

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان



مرکز آموزش درمانی
شهید باهنر کرمان

کتابچه توجیهی بدو و رودفراگیران پزشکی

تهیه و تدوین:

معاونت آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

مقدمه:

فراگیر محترم

ورود شماره مرکز درمانی آموزشی شهید باهنر خوش آمد گفته و برایتان آرزوی موفقیت می نمایم، با توجه به این که هدف اصلی این بیمارستان، خدمت رسانی و مراقبت از بیماران در بهترین شرایط ممکن و بهره مند شدن از جنبه های آموزشی آن بوده و شماره عنوان فراگیر در ارائه مطلوب این خدمات سهم می باشد، لذا در راستای هدف فوق کتابچه ای تدوین شده تا با امکانات، استانداردها و الزامات قانونی این بیمارستان آشنا شوید. امید است این کتابچه به نحو شایسته مورد مطالعه و بهره برداری قرار گیرد.

دکتر علیرضا امیریکی

معاون آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
۱	معرفی مرکز	۴
۲	رسالت	۵
۳	چشم انداز	۵
۴	بیانیه مدیریت آموزشی	۶
۵	ارزش ها	۷
۶	آشنایی با واحد ها	۸
۷	مدیریت خطر	۱۰
۸	کنترل عفونت	۱۴
۹	نمودار سلسله مراتب سازمانی	۱۶
۱۰	حوزه پرونده نویسی توسط فراگیران	۱۷
۱۱	قوانین بیمه ای	۲۰
۱۲	مواردی که فراگیران باید بدانند	۲۴
۱۳	منشور حقوق پزشکان	۲۶
۱۴	الزامات بیمه ای	۲۷
۱۵	انتظارات اخلاق حرفه ای	۳۱
۱۶	شرح وظایف قانونی دستیاران	۳۵
۱۷	شرح وظایف دستیار ارشد	۳۶
۱۸	شرح وظایف دستیار ارشد آموزشی	۳۶
۱۹	طریقه تعیین دستیار ارشد	۳۷
۲۰	خط مشی لازم	۳۸
۲۱	مختصری از خدمات قابل ارائه در بخش ها	۴۰
۲۲	حقوق بیمار	۴۵
۲۳	موضوعات آشنشانی	۴۹
۲۴	مدیریت بحران	۵۱
۲۵	سیستم فرماندهی	۵۳
۲۶	ویژگی فرهنگی بومی استان کرمان	۵۴
۲۷	بخشی از آیین نامه	۵۵
۲۸	فرایند	۶۹

معرفی مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

بیمارستان شهید باهنر کرمان اولین بیمارستان دولتی و به عبارتی ، بیمارستان "مادرکرمان" است و در سال ۱۳۲۸ با ریاست دکتر وکیلی با ۸۰ تخت افتتاح گردید و به دلیل قدمت بافت بیمارستان و نیاز روز افزون استان کرمان بیمارستان جدید باهنر در همین محل در سال ۹۸ افتتاح گردید و در حال حاضر به عنوان بزرگترین مرکز ترومای جنوب شرق کشور در حال ارائه خدمات درمانی، آموزشی و پژوهشی می باشد.

بیمارستان شهید باهنر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان با مساحت ۵۵۰۰۰ و در مرکز شهر کرمان و با بخش های آموزشی درمانی پژوهشی مختلف پذیرای بیماران استان و شهر کرمان و همچنین بیماران مشکل و پیچیده ارجاع شده از سایر مراکز خصوصی و دولتی می باشد و با داشتن ۳۵۷ تخت فعال حدود ۱۴۰۰ نفر کادر کارآموده پزشکی ((فوق تخصص / فلوشیپ بالینی: ۳۶ نفر) (تخصص بالینی: ۵۱ نفر)) و پرستاری و پرسنلی و تجهیزات بروز در خدمت درمان بیماران و آموزش دانشجویان و انجام طرح های پژوهشی و پیشگیری می باشد. مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر دارای گروه ها و بخش های تخصصی و فوق تخصصی جراحی ارتوپدی، جراحی عروق، جراحی عمومی، جراحی اعصاب و ستون فقرات، بخش جراحی فک و صورت، بخش جراحی ارولوژی، بخش داخلی، واحد سنگ شکن، اورژانس و بخش های متعدد مراقبت های ویژه ICU و CCU و واحدهای پاراکلینیک از جمله آزمایشگاه، آزمایشگاه مغز استخوان، رادیولوژی و CT، پاتولوژی و فیزیوتراپی، داروخانه و درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی، کلینیک دیابت استان، کلینیک کنترل درد، کلینیک استومی کلینیک غربالگری سرطان و کلینیک سرپایی اورژانس می باشد.

آدرس پستی: کرمان، خیابان قرنی - مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

کد پستی: ۷۶۱۳۷۴۷۱۸۱

تلفن: ۰۳۴-۳۲۲۳۵۰۱۱-۷ ایمیل: bahonarh@kmu.ac.ir

رسالت مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

بیمارستان شهید باهنر کرمان، به عنوان اولین و بزرگترین مرکز حوادث جنوب شرق کشور در جهت درمان، آموزش، پژوهش و پیشگیری در زمینه های مختلف تخصصی و فوق تخصصی همچون جراحی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، ارولوژی، داخلی، جراحی فک و صورت و مراقبت های ویژه و بابت بهره گیری از بخش های ویژه ICU بر اساس استانداردهای ملی و جهانی گام برمی دارد.

چشم انداز مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

این مرکز در پی رسیدن به حد کمال استانداردهای ملی و جهانی اعتبار بخشی بیمارستانی با کمک پرسنل مجرب و امکانات تخصصی و فوق تخصصی می باشد.

بیانیه مأموریت مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

بسمه تعالی

پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان و سایر پرسنل این مرکز تلاش می‌کنند تا به‌موازه خدمات آموزشی درمانی و پژوهشی خود را به استانداردهای اعتبار بخشی در

ایران نزدیک کرده و با بهبود مستمر کیفیت ارائه خدمات و تجهیزات نیازهای شهر و استان کرمان را با بهترین کیفیت ممکن ارائه دهند و با رعایت کامل

اصول همگانه حاکمیت بالینی و رعایت کامل منور حقوق بیماران و با بهره‌گیری از دانش روز گام‌های مؤثری در کسب رضایت بیماران بردارند.

دکتر امیررضا صادقی‌فر

رئیس مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

ارزش ها

- این مرکز آموزشی درمانی دارای ارزشهایی می باشد که تلاش می کند در ارائه خدمات به بیماران و خانواده ها رعایت نماید

*رعایت اصول اخلاق حرفه ای

*ایمنی بیمار و کارکنان

*توجه به کیفیت خدمات و رضایت مراجعین

*اهمیت ویژه به آموزش کارکنان و توانمندسازی نیروها

*استفاده بهینه از تجهیزات ، لوازم و فضای فیزیکی

*تعهد مدیریت در اجرای طرح های کیفی خدمات

تلفن داخلی	بخش های اداری
۱۰۰۶	۱- ریاست بیمارستان
۱۰۰۶	۲- مدیریت بیمارستان
۱۰۱۳	۳- معاونت اداری مالی
۱۴۱۰	۴- رئیس امور اداری
۱۰۳۰-۱۰۳۴-۱۰۳۹	۵- حسابداری
۱۰۵۱-۱۰۵۲	۶- کارگزینی و بایگانی پرسنل
۱۴۲۳-۱۴۲۲-۱۴۲۰-۱۴۲۱	۷- تدارکات
۱۰۳۴-۱۰۳۵-۱۰۳۶	۸- دبیرخانه
۱۰۸۵-۱۰۸۴	۹- دفتر بهبود کیفیت
۱۰۱۳-۱۰۸۳	۱۰-
۱۱۸۱	۱۱- مددکاری
۱۴۲۶	۱۲- اموال
۱۱۸۳	۱۳- واحد درآمد
۱۰۵۲-۱۰۵۳	
تلفن داخلی	بخش های درمانی
۱۱۱۲-۱۱۱۵	۱- اورژانس
۱۱۲۱	۲- اتاق عمل اورژانس
۱۲۹۷-۱۲۹۸	۳- داخلی
۱۲۴۰-۱۲۴۳	۴- جراحی
۱۲۰۶-۱۲۰۹	۵- اتاق عمل جراحی
۱۲۱۴-۱۲۱۷	۶- ارتوپدی مردان
۱۲۱۰-۱۲۱۳	۷- ارتوپدی زنان
۱۲۴۴-۱۲۴۵	۸- اعصاب یک
۱۰۸۵	۹- دفتر بهبود کیفیت
۱۲۴۶-۱۲۴۷	۱۰- اعصاب ۲ و ۱
۱۲۶۵-۱۲۶۶	۱۱- ICU1
۱۲۶۷-۱۲۶۸	۱۲- ICU 2
۱۲۶۹-۱۲۷۰	۱۳- ICU 3
۱۳۱۸-۱۳۱۹	۱۴- CCU
۱۳۰۴-۱۳۰۵	۱۵- اورولوژی
۱۳۰۲-۱۳۰۳	۱۶- اتاق عمل اورولوژی
۱۳۱۱-۱۳۱۲	۱۷- جراحی فک و صورت
۱۳۰۸-۱۳۰۷	۱۸- سنگ شکن و یورودینامیک

تلفن داخلی	بخش های پشتیبانی
۱۱۹۳-۱۱۹۵	۱-تجهیزات پزشکی
۱۳۳۵-۱۳۳۶	۲-تأسیسات
۱۰۴۰-۱۰۴۳	۳-رایانه
۱۴۱۱	۴-کنترل عفونت
۱۴۱۲	۵-بهداشت محیط و حرفه ای
۱۳۳۶	۶-آموزش
۱۱۵۶	۷-تغذیه
۱۴۲۴	۸-روابط عمومی
۱۳۴۰	۹-کتابخانه و سمعی بصری
۰	۱۰-مرکز تلفن
۱۳۴۳	۱۱-تقلیه
۱۳۴۵	۱۲-خدمات
۱۳۳۰-۱۳۳۱	۱۳-انبار

تلفن داخلی	بخش های پاراکلینیکی
۱۱۰۴-۱۱۰۵-۱۱۰۶	۱-آزمایشگاه
۱۱۷۰-۱۱۷۱	۲-CT- Scan
۱۰۳۰-۱۰۳۴-۱۰۳۹	۳-رادیولوژی و سونوگرافی
۱۰۵۱-۱۰۵۲	۴-پاتولوژی
۱۳۲۰	۵-فیزیوتراپی
۱۱۴۲-۱۱۴۵	۶-داروخانه
۱۱۷۵-۱۱۷۶	۷-MRI

مدیریت خطر و ایمنی بیمار

Risk management and patient safety

مراقبت های سلامت به طور غیرقابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است و بیمار حق دارد که انتظار داشته باشد مراقبت از وی باید بر طبق بهترین شرایط و استاندارد و آخرین شواهد علمی و بالینی باشد. ولی مسئله مهم این است که ارزیابی حوادث برای پیدا کردن مقصر نیست بلکه امکان یادگیری- تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت به ما نشان می دهد.

خطاها بر طبق نظر James Reason 1990 دو نوعند:

- ۱- **خطای اجرایی:** یعنی کار بر طبق انتظار و درست، پیش نرفته است.
- ۲- **خطای برنامه ریزی و طراحی:** کارمان از ابتدا و پایه و اساس درست نبوده است.

انواع خطاهای پزشکی

۱	سیستمیک	خطاهای ساختاری/ یا فرایندی تکنیکی
۲	خطای انسانی	خطای درمان مانند به کار نبردن درست دارو
		خطای ثبت مانند دوز نامناسب
		خطای دارویی مانند داروی اشتباه
		خطای پایش مانند مسیر اشتباه (بیمار سابقه آلرژی شناخته شده دارد)
۳	خطای تشخیصی	تأخیر در تشخیص
		اشتباه در تشخیص
		فقدان در تشخیص

خطاهای برنامه ریزی (planning Error):

زمانی خود را نشان می دهد که عاقبت دلخواه برای بیمار مهیا نشده و جهت کاهش خطا در مرحله برنامه ریزی بایستی به انجام پژوهش ها، تحقیق، مطالعه و اقدامات پزشکی بر اساس شواهد توجه داشت و اهمیت بیشتری داد.

خطاهای مرحله اجرا (Execution Error):

این خطاها به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند و بر دو نوعند :

۱- خطای Slip ۲- خطای Lapse

خطای slip: در طی کارهای روتین اتفاق می افتد (۹۰٪)

خطای lapse: زمانی اتفاق می افتد که ما در یک وضعیت پیچیده بالینی هستیم و گایدلاین براحتی برایمان قابل استفاده نیست.

البته این دو نوع خطا روزانه رخ می دهد و بیشتر اوقات مشکلات زیادی ایجاد نمی کند ولی گاهی شرایط مهمی را باعث می شود مثلاً قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب که باعث می شود دوز دارو ۹ برابر عوض شود و یا کشیدن یک مایع در سرنگ برای استفاده oral ولی اشتبهاً IV تزریق شود!!

پس حواس پرتی، قطع ارتباط، استرس، فراموشی و اعتماد به روتین بودن کارها و.... از عوامل خطاها می تواند باشد و این عوامل نیز دلایلی دارند:

۱- عدم حمایت کافی قوانین، سیاست ها و رویه ها برای کاهش خطاهای پزشکی برای مثال عدم وجود خط مشی برای چک کردن مجدد محاسبه دوز داروهای پرخطر.

۲- کمبود دانش و آگاهی در باره ی جوانب خاصی از مراقبت های پزشکی مثلاً اشتغال به کار در واحد جدید با فعالیت های ناآشنا که آموزش کافی ندیده باشد

۳- نداشتن مهارت مورد نیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن طبقه بندی دیگری برای خطاها در نظر گرفته شده است :

خطاها یا فعالاند (active) یا مخفی (latent).

افراد از خطاهای active آگاهی بیشتری دارند زیرا بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیمار می گذارد. ولی خطای latent از یک سری فاکتورها ایجاد می شوند مثل ساختار سازمان، محیط، تجهیزات، فرآیندها، فرهنگ مقررات و مدیریت. شاید سالها مخفی بماند و بعد آشکار شود (مثلاً عملکرد بی ثبات داروخانه ها در انبارداری داروهایی که اسامی مشابه یا شکلهای مشابه دارند).
و گاهی خطای latent به خطای active تبدیل می شود.

در نحوه قضاوت در بروز خطاها مفهوم قابل مشاهده بودن مهم است. به طور معمول در چشم دیگران لبه تیز یا همان فرد ارائه دهنده مراقبت تنها مقصر بروز خطا قلمداد می شود. بدون آنکه وضعیت سیستم که عامل کمک کننده در بروز خطا بوده در نظر گرفته شود (لبه کند).

(لبه کند) قابل مشاهده نیست و سیستم تمایل دارد از طریق فشارها، محدودیت ها، مشوق ها و تقاضاها بر رفتارها اثر بگذارد در صورتیکه در بروز خطا عوامل زیادی دست دارند و نه آن که فقط عملکرد فرد مجری منجر به یک حادثه شده باشد باید تشخیص دهیم فرآیندها و سیستم های زیاد و غیرقابل مشاهده ای هستند که در بروز خطا به عنوان عوامل کمک کننده هستند و سرزنش یک فرد، کمکی به حل مشکل نمی کند و علت ایجاد خطا هم چنان باقی می ماند تا زمانی دیگر و خاطی دیگر!!
مدیریت خطر:

خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از زندگی است و نمی توان آن را حذف کرد ولی می توان آن را به حداقل رساند همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز از این قانون مستثنی نیستند.

در گذشته علل و عوامل واقعه خطر تحلیل می شد ولی با روش جدید حاکمیت بالینی به شیوه پیشگیرانه تأکید می شود که احتمال خطر پذیرفته شده و معتقد است که قبل از وقوع خطر به طور مناسب باید مدیریت شود. بر اساس گزارش مطالعه مؤسسه پزشکی آمریکایی (در سال ۱۹۹۹) مرگ سالانه ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ آمریکایی در اثر حوادث ناشی از ارائه خدمات درمانی تخمین زده شده است.

مرحله اول مدیریت خطر: ایجاد زمینه مناسب

مرحله دوم: شناسایی ریسک

مرحله سوم: آنالیز خطر

- ۱- توجه به احتمال و شدت خطر
- ۲- هزینه حادثه (مادی یا غیر مادی)
- ۳- در دسترس بودن روشهای کاهش احتمال خطر
- ۴- هزینه راه حل ها

مرحله چهارم: برخورد با خطر

یادگیری از خطا: حوادث باید گزارش شوند تا با یادگیری از خطاها و جلوگیری از تکرار مجدد آنها ایمنی بیمار ارتقاء یابد و این یادگیری ها انتشار یابند و بهتر است که در تمامی سیستم سلامت اجرا شود.

روشهای شناسایی خطاها:

- ۱- بررسی پرونده ها
- ۲- گزارش دهی خطاها
- ۳- استفاده از تجربیات بیماران
- ۴- بررسی شاخص های ایمنی بیمار
- ۵- بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران

گزارش دهی خطا:

- ۱- هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود.
- ۲- خطاها ، حتی موارد نزدیک به خطا گزارش شود.
- ۳- از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود Feedback گرفته شود.
- ۴- فرم های گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار می دهیم که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند.
- ۵- به گزارش دهنده اجازه تماس بعدی را بدهیم در عین حال که ناشناس می ماند.
- ۶- مراحل رویداد خطا باید توصیف شود.
- ۷- در صورت امکان سیستم کامپیوتری آنلاین برای گزارش دهی استفاده شود.

تحلیل خطا:

- ۱- داده ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر بوده اند جمع آوری می کنیم.
- ۲- در زمان حادثه، تمام سیستم ها در نظر گرفته شود.
- ۳- حوادث را براساس محل وقوع طبقه بندی می کنیم.
- ۴- مشکلات شایع در بخش را شناسایی می کنیم.
- ۵- نقص های زمینه ای سیستم با آنالیز همه ی خطاها پیدا می شوند.
- ۶- محیطهای مستعد خطا را برای بررسی های بیشتر مورد هدف قرار می دهیم.
- ۷- اثربخشی اقدامات اصلاحی را بررسی می کنیم.
- ۸- برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی تعیین می کنیم.

اکنون چه محدودیت هایی داریم؟

- ۱- خطاها هنگامی که رخ می دهند همیشه قابل تشخیص نیستند.
- ۲- ترس از تنبیه
- ۳- سیستم گزارش دهی دست و پاگیر و عدم دسترسی به آن

برای تحلیل خطا نباید در حد فرد و یا افراد اکتفا کرد بلکه باید فراتر از آن یعنی علل زمینه ای و محیطی را بررسی کرد و با تحلیل ریشه ای علت خطا را پیدا کرد.

باید فرهنگ ایمنی مطلوب را جا انداخت در این فرهنگ کارکنان باید نظرات خود را آزادانه بیان کنند.

بنابراین خصوصیت های فرهنگ مطلوب ایمنی عبارت اند از:

- ۱- امنیت روانی: یعنی فرد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع، از حمایت و اعتماد سازمان برخوردار باشد.
- ۲- مدیریت، تلاش خود را معطوف به این کند که محیطی ایجاد شود که کارکنان بر راحتی بتوانند دغدغه های خویش را بیان کنند. شفافیت سازمان به گونه ای باشد که در سیستم ایمنی مشکل دار پنهان کاری نشود و کارکنان بدانند به خاطر خطاهایی که به علت نواقص سیستم بوده تنبیه و سرزنش نمی شوند(انصاف)
- در ایران شاخص های ایمنی بیمار عبارتند از:
- سقوط بیمار، زخم بستر، عفونت بیمارستانی، عوارض بیهوشی، عوارض انتقال خون، باز شدن زخم بعد از عمل جراحی، خون ریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی، جا ماندن اجسام خارجی در حین عمل، پارگی یا بریدگی اتفاقی، مرگ به دنبال زایمان، آمبولی ریه و یا ترومبوز وریدی پس از عمل جراحی، عفونت عمل جراحی، مرگ پس از MI و یا CABG، ترومای زایمان، تروما به نوزاد در حین تولد.

