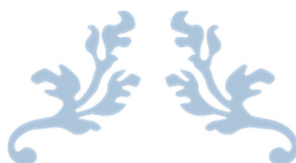




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان



دستورالعمل اجرایی بخش اورژانس بیمارستانی



نسخه اول - تابستان ۱۴۰۰

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره اورژانس بیمارستانی

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۱	تعاریف
۲	اهداف
۳	دامنه شمول
۳	ساختار مدیریتی برنامه
۳	الف- ستاد کشوری اورژانس بیمارستانی
۳	ب- ستاد دانشگاهی اورژانس بیمارستانی
۳	ج- کمیته ارتقاء خدمات اورژانس های بیمارستانی در سطح بیمارستان
۵	سطح بندی خدمات بخش اورژانس در بیمارستان ها
۷	اصول و الزامات فیزیکی و پشتیبانی بخش اورژانس
۷	الف- اصول طراحی بخش و برآورد تخت:
۹	ب- فضاهای اختصاصی بخش اورژانس
۱۰	ج- تامین دارو و تجهیزات بخش اورژانس
۱۲	د- اورژانس های با گرایش تک تخصصی
۱۲	ه- اورژانس هوایی و هلی پد
۱۲	و- انعطاف پذیری و طرح توسعه اورژانس
۱۴	اصول و الزامات نیروی انسانی بخش اورژانس
۱۴	الف- تیم مدیریتی بخش اورژانس
۱۵	ب- تیم بالینی بخش اورژانس
۱۶	ج- تیم احیا
۱۶	د- متخصص مقیم بخش اورژانس
۱۶	ه- پزشک متخصص آنکال
۱۷	و- مدیریت نیروی انسانی بخش اورژانس
۱۹	مدیریت بخش اورژانس و تخت های بستری
۱۹	گروه مدیریت تخت های بستری

۱۹.....	مدیر تخت اورژانس
۲۱.....	مدیریت بحران
۲۲.....	گردش کار در بخش اورژانس بیمارستان
۲۲.....	فرآیند تریاژ
۲۳.....	فرآیند پذیرش
۲۳.....	الف- پذیرش بیماران با مراجعه شخصی
۲۴.....	ب- پذیرش از اورژانس پیش بیمارستانی
۲۴.....	ج- پذیرش بیمار از سایر مراکز
۲۵.....	فرآیند احیا
۲۵.....	فرآیند مراقبت و درمان بیماران در بخش اورژانس
۲۵.....	الف- ارزیابی پرستاری بیمار
۲۵.....	ب- ارزیابی پزشکی بیمار
۲۷.....	فرآیند تعیین تکلیف
۲۷.....	فرآیند اعزام / انتقال به سایر مراکز درمانی
۲۸.....	صیانت از حقوق اختصاصی بیمار:
۲۸.....	ثبت و گزارش دهی
۲۸.....	الف- ثبت داده ها
۲۹.....	ب- شاخص های گزارش گیری
۳۱.....	پایش و ارزشیابی
۳۱.....	منابع

مقدمه

اولین و جامع ترین خدمات حیات بخش در هر بیمارستان، در بخش اورژانس ارائه می شود. اورژانس های بیمارستانی کلیدی ترین بخش بیمارستان ها می باشند که عملکرد آن می تواند تأثیر به سزایی بر سایر بخش ها، عملکرد کادر درمان و در نهایت رضایتمندی بیماران بگذارد. تقریباً تمامی اتفاقات روزانه بیمارستان ها در بخش اورژانس نیز رخ می دهد به طوری که می توان بخش اورژانس هر بیمارستان را نمونه کوچک آن بیمارستان در نظر گرفت. لذا ساختار این بخش، برای ارائه خدمات با کیفیت، باید منطبق با استانداردها و شاخص های علمی بیمارستان تعریف گردد. در تمام بیمارستان ها، این بخش ملزم است بصورت شبانه روزی، بدون فوت وقت و بدون در نظر گرفتن جنس، نژاد، مذهب و توانایی پرداخت هزینه، نسبت به درمان بیماران اورژانسی و مصدومینی که به این بخش مراجعه می کنند، اقدام نمایند.

این دستورالعمل به منظور تحقق بخشی از اهداف اسناد بالادستی سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت، قانون برنامه توسعه پنج ساله ششم جمهوری اسلامی ایران و اولویت های ابلاغی ریاست جمهوری و تکلیف دولت مبنی بر ایجاد مراکز درمان اورژانس و تامین وسایل انتقال مصدومین و بیمارانی که به کمک فوری احتیاج دارند و همچنین ایجاد بسترهای اجرایی با هدف بهبود، ارتقاء و تعالی بخشی به مدیریت اورژانس های بیمارستانی کشور، تسهیل در فرآیند تصمیم گیری و شفافیت در گردش کار، تبیین ساختار، تعیین شرح وظایف، رفع موانع و تسریع در دسترسی مراجعین و بیماران به خدمات مطلوب در بخش اورژانس بیمارستان ها تدوین گردیده است.

دستورالعمل حاضر، توسط اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت، انجمن های علمی مرتبط، کارشناسان اورژانس بیمارستانی و ستاد دانشگاه ها و همکاری معاونت های آموزش و توسعه و دفاتر تخصصی معاونت درمان وزارت بهداشت تدوین گردیده است.

تعاریف

تریاز: تریاز به معنای دسته بندی یا اولویت بندی بیماران به منظور تسریع شناسایی و افتراق بیماران بدحال می باشد که با تنظیم زمان و تخصیص تسهیلات مورد نیاز برای هر بیمار، به جستجوی راه های مراقبت از بیماران در حداقل زمان انتظار، می پردازد.

پزشک عمومی اورژانس: پزشک عمومی دوره دیده است که برابر برنامه تنظیمی در بخش اورژانس بیمارستان به صورت شبانه روزی به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی می پردازد.

پزشک متخصص اورژانس: پزشک متخصص طب اورژانس و یا سایر متخصصین مقیم بخش اورژانس می باشد که برابر برنامه تنظیمی در بخش اورژانس بیمارستان ضمن مدیریت بخش، به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به صورت شبانه روزی می پردازد.

مشاوره پزشکی: استفاده و بهره گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرایند تشخیص و درمان بیمار و شامل مشاوره اورژانس در دو نوع آئی (Emergent) و فوریتی (Urgent) و مشاوره غیرفوریتی (Non Urgent) می باشد.

پزشک آنکال: پزشک متخصص، فوق تخصص و یا دستیار فوق تخصصی است که در ساعات غیراداری، طبق برنامه تنظیمی شیفت آنکالی، قابل دسترسی و احضار به بیمارستان است.

پزشک مقیم بیمارستان: پزشک متخصص، فوق تخصص و دستیار فوق تخصصی که در تمام طول ساعات غیراداری در بیمارستان حضور داشته و انجام وظیفه می‌نماید.

تعیین تکلیف بیمار: مشخص شدن وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به یکی از حالات ترخیص، ارجاع/اعزام به سایر مراکز، دستور تداوم اقامت در بخش بستری اورژانس، دستور انتقال به سرویس بستری تخصصی مورد نیاز بیمار و فوت می‌باشد.

ارجاع، اعزام، انتقال: هرگونه جابجایی بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر به منظور تامین زنجیره خدمات تشخیصی و درمانی بیمار انجام می‌شود.

حوزه سرپایی: فضاهای درمانی برای بیماران سرپایی در بخش اورژانس شامل اتاق معاینه، اتاق سرم تراپی و تزریقات می‌باشد.

حوزه فوریت: ارائه خدمات تخصصی در فضاهای درمانی برای بیماران بستری در بخش اورژانس شامل: واحد حاد، تحت حاد، تحت نظر، اتاق احیا، اتاق عمل بخش اورژانس می‌باشد.

کدهای ویژه اورژانس:

احیا: فراخوان تیم احیای قلبی، ریوی و مغزی که مطابق آموزش های لازم اعلان عمومی شده و اعضای تیم احیا، بی درنگ در محل مورد فراخوان، حضور پیدا می‌کنند. احیا قلبی ریوی مغزی، بزرگسالان (۹۹)، نوزادان (۸۸)، مادران باردار (۵۵)

۳۵۰: برنامه انتقال بیماران با اورژانس هوایی

۷۲۴: برنامه مدیریت درمان بیماران سکته حاد ایسکمیک مغزی

۲۴۷: برنامه مدیریت درمان بیماران سکته حاد قلبی از نوع STEMI

۱۲۵: کد آتش سوزی

اهداف

هدف کلی:

ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و بهبود عملکرد فرآیندهای اورژانس های بیمارستانی کشور

اهداف اختصاصی:

۱. افزایش دسترسی عادلانه شهروندان به خدمات سلامت از طریق سطح بندی خدمات اورژانس بیمارستانی
۲. بهینه سازی نیروی انسانی بخش اورژانس بیمارستانی (تعیین شرح وظایف و حدود اختیارات)
۳. ارتقاء بهبود فرایندها و گردش کار و تعاملات درون بخشی و بین بخشی اورژانس بیمارستانی
۴. یکپارچه سازی و به روز رسانی بخشنامه ها و دستورالعمل های بخش اورژانس بیمارستانی
۵. بهبود وضعیت پذیرش و انتقال بیماران بخش اورژانس بیمارستانی
۶. ارتقاء ایمنی بیمار و امنیت زیرساخت های حیاتی محیط بیمارستان

دامنه شمول

کلیه بیمارستان های کشور اعم از دانشگاهی، عمومی غیردولتی (خصوصی، خیریه، سایر ارگان ها)

ساختار مدیریتی اورژانس بیمارستانی

الف- ستاد کشوری اورژانس بیمارستانی

اداره اورژانس بیمارستانی در ستاد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ زیرمجموعه مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی است که سیاستگذاری، برنامه ریزی و سازماندهی منابع، نیروها و استقرار فرایندهای مرتبط با مدیریت بخش اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه، منطبق با اصول و ضوابط و استانداردهای ابلاغ شده کشوری و همچنین نظارت، ارزیابی و پایش حسب مورد بر حسن اجرای آن، از ماموریت های اصلی این اداره می باشد.

ب- ستاد دانشگاهی اورژانس بیمارستانی

اداره اورژانس بیمارستانی در ستاد دانشگاه /دانشکده ها براساس تشکیلات مصوب، ذیل اداره امور بیمارستان ها در معاونت درمان قرار دارد.

به منظور مدیریت برنامه در سطح دانشگاه کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه در سطح ستاد دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی در چارچوب وظایف محوله به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار) تشکیل جلسه می دهد. مصوبات این کارگروه ضمن ابلاغ به بیمارستان ها و واحدهای مرتبط، به اداره اورژانس بیمارستانی وزارت متبوع ارسال می گردد.

اعضاء کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه

رئیس کمیته: رئیس دانشگاه

دبیر کمیته: معاون درمان

اعضای اصلی: معاون آموزشی، معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون غذا و دارو، رئیس گروه امور بیمارستان ها، رئیس اداره اورژانس بیمارستانی، مدیر اعتباربخشی و نظارت بر درمان، مدیر پرستاری دانشگاه، مدیر گروه طب اورژانس^۱ / نماینده گروه تخصصی طب اورژانس، رئیس اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه

اعضای همکار: معاون بهداشتی، رؤسای بیمارستان های دانشگاهی و غیردانشگاهی تابعه، نماینده بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی استان، مدیرحراست دانشگاه، معاون تحقیقات و فناوری، معاون دانشجویی و فرهنگی، مدیران گروههای تخصصی بالینی منتخب

حضور اعضای همکار و مدعو در جلسات کارگروه ارتقاء اورژانس بیمارستان دانشگاه به تناسب و فراخور دستور کار جلسه کارگروه صورت می پذیرد.

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

^۱ ویژه دانشگاههای علوم پزشکی دارای گروه آموزشی دستبازی رشته تخصصی طب اورژانس

اهم شرح وظایف کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه

- برنامه ریزی و سازماندهی منابع، نیروها و استقرار فرایندهای مرتبط با مدیریت بخش اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه در راستای دستورالعمل های ابلاغی
- برنامه ریزی و اجرای سیاستهای ابلاغی در خصوص تجهیزات، فضای فیزیکی، مدیریت تخت، نیروی انسانی و مدیریت فرایندهای اورژانس بیمارستان های تابعه
- هماهنگی، همکاری، هدایت و تعامل درون بخشی و برون بخشی جهت ساماندهی مداخلات، منابع و امکانات اورژانس بیمارستان
- اطمینان از استقرار استانداردهای تریاژ، دارو، تجهیزات و فضای فیزیکی بخش اورژانس بیمارستانی در سطح اورژانس بیمارستان
- نظارت، ارزیابی و پایش بر حسن اجرای اصول و ضوابط و استانداردهای ابلاغ شده از سوی وزارت
- توانمندسازی نیروی انسانی اورژانس بیمارستانی از طریق برگزاری دوره های مهارت آموزی و حرفه ای گرایی
- پیگیری فعال در زمان بروز بحران به منظور تسهیل در مدیریت، کنترل و هدایت ورودی اورژانس های بیمارستانی
- اطمینان از ورود صحیح آمار، شاخص ها و بانک جامع اطلاعات اورژانس بیمارستانی و ارتقاء سامانه های پایش و کنترل
- تدوین و ارائه گزارش عملکرد دوره ای و موردی در خصوص عملکرد و توسعه عملیات اورژانس بیمارستانی در حوزه استحفاظی
- اطمینان از توزیع عادلانه خدمات بهنگام و اولویت بندی بیماران اورژانسی از طریق اجرای دستورالعمل های ابلاغی

ج- کمیته ارتقاء خدمات اورژانس های بیمارستانی در سطح بیمارستان

بر اساس این دستورالعمل، تمامی کمیته های تعیین تکلیف، تریاژ و کمیته اورژانس بیمارستان بصورت واحد و در قالب «کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان» تعریف می شوند. اعضای این کمیته با ابلاغ صادره از سوی رئیس بیمارستان و در چارچوب شرح وظایف مدون، به صورت ماهیانه تشکیل جلسه داده و نسبت به اتخاذ تصمیمات و ارائه راهکارهای اصلاحی در جهت ارتقا خدمات بخش اورژانس بیمارستان و بررسی نتایج مربوط به زیر کمیته های تخصصی اقدام می نمایند.

اعضاء کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان

رئیس کمیته: ریاست بیمارستان

دبیر کمیته: رئیس بخش اورژانس بیمارستان

اعضای اصلی: مدیر بیمارستان، معاون اجرایی/پشتیبانی، مسئول فنی بیمارستان، مترون بیمارستان، معاون درمان بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، سرپرستار بخش اورژانس، مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، سوپروایزر بخش اورژانس^۲ بیمارستان، مسئول دارو و تجهیزات بیمارستان

اعضای همکار: سوپروایزر آموزشی بیمارستان، رؤسای بخش های بستری و پاراکلینیک، مسئول حراست بیمارستان، مسئول IT بیمارستان، مدیران گروه های تخصصی بالینی، نماینده اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه، نماینده معاونت درمان یا کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه

حضور اعضای همکار و مدعو در جلسات کمیته ارتقاء اورژانس بیمارستان به تناسب و فراخور دستور کار جلسه کمیته صورت میپذیرد.

