاوی مواد گندزدا باید استفاده نمود
۱۹	سطوح پایگاه و محل سکونت	گندزدایی مناسب با محلول ۱۰۰/۱ سفید کننده خانگی حاوی کلر یا ضد عفونی کننده مناسب لازم است. وسایل پایگاه بصورت منظم تمیز و گندزدایی شوند.
۲۰	لباس و یونیفرم آلوده:	لباس کار آلوده با دستکش جمع آوری و در پلاستیک گذاشته و به محل پایگاه آورده شود. لباس آلوده با آب ۱۶۰ درجه فارنهایت (۹۰ درجه سانتی گراد) شوینده مناسب به مدت ۲۵ دقیقه در ماشین شسته شود. کفش و چکمه با برس و آب و صابون پاک شود

در صورت مواجهه همکاران با بیماریهای عفونی موارد به واحد کنترل عفونت بیمارستان / مرکز اطلاع داده شود.

سفتی باکس ها به حجم  $\frac{3}{4}$  پر شدگی که رسید باید دفع گردد. در پوش گذاری مجدد سر سوزن انجام نشود. ظروف جمع آوری باید در کابین آمبولاس و جامبگ در دسترس تکنسین باشد.

تمامی کارکنان باید از پروتکل و روند دفع ظروف و پسماندهای عفونی و غیر عفونی آگاهی داشته باشند.

برای انجام شستشوی بهداشتی دست، شش حرکت به مدت ۲۰ الی ۳۰ ثانیه برای با محلول پایه الکلی و ۴۰ تا ۶۰ ثانیه با محلول مایع صابون انجام گیرد.

تجهیزات حیاتی (بحرانی): وسایلی که با خون و فضاهای بدن بیمار تماس دارند مثل: سوزن - سوند ادراری - کاتتر عروقی معمولاً یکبار مصرفند یا استریل می شوند. تجهیزات نیمه حیاتی (نیمه بحرانی): وسایلی که در تماس با مخاط هستند مثل تیغه لارنگوسکوپ - پنس مگیل - آمبویگ. این تجهیزات با مواد ضد عفونی کننده قوی ضد عفونی می شوند. تجهیزات غیر حیاتی (غیر بحرانی): با پوست سالم تماس دارند مثل بک بورد - کاف فشار سنج. این وسایل با مواد ضد عفونی کننده متوسط ضد عفونی می شوند.

- ضد عفونی کننده قوی: آب اکسیژنه-پراکسید هیدروژن-پراستیک اسید-گلو تار آلدئید-فرمالدئید
- متوسط: کلر و ترکیبات آن-ید و ترکیبات آن-الکل
- پایین: فنل و دتول

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی (استاندارد who):

۱- بهداشت دست ۲- پوشیدن گان و روکش کفش ۳- پوشیدن ماسک ۴- پوشیدن عینک ۵- پوشیدن کلاه ۶- پوشیدن دستکش

ترتیب خارج کردن وسایل حفاظت فردی (استاندارد who):

۱- خارج کردن روکش کفش ۲- خارج کردن دستکش ۳- خارج کردن گان ۴- رعایت بهداشت دست ۵- خارج کردن کلاه ۶- برداشتن عینک ۷- برداشتن ماسک ۸- رعایت بهداشت دست  
کلیات گندزدایی در پایگاههای اورژانس

آمیولانسها پس از تحویل بیماران عفونی و آلوده باید قبل از خروج از بیمارستان و داخل مراکز درمانی شستشو و گندزدایی شوند

همچنین در هر پایگاه بایستی قسمتی را برای گندزدایی با نشانگرهای خطر زیستی و گندزدایی مشخص نمود که فاضلاب آن با فاضلاب شهری و جوی آب یکی نباشد

\* نحوه عملکرد کپسول های آتش نشانی و نوع کاربری (بر اساس نوع سوخت و خاموش کننده مرتبط)

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO <sub>2</sub> و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که بر راحتی به گاز تبدیل می شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO <sub>2</sub> و کف
D	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتاسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO <sub>2</sub>

تعریف حوادث ویژه:

حوادث با ۳ کشته یا بیشتر و یا ۵ مصدوم /بیمار یا بیشتر(تصادفات،غریق،مسمومیت و...)

**حوادث پرتلفات:** هرگونه واقعه و رخداد طبیعی یا انسان ساخت که از نظر تعداد کشته و مصدوم و ابعاد سیاسی امنیتی، اجتماعی و سلامتی دارای حساسیت ویژه بوده و نیازمند پاسخ (واکنش) اضطراری سازمانهای امدادی و نظام سلامت برای حفظ حیات، داراییها، فرآیندهای جاری خدمات سلامتی و محیط زیست میباشد.

