

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
انستیتو آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی



عنوان دستورالعمل:

نحوه گزارش وقایع ناخواسته

کد: WIM 28-03	شماره ویرایش: ۱۱	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۲/۲۰
حوزه تولید: اعتبار بخشی	تعداد صفحه ها: ۴	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۵/۲/۱۷
هدایت کننده: معاون درمان / مسئول فنی		تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۶/۲/۲۰

اهداف:

با به اهمیت موضوع حفظ و صیانت از ایمنی بیماران، رعایت حقوق گیرندگان خدمت و به منظور رسیدگی فوری و پیشگیری از تکرار وقایع ناخواسته یا خطاهای درمانی، کلیه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود (اعم از دولتی ، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح ، تامین اجتماعی و ..) مکلفند در صورت بروز هر یک از حوادث و وقایع ناخواسته با توجه به اهمیت موضوع بلافاصله مورد را به معاونت درمان دانشگاه مربوطه گزارش نمایند، لذا این دستورالعمل جهت یکسان سازی و آگاهی کارکنان در تمامی واحدها و بخش های مرکز تهیه شده است .

دامنه کاربرد:

تمامی بخش ها و واحدها

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

حوادث ناگوار:

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده ذیل در دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰/۲۹۶۶۷۴ د مورخ ۹۶/۱۲/۶ نیست.

وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

• **وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:**

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

• **وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:**

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....).
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

• **وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:**

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

• **وقایع مرتبط با محیط درمانی:**

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)
۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله ، ...)

• **وقایع جنایی:**

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی
۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
۲۷. ربودن بیمار
۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد

روش انجام کار :

۱. در صورت بروز هر یک از موارد فوق در هر بخش /واحد بلافاصله ضمن بررسی اولیه بیمار و انجام اقدامات مراقبتی و درمانی لازم موضوع به پزشک/دستیار کشیک وسوپروایزر شیفت در هر ساعت شبانه روز اطلاع رسانی می گردد.
۲. مسئولیت عدم گزارش وقایع ناخواسته درمانی در هر شیفت به عهده پرستار/سرپرستار بخش مربوطه است.

۳. پزشک/دستیار معالج بیمار را از نظر صدمات احتمالی بررسی و در پرونده بیمار ثبت می نماید.
۴. سوپروایزر بر بالین بیمار حاضر شده و موارد را بررسی و بر انجام اقدامات درمانی مناسب نظارت می نماید
۵. فرم گزارش وقایع ناخواسته پیوست (در پرونده بالینی بیمار در سیستم HIS در قسمت Hospital Form) در همان شیفت توسط پرستار تکمیل و پس از مهر و امضا پرستار و پزشک، بلافاصله به سوپروایزر وقت تحویل می شود.
۶. فرم تکمیل شده در اولین شیفت بلافاصله به معاونت درمان مرکز ارسال می گردد.
۷. تیم رهبری و مدیریت با اتخاذ نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه گزارشدهی (Just Blame culture) وقایع ناخواسته درمان را ترویج می نماید. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می گردد که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی مبالاتی ها قابل پذیرش نیست.
۸. به منظور حمایت از کارکنان تمامی کارکنان درمانی در این مرکز از بیمه سلامت حرفه ای برخوردار هستند.
۹. در صورت بروز هر کدام از وقایع ناخواسته گروه پزشکی ملزم به اطلاع رسانی به خانواده/ولی بیمار بدون هرگونه پنهان کاری هستند.
۱۰. درس گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آنها به عنوان شواهد به عنوان فرهنگ یادگیری در این مرکز اجرا می گردد.
۱۱. اطلاع رسانی از سوی مرکز درمانی محل رویداد به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه "بلافاصله و به محض وصول خبر انجام می شود.
۱۲. به منظور اصلاح فرآیندهای درمانی و پیشگیری از تکرار موارد مشابه، حداکثر در بازه زمانی ۲ هفته " گزارش تحلیل ریشه ای رویداد (Root Cause Analysis) توسط تیم ایمنی مرکز انجام ونتایج به معاونت درمان دانشگاه اعلام می گردد.
۱۳. طراحی و اجرای برنامه/مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه ای وقایع ناخواسته توسط تیم ایمنی مرکز انجام می پذیرد.
۱۴. نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی به منظور بررسی اثر بخشی اقدامات انجام شده توسط تیم ایمنی انجام می پذیرد.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان و سمت :

- دکتر لیلا عبدالکریمی: مسئول فنی و ایمنی
- دکتر بهزاد مومنی: مسئول بهبود کیفیت
- دکتر رضا گل پیرا: سرپرست بهبود و اعتبار بخشی

مستندات مرتبط:

- فرم گزارش وقایع ناخواسته
- جدول تحلیل ریشه ای خطاهای درمانی

مراجع:

- دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰/۲۹۶۶۷۴ د مورخ ۹۶/۱۲/۶ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

نام و امضاء تایید کننده معاون درمان: دکتر لیلا عبدالکریمی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی: دکتر بهزاد مومنی
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس انستیتو: دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت دکتر بهزاد مومنی

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

• اطلاعات دموگرافیک

نام بیمارستان: شهر: نام دانشگاه علوم پزشکی:
نوع بیمارستان: وابستگی:
نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: ☐ مذکر ☐ سن:
نحوه ورود به بیمارستان: اورژانس ☐ الکتیو ☐
نوع خدمت: سرپایی ☐ بستری ☐ (تاریخ بستری/...../..... ۱۳ نام بخش بستری:)
نحوه اعلام و گزارش دهی:

• اطلاعات حادثه

تاریخ وقوع:/...../..... ۱۳ ساعت وقوع: ☐ AM ☐ PM
نوع حادثه (۲۹ مورد وقایع و حوادث ناگوار):

توضیحات در مورد حادثه:

.....

.....

گزارش اقدامات انجام شده:

.....

.....

امضاء مقام ما فوق

امضاء کارشناس