^۲ در بیمارستانهای واجد شرایط استقرار سوپروایزر بخش اورژانس و در صورت نبود، یک نفر از سوپروایزرهای بالینی بیمارستان

اهم شرح وظایف کمیته ارتقاء خدمات اورژانس های بیمارستانی در سطح بیمارستان

- برنامه ریزی، ساماندهی، نظارت، ارزیابی و پایش برنامه ها و فرایندهای فنی و اجرایی مرتبط با بخش اورژانس از طریق کمیته های تخصصی اورژانس بیمارستانی
- اطمینان از اجرای استانداردها به منظور ارتقاء شاخص های ملی بخش اورژانس
- استقرار استانداردهای اجرایی تریاژ، دارو، تجهیزات، فضای فیزیکی، مدیریت تخت و نیروی انسانی جهت مدیریت فرایندهای بخش اورژانس
- تعریف گردش کار و بروزرسانی فرایندهای گردش کار مطابق بخشنامه ها و قوانین موجود و تقسیم وظایف پرسنل و واحدهای مختلف اورژانس
- شناسایی و اولویت بندی نیاز های بخش اورژانس و پیگیری جهت تامین امکانات و تجهیزات مورد نیاز بخش اورژانس
- مدیریت اعزام و ارجاع بیماران بر اساس سطح بندی بیمارستان
- پیگیری استقرار پرسنل پزشکی و پیرا پزشکی متناسب با تعداد تخت بستری بخش اورژانس و ورودی سالانه
- پایش مقادیر شاخص های فرایندی بخش اورژانس و آسیب شناسی مشکلات و ارائه گزارش فصلی به کارگروه راهبردی ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه
- اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان و صیانت از حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
- ایجاد تعامل و هماهنگی های درون و برون بخشی در شرایط عادی و بحرانی بمنظور افزایش پاسخگویی مستمر و شبانه روزی
- مدیریت متمرکز درون بخشی واحدهای زیر مجموعه اورژانس مشتمل بر حوزه درمان، مشترک، پشتیبانی، پاراکلینیک و سایر واحدهای موجود
- توانمندسازی نیروی انسانی اورژانس بیمارستانی از طریق برگزاری دوره های مهارت آموزی و حرفه ای گرایی در بدو و ضمن خدمت
- برنامه ریزی جهت برگزاری سالانه دوره های آموزشی مدون ویژه پزشکان عمومی شاغل در بخش اورژانس در خصوص خدمات فوریتی جهت بیماران شایع اورژانس
- تدوین و ارائه گزارش عملکرد دوره ای و موردی در خصوص عملکرد و توسعه عملیات اورژانس بیمارستانی و ارسال گزارش به کارگروه راهبردی ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان دانشگاه

سطح بندی خدمات بخش اورژانس در بیمارستان ها

با توجه به نحوه ارائه خدمات فوریتی در نظام سلامت کشور، بر اساس موقعیت جغرافیایی، جمعیت، مسیر حرکتی و تردد بین شهرها و مراکز استان و یا مراکز دانشگاهی خدمات سلامت در سه سطح تقسیم بندی شده اند. ارائه خدمات سطح اول در حوزه عملکردی معاونت بهداشتی می باشد که جزئی از آن شامل خدمات اورژانس در مراکز جامع سلامت در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده صورت می پذیرد. ارائه خدمات در سطوح دوم و سوم در حوزه عملکردی معاونت درمان و در بیمارستان ها صورت می پذیرد که شامل موارد زیر می باشد:

سطح دوم سلامت:

الف: خدمات اورژانس و فوریت های پزشکی در مراکز و بیمارستان های کمتر از ۳۲ تخت

در این مراکز عمدتاً خدمات اورژانس اولیه شبانه روزی و خدمات درمانگاه تخصصی رشته های پایه ارائه می گردد. خدمات فوریتی در این بخش توسط پزشکان عمومی آموزش دیده در دوره «توانمند سازی مهارت حرفه ای فوریت های پزشکی» و به صورت شبانه روزی ارائه می گردد.

ب: خدمات اورژانس در بیمارستان های ۳۳ تا ۹۶ تخت

در این بیمارستان ها حداقل خدمات برای پنج رشته تخصصی پایه (داخلی، کودکان، جراحی عمومی، زنان و زایمان، بیهوشی) و علاوه بر آن، بر حسب میزان مراجعات برای سایر رشته های تخصصی تعریف می شود. خدمات فوریتی و اقدامات اولیه حیات بخش توسط پزشکان عمومی شروع گردیده و توسط متخصصین مقیم یا آنکال تکمیل می گردد. در صورت تامین نیرو، مدیریت بخش اورژانس در این بیمارستان ها، به عهده پزشک متخصص طب اورژانس است. استقرار متخصص طب اورژانس در این مراکز مشروط به پوشش تخصصی تمام بیمارستان های سطح های بالاتر با تامین ۵ متخصص طب اورژانس امکان پذیر است.

ج: خدمات اورژانس در بیمارستان های بالای ۹۶ تخت

در این بیمارستان ها کلیه خدمات تخصصی در تمام رشته ها تعریف می شود تا بتوانند پوشش کامل خدمات تخصصی را برای بیماران شهرستان مربوطه و سایر شهرستان های همجوار و در مسیر ارجاعی آن، پوشش دهند. همچنین بعضی خدمات فوق تخصصی نیز براساس نیاز منطقه در بیمارستان های مستقر در شهرستان مرکز بلوک جغرافیایی ارائه می شود. همه خدمات اولیه فوریت در این مراکز قابل انجام بوده و خدمات تخصصی تکمیلی بخش اورژانس نیز در این مراکز صورت می پذیرد. مدیریت یکپارچه و ارائه خدمت در بخش اورژانس این بیمارستان ها به صورت کامل در تمام سطوح تریاژ توسط گروه تخصصی طب اورژانس انجام می شود و در صورت نبود نیروی متخصص کافی، با اخذ مصوبه کارگروه راهبردی ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه/دانشکده، ارائه خدمات در حوزه فوریت توسط متخصص طب اورژانس و در حوزه سرپایی توسط پزشک عمومی دوره دیده، انجام می شود.

سطح سوم سلامت:

د: خدمات اورژانس در بیمارستان های آموزشی دانشگاهی

شامل بیمارستان های ریفرال واقع در مراکز استان و مراکز آموزشی خارج از مرکز استان به عنوان شهرستان بلوک جغرافیایی که دارای دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می باشند، که تمامی خدمات تخصصی و فوق تخصصی بستری و سرپایی در آن ارائه می گردد. همه خدمات اورژانس سطوح پایین تر در این سطح قابل انجام بوده و خدمات تخصصی و فوق تخصصی تکمیلی و نهایی بخش اورژانس در آن صورت می پذیرد. تنها موارد استثنا شامل خدماتی است که با تشخیص معاونت درمان وزارت بهداشت تعیین گردیده اند (مانند خدمات فوق تخصصی مربوط به پیوند اعضا). آرایه خدمات به بیماران اورژانس در این مراکز توسط گروه آموزشی تخصصی طب اورژانس انجام می گردد.

ه: خدمات اورژانس در بیمارستان های مراکز مناطق آمایشی

شامل بیمارستان های مستقر در مراکز استان های واقع در مرکز مناطق آمایشی می باشد که تمامی خدمات تخصصی و فوق تخصصی در آن الزاماً ارائه می گردد. در این مراکز تمامی خدمات فوق تخصصی شامل خدمات مربوط به پیوند اعضا ارائه می شود. همه خدمات اورژانس سطوح پایین تر در این سطح قابل انجام بوده و خدمات تخصصی و فوق تخصصی تکمیلی و نهایی بخش اورژانس در آن صورت می پذیرد.

در این بیمارستان ها مدیریت یکپارچه و ارائه خدمت در بخش اورژانس به صورت کامل در تمام سطوح تریاژ توسط گروه آموزشی تخصصی طب اورژانس ارائه شده و در صورت نبود نیروی متخصص کافی، با اخذ مصوبه کارگروه راهبردی ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه/دانشکده، ارائه خدمات در حوزه فوریت توسط متخصص طب اورژانس و در حوزه سرپایی توسط پزشک عمومی دوره دیده و یا دستیاران سایر رشته ها در خارج از ساعات موظفی، انجام می شود.

نکته: در بیمارستان های ریفرا ل و بلوک جغرافیایی که در محوطه بیمارستان و مجاور بخش اورژانس، ساختمان کلینیک یا درمانگاه سرپایی دارند، و اورژانس دارای پزشک متخصص طب اورژانس و پزشک عمومی به صورت همزمان می باشد، ضمن رعایت اصل مدیریت یکپارچه در بخش اورژانس بیمارستان، جهت جلوگیری از ازدحام مراجعین سرپایی، ارائه خدمت به این بیماران می تواند طبق مصوبه کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان مربوطه، به پزشکان عمومی و یا دستیاران رشته های تخصصی در خارج از ساعات موظفی واگذار شود. این کلینیک ها باید شبانه روزی و دارای داروخانه باشند.

بدیهی است تمام بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس من جمله بیماران سرپایی مزبور می بایست از واحد تریاژ بخش اورژانس ارجاع داده شوند و پزشکان واحد سرپایی مکلف به تکمیل فرم تریاژ پس از تعیین تکلیف بیماران می باشند. درصد تبادل بیمار بین کلینیک سرپایی و بخش اورژانس می بایست بصورت ماهانه توسط سرپرستار و رئیس بخش اورژانس ارزیابی و آنالیز و در کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان مطرح و بررسی گردد.

در خصوص وزارتخانه ها، نهاد ها و سازمان هایی که واجد بیمارستانهای متعدد در کشور هستند، زنجیره درمان و ارجاع درون سازمانی این مراکز می بایست مطابق سطح بندی فوق تدوین، ابلاغ و اجرا گردد.

اصول و الزامات فیزیکی و پشتیبانی بخش اورژانس

با توجه به ویژگی های بخش اورژانس از جمله پیچیدگی های عملکردی، تنش های موجود در محیط اورژانس، تعداد و تنوع بالای بیماران مراجعه کننده و لزوم سرعت عمل در ارائه خدمات اورژانسی به ویژه در زمان بحران، فراهم نمودن یک محیط استاندارد مطلوب برای این بخش از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می باشد. برنامه ریزی، طراحی و تجهیز فضاهای داخلی بخش اورژانس می بایست به گونه ای باشد که ضمن تأمین فواصل عملکردی مناسب، مسیرهای طولانی برای دسترسی به فضاهای مختلف اورژانس ایجاد نشود و بیماران کم ترین جابجایی را داخل اورژانس تجربه نمایند.

الف- اصول طراحی بخش و برآورد تخت:

تخت های موجود در بخش اورژانس بیمارستان عمدتاً به دو دسته تقسیم بندی می شوند:

- تخت های ستاره دار یا تخت های سرپایی اورژانس که بیماران سطح ۴ بدون نیاز به پروسیجر و بیماران سطح ۵ تریاژ از این واحد خدمت دریافت می نمایند. این تخت ها شامل معاینه، تزریقات و سرم تراپی می باشند.

- تخت های مصوب بخش بستری اورژانس که جهت اقامت بیماران دارای اندیکاسیون بستری و با تشکیل پرونده اورژانس (سطوح ۱، ۲، ۳، تریاژ و سطح ۴ تریاژ نیازمند پروسیجر) که به مراقبت، مانیتورینگ پارامترهای حیاتی، خدمات تشخیصی درمانی تخصصی و انجام پروسیجر در بخش بستری نیاز دارند و شامل تخت اتاق احیا، اتاق عمل بخش اورژانس، واحد حاد، تحت حاد و تحت نظر اورژانس می باشند^۳.

مهم ترین عامل در برنامه ریزی و طراحی بخش، تعداد بیماران پذیرش شده در اورژانس به تفکیک سطوح تریاژ (Case Mix) بصورت سالانه می باشد. سایر شاخص های مؤثر در برآورد تعداد تخت های بخش اورژانس عبارتند از:

- ساختار و نوع خدمات بیمارستان (دولتی یا خصوصی / آموزشی یا غیرآموزشی)
- محل جغرافیایی بیمارستان و میزان نزدیکی بیمارستان به مکان های پرحادثه و عوامل بیماری زا
- نوع، سطح و حجم خدمات پشتیبان اورژانس در بیمارستان
- تراکم مراکز خدمات درمانی و تشخیصی در حوزه جغرافیایی تحت پوشش بیمارستان
- نوع و سطح خدمات اورژانس (عمومی/تروما/تخصصی) و ارائه خدمات در رشته های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان
- جایگاه بیمارستان در نظام ارجاع و سطح بندی خدمات سلامت
- تأثیر مؤلفه های فرهنگی و مذهبی خاص و توریست پذیری در سطح استان یا شهرستان
- تعداد مراجعه سالیانه به بخش اورژانس و پیش بینی افزایش سالانه بار مراجعه
- متوسط و حداکثر بار کاری روزانه، حداکثر بار کاری در یک شیفت
- ویزیت ساعت بیماران اورژانسی/غیراورژانسی و تعداد تخت بیماران سرپایی و بستری^۴

بر اساس مجموعه ای از شاخص های فوق دو روش به شرح ذیل برای محاسبه تعداد تخت بخش اورژانس ارائه شده است:
روش اول: به ازای هر ۱۱۰۰ مراجعه کننده سالیانه به اورژانس، یک تخت در بخش اورژانس بیمارستان لحاظ می گردد. این تعداد تخت می تواند بر اساس ترکیب نسبت بیماران در پنج سطح تریاژ بیماران بخش اورژانس، به نسبت بین بخش های سرپایی و بستری توزیع می گردد.

روش دوم: بصورت تخمینی تعداد تخت های قابل شمارش بخش اورژانس معادل ۷ تا ۱۲ درصد تعداد تخت های بیمارستان در نظر گرفته می شود، و سپس با تعیین دامنه مورد نظر و سایر شاخص ها محاسبه و توزیع تخت صورت می پذیرد.

با توجه به موارد فوق الذکر در محاسبه تخت بخش اورژانس بیمارستان های جنرال لازم است:

- در بیمارستان های کمتر از ۳۲ تخت، حداقل ۱۰ تخت اورژانس، (به تفکیک ۴ تخت برای حوزه سرم تراپی و ۶ تخت بستری بخش اورژانس) در نظر گرفته می شود.
- بیمارستان های بین ۳۲ تا ۶۴ تخت، حداقل ۱۲ تخت اورژانس (به تفکیک ۴ تخت برای حوزه سرم تراپی و ۸ تخت بستری بخش اورژانس)^۵
- بیمارستان های بین ۶۴ تا ۱۲۰ تخت حداقل ۱۶ تخت اورژانس داشته باشند.

^۳ شناسنامه و استاندارد تخت اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره ۴۲۲۱/۴۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۳/۳

^۴ کتاب اصول مدیریت بخش اورژانس، Mayer's emergency management

^۵ تبصره: با توجه به اینکه بیش از ۹۰ درصد از مراجعین بیمارستانهای کمتر از ۶۴ تخت که عمدتاً در مناطق کم جمعیت و حواشی شهرستانها قرار دارند را بیماران بخش اورژانس (جهت دریافت خدمات سرپایی فوریت) تشکیل می دهند، می بایست در طراحی بخش اورژانس این بیمارستانها و مراکز، فضای فیزیکی مکفی جهت اختصاص تعداد تخت متناسب با ورودی بخش اورژانس پیش بینی گردد.

- بیمارستان های بین ۱۲۰ تا ۲۵۶ تخت، حداقل ۲۴ تخت اورژانس داشته باشند.
- بیمارستان های مرکز استان و ریفرال دانشگاه/دانشکده حداقل ۳۶ تخت اورژانس داشته باشند.