**تریاز:** عبارت است از دسته بندی دو یا چند بیمار بر مبنای شدت و حدت شرایط آنها جهت تعیین اولویتهای مربوط به مراقبت بر اساس منابع موجود بوده که یکی از اجزای عملیاتی لازم در حوادث دارای مصدومین متعدد می باشد.

### پست فرماندهی حادثه (icp)

این مرکز، خودرو یا مکانی است که فرماندهی عملیات همه ی سازمانهای حاضر در صحنه مانند اورژانس، آشنشانی، هلال احمر، نیروهای نظامی و انتظامی و سایر سازمانها در کنار هم جمع میشوند تا ضمن تبادل اطلاعات،(فرماندهی یکپارچه) را در صحنه اعمال نمایند.

### منطقه آلوده یا منطقه داغ، Hot Contamination Zone

وجود آلودگی حتمی است تعداد کارکنان حاضر در این منطقه باید حداقل و باید تجهیزات حفاظت فردی مناسب داشته باشند.

### منطقه (کنترل) گرم Warm Control Zone

به محیط پیرامون منطقه آلوده و منطقهای که عملیات آلودگیزدایی و فراهم سازی تجهیزات در آن انجام میشود مراقبتهای مربوط به حفظ حیات مصدومین در این منطقه صورت میگردد.

### منطقه (ایمن) سرد Cold Safe Zone

منطقه غیرآلوده است و امدادگران قبل از ورود به این منطقه باید لباسهای آلوده را خارج کنند. انجام تریاز عادی، ثابت سازی مراقبت مناسب در این محل انجام میشود.

### محل تجمع مصدومین(CCP) Casualty Collection Point or Field Treatment Site

محل جمع آوری مصدومین حوادث و درمان اولیه بیماران شامل تریاز، اقدامات اولیه پزشکی و تثبیت وضعیت مصدومین است و باید تا حد امکان به امنترین و نزدیکترین مکان نسبت به محل وقوع حادثه بیاورند.

### منطقه ی درمان پیشرفته (AMP)

با توجه به آن که در حوادث با مصدومین انبوه و بلایا، تعداد مصدومین بیشتر از ظرفیت آمبولانسها برای انتقال آنهاست و یا مراکز درمانی امکا نپذیرش همه مصدومین را ندارند، زمان رسیدن مصدومین به مراکز تخصصی درمانی طولانی خواهد

شد؛ لذا جهت انجام اقدامات درمانی نجات بخش حیات لازم است منطقه ی درمان پیشرفته در نزدیکی محل حادثه برپا گردد.

\*پارک مناسب آمبولانس در محل حوادث ترافیکی ( در صورت حضور پلیس بعد از صحنه حادثه و در غیر اینصورت با فاصله ۳۰ متر قبل از صحنه حادثه و مشروط بر نصب کله قندی و مثلث خطر ۵۰ متر عقبتر و روشن بودن آلارم و فلاشر و در صورت احتمال آتشسوزی و انفجار با فاصله ۶۰۰ متر) صورت پذیرد.

### **box Disaster:**

تجهیز آمبولانس به box Disaster برای مداوای حداقل ۲۰ نفر اعم از گاز، باند، وسایل کنترل خونریزی و ... برای تمامی آمبولانسهای فراخوان شده الزامی است.

کد های مهم مرکز هدایت عملیات بحران: ۴۵۰: تجمعات انبوه - ۵۰۰: شرایط جوی - ۱۰۰: تخلیه ساختمان

### **منابع:**

- درمان های گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی، ویرایش دوم، چاپ ۱۴۰۳، سازمان اورژانس کشور
- مدیریت و درمان تروما در اورژانس پیش بیمارستانی، جلد اول، چاپ اول ۱۴۰۰، سازمان اورژانس کشور
- مدیریت و درمان تروما در اورژانس پیش بیمارستانی، جلد دوم، چاپ اول ۱۴۰۰، سازمان اورژانس کشور
- دستورالعمل تریاژ تلفنی چهار سطحی، چاپ اول، ۱۴۰۱، سازمان اورژانس کشور
- فرایندهای عملیات اورژانس پیش بیمارستانی، چاپ دوم ۱۴۰۰، سازمان اورژانس کشور
- پیشگیری و کنترل عفونت در اورژانس پیش بیمارستانی، چاپ اول ۱۴۰۱، سازمان اورژانس کشور