دو چالش مهم و بزرگ در مقابل ایمنی بیمار:

- ۱- عفونت بیمارستانی ۲- عوارض ناشی از عمل جراحی

بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار :

بعضی کشورها به برنامه ایمنی بیمار متعهد شده اند. منظور چیست؟ از سوی WHO (سازمان بهداشت جهانی) استانداردهای ایمنی بیمار مشخص شده و همچنین راهنمایی برای ارزیابی و تطبیق بیمارستانها با این استانداردهای ایمنی تهیه کرده است (برای ارزیابی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار)

استانداردها عبارتند از:

- ۱- استانداردهای ضروری یا حیاتی (critical criteria)
- ۲- استانداردهای محوری یا اساسی (core criteria)
- ۳- استانداردهای توسعه ای یا پیشرفته (developmental criteria)

کنترل عفونت

کنترل عفونت (IC) یک استاندارد کیفی است و برای سلامت و ایمنی بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان، ضروری می باشد. این مساله بر روی بیشتر بخشهای بیمارستان اثر گذاشته و مقولات کیفیت، مدیریت خطر و اداره بالینی و سلامت و ایمنی را در بر میگیرد.

توصیه های واحد کنترل عفونت به همکاران و فراگیران جدیدالورود:

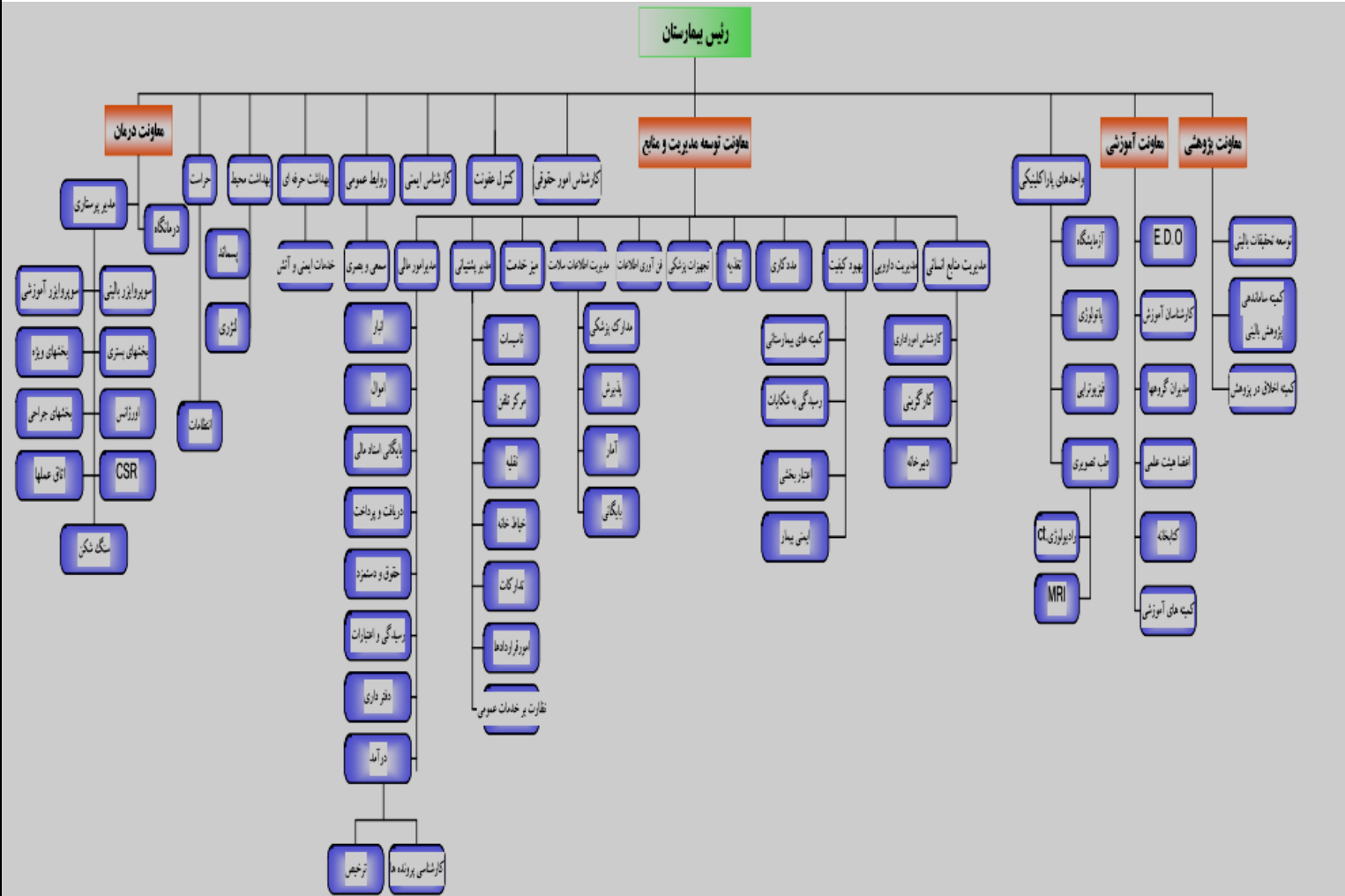
- ۱- هنگام شروع به کار جهت تشکیل پرونده بهداشتی و انجام واکسیناسیون هپاتیت B و ... به واحد کنترل عفونت مراجعه نمایید.
- ۲- باتوجه به اینکه عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بعد از ۴۸-۷۲ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق میافتد موارد مشکوک را طبق خط مشی گزارشدهی عفونتهای بیمارستانی به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
- ۳- جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید و در صورت تماس با ترشحات آلوده با بریدگیهای باز و ملتحمه و گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم میشود و فرو رفتن سرسوزن به دست اقدامات ذیل را انجام دهید:
 - الف) شستشوی اولیه فوری با آب و صابون
 - ب) کمک به خونروی در محل اولیه زخم
 - پ) خودداری از مالش موضعی چشم
 - ت) شستشوی چشمها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
 - ج) گزارش فوری سانحه و تکمیل فرم تماس با موارد عفونی یا اشیاء تیز آلوده و پیگیری مورد جهت مشاوره و راهنمایی
 - د) ۳-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت B, C, HIV و ۳-۵ سی سی خون از فرد مورد تماس گرفته جهت تعیین HbsAb
- با توجه به اینکه انتقال از طریق دست یکی از شایعترین روشهای انتشار عوامل عفونی در واحدهای مراقبت سلامت است و شستن دستها نقش مهمی در کاهش میزان عفونتهای بیمارستانی دارد لذا خواهشمند است همیشه شستن دستها را در اولویت قرار دهید، ضمناً در صورتیکه دستها آلودگی واضح نداشته باشند میتوان جهت ضدعفونی آنها از محلول ضدعفونی دست استفاده نمود به این ترتیب که اولاً دستها خشک باشند، ثانیاً ۳-۵ سی سی از محلول فوق را در کف دستها ریخته و به مدت ۱۴ الی ۳۰ ثانیه مالش دهید.
- ۵- برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونتهای بیمارستانی همیشه ناخنها را کوتاه نگهدارید و حتی المقدور زیورآلات و لاک ناخن و ... نداشته باشید.
- ۶- موارد بیماریهای واگیردار قابل گزارش فوری و غیرفوری را طبق فرم ثبت بیماریهای واگیردار با تلفن ۵۵۲ به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
- ۷- اگر در مورد نحوه انتقال بیماریهای عفونی و ایزولاسیون آنها سوالی دارید با واحد کنترل عفونت تماس بگیرید.
- ۸- در هنگام مراقبت از بیمار، احتیاطات استاندارد را رعایت و در صورت نیاز از عینک، ماسک، گان و دستکش استفاده نمائید.
- ۹- تفکیک زباله های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.

- ۹- در صورت بستری بیمار عفونی در بخش بعد از ترخیص بیمار باید کلیه وسایل داخل اتاق (تخت و کمد و دیوار و ...) با محلولهای ضد عفونی سطوح رایج در بیمارستان ضد عفونی و از دستگاه تهویه هوا و سطوح (Nocospray) با هماهنگی با واحد بهداشت محیط برای اتاق استفاده نمایید.
- ۱۰- از مخلوط کردن مواد شوینده مثل جرم گیر و پودر لباسشویی با وایتکس و سایر محلولهای ضد عفونی و ... توسط خود و نیروی خدماتی جداً خودداری نمایید.
- ۱۲- جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانت، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطوح زباله خودداری نمائید و آنها را داخل سفتی باکس بیاندازید و از سرپوش گذاری سرسوزنهای آلوده جداً خودداری نمایید.
- ۱۳- به هیچ عنوان از آنژیوکت بیماران خونگیری انجام نشود زیرا محل کلونیزاسیون باکتریهای فلورنرمال پوست است.
- ۱۴- به بیماران توضیح دهید که جهت گرفتن نمونه ادرار، نمونه باید بعد از شستشوی پرینه با آب و صابون و از وسط ادرار گرفته شود.
- ۱۴- شستشوی پرینه جهت بیمارانی که سوند فولی دارند در هر شیفت انجام شود و در محل دوشاخه شدن سوند فولی تاریخ نصب آن درج شود.
- قابل ذکر است که کلیه خط مشی ها و دستورالعملهای ذکر شده در بخش موجود میباشد .
- در صورت هرگونه سوال در رابطه با کنترل عفونت با شماره داخلی ۵۵۲ تماس حاصل فرمایید .

قوانین مربوط به کنترل عفونتهای بیمارستانی

- همان طوریکه کلیه پرسنل اطلاع دارند عفونتهای بیمارستانی یکی از موارد مهم بخش ها و کنترل آن از وظایف تمامی پرسنل پرستاری و پزشکی میباشد و در صورت عدم کنترل ، عفونت بیمارستانی میتواند موجب عواقب بسیار خطرناکی برای پرسنل بخش و بیماران گردد . لذا موارد زیر الزاماً باید رعایت گردد:
- ۱- جهت تشکیل پرونده بهداشتی خود به مسئول کنترل عفونت مراجعه نمایید .
 - ۲- کلیه پرسنل جدیدالورود و طرحی در صورت نداشتن جواب تیتر آنتی بادی باید در اسرع وقت آن را انجام داده و جواب آن تحویل سوپروایزر کنترل عفونت گردد .
 - ۳- در صورت مواجهه با needle stick شدن اقدامات اولیه انجام و در شیفت صبح به سوپروایزر کنترل عفونت و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی اطلاع داده شود .
 - ۴- گزارش موارد تب ناشی از عفونتهای بیمارستانی (۷۲-۴۸ ساعت پس از بستری) و تغییرات آنتی بیوتیکی را به مسئول کنترل عفونت بیمارستان اطلاع دهید .
 - ۵- هر نوع کشت خون مثبت (خون ، ادرار ، تراشه ، زخم و...) به مسئول کنترل عفونت اطلاع داده شود .
 - ۶- بیماریهای مشمول گزارش تلفنی مانند مننژیت ، وبا ، فلج شل ، سرخک ، مالاریا ، حیوان گزیدگی ، انواع هپاتیت ، ایدز ، سل در شیفت صبح به مسئول کنترل عفونت بیمارستان و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی اطلاع داده شود .

نمودار سلسله مراتب سازمانی



حوزه ی پرونده نویسی توسط فراگیران

پرونده پزشکی مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات ، تحلیل مراقبت های بهداشتی و درمانی و ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت جهت پیشگیری ، تشخیص ، درمان و ارتقاء سلامت بیمار می باشد . هدف اصلی حفظ و نگهداری پرونده پزشکی ، ارائه اطلاعات کامل ، معتبر ، مناسب ، کافی و به موقع برای کلیه ذینفعان اعم از ارائه کننده و گیرنده خدمت ، سازمان های بیمه گر و نهادهای قانونی می باشد .

یک پرونده پزشکی از قسمت های مختلف تشکیل شده است شامل :

۱) برگه پذیرش و خالصه ترخیص : مشخصات مربوط به شناسایی بیمار توسط پذیرش بیمارستان و اطلاعات مربوط به بیماری و سیر آن توسط پزشک آن تکمیل می شود .

۲) برگه دستور بستری : در اتفاقات و درمانگاه توسط دستیاران و یا اساتید مربوطه تکمیل می گردد .

۳) برگه شرح حال (Sheet History Medical): برگه شرح حال طبق سنجه اعتباربخشی به صورت زیر باید تکمیل شود :

- ثبت مشخصات دموگرافیک (جمعیت شناختی) در فرم شرح حال

- ثبت شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی ، تاریخچه بیماری های قبلی در فرم شرح حال

- ثبت شکایت اصلی بیمار ، تاریخچه بیماری های قبلی در فرم شرح حال

- ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی ، نتایج معاینات بالینی ، در فرم شرح حال

- ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال

۴) برگه دستورات پزشک : در این برگه کلیه دستورات پزشک معالج در هربار ویزیت بیمار با ذکر تاریخ و ساعت ویزیت درج می شوند و مهر و امضای خود را نیز ثبت می کنند.

۵) برگه درخواست مشاوره : توضیحات در مورد نحوه ی پرکردن این برگه ذکر شده است .

۶) برگه مشاوره بیهوشی و برگه بیهوشی

۷) برگه های مربوط به اعمال جراحی

نحوه ی تکمیل پرونده بیمار:

مشخصات عمومی ثبت پرونده شامل موارد زیر می باشد :

۱) خوانا بودن

۲) بدون خط خوردگی ، با خودکار آبی یا مشکی

۳) رعایت الزامات ذکر شده ی زیر :

- ذکر تاریخ ، ساعت

- مهر و امضای فرد مجاز طبق دستورالعمل های ابلاغ شده وزارت متبوع

- کامل بودن سربرگ

- تکمیل فرم رضایت آگاهانه درابتدای پرونده توسط رزیدنت

شرح حال :

هدفمند و براساس خلاصه نحوه شرح حال گیری baths Barbara شامل موارد زیر:

اطلاعات فردی بیمار مانند نام و نام خانوادگی ، سن و جنس و شغل

شکایت اصلی بیمار / بیماری فعلی / سیر بیماری / سوابق قبلی ، دارویی ، خانوادگی و... / مرور سیستم ها / معاینه فیزیکی /

فهرست مشکلات / فهرست تشخیص های افتراقی و تشخیص نهایی / تغذیه

نحوه تکمیل فرم مشاوره :

۱) شرح حال مختصر و ثبت معاینه فیزیکی مرتبط با سرویس مشاوره شونده

۲) ثبت آزمایشات و تصویربرداری مرتبط با سوال مشاوره دربرگه مشاوره

۳) ثبت داروها ، مایع درمانی و اقدامات درمانی انجام شده

۴) ثبت دقیق سوال مشاوره و علت مشاوره

۵) ثبت مهر پزشک درخواست کننده مشاوره درقسمت درخواست مشاوره (مهر رزیدنت یا مهر متخصص)

۶) ثبت دقیق تاریخ و ساعت و امضاء و مهر و ذکر اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن و تشخیص اولیه بیماری برروی برگه مشاوره

۷) درخواست مشاوره ها باید حتما توسط اتنדיنگ و یا رزیدنت سال سوم و چهارم نوشته شود .

خلاصه پرونده :

- علت بستری

- تشخیص نهایی

- سیرمختصر بیماری از زمان بستری و حوادث رخ داده در طول بستری

- خلاصه آزمایشات مهم و سیر آن ابتدای ورود ، تغییرات پاتولوژیک ایجاد شده هنگام خروج

- بررسی های تصویربرداری های انجام گرفته و گزارش نهایی

- مشاوره های مهم انجام شده در زمان های انجام شده و تغییرات آن با ذکر علت و گزارش نهایی

- تشخیص نهایی پاتولوژی در صورت آماده بودن جواب آن تا زمان ترخیص بیمار

- اقدام جراحی یا تشخیص تهاجمی انجام شده

- عوارض بعد از عمل و مشکل ایجاد شده در سیر بیماری

- وضعیت بیمار هنگام ترخیص ، ثبت فشارخون ، وزن ، قد ، دورسر ، ضربان قلب ، و تعداد تنفس و میزان برون ده ادراری

در صورت لزوم

- توصیه ها و آموزش های داده شده به بیمار هنگام ترخیص

- داروهایی که هنگام ترخیص بیمار باید مصرف کند .

- زمان بعدی مراجعه بیمار و زمان مراجعه به کلینیک با ذکر کلینیک و مراجعه به پزشک معالج و یا پزشک معرفی شده از طرف

پزشک معالج

- تاییدیه نهایی پزشک مسئول

موارد کلی و تکمیلی در پرونده نویسی :

۱) کلیه مستندات پزشکان مهر و امضاء و ساعت داشته باشد ، مهر بدون امضاء فاقد اعتبار است .

۲) جهت تکمیل پرونده ها پزشکان محترم هرچه سریعتر به بخش مراجعه نموده.

۳) ارسال پرونده ها به واحد مدارک پزشکی بایستی حداکثر یک هفته پس از ترخیص بیمار باشد . اطلاعات این پرونده

ها بایستی به سامانه سپاس ارسال شود و عدم ارسال به سامانه سپاس مشکلاتی در پرداخت اعتبارات به بیمارستان

ایجاد می کند .

۳) مستندات مربوط به هر برگ روی همان فرم خاص نوشته شود ، به عنوان مثال شرح حال بر روی فرم دستور پزشک نوشته نشود .

۴) تمامی آیتم های فرم خلاصه پرونده باید به طور کامل و دقیق تکمیل شود .

۵) فرم شرح حال به صورت کامل طبق سنجه اعتباربخشی که در ذیل آمده است تکمیل گردد :

- ثبت مشخصات دموگرافیک در فرم شرح حال
- ثبت شکایت اصلی بیمار ، تاریخچه بیماری فعلی ، تاریخچه بیماری قبلی در فرم شرح حال
- ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات ، حساسیت و ناسازگاری دارویی ، سوابق فامیلی ، در فرم شرح حال
- ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی ، نتایج بالینی در فرم شرح حال
- ثبت تشخیص افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال

قوانین بیمه ای چارت خدمات

جهت نوشتن نسخه در دفترچه بیماران سرپایی بایستی موارد زیر جهت جلوگیری از کسورات بیمه ای رعایت شود:

۱) رعایت نظام ارجاع:

الف) مهر پزشک خانواده در پشت برگه دفترچه بیمه باید ثبت شده باشد .

ب) در مهر پزشک معالج عنوان همکار پزشک خانواده قید شده باشد .

۲) قید شرح حال در نسخ سرپایی بامهر و تاریخ توسط پزشک (رزیدنت سال ۳ به بالا)

۳) یک نسخه ، بدون مهر و امضای پزشک باطل است و وجود هر دو الزامی است .

۴) هرگونه دستکاری موارد نوشته شده در نسخه غیر قابل قبول است. در این موارد مهر و امضای پزشک در قسمت مخدوش زده

شود . وجود بیش از سه مهر یک پزشک در یک نسخه باعث ابطال آن می شود .

۵) وجود دو مهر متفاوت از دو پزشک ، باعث باطل شدن نسخه می شود.