ب- فضاهای اختصاصی بخش اورژانس

اتاق تریاژ (Triage Room): وجود اتاق تریاژ در بخش اورژانس همه بیمارستان های کشور الزامی است و هیچگاه تأمین فرآیند تریاژ در اورژانس نمی تواند توجیهی برای عدم پیش بینی فضای تریاژ جداگانه به حساب آید. در صورت نیاز به در نظر گرفتن چند ایستگاه تریاژ، بایستی آنها را به صورت متمرکز و در قالب یک اتاق تریاژ اصلی در نظر گرفت و از طراحی اتاق های تریاژ جداگانه اجتناب شود.

در صورت نیاز به اسکرینینگ اولیه بیماران مشکوک به بیماری های عفونی مسری، می توان از یک سازه موقت جداگانه قبل از فضای تریاژ اصلی اورژانس به عنوان واحد تریاژ اولیه یا Spot Check عفونی جهت ارزیابی خطر و هدایت بیماران در امتداد خط خاکستری به فضای انتظار مجزا، استفاده شود.

فضای تریاژ و محدوده ورود به آن بایستی بصورتی پیش بینی شود که ورود پی در پی مراجعین، سبب ازدحام و سد معبر در مقابل تریاژ و ایجاد اختلال در عملکرد اورژانس ننماید.

ورودی های اورژانس می بایست در معرض دید پرستار تریاژ باشد، که این امکان مشاهده را می توان به واسطه شیشه های ضخیم و ایمن، در عین حفظ حریم شخصی، تأمین امنیت و با رعایت کنترل عفونت طراحی کرد.

اتاق احیا (Resuscitation Room): با توجه به نقش حیاتی این اتاق، موقعیت آن باید در کوتاه ترین فاصله نسبت به ورودی اورژانس قرار گیرد به طوری که فاصله ورودی اورژانس تا ورودی اتاق احیاء بیشتر از ۱۰ متر نباشد. جهت افزایش سرعت عمل در انتقال بیمار به این اتاق، لازم است مسیر ارتباطی به این فضا به صورت مستقیم بوده و یا تا حد امکان دارای کمترین چرخش باشد. اتاق احیا به اقتضای نوع طراحی و تعداد پذیرش سالیانه اورژانس با دو در مجزا برای ورود و خروج بیمار و پرسنل تعبیه می گردد. اتاق احیا در اورژانس های کمتر از ۳۰ هزار مراجعه در سال، یک تخت و در اورژانس های با تعداد پذیرش بالا (۶۰ هزار پذیرش سالانه و بیشتر) باید فضای لازم مستقل با حداقل سه تخت و در صورت لزوم، فضای استقرار پنج تخت را دارا باشد. بدیهی است که تجهیزات باید متناسب با تعداد تخت باشد.

وجود اتاق احیا در بخش اورژانس همه بیمارستان های کشور الزامی است.

در اورژانس های با یک تخت احیا لازم است فضای مستقل (فیزیکی یا فرایندی) در قسمت حاد برای ادامه پایدار سازی بیماران بد حال در نظر گرفته شود و در اورژانس های مراکز تروما ریفرال دانشگاهی، اتاق تروما جهت این امر مهیا گردد.

واحد درمان سریع (Fast Track Unit): فضایی است جداگانه با مدیریت یکپارچه، جهت اقامت کوتاه مدت بیماران غیر بد حال، که پس از تریاژ جهت دریافت خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت و خدمات لازم را دریافت می نمایند.

واحد درمان و مراقبت حاد (Acute Unit): در این قسمت معمولاً بیماران با علائم حیاتی پایدار که نیازمند اقدامات تشخیصی یا درمانی فوری می باشند، به صورت مداوم تحت نظارت کادر درمانی با تجربه، تحت مانیتورینگ علائم حیاتی قرار گرفته و اقدامات لازم بر اساس فرآیند ها برای ایشان انجام می پذیرد. فضای حاد در بیمارستان های ریفرال می تواند بر اساس نیاز اورژانس و سطح ارائه خدمت، با حفظ تعداد کل تخت ها به سالن های کوچک یا پارتیشن های مجزا (۸ الی ۱۰ تختخوابی) با مدیریت یکپارچه تقسیم گردد. تقسیم بندی پارتیشن ها بر اساس ورودی سالانه اورژانس، گروه های تشخیصی (شامل زیر واحد تروما و داخلی)، بیماری های عفونی مسری صورت می پذیرد. این موضوع در طراحی فضای فیزیکی، نوع تجهیزات، تعداد و ترکیب نیروی انسانی تأثیر مستقیم دارد.

در بخش اورژانس بیمارستان های ریفرال ترومای آموزشی و بلوک جغرافیایی، واحد حاد طبی جراحی از مولتیپل تروما جدا در نظر گرفته شود و در سایر سطوح، باید حداقل از نظر موقعیتی قابل تفکیک باشد.

واحد تحت حاد (Sub-Acute): واحد مراقبت و درمان تحت حاد، محدوده ای از بخش اورژانس می باشد که بیماران پایدار واجد تشکیل پرونده و بدون نیاز به اقدامات تشخیصی یا درمانی فوری تحت نظر قرار گرفته و اقدامات تشخیصی درمانی برای آنها انجام می پذیرد. بیماران واحد تحت حاد اغلب نیاز به مانیتورینگ مداوم علائم حیاتی ندارند و در مقایسه با بیماران واحد حاد اورژانس از وخامت کمتری برخوردار هستند. در صورت عدم امکان اختصاص فضای مجزا، واحد حاد و تحت حاد ادغام می گردند.

نکته: در مراکزی که اکثر خدمات توسط متخصص طب اورژانس به صورت سرپایی و بستری ارائه می شود، ادغام فضای Fast Track با فضای تحت حاد اورژانس (در قالب تخت های مصوب اورژانس) پس از اخذ مصوبه کارگروه ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه امکان پذیر است.

واحد تحت نظر (Observation Unit): فضایی در بخش اورژانس جهت تحت نظر گرفتن بیمارانی است که پس از تعیین تکلیف در واحد درمان حاد و تحت حاد، نیاز به ادامه خدمات مراقبتی دارند. در صورتی که بیمار پس از تعیین تکلیف به سایر بخش های بستری یا بخش ویژه منتقل نشود و یا لازم باشد برای تکمیل اقدامات یا معاینات تشخیصی (Decision Making)؛ تحت نظر باشد؛ از این فضا استفاده می گردد. در اورژانس های سطح دوم، واحدهای حاد، تحت حاد و تحت نظر می تواند در قالب یک فضای مشترک در نظر گرفته شده و قابلیت جدا سازی فرایندی ارائه خدمت به بیماران وجود داشته باشد.

اتاق عمل بخش اورژانس (Operation Room): این فضا برای انجام اقدامات تهاجمی و نیمه تهاجمی استفاده می شود. وجود اتاق عمل بخش اورژانس در تمامی اورژانس ها متناسب با خدمات بیمارستان و پروسیجرهای روتین الزامی است. هرگونه اقداماتی که به تشخیص پزشک اورژانس، در فرایند درمان ماهیت اورژانس ندارد، نباید در اتاق عمل بخش اورژانس انجام گیرد.

اتاق ایزوله عفونی (Isolation Room): به منظور جلوگیری از انتقال بیماری های واگیردار از بیمار عفونی به سایر بیماران و افراد حاضر در اورژانس و همچنین جلوگیری از انتقال آلودگی و بیماری از محیط به فرد بیمار، اتاق ایزوله عفونی در واحد اورژانس در نظر گرفته می شود. اتاق ایزوله عفونی از سه فضای اصلی تشکیل شده که شامل پیش ورودی، فضای بستری و سرویس بهداشتی مجزا می باشد. رفت و آمد کلیه کارکنان و افراد باید از طریق پیش ورودی و پس از انجام اقدامات احتیاطی استاندارد کنترل عفونت همچون شستشوی دست، پوشیدن روپوش و یا وسایل حفاظت فردی صورت پذیرد.

فضای سرپایی: فضاهای درمانی برای بیماران که شامل اتاق معاینه، اتاق سرم تراپی و تزریقات و الکتروکاردیوگرافی می باشد. در صورت حضور همزمان پزشک متخصص و پزشک عمومی این فضا جهت ارائه خدمات توسط پزشک عمومی در نظر گرفته می شود.

سایر فضاها: مطابق استاندارد های موجود سایر فضاهای بخش اورژانس شامل اتاق گچ، اتاق معاینه پزشک و اسکرین، اتاق ایزوله روان، اتاق آلودگی زدایی، اتاق درمان، اتاق تمیز و کثیف، صندوق و پذیرش، اتاق رئیس بخش و اتاق سوپروایزر اورژانس می باشد.^۶

ج- تامین دارو و تجهیزات بخش اورژانس

واحد تامین دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز، در بخش اورژانس مستقر و یا در دسترس بخش اورژانس باشد.

^۶ استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، جلد ششم، چاپ اول ۱۳۹۱.

تجهیزات:

در تمامی بخش های اورژانس بیمارستانی تهیه و بکارگیری تجهیزات می بایست بر اساس آخرین دستورالعمل استاندارد تجهیزات بخش اورژانس در نظر گرفته شود.^۷ در صورتی که در یک بیمارستان، دو یا چند واحد مجزا به نام «بخش اورژانس» (مانند اورژانس زنان و مامایی) وجود داشته باشد، هر یک از آن ها باید تجهیزات استاندارد مورد نظر را داشته باشد. راهنمای استفاده صحیح از تجهیزات پزشکی باید روی آنها نصب شده باشد. تجهیزات استاندارد بخش اورژانس باید در تمام ساعات شبانه روز و کلیه روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)، به سهولت در دسترس باشد. همچنین استفاده از هرگونه قفل با هدف محافظت از تجهیزات بخش اورژانس نباید موجب تاخیر در دسترسی به آن ها و تاخیر در ارائه مراقبت های اورژانسی به بیماران شود.

وجود حداقل یک دستگاه رادیولوژی پرتابل در همه بیمارستان ها ضروری است و برای بخش های اورژانس با ورودی سالانه بالای ۳۰ هزار نفر در بخش اورژانس به شکل مجزا الزامی است.

در تمامی اورژانس هایی که توسط متخصص طب اورژانس اداره می شود وجود حداقل یک دستگاه سونوگرافی الزامی می باشد. باید حداقل ۵۰ درصد از تخت های بستری اورژانس دارای سیستم مانیتورینگ علائم حیاتی ثابت باشند. ترالی بخش اورژانس: جا نمایی ملحقات ترالی احیا (شامل مانیتور، دفیبریلاتور، پالس اکسیمتر و ساکشن) با شرط رعایت زمان دسترسی حداکثر یک دقیقه^۸ بر عهده مرکز می باشد. وجود ترالی احیای مجزا در اتاق احیا و اتاق تروما در صورت مجزا بودن این دو فضا، الزامیست. در سایر فضاهای بخش اورژانس (واحد سرم تراپی و تزریقات) نیز به شرط رعایت زمان دسترسی حداکثر یک دقیقه، یک ترالی کافیست. تجهیزات موجود در ترالی از تجهیزات موجود در فضاهای بخش اورژانس مجزا می باشد.

کنترل کیفی تجهیزات:

برنامه زمان بندی شده مدون برای کنترل کیفی دوره ای هر یک از تجهیزات می بایست به طور مشترک بین واحد اورژانس و تجهیزات پزشکی طراحی شده و کنترل کیفی دوره ای طبق آن برنامه تقویمی صورت گیرد. برچسب های کنترل کیفی (کالیبراسیون) با ذکر تاریخ آخرین زمان بازدید و مدت اعتبار، می بایست روی تمامی تجهیزات نیازمند کنترل کیفی و کالیبراسیون نصب شود.

صحت و آماده به کار بودن تمامی تجهیزات بخش اورژانس می بایست در هر شیفت توسط فرد مسئول هر یک از قسمت های بخش اورژانس کنترل، ثبت و تامین گردد به طوری که همیشه تمامی وسایل بلافاصله آماده استفاده باشد و مستندات مربوط به زمان و فرد کنترل کننده نیز در دسترس قرار گیرد. تمامی موارد فوق می بایست تحت نظارت مستقیم رییس بخش اورژانس قرار گیرد. برای تجهیزاتی که فقدان آنها در دوره سرویس و تعمیرات موجب اختلال در خدمت رسانی به بیمار اورژانس می شوند، جایگزین مناسب در نظر گرفته شده باشد.

چک لیست عیب یابی دوره ای تجهیزات غیرپزشکی مانند برانکارد، تخت بیمار... می بایست تکمیل و براساس رفع اشکال انجام شود. مطابق سطح بندی بیمارستان ها تجهیزات ستاره دار در مراکز ریفرال (سطح سوم) الزامی است و برای سایر سطوح مطابق استاندارد ترجیحی می باشد.

۷ دستورالعمل استاندارد تجهیزات بخش اورژانس ابلاغیه شماره ۳۸۹۷/۴۰۰ مورخ ۱۴/۱۲/۹۵

^۸ بر اساس سنجه های ملی اعتبار بخشی وزارت متبوع، رعایت زمان "یک دقیقه جهت دسترسی به ترالی و سایر ملزومات احیا ضروری است.

داروها:

وجود داروها در بخش اورژانس بیمارستان، مطابق آخرین دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس^۹ الزامیست. ضروری است امکان دسترسی شبانه روزی مراجعه کنندگان بخش اورژانس به داروخانه اورژانس/ بیمارستان وجود داشته باشد. داروهای مورد نیاز بایستی به صورت دوره ای و موردی تامین شود. پس از درخواست داروهای مورد نیاز بخش، داروها از انبار دارویی به بخش تحویل داده شده و در اتاق دارو نگهداری شود.

در دستورالعمل استاندارد دارویی حداقل تعداد داروهای مورد نیاز بخش اورژانس شامل داروهای ضروری قفسه، مخدر و یخچالی ذکر شده است لذا این میزان بر اساس بار مراجعه اورژانس بیمارستان و بنا بر مصوبه کمیته ارتقا خدمات اورژانس هر بیمارستان قابل افزایش می باشد. در اورژانس های واجد متخصص طب اورژانس (با هر میزان مراجعه سالانه) وجود داروهای ناکوتیک، داروهای القای بیهوشی و بی دردی (RSI/PSA) الزامی است. بدیهی است مطابق دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس، کاهش اقلام و یا تعداد داروهای حیات بخش (موجود در ترالی احیا) و ضروری مجاز نمی باشد. در تمامی بخش های اورژانس، تکمیل و کنترل فرم ثبت تاریخ انقضای داروهای موجود در ترالی احیا، قفسه و توضیحات مورد نیاز احتمالی، در کنار دستورالعمل دارو الزامی است. نظارت بر ثبت تمام چک لیست های کمی و کیفی بر عهده سرپرستار و رئیس بخش اورژانس است و موظف است نواقص را بصورت مکتوب به اطلاع ریاست بیمارستان برساند.

د- اورژانس های با گرایش تک تخصصی

رسالت و وظیفه اصلی بخش اورژانس در بیمارستان های با گرایش تک تخصصی علاوه بر ارائه خدمات فوریتی اولیه عمومی، ارائه خدمات تخصصی اورژانس مربوطه می باشد. بر همین اساس در راستای ارائه خدمات فوریتی تخصصی و فوریتی اولیه عمومی، نیروی درمانی تخصصی، تجهیزات و فضاهای فیزیکی متناسب برنامه ریزی و تامین می شود. از اورژانس های تک تخصصی بطور مثال می توان به اورژانس های قلب، چشم، زنان و زایمان، سوختگی و روانپزشکی و غیره اشاره نمود.

ه- اورژانس هوایی و هلی پد

در صورت پیش بینی هلی پد برای بیمارستان، امکان انتقال بیماران از طریق مسیر هوایی به اورژانس نیز علاوه بر مسیرهای زمینی در نظر گرفته می شود. در صورت برخورداری بیمارستان از هلی پد، بایستی مسیر انتقال مناسب بیمار از موقعیت هلی پد به ورودی اورژانسی و اتاق احیاء، به دور از شرایط نامساعد جوی به شرح زیر پیش بینی شود:

در بیمارستان هایی که هلی پد بر روی بام پیش بینی می شود، انتقال بیمار تا اتاق احیا از طریق آسانسور تا طبقه اورژانس و از طریق راهروهای پیش بینی شده تا اتاق احیا صورت می گیرد.

در بیمارستان هایی که هلی پد در فاصله نزدیک نسبت به ورودی اورژانسی در سایت بیمارستان پیش بینی می شود، انتقال بیمار تا اتاق احیا از طریق یک مسیر مشخص و ترجیحاً سرپوشیده صورت گیرد.

در بیمارستان هایی که هلی پد در فاصله دور نسبت به ورودی اورژانسی قرار دارد، تکمیل انتقال بیمار با آمبولانس زمینی صورت می پذیرد. (استاندارد ۳۵۰)

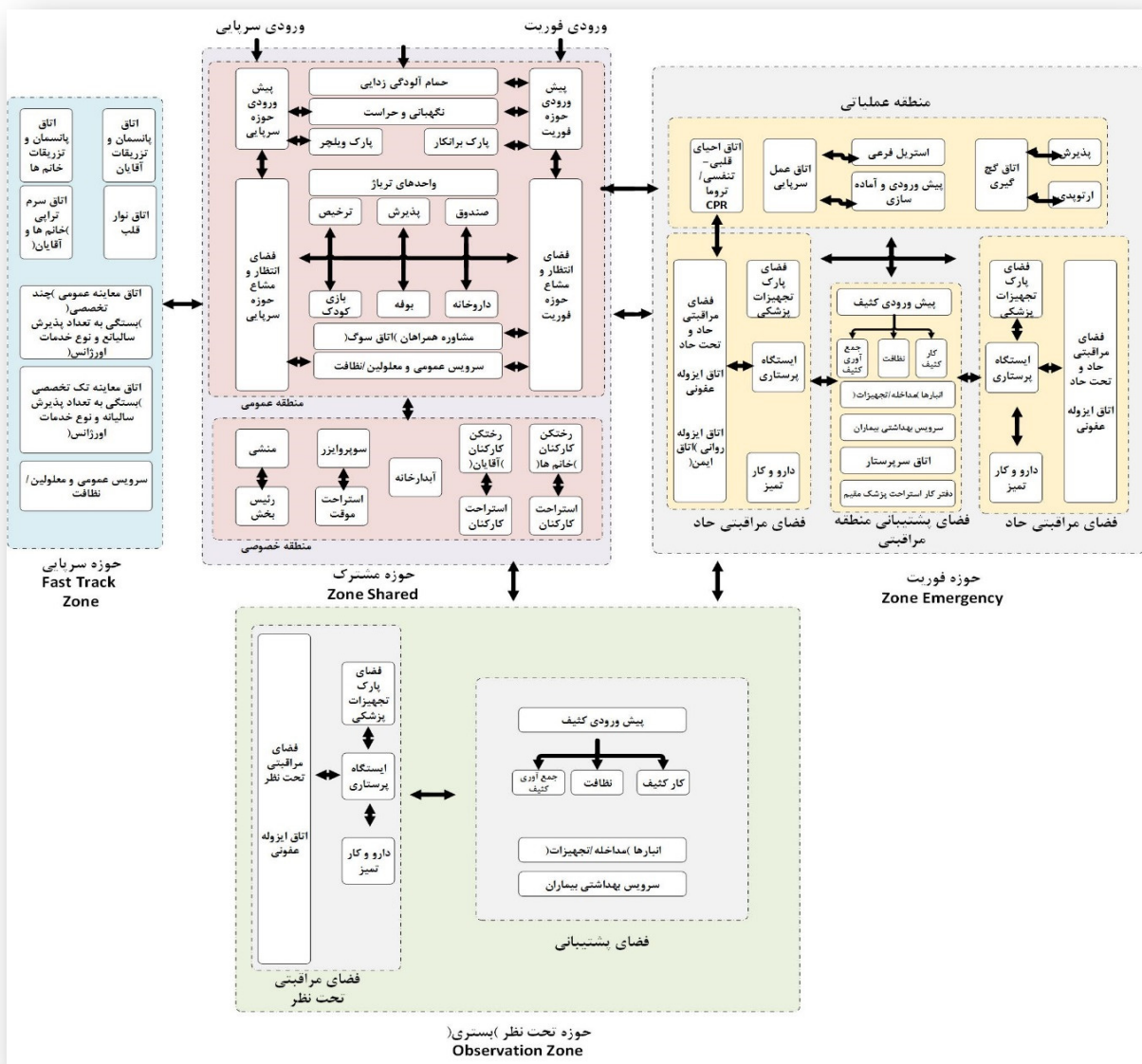
و- انعطاف پذیری و طرح توسعه اورژانس

با توجه به لزوم ارتقای کارایی عملکردی بخش اورژانس بدلیل عواملی همچون رشد جمعیت، افزایش تعداد بیماران، افزایش متوسط سن جمعیت، افزایش تعداد بیماران سرپایی، اپیدمی ها، بحران ها و ... بایستی امکان انعطاف پذیری و توسعه آتی بخش اورژانس (Surge Capacity) را بر اساس نیازهای مقتضی، در برنامه ریزی و طراحی آن میسر ساخت.

نیاز به اعمال تغییرات و توسعه فیزیکی بخش اورژانس به دو گروه اصلی تقسیم می شود که در هر کدام به اقتضای شرایط مربوطه، ویژگی های متفاوتی در نحوه انعطاف پذیری و توسعه بخش اورژانس دنبال می شود.

۹ دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس نسخه ۰۷ ابلاغیه شماره ۲۴۹۹۱/ ۴۰۰ مورخ ۹۹/۱۲/۲۶

- تغییرات کوتاه مدت و موقت که در شرایط بحرانی متأثر از عوامل طبیعی یا انسانی مورد توجه قرار می گیرد.
- تغییرات بلند مدت و دائمی: در این خصوص عامل اصلی که نیاز به انعطاف پذیری و گسترش اورژانس را ملزم می سازد، تغییراتی است که در میزان پذیرش سالیانه اورژانس صورت می گیرد. در واقع از آن جا که افزایش پذیرش سالیانه اورژانس اجتناب ناپذیر است، لذا موضوع طرح گسترش بخش اورژانس امری طبیعی است که باید به آن توجه نمود.



شکل شماره ۱- نمودار ارتباطی فضاهای اورژانس بیمارستان

اصول و الزامات نیروی انسانی بخش اورژانس

الف- تیم مدیریتی بخش اورژانس

رئیس بخش اورژانس، متخصص مقیم اورژانس، سرپرستار بخش اورژانس و سوپروایزر تیم مدیریتی بخش را تشکیل می‌دهند و می‌بایست با لحاظ نمودن آیین نامه های کشوری، استراتژی ها و مصوبات دانشگاهی و نیز در نظر گرفتن شرایط موجود بیمارستان، در جهت گردش کار مناسب و ارائه خدمت به بیماران، بهترین اقدام را انجام دهند.

رئیس بخش اورژانس:

با توجه به اهمیت و نقش کلیدی ارائه خدمات در بخش اورژانس بیمارستانی در ساماندهی و تعیین تکلیف به موقع بیماران به ویژه در شرایط بحران که در اثر بخشی خدمات در همه بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی بیمارستان تاثیر به سزایی دارد، بخش اورژانس نیازمند مسئول فنی به عنوان متولی و پاسخگوی در دسترس می باشد لذا رئیس بخش اورژانس به عنوان مسئول فنی اورژانس در نظر گرفته می شود. بدیهی است ضمن پاسخگویی مطابق شرح وظایف ذیل، جهت تعیین حق الزحمه ثابت (یا درصدی از کارانه معادل گروه بالینی)، مشابه مسئولین فنی سایر بخش های بیمارستان، در کمیسیون ماده ۲۰ تصویب و اجرا می گردد.

شرح وظایف رئیس بخش اورژانس بیمارستان:

- اطمینان از اجرای استانداردها به منظور ارتقاء شاخص های ملی بخش اورژانس
- اطمینان از اجرای سیاستهای ابلاغی در خصوص دارو، تجهیزات، فضای فیزیکی، مدیریت تخت، نیروی انسانی و مدیریت فرایندهای بخش اورژانس
- تعریف گردش کار و به روزرسانی فرایندهای گردش کار مطابق بخشنامه ها و قوانین موجود و تقسیم وظایف پرسنل و واحدهای مختلف اورژانس
- مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور محوله به پرسنل بخش اورژانس در شیفت های کاری
- مدیریت متمرکز درون بخشی واحدهای زیر مجموعه اورژانس مشتمل بر حوزه درمان، مشترک، پشتیبانی، پاراکلینیک و سایر واحدهای موجود
- نظارت بر عملکرد تمامی پرسنل بخش اورژانس به منظور اطمینان از عملکرد بهنگام و موثر واحدهای مختلف اورژانس و ارائه بازخورد متناسب به پرسنل و همچنین نظارت بر میزان پرداخت کارانه عملکردی پرسنل غیر پزشک بخش اورژانس
- شناسایی و اولویت بندی نیاز های بخش اورژانس به منظور تامین اعتبارات مورد نیاز
- پیگیری تامین امکانات و تجهیزات مورد نیاز بخش اورژانس
- مدیریت اعزام و ارجاع بیماران بر اساس سطح بندی بیمارستان
- پیگیری استقرار پرسنل پزشکی و پیرا پزشکی متناسب با تعداد تخت بستری بخش اورژانس و ورودی سالانه
- رئیس بخش اورژانس موظف است به عنوان دبیر جلسات کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی در خصوص تنظیم Policy Procedure اورژانس بیمارستانی و ارتباط عملیاتی با سایر بخش های بیمارستانی، اقدام نماید.
- برنامه ریزی و مدیریت تشکیل به موقع و ماهیانه کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان
- رصد و پایش مقادیر شاخص های فرایندی اورژانس بیمارستان و آسیب شناسی مشکلات اورژانس و ارائه گزارش ماهانه و فصلی به کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی
- اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان و صیانت از حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت

- مشارکت در کمیته های مختلف بیمارستانی در جهت تسریع و افزایش تعامل با بخش های دیگر با هدف ارتقا فرایندهای مشترک
- هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت برگزاری سالانه دوره های آموزشی مدون ویژه پزشکان عمومی شاغل در بخش اورژانس در خصوص خدمات فوریتهای جهت بیماران شایع اورژانس
- بررسی عملکرد بالینی پزشکان عمومی و سایر متخصصین طب اورژانس توسط ریاست بخش اورژانس و اعلام بازخورد ماهیانه به ایشان و کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی
- هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت بهره مندی از استقرار متناسب نیروهای انتظامات جهت حفظ و صیانت بیماران، پرسنل و مراجعین و پیشگیری از خشونت احتمالی در اورژانس و مدیریت ازدحام
- نظارت و افزایش پاسخگویی مستمر و شبانه روزی به ویژه در زمان بحران ها
- ایجاد تعامل و هماهنگی های درون و برون بخشی در شرایط عادی و بحرانی (معاونت درمان و EOC دانشگاه و...)
- استفاده از فناوری های نوین برای تسهیل و تسریع در انجام امور و ارائه خدمات
- نیاز سنجی و همکاری در انجام پژوهش های کاربردی در حوزه مدیریت بخش اورژانس بیمارستانی

شرایط احراز ریاست بخش اورژانس به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

- در بیمارستانهای جنرال دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب اورژانس (ارجحیت با افرادی است که دوره توانمند سازی مدیریت بخش اورژانس بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت را گذرانده باشند).
- در بیمارستانهای جنرال در صورت نبود متخصص طب اورژانس:
الف- یکی از متخصصین مقیم با اولویت رشته های داخلی یا جراحی عمومی حداقل دو سال سابقه کار در بخش اورژانس
ب- پزشک عمومی با ۳ سال سابقه کار مداوم در بخش اورژانس
- در بیمارستان های با گرایش تک تخصصی اولویت دارا بودن مدرک تخصصی مرتبط

ب- تیم بالینی بخش اورژانس

- پزشک متخصص طب اورژانس
 - پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان
 - پزشک عمومی
- مسئولیت معاینه، تشخیص و درمان بیماران از لحظه تریاژ تا خروج از بخش اورژانس بر عهده تیم پزشکی اورژانس می باشد. مطابق سنجه های اعتبار بخشی، حضور بی وقفه و بلا انقطاع پزشک در بخش اورژانس ضروری است. در صورت عدم امکان تامین نیروی متخصص طب اورژانس، حضور حداقل پزشک عمومی آموزش دیده^{۱۰} در بخش اورژانس تمام بیمارستان های جنرال ضروری است و در بیمارستان های با گرایش تک تخصصی حضور بی وقفه و شبانه روزی متخصص مقیم رشته مربوطه/ دستیار تخصصی الزامی می باشد.

^{۱۰} عناوین دوره های آموزشی مطابق آخرین بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت

ج- تیم احیا

مدیریت احیا در تمامی بیمارستان حاضر در بخش اورژانس در هر مرحله از مراقبت درمانی برعهده متخصص طب اورژانس است و در صورت عدم امکان حضور متخصص طب اورژانس، مسئولیت با پزشکان متخصص مقیم بیمارستان با اولویت رشته تخصصی بیهوشی و یا پزشکان عمومی آموزش دیده می باشد.

با توجه به ضرورت حضور دائمی و بی وقفه متخصص طب اورژانس در بخش های اورژانس بیمارستان، در بیمارستان بستری بخش های بیمارستان اعم از بخش های ویژه، بخش های عادی، بخش های دیالیز و پاراکلینیک، مدیریت و مسئولیت احیا با متخصص بیهوشی مقیم بیمارستان بوده و در صورت عدم امکان حضور با متخصص داخلی یا قلب مقیم و در صورت عدم وجود متخصص مقیم، مسئولیت و مدیریت احیا با پزشک عمومی مسلط به عملیات احیا می باشد. در بیمارستان های با گرایش تخصصی کودکان، اولویت این امر با رشته تخصصی مربوطه می باشد و در بیمارستان های واجد بلوک زایمان و بخش زنان، سرپرستی تیم احیا نوزادان با پزشک متخصص آموزش دیده دوره های پیشرفته احیا نوزادان می باشد.

بدیهی است پزشک سرویس تخصصی مسئول بیمار در صورت مقیم بودن می بایست بلافاصله در زمان احیا بر بالین بیمار حاضر گردد و در صورت آنکال بودن مطابق با ضوابط آنکالی بر بالین بیمار ناپایدار بعد از احیاء حاضر گردد.

د- متخصص مقیم بخش اورژانس

در تمامی بیمارستان های کشور (دولتی/عمومی غیر دولتی/خصوصی/خیریه) اگر بار مراجعات سالانه اورژانس بالای ۳۰ هزار بیمار باشد و یا ۲۰٪ بیماران این بیمارستان ها (حداقل ۶ هزار نفر در سال) نیازمند بستری در بخش اورژانس و واجد تشکیل پرونده اورژانس باشند، پوشش متخصصین طب اورژانس به صورت ۲۴ ساعته الزامی می باشد.