۶) مهر اینترن بعد از پزشک خانواده قابل قبول نیست .

۷) در صورتی که تاریخ ویزیت یک نسخه فقط در قسمت روز مخدوش باشد ، با مهر و امضای پزشک قابل قبول بوده و در صورت

مخدوش شدن ماه و سال نسخه باطل می گردد و باید نسخه مجدد نوشته شود . استفاده از خودکار با رنگ هایی به جز آبی

و مشکلی در نوشتن نسخه ممنوع است . تمام مطالب نوشته شده در نسخه باید با یک خودکار نوشته شود .

۸) تاریخ ویزیت بیمار و چارج حسابداری باید یکی باشد .

۹) نسخه مخصوص پزشک باید کاربندی باشد ، استفاده از خودکار ، دربرگ پزشک باعث ابطال نسخه می گردد .

۱۱) نسخی که توسط رزیدنت ها و پزشکان طب اورژانس نوشته می شود حتما باید با مهر تریاژ باشد .

۱۱) نسخی که توسط رزیدنت ها در دفترچه بیماران بخش های بستری نوشته می شود بایستی ممهور به مهر مدیریت بیمارستان یا تریاژ باشد .

جهت نوشتن اسناد زیر ۶ ساعت این اصول باید توسط پزشک رعایت شود:

۱) تشخیص پزشکی بر روی برگه ی دفترچه در همه ی بیمه ها باید نوشته شود و مهر و امضای پزشک و تاریخ ثبت شود .

۲) برگه ی خالصه پرونده و دستور بستری باید با خط خوانا و بدون خط خوردگی نوشته شود و نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ و مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال سوم و بالاتر) حتما قید شود و تشخیص و اقدامات لازم بدون خط خوردگی نیز حتما باید ذکر شود .

۳) برگه ی پروسیجر نوت در مواقع درمان بسته و یا میزان (Laceration) و شستشو باید قید شود. مشکل اقدام انجام شده باید ذکر شود و حتما مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال ۳ به بالا) و پزشک معالج و تاریخ ثبت شود.

در مورد اسناد بستری :

چنانچه مدت بستری بیمار در بیمارستان بیش از ۶ ساعت باشد ، بیمار بستری تلقی می شود .

۱) دستور بستری با تشخیص اولیه باید ممهور و به مهر و امضای پزشک و تاریخ باشد .

۲) تشخیص پزشکی بر روی برگه ی دفترچه بیمه ی بیمار نوشته شود و با قید تاریخ و امضا و مهر پزشک باشد.

۳) بالا نویسی پرونده ها کامل و با خط خوانا نوشته شود (نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، نام پدر ، شماره پرونده و شماره سریال پرونده) و با خودکار آبی یا مشکی استفاده شود . از روان نویس جهت نوشتن پرونده استفاده نشود .

۴) برگه های شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک جراح به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضای پزشک بیهوشی با درج زمان شروع و پایان بیهوشی باید باشد .

۵) در برگه های شرح عمل در صورت نیاز جراح به کمک جراح هم امضا و مهر (رزیدنت سال سوم به بالا) مورد قبول می باشد

در محاسبه بیمه ها در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح به رزیدنت های سال سوم و بالاتر تعلق می گیرد

۶) دربخش روان پزشکی هزینه بستری دربخش روان پزشکی حداکثر ۸ هفته درسال است. ۸ هفته ازمون بستری اولین بستری به عنوان بیمار حاد براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیمار مزمن طبق نظر پزشک معالج برابر با تعرفه تخت روانی درجه ۳ محاسبه می گردد .

مشاوره ها :

- ۱) خدماتی که براساس توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر به صورت اظهار نظر و به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر به بیمار ارائه می گردد ، صرفاً منوط به جواب مشاوره توسط پزشک متخصص با مهر و امضاء پزشک متخصص و ذکر تاریخ مشاوره می باشد .
- ۲) انجام مشاوره یک سرویس درمانی به همان سرویس درمانی از نظر بیمه پذیرفته نمی باشد مثال: (کانسلات یک پزشک ارتوپد به پزشک ارتوپد دیگر پذیرفته نمی باشد) .
- ۳) حداکثر مشاوره قابل پرداخت توسط بیمه ها برای یک بیمار ۶ مشاوره می باشد .
- ۴) بر روی تمام مشاوره ها مهر بخش باید زده شود .
- ۵) مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه توسط بیمه ها نمی باشد .
- ۶) مشاوره جراح در صورتی که منجر به جراحی شود قابل محاسبه بیمه ها می باشد .
- ۷) مشاوره از یک تخصص به تخصص های دیگر تا ۳ مشاوره قابل قبول می باشد .
- ۸) مشاوره در مراکز دولتی و دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر تعلق می گیرد .
- ۹) برای نوشتن و یا درخواست مشاوره از کاربن مناسب و پررنگ استفاده شود و مهر و تاریخ و امضاء پزشک بر روی هر دو برگه ثبت شود .

ویزیت ها :

- ۱) ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار ارائه می گردد و مبنی محاسبه حق الزحمه آن براساس ضریب K کتاب ارزش های نسبی می باشد.
- ۲) ویزیت های منجر به جراحی برای جراح قابل محاسبه و اخذ نمی گردد . (ویزیت های قبل و بعد از عمل جراحی)
- ۳) در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر ۴ ویزیت روان پزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد .
- ۴) جهت قابل پرداخت بودن ویزیت الزم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .

۵) ویزیت پزشک مقیم ICU به صورت گلوبال در ۳۱ درصد تخت روز محاسبه و جداگانه قابل اخذ و محاسبه نمی باشد .

۶) ویزیت در مراکز دولتی به دستیاران سال ۳ به بالا قابل پرداخت می باشد و باید ویزیت دستیاران سال ۳ به بالا در پرونده ثبت و مهر و امضاء و تاریخ زده شود .

۷) چنانچه بیمار جهت خدماتی مانند ECT و خدمات مشابه بستری شود ، ویزیت به او تعلق نمی گیرد .

۸) همچنین باید حتما پروسیجرهایی که توسط پزشک و پرستار انجام می شود در برگه ارائه ی خدمات موجود بر روی پرونده ی بیماران همراه با تاریخ و مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال ۳ به بالا) و یا پزشک معالج ثبت گردد براساس پروسیجرهایی که برای بیمار انجام می شود فرم های زیر باید توسط پزشک نوشته و مهر و امضا و تاریخ زده شود . این فرم ها شامل موارد زیر می باشد :

۱) فرم مانیتورینگ ۲۴ ساعته در بخش ها (به جز ICU)

۲) فرم ارائه ی خدمات

۳) فرم پانسمان (در بیمه ی ارتش)

۴) فرم ویزیت پزشک معالج و یا رزیدنت سال ۳ به بالا

۵) فرم operation sheet

۶) فرم پروسیجر نوت

در فرم پروسیجر نوت ، پروسیجرهای زیر باید حتما توسط پزشک نوشته شود و مهر و امضا و تاریخ زده شود .

۱) درمان بسته شکستگی ها و میزبان Laceraion و اقدامات انجام شده مانند شستشو قید شود.

۲) وارد کردن کنتور ورید مرکزی (Cvp)

۳) کارگذاری کنوال

۴) انجام پونکسیون نخاع (Lp)

۵) انواع انسیزیون هایی که در بخش و اتفاقات انجام می شود .

۶) انجام آسپیراسیون و یا تزریق در مفاصل (بزرگ ، متوسط ، کوچک)

۷) ثبت برخی داروها از جمله آلبومین

نکته: تمامی خدمات انجام شده توسط پزشک و پرستار باید مطابق با زمان انجام در سیستم HIS شود و در برگه ی پروسیجر و ارائه خدمات موجود بر روی پرونده ، تاریخ ، مهر و امضای پزشک نیز ثبت گردد .

مواردی که فراگیران باید در بدو ورود به مرکز باید مد نظر قرار دهند:

- کلیه فراگیران مرکز هنگام شروع دوره باید معرفی نامه رسمی از دانشگاه داشته باشند .
- دستیاران در بدو ورود به منظور ارائه مشخصات خود جهت تهیه اتیکت ،مهرنظام پزشکی و افتتاح حساب بانکی شخصا به دفتر گروه مربوطه بیمارستان مراجعه نمایند.
- دستیاران موظف به ثبت ساعت ورود و خروج خود به صورت روزانه از بدو ورود تا پایان دوره می باشند.
- فراگیران پس از ورود به بخش باید خودرا به (دستیار ارشد) بخش معرفی و برنامه آموزشی و شرح وظایف طول دوره خود را دریافت نمایند.
- تمام فراگیران عزیز موظف به رعایت شئون و اخلاق پزشکی و قوانین بخش مربوطه در کلیه ساعات حضور در بیمارستان و شرکت در کلیه برنامه های آموزشی می باشند .
- کلیه فراگیران ملزم به نصب اتیکت برروی سینه در تمام ساعات حضور در بیمارستان و شرکت در کلیه برنامه های آموزشی می باشند.
- دستیاران گرامی پس از دریافت مهرنظام پزشکی ویژه بیمارستان موظف به پس دادن آن در پایان دوره می باشند.
- پاپیون در اختیار دستیاران فوق تخصصی و تخصصی وکارورزان عزیز می باشد لذا لازم است فراگیران جدید جهت استفاده از کمد و امکانات پاپیون خودرا به نماینده دستیاران پاپیون معرفی نمایند .
- دستیاران در صورت داشتن خودرو شخصی جهت دریافت برچسپ مخصوص استفاده از پارکینگ باید به واحد حراست و مسئول انتظامات مرکز مراجعه کنند.
- فراگیران باید در تمام ساعات کشیک موظف خود حتما در بیمارستان حضور داشته و ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از دستیار ارشد کشیک مطلقا ممنوع می باشد.
- جابه جایی در برنامه کشیک ممکن نیست مگر با اطلاع قبلی به معاونت آموزشی به صورت کتبی (حداقل ۲۴ساعت قبل)و یا در مواقع اضطراری به شرط تعیین جانشین و موافقت دستیار مسئول .

- کارورزان عزیز موظف به رعایت تعداد حداقل کشیک هستند. حداکثر تعداد کشیک ده شب در ماه است، حداقل تعداد کشیک در گروه های داخلی، جراحی، کودکان و زنان هشت شب در ماه و در گروه های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد کارورزو..... حداقل کشیک را تعیین می کند .

دستیاران رشته های مختلف نیز موظفند حداقل کشیک را به شرح ذیل رعایت نمایند:

سال اول	۱۲ کشیک در ماه
سال دوم	۱۰ کشیک در ماه
سال سوم	۸ کشیک در ماه
سال چهارم	۶ کشیک در ماه

- در پایان دوره از فراگیران توسط اتندیگ امتحان گرفته می شود و نمرات به مدت یک هفته نزد منشی بخش جهت اطلاع آن ها می ماند و در صورت داشتن اعتراض باید ظرف مدت یک هفته به ریاست محترم بخش و یا معاونت آموزشی بخش اعلام نمایند چون پس از ارسال نمرات به دفتر معاونت آموزشی دیگر امکان تغییر نمره نخواهد بود .

منشور حقوق پزشکان و کارکنان بیمارستان:

از آنجایی که توفیق خدمت به بیماران و دردمندان و نجات جان انسانها در زمره برترین عبادات به شمار می رود و لازمه این خدمت، داشتن محیزی آرام، مصون، بدون تنش و کارکنانی با انگیزه می باشد، لذا برای حفظ حقوق کارکنان عزیز و فداکاری که شبانه روز در خدمت بیماران می باشند، منشور حقوق کارکنان بیمارستان (پزشک، پرستار و ...) به شرح ذیل تهیه گردیده تا با رعایت مفاد آن از سوی مراجعین، خدمت متناسب با شأن و منزلت بیماران گرامی فراهم گردد. حق در این منشور به معنی اختیار، توانایی و مصونیت است و کارکنان می توانند در مواردی بزرگوارانه از حق خود بگذرند.

۱. پرسنل بیمارستان حق دارند در قبال ارائه خدمات مطلوب و موثر، از جانب بیماران و همراهان مورد احترام کامل قرار گیرند.
۲. پرسنل بیمارستان حق دارند فقط در چارچوب وظایف قانونی و بر اساس اصول علمی و دستورالعمل های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به ارائه خدمت و روش های درمانی اقدام نمایند.
۳. پرسنل بیمارستان حق دارند جهت ارائه درمان و مراقبت مطلوب و موثر محیطی آرام و امن داشته باشند.
۴. پرسنل بیمارستان حق دارند از هر گونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری احتمالی توسط بیماران و یا همراهان در امان باشند.
۵. پرسنل بیمارستان حق دارند بر اساس شرح وظایف و زیر نظر مسئول مربوطه و بر اساس قوانین و مقررات در انجام وظایف قانونی خود مستقل باشند.
۶. پرسنل بیمارستان حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای که موجب آسیب دیدن جسمی یا روحی بیمار می شوند امتناع نمایند.
۷. پرسنل بیمارستان حق دارند از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسئولین، کارکنان، ماموران دولتی، بازرسان، بیماران و همراهان ایشان برخوردار شوند.
۸. پرسنل بیمارستان حق دارند از حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسئولین، در مواردی که به دلیل انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار می گیرند، برخوردار شوند.

۹. پرسنل بیمارستان حق دارند برای اطلاع از آخرین اطلاعات، دستورالعمل ها و روشهای نوین درمانی و آئین نامه هایی که مرتبط با وظایف شغلی آنان می باشد امکانات لازم را در اختیار داشته باشند.

تذکر مهم: چنانچه همکاران محترم با مشکل خاص یا اتفاق ناخواسته ای مواجه شوند، توصیه می شود قبل از هر گونه اقدام، به معاونت آموزشی یا ریاست بیمارستان مراجعه نمایند.

۱۰. استاندارد ملی پوشش (dressing code) در کتابچه راهنما آورده شده و رعایت موارد ذکر شده الزامی است.

الزامات بیمه ای ، درمانی که پزشکان در ثبت مستندات پرونده های بیماران در کلیه سطوح درمانی باید رعایت کنند:

- ۱-اطلاعات سربرج فرم های پر شده در پرونده بیمار باید بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
- ۲- در تمامی گزارش های موجود در پرونده های بستری درج تاریخ و ساعت در محل مربوطه خود الزامی است.
- ۳- اطلاعات در پرونده کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود .
- ۴- کلیه مستندات باید واضح ، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد. رعایت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.
- ۵- گزارشات مشاوره، آزمایشگاه ، رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته باشند و توسط شخصی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد.(در مشاوره ها نوع مشاوره باید دقیقا ذکر و درخواست و انجام مشاوره باید در دو پاراگراف متفاوت آورده شوند).
- ۶-برگه های مشاوره بایستی توسط رزیدنت سال ۳ به بالا مهر و امضا گردد همراه با ذکر تاریخ و ساعت انجام مشاوره در غیر اینصورت کل مشاوره کسر می گردد. چنانچه پزشک 2k باشد توسط خود پزشک مهر و امضا گردد. در قسمت درخواست مشاوره مواردی مانند سابقه بیماری بیمار و علت انجام درخواست مشاوره ذکر گردد و «از نوشتن بیمار را ویزیت کنید» خودداری شود.
- ۷- اخذ رضایت نامه در اجازه درمان و رضایت آگاهانه از بیمار و یا ولی و قیم یا سرپرست قانونی ولی الزامی است و باید مهر وامضاء پزشک معالج و رزیدنت مربوطه هر دو وجود داشته باشد.
- ۸- پزشک معالج مکلف است که تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و بطور کامل ثبت کند.(تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماری های همراه و سایر عوارض می باشد.)

- فرم پذیرش و خلاصه ترخیص باید امضاء مسئول پذیرش و مهر و امضاء رزیدنت را داشته و پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده، مهر و امضای پزشک معالج و امضای سرپرستار بخش نیز الزامی است. (تاریخ مراجعه بعدی نیز باید حتما ذکر گردد).

۱۰- تکمیل کلیه مندرجات خواسته شده در فرم خلاصه پرونده و شرح عمل و سیر بیماری، مشاوره پزشکی و بقیه اوراق پرونده به طور کامل و در محل مربوطه الزامی است.

۱۱- فرم گزارش عمل جراحی باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد و مهر و امضاء پزشک جراح و اتند و پرستار اتاق عمل الزامی است.

۱۲- برگ بیهوشی باید حتما دارای مهر و امضاء پزشک مربوطه بوده و پشت آنها به طور کامل پر شود.

۱۳- فرم چک لیست جراحی ایمن پس از تکمیل، توسط پزشک مهر و امضاء شود.

۱۴- فرم آموزش به بیمار توسط پزشک باید به طور دقیق و کامل تکمیل شود.

۱۵- تایید اتند روی دستور رزیدنتها باید حتما وجود داشته باشد.

۱۶- چک لیست بیهوشی ایمن باید به طور کامل توسط پزشک بیهوشی تکمیل و مهر و امضاء گردد.

۱۷- فرم رضایت خون باید حتما توسط پزشک معالج مهر و امضاء شود.

۱۸- برگ شرح حال و معاینه بدنی، باید به طور صحیح و مناسب تکمیل گردد.

۱۹- تمامی درخواست های پزشک (به عنوان نمونه گرافی، CT، ECG و ...) که به صورت شفاهاً و تلفنی جهت بیماران انجام می شود در اولین فرصت و به محض ورود پزشک معالج به بخش باید به صورت یک order جداگانه ثبت گردد و در پایان order قبلی اضافه نشود.

۲۰- ویزیت روزانه متخصص عفونی حتماً با order پزشک ثبت گردد و بایستی در قالب برگه مشاوره انجام شود.

۲۱- تمامی دستورات پزشک 2K در پرونده های درمان طبی (بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار نگرفته اند) بایستی توسط خود پزشک مهر و امضاء و در ستون های مربوط به خود ثبت گردند و چنانچه توسط رزیدنت انجام می شوند، K دوم کسر می گردد لازم به یادآوریست مهر و امضاء اینترن به هیچ وجه قابل قبول نمی باشد.

۲۲- از برگه های کاربن پررنگ استفاده شود چنانچه نسخه دوم شرح عمل و برگه بیهوشی کم رنگ باشد همگی کسر می گردد.

۲۳- برگه های مشاوره و شرح عمل خوانا، دقیق و کامل نوشته شوند.

۲۴- ساعت شروع و پایان عمل در شرح عمل قید شود و نام پزشک بیهوشی و نام جراح حتماً در قسمت بالای شرح عمل نوشته شود.

۲۵- در صورت استفاده از وسیله تهاجمی فقط به استناد کد ۸۵ طبق کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت نمی باشد بایستی حتماً نوع وسیله تهاجمی مانند C-ARM در شرح عمل قید گردد.

۲۶- در صورت انجام اعمال دوطرفه حتماً در متن شرح عمل سمت راست و چپ یا اندام فوقانی- تحتانی مشخص گردد.

۲۷- نوع بیهوشی در شرح عمل ذکر شده و حتماً با برگه بیهوشی از نظر نوع بیهوشی هماهنگ باشد و در صورتی که از پوزیشن خاصی در عمل استفاده می گردد نوع پوزیشن نیز قید گردد.

۲۸- اعمال جراحی با انسیزیون جداگانه حتماً در متن شرح عمل ذکر گردد.

۲۹- تمامی پروتزه های مصرفی برای عمل بیمار بایستی حتماً به ریز از نظر نوع و تعداد در شرح عمل ذکر گردد در صورتیکه خط خوردگی ایجاد شد شرح عمل مجدداً نوشته شود و نوشتن پروتزه ها به صورت یکجا در انتهای شرح عمل قابل قبول بیمه نمی باشد.