با توجه به لزوم استقرار متخصصین مقیم در بخش اورژانس با اولویت متخصص طب اورژانس/ داخلی/ جراحی (مطابق با سنجه های اعتبار بخشی^{۱۱})، فرایند ویزیت و مدیریت اقدامات تشخیصی و درمانی و تعیین تکلیف بیمارستان برعهده متخصصین مقیم اورژانس می باشد. حضور موظف، مداوم و بی وقفه پزشک متخصص مقیم اورژانس در بخش اورژانس الزامی می باشد. بدیهی است در بخش اورژانس بیمارستان هایی که شرایط استقرار متخصص مقیم ندارند حضور بلاانقطاع و مداوم پزشک عمومی ضروری است. تمام بیمارستان بستری در بخش اورژانس باید پیش از ترخیص یا اعزام یا انتقال به بخش، توسط پزشک مقیم مربوطه، ویزیت شده باشند. در بیمارستان هایی که واجد شرایط مقیمی هستند پزشکان مقیم از رشته های مورد نیاز و با تواتر بالای بیمار فوریت مرتبط، باید اتاق محل استقرار آن ها در عصر و شب در مجاور بخش اورژانس بوده و فقط در صورت نیاز به اتاق عمل و بخش های مرتبط جهت ویزیت، اورژانس را ترک نمایند. در بیمارستان های آموزشی این افراد رزیدنت ارشد همان رشته می باشند. جا به جایی بیمارستان بین واحد های مختلف اورژانس صرفا با نظر پزشک متخصص مقیم اورژانس انجام می گردد.

ه- پزشک متخصص آنکال

مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی^{۱۲} در تمامی بیمارستان ها برحسب نوع فعالیت بیمارستان، باید برای رشته های تخصصی دارای مجوز در همان بیمارستان، خدمت شبانه روزی اورژانس از طریق برنامه آنکالی ارائه شود.

پزشک مقیم اورژانس، پس از ویزیت و شروع اقدامات تشخیصی و درمانی بیمار در بخش اورژانس، بنا به ضرورت و شرایط بالینی بیمار، دستور فراخوان پزشک آنکال سرویس تخصصی را مکتوب می نماید. در صورت درخواست مشاوره آنی (Emergent) برای

^{۱۱} استاندارد های اعتبار بخشی ملی بیمارستان ها- ویرایش چهارم، ابلاغی به شماره ۲۹۳۳/۴۰۰ مورخ ۹۸/۲/۱۸

^{۱۲} دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان در بیمارستان های کشور

بیمار ناپایدار، فراخوان پزشک آنکال توسط پزشک مقیم اورژانس و در خصوص سایر مشاوره‌ها، توسط پرستار مسئول شیفت و در مرکز آموزشی درمانی بر عهده دستیار تخصصی همان رشته است.

در صورت طولانی شدن روند درمان در بخش اورژانس و عدم تعیین سرویس نهایی بیمار تا پایان شیفت، برای انتقال بیمار به بخش مربوطه، پزشک آنکال مکلف است ضمن حضور بر بالین بیمار، اطلاعات تشخیصی و درمانی بیمار را بصورت مکتوب به پزشک آنکال شیفت بعد انتقال دهد.

زمان تماس با پزشک آنکال، باید توسط پرستار مسئول شیفت یا سوپروایزر بیمارستان در پرونده بیمار ثبت گردد. پس از اطلاع یافتن پزشک آنکال از وضعیت بالینی بیمار، مسئولیت درمان بیمار بر عهده وی می باشد. اجرای نظرات پزشک آنکال/مشاور فقط با تأیید کتبی پزشک معالج قابل انجام است.

ضروری است ویزیت بیماران بخش اورژانس بیمارستان در اولویت زمانی نسبت به سایر امور آموزشی و درمانی پزشکان مراکز آموزشی درمانی قرار گیرد.

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

و-مدیریت نیروی انسانی بخش اورژانس

تکمیل نیروی تخصصی مورد نیاز اورژانس در اولویت چیدمان پرسنلی بیمارستان قرار دارد. چینش نیروی انسانی متأثر از سطح بندی بیمارستان، تعداد تخت و نوع مراقبت، بار مراجعه اورژانس و سختی کار در واحد های مختلف از قبیل: احیا، درمان حاد، تحت نظر، تریاژ و ... و تعدیل ساعت کار در بخش اورژانس بیمارستانی می باشد^{۱۳}.

نکته: شرح وظایف جامع هر یک از سطوح و رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در بخش اورژانس مطابق آخرین ابلاغیه مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت می باشد^{۱۴}.

- اختصاص حداقل یک پرستار در اتاق تریاژ به عنوان مسئول تریاژ در تمامی اورژانس های بیمارستانی الزامی است.
- در بیمارستان های با مراجعه بیش از ۳۰ هزار نفر در سال حضور سوپروایزر مقیم در اورژانس بدون وظایف دیگر الزامی است و در سایر بیمارستان ها سوپروایزر بالینی وظایف مرتبط را عهده دار خواهد بود. همچنین در این اورژانس ها، به فراخور شیفت، حضور پرستار خوش آمدگو (Welcome Nurse) برای هماهنگی بین واحدهای اورژانس، کشف بیماران بدحال، ایجاد نظم و نسق در ویزیت ها و آرایه خدمات درمانی الزامی است.
- استقرار حداقل یک بیمار بر در واحد تریاژ در اورژانس های با ورودی بیش از ۳۰ هزار نفر بیمار سالانه الزامی است و در سایر بیمارستان ها دسترسی بهنگام به بیمار بر واحد تریاژ ضروری است.
- در مراکزی که ورودی اورژانس بالای ۳۰ هزار نفر در سال داشته و یا تعداد تخت بستری اورژانس بیش از ۳۰ تخت می باشد، با بکارگیری دو نیروی متخصص طب اورژانس و یا یک نیروی پزشک عمومی تحت نظارت متخصص طب اورژانس در هر شیفت، پوشش خدمات اورژانس صورت پذیرد.

^{۱۳} درخصوص بهره‌مندی پزشکان از قانون بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت مطابق بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۸۹۹۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۱۵ وزارت بهداشت درخصوص بهره‌مندی پزشکان شاغل در بخش اورژانس: مطابق ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری، پزشکان مشمول در صورت دارا بودن تمامی شرایط، می توانند از تسهیلات قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت و آیین نامه اجرایی آن برخوردار شوند.

^{۱۴} شرح وظایف جامع سطوح و رده های پرستاری (مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه)، چاپ اول، ۱۳۹۶

عنوان و سطح تخصص تیم ارائه دهنده خدمت				
عنوان تخصص	میزان تحصیلات مورد نظر	سابقه کار یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرآیند ارائه خدمت	تعداد مورد نیاز بطور استاندارد
پزشک متخصص مقیم اورژانس	تخصص طب اورژانس	دوره تحصیلی مصوب مطابق کوریکولوم	ارائه خدمات بالینی و رهبری بخش به عنوان جانشین رئیس بخش	در هر بیمارستان درمانی حداقل پنج نفر متخصص طب اورژانس به طور ثابت لحاظ می شود و سپس به ازای هر ۱۰ تخت بستری اورژانس یک نفر به مجموعه اضافه می شود. در هر بیمارستان آموزشی حداقل هشت نفر متخصص طب اورژانس به طور ثابت لحاظ می گردد. تبصره: در بیمارستان های تک تخصصی بجای متخصص طب اورژانس، متخصص رشته مربوطه جایگزین می شود.*
پزشک عمومی مقیم اورژانس	پزشکی عمومی	دوره تحصیلی مصوب مطابق کوریکولوم	ارائه خدمات بالینی	در هر بیمارستان درمانی حداقل پنج نفر به طور ثابت لحاظ می شود و سپس به ازای هر ۱۰ تخت بستری اورژانس یک نفر به مجموعه اضافه می شود (در صورت نبود متخصص طب اورژانس).
رئیس بخش	تخصص/ عمومی	حداقل ۲ سال سابقه کار پزشکی در بخش اورژانس جهت متخصص و ۳ سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت پزشک عمومی	رهبری بخش به عنوان مقام ارشد مسئول	یک نفر به ازاء هر بخش در نظر گرفته شود.
سوپروایزر	کارشناس یا ترجیحا کارشناس ارشد و بالاتر	حداقل ۶ سال سابقه کار در بالین و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت کارشناس ارشد پرستاری حداقل ۸ سال سابقه کاری در بالین و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس جهت کارشناس پرستاری	مدیریت تخت در شیفت کاری و هماهنگی بین بخشی	یک نفر در هر شیفت در نظر گرفته شود. (در اورژانس های با ورودی بالای ۳۰ هزار نفر مراجعه کننده در سال)
سر پرستار	کارشناس/ کارشناس ارشد و بالاتر	کارشناس ارشد ۴ سال تجربه در بالین و ۲ سال سابقه کار در اورژانس به عنوان پرستار کارشناس پرستار حداقل ۵ سال سابقه کار در بالین و ۲ سال تجربه در بخش اورژانس به عنوان پرستار	مدیریت بخش و مسئولیت شیفت بالینی در رشته پرستاری و سایر رده های غیر پزشکی	یک نفر به ازاء هر بخش در نظر گرفته شود.
جانشین سر پرستار	کارشناس	حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس به عنوان پرستار حداقل ۴ سال سابقه کاری	کمک در مدیریت بخش و امور محوله به سر پرستار	یک نفر به ازاء هر بخش در نظر گرفته شود.
پرستار	کارشناس	حداقل ۳ سال سابقه کاری در بالین	ارائه خدمات بالینی مصوب پرستاری	برای اورژانس با توجه به تعداد تخت، متوسط بیماران بستری شده به تفکیک سطوح تریاژ و متوسط اقامت بیماران با ۹۰٪ اشغال تخت بصورت میانگین با ضریب ۱.۷۶ در هر شبانه روز در نظر گرفته شود.
پرستار تریاژ	کارشناس	حداقل ۵ سال سابقه کاری در اورژانس	سطح بندی بیماران اورژانس	حداقل ۱ نفر به ازای هر بخش در هر شیفت در نظر گرفته شود.
کمک بهیار	دیپلم	داشتن مدرک کمک بهیاری آشنایی با اصول کار در بخش	ارائه خدمات بالینی و غیر بالینی مصوب	یک نفر به ازای هر ۴.۵۷ تخت در نظر گرفته شود.
منشی	دیپلم/مدیریت اطلاعات سلامت(مدارک پزشکی)	آشنایی با اصول نگهداری و بایگانی پرونده های بیماران	نگهداری و بایگانی پرونده ها	در یک بخش به ازای ۳۰ تخت یک منشی در هر شیفت در نظر گرفته می شود که به طور معمول به ازای هر ۱۰۰۰ بیمار بستری شده در ماه محاسبه می شود. (سقف ۵ نفر)
بیماربر	دیپلم	آشنایی با اصول نقل و انتقال ایمن بیماران	نقل و انتقال بیمار و ارسال نمونه به آزمایشگاه	به ازای هر ۸ تخت ۱ نفر در نظر گرفته شود.
خدمات	دیپلم	آشنایی با محلول های ضد عفونی کننده	نظافت کلی بخش	در یک بخش به ازای ۳۰ تخت حداقل یک نفر در هر شیفت در نظر گرفته می شود.

مدیریت بخش اورژانس و تخت های بستری

فرایند مدیریت بخش اورژانس در تمام سطوح تریاژ و همه فضاهای بخش به صورت یکپارچه و در امتداد یکدیگر انجام می شود و تمام دستیاران و کارورزان شاغل در اورژانس چه از رشته اورژانس و یا از سایر رشته ها باید زیر نظر متخصص طب اورژانس باشند و کارنامه عملکردی ماهانه دریافت کنند.

فضای تحت نظر در بیمارستان های آموزشی دارای دستیار، با حضور اعضای هیات علمی آموزشی و تحت مدیریت یکپارچه اورژانس ارائه خدمت می نماید و در بیمارستان های درمانی گردش کار درمانی و اجرایی با پزشک متخصص مسئول شیفت بخش اورژانس می باشد. این پزشکان مکلفند با ویزیت مرتب بیماران بخش، نسبت به تعیین تکلیف نهایی بیماران بستری یا ترخیص بیماران تعیین تکلیف شده با ماندگاری طولانی اقدام نمایند، این بیماران باید حداقل روزانه ویزیت شوند.

پزشک متخصص مسئول بخش اورژانس، مدیر تخت (Bed Manager) اورژانس می باشد. در صورت عدم حضور رئیس بخش در شیفت کاری، این اختیار به متخصص مقیم بخش اورژانس تفویض می گردد. در هر صورت تمام پزشکان اعم از درمانی و هیات علمی که بیماران سرویس مربوطه را در بخش اورژانس دارند، از این مدیریت تبعیت می نمایند.

پیگیری سیر درمان بیمار (Patient Flow) نظارت مستقیم بر جریان حضور بیماران از زمان پذیرش در اورژانس تا بستری در سایر بخش ها، ترخیص، اعزام و رضایت شخصی از اورژانس بیمارستان به عهده پزشک مسئول بخش اورژانس بعنوان مدیر تخت میباشد.

گروه مدیریت تخت های بستری

گروه مدیریت تخت، مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران (Patient Flow) از لحظه ورود به اورژانس/پذیرش تا ترخیص از بیمارستان را به عهده دارد. این گروه با بازبینی مدیریت پارامترهای پایش عملکرد در بخش های بستری (از جمله ضریب اشغال تخت، طول مدت اقامت، و نیز اندیکاسیون های بستری در بخش های بستری) و بررسی دقیق موانع موجود در بستری بیماران، سیاست های گردش کاری مناسب در راستای مدیریت تخت بیماران بستری را فراهم و پروتکل های مورد نیاز برای تخصیص تخت و تعیین سرویس های تخصصی را تدوین و توسط رئیس بیمارستان ابلاغ می نماید. در این پروتکل ها شرایط ازدحام بخش اورژانس و اقدامات متعاقب آن در سطح بیمارستان تعیین می شود.

اعضای گروه مدیریت تخت همان اعضای اصلی کمیته ارتقای اورژانس بیمارستان می باشند. جلسات گروه مدیریت تخت بستری بیمارستان با حضور اعضا، حداقل ماهانه یک بار جهت ارزیابی فرایند پذیرش تا ترخیص بخش ها با حضور ریاست بیمارستان برگزار می شود و مصوبات آن باید به معاونت درمان دانشگاه ارسال گردد.

مدیر تخت اورژانس

- در هر بیمارستان برای هر شیفت کاری مسئولیتی تحت عنوان مدیر تخت های بستری اورژانس بیمارستان تعریف می شود که ابلاغ مستقیم از ریاست بیمارستان دارد. مدیر تخت بستری اورژانس با مشارکت اجرایی سوپروایزر شیفت، وظیفه تخصیص تخت بخش های بستری برای بیماران تعیین تکلیف شده را بطور مستمر و شبانه روزی به عهده دارد. وی باید از وضعیت کلی همه بیماران بستری در اورژانس مطلع باشد.
- مدیر تخت های بستری در بیمارستان های دارای متخصص طب اورژانس، متخصص مربوطه در آن شیفت می باشد و در سایر بیمارستانها، متخصص داخلی یا متخصص جراحی مقیم عهده دار این مسئولیت می باشد. بدیهی است در بیمارستان های تک تخصصی، متخصص مقیم اورژانس گروه تخصصی مربوطه در آن شیفت، مسئول این کار خواهد بود.
- بستری بیماران الکتیو در بخش ها با هماهنگی مدیر تخت انجام می شود و تا زمانی که بیماران نیازمند بستری در یکی از بخش های بیمارستان، در اورژانس حضور دارند پذیرش و بستری بیماران غیر اورژانسی (الکتیو) نباید انجام پذیرد.