۳۰- تمامی شرح عمل و پروتزه های مصرفی بایستی با هم همخوانی داشته باشد در غیر اینصورت شرح عمل باید مجدداً نوشته شود یا برگ پروتز اصلاح گردد و توسط پزشک و مسئول اتاق عمل تایید شود.

۳۱- تمامی پروتزه های که در عمل استفاده می شود بایستی لیبل مربوط به آن وسیله حتماً در پشت شرح عمل چسبانده شود.

۳۲- تمامی وسایل گران قیمت مصرفی در اتاق عمل مانند (ژل فوم- سرجیسل- و غیره) بایستی حتماً توسط پزشک معالج در متن شرح عمل قید گردد، در غیر اینصورت کسورات اعمال شده از واحد مربوطه کسر می گردد.

۳۳- در مورد اعمال جراحی ارولوژی در صورتیکه از وسایل از قبیل (گاید وایر بالن دیلاتور- آمپلاترژیت-سوزن شیبا- سوزن بیوبسی- دبل جی استنت-سرم گلايسين) استفاده می شود حتماً در متن شرح عمل قید گردد. تعداد سرم گلايسين نیز مشخص شود، در غیر این صورت کسورات اعمال شده از واحد مربوطه کسر می گردد.

۳۴- در اعمال جراحی مخصوصاً جراحی عروق و جراحی ترمیمی تعداد کدهای درخواستی با متن شرح عمل همخوانی داشته باشد و بایستی به ریز و کامل تمام کدهای درخواستی در متن شرح عمل توضیح داده شود.

۳۵- در صورتی که چندین تاندون و عصب با هم در یک عمل ترمیم می گردد نام هر تاندون و عصب در شرح عمل جدا نوشته شود.

۳۶- در اعمال جراحی مغز و اعصاب در مورد تومورها اگر تومور به ناحیه ای چسبندگی داشته باشد حتماً در شرح عمل قید شود و همچنین در مورد ترمیم دورا ذکر گردد. دورا قبل از عمل جراحی پارگی داشته یا جهت دسترسی به عمل توسط جراح برش داده شده است.

۳۷- کدهایی که در شرح عمل درج می گردد با متن شرح همخوانی داشته باشد.

۳۸- در مورد کدهای جراحی مستقل طبق کتاب ارزش نسبی فقط در صورتیکه کد مستقل به تنهایی استفاده شود قابل پرداخت می باشد در غیر این صورت درخواست کد عمل مستقل به همراه کدهای دیگر قابل پرداخت نمی باشد.

۳۹- در مورد کدهای ستاره دار که طبق کتاب ارزش نسبی مورد تأیید بیمه نمی باشد و پرونده بیمار بایستی به صورت آزاد محاسبه شود قبل از اعمال جراحی الکتیو در صورتی که کد مد نظر پزشک ستاره دار باشد حتماً به بیمار و همراه آن این آگاهی داده شود که پرونده بیمار آزاد محاسبه می شود و قابل قبول بیمه نمی باشد.

۴۰- مواردی مانند BMA، BMB و Tap که توسط پزشک معالج انجام می شود، حتماً بایستی در شرح عمل مربوطه موجود باشد و در سیستم ثبت گردد در غیر این صورت علاوه بر کد مربوطه خدمت آسیب شناسی آن نیز کسر می گردد.

۴۱- در اتاق عملها دقت شود که نام پزشک معالج و بیهوشی حتماً با برگه بیهوشی و شرح عمل مطابقت داشته باشد.

۴۲- در اتاق عملها دقت شود که داروهای بیهوشی درخواستی در برگه دارو و لوازم اتاق عمل با داروهای مصرفی موجود در برگه بیهوشی همخوانی داشته باشد و داروهایی که بطور پروفیلاکسی قبل از عمل استفاده می گردد، در برگه دارو و لوازم لحاظ شود که حتماً توسط پزشک در برگه بیهوشی نام داروها ذکر شود.

۴۳- از قید کردن دارو در منزل توسط پزشکان خودداری شود در غیر اینصورت کسر می گردد.

۴۴- چنانچه بیمار جهت پورت گذاری مراجعه و در اتاق عمل جراحی انجام می شود در همان بخش جراحی بستری و از همان طریق ترخیص صورت پذیرد.

۴۵- تعداد جلسات شیمی درمانی با تایید پزشک و با گزارش پرستاری همخوانی داشته باشد .

انتظارات اخلاق حرفه ای (Professionalism)

دستیاران و دانش آموختگان این رشته انتظار می رود:

الف- در حوزه نوع دوستی

- ۱) منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند.
- ۲) در مواجهه با بیماران مختلف عدالت را رعایت کنند.
- ۳) در برخورد با بیماران به تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آنان توجه داشته باشند.
- ۴) در تمامی مراحل مراقبت از بیماران وقت کافی صرف نمایند.
- ۵) به خواسته ها و آلام بیماران توجه داشته باشند.
- ۶) منشور حقوق بیمار را در شرایط مختلف رعایت کرده و از آن دفاع کنند.

ب- در حوزه وظیفه شناسی و مسئولیت

- ۱) نسبت به انجام وظائف خود تعهد کافی داشته باشند.
- ۲) به سوالات بیماران پاسخ دهند.

- ۳) اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار را با مناسبترین شیوه در اختیار وی و همراهان قرار دهند.
- ۴) از دخالت های بی مورد در کارهمکاران پرهیز نمایند و با اعضای تیم سلامت تعامل سازنده داشته باشند.
- ۵) در تمامی مراحل مراقبت و انتقال بیماران احساس مسئولیت نمایند.
- ۶) برای مصاحبه، انجام معاینه و هر کار تشخیصی درمانی از بیماران اجازه بگیرند.
- ۷) در رابطه با پیشگیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد، انتقال بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی به طور مناسب به بیماران آموزش دهند.

ج- در حوزه شرافت و درستکاری

- ۱) راستگو باشند.
- ۲) درستکار باشند.
- ۳) رازدار باشند.
- ۴) حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایند .

د- در حوزه احترام به دیگران

- ۱) به عقاید، آداب ، رسوم وعادات بیماران احترام بگذارند.
- ۲) بیمار را به عنوان یک انسان در نظر گرفته ، نام و مشخصات وی را با احترام یادکنند.
- ۳) به وقت بیماران احترام گذاشته و نظم و ترتیب را رعایت نمایند.
- ۴) به همراهان بیمار، همکاران و کادر تیم درمانی احترام بگذارند.
- ۵) وضعیت ظاهری آنها مطابق با شئون حرفه ای باشد.

ه- در حوزه تعالی شغلی

- ۱) انتقاد پذیر باشند.
- ۲) محدودیت های علمی خود را شناخته ، در موارد لازم مشاوره و کمک بخواهند.
- ۳) به طور مستمر، دانش و توانمندیهای خود را ارتقاء دهند.
- ۴) اقدامات تشخیصی درمانی مناسب را مطابق با امکانات و دستاوردهای علمی در دسترس انجام دهند.
- ۵) استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی را رعایت کنند

مقدمه : گروه های پزشکی مرهم گذار درد بیماران و محرم اسرار آنها هستند . بنابراین برای توفیق بیشتر خود و نیز بهبود زودتر دردهای جسمی بیماران باید زمینه های ارتباط های اخلاقی و عاطفی خود را برای آنان فراهم نمایند . یکی از عوامل موثر بر فرآیند هماهنگی های روحی بیماران با مداواگران ، رعایت اخلاق حرفه ای و آراستگی و پوشش مناسب می باشد ، جامعه ی ما یک جامعه ی دین باور و اهل حجب و حیاست و بر همین اساس توجه به باورهای مذهبی و آداب و رسوم ملی و موازین عرفی و اجتماعی و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی بیماران ، بیانگر رعایت اصول و اخلاق حرفه ای مداواگران و بیمارداران است . به همین منظور ، بر اساس آئین نامه وزارتی و صورت جلسه مصوب هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی کرمان ، آیین نامه ی پوشش مناسب و اخلاق حرفه ای دانشجویان به شرح زیر لازم الجرا می باشد :

الف (کلیات : دانشجویان مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر ، برای ورود به کلیه محیط های درمانی ، بهداشتی و گذراندن دوره های بالینی ، به رعایت و اجرای آیین نامه ملزم می باشند . رعایت مقررات و آیین نامه های کنترل عفونت بیمارستانی ، در همه موارد در اولویت و مورد تاکید و الزم الاجراست .



ب (پوشش مناسب :

• روپوش دانشجویی باید سفید ، تمیز ، مرتب ، راحت با بلندی حداقل تا زانو باشد ، بلندی و سبک روپوش باید مناسب با فیزیک بدن باشد.

• از شلوار تنگ ، کوتاه و نامناسب با رنگ ها و طرح های غیر متعارف و تند نباید استفاده شود.

• دکمه های روپوش باید متعارف و در تمام مدت حضور در محیط های درمانی ، بهداشتی بطور کامل بسته باشد.



• دختران دانشجو ، از مقنعه های بلند استفاده نمایند بطوری که حداقل شانه ها را پوشش دهد و حجاب اسلامی متناسب با ضوابط شرعی را رعایت نمایند . پوشاندن کامل مو ، مورد تاکید است.

• پوشیدن جوراب الزامی بوده و از رنگ و طرح متناسب برخوردار باشد .

• از تی شرت ، لباس ورزشی و لباس های حاوی تصاویر و نوشته های نامناسب با عرف ، خودداری گردد و از تی شرت و لباس های ورزشی صرفا در اماکن ورزشی استفاده شود .

• کفش ها باید راحت ، پنجه پهن ، تمیز و دارای رنگ ملایم و متعارف باشد . استفاده از صندل و کفش های پاشنه دار غیر معمول مجاز نمی باشد

• از پوشیدن دمپایی در محیط های بالینی باید خودداری شود .

• از بکار بردن زیورآلات مانند دستبند ، گردنبند ، انگو ، انگشتری طلا بجز حلقه ازدواج و عطرهای تند و حساسیت زا ، باید خودداری شود .

• ناخن ها باید کوتاه ، تمیز ، بدون لاک باشد . استفاده از ناخن های مصنوعی و ناخن بلند به دلیل افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به بیماران جایز نمی باشد .

• دانشجویان پسر نباید موهای خود را بلند تر از حد معمول نگه دارند . (استفاده از مدل های مو و ریش غیر متعارف ممنوع می باشد).



ج) الزامات کلی دانشجویان :

• استعمال انواع دخانیات در محیط های آموزشی و بالینی اکیدا ممنوع است .

• در هنگام راند بیماران ، تلفن های همراه باید خاموش باشد و در مواقع دیگر نیز جز در موارد خیلی ضروری باید تلفن های همراه را روشن کرد .



• از خوردن ، نوشیدن و جویدن آدامس در حضور بیماران باید خودداری گردد .

• استفاده از هر نوع نماد فرق و گروه های مختلف ممنوع می باشد.

• استفاده از هر نوع لوازم آرایش مجاز نمی باشد .

• در مدت حضور در محیط های بالینی ، همراه داشتن کارت شناسائی معتبر و عکس دار حاوی حرف اول نام ، نام خانوادگی ، عنوان ، نام دانشکده و نام رشته الزامی است .

• رعایت ادب نفس و اخلاق حرفه ای به ویژه فروتنی و برخورد مناسب با بیماران و دیگر همکاران ضروری و ستودنی است .

• در محیط های درمانی ، گفتگو باید آرام و همراه با ادب باشد و از سر و صدای بلند در حضور بیماران باید پرهیز شود.



شرح وظایف قانونی دستیاران

شرح وظایف قانونی دستیاران در آئیننامه های مربوطه آورده شده است . مواردی که گروه ها بر آن تاکید مینمایند عبارتند از:

- * ویزیت روزانه بیماران
- * انجام مشاوره های مرتبط
- * ارائه ۵ کنفرانس یا ژورنال کلاب در طول دوره
- * شرکت در برنامه های آنکالی
- * مشارکت حداقل در یک پروژه تحقیقاتی
- * فلوشیپهای پذیرش شده تا پایان دوره بایستی حداقل یک مقاله Accept شده در یکی از مجلات معتبرداشته باشند و همچنین حداقل ۹ مقاله در کنگره های بین المللی (داخلی یا خارجی) و یک مقاله در همایشهای داخلی ارایه نمایند .
- * شرکت در برنامه های آموزشی و پژوهشی طبق برنامه تنظیمی بخش
- * آموزش به رده های پایین تر
- * شرکت در درمانگاه و اتاق عمل طبق برنامه تنظیمی
- * شرکت منظم در برنامه های گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی
- * حضور منظم در جلسات و برنامه های بخش

شرح وظایف دستیار ارشد

- * نظارت بر مرتب بودن همه امور (این امر خیلی مهم است)
- * برنامه ریزی نحوه چرخش دستیاران در بخش ها و بیمارستان های مختلف با نظارت مدیر برنامه دستیاری
- * برنامه ریزی کشیک دستیاران با نظارت مدیر برنامه دستیاری
- * پیگیری اجرای مصوبات گروه در ارتباط با دستیاران
- * پیگیری مسائل و مشکلات دستیاران و انعکاس آن به مدیر برنامه دستیاری و یا مدیر گروه
- * برنامه ریزی اداره کنفرانس های مختلف آموزشی بین دستیاران
- * هماهنگی و نظارت بر برگزاری جلسات آموزشی و برگزاری هر چه بهتر این جلسه
- * جمع بندی و پیگیری گزارش های دستیاران ارشد کشیک

شرح وظایف دستیار ارشد آموزشی

- * تعیین و هماهنگی کلاسهای Review Text و Management Case دستیاری با اساتید برای بحث های لازم
- * اطلاع رسانی به دستیاران و اساتید در مورد کلاسهای آموزشی دستیاری، تأمین وسایل لازم و اطمینان از شروع به موقع جلسات و ثبت حضور و غیاب دستیاران در این جلسه ها
- * استخراج و آماده سازی سوالات آزمون های سال های قبل برای کلاس های دستیاری
- * هماهنگی فیلمبرداری از کلاس های دستیاری و نظارت بر آرشیو فیلم ها در گروه
- * سرپرستی آرشیو منابع الکترونیکی دستیاری به روز رسانی، طبقه بندی
- * سرپرستی صفحه مربوط به دستیاران در سایت اینترنتی گروه به روز رسانی، نظارت بر قراردادن مطالب آموزشی و اخبار مربوط به دستیاران

طریقه تعیین دستیار ارشد و دستیار آموزشی

هر گروه همه ساله دو نفر از بین دستیاران سال آخر گروه، با توجه به کفایت، تعهد، وجدان کاری و میزان فعالیت آن ها، توسط دستیاران پیشنهاد، و از بین آنها یک نفر به تأیید شورای گروه انتخاب و با حکم معاون تخصصی و فوق تخصصی دانشکده به عنوان دستیار ارشد منصوب میشود. هم چنین هر سال یک نفر از بین دستیاران سال دوم و یا سوم گروه توسط مدیر برنامه دستیاری تعیین و پس از تأیید مدیر گروه به عنوان دستیار آموزشی گروه تعیین میگردد. دستیار ارشد همانند بقیه دستیاران در راند آموزشی صبح شرکت خواهد کرد و به جبران وظایف محوله بیشتری که بر عهده میگیرد از کشیک وی کسر خواهد شد. از دستیار ارشد آموزشی گروه ماهیانه ۱ کشیک کسر میگردد.

تبصره: به منظور هماهنگی بیشتر و سهولت تعامل دستیاران سال های مختلف با دستیار ارشد، برای هر سال دستیاری نماینده ای به انتخاب دستیاران همان سال معرفی می گردد. این نمایندگان در جایگاه مشورت دهی و انتقال متقابل نظرات هستند.

خط مشی ها و دستورالعمل هایی که دستیاران باید بدانند

* رعایت اخلاق حرفه ای و پزشکی فراگیران

• آموزش به بیمار توسط فراگیران

* الویت بندی مراقبت از بیماران ارجاعی ، پیچیده و بدحال در موارد اورژانس در حداقل زمان ممکن توسط بالاترین سطح علمی و مهارتی (حداقل دستیار ارشد)

• نحوه ی پاسخ گویی دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی

• ارزیابی عملکرد یادگیری فراگیران

• رعایت اصول گیرندگان خدمت

توجه: خط مشی ها و دستورالعمل های لازم جهت اطلاع دستیاران به صورت CD تحویل دستیاران داده می شود



توجه

کلیه دستیاران موظف می باشند موارد ذیل را برابر مقررات انجام دهند در غیر این صورت جهت معرفی به امتحانات سراسری ارتقاء، گواهینامه، دانشنامه و فارغ التحصیلی مجوزی نمی باشد.

۱- گذراندن کارگاههای آموزشی قبل از شروع دستیاری شامل:

۱/۱- کارگاه روش تحقیق ۱/۲- کارگاه مهارت های بالینی

۱/۳- کارگاه مستندسازی

۲- کلیه دستیاران موظفند موضوع پایان نامه خود را حداکثر تا زمان معرفی به امتحان کتبی ارتقاء ۱ به ۲ دستیاری تعیین و به ثبت رسانده باشند.

۳- کلیه دستیارانی که در امتحان گواهینامه تخصصی شرکت می نمایند موظفند دفاعیه پایان نامه خود را قبل از معرفی امتحان کتبی سراسری انجام دهند.

۴- دستیاران پذیرفته شده در ۶ ماهه اول شروع به تحصیل، مجاز به استفاده از مرخصی بدون دریافت کمک هزینه تحصیلی و تعویق دوره نمی باشند.

۵- ترک تحصیل، انصراف و انقطاع در دوران تحصیل بیش از یک ماه به دلایل غیر موجه منجر به لغو دوره دستیاری خواهد شد. بازگشت به تحصیل دستیار قبل از یک ماه به درخواست خود متقاضی و موافقت دانشگاه بلا مانع می باشد.

۶- این دانشگاه از پذیرش هرگونه درخواست در زمینه نقل و انتقال و جابجایی به هر علت در طول دستیاری معذور است.

۷- کلیه دستیاران سال آخر موظف به گذراندن طرح یک ماهه خود در ۶ ماهه اول سال پایانی دوره دستیاری می باشند.

۸- استفاده از روتیشن که در صورت صلاحدید دانشگاه خواهد بود در سال اول و پایانی دستیاری مقدور نیست.

ریاست بیمارستان : تصمیم گیری های کلان ، برنامه ریزی و سازماندهی

واحد معاونت آموزشی و پژوهشی:

پایش فعالیت های آموزشی گروه های آموزشی پایش عملکرد اعضای هیئت علمی شاغل در بیمارستان

پایش عملکرد فراگیران (فلو ، دستیار ، کارورز و دانشجو)

پایش عملکرد کمیته های بیمارستانی و نظارت بر خرید و توزیع امکانات و تجهیزات آموزشی بیمارستان

تشکیل کمیته حل اختلاف بین گروه های آموزشی

معاونت درمان: برنامه ریزی و ارائه طرح برای ارتقاء کیفی و کمی امور درمانی در سطح بیمارستان

مدیر بیمارستان: مسئولیت و نظارت کامل و هماهنگی منابع انسانی، مالی ، و منابع پشتیبانی بیمارستان

واحد توسعه آموزش بالینی (EDU):

این مرکز زیر نظر معاونت آموزشی بیمارستان به منظور ارتقاء کیفیت آموزش بالینی برنامه ریزی می نماید

و در حیطه های زیر ارائه خدمت می نماید

*ارائه راه کارهای آموزشی برای بهبود کیفیت آموزش در بیمارستان در قالب تیم مدیریت آموزشی

*برگزاری کارگاه های آموزشی جهت توانمند سازی اساتید و فراگیران پزشکی و پیراپزشکی

*برگزاری سمینارها و کنفرانس های درون گروهی و بین گروهی بیمارستان

*نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی EDO دانشکده پزشکی ، در بیمارستان

این واحد در راستای بهبود آموزش پزشکی تمهیدات لازم جهت برگزاری کارگاه های آموزشی در موضوع های

مختلف مورد نیاز فراگیران را فراهم می نماید .

مدیر خدمات پرستاری : اداره واحد پرستاری کل بیمارستان ، نظارت بر فرآیندهای پرستاری و استانداردهای مراقبتی در بخش های درمانی

واحد آموزش : بررسی نیازهای آموزشی ، تدوین برنامه آموزشی ، ارائه برنامه های آموزشی به صورت فردی (چهره به چهره) ، کنفرانس های آموزشی ، کارگاه های آموزشی ، مانور های آموزشی ، ارزیابی آموزشی کنترل اثربخشی و ارائه بازخوردهای مناسب جهت بهبود مستمر دانش و آگاهی و نیز توانمندی منابع انسانی به دوصورت زیر :

آموزش به پرسنل : ارتقای مهارت های بالینی و تخصصی در کارکنان و نهایتاً ارتقای سطح سلامت جامعه از مهمترین دستاوردهای واحد آموزش کارکنان بیمارستان می باشد .

آموزش به بیمار: ارتقای خود مراقبتی مهمترین دستاورد آموزش به بیماران در دو سطح کلان و خرد می باشد . این مهم از طریق ارائه آموزش به بیماران با موضوعات بیماریهای شایع خاص و عام از طریق آموزش های گروهی و چهره به چهره و یا ارایه پمفلت و بروشورهای آموزشی توسط کارکنان مرتبط دوره دیده می باشد

فعالیت های معاونت آموزشی و پژوهشی :

معاونت آموزشی مرکز از طریق منابع مختلف و استفاده از اطلاعات سعی دارد کاربردی ترین مسائل را در جلسات توجیهی فراگیران مطرح نماید. گام های ذیل در راستای رسیدن به اهداف مورد نظر می باشد .

۱-دریافت اطلاعات از منابع (عدم انطباق های جلسات QC، گزارش های گروه ،نامه های سازمان های بیمه گر ،واحد درآمد ،بررسی پرونده های پزشکی و....)

۲-نیازسنجی از فراگیران در خصوص مشکلات و دریافت نظرات ایشان

۳- تهیه و تدوین پمفلت های آموزشی مناسب با مشکلات و نقاط ضعف و موارد مورد نیاز فراگیران باهمکاری واحد های تخصصی (واحد کنترل عفونت ،واحد درآمد ،کارشناس ایمنی ،کارشناس مدارک پزشکی و...)

۴-هماهنگی با گروه های آموزشی و برگزاری جلسات توجیهی با فراگیران

۵- تدوین ودر اختیار قراردادن پمفلت های تخصصی برای فراگیران غیر پزشکی

۶-نظرسنجی از فراگیران درخصوص کمیت و کیفیت جلسات برگزار شده

اتاق عمل : انجام اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی ارتوپدی، نروسرجری، فک و صورت، جراحی عمومی،ارولوژی ، بصورت اورژانس و الکتیو

بخش مراقبت های ویژه : ارائه خدمات درمانی به موقع و مستمر به بیماران اورژانس و نیازمند به مراقبت های ویژه مانند ونتیلاتور ، پایش لحظه به لحظه سطح هوشیاری ، فعالیت کلیه ، وضعیت تنفسی

خدمات ارائه شده در اورژانس :

خدمات ذیل در اسکرین ، واحد تزریقات و پانسمان اورژانس ، اتاق عمل اورژانس و اتاق گچ ارائه می گردد .
۱- ویزیت بیماران ، تزریقات و پانسمان ، تزریق واکسن ضد هاری ، تزریق واکسن هیپاتیت ، کلیه اقدامات مربوط به مارگزیدگی ، گرفتن نوار قلب ، بخیه زخم ، برداشتن بخیه ، شستشو و پانسمان اولیه زخم ، گچ گیری و بانداژ

*چه بیمارانی در این مرکز از طریق اورژانس پذیرفته می شوند :

۱- تروما (تصادفات ، سقوط)

۲- اورژانس های جراحی مانند آپاندیسیت ، چاقوخوردگی

۳- اورژانس های مغز و اعصاب : شکستگی جمجمه یا ستون فقرات

۴- اورژانس های ارتوپدی مانند شکستگی ها و در رفتگی ها

۵- اورژانس های ارولوژی مانند سنگ کلیه

۶- اورژانس های فک و صورت مانند بریدگی در ناحیه صورت

۷- اورژانس های ترمیمی مانند قطع اندام

CSSD : استریل کردن وسایل و تجهیزات پزشکی به منظور انجام پروسیجرهای درمانی

فیزیوتراپی : ارائه خدمات کاردرمانی- فیزیوتراپی بیماران سرپایی و بستری (- الکتروتراپی) دراین بخش بیشتر وسایل و دستگاه های الکتریکی فیزیوتراپی وجود دارد(- مکانوتراپی یا تمرین درمانی) دراین قسمت بیشتر وسایل و امکانات جهت انجام تمرینات و ورزش های طبیعی وجود دارد - گفتاردرمانی

داروخانه : تهیه و تأمین دارو و لازم مصرفی مورد نیاز بیمارستان بصورت شبانه روزی

آزمایشگاه : ارائه خدمات بانک خون - بیوشیمی - هورمون شناسی - هماتولوژی - میکروبیولوژی به انضمام بخش تجزیه ادرار، انگل شناسی -سروولوژی - بافت شناسی

تصویربرداری : ارائه خدمات رادیولوژی شامل - MRI : سی تی اسکن - سونوگرافی -

واحد بهبود کیفیت : این واحد مسئول برنامه ریزی در جهت ارزیابی ، کنترل ، نظارت و پایش استقرار و ارتقای فرآیندهای بالینی و غیر بالینی با رویکرد ایمنی و رضایتمندی بیماران و کارکنان می باشد . تدوین و تأیید خط مشی و روش های اجرای و نیز دستور العمل ها با مشارکت ذینفعان و تصویب نهائی آنان توسط رئیس بیمارستان از جمله مهمترین فعالیت های این واحد که با هدف یکسان سازی نحوه صحیح اجرای فرآیندهای است.

واحد فناوری اطلاعات : این واحد با استفاده از تکنولوژی روز دنیا و ارائه سیاست های کلی این مرکز جهت دستیابی به ۶ هدف کلی تدوین شده شامل ۱) اجرای مطلوب طرح تحول نظام سلامت در سطح بیمارستان با اولویت بخش های بالینی ۲) ارتقای سطح ایمنی بیمار ، مدیریت خطر و مقابله با بحران ۳) افزایش رضایت مندی کارکنان ۴) افزایش رضایتمندی بیماران ۵) ارتقای سلامت بیماران و خانواده ۶) بهبود مستمر فعالیت های آموزشی و تحقیقاتی ،

واحد امور مالی : متشکل از واحدهای حسابداری هزینه، حسابداری درآمد، حسابداری ترخیص، صندوق ها و حسابداری اموال می باشد. در واحد هزینه کلیه حسابهای دریافتی و پرداختی بیماران تهیه و تنظیم می گردد، در واحد درآمد، ترخیص و صندوق، کلیه حسابهای مربوط به بیماران اعم از بستری و سرپایی تهیه و تنظیم گردیده و در نهایت بیمار زمان ترخیص این اطلاعات را بصورت صورتحساب کامپیوتری دریافت و وجه آن را به صندوق بیمارستان واریز می نماید.

واحد امور اداری : این واحد با هدف تشریک مساعی با واحد مدیریت و براساس خط مشی های کلی تعیین شده از طرف مدیر بیمارستان، مسئولیت تهیه شرح وظایف پست های سازمانی، انجام اقدامات لازم به منظور برقراری حقوق و مزایا، خدمات رفاهی کارکنان، آموزش، طبقه بندی مشاغل و پیاده کردن مفاد مربوطه را عهده دار می باشد

واحد امور فرهنگی و روابط عمومی : وظیفه این واحد انجام اقدامات برنامه ریزی شده، جهت استقرار و کسب تفاهم متقابل، بین یک سازمان و گروه های مورد نظر می باشد. شرح وظایف مدیر امور فرهنگی و روابط عمومی شامل موارد ذیل می باشد؛ ۱-تعامل با سازمان های مرتبط ۲-تهیه اخبار ۳-نظرسنجی در جهت استفاده از پیشنهادات و انتقادات آنها در ارتقای سازمان ۴-تهیه عکس، فیلم درخصوص عملکرد سازمانی ۵-اشاعه فرهنگ روابط عمومی در سازمان ۵-تهیه هفته نامه، ماهنامه، فصلنامه برحسب امکانات ۶-میکس فیلم های تهیه شده ۷-اطلاع رسانی

واحد مددکاری: انجام مصاحبه، مشاوره با بیماران به منظور راهنمایی و مساعدت در هزینه های درمانی- معرفی بیماران به مراکز حمایتی مختلف -تسهیل نیازهای درمانی- فراهم نمودن تسهیلات برای بیماران درحین بستری، ترخیص و پس از ترخیص

واحد آتش نشانی: ارائه خدمات تشخیصی-پیشگیرانه و ایمنی به منظور کنترل حوادث غیر مترقبه از جمله آتش سوزی

مهندسی پزشکی: بخش مهندسی پزشکی بیمارستان در زمینه نصب، راه اندازی، آموزش کار با تجهیزات پزشکی و تعمیرات اولیه تجهیزات پزشکی بیمارستان فعالیت می نماید. خدمات به صورت مدیریت شده به کارکنان، اعضای هیئت علمی و دانشجویان امکانات بهتری را برای ایشان فراهم می نماید تا متصدیان ارتقاء سلامت قادر باشند خدمات با کیفیت بالا و هزینه کم به هموطنان عزیز ارائه دهند .

بهداشت حرفه ای: وظیفه این واحد شناسایی، پیش بینی، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور محیط کار از جمله شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک ، روانی و بیولوژیکی محیط کار می باشد

تغذیه: تهیه، طبخ و توزیع غذا جهت وعده های غذایی پرسنل و بیماران، تهیه رژیم های غذایی جهت بیماران خاص و رژیمی

کتابخانه: وظیفه این واحد ارائه مجموعه های شامل پزشکی، پرستاری، مذهبی، روانشناسی و سرگرمی است. نوع مراجعان به کتابخانه شامل پرسنل و اساتیدو دانشجویان تحت پوشش سازمان علوم پزشکی کرمان می باشد. نوع دسترسی مراجعان به مخزن سیستم باز است.

معاونت آموزشی: انجام پژوهش های دانشجویی و بررسی نتایج تحقیقات واحد توسعه تحقیقات بالینی پیگیری مشکلات سازمانی و بالینی واحدها و بخش ها و مطرح کردن درشورای پژوهشی و همکاری با مراکز تحقیقات دانشگاه

کمیته ها: تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی فعالیت های ۱-کمیته های پایش و سنجش کیفیت ۲-اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای ۳-حفاظت فنی و بهداشت کار-بهداشت محیط ۴-کنترل عفونت ۵- مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج ۶- مدیریت خطر حوادث و بلایا ۷- انتقال خون ۸- طب اورژانس ۹- تعیین تکلیف بیماران

حقوق گیرندگان خدمت (حقوق بیمار) :

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
۲. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
۳. حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
۴. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

حقوق گیرندگان خدمت

۱- دریافت اطلاعات

- ۱-۱- منشور حقوق گیرنده خدمت باید در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار گیرد.
- ۱-۲- بیمارستان باید به گیرنده خدمت در خصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار، دانشجو (با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر، اطلاع رسانی نماید.
- ۱-۳- بیمارستان با رعایت مقررات پوشش مصوب وزارت متبوع، شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل مینماید.
- ۱-۴- بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص روش های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز تمام اطلاعات تاثیرگذار در روند تصمیم گیری گیرنده خدمت به نحو مطلوب و به میزان کافی، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت به شیوه ای ساده و قابل درک اطلاع رسانی مینماید.
- ۱-۵- بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان، اطلاع رسانی مینماید.
- ۱-۶- بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده خدمت و مراجعان درباره خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیردرمانی، ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی، بیمه های طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن، همچنین سیستمهای حمایتی اطلاع رسانی مینماید.
- ۱-۷- بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط اطلاع رسانی مینماید.
- ۱-۸- بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان میدهد که تصمیم گیری وی مبنی بر شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، تاثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.
- ۱-۹- بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرح های تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سر و کار دارد رعایت میشوند.
- ۱-۱۰- بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص خط مشی حفاظت از اموال گیرنده خدمت اطلاع رسانی مینماید.

۲- مطلوبیت خدمات سلامت

- ۲-۱- بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارایه مینماید.
- ۲-۲- بیمارستان، در صورتیکه ارایه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد پس از ارایه خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز را فراهم مینماید.

۳- گروه های آسیب پذیر

- ۳-۱- بیمارستان از گروه های آسیب پذیر از جمله کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیت های در معرض خطر، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت مینماید.

۴- گیرنده خدمت در حال احتضار

- ۴-۱- بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است، مراقبتهای محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارایه مینماید.
- ۴-۲- بیمارستان شرایطی فراهم مینماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.

۵- محرمانه بودن اطلاعات

- ۵-۱- بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- ۵-۲- بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار میدهد.

۶- حفظ حریم خصوصی

- ۶-۱- بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارایه مینماید.
- ۶-۲- بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم مینماید.
- ۶-۳- بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در تمام بخش ها بخصوص بخش های مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارایه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکان پذیر باشد.
- ۶-۴- در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.
- ۶-۵- بیمارستان از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند اطمینان کسب مینماید.
- ۶-۶- بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت مینماید.

۷- پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی گیرنده خدمت

- ۷-۱- بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواست های گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی اعتقادی را دارد و به آن عمل مینماید.

۸- آموزش

۸-۱- گیرنده خدمت آموزش های ضروری برای استمرار درمان را دریافت مینماید.

۹- انتخاب آزادانه و مشارکت

۹-۱- بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب مینماید.

۹-۲- بیمارستان پس از ارائه اطلاعات، با در نظر گرفتن شرایط بیمار، زمان لازم و کافی جهت تصمیم گیری و انتخاب در اختیار گیرنده خدمت قرار میدهد.

۹-۳- بیمارستان به گیرنده خدمت حق میدهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظرخواهی کند.

۹-۴- بیمارستان از قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی کامل از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر قرار میدهد، اطمینان کسب مینماید.

۹-۵- بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت در مورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم گیری است ثبت مینماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی، به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارایه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار میدهد.

۱۰- رضایت آگاهانه

۱۰-۱- در بیمارستان یک لیست مشخص از اقدامات و درمانهایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد. لیست مذکور حداقل شامل موارد ذیل است:

۱۰-۱-۱- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی

۱۰-۱-۲- بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق

۱۰-۱-۳- استفاده از خون و فرآورده های خونی

۱۰-۱-۴- تحقیقات

۱۰-۱-۵- اقدامات درمانی پر خطر (حداقل شامل: شوک درمانی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی)

۱۰-۲- بیمارستان طی فرآیندی مستند توسط کارکنان آموزش دیده و با مسئولیت پزشک معالج، از گیرنده خدمت، رضایت آگاهانه اخذ مینماید.

۱۰-۳- اطلاعات لازم در زمینه ی خطرات، محاسن و جایگزین های روش فعلی قبل از اخذ رضایت نامه آگاهانه از گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی، به زبان ساده و قابل درک، در اختیار گیرنده خدمت قرار میگیرند.

۱۰-۴- رضایت اخذ شده، همراه با تاریخ و ساعت، امضاء، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.

۱۰-۵- اگر رضایتنامه عمومی خدمات مراقبتی در زمان پذیرش بستری یا سرپایی، از گیرنده خدمت اخذ میشود، دامنه و محدودیتهای آن به وضوح مشخص شده است.

۱۱- نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت

۱۱-۱- دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت، بر اساس قوانین و آیین نامه های موجود انجام می گیرد.

۱۱-۲- بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه مینماید.

۱۱-۳- گیرنده خدمت در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از وجود تخصص های لازم برای درمان، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات درمانی مقصد مطلع می گردد و در صورت امکان حق انتخاب دارد.

۱۲- **نظام کارآمد رسیدگی به شکایت ها**

- ۱۲-۱- فرآیند اعلام شکایتها یا پیشنهادهای با ذکر نام صاحبان فرآیند در محلی قابل رویت نصب شده است.
- ۱۲-۲- بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می دهد تا بدون ترس از مجازات و به وجود آمدن اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت، بدون ذکر نام، به صورت کتبی و شفاهی به شیوه های محترمانه و با رعایت قوانین و مقررات به مقامات ذیصلاح شکایت نماید یا پیشنهاد دهد.
- ۱۲-۳- بیمارستان در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می نماید و خسارت وارده به وی را جبران مینماید.

۱۳- **سنجش رضایت گیرنده خدمت**

- ۱۳-۱- بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش قرار میدهد.
- ۱۳-۲- تحلیل نتایج و طراحی و اجرای برنامه مداخله های مناسب بر اساس آن مستند شده اند.

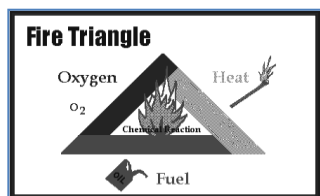
۱۴- **خط مشی ها و روش ها**

- ۱۴-۱- بیمارستان خط مشی ها و روشهای شفاف و روشنی شامل موارد ذیل تدوین نموده و اجرا مینماید:
 - ۱۴-۱-۱- حفاظت گیرنده خدمت در برابر حملات فیزیکی و صدمات روحی
 - ۱۴-۱-۲- کنترل مناسب درد با توجه به این امر که حق بیمار است که درد نکشد
 - ۱۴-۱-۳- پذیرش همراه و فراهم نمودن امکانات رفاهی همچون غذا و تسهیلات لازم برای استراحت و خواب
 - ۱۴-۱-۴- نظارت بر خارج ساختن عضو از اهدا کننده و انتقال آن
 - ۱۴-۱-۵- استفاده از تلفن همراه توسط گیرندگان خدمت و کارکنان در قسمتهای مختلف بیمارستان
 - ۱۴-۱-۶- حروف اختصاری مجاز و چگونگی استفاده از آنان در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار و با در نظر گرفتن ایمنی وی

موضوعات آتش نشانی:

چگونه آتش به وجود می آید؟

آتش نتیجه یک واکنش شیمیایی است که از ترکیب اکسیژن، حرارت، و ماده سوختنی است. که سوختن هر ماده قابل اشتعال تولید شعله می کند.



نکته: برای خاموش کردن آتش باید یکی از اضلاع مثلث قطع گردد که شامل:

۱- قطع کردن اکسیژن (خفه سازی) استفاده از کپسول پودری، استفاده از پتو، خاک

۲- قطع کردن حرارت (سرد سازی) استفاده از آب

۳- دور کردن ماده سوختنی ابتدا باید مواد خشک را از محل آتش سوزی دور کنیم.

چگونه آتش را خاموش کنیم؟

ابتدا فیوز برق و گاز شهری را قطع میکنیم.

سپس از پیشروی آتش جلوگیری میکنیم اجسام جامد را از محل حادثه دور میکنیم.