- سامانه پذیرش بیماران و اجازه پذیرش بیمار در بخش های بستری بیمارستان غیر از اورژانس باید به صورت شبانه روزی به نحوی مدیریت گردد که بستری بیمار جدید در بخش پس از اطلاع رسانی به مدیر تخت بیمارستان / سوپروایزر شیفت و تایید ایشان امکان پذیر گردد. این فرایند فارغ از مداخله پزشکان گروه های تخصصی بوده و باید با هماهنگی سرپرستار بخش های مختلف بستری با مدیریت پرستاری و مدیر تخت بیمارستان صورت پذیرد.
- در هر شرایطی اولویت بستری بیماران در تخت های خالی بخش ها و ارائه خدمات پاراکلینیک و جراحی، با بیماران بستری در بخش اورژانس است.
- در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش های مربوطه، پذیرش و بستری بیمارانی که با نظر متخصص از مطب یا درمانگاه، به اورژانس مراجعه می نمایند، با نظر متخصص مقیم اورژانس (Bed Manager) و پس از تایید ایشان مبنی بر غیر اورژانسی بودن بیمار، پس از توضیحات لازم به بیمار و به منظور پذیرش در روز آتی و یا قرار گرفتن در لیست انتظار بستری در بخش مربوطه، ضمن ترخیص به واحد مرتبط ارجاع می شود.
- چنانچه بیمار نیازمند دریافت خدمت از سرویس های تخصصی مختلف باشد بر اساس اولویت، سرویس تخصصی اصلی توسط متخصص مقیم بخش اورژانس تعیین می گردد و سایر سرویس ها به عنوان مشاور ارائه خدمت می نماید.
- در صورت وجود تخت خالی در بخش های بیمارستان، بیماران پس از ویزیت متخصص مربوطه، بلافاصله به بخش های بستری بیمارستان منتقل می گردند. در صورت نبود تخت خالی در بخش های بیمارستان و ماندگاری بیمار در اورژانس، مسئولیت این بیماران تا زمان انتقال به بخش تخصصی بر عهده سرویس تخصصی مربوطه می باشد.
- در صورت انجام اقدامات درمانی اورژانسی بر اساس اندیکاسیون های علمی در بخش اورژانس توسط پزشک مقیم اورژانس، پس از تعیین تکلیف و انتقال بیمار به سرویس تخصصی مربوطه، پیگیری اقدامات مذکور و مسئولیت قانونی بیمار به عهده سرویس معالج می باشد.
- لازم است در پایان هر شیفت، بیماران با ماندگاری بالای ۱۲ ساعت در اورژانس با مداخله مدیر تخت اورژانس (متخصص مقیم شیفت) و سوپروایزر شیفت، در اولویت انتقال به بخش های بستری قرار گیرند.
- سوپروایزر اورژانس و یا سوپروایزر بیمارستان، باید نظارت مستمر بر وضعیت ارائه خدمات بالینی به بیماران بد حال را در هر شیفت، داشته باشد.
- مدیر تخت بستری بیمارستان مکلف است روزانه یک بار با مشارکت مدیر دفتر پرستاری روند پذیرش و ترخیص همه بخش ها را ارزیابی کرده و در صورت لزوم از طریق گروه های تخصصی مداخله نماید.
- گزارش ویزیت روزانه متخصصان و موارد عدم مراجعه پزشکان متخصص جهت ویزیت بیماران بخش اورژانس، توسط سوپروایزر به رئیس بخش اورژانس (مسئول فنی) و در نهایت به رئیس بیمارستان اعلام گردد. مسئولیت رسیدگی به این موارد بر عهده رئیس و گروه مدیریت تخت بیمارستان خواهد بود.
- مشکلات موجود در عدم تخلیه اورژانس باید توسط مدیر تخت اورژانس به صورت ماهانه به گروه مدیریت تخت بیمارستان اعلام گردد تا جهت برطرف شدن مشکلات، تصمیم گیری شود.
- رئیس بیمارستان باید روند بستری بیماران در بخش اورژانس و انتقال بیماران از اورژانس به سایر بخشها را بطور روزانه بررسی نماید.
- روند تعیین تکلیف بیماران اورژانس، باید در نظارت های منظم و مدون اداره اورژانس بیمارستانی ستاد معاونت درمان دانشگاه از بخش اورژانس بیمارستان ها، بررسی و پایش شود.
- اولویت پذیرش بیماران در درمانگاه های تخصصی جهت پیگیری روند درمان (Follow up) با بیماران ترخیصی و ارجاعی از بخش اورژانس بیمارستان است و ساز و کار این موضوع نیز می بایست در Policy Procedure بیمارستان تعیین گردد. بدیهی

است برای بیمارانی که پروسیجر تهاجمی ایشان توسط متخصص مقیم اورژانس انجام گرفته است نیز، پیگیری روند درمان (Follow up) بر عهده سرویس های تخصصی و فوق تخصصی مرتبط می باشد.

مدیریت بحران

- فعال ترین قسمت بیمارستان در بحران، بخش اورژانس می باشد.
- در تمام بیمارستان ها می بایست پروتکل های لازم و برنامه ریزی های مربوط به پذیرش و تریاژ با نظارت رئیس بخش اورژانس و بر اساس دستورالعمل «تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه» و سایر دستورالعمل های مرتبط صورت پذیرد.
- در نظر گرفتن ستاد فرماندهی عملیات بحران برای تمامی بیمارستان ها الزامی است. با توجه به ضرورت مدیریت حوادث، ستاد حوادث غیرمترقبه در حوزه ریاست بیمارستان تشکیل می گردد.
- با توجه به افزایش چند برابری مقطعی در میزان پذیرش اورژانس در شرایط بحرانی، لزوم تغییرات کوتاه مدت و موقت و تخصیص فضای مناسب برای مدیریت و کاهش فشار جمعیت مورد توجه قرار می گیرد.
- در شرایط بحرانی می بایست امکان تبدیل کلیه تخت های اورژانس با قابلیت مشابه تخت های مراقبت ویژه وجود داشته باشد. همچنین در تمام فضاهایی که بیماران در آن حضور دارند، تجهیزات مانیتورینگ و وسایل مراقبت های مورد نیاز پیش بینی و تامین شود.
- کمیته های ارتقا خدمات اورژانس و کمیته بحران و مدیریت خطر بیمارستان، می بایست براساس سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی (HICS¹⁵) و برنامه پاسخ اورژانس بیمارستانی (EOP¹⁶) مناطق ذیل واحد عملیات به همراه جانمایی دقیق آن شامل تریاژ و مناطق ارائه خدمات به بیماران را مشخص نمایند. همچنین برنامه ریزی جهت تامین حداقل ۳۰٪ پذیرش بیش از ظرفیت معمول (Surge Capacity) صورت پذیرفته و تمرین های لازم جهت ارتقای میزان آمادگی و رفع نواقص و برنامه ریزی عملیاتی صحیح اجرا گردد.
- در فرآیند عملیاتی در مدیریت بحران، فضای پشتیبان مناسب برای بستری در مجاورت اورژانس در نزدیک ترین بخش ها جهت ارائه خدمت در مواقع اضطراری در نظر گرفته شود.
- به منظور مدیریت ازدحام در بخش اورژانس به ویژه در مواقع بحران و تعدد بیماران بد حال بصورت همزمان، بر اساس تعداد پزشکان مقیم در اورژانس (متخصص طب اورژانس، پزشک عمومی اورژانس و سایر تخصص ها) و با مدیریت و صلاحدید متخصص طب اورژانس در اولویت بندی ویزیت بیماران، علاوه بر پزشک مقیم اورژانس، دیگر پزشکان بیمارستان اعم از عمومی و متخصص موظف به همکاری در ویزیت و انجام اقدامات درمانی می باشند.

¹⁵ Hospital Incidence Command System

¹⁶ Emergency Operation Plan

گرددش کار در بخش اورژانس بیمارستان

فرآیند تریاژ

تریاز، اولین واحد قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس می باشد، که عملکرد اصلی آن اولویت بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است و هدف آن تخصیص مناسب ترین منابع در کمترین زمان به نیازمندترین بیماران می باشد. تریاز تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس توسط پرستار آموزش دیده و با الگوی ۵ سطحی ESI IV ضروری است. پس از تعیین سطح تریاز، بیمار به حوزه مورد نظر منتقل و خدمات مقتضی به وی در یکی از حوزه های سرپایی یا بستری ارائه می شود.

لازم است پرستاران واحد تریاز، به منظور اخذ تصمیمات صحیح تر خصوصاً در مواردی که برای تعیین سطح تریاز بیمار ابهام وجود دارد، ضمن مشورت با پزشک اورژانس، از ایشان کسب تکلیف نمایند. در موارد خاص و تریاز مجدد (Retriage) بیمار، در قسمت توضیحات انتهای فرم تریاز، قبل از ویزیت پزشک تغییر سطح تریاز بیمار توسط پرستار تریاز ثبت می گردد. ارزیابی مجدد (Reassess) باید توسط تیم پرستاری برای بیماران سطح ۱ بصورت مداوم و بدون وقفه، برای بیماران سطح ۲ تریاز هر ۱۰ دقیقه و برای بیماران سطح ۳ هر ۳۰ دقیقه انجام گیرد و نتایج آن در پرونده و سامانه HIS ثبت شود.

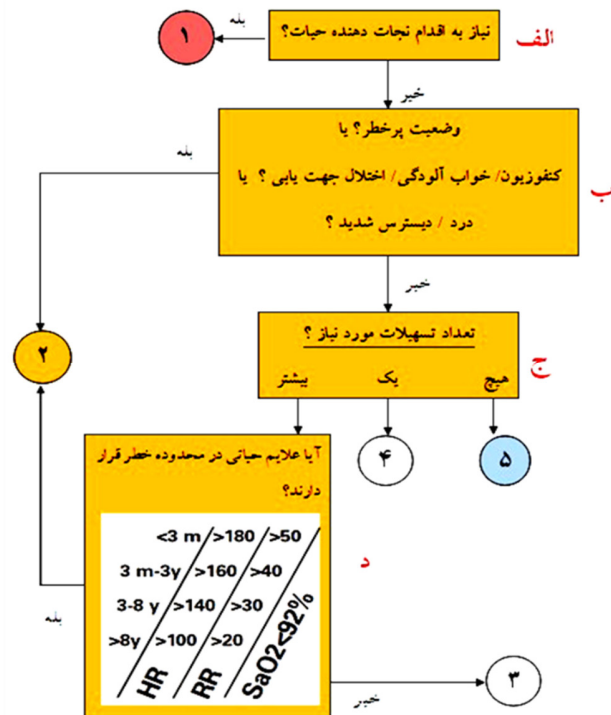
چنانچه پس از تریاز و در جریان اولین ویزیت و ارزیابی پزشک، تغییر در سطح تریاز با نظر متخصص طب اورژانس نیاز باشد، ضمن ذکر دلیل بالینی، این تغییر در کادر توضیحات در پایین صفحه اول فرم تریاز قید شده و توسط پزشک مستند و مهور می گردد و ملاک تصمیم گیری، شرایط جدید بیمار است. در واقع تریاز یک مفهوم با عملکرد پویا می باشد و در مواردی ممکن است سطح تریاز بیمار تغییر کرده و در سطح دیگری از ESI طبقه بندی گردد و بر اساس آن اقدامات لازم انجام پذیرد.

بیماران با سطح یک و دو تریاز ESI که نیازمند تثبیت علائم در واحد احیا (CPR) هستند، پس از تکمیل اقدامات در واحد احیا به دستور پزشک وارد فضای درمان و مراقبت حاد می شوند و بیماران با سطح سه تریاز ESI و بیماران سطح چهار تریاز ESI نیازمند پروسیجر تهاجمی و یا هر بیمار واجد شرایط تشکیل پرونده اورژانس، در بخش تحت حاد اورژانس و سایر بیماران با سطح ۴ و بیماران با سطح ۵ تریاز ESI در واحد سرپایی اورژانس قابل ویزیت و درمان خواهند بود.

در بخش های اورژانس با تعداد ورودی بالا، در صورت ایجاد صف انتظار قبل از انجام تریاز، باید از دو پرستار همزمان در واحد تریاز برای انجام تریاز دولایه (Two Steps Triage) استفاده نمود. در روش دولایه، در حالیکه یکی از پرستاران به روش معمول در حال انجام تریاز بیماران ورودی به واحد تریاز است، پرستار دوم، بیماران با تظاهرات بالینی پرخطر و ناپایدار را فوراً به اتاق احیا یا قسمت حاد هدایت می نماید و صرفاً پیگیر این بیماران می شود.

با توجه به لزوم مدیریت مراجعین بخش اورژانس و پاسخگویی مسئول فنی بخش اورژانس و متخصص مقیم در قبال فرآیند پذیرش و درمان و شکایات احتمالی، ارجاع مستقیم بیمار از واحد تریاز به سایر واحدهای تشخیصی و درمانی یا درمانگاه ها، تنها پس از ویزیت و دستور کتبی پزشک مقیم اورژانس مجاز می باشد.

بیمارانی که از مراکز دیگر پذیرش شده اند نیز می بایست در تریاز بررسی شده و اقدامات لازم جهت تثبیت علائم حیاتی بیماران ناپایدار (عمدتاً سطوح یک و دو تریاز ESI) توسط پزشک مقیم اورژانس و ترجیحاً با حضور پزشک پذیرش دهنده صورت پذیرفته و سپس، به بخش مربوطه منتقل شوند.



شکل شماره ۲- الگوریتم تریاژ ESI IV

فرآیند پذیرش

با توجه به اینکه فرآیند تریاژ باید در اسرع وقت و با حداقل زمان انتظار انجام شود، پذیرش نهایی باید بعد از تریاژ و در واحد پذیرش اورژانس بیمارستان انجام شود.

براساس قانون مربوطه^{۱۷}، عدم پذیرش و خود داری از ارائه خدمات پزشکی به بیماران اورژانس توسط بیمارستان ها (اعم از عمومی، دولتی و خصوصی)، با هر عنوانی خلاف مقررات بوده و برخورد قانونی با تخلفات در این زمینه از سوی دانشگاه ضروری است. پذیرش و بستری بیماران بخش اورژانس در سایر بخش های بیمارستان، نسبت به بیماران الکتیو در اولویت قرار دارد.

پذیرش در بخش اورژانس بیمارستانی عمدتاً به سه شکل زیر صورت می پذیرد:

الف- پذیرش بیماران با مراجعه شخصی

واحد تریاژ و پذیرش اورژانس بیمارستان موظف به پذیرش همه بیماران مراجعه کننده به اورژانس و انجام ارزیابی اولیه می باشند. بیمارانی که به علت عدم وجود تخت خالی در بخش های بستری و با نظر پزشک متخصص معالج از مطب یا درمانگاه به اورژانس مراجعه می نمایند می بایست توسط پزشک متخصص اورژانس ارزیابی و در صورت عدم نیاز به بستری اورژانس، ترخیص شوند. بدیهی است سایر بیماران با مراجعه شخصی به بیمارستان، پس از تریاژ، توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت و اقدامات متناسب با سطح تریاژ برای ایشان به عمل می آید.

^{۱۷} قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین جانی مصوب سال ۱۳۵۴ مجلس

ب- پذیرش از اورژانس پیش بیمارستانی

تریاز برای تمامی بیماران انتقال یافته توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) ضروری است. اولویت بین دو بیمار با سطح مشابه تریاز با بیمار منتقل شده توسط EMS می باشد و هیچ بیمارستانی حق تعلل در پذیرش بیماران بدحال منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی، به دلیل شلوغی اورژانس را ندارد.

واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستانی و سایر نیروهای امدادی باید قبل از رسیدن بیمار به اورژانس بیمارستان، وضعیت تمامی بیماران بد حال با شرایط بحرانی (Critical) مانند سکته حاد قلبی یا مغزی (کدهای ۷۲۴ و ۲۴۷)، بیماران در حال احیاء توسط پرسنل EMS (کد ۱۰۹۹)، مادران پرخطر، کودکان بدحال، موارد ترومای شدید، مسمومیت را به منظور ایجاد آمادگی لازم و یا فراهم کردن تجهیزات متناسب یا مشاوره تخصصی، به اطلاع سوپروایزر و یا پزشک مقیم اورژانس برسانند.

آماده کردن تخت برای پذیرش این گونه بیماران در تریاز، و جابجایی اصولی بیمار از برانکاردر آمبولانس ۱۱۵ به تخت اورژانس بیمارستان بر عهده پرستار مسئول شیفت بخش اورژانس و با همکاری پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی می باشد. بیماران سطح ۱ و ۲ ناپایدار تریاز باید در واحد احیا (CPR) به تیم درمانی اورژانس تحویل گردند و بیماران سایر سطوح در بخش اورژانس به پرستار واحد تریاز تحویل گردند.

بیماران با تشخیص احتمالی سکته مغزی توسط تیم اورژانس پیش بیمارستانی، می بایست پس از ورود به واحد تریاز و انجام ارزیابی سریع توسط پرستار و پزشک روی برانکاردر EMS، به تیم پزشکی ۷۲۴ تحویل گردد^{۱۸} (Hand over).

بیماران با تشخیص احتمالی سکته حاد قلبی توسط تیم اورژانس پیش بیمارستانی، و تایید ECG توسط متخصص قلب واحد دیسپچ ۱۱۵ در واحد آنژیوگرافی کت لب تحویل تیم ۲۴۷ میگردند.^{۱۹}

پذیرش بیماران انتقال یافته از طریق اورژانس هوایی (کد ۳۵۰) می بایست بر اساس دستورالعمل های ابلاغی و به سرعت صورت پذیرد.

واحد تریاز و مسئول شیفت اورژانس باید حداکثر همکاری را جهت تحویل بیمار در اسرع وقت (مدت ۵ دقیقه در شرایط معمول و حداکثر ۲۰ دقیقه در ساعات پیک شیفت کاری اورژانس بیمارستان) برای ترخیص آمبولانس داشته باشند. به منظور پیشگیری از توقف آمبولانس های EMS لازم است تجهیزات اختصاصی مورد نظر در دو حوزه اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی بصورت مشابه وجود داشته باشد و تجهیزات مصرفی و بی حرکت سازی جایگزین، تحویل داده شود.

در صورت وجود نابسامانی در ارائه خدمات پیش بیمارستانی (به عنوان مثال انتقال بیمار غیر مرتبط با بیمارستان مربوطه، یا عدم انجام اقدامات پیش بیمارستانی که عوامل اورژانس پیش بیمارستانی موظف به انجام آن هستند)، لازم است موضوع توسط سوپروایزر و مدیر شیفت بیمارستان به واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستانی، اطلاع رسانی و پیگیری گردد. در راستای ارتقا فرایند مستند سازی، لازم است برای کلیه بیماران منتقل شده توسط EMS، پرونده بستری بخش اورژانس تشکیل و اقدامات مورد نیاز انجام و مستند سازی گردد.

ج- پذیرش بیمار از سایر مراکز

بر اساس دستورالعمل جامع اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی^{۲۰}، پذیرش بیماران از بیمارستان ها و مراکز درمانی دیگر توسط سوپروایزر یا مسئول شیفت و با هماهنگی پزشک معالج (مقیم/ آنکال) در مرکز پذیرش دهنده از طریق سامانه پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت درمان وزارت بهداشت (MCMC²¹) انجام می شود.

^{۱۸} دستورالعمل اجرایی مدیریت درمان سکته حاد مغزی

^{۱۹} دستورالعمل اجرایی مدیریت درمان سکته حاد قلبی

^{۲۰} دستورالعمل اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی ابلاغیه شماره ۸۷۹/۴۰ مورخ ۱۳۹۸/۱/۲۴

²¹ Medical Care Monitoring Center

پس از تعیین تکلیف بیمار در بخش اورژانس و تعیین سرویس تخصصی، در صورت عدم امکان ارائه خدمات در مرکز مبدا و لزوم اعزام بین بیمارستانی، این فرایند می بایست توسط پزشک متخصص سرویس مربوطه صورت پذیرفته و ضمن مکتوب و ممهور نمودن دلیل اعزام، با هماهنگی سوپروایزر و ستاد هدایت درمان، از سرویس رشته تخصصی/فوق تخصصی مربوطه در بیمارستان مقصد اخذ پذیرش نماید.

در صورتی که اعزام بین مراکز براساس سطح بندی خدمات و نیروی انسانی تخصصی و تعیین مراکز معین، در ستاد هدایت دانشگاه ها صورت گیرد، سرویس های تخصصی مربوطه در مقصد، موظف به پذیرش بیماران می باشند. اقدامات اولیه جهت پایداری بیمار و بی حرکت سازی های لازم، اقدامات درمانی اولیه، کنترل خونریزی ها و تامین راه هوایی مطمئن می بایست در بیمارستان مبدا صورت پذیرد. مدیریت بیمارستان مبدا مکلف است پرسنل و تجهیزات مناسب و لازم جهت انتقال علمی و استاندارد به بیمارستان مقصد را تامین نماید. تمامی موارد و گزارشات عدم رعایت شرایط مذکور می بایست در کمیته های مربوطه در سطح دانشگاه بررسی و بطور جدی پیگیری گردد.

فرآیند احیا

عملیات احیا از ضروری ترین و حیاتی ترین اقدامات فوریتی درمانی می باشد. بیماران بدحال در بدو ورود، به اتاق احیا منتقل و فرایند احیا آغاز و یا ادامه می یابد. در این اتاق، علاوه بر عملیات احیا قلبی-تنفسی بیماران، پایداری بیمارانی که علائم حیاتی ناپایدار دارند نیز صورت می گیرد. بیماران بخش اورژانس که در طول ماندگاری در اورژانس دچار وخامت شرایط بالینی می شوند نیز به شرط عدم تاخیر در شروع فرایند احیا، به این اتاق منتقل می گردند، با این حال تمام تخت های بخش اورژانس باید قابلیت شروع و تداوم عملیات احیا بیماران را داشته باشند.

فرآیند مراقبت و درمان بیماران در بخش اورژانس

الف- ارزیابی پرستاری بیمار

پس از اینکه بیمار تریاژ و پذیرش گردید، باید بلافاصله متناسب با سطح تریاژ و زمان بندی زیر توسط کادر پرستاری ارزیابی و اقدامات درمانی بیمار به شرح زیر شروع گردد:

- بیماران سطح ۱ بلافاصله
- بیماران سطح ۲ تا مدت ۱۰ دقیقه
- بیماران سطح ۳ تا مدت ۳۰ دقیقه
- بیماران سطح ۴ و ۵ تا مدت ۶۰ دقیقه از زمان ورود

پرستار مسئول مراقبت بیمار باید با وضعیت و طرح درمان وی کاملاً آشنا باشد و به طور منظم وضعیت بالینی، آزمایشات و مشاوره های لازم را به پزشک اطلاع دهد و پاسخگوی پرسش های خانواده بیمار در ارتباط با بیمارشان باشد. بدیهی است که پاسخگوی اصلی در خصوص سوالات تشخیصی و پیش آگهی بیمار، پزشک معالج می باشد.

ب- ارزیابی پزشکی بیمار

برای بیمار سطح ۱ و بدحال سطح ۲ تریاژ، ارزیابی پرستاری و پزشکی بیمار، بلادرنگ و به طور همزمان انجام می شود. در سایر بیماران و در شرایط غیراورژانسی، پزشک می بایست ارزیابی خود را در اولین زمان ممکن از رسیدن بیمار به اتاق معاینه پزشکی یا بخش بستری اورژانس انجام دهد. اقدامات پزشکی شامل موارد زیر است:

• ویژگی:

همه بیماران باید پس از تریاژ، توسط پزشکان مقیم اورژانس ویزیت شوند. در خصوص بیماران ارجاعی از سایر مراکز، که نیازمند بستری در اورژانس می باشند حضور متخصص مربوطه/ دستیار ارشد تخصصی مطابق با ضوابط آنکالی و مقیمی، در کنار پزشک مقیم اورژانس الزامی است. در صورت عدم حضور پزشک پذیرش دهنده، ضمن اطلاع مراتب به سوپروایزر شیفت، پس از تشکیل پرونده بخش اورژانس، بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت و پس از انجام اقدامات مورد نیاز در اورژانس، در سرویس تخصصی مربوطه بستری می گردد.

پس از ویزیت بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس و دستور فراخوان سایر سرویس های تخصصی، می بایست بیمار در اولین فرصت توسط متخصص مربوطه ویزیت شود تا ارائه خدمات اورژانس به سایر بیماران نیازمند خدمات حاد، تسریع گردد. این زمان بر اساس شرایط بالینی بیمار متفاوت است و از ۳۰ دقیقه در موارد آنی (Emergent) تا حداکثر ظرف ۲ ساعت در موارد اورژانسی (Urgent) پس از درخواست ویزیت می باشد.

پس از تعیین تکلیف بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس، اقدامات درمانی سرویس مربوطه در قالب ویزیت تخصصی در اورژانس صورت می پذیرد و هرگونه درخواست مشاوره یا خدمات تشخیصی جدید، باید در بخش بستری سرویس تخصصی مربوطه انجام شود. طبق دستورالعمل ویزیت بیماران اورژانس توسط دستیاران سرویس های تخصصی در مراکز آموزشی درمانی^{۲۲} لازم است دستیار ارشد به عنوان فردی که اختیار تصمیم گیری و تعیین تکلیف بیمار را دارد، در زمان مقرر بیمار را ویزیت نماید. در بخش اورژانس مراکز آموزشی درمانی بایستی بیماران توسط دستیاران سال ۲ و یا بالاتر در تمامی رشته های تخصصی از جمله طب اورژانس ویزیت شوند. دستورات کارورزان و یا دستیاران سال اول با تایید دستیار ارشد/ متخصص مقیم/ اتند کشیک قابلیت اجرا خواهد داشت.

• مشاوره:

اولویت انجام مشاوره های تخصصی با بیماران بخش اورژانس است. انواع مشاوره در اورژانس به دو صورت مشاوره آنی (Emergent) و مشاوره فوریتی (Urgent) تقسیم می گردد. در صورت درخواست مشاوره آنی از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور در صورت مقیم بودن ظرف ۱۰ دقیقه و در غیر این صورت در مدت ۳۰ دقیقه می بایست بر بالین بیمار حاضر گردد. در صورت درخواست مشاوره فوریتی از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور می بایست حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد. مشاوره غیر فوریتی (Non Urgent) به طور معمول در بخش اورژانس صورت نمی پذیرد و پس از دستور انتقال بیمار به بخش مربوطه با دستورات اولیه پزشکی، در بخش مربوطه انجام می شود. در بیمارستانهای آموزشی همه مشاوره ها (تایید معاینات و اظهار نظر نهایی) باید توسط متخصص مقیم یا دستیار ارشد سرویس تخصصی مربوطه انجام گیرد.

تمام دستورات پزشکان مشاور پس از تایید توسط پزشک مسئول بیمار (متخصص طب اورژانس یا پزشک مقیم اورژانس) و با مهر ایشان قابل انجام است. در صورت ویزیت بیمار توسط سرویس تخصصی مربوطه، فقط دستورات اورژانسی پزشک معالج، باید قبل از انتقال بیمار به بخش توسط پرستار اورژانس اجرا گردد.

• اقدامات تشخیصی:

اولویت اقدامات پاراکلینیک و آزمایشات در بیمارستان با بیماران اورژانسی است. انجام آزمایش ها و خدمات پاراکلینیک غیر اورژانس مثل آزمایشات سرویس های فوق تخصصی داخلی و یا انجام رادیولوژی و CT Scan با کنتراست خوراکی و MRI غیر اورژانس، اسکن هسته ای، اسکوپیی های غیر اورژانس منوط به تایید مدیر تخت بخش اورژانس می باشد. جدول زمان بندی شده ارائه نتایج آزمایش های بیماران بخش اورژانس به تیم پزشکی باید در کمیته ارتقا اورژانس بیمارستانی مصوب و در HIS بیمارستانی بصورت مجزا مشخص شود. انجام آزمایشهای تشخیصی در محل ارائه خدمت (Point of Care Testing):

^{۲۲} دستورالعمل ویزیت بیماران اورژانس توسط دستیاران سرویس های تخصصی در مراکز آموزشی و درمانی ابلاغیه تیر ماه ۹۵ معاونت آموزشی

POCT) و تست های سریع، می تواند انجام آزمایش های اورژانس را تسهیل و زمان چرخه کاری آنها را کوتاه تر نماید. پزشک باید از زمان آماده شدن نتایج اقدامات تشخیصی مطلع باشد تا به محض آماده شدن جواب ها بتواند بر مبنای آنها عمل کند. در صورتی که نتایج اقدامات پاراکلینیک در مقادیر بحرانی و خارج از محدوده نرمال قرار گیرد؛ نتایج آن ها با Hotline به پزشک اطلاع رسانی گردد.

فرآیند تعیین تکلیف

پس از ارائه خدمات تشخیصی و درمانی فوری در بخش اورژانس، وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به یکی از حالات ترخیص، ارجاع/ اعزام به سایر مراکز، دستور تداوم اقامت در بخش بستری اورژانس، دستور انتقال به سرویس بستری تخصصی و اعلام فوت مشخص شده و بیمار تعیین تکلیف می گردد. لازم به ذکر است ترخیص با میل شخصی و بدون دستور پزشک در بیماران بستری اورژانس که بهبود نسبی علائم دارند و یا اقدامات تشخیصی درمانی اولیه را دریافت کرده و گروه تشخیصی آنها تعیین شده است نیز از مصادیق تعیین تکلیف می باشد.

حداکثر زمان برای تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس ۶ ساعت بوده و بیمار باید در عرض ۱۲ ساعت به بخش بستری سرویس تخصصی مربوطه منتقل شود. در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار توسط پزشک مقیم/ آنکال بیمارستان، ضمن گزارش مراتب توسط پرستار مسئول شیفت به سوپروایزر، تعیین تکلیف بیماران و دستور انتقال به سرویس تخصصی توسط پزشک متخصص مقیم اورژانس انجام می شود.

در صورت عدم انتقال بیمار به بخش بستری، متخصص مقیم بخش اورژانس می تواند در صورت وجود تخت خالی در بخش، راساً نسبت به انتقال به بخش تخصصی مربوطه اقدام نماید و پس از آن مسئولیت بیمار به عهده پزشک سرویس مربوطه می باشد. بدیهی است مسیر انتقال بیمار از اورژانس به بخش های بستری بیمارستان یک طرفه است.

ارائه همه خدمات حیاتبخش و مراقبتهای بحرانی تا زمان اقامت بیمار در بخش اورژانس برعهده متخصص طب اورژانس خواهد بود. بدیهی است که پزشک معالج باید بر بالین بیمار حضور یابد و یا شرایط بالینی توسط پرستار مسئول بیمار به اطلاع ایشان رسانده شود. از لحظه ورود تا خروج بیمار از بخش اورژانس، حسب نیاز در هر مرحله از فرایند درمان، متخصص مقیم بخش اورژانس می تواند مداخله موثر و تصمیم گیری در خصوص بیماران شامل اقدامات تشخیصی درمانی، انتقال و حتی ترخیص داشته باشد.