از کپسول آتش نشانی یا آب براساس نوع آتش نشانی استفاده می شود.

در صورت زیادبودن حجم آتش با تلفن ۱۲۵ تماس بگیرید.

انواع آتش سوزی ها

۱- جامدات: مواد خشک مثل کاغذ چوب پلاستیک پارچه (نکته: آب بهترین خاموش کننده برای این دسته است)

۲- مایعات و گازهای قابل اشتعال: شامل بنزین، نفت، گازوئیل، الکل، گاز شهری، روغن (نکته: از آب نباید برای این دسته استفاده شود)

۳- برق: وسایل الکتریکی و برقی، کلیه فیوزها و سیم های برق (نکته: هرگز از آب برای این دسته استفاده نکنید باعث برق گرفتگی میشود.)

۴- فلزات خاکی مثل سدیم پاشیم و....

توصیه های برای پیشگیری از آتش سوزی

از استعمال دخانیات در فضاهایی که مواد شیمیایی و سوختنی مثل بنزین، کاغذ و... است بپرهیزید.

از قراردادن مواد سوختنی نزدیک منبه حرارت مثل بخاری هیترو... جلوگیری کنید.

جاهایی که وسایل الکتریکی است در تماس با آب و مواد مرطوب نباشند.

همیشه شیلنگهای گاز را بررسی کنید که معیوب نباشند.

برای موادی که علامت اشتعال را دارند با احتیاط جابجا و حمل شوند.

انواع خاموش کننده ها:

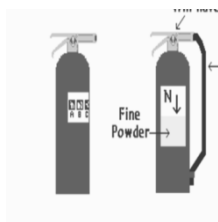
۱- کپسولهای پودر و گاز که حاوی پودر سفید رنگی می باشند که با خفه سازی آتش را خاموش میکند

برای آتش سوزیهای دسته اول و دوم و سوم (جامدات، مایعات، برق استفاده می شوند).

خصوصیات ظاهری: دارای عقربه راهنما (عقربه همیشه باید بروی رنگ سبز باشد)، دستگیره یا شیر کپسول، ضامن کپسول، شیلنگ کپسول (که باریک است)

کپسول پودر و گاز مخلوط:

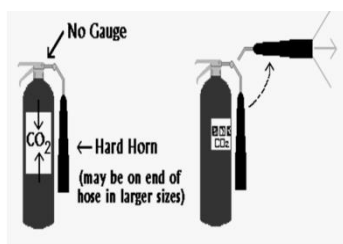
برای اطفاء حریق ناشی از مایعات و گازهای قابل اشتعال و تجهیزات الکتریکی استفاده می شود.



نحوه استفاده:

- ۱- قبل از استفاده از شارژ بودن کپسول اطمینان حاصل نمایید. (عقربه فشارسنج باید روی قسمت سبز باشد)
- ۲- کپسول را سریعاً دو بار سر و ته نمایید تا پودر از حالت کلوخه شدن ، خارج شود.
- ۳- ضامن را از حالت پلمپ خارج و آن را بکشید تا کپسول آماده استفاده گردد.
- ۴- با فشار بر اهرم دستگیره ، ماده اطفایی (پودر) را به بن آتش (پایین شعله) به صورت جاروب نمودن بپاشید و آتش را خاموش نمایید.
- ۵- در فضاهای باز، پشت به باد به خاموش کردن آتش اقدام کنید.
- ۶- به آتش زیاد نزدیک نشوید و از فاصله ۲ تا ۴ متری اقدام به اطفاء حریق نمایید.
- ۷- در صورت استفاده این کپسول جهت آتشسوزی جامدات ، مراحل اطفاء را با پاشیدن آب تکمیل کنید.

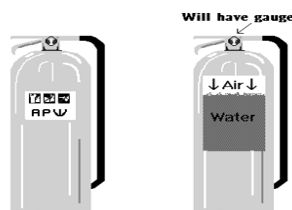
کپسول دی اکسید کربن (CO2)



کپسولهای گاز CO2 که حاوی گاز می باشدگازی که با فشار بیرون می آید و بسیار سرداست که با سرد سازی آتش را خاموش میکند.
خصوصیات ظاهری: دستگیره یا شیر کپسول، شیلنگ کپسول (که کیف مانند است) برای اطفاء حریق ناشی از تجهیزات الکتریکی استفاده می شود.

نحوه استفاده:

- ۱- خونسردی خود را حفظ نمایید.
- ۲- ضامن را از حالت پلمپ خارج و آن را بکشید تا کپسول آماده استفاده گردد.
- ۳- اهرم شیر را فشار دهید (یا شیر فلکه کپسول را باز نمایید) تا گاز دی اکسید کربن از کپسول خارج و با هدف گیری شیپورک به سمت پایین شعله، حریق را خاموش نمایید.
- ۴- به حریق زیاد نزدیک نشوید و با توجه به حجم کپسول از فاصله ۱ تا ۳ متری اقدام به اطفاء نمایید.
- ۵- در صورت ضرورت، از این کپسول جهت اطفاء حریق جامدات و مایعات قابل اشتعال در فضاهای بسته می توان استفاده نمود ولی اطفاء حریق جامدات را باید با پاشیدن آب تکمیل کرد.



کپسول آب و گاز

کپسولهای آب و گاز که برای مکانهایی که کاغذ و مواد خشک انبار شده اند مثل کتابخانه بایگانی پرونده ها بکار برده می شود.

خصوصیات ظاهری: دارای عقربه راهنما (عقربه همیشه باید بروی رنگ سبز باشد)، دستگیره یا شیر کپسول، ضامن کپسول شیلنگ کپسول (که باریک است)

- ۱- قبل از استفاده از شارژ بودن کپسول اطمینان حاصل نمایید. (عقربه فشارسنج باید روی قسمت سبز باشد)
- ۲- کپسول را سریعاً دو بار سر و ته نمایید تا پودر از حالت کلوخه شدن ، خارج شود.
- ۳- ضامن را از حالت پلمپ خارج و آن را بکشید تا کپسول آماده استفاده گردد.
- ۴- با فشار بر اهرم دستگیره ، ماده اطفایی (آب) را به بن آتش (پایین شعله) به صورت جاروب نمودن بپاشید و آتش را خاموش نمایید.
- ۵- در فضاهای باز، پشت به باد به خاموش کردن آتش اقدام کنید.
- ۶- به آتش زیاد نزدیک نشوید و از فاصله ۲ تا ۴ متری اقدام به اطفاء حریق نمایید.

مدیریت بحران در بیمارستان

بیمارستان نیز به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی نقش مهمی را در بازگشت سلامت جسمی و روانی جامعه دارد لذا اعمال مدیریت کارآمد در زمان وقوع بحران می تواند در عملکرد مطلوب و بهینه این نهاد تأثیر بسزایی داشته باشد.

مدیریت بحران را می توان فرآیند پیش بینی و آمادگی قبلی برای رویارویی، مقابله، کنترل و هدایت عوامل و رویدادهایی دانست که بقا و توسعه سازمان را به مخاطره می اندازد.

مراحل مدیریت بحران عبارتند از :

(۱) مرحله پیش بینی و آمادگی

(۲) مرحله امداد رسانی

(۳) مرحله بهبود و بازسازی

مرحله آمادگی کلیه اقدامات و عملیاتی است که دولت ها، جوامع و همچنین افراد را قادر به انجام عکس العمل سریع در مواقع بروز بحران می نماید و مرحله امداد رسانی به مجموعه اقدامات بهداشتی و درمانی اطلاق می شود که در حین و بعد از وقوع بحران انجام می پذیرد و بالاخره مرحله بهبودی عملیاتی است که به منظور عادی سازی شرایط و اوضاع یک کشور یا بخشی از آن بعد از وقوع بحران صورت می گیرد.

مرحله آمادگی شامل :

(۱) پیش بینی نوع و زمان وقوع بحران : (با بهره گیری از نتایج تحقیقات در موسسات ژئوفیزیک، محققین و تحلیل گران روابط بین الملل)

(۲) تشکیل کمیته بحران : (شامل : ستاد پشتیبانی، ستاد اطلاعات مدیریت بیمارستان، ستاد امداد و اسکان، ستاد اطفای حریق، ستاد جستجو)

(۳) تعریف بحران، عملیات و اقدامات لازم و چک لیست های نظارت : (مستندسازی)

(۴) آموزش : (آشنایی کارکنان با کد بحران، نحوه تخلیه بیماران، آشنایی با وظایف محوله و وسایل اطفای حریق، آشنایی با نقشه بیمارستان و راههای خروج اضطراری)

(۵) طراحی سیستم های دقیق اطلاعات بیمارستان (HIS) : (اطلاعات به منزله یکی از منابع سازمان می باشد و برنامه ریزی و تصمیم گیری صحیح را میسر می سازد).

(۶) طراحی سیستم های هشدار دهنده

(۷) تهیه تجهیزات اطفای حریق

(۸) تدوین دستورالعملهای ایمنی

(۹) پیش بینی برق اضطراری

(۹) استاندارد کردن ظروف محتوی حلال ها و مواد قابل اشتعال

(۱۰) استاندارد کردن لوله کشی و دستگاههای تهویه هوا

(۱۲) فراهم نمودن امکانات مربوط به ذخیره سازی آب، غذا و داروهای اساسی

(۱۳) تهیه نقشه جغرافیایی منطقه

- ۱۴) تهیه وسایل و تعیین فضاهایی برای ایجاد پناهگاه
- ۱۴) پیش بینی امکانات هوایی و زمینی برای امداد مصدومین
- ۱۶) اخذ بیمه حوادث برای بیمارستان
- ۱۷) تقویت بخش اورژانس از نقطه نظر میزان منابع تجهیزاتی و نیروی انسانی در ۳ سطح اورژانس با هدف کاهش مرگ و میر، کاهش میزان معلولیت و تأمین سلامت جسم و روان مصدومین
- ۱۸) انجام مانورهای دوره ای

مرحله امداد رسانی :

- در مرحله امداد رسانی خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می گردد خدمات بهداشتی در ۲ مرحله انجام می پذیرد :
- ۱) ارائه خدمات بهداشتی در زمان وقوع بحران شامل : انتقال افراد نجات یافته به محل های امن - انتقال مجروحان به محل نگهداری مجروحان - نجات افراد و خروج اجساد از محل حادثه
- ۲) ارائه خدمات بهداشتی در اردوگاه ها و چادرها پس از وقوع بحران: جلوگیری از سوء تغذیه و آسیب های روانی، پیشگیری از شیوع بیماری های عفونی، پایش و کنترل بیماری ها و تأمین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط .
- خدمات درمانی در مرحله امداد رسانی شامل :
- ۱) ارائه کمک های اولیه و خدمات اورژانسی به مصدومین در زمان وقوع بحران
- ۲) ارائه خدمات درمانی تکمیلی در سطوح ۳ گانه اورژانس پس از وقوع بحران

مرحله بهبود و بازسازی :

- این مرحله پس از وقوع بحران صورت می گیرد و شامل : بازسازی بخش های تخریب شده بیمارستان، خرید تجهیزات مورد نیاز و می باشد.
- بدین ترتیب نقش مدیریت در برنامه ریزی، سازماندهی، هماهنگی، رهبری و کنترل فعالیت ها در زمان وقوع بحران بسیار حائز اهمیت است. اهم این وظایف شامل : حضور در بیمارستان پس از اعلام کد بحران، ارتباط با سایر بیمارستان ها برای ارائه خدمات درمانی به مصدومین، نظارت بر احداث سرپناه، کنترل بر تأمین غذا، دارو و، نظارت بر اجرای دستورالعمل ها، کنترل راه ها و خروج اضطراری، نظارت بر انتقال وسایل و تجهیزات، نظارت بر تیم پزشکی و نحوه تخلیه بیماران در بیمارستان می باشد. امید است با ارتقای سطح دانش و نگرش مدیران نسبت به نحوه برخورد با حوادث مترقبه و غیرمترقبه، در جهت افزایش بهره وری و بهبود کیفیت فعالیت های بیمارستان، بیش از پیش گام برداشته شود.

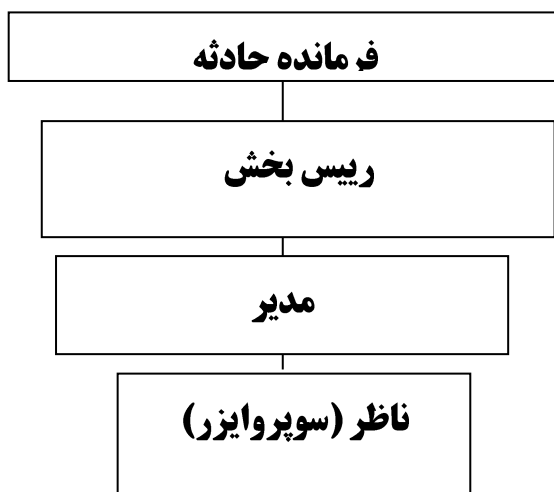
مقدمه

در خلال یک حادث و بلایای طبی بیمارستان به طور معمول با هرج و مرج و اختلال مواجه می گردد. این گونه آثار منفی با پاسخ مدیریتی بر اساس یک ساختار مشخص و معین و هدایت متمرکز فعالیتها به طور محسوسی کاهش می یابند. سیستم فرماندهی حادثه بیمارستانی یک برنامه مدیریتی است که دارای ساختار منطقی، شرح وظایف تعیین شده، مسیرهای گزارشدهی معین و نامگذاری مشترک می باشد و برای تمامی بیمارستانهایی که سیستم مشخص اورژانس دارند قابل استفاده می باشد. سیستم فرماندهی حادثه بیمارستان در حال تبدیل به استاندارد در زمینه مدیریت بحران بیمارستانی است و دارای خصوصیات زیر است:

- زنجیره مدیریتی قابل پیش بینی
 - چارت سازمانی قابل انعطاف
 - چک لیستهای پاسخ بر اساس اولویت
 - اطمینان از وجود پست های عملکردی
 - مستند سازی پیشرفته
 - زبان مشترک
 - برنامه ریزی مقرون به صرفه با توجه به استفاده از منابع موجود
- HICS یک سیستم مدیریت اورژانس است که از پستهای در یک چارت سازمانی تشکیل شده است. هر پست مأموریت ویژه ای در شرایط اورژانس و بحرانی به عهده دارد. HICS قابلیت انعطاف بالایی دارد. در هر شرایط با توجه به نوع و شدت حادثه امکان فعال سازی بخشی از این سیستم وجود دارد.

سلسله مراتب فرماندهی

چارت سازمانی HICS سلسله مراتب فرماندهی را برای هماهنگی با چهار بخش اصلی تحت فرماندهی را نشان می دهد. هر یک از چهار بخش عملیات لجستیک برنامه ریزی و مالی دارای یک رئیس هستند که توسط فرمانده حادثه تعیین می گردند. رئیس بخش هم به نوبه خود مدیران ناظران و سرپرستان زیرمجموعه خود را تعیین می نماید. این سیستم امکان مستندسازی و گزارشدهی تمام بخشهای بیمارستانی را نیز فراهم می سازد.



ویژگی‌های فرهنگی و بومی، استان کرمان

استان کرمان محل سکونت مردمی با عقاید متنوع دینی و مذهبی است که عمده‌تأثیر فضای فرهنگی اسلامی و ایرانی شکل گرفته است. اطلاعات موجود حاکی از آن است که علاوه بر مسلمانان شیعه، پیروان زرتشت، فرقه شیخیه، اهل حق و ... نیز در محدوده استان زندگی می‌کنند که هر کدام از آن‌ها آئین و مراسم مذهبی و دینی خاصی دارند. در این میان مراسم ویژه زرتشتیان و پیروان فرقه شیخیه درخور توجه است. آداب و رسوم و سنن مسلمانان نیز با دیگر نقاط ایران تفاوت‌های چندانی ندارد و شیوه برگزاری آن‌ها چه در مراسم جشن و سرور اعیاد ملی و مذهبی و چه در مراسم عزاء و سوگ عمومی و خصوصی تقریباً مانند سایر نقاط ایران است. از طرف دیگر استان کرمان محل کوچ و زیست ایلات مختلف عشایری است که هنوز در بین آنها فرهنگ شهری چندان رسوخ و گسترش نیافته است. این ایلات عمدتاً در مناطق سیرجان، رودبار و منطقه عباسی زندگی می‌کنند

به طور کلی فرهنگ منطقه کرمان بر بنیاد دو عامل شکل گرفته است: از یکسو زیستگاه طبیعی و اقلیمی خاص و از سوی دیگر تاریخ سخت و پر جنگ و جدال آن. این جدال دائمی با طبیعت کویری منطقه و دورافتادگی جغرافیایی، سالیان سال ادامه داشته و به قناعت و صبوری مردم منطقه منجر گردیده است. در عین حال فرهنگ استان کرمان از ترکیب اجتماعی جوامع شهری، روستایی و عشایری متأثر شده و خرده فرهنگ‌هایی را در سطح استان به وجود آورده است. همچنین نظامات حکومتی و نهضت‌ها و آیین‌های مذهبی (خوارج اسماعیلیه، سربداران، تصوف و عرفان) در فرهنگ منطقه تبلور یافته و به بخشی از میراث فرهنگی آن تبدیل شده است. اجمالی از این خرده فرهنگ‌ها به شرح زیر است:

– **فرهنگ عشایری:** اگرچه تعداد کمی از مردم استان جزء جامعه عشایری کوچ رو محسوب می‌شوند، ولی بسیاری از ساکنین روستاها و حتی شهرهای کوچک نیز به نوعی الگوهای فرهنگی این شیوه زیست را در مناسبات اجتماعی خود یدک می‌کشند. علت این امر نیز گستردگی مناطق عشایرنشین در سطح استان است که به عنوان مثال مناطق بافت، جیرفت، بم و کهنوج را در بر می‌گیرد. مهمترین ویژگی جامعه عشایری استان شیوه دامداری سنتی است و کوچ ضرورتی مبرم در الگوی زیست آن به شمار می‌رود و به تبع این شیوه زیست، فرهنگ رهمداری نیز به عنوان وجه غالب فرهنگ کوچندگان متجلی می‌شود. در نتیجه مجموعه وابستگی‌ها، آداب و رسوم، معتقدات، خرافات، احساسات، آیین‌ها و باورهای این مردم، تبلوری از شیوه تولید رهمداری و مناسبات اجتماعی جامعه عشایری است. از مراسم ویژه جامعه عشایری استان می‌توان از: سده سوزی چوبانی، جشن زایش رهمه و خضری شدن، جشن سر سال، مراسم قوچ‌اندازون، آیین شیرواری، مراسم چهلیم بهار و ... نام برد.

– **فرهنگ روستایی:** اگرچه فرهنگ جامعه روستایی استان آمیزه‌ای از فرهنگ عشایری و روستایی است، ولی ویژگی‌هایی نیز دارد که آن را از فرهنگ عشایری متمایز می‌نماید. در اقتصاد جامعه روستایی زمین و آب نقش تعیین‌کننده دارد و به عنوان شاخص منزلت اجتماعی مطرح است. وابستگی به زمین روحیه محافظه‌کارانه‌ای را در این مردم پدید آورده و شجاعت و بی‌باکی آن گونه که در جامعه عشایری وجود دارد در روحیه مردم روستا چندان به چشم نمی‌خورد. در عین حال این مردم بسیار مهمان‌نواز هستند. با تمام این احوال آداب و سنن و خرافات در جامعه روستایی نیز به چشم می‌خورد که این آداب و سنن بیشتر در رابطه با رویش طبیعت و فعالیت‌های کشاورزی و دامداری است.



بخشی از آیین نامه آموزشی دوره تخصصی بالینی پزشکی

دستیارگرمی :

ضمن خیرمقدم و آرزوی توفیق در تمامی شئون زندگی، یادآور می شود که آگاهی از مقررات و نظام آموزشی برای هر دستیار در طول تحصیل ضرورت تام دارد و عدم اطلاع از مقررات به هر علت که باشد موجب سلب مسئولیت نخواهد شد.

تعریف دوره دستیاری بالینی پزشکی :

ماده ۱: دوره دستیاری رشته های تخصصی بالینی یکی از مقاطع تحصیلات عالی دانشگاهی (Academic) است که متقاضیان واجد شرایط با داشتن مدرک دکتری پزشکی (M.D) از موفقیت در امتحان پذیرش دستیاری و گذراندن دوره های آموزشی تئوری و عملی و قبولی در امتحانات لازمه موفق به اخذ مدرک تخصصی در رشته مربوطه می گردند.

تعریف دستیار :

ماده ۲: دستیار به فردی اطلاق می شود که با داشتن مدرک دکتری پزشکی عمومی و پذیرش در امتحان ورودی دستیاری جهت آموزشهای نظری و کسب مهارتهای عملی، در یکی از رشته های تخصصی پزشکی طی مدت زمان مشخصی که برای آن دوره از طریق شورای آموزش پزشکی و تخصصی تصویب شده است به امر تحصیل ، آموزش ، پژوهش و انجام فعالیتهای کارورزی تخصصی اشتغال می ورزد.

هدف دوره دستیاری :

ماده ۳: تربیت پزشک متخصص و متعهد در رشته های مورد نیاز کشور جهت مهارتهای نظری و عملی ، آموزش پزشکی ، تعمیم و گسترش بهداشت در جامعه ، اموردرمانی و انجام فعالیتهای پژوهشی در راستای پیشبرد دانش پزشکی است .

الف - شرایط دوره آموزشی

ماده ۴: چنانچه فرد یا افرادی از معرفی شدگان از گروه آموزشی مربوطه ، واجد شرایط تواناییهای جسمی و روانی برای تحصیل در دوره مربوطه شناخته نشوند ، می بایست گروه دلایل مستند خود را به دانشگاه متبوع منعکس و دانشگاه نیز پس از کارشناسی لازم در صورت تأیید مراتب را حداکثر ظرف مدت یک هفته به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی اطلاع دهد . دبیرخانه در صورت تأیید نسبت به معرفی جایگزین اقدام خواهد نمود .

ماده ۵: چنانچه دستیاران در طول دوره آموزشی دچار نقص عضو موثر جسمی یا روانی شوند، گروه مربوطه می تواند با ذکر دلایل مراتب راجعت طرح در کمیسیون پزشکی منتخب دانشگاه به دانشکده پزشکی منعکس نماید. پس از تأیید کمیسیون مذکور و موافقت شورای آموزشی دانشکده و دانشگاه از ادامه تحصیل این افراد جلوگیری به عمل آید.

تبصره ۱: محرومیت یکساله و غرامت تحصیلی شامل این قبیل افراد نمی شود.
تبصره ۲: در صورت موافقت شورای آموزشی دانشگاه، چنانچه نقص عضو موثر حرفه ای برای سایر رشته ها در همان دانشگاه مانع از ادامه تحصیل در آن رشته ها نباشد و فرد حداقل نمره آخرین نفر پذیرفته شده رشته مربوطه را در همان سهمیه و همان سال در همان دانشگاه دارا باشد می تواند تغییر رشته دهد.

ب - شروع دوره

ماده ۶: کلیه پذیرفته شدگان پس از انجام ثبت نام قطعی موظف می باشند که از اول مهرماه سال مربوطه دوره دستیاری را شروع نمایند.

ماده ۷: دستیاران پذیرفته شده درشش ماهه اول شروع به تحصیل مجاز به استفاده از مرخصی بدون دریافت کمک هزینه تحصیلی و تعویق دوره نمی باشند.

پ - ترک تحصیل و انصراف

ماده ۸: پس از اعلام نتایج آزمون، پذیرفته شدگان اصلی و جایگزین در صورت انصراف در هر زمان یا عدم ثبت نام در موعد مقرر یا عدم شروع دوره، مشمول محرومیت از پذیرش در دوره های دستیاری رشته های تخصصی بالینی پزشکی خواهد شد.

ماده ۹: ترک تحصیل، انصراف و انقطاع در دوران تحصیل بیش از یکماه به دلایل غیر موجه منجر به لغو دوره دستیاری خواهد شد. بازگشت به تحصیل دستیار قبل از یکماه به درخواست خود متقاضی و موافقت دانشگاه بلامانع می باشد.

تبصره: پرونده داوطلبانی که پس از شروع دوره، دستیاری آنها لغو می شود به دفتر حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال، تا براساس تعهدسپرده شده و مقررات موجود با آنها رفتار می شود.

ماده ۱۰: دستیارانی که در حین تحصیل متقاضی انصراف می باشند می باید درخواست انصراف خود را به انضمام موافقت دانشگاه مربوطه پس از احتساب هزینه های دریافتی و ارائه تسویه حساب از طریق دانشگاه به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی ارائه نمایند تا جهت استیفای حقوق دولت اقدام شود.

ت - انتقال، جابجایی، تغییر رشته و میهمانی

ماده ۱۱: انتقال، جابجایی و تغییر رشته دستیاران در طول دوره دستیاری ممنوع می باشد

ماده ۱۲ : انتقال دستیار به دانشگاه دیگر به تبع همسر به شرط اخذ موافقت دانشگاههای مبدا و مقصد در موارد زیر بلا مانع می باشد :

تبصره ۱: انتقال دستیار به دانشگاه دیگر به تبع همسر در صورتی مورد موافقت قرار می گیرد که همسر داوطلب در استخدام دولت و یا سازمانهای وابسته به دولت بوده و موضوع انتقال همسر داوطلب پس از ثبت نام و پذیرش قطعی وی صورت گرفته باشد.

تبصره ۲: در شرایطی که همسر دستیار ، دستیار رشته های تخصصی پزشکی بالینی باشد انتقال وی به تبع همسر ، اعم از خانم یا آقا بلا مانع می باشد.

تبصره ۳: چنانچه همسر دستیار ، دستیار رشته های فوق تخصصی باشد انتقال دستیار رشته های تخصصی به تبع دستیار رشته های فوق تخصصی بلا مانع می باشد.

ماده ۱۳ : میهمان شدن دستیاران حداکثر به مدت شش ماه باتوافق دانشگاههای مبدا و مقصد صرفا به منظور تبادلات علمی و آموزشی و فقط یکبار در طول تحصیل و از سال دوم دستیاری به بعد مجاز می باشد.

تبصره ۱: میهمانی در شش ماهه آخر دوره دستیاری مجاز نمی باشد.

تبصره ۲: پرداخت کمک هزینه تحصیلی در طول مدت میهمانی ، به عهده دانشگاه مبدا می باشد.

ماده ۱۴ : دستیاران پذیرفته شده در شش ماهه اول شروع به تحصیل مجاز به استفاده از مرخصی بدون دریافت کمک هزینه تحصیلی و تعویق دوره نمی باشد.

ث - نحوه اخذ تعهد

ماده ۱۵ : از کلیه پذیرفته شدگان آزمون ورودی دستیار ، توسط دانشگاههای علوم پزشکی ، تعهد عام اخذ می شود.

ماده ۱۶ : مشمولین سهمیه مناطق محروم و سهمیه خانمها براساس ضوابط تعیین شده تعهد اخذ می گردد.

تبصره ۱ : داوطلبان کادر ثابت و رسمی نیروهای نظامی و انتظامی و کارکنان وزارتخانه ها و سازمانها و نهادهای دولتی که باماموریت آموزشی آنان موافقت می گردد و ملزم به سپردن تعهد محضری به محل استخدام خود هستند فرد و یا سازمان مربوطه موظف به پرداخت شهریه و کلیه هزینه های تحصیلی برابر ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تبصره ۲ : داوطلبانی که با مرخصی بدون حقوق وارد دوره های تخصصی می شوند ملزم به سپردن تعهد عام به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

ماده ۱۷ : پذیرفته شدگان سهمیه مناطق محروم قبل از شروع دوره آموزشی ملزم به سپردن تعهد محضری خاص برای خدمت پس از فراغت از تحصیل به میزان سه برابر مدت تحصیل در بیمارستانها یا مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر و درمانگاههای وابسته به دانشگاه مناطق محروم می باشند.

ماده ۱۸ : افراد فارغ التحصیل با سهمیه خاص مناطق محروم فقط در حوزه منطقه محروم تعیین شده حق فعالیت درمانی و یا آموزشی خواهد داشت و در خارج از منطقه مربوطه حق فعالیت تخصصی در رشته تحصیلی خود را تا پایان اتمام دوره تعهد (سه

برابر طول دوره تحصیل) را ندارند .

ماده ۱۹ : مدارک فارغ التحصیلی متخصصینی که از سهمیه مناطق محروم استفاده می کنند تا پایان انجام تعهدات قانونی فوق الذکر صادر نخواهد شد و افراد مذکور تنها جهت اشتغال در منطقه مورد نظر به دانشگاه مربوطه معرفی می شوند .

ج - آموزش دوره دستیاری

ماده ۲۰ : دستیاران موظفند طبق برنامه ای که از طرف گروه آموزشی مربوطه تنظیم می شود ، در فعالیتهای آموزشی ، پژوهشی (case report) و درمانی ، از جمله کلاس های نظری ، گزارش صبحگاهی ، گزارش های مرگ و میر و گزارش موردی ژورنال کلاب ، کارورزی های بیمارستانی و درمانگاهی ، آزمایشگاهی و کشیک های بخش و درمانگاه مربوطه و ماموریت های علمی و طرح های تحقیقاتی به طور فعال شرکت نمایند.

ماده ۲۱ : تحصیل در دوره دستیاری به طور تمام وقت و براساس نامه ای است که از طرف مدیر گروه تنظیم می شود .

حداقل ساعات کار به شرح زیر است :

۱- روزهای شنبه الی چهارشنبه از ساعت ۷/۳۰ لغایت ۱۶/۳۰

۲ - پنج شنبه ها از ساعت ۷/۳۰ لغایت ۱۲/۳۰

تبصره ۱ : گزارش ماهانه حضور و غیاب و کارکرد دستیاران توسط روسای بخش ها به معاونین آموزشی گروه یا مدیر گروه مربوطه و از طریق معاونین مراکز به دانشکده ذیربط ارسال خواهد شد.

تبصره ۲ : پرداخت مقرری تحصیلی منوط به ارائه گزارش کار ماهانه دستیاران می باشد.

تبصره ۳ : افزایش سنوات تحصیلی باتمديد دوره دستیاران تابع مقررات مربوطه خواهد بود.

ماده ۲۲ : حداقل برنامه کشیک دستیاران در زمینه های بالینی به شرح زیر خواهد بود:

سال اول ۱۲ کشیک در ماه

سال دوم ۱۰ کشیک در ماه

سال سوم ۸ کشیک در ماه

سال چهارم و پنجم ۶ کشیک در ماه

تبصره ۱ : کلیه دستیاران شاغل به تحصیل در بیمارستانها ، از نهار و دستیاران کشیک علاوه بر آن از خوابگاه ، صبحانه و شام برخوردار خواهند بود.

تبصره ۲: تنظیم برنامه و افزایش کشیک موظف طبق ضوابط به عهده مدیر گروه است.

تبصره ۳: حکم آموزشی دستیار یک ساله است و صدور حکم سال بالاتر بعد از احراز شرایط ارتقاء سالیانه می باشد.

ماده ۲۳: همه ساله دو نفر از بین دستیاران تخصصی دو سال آخر در هر گروه آموزشی بیمارستانی با توجه به کفایت، تعهد، وجدان کاری و میزان فعالیت آن ها، توسط دستیاران پیشنهاد واز بین آنها یک نفر به تأیید شورای گروه انتخاب و با حکم رئیس دانشکده به عنوان دستیار ارشد منصوب می شود.

تبصره: وظایف دستیار ارشد به موجب آئین نامه ای است که به پیشنهاد مدیر گروه و تصویب رئیس مربوطه به اجرا گذاشته می شود.

چ - مرخصی ها

ماده ۲۴: دستیاران باتوجه به نیاز و در صورت بروز موارد ناخواسته و ضرورت می توانند در هر سال دستیاری از مرخصیهای استحقاقی، استعلاجی، زایمان و بدون مزایا استفاده نمایند.

ماده ۲۵: مرخصی استحقاقی:

دستیاران می توانند به ازاء هر ماه ۲/۵ روز و هر سال تحصیلی جمعا به مدت یکماه از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند.

تبصره: در صورت عدم استفاده از مرخصی در طول سال تحصیلی فقط ۱۵ روز ذخیره و به سالهای بعد موکول می شود دستیار مجاز است در سال آخر حداکثر از ۴۵ روز مرخصی ذخیره علاوه بر مرخصی استحقاقی همان سال استفاده کند.

ترتیب استفاده از مرخصی با نظر رئیس بخش و تأیید مدیر گروه مربوطه خواهد بود.

ماده ۲۶: مرخصی بدون مزایا:

هر دستیار می تواند در طول دوره معادل مجموع مدت مرخصی استحقاقی خود با موافقت

رئیس بخش و مدیر گروه آموزشی و دانشکده انقطاع از تحصیل داشته باشد (برای مثال دستیار دوره های چهارساله می تواند از چهار ماه مرخصی بدون کمک هزینه تحصیلی استفاده نماید) بدیهی است مدت مذکور به طول دوره دستیاری افزوده خواهد شد.

تبصره: پرداخت کمک هزینه تحصیلی دستیاری در مدت انقطاع تحصیلی مجاز نیست.

ماده ۲۷: مرخصی استعلاجی:

استفاده از مرخصی استعلاجی برای دستیاران به میزان حداکثر یکماه درطول دوره دستیاری براساس گواهی پزشک و تأیید پزشک معتمد و شورای پزشکی دانشگاه بلامانع است. در صورتی که غیبت دستیار به علت بیماری درطول دوره تحصیلی از یکماه بیشتر باشد برابر مابه التفاوت مدت مذکور به دوره دستیاری وی با استفاده از مقرری دستیاری اضافه خواهد شد. اما در مدت بیماری بیش از سه ماه به دستیار مقرری دستیاری پرداخت نخواهد شد.

تبصره ۱: در صورت بروز بیماری، دستیار موظف است مراتب را ظرف یک هفته به دانشگاه اطلاع دهد و ارائه گواهی استعلاجی برای شروع مجدد دوره الزامی است.

تبصره ۲: در صورتی که مدت بیماری دستیار از شش ماه تجاوز کند تصمیم گیری درمورد ادامه یا لغو دوره دستیاری پس از تأیید شورای پزشکی دانشگاه به عهده شورای آموزشی دانشگاه خواهد بود.

ماده ۲۸: استفاده دستیاران خانم از چهارماه مرخصی زایمان برای یکبار درطول دوره دستیاری بلا مانع می باشد.

“ فقط یکماه از این مدت جزء دوران آموزشی محاسبه می شود.

تبصره: فقط برای یکبار در طول دوره دستیاری استفاده کنندگان از مرخصی زایمان از مقرری دستیاری استفاده خواهند کرد.

ح - امور رفاهی

ماده ۲۹: به دستیاران ماهانه مبلغی به عنوان مقرری دستیاران پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در مدت مرخصی استعلاجی بیش از سه ماه به دستیاران مقرری دستیاری تعلق نمی گیرد.

تبصره ۲: مقرری دستیاری دستیاران میهمان توسط دانشگاه مبدا پرداخت می شود.

تبصره ۳: به دستیارانی که با ماموریت آموزشی از سایر مراکز یا سازمان ها در دوره های تخصصی شرکت می کنند مقرری دستیاری تعلق نمی گیرد.

تبصره ۴: پذیرفته شدگانی که با ماموریت آموزشی از وزارتخانه ها، نهادها و سازمانها به استثناء دانشگاههای علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت برای ادامه تحصیل به رشته های تخصصی وارد می شوند ملزم به سپردن تعهد محضری به محل استخدام خود هستند. فرد یا سازمان مربوطه موظف به پرداخت شهریه و کلیه هزینه های تحصیلی برابر ضوابط وزارت بهداشت می باشد.

ماده ۳۰: مقرری دستیاران همه ساله به میزان افزایش ضریب حقوقی کارکنان دولت مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت افزایش یافته که از محل اعتبارات دانشگاه مربوطه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورتی که همسر دستیار نیز دستیار باشد، حق تاهل به هردوی آنها تعلق می گیرد.

تبصره ۲: به دستیاران ارشد معادل ده درصد مقرری دستیاری ماهیانه به عنوان حق ارشدیت پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳: پرداخت مبالغ فوق در صورت تأیید شورای هماهنگی هیئت امنای دانشگاهها قابل اجرا خواهد بود.

ماده ۳۱: مبنای مقرری دستیاران پایه با محل آموزش تخصصی و رشته تخصصی تغییر نمی کند.

ماده ۳۲: افزایش سنواتی مقرری دستیاران پس از قبولی در امتحان ارتقاء به سال بالاتر قابل اجرا می باشد و میزان افزایش سنواتی سالانه معادل پنج درصد مقرری دستیار می باشد.

ماده ۳۳: مبلغ عیدی دستیاران معادل عیدی مصوب کارمندان دولت خواهد بود که باتصویب هیئت امنای دانشگاهها قابل پرداخت می باشد.

ماده ۳۴: در تمام مدت دوره دستیار می ، دستیاران به هیچ وجه حق تاسیس و اداره مطب خصوصی یا درمانگاهها را ندارند و نمی توانند حتی به صورت قراردادی وساعتی به استخدام هیچ یک از موسسات دولتی یا وابسته به آن ، بخش خصوصی قرارداد خاص استفاده نمایند.

ماده ۳۵: دستیارانی که تمایل داشته باشند از مزایای بیمه خدمات درمانی به صورت خویش فرما استفاده نمایند می توانند با پرداخت پنجاه درصد حق سرانه از این امتیاز برخوردار شوند .

ماده ۳۶: در صورتی که شرایط خاصی خارج از موارد مشمول مواد آئین نامه مطرح شود تعیین تکلیف به عهده دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی خواهد بود .

خ - مقررات انضباطی

ماده ۳۷: دستیارانی که در انجام وظایف خود به نحو قابل توجهی کوشش کنند برحسب مورد به شرح زیر مورد تشویق قرار خواهند گرفت :

۱ - اعطای تقدیرنامه از سوی مدیرگروه پیشنهاد رئیس بخش .

۲ - اعطای تقدیرنامه از سوی رئیس دانشکده به پیشنهاد رئیس بخش وتائید مدیرگروه .

۳ - اعطای تقدیر نامه از سوی رئیس دانشگاه به پیشنهاد رئیس دانشکده .

ماده ۳۸: در صورتی که دستیاران مقیم در انجام وظایف محوله قصور ورزند ویا به اعمالی مغایر با قداست پزشکی و اهداف جمهوری اسلامی ایران مبادرت ورزند با توجه به اهمیت مسئله برحسب مورد تنبیهاتی به شرح زیر درمورد آنها اعمال خواهد شد:

۱ - اخطار کتبی از سوی مدیرگروه به پیشنهاد رئیس بخش .

۲ - توبیخ کتبی از سوی رئیس دانشکده به پیشنهاد رئیس وتائید مدیرگروه .

ماده ۳۹: رسیدگی به تخلفات اولیه کارورزان ، دستیارانی که حداکثر موجب تعلیق چهار هفته ای خواهد شد (با قطع حقوق وافزایش دوره ودرج در پرونده ها) با رئیس بیمارستان ورئیس بخش مربوطه خواهد بود .