فرایند اعزام / انتقال به سایر مراکز درمانی

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

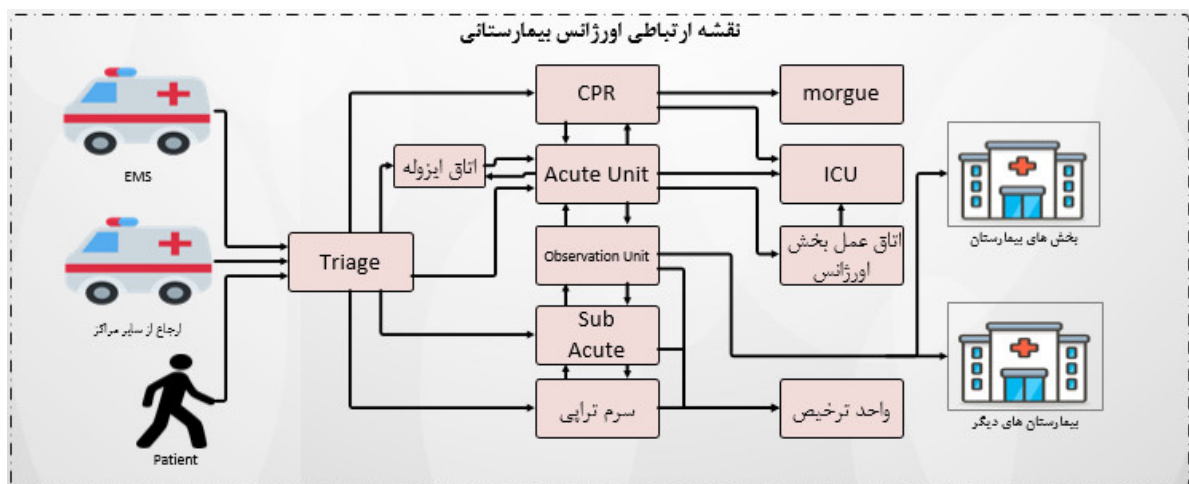
الف- کمبود امکانات و تجهیزات تشخیصی درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری

ب- فقدان یا کمبود تخصص مورد نیاز در مرکز درمانی براساس سطح بندی و نظام ارجاع

اولویت اعزام بیماران به مراکز دیگر جهت انجام امور پاراکلینیکی با بیماران اورژانسی است. اقدامات اولیه جهت پایدار سازی بیمار می بایست در بیمارستان مبدا صورت پذیرد. پزشک اعزام کننده بیمارستان مبدا براساس شرایط بیمار، آمبولانس و تجهیزات و کادر درمانی متناسب با شرایط بیمار را تعیین می کند و سوپروایزر بیمارستان مسئول تامین تجهیزات و کادر درمانی درخواست شده توسط پزشک می باشد.

ضروری است فرآیندهای اعزام و انتقال بین دانشگاهی با هماهنگی مرکز پایش مراقبتهای درمانی و ستاد هدایت دانشگاه مبدا و مقصد انجام پذیرد.^{۲۳}

^{۲۳} دستورالعمل اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی ابلاغیه شماره ۸۷۹/ ۴۰۰ مورخ ۱۳۹۴ / ۱ / ۹۸



شکل شماره ۳ - نقشه ارتباطی اورژانس بیمارستانی

صیانت از حقوق اختصاصی بیمار:

احترام به عقاید بیمار و همراه بیمار در حین معاینه و ارائه خدمت در بخش اورژانس به خصوص در بیمار غیر هم جنس باید مد نظر قرار گیرد.

به منظور حفظ و صیانت از حریم خصوصی مراجعه کنندگان، جدا سازی فیزیکی بیماران از یکدیگر و از سایر همراهان با سازه ثابت یا موقت در فضاهای مشترک احیا، حاد و بستری اورژانس در همه فرایندهای پذیرش، معاینه، پروسیجر، احیا و آموزش ضروری است.

مانیتورهای اطلاع رسانی موجود در بخش اورژانس بیمارستان به ویژه سالن انتظار باید سیر فرایندها و خدمات جاری به بیمار را به صورت لحظه ای به اطلاع همراهان بیمار برساند.

در اتاق احیا با ظرفیت بیش از یک بیمار قابلیت ایجاد فضای جداگانه جهت رعایت حریم خصوصی بیمار در حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و پروسیجرهای حیات بخش در فرایند احیا الزامی است .
بر اساس سنجه های اعتبار بخشی رعایت حقوق گیرندگان خدمت در بخش اورژانس نیز الزامی است.

ثبت و گزارش دهی

الف- ثبت داده ها

تمامی بیماران مراجعه کننده به اورژانس باید توسط پرستار مربوطه تریاژ و فرم تریاژ براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی تکمیل گردد. فرایند تریاژ می بایست در فرم مربوطه ثبت گردد. ثبت تغییر سطح بالینی بیمار در طول اقامت بیمار در اورژانس، در فرم تریاژ ضرورت ندارد و این موضوع باید در پرونده بستری بیمار و HIS ثبت شود، در تمام این مدت بیمار باید در سیستم HIS Live قابل پیگیری باشد.

باید برای تمام بیماران نیازمند ویزیت و انجام اقدامات تشخیصی درمانی در سطوح ۱، ۲ و ۳ و بیماران سطح ۴ تریاژ نیازمند پروسیجر، پرونده بستری بخش اورژانس تشکیل شود. اقدامات انجام شده برای سایر بیماران سطح ۴ و سطح ۵ تریاژ، با رویکرد حداقل مستندسازی در واحد درمان سرپایی (سرم تراپی)، در پشت فرم تریاژ ثبت می شود.

در راستای حذف مستندات کاغذی در بخش اورژانس بیمارستانی، به عنوان اولین مرحله، اطلاعات مربوطه در صفحه دوم فرم تریاژ (بیماران سرپایی)، در سامانه HIS بیمارستان با امضای دیجیتال توسط پزشک و پرستار، ثبت و ذخیره سازی گردد. در فرایند تریاژ الکترونیک، برنامه های ملی مثل بیماران حوادث ترافیکی، سکته قلبی حاد و سکته مغزی، مادران پرخطر، بحران ها و... باید نشان دار شده و خط سیر خدمات تشخیصی و درمانی برای این بیماران در بیمارستان، در سامانه HIS قابل رصد و گزارش گیری باشد.

از آنجا که ارزیابی اولیه پرستاری در واحد تریاژ انجام می شود، فرم ارزیابی اولیه/جامع بیمار برای بیماران بخش اورژانس تنها در صورتی که بیمار بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی، به هر دلیلی در اورژانس باقی مانده و به بخش منتقل نشده باشد تکمیل می گردد.

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

با توجه به الگوی شیفت در گردش پزشکان و پرستاران در بخش اورژانس، در زمان تحویل شیفت، اطلاعات بیمار و وضعیت بالینی ایشان بصورت صحیح و طی خط مشی مرکز در پرونده بیمار ثبت و نیز فرایند ارزیابی این موضوع بطور دقیق اجرایی گردد. صورت جزییات خدمات انجام شده در بخش اورژانس که در پرونده اورژانس ثبت گردیده است، باید در تسویه حساب نهایی مالی بیمارستان به صورت جداگانه لحاظ گردد، و پرونده بیمار در اورژانس ضمیمه پرونده اصلی بیمار گردد. در صورت اجرای طرح پرونده الکترونیک سلامت در بخش اورژانس، اطلاعات بیماران در بخش اورژانس و بستری بیمارستان در امتداد یکدیگر قرار می گیرند.

ب- شاخص های گزارش گیری

شاخص های بخش اورژانس بیمارستانی یکی از عوامل اصلی تصمیم گیری در خصوص این بخش، تصمیمات Bed Manager و مباحث مطروحه در کمیته ارتقای اورژانس بیمارستان می باشد. این شاخص ها در سطوح بیمارستانی، دانشگاهی و ستادی در قالب داشبورد مدیریتی هر سطح جهت برنامه ریزی، تقویت و یا اصلاح فرایند ها، رتبه بندی مراکز درمانی و دانشگاه ها و همچنین تخصیص اعتبارات و تجهیزات مربوطه قابل احصا می باشند. لذا نظارت مستمر بر روند جمع آوری داده، ثبت به موقع و گزارش گیری منظم ضروری است.

ثبت داده ها به منظور محاسبه شاخص های اورژانس بیمارستانی می بایست پس از ایجاد بستر لازم بصورت الکترونیک در بازه زمانی تعیین شده انجام شود. نمودارهای مقایسه ای شاخص ها در یکسال گذشته در دسترس باشد. لازم است آخرین نسخه شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی در بخش اورژانس موجود باشد و تمامی پرسنل بالینی اورژانس بیمارستان نسبت به آن مسلط باشند^{۲۴} این شاخص ها می بایست تهیه و تحلیل و به صورت دوره ای در جلسات کمیته ارتقا اورژانس بیمارستان طرح و برای بهبود آن ها برنامه ریزی شود.

^{۲۴} دستورالعمل شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۸۶ مورخ ۹۶/۸/۲۷

شاخص ها به دو دسته شاخص های ملی و درون بیمارستانی تقسیم می شوند.

جدول شماره ۲- شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی		
عنوان شاخص	تعریف	فرمول شاخص
درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت	نسبت بیمارانی که در بخش اورژانس بستری شده‌اند و ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده‌اند به کل بیماران بستری در بخش اورژانس در یک دوره معین	تعداد بیماران بستری تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در اورژانس در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی
درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت	نسبت بیماران بستری در اورژانس است که ظرف مدت ۱۲ ساعت از بدو ورود، تعیین تکلیف شده و از بخش اورژانس خارج شده‌اند به کل بیماران مراجعه کننده بستری اورژانس	تعداد بیماران بستری خارج شده از اورژانس طی ۱۲ ساعت در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی
درصد CPR موفق	نسبت موارد CPR موفق در اورژانس نسبت به کل CPR های انجام شده در یک دوره زمانی	تعداد موارد CPR موفق در اورژانس در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل موارد CPR در اورژانس در همان دوره زمانی
درصد ترک با مسئولیت شخصی	نسبت بیمارانی که با مسئولیت شخصی و علیرغم توصیه پزشک (AMA) اورژانس را ترک کرده‌اند، به کل بیماران بستری اورژانس	تعداد موارد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی در یک دوره زمانی $100 \times$ تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی
میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در هر سطح تریاژ	میانگین مدت زمان انتظار بیماران بین تریاژ اولیه پرستار و ویزیت اولیه پزشک به تفکیک سطح تریاژ بیمار	مجموع مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک بیماران یک سطح تریاژ تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

مهمترین شاخص های درون بیمارستانی جهت طرح در کمیته ارتقاء اورژانس بیمارستان به شرح زیر می باشند:

- ۱- میانگین و میانه زمانی تعیین تکلیف بیماران
- ۲- میانگین و میانه زمانی خروج بیماران بستری شده از اورژانس
- ۳- تعداد کل موارد CPR در طی یک دوره زمانی مشخص
- ۴- تعداد کل موارد CPR موفق در طی یک دوره زمانی مشخص
- ۵- درصد CPR موفق بیماران ترومایی و داخلی
- ۶- تعداد موارد CPR موفق بیماران فاقد علایم حیاتی در بدو ورود
- ۷- درصد ترک با مسئولیت شخصی در بخش اورژانس
- ۸- میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در سطوح یک تا پنج تریاژ (به تفکیک دستیار ارشد/ هیات علمی/ آنکال)
- ۹- میزان پذیرش بخش ها به تفکیک از اورژانس و کل پذیرش اورژانس
- ۱۰- متوسط زمان حضور آنکال گروه های بالینی در اورژانس در شیفت های تعیین شده
- ۱۱- متوسط ماندگاری بیماران گروه های بالینی در اورژانس
- ۱۲- میانگین هزینه پرونده های اورژانس از گروه های بالینی
- ۱۳- تعداد مراجعه مجدد به اورژانس ظرف مدت ۲۴ ساعت
- ۱۴- رضایت مندی بیماران از پزشکان آنکال و پرسنل به تفکیک

پایش و ارزشیابی

هدف از پایش و نظارت کنترل مداوم جریان امور، شناسایی نقاط ضعف و قوت، بهبود تصمیم‌گیری در مورد حوزه فعالیت‌ها، برنامه‌ها و اهداف آینده، بهبود تخصیص منابع و استفاده بهینه از امکانات، ارتقای پاسخگویی در مورد عملکرد برنامه‌ها و ارتقاء عملکرد بخش اورژانس در ارائه کمی و کیفی خدمات می‌باشد.

از جمله ابزار پایش و نظارت بخش اورژانس، تکمیل چک لیست اورژانس‌های بیمارستانی، تهیه آمارهای ماهیانه و فصلی بخش اورژانس، شاخص‌های بخش اورژانس بیمارستانی و برگزاری کمیته‌های ارتقای خدمات بخش اورژانس می‌باشد. لازم است برای ارزیابی دقیق چگونگی تعامل پزشکان، پرستاران و بیماران و به منظور بهبود این فرآیند، یک تیم کنترل کیفیت به کار گماشته شوند.

منابع

۱. قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین جانی مصوب سال ۱۳۵۴ مجلس
۲. اصول مدیریت بخش اورژانس (Mayer's Emergency Management 2014)
۳. استاندارد‌های اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها- ویرایش چهارم، ابلاغی به شماره ۲۹۳۳/۴۰۰ مورخ ۹۸/۲/۱۸
۴. شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری، دکتر میرزا بیگی، دکتر سالاریان زاده، چاپ اول، ۱۳۹۶
۵. استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، جلد ششم، چاپ اول، ۱۳۹۱
۶. کتاب تریاژ بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه، چاپ اول، ۱۳۹۸
۷. دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس نسخه ۰۷ ابلاغیه شماره ۲۴۹۹۱/۴۰۰ مورخ ۹۹/۱۲/۲۶
۸. دستورالعمل تریاژ بخش اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره ۲۵۲۱۳/۴۰۰ مورخ ۹۹/۱۲/۲۷
۹. شناسنامه و استاندارد تخت اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره ۴۲۲۱/۴۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۳/۳
۱۰. دستورالعمل استاندارد تجهیزات بخش اورژانس ابلاغیه شماره ۳۸۷۹۷/۴۰۰ مورخ ۹۵/۱۲/۱۴
۱۱. دستورالعمل شاخص‌های ملی بخش اورژانس بیمارستانی ابلاغیه شماره ۸۸۶/۱۰۰ مورخ ۹۶/۸/۲۷
۱۲. دستورالعمل اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی ابلاغیه شماره ۸۷۹/۴۰۰ مورخ ۹۸/۱/۲۴
۱۳. دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان در بیمارستان‌های کشور ابلاغیه شماره ۱۵۵۰/۴۰۰ مورخ ۹۸/۲/۳
۱۴. دستورالعمل ویزیت بیماران اورژانس توسط دستیاران سرویس‌های تخصصی در مراکز آموزشی و درمانی ابلاغیه تیر ماه ۹۵ معاونت آموزشی
۱۵. بخشنامه ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت به شماره ۳۰۷/۵۹۱ مورخ ۹۰/۴/۲۱
۱۶. دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی در آزمایشگاه‌های پزشکی ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت به شماره ۳۰/۱۰/۱۶۲۱۳ مورخ ۸۸/۳/۲۴
۱۷. شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت درمان سکته حاد قلبی و مغزی معاونت درمان