ماده ۴۰ : ترکیب رسیدگی به تخلفات عبارتند از :

“ رئیس بیمارستان یا رئیس بخش برحسب مورد

“ مدیر گروه

“ رئیس تحصیلات تکمیلی

ماده ۴۱ : حق تجدید نظر با هیئت رئیسه دانشگاه ذیربط است .

تبصره : چنانچه دستیاری از دانشگاه اخراج شود حکم صادر چه به صورت اخراج موقت و چه دائم که زمان وشکل آن را خود کمیته تعیین خواهد کرد به منزله اخراج از کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور است .

ماده ۴۲ : در صورت بروز تخلف شدیدتر از طرف دستیار کمیته رسیدگی به تخلفات یکی از مجازاتهای زیر را اعمال خواهد کرد :

الف - افزایش دوره به مدت سه ماه

ب - افزایش دوره به مدت بیش از سه ماه تا یک سال

ج - پیشنهاد اخراج دستیار به هیئت رئیسه دانشگاه ذیربط (مفاد بند ۹ سی وسومین نشست)

ماده ۴۳ : عدم رعایت ضوابط درمقررات مربوط به دستیاری ، امور پزشکی را تخلف نامند که در صورت عدم رعایت عمدی تخلف مربوطه (تقصیر) وچنانچه غیر عمدی باشد (قصور) نامیده می شود .بروز تخلف برابر تعریف فوق از طرف دستیاران مستوجب تنبیهاتی طبق آئین نامه رسیدگی به تخلفات دستیاران خواهد بود.

مقررات امتحانات ارتقاء - گواهینامه تخصصی

۱ - شرکت کلیه دستیاران رشته های تخصصی پزشکی واجد شرایط شرکت در امتحانات ارتقاء - گواهینامه تخصصی منوط به موفقیت در امتحانات وفعالیتهای درون دانشگاهی وکسب حداقل نمره (۹۰) با توجه به معرفی رسمی مدیر محترم گروه مربوطه وثبت موضوع پایان نامه تخصصی وارائه آن طبق برنامه های مصوب خواهد بود.

۲ - لازم است محاسبه نمرات نهائی ارزیابی درون دانشگاهی دستیاران با درنظر گرفتن ضرایب حیطه های مختلف کارنامه درون بخشی ونیز جدول تراز نمرات ارزیابی دانش نظری صورت پذیرد.

۳ - برای دستیارانی که طبق مقررات به دو ارتقاء همزمان معرفی می شوند لازم است دو نمره ارزیابی درون دانشگاهی ارسال شود یکی برای ارتقاء سال بالاتر ویکی برای ارتقاء سال پائین تر (بدیهی است نمره امتحان سال پائین تر بیشتر از نمره ارتقاء سال بالاتر می باشد) تادر صورت عدم کسب حدنصابهای کتبی یامجموع سال بالاتر ، وضعیت قبولی دستیار در سال پائین تر بررسی می شود.

۴ - لازم است نمرات نهائی ارزیابی درون دانشگاهی در فاصله زمانی مناسب و پیش از ارسال به این دبیرخانه به اطلاع دستیاران رسانده شود تا زمان کافی جهت رسیدگی به اعتراضات احتمالی دستیاران باشد.

۵ - رسیدگی به اعتراضات در مورد امتحان درون دانشگاهی به عهده کمیته تحصیلات تکمیلی می باشد.

مقررات امتحانات ارتقاء

امتحان ارتقاء شامل دو بخش است :

الف - ارزیابی های درون دانشگاهی که از سوی گروههایی که دستیار در آن مشغول به تحصیل است انجام می شود.

ب - امتحان کتبی تحت نظارت دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی توسط دانشکده هایی که دستیار در آن مشغول به تحصیل است برگزار می گردد.

- مجموع نمره های ارتقاء در هر سال برابر ۳۰۰ است. ۵۰٪ کل نمره (۱۵۰ نمره) اختصاص به ارزیابی درون دانشگاهی و ۵۰٪ (۱۵۰ نمره) اختصاص به امتحان کتبی دارد.

- هر دستیار برای ارتقاء به سال بالاتر باید سه حداقل نمره را کسب نماید: حداقل نمره درون دانشگاهی، حداقل نمره کتبی، حداقل نمره کل و در غیر این صورت مردود شناخته می شود.

حداقل نمرات در دوره های مختلف طبق جدول زیر می باشد.

جدول نمرات ارتقاء برای دوره های سه ساله :

مقطع ارتقاء	حداقل نمره کتبی نسبت به ملاک مقایسه (A)	کف نمره کتبی مجاز	حداقل نمره درون دانشگاهی (B)	حداقل نمره کل
۱ به ۲	۴۰٪	۵۰	۹۰	$B+A+30$
۲ به ۳	۵۰٪	۶۵	۹۰	$B+A+30$

جدول نمرات ارتقاء برای دوره های چهارساله :

مقطع ارتقاء	حداقل نمره کتبی نسبت به ملاک مقایسه (A)	کف نمره کتبی مجاز	حداقل نمره درون دانشگاهی (B)	حداقل نمره کل
۱ به ۲	۴۰٪	۵۰	۹۰	$B+A+30$
۲ به ۳	۴۶٪	۶۰	۹۰	$B+A+30$
۳ به ۴	۵۳٪	۷۰	۹۰	$B+A+30$

- نمرات محاسبه شده طبق فرمول ارائه شده جهت آزمون کتبی ارتقاء، نمی بایست کمتر از نمرات کف مندرج در جداول فوق الذکر باشد و در صورتی که حد نصاب قبولی پس از محاسبه در فرمول مربوطه هر دانشگاه و در هر رشته تخصصی بیشتر از کف نمره کتبی مجاز مندرج در جداول فوق باشد، ملاک عمل، حد نصاب محاسبه شده توسط دانشگاه خواهد بود.

- به منظور وحدت رویه در دانشگاهها، میانگین نمره ۲۰٪ شرکت کنندگان برتر هر رشته در هر دانشگاه که بالاترین نمرات را در هر گروه کسب کرده اند، ملاک مقایسه تعیین می گردد.

تبصره ۱: چنانچه ۲۰٪ تعداد شرکت کنندگان کمتر از یک نفر شود، ملاک همان یک نفر محاسبه شود.

تبصره ۲: در مواردی که ۲۰٪ تعداد شرکت کنندگان به صورت اعشاری در بیاید اگر کمتر از نیم باشد به سمت پایین و بالاتر و مساوی نیم به سمت نمره بالاتر گرد شود.

- در صورت عدم شرکت در امتحان کتبی (به دلایل غیر موجه) و یا عدم کسب هریک از حد نصابهای منظور شده، دستیار مردود آن سال شناخته شده و لازم است در همان مقطع بر اساس برنامه آموزشی مدون همان سال با دریافت کمک هزینه تحصیلی تمدید دوره شود.

- **دستیاران زیر می توانند در آزمون ارتقاء به صورت دو ارتقاء همزمان شرکت نمایند:**

الف- دستیارانی که حد نصاب ارزیابی درون بخشی را کسب نموده باشند و به دلایل موجه در امتحان کتبی سراسری همان سال شرکت ننموده باشند.

ب- دستیارانی که حد نصاب ارزیابی درون بخشی و حد نصاب آزمون کتبی را کسب نموده اند ولی موفق به کسب حد نصاب سوم (مجموع) نشده اند. این دسته از دستیاران به صورت مشروط و طبق برنامه آموزشی سال بالاتر ادامه دوره داده و در سال بعد اجازه شرکت در آزمون ارتقاء را به صورت دو ارتقای همزمان خواهند داشت.

ج- دستیارانی که به دلیل گزینش یا استفاده از مرخصی زایمان یا معرفی دیرتر از موعد مقرر برای شروع دوره از طرف دبیرخانه، با کسر دوره روبرو شده و صرفاً به همین دلیل به یکی از امتحانات ارتقای کتبی سراسری معرفی نشده اند، در صورتی که دوره آنان تا قبل از پایان اسفند ماه سال مربوطه به اتمام برسد، با رعایت سایر مقررات مجاز به شرکت در آزمون ارتقاء و گواهینامه در همان سال می باشند.

- مواردی که می تواند به عنوان غیبت موجه تلقی شود از طریق دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی به دانشگاهها ابلاغ گردیده و ارزیابی موجه بودن و یا غیر موجه بودن غیبت در امتحان ارتقاء و شرکت به صورت دو ارتقاء همزمان به عهده دانشگاه مربوطه می باشد.

- شرط شرکت این دسته از دستیاران در امتحان کتبی سال بعد (دو ارتقاء همزمان) کسب حد نصاب لازم امتحان درون دانشگاهی سال بالاتر خواهد بود.

- هر دستیار فقط برای یک بار در طول دوره می تواند با رعایت مقررات این آیین نامه در آزمون ارتقاء به صورت دو ارتقاء

همزمان شرکت نماید.

- در مدت میهمانی، ارزیابی درون دانشگاهی به عهده دانشگاه مقصد می باشد.

- دستیاری که در طول دوره دستیاری سه بار مردود شوند از سیستم آموزشی تخصصی بالینی پزشکی خارج خواهند شد.

- دستیاری که در مقطع تحصیلی سال اول دوبار مردود شوند مجاز به ادامه تحصیل در دوره مربوطه نمی باشند و از سیستم آموزشی تخصصی بالینی پزشکی خارج خواهند شد.

- دستیاری که در دو ارتقای همزمان موفق به کسب حد نصاب سال پایین تر و یا بالاتر نشوند از نظر تعداد دفعات مردودی، یک بار مردود محسوب می شوند.

- دستیاران سال اول که تا پایان تیرماه سال مربوطه حداقل نه ماه از دوره تحصیلی خود را طی کرده باشند ملزم خواهند بود در امتحان کتبی سراسری ارتقاء ۱ به ۲ شرکت نمایند.

* دستیاری که به دلایلی (جایگزینی - گزینش و...) دیرتر از موعد مقرر به دانشگاه معرفی می شوند ، با گذراندن حداقل ۸ ماه از دوره تحصیلی، ملزم به شرکت در امتحان ارتقاء کتبی سراسری یک به دو می باشند.

- دستیاران سالهای بالاتر در صورتی که در مجموع سنوات تحصیلی حداکثر سه ماه کسر دوره داشته باشند، می توانند در امتحان ارتقاء کتبی سراسری سال مربوطه شرکت نمایند.

به عنوان مثال در دوره های سه ساله:

برای ارتقاء ۱ به ۲ ۹ ماه

برای ارتقاء ۲ به ۳ ۲۱ ماه

برای گواهینامه تخصصی ۳ به ۳ ۳۳ ماه

و در شرایط موضوع بند *

برای ارتقاء ۱ به ۲ ۸ ماه

برای ارتقاء ۲ به ۳ ۲۰ ماه

برای گواهینامه تخصصی ۳ به ۳ ۳۲ ماه

- داشتن مرخصی استحقاقی ذخیره باعث کاهش طول دوره نخواهد شد.

- شرکت در امتحان کتبی سراسری منوط به قبولی در امتحان درون دانشگاهی است.

- ثبت موضوع پایان نامه به عنوان شرط معرفی به آزمون ارتقاء کتبی سراسری ۱ به ۲ الزامی می باشد.

- کلیه دستیارانی که در امتحان گواهینامه تخصصی شرکت نمایند موظفند دفاعیه پایان نامه خود را قبل از معرفی امتحان کتبی سراسری انجام دهند .

مقررات امتحانات گواهینامه و دانشنامه تخصصی (بورد)

ماده ۱- آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی در یک زمان و در یک دفترچه با ۱۵۰ سؤال برگزار می گردد. در ضمن شرط معرفی دستیاران برای شرکت در آزمون گواهینامه کسب حداقل ۶۰٪ نمره ارزیابی درون دانشگاهی است و حداقل نمره قبولی در آزمون گواهینامه در رشته هایی که تعداد شرکت کنندگان نوبت اول کمتر از ۵۰ نفر باشد. ۶۰٪ میانگین نمرات ۲۰٪ برتر که بیشترین نمرات را کسب کرده باشند و در رشته هایی که تعداد شرکت کنندگان نوبت اول مساوی یا بیشتر از ۵۰ نفر باشد ۶۰٪ میانگین نمرات ۱۰٪ برتر آن رشته به عنوان حداقل نمره قبولی در نظر گرفته می شود و حد نصاب قبولی در آزمون کتبی دانشنامه تخصصی ۷۰٪ نمره (معادل ۱۰۵ از ۱۵۰ نمره) می باشد.

تبصره ۱: هر سؤال در آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی دارای یک نمره می باشد.

ماده ۲- در هر رشته هیئت ممتحنه تخصصی تشکیل می گردد (طبق نظر کمیسیون ۷ نفره ناظر بر انتخابات اعضای هیئت ممتحنه)

ماده ۳- شرایط معرفی به آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی:

۳/۱- کسب حداقل ۹۰ نمره از ارزیابی درون دانشگاهی، بدیهی است دستیاران سال آخر برای معرفی به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی جهت شرکت در آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی نیازی به شرکت در امتحان کتبی ارتقاء پایان سال دانشگاهها را ندارند.

۳/۲- جهت معرفی دستیاران به آزمون گواهینامه تخصصی می بایست حداقل مدت ۱۲ ماه از زمان کسب قبولی در مقطع ماقبل گواهینامه ایشان گذشته باشد و دستیار در این مدت مشغول به طی دوره آموزشی بوده و در بخش مربوطه حضور داشته باشد. شایان ذکر است مشمولین دو ارتقاء همزمان مقاطع آخر مشمول این بند نبوده. بدیهی است میزان مدت آموزش جهت فراق از تحصیل از دیگر مصوبات مربوطه پیروی دارد.

۳/۳- کلیه دستیارانی که در آزمون گواهینامه تخصصی شرکت می نمایند، موظفند دفاعیه پایان نامه خود را قبل از معرفی به آزمون گواهینامه انجام دهند.

ماده ۴- در صورت عدم معرفی جهت شرکت در آزمون و یا عدم شرکت در آزمون گواهینامه تخصصی (به هر دلیل) دستیار مردود گواهینامه شناخته شده و لازم است بر اساس برنامه آموزشی مدون سال آخر با دریافت کمک هزینه تحصیلی تمدید دوره شود.

ماده ۵- دستیارانی که در آزمون گواهینامه تخصصی سه بار مردود شوند بدون اینکه در آزمون ارتقاء مردود شده باشند از سیستم

آموزش تخصصی بالینی پزشکی خارج خواهند شد.

تبصره: دستیارانی که در دوران دستیاری به جز مرحله گواهینامه تخصصی دو بار مردود شوند حداکثر می توانند در ۲ دوره متوالی و بدون وقفه تحصیلی در آزمون گواهینامه تخصصی شرکت نمایند.

ماده ۶- افرادی که طبق مصوبات حائز شرایط شرکت در آزمون ارتقاء ماقبل آخر و گواهینامه تخصصی در یک سال می باشند با توجه به مصوبات موجود مبنی بر اینکه هر دستیار فقط یک بار در طول دستیاری می تواند از دو ارتقاء همزمان استفاده نماید می توانند مشمول دو آزمون مذکور در یک سال گردند.

ماده ۷- داشتن مرخصی استحقاقی ذخیره باعث کاهش طول دوره نخواهد شد.

ماده ۸- دانشگاه موظف است لیست واجدین شرایط جهت آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی را به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور ارائه نماید این لیست در یک نوبت ارسال شده و غیر قابل تغییر است.

ماده ۹- به منظور سنجش آگاهیها و مهارتهای فارغ التحصیلان رشته های تخصصی (شرکت کننده های این دوره آزمون گواهینامه تخصصی و دارندگان گواهینامه تخصصی سالهای قبل) دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هر ساله در سطح کشوری و توسط دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی آزمون دانشنامه تخصصی در یک نوبت و در دو قسمت کتبی و شفاهی برگزار می گردد.

تبصره ۱- از نظر تعداد دفعات شرکت در آزمون دانشنامه تخصصی هیچگونه محدودیتی وجود ندارد.

تبصره ۲- داوطلبان شرکت در آزمون دانشنامه تخصصی که فارغ التحصیل گواهینامه در سالهای قبل می باشند جهت شرکت در آزمون مربوطه در دوره های بعد ملزم به ارائه گواهی اشتغال از دانشگاه محل خدمت (طرح و ضریب K) یا گواهی اتمام خدمات مربوطه با تایید معاونت سلامت می باشند.

ماده ۱۰- ثبت نام مشروط دستیارانی که دوره دستیاری آنان حداکثر تا آخر آبان ماه سال مربوطه پایان می یابد بلامانع می باشد.

تبصره ۱- داشتن مرخصی استحقاقی ذخیره باعث کاهش طول دوره (تا آخر آبان ماه) نخواهد شد.

تبصره ۲- لازم است دستیارانی که به صورت مشروط در آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی شرکت می نمایند باقیمانده دوره تحصیلی خود را در مراکز آموزش مربوطه گذرانده و گواهی لازم مبنی بر اتمام دوره تحصیلی خود را ارائه نمایند.

ماده ۱۱- کلیه سئوالات آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی بر اساس منابع تعیین شده توسط هیئت ممکنه رشته های مربوطه تهیه می گردد.

ماده ۱۲- حد نصاب نمره قبولی جهت کسب مدرک دانشنامه تخصصی ۷۰٪ کل نمره آزمون کتبی و ۷۰٪ کل نمره آزمون شفاهی خواهد بود.

تبصره ۱- شرط شرکت در آزمون شفاهی دانشنامه تخصصی کسب حداقل ۷۰٪ کل نمره آزمون کتبی خواهد بود.

تبصره ۲- در صورت مردودی در آزمون شفاهی، اعتبار قبولی آزمون کتبی حداکثر تا پنج سال به قوت خود باقی خواهد بود و در صورت عدم شرکت و یا عدم موفقیت در آزمون شفاهی متقاضیان موظف به شرکت مجدد در آزمون کتبی دانشنامه تخصصی می باشند.

ماده ۱۳ - قبول شدگان کتبی دانشنامه تخصصی جهت آزمون دانشنامه تخصصی شفاهی معرفی خواهند گردید. این امتحان صرفاً به صورت OSCE برگزار خواهد شد.

ماده ۱۴- رسیدگی به اعتراضات دریافت شده در مورد آزمون کتبی گواهینامه و دانشنامه تخصصی در موعد مقرر اعلام شده از سوی دبیرخانه آموزش پزشکی و تخصصی کشور توسط هیئت های ممتحنه انجام می گیرد.

ماده ۱۵ - در اعلام نتایج آزمون دانشنامه تخصصی شفاهی به مقالات پژوهشی که در ارتباط با رشته تحصیلی مربوطه توسط دستیاران و در طول دوره دستیاری در یکی از مجلات معتبر به چاپ رسیده و یا پذیرفته شده باشند بر طبق دستورالعمل دبیرخانه و با نظر هیئت ممتحنه حداکثر تا ۱۵ نمره به شرط قبولی در آزمون شفاهی تعلق می گیرد.

ماده ۱۶- تعیین نفرات برتر بر اساس آزمون کتبی با ضریب ۲ و آزمون شفاهی با ضریب ۱ محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۷ - زمان آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی نیمه اول شهریور ماه می باشد.

ماده ۱۸ - میزان حق ثبت نام شرکت در آزمون دانشنامه تخصصی برای نوبت اول ۱۱۰/۰۰۰ ریال، نوبت دوم ۲۲۰/۰۰۰ ریال و برای نوبت سوم ۴۹۵/۰۰۰ ریال می باشد.

فرایند پذیرش در اورژانس:

