

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
مرکز آموزشی درمانی نیک نفس
کتابچه توجیهی کارکنان جدید الورد

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سال ۱۳۹۵

۴.....	معرفی کلی بیمارستان.....
۴.....	ویژگیهای فرهنگی و بومی ساکنین منطقه.....
۵.....	برنامه استراتژیک.....
۷.....	منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت.....
۱۱.....	ایمنی بیمار.....
۲۳.....	آتش نشانی.....
۲۵.....	برنامه کنترل عفونت.....
۲۷.....	نمودار و سلسله مراتب سازمانی.....
۳۲.....	قوانین و مقررات اداری ، مالی.....
۴۵.....	قوانین مربوط به استانداردهای پوشش.....
۴۹.....	ابعاد و محتوای موارد اختصاصی.....
۴۹.....	معرفی بخشها.....

همکاران محترم

ورود شما را به جمع کارکنان مرکز آموزشی درمانی نیک نفس خیر مقدم می گوئیم سپاس پروردگارا که توفیق خدمت به بیماران را به ما داده است امیدواریم که ظرفیت پذیرش این مسئولیت را نیز به ما عطا فرماید و ما نیز در راه خدمت به بیماران از هیچ تلاشی فروگذاری نکنیم کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با گوشه ای از فعالیت های این مرکز، مقررات و قوانین بیمارستان حقوق ذی نفعان و اختیارات و حقوق شما بعنوان عضو جدیدی از همکاران و زایشگاه نیک نفس در نظر گرفته شده است.

خواهشمند است این کتابچه را با دقت مطالعه فرمایید

واحد منابع انسانی

مهرماه ۱۳۹۵

معرفی کلی بیمارستان

مرکز آموزشی درمانی نیک نفس به همت خیر محترم مرحوم آقای علی اکبر نیک نفس در سال ۱۳۴۵ به نام آن بزرگوار احداث گردید و به عنوان تنها مرکز مجهز زمان خود در سطح شهرستان فعالیت خود را آغاز نمود. با افزایش روزافزون جمعیت و کمبود فضای فیزیکی به همت خیر محترم مرحوم آقای فرج الله آزادی در سال ۱۳۷۳ ساختمانی به مجموعه قدیم اضافه گردید. این مرکز تا سال ۱۳۷۱ تنها با یک اتاق عمل اداره می شد که در این سال اتاق عمل شماره ۲ و در سال ۱۳۸۴ اتاق عمل شماره ۳ تجهیز و راه اندازی شد. همچنین در سال ۱۳۸۳ بخش اورژانس مرکز به صورت شبانه روزی و با حضور ۲۴ ساعته پزشک مقیم شروع به فعالیت نموده است.

در حال حاضر این مرکز با حضور پزشکان متخصص زنان و زایمان، پزشک بیهوشی، پزشک عمومی و همچنین کادر درمانی شامل: پرسنل مامایی، پرستاری، بیهوشی، کمک بهیار، بیماربر و پرسنل اداری به کلیه مراجعین ارائه خدمت می نماید.

ویژگیهای فرهنگی و بومی ساکنین منطق

معرفی شهرستان رفسنجان

شهرستان رفسنجان از شهرستانهای استان کرمان است. مرکز این شهرستان شهر رفسنجان است. جمعیت شهرستان بنا بر سرشماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران، برابر ۲۹۵,۱۷۵ نفر بوده است [۱].

این شهرستان در شمال غرب کرمان قرار دارد و از لحاظ ارتباطی شهری در سر راه دو شهر کرمان و یزد است. بخش نوق از بخشهای این شهرستان می باشد. بخش نوق به مرکزیت فردوسیه در جلگه ای بین دو رشته کوه قرار گرفته و دارای تقریباً ۱۰۰ کیلومتر طول است. این بخش به علت داشتن خاک مناسب، بهترین منطقه استان در برداشت محصول پسته می باشد. پسته رفسنجان شهرت دارد.

شهرستان رفسنجان با وسعتی حدود ۱۰,۶۷۸ کیلومتر مربع در شمال غرب استان کرمان واقع شده است [۲]. بخشهای مرکزی، نوق، کشکوئیه، فردوس و شهرهای رفسنجان، مس سرچشمه، کشکوئیه، بهرمان، امین شهر (حسین آباد) می باشد که شهرستان شهربابک نیز در سال ۱۳۵۴ و شهرستان انار در سال ۱۳۸۸ از این شهرستان منفک و مستقل گردیده اند. از شمال به شهرستان بافق در استان یزد از جنوب به شهرستانهای سیرجان و بردسیر از مغرب به انار شهربابک و از مشرق به کرمان و از شمالشرق به شهرستان زرنند محدود می شود. ارتفاع این شهرستان در مرکز شهر ۱۴۶۹ متر از سطح دریا است. ۴۵ درصد از جمعیت شهرستان در مناطق روستایی زندگی می کنند و مهم ترین فعالیت اقتصادی آنها باغداری (کشت پسته) است. در ۵۰ کیلومتری جنوب این شهرستان کارخانجات مس سرچشمه واقع شده است که بزرگ ترین معادن مس ایران در آن فرآوری می شود.

تاریخچه رفسنجان :

رفسنجان اسامی مختلفی دارد که بیشتر در ارتباط با ذخایر زیر زمینی آن نامگذاری شده است. مانند رفسنگان یا رفسنگ به معنای مس که عربی شده آن رفسنجان است. از دو کلمه رفسنگ به معنای مس و کان به معنای معدن. این شهر

قدمتی دیرینه دارد و باغ‌های پسته آن مشهور است.

گردشگری :

جاذبه‌های تاریخی :

گرچه این دیار بارها توسط جهانگشایانی مانند تیمور - شیبک ازبک و دیگر اقوام مرز گریز تحت سلطه در آمده و غارت شده است اما چون دیگر جاهای سرزمین عزیزمان ایران همچنان به حیات پر افتخار خود ادامه می‌دهد گذشته آباد و پر رو نق این شهرستان سبب گردیده تا در گوشه و کنار آن آثار و ابنیه تاریخی به وفور وجود داشته باشد که از جمله آنها می‌توان به قلعه‌ها کوشکها، کاروانسراها، تیمچه‌ها، بازارها، برجها، عمارتها، آب انبارها، یخدانها، معبدها، امامزاده‌ها، تپه‌ها و محوطه‌های باستانی، آسیابها حمامها، قیصریه رفسنجان، مراکز فرهنگی مذهبی، کاروان سرای کبوتر خان رفسنجان، خانه حاج آقاعلی در رفسنجان یا بزرگترین خانه خشتی جهان، بازار و آب انبار حاج آقاعلی از مجموعه تاریخی حاج آقاعلی در رفسنجان اشاره کرد.

جاذبه‌های طبیعی :

علاوه بر موارد فوق شرایط اقلیمی، معادن عظیم مس سرچشمه، بزرگترین جنگل مصنوعی جهان (باغات ۱۲۰ هزار هکتاری پسته) و ییلاقاتی چون داوران، دره در، راویز، خانمان نیز از جاذبه‌های طبیعت این منطقه است آبشار لولی کش، آب گرم ده ظهیر، رودخانه شاهزاده عباس، آب جوشان راویز و پدیده طبیعی چاه دریا نیز از دیگر اماکنی است که طبیعت برای مردم این دیار به ارمغان آورده است

معرفی اماکن تاریخی:

لازم به ذکر است که شهرستان رفسنجان بناهای تاریخی متعددی را در خود جای داده است که نمایانگر ذوق سرشار هنرمندان و توجه مردم این شهرستان به فرهنگ و هنر اصیل اسلامی و ایرانی است.

برنامه استراتژیک

رسالت یا ماموریت (mission):

ارائه خدمات درمانی و تشخیصی مطلوب و کارآمد به کلیه مراجعین

بیانیه

دریافت کنندگان خدمات مرکز آموزشی درمانی نیک نفس، زایشگاه نیک نفس در شهر رفسنجان به عنوان تنها مرکز تک تخصصی زنان و زایمان و دارنده لوح طلایی بیمارستان دوستدار کودک که سابقه درخشانی در امر ترویج زایمان طبیعی و آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد، در حال خدمت به مردم رفسنجان و حومه و شهرهای مجاور می باشد.

هدف نهایی ما جلب رضایت مردم رفسنجان و کلیه مراجعین این مرکز و کمک به توسعه همه جانبه و پایدار خدمات درمانی و مراقبتی به مراجعین می باشد و برای انجام هدف با تکیه بر الطاف الهی و سرمایه های ارزشمند انسانی در راستای سیاست های اعلام شده وزارت بهداشت و درمان با ارائه خدمات آموزشی و درمانی با کیفیت در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسانها گام برمی دارد.

چشم انداز:

ما برآنیم تا سال ۱۳۹۸ با تکیه بر بهبود مستمر کیفیت و تضمین و ارتقای سطحی ایمنی بیمار به قطب درمان در استان کرمان دست یابیم.

فهرست ارزش ها:

۱. رضایتمندی و تکریم ارباب رجوع
۲. بیمار محوری
۳. رعایت منشور حقوق بیمار
۴. بهره وری
۵. تعهد و وجدان کاری
۶. شایسته سالاری
۷. قانون مداری
۸. سرمایه های انسانی
۹. مدیریت مشارکتی
۱۰. آموزش محوری

ذینفعان مرکز

۱. بیماران و سایر مراجعین مردمی
۲. پزشکان و اعضای هیأت علمی
۳. پرسنل بیمارستان
۴. دانشجویان پزشکی
۵. دانشجویان پرستاری، مامایی، پیراپزشکی
۶. بیمه های پایه و سایر سازمان های بیمه گر

حقوق گیرندگان خدمت

بینش و ارزش یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار

۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر همراه با اقدام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سایر پیشرفت های بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی بستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه های درمان مشارکت نماید.

۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی یا نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد، اطمینان حاصل نماید.

۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه از بیمار خواهد بود.

۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال، و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید

۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از اعلام همکاری

خودداری نماید.

۱۰- بیمار حق دارد در صورت اعزام و ادامه درمان به سایر مراکز درمانی قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

• منشور حقوق بیمار در ایران:

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

• دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

- ۱- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد
- ۲- بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد
- ۳- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد
- ۴- بر اساس دانش روز باشد
- ۵- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد
- ۶- در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد
- ۷- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد
- ۸- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد
- ۹- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد
- ۱۰- در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد
- ۱۱- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد
- ۱۲- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد
- ۱۳- در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد
- ۱۴- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد
- ۱۵- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با

فردی که می خواهد همراه گردد.

• **اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد. محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :**

- ۱- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ۲- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- ۳- نام، مسؤولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجوی و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
- ۴- روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار
- ۵- نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ۶- کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند
- ۷- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

• **نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد**

- ۱- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:
تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود) بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
- ۲- بیمار می تواند به کلیه ی اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

• **حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد :**

- ۱- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- ۲- انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- ۳- شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.
- ۴- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی 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 جدی قرار می دهد.

۵- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد :

- ۱- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد
- ۲- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود

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

- ۱- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- ۲- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد
- ۳- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند
- ۴- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

• دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

- ۱- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.
 - ۲- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند
 - ۳- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.
- در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار مذکور در این منشور بر عهده تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود .

کلیات:

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط حدود ۱۰٪ از تمام موارد بستری، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و این در حالی است که برآورد می گردد که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری می باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند. در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردد. در این میان سهم نارسایی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است.

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند ۱- استانداردهای الزامی که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند.

۲- استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد. استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید. از سال ۱۳۸۹ تا کنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز درصدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است. سازمانی جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت جامعه با چالش هایی مواجه شده و جهت حل آنها ۹ راه حل ایمنی بیمار را در نظر گرفته است که در ذیل به آنها اشاره می گردد. همکاران محترم می توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر به زونکن خط مشی و روشهای موجود در بخش مراجعه نمایند.

۱- شناسایی صحیح بیماران

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود.

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد:

بیماران بستری بزرگسال :

نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار ، نام پدر بیمار، کد پذیرش

نوزادان:

نام و نام خانوادگی نوزاد، نام و نام خانوادگی مادر نوزاد، جنس نوزاد، تاریخ تولد ، تعداد قل (یک، دو ، سه و...) ، کد پذیرش نوزاد.

نوزادان و بیماران بزرگسال مجهول الهویه:

ثبت عبارت مجهول الهویه و نام مکانی که بیمار آخرین بار در آن مکان مشاهده شده یا مکانی که اورژانس ۱۱۵ وی را مشاهده کرده است ، جنسیت بیمار، کد پذیرش

نکته ۱: برای بیمارانی که اختلالات روانپزشکی دارند مچ بند صادر نمی گردد.

نکته ۲: در بیمارانی که شنت / فیستول شریانی- وریدی دارند مچ بند در مچ دست راست نصب می گردد.

نکته ۳: مچ بند روی مچ دست راست تمام بیماران نصب می گردد

نکته ۴: اگر در ناحیه ساعد دست شکستگی یا اندام مصنوعی وجود داشته باشد ، مچ بند در قسمت بازوی همان دست نصب یا در صورت آتل بندی کل دست راست و دست چپ ، مچ بند در پای بیمار نصب می گردد.

کلید کادر درمان می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی مچ بند احراز هویت بیمار را چک نموده و از بیمار در صورتی که هوشیار است نام وی را بپرسند (از بیمار بپرسید " نام شما چیست" ، به جای اینکه بپرسید " آیا شما آقای علی احمدی هستید؟")

به هیچ عنوان نباید شماره تخت و اقدامات تشخیصی- درمانی و هر آنچه که جزء هویت خود بیمار نمی باشد، مبنای شناسایی بیمار تلقی گردد.

۲- تزریقات ایمن:

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می کند. از مهم ترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیرا پزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست (needle stick) کارکنان بهداشتی درمانی می باشد.

به طور کلی جراحات ناشی از **needle stick** در سه حالت ذیل رخ می دهد:

ضمن درپوش گذاردن سرسوزن؛

انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش؛

دفع نامناسب وسایل درمانی تیز و برنده مصرف شده.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزنند؛

- ۲- به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد؛
۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

تزریقات غیر ایمن شامل :

- ۱- روش غلط تزریق
- ۲- محل نامناسب تزریق
- ۳- داروی اشتباه
- ۴- حلال غلط
- ۵- دز غلط دارو
- ۶- دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

موازین تزریقات ایمن :

- الف: محل تمیز (Clean Work Plan): تعیین مکان خاص برای تزریق، قرار دادن وسایل مورد نیاز، دفع بلافاصله سرنگ در Safety Box در نزدیکترین محل به تزریق
- ب: شستشوی دست (Hand Washing)
- ج: سر سوزن و سرنگ استریل: سالم بودن بسته بندی سرنگ و سر سوزن، کنترل تاریخ انقضاء، دست نزدن به سر سوزن قبل و بعد از تزریق و اجتناب از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن
- د- تمیز کردن محل تزریق (Skin Cleaning)
- ن- در صورتی که محل تزریق کثیف است آنرا با آب و صابون شستشو دهید .
- ه- به صورت دایره ای محل تزریق را با پنبه الکل (۷۰ درصد) ضد عفونی کنید.
- ی- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید.

کمکهای اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی درمانی:

در صورت فرو رفتن سر سوزن به دست، پاشیده شدن خون یا سایر ترشحات آلوده به بریدگیهای باز، ملتحمه، غشاء مخاطی و گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم می شود.

بایستی کمکهای اولیه فوری انجام داد:

- ۱- شستشوی زخم با آب و صابون
- ۲- کمک به جلوگیری از خونریزی
- ۳- خودداری از مالش موضعی چشم
- ۴- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با آب فراوان
- ۵- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت (در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی)

۳- رعایت بهداشت دست

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در

بیماران بستری در بیمارستانها محسوب می گردد. مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه ۱۴۰۰۰۰۰ نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند این در حالی است که هنوز هم رعایت بهداشت دست ۳ که روشی بسیار ساده می باشد

به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود. جهت بهداشت دست از دو روش استفاده می شود. شستن دستها با آب و صابون و استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش **Hand Rub**. هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید.

شرایط لازم جهت شستشوی دست:

- ۱- نباید در دست زینت آلات باشد، و ساعت مچی نیز باید باز شود.
- ۲- در بخشهای ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه ازدواج باید برداشته شود.
- ۳- بریدگیها و خراشیدگیهای دست باید با پانسمان ضدآب پوشانده شود.
- ۴- ناخنها باید کوتاه بوده (حداکثر ۶ میلیمتر) و از لاک و ناخن مصنوعی هم استفاده نشود.
- ۵- دست با دستکش نباید شسته و یا ضدعفونی شود.

موارد شستن دست با آب و صابون

۱. دستها به صورت آشکارا کثیف می باشد؛
۲. دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد؛
۳. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانسیم های تولید کننده اسپور باشند، از جمله در موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل؛
۴. بعد از استفاده از سرویس بهداشتی؛

موارد استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش **Hand Rub**.

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران؛
۲. بعد از درآوردن دستکش استریل یا غیر استریل از دستها؛
۳. قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر؟)؛
۴. بعد از تماس با غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده، یا پانسمان زخم در بیماران؛
۵. در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت؛
۶. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار؛

۴- جراحی ایمن

چک لیست جراحی ایمن به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی، پرستاران و بیماران سراسر جهان به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته، معلولیت و مرگ

و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل، تدوین و تنظیم شده است. تأکید بر سلامت کارکرد دستگاهها و تجهیزات بیهوشی، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی می باشد و تلاش شده است تا سلامت ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد.

این چک لیست به بررسی ۱۰ نکته ذیل جهت تضمین ایمنی جراحی می پردازد:

۱. بیمار درست، محل درست عمل، عمل جراحی درست
۲. امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)
۳. ایمن بودن عملکرد تنفسی و راههای بیهوشی
۴. تمهید جبران خون از دست رفته
۵. عوارض ناخواسته یا آلرژیک دارویی
۶. جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی
۷. ممانعت از جاماندن سهوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل
۸. آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه
۹. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم
۱۰. برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن

۵- داروهای با نام و شکل مشابه

داروهایی هستند که از لحاظ بسته بندی دارویی و یا از لحاظ نام دارویی در تلفظ بسیار شبیه به هم می باشند این داروهایی که از شایع ترین علل خطاهای دارویی تهدید کننده سلامت و یک مشکل جهانی محسوب می گردند که باعث افزایش مرگ و میر و هزینه های بیمارستانی می شود. مثل hydrALazine و hydroXYzine

در شرایط ذیل خطاهای دارویی در مورد داروهایی با شکل و نام مشابه افزایش می یابد:

- { خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی
- { دستور شفاهی دارو بدون تکرار
- { انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته های دارویی مشابه
- { اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

۶- محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

مشخص شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا مثل کلرید پتاسیم، بیکربنات سدیم و غیره با برچسب های فلورسنت ترجیحاً برچسب با مارکرهای رنگی در محل نگهداری در دپوی بخش و تفکیک آنها

مواردی که در هنگام تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا باید مورد توجه قرار گیرد:

{ تهیه چک لیست برای ارائه محلولهای کلرید پتاسیم با غلظت بالا شامل محاسبه دقیق دوز محلول الکترولیتی ،

ریستیمپ انفوزیون و برچسب راه صحیح دریافت محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا؛
{ بعد از رقیق شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا ، نصب برچسب محلول پرخطر قبل از ارائه محلول به بیمار الزامی است.

{ در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا تأکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است، در صورت نبود پمپ انفوزیون از میکروست برای تزریق محلول در نظر گرفته می شود و در طول تزریق بیمار به طور مکرر مانیتور گردد.

{ حتماً در دستورات پزشک دوز و مدت زمان تزریق برای محلولها ذکر گردد.

{ در **order** پزشکی فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک با حروف بزرگ (**capital**) و بالاتر از خط زمینه نوشته می شود.

{ پرستار مسئول شیفت می بایست فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک را با خودکار قرمز در کاردکس وارد نماید.

{ قبل از تزریق محلولها از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل شود.

ملاحظات پرستاری در تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

• فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، حجم، سرعت تزریق و طریقه مصرف با دستوردارویی درج شده در پرونده بیمار توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد.

• شناسایی دقیق بیمار از طریق پرسش شفاهی، برگه درخواست و مچ بند احراز هویت بیمار (نام ، نام خانوادگی ، نام پدر، روز/ماه /سال، کد پذیرش)

• فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، طریقه مصرف، زمان مصرف، ثبت صحیح، دلیل مصرف و پاسخ به دارو توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار، کنترل گردد.

• کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق

• شستن دست، **HAND RUB** و پوشیدن دستکش تمیز قبل از تزریق و حین تزریق دارو

• آماده کردن فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک در تریالی تزریقات و محیط تمیز
• قبل از تزریق، توضیحات لازم به بیمار داده شود.

• محل تزریق وریدی و ناحیه حضور کانولا را از لحاظ عوارض تزریقات وریدی یا عفونت و فلبیت، نشست دارویی،

انفیلتراسیون، درد محل تزریق، نکروز، ادم ریه، ترومبوز بررسی کنید در صورت حضور موارد مذکور، از تزریق دارو خودداری کرده و مجدداً " یک آنژیوکت دیگر در محل متفاوت برای بیمار بگیرید.

• بر روی محلول آماده برای تزریق علاوه بر کارت سرم، برچسب رنگی تعریف شده در بیمارستان، نصب گردد.

• در صورت داروی افزودنی به بطری محلول آویزان در حال تزریق، اول تزریق قطع، دارو اضافه و کاملاً با محلول مخلوط و سپس مسیر تزریق باز می گردد.

• جهت تزریق دارو از طریق لاستیک مخصوص روی ست سرم ، از سوزنهای شماره ۲۱-۲۵ استفاده کنید که سوراخ کوچکتری ایجاد می کنند.

• توضیح به بیمار در خصوص گزارش فوری هر گونه درد و قرمزی در محل تزریق و ثبت در گزارش پرستاری

• کنترل مسیر رگ از نظر باز بودن

• پس از اتمام تزریق ست سرم ، میکروست به همراه باتل داخل سطل سبز تخلیه می گردد. و وسایل نوک تیز داخل
تخلیه گردد SAFETY BOX

۷- تحویل و تحول صحیح بیماران

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحدهای پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، درخواست مشاوره برای بیمار می توان از روش SBAR استفاده کرد. SBAR ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران بین ارائه دهندگان خدمت می باشد. در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارد.

SBAR مخفف چیست؟ Situation: در خصوص شرح حال و وضعیت فعلی بیمار توضیح می دهد.

Background: در خصوص بیماری زمینه ای و سابقه پزشکی بیمار توضیح می دهد.

Assessment: وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند.

Recommendation: پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می کند.

مزایای کاربرد SBAR شامل:

- ۱- نقل و انتقال اطلاعات لازم و ضروری بیمار بین ارائه دهندگان خدمت
- ۲- ارتقاء دانش کارکنان در خصوص اطلاعات بدست آمده از فرم ارتباطی بیمار
- ۳- افزایش توانایی پرستاران برای دریافت گزارش ضروری بیمار از سایر واحدهای بیمارستانی براساس یک فرمخاص
- ۴- افزایش ایمنی بیمار با ارائه اطلاعات حیاتی در یک نگاه به کلیه پرسنل مسئول کادر درمان در قبال بیماران در طولروز
- ۵- افزایش توانایی کلیه پرسنل مسئول کادر درمان برای شناسایی بالقوه مشکلات بیماران.

۸- اجتناب از اتصالات ناصحیح

تعبیه صحیح سوندهایی از قبیل کاتتر ادراری، برقراری راه وریدی چست تیوپ ، لوله دهانی- معدی
CVP LINE ، شالدون و غیره

۹- تلفیق دارویی

فرآیندی است که نیاز به یک مقایسه بین دارویی که پزشک تجویز و دستور نموده با آنچه که بیمار مصرف می کند. در تلفیق دارویی هنگام بستری الزامی است لیستی از داروهای بیمار که قبل از بستری مصرف می کرده ، تهیه شده و با لیست داروهای تجویز شده در زمان بستری مقایسه و تطبیق داده شود .

مشارکت بیمار در امر درمان خود

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برکه رضایت و براءت نامه را امضاء می نماید. منظور از اقدامات تهاجمی اقداماتی است که در طی انجام برش یا منفذ روی پوست، غشای مخاطی ، بافت همبند ایجاد شده و یا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود.

اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی ، اکسزیون ، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم، جایگزینی پروپ یا کاتتر، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوندهای چندگانه پیشرفته را شامل می شود.

اقدامات پرخطر: اقداماتی هستند که بیمار را در معرض آسیب دائمی قرار می دهد.

رضایت نامه :

به عنوان یک قانون کلی، درمان یک بیمار بدون رضایت او به جزء در مواردی چون اورژانس های واقعی ، غیر قانونی می باشد. برای اینکه رضایت گرفته شده از بیمار اعتبار داشته باشد باید اولاً رضایت دهنده دارای اهلیت قانونی باشد و ثانیاً رضایت آگاهانه باشد.

پیش شرط یک رضایت آگاهانه این است که رضایت دهنده باید دارای اهلیت قانونی باشد، یعنی بالغ، عاقل و مختار باشد تارضایت ارزش قانونی داشته باشد. چگونگی ارائه اطلاعات به بیمار، به این شکل است که بسته به شرایط روحی، درک و تحصیلات بیمار، راجع به بیماری و روش های موجود درمان، عوارض درمان و درمان نکردن، ... و در یک کلام، هر اطلاعاتی که برای یک تصمیم گیری معقول و منطقی لازم است به بیمار ارائه شود تا بیمار آگاهانه رضایت داده و نوع درمان را انتخاب نماید. از طرفی رضایتی که با اجبار، اکراه، فشار و یا فریب همراه باشد فاقد ارزش است.

برائت نامه :

اخذ برائت این است که پزشک قبل از شروع به درمان، عوارض و خطرات اجتناب ناپذیر و یا غیرقابل پیش بینی احتمالی را به بیمار یا ولی او تذکر دهد تا در صورت بروز خسارت، مسئول و مدیون نباشد. تفاوت رضایت و برائت در این است که اگر پزشک فقط رضایت گرفته باشد، در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی ضامن است؛ ولی اگر برائت نیز اخذ کرده باشد، عهده دار خسارت پدید آمده نیست.

نکته ۱: در صورت قصور پزشکی (بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی)، برائتی که قبل از درمان گرفته شده باشد رافع مسئولیت پزشکی نیست.

نکته ۲: برائت باید توسط پزشک و پس از شرح عوارض و خطرات احتمالی اخذ گردد و کلیه عوارض در برگ برائت نامه ثبت گردد.

در صورت مواجهه با موارد خاص مانند بیمار بی سرپرست، فاقد اهلیت (افراد دارای اختلال هوشیاری و ...)، عدم رضایت

والدین جهت اقدام حیاتی برای کودک و ... اخذ رضایت و براءت با هماهنگی متخصص پزشکی قانونی بیمارستان انجام می گیرد.

در موارد خیلی اورژانس مانند: مصدوم وارد شده به اورژانس به صورت بیهوش به دلیل خونریزی زیاد و در مرحله pre-shock (جایی که عدم اقدام فوری، تهدید کننده جان بیمار است)، نیاز به رضایت نیست.

اخذ رضایت جهت صدور جواز دفن :

در مواردیکه مرگ در بیمارستان به علل طبیعی باشد و شکایتی در بین نباشد، لازم است بستگان درجه یک فرد فوت شده، فرم درخواست صدور جواز دفن را که توسط پزشک معالج بیمار در اختیار آنها قرار می گیرد ، تکمیل نمایند.

توضیح: بستگان درجه یک به ترتیب اولویت عبارتند از: پدر، مادر، شوهر، فرزندان بالای ۱۸ سال، زن، جد پدری، برادر، خواهر که با توجه به اولویت و در دسترس بودن بستگان اقدام می شود.

اخذ رضایت عدم پذیرش در CCU /ICU :

در خصوص بیمارانی که نیاز به ICU Admission یا CCU دارند ولی به دلیل عدم وجود تخت خالی در CCU یا ICU ، در بخش بستری می شوند، لازم است رضایت کتبی از همراهان وی جهت عدم پذیرش در ICU یا CCU و بستری در بخش، توسط سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت گرفته شود و دو نفر پرستار، رضایت عدم پذیرش را که توسط همراهان داده شده است ، تأیید نمایند.

توضیح : قبل از اخذ رضایت جهت عدم بستری بیمار در ICU یا CCU، جهت امکان انتقال بیمار به ICU یا CCU سایر بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ستاد مربوطه هماهنگ گردد.
نکته: پروسیجرهایی که جزء جراحی پرخطر یا تهاجمی محسوب نمی شوند فقط نیاز به رضایت ضمنی (شفاهی) دارند مثل رگ گیری و خونگیری، سرم درمانی، جاگذاری سوند بینی - معدی ، بینی - روده ای، سوند فولی، معاینات واژینال (پاپ اسمیر)، معاینات گوش (اتوسکوپ)، آندوسکوپی تشخیصی سینوسهای پارانازال (آندوسکوپی تشخیصی: بدون انجام بیهوشی عمومی و تنها از طریق بی حسی موضعی انجام می شود و فقط کاربرد تشخیصی دارد).

خطاهای پزشکی

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب بیمار گردند، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباه در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.

خطاهای پزشکی دو نوعند:

- ۱- خطا در برنامه ریزی برای بیمار (error of planning) روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است. برای مثال تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساس نیست. این نوع خطا، خطای برنامه ریزی محسوب می شود. این نوع خطا به آسانی قابل تشخیص نیست.
- ۲- خطا در اجرای درمان (error of execution) روش درست ما آنطور که می خواهیم پیش نمی رود. برای

مثال پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق می کند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا می تواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد. این نوع خطا قابل مشاهده است.

از نظر شدت و حدت خطاهای پزشکی عبارتند از :

۱- اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه: (potential adverse event/ near miss/ close call)
نزدیک به خطا یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است. که می تواند به دلایل خوش شانسی (Fortune Reasons Good) زیر باشد :

الف - مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود.)

ب- مرور مجدد اطلاعات (Recovery of Identification) بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی قبل از تزریق

۲- حوادث بدون عارضه (No Harm event/ Incident Event) حادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه، هیچ آسیبی به بیمار ندارد در حالیکه حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد. مثل قوی بودن بیمار (تزریق پنی سیلین به بیماری که سابقه آلرژی ندارد و عدم ایجاد واکنش بیمار)

۳- واقعه ناگوار (accident) حادثی که اتفاق می افتد و به بیمار آسیب می رساند ولی حادثه وارد شده باعث ایجاد صدمه جدی نمی باشد و قابل جبران است مثلاً اقداماتی که باعث طولانی شدن مدت اقامت بیماران شود و یا افزایش هزینه بیمار گردد. مثل سقوط بیمار از تخت.

۴- حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event) وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (death/ harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک می شود. مثلاً مرگ بیمار به دلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی، از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و یا بیماری زمینه ای مرتبط نباشد، جراحی اشتباه روی بیمار دیگر و یا عضو دیگر، خودکشی بیمار، تحویل کودک به خانواده دیگر و

آنچه که در بحث خطاهای پزشکی حائز اهمیت است گزارش دهی خطاهای پزشکی است. توجه به رویکرد سیستمی به جای سرزنش افراد خطاکار، بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم (Root Cause Analysis) و نهایتاً تغییر سیستم به گونه ای که احتمال وقوع خطا در آن کم شود از اهداف اساسی گزارش خطاهای پزشکی می باشد.

نحوه مواجهه با مقادیر حیاتی آزمایشات Panic Value:

مقادیر بحرانی به مقادیر نتایج آزمایشاتی که خارج از مقادیر طبیعی و در محدوده هشدار قرار دارند و گزارش فوری آن میتواند بر وضعیت سلامت و نحوه درمان بیمار نقش بسزایی داشته باشند، اطلاق می گردد. این نتایج با تأیید مسئول فنی آزمایشگاه در سیستم HIS بیمارستان تعریف شده و در صورتی که نتیجه آزمایش با مقادیر بحرانی تعریف شده در سیستم HIS یکی بود با رنگ قرمز در سیستم جوابدهی آزمایشگاه نشان داده می شود. آزمایش کننده پس از تأیید مسئول مربوطه، نتایج بحرانی را به عنوان هشدار سریعاً و به صورت تلفنی به سرپرستار و یا پرستار مسئول بخش اطلاع دهد و بلافاصله آزمایش را مجدداً تکرار می نماید.

سرپرستار و یا مسئول شیفت پس از دریافت و ثبت گزارش نتایج بحرانی به منظور اطمینان از صحت دریافت گزارش یکبار آن را برای پرسنل گزارش دهنده به طور کامل بازگو نموده سپس سریعاً به بالین بیمار مراجعه می نماید و وضعیت بالینی وی را چک و سپس پزشک معالج را مطلع می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش مجدد با آزمایش قبلی مطابقت داشت و در محدوده بحرانی قرار داشت و یا نتیجه آزمایش مجدد مغایر با نتیجه قبلی بود، آزمایش کننده با تأیید مسئول مربوطه، نتیجه را به بخش گزارش می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش جزء مقادیر بحرانی بود، پزشک معالج اقدام درمانی را برای بیمار شروع می کند.

اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه

به نتایج تستهای حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تستهای معوقه یا pending test result گفته می شود. جهت ارتباط با بیمارانی که نتایج اقدامات پاراکلینیک آنان بعد از ترخیص از آماده شده است، فرآیندی تعریف شده است که مطابق آن پرستار از رزیدنت معالج بیمار در خواست می نماید تا نتایج مذکور را بررسی نمایند. در صورتی که نتیجه اقدامات پاراکلینیک در محدوده بحرانی قرار داشت، و همچنین با تأیید استاد مربوطه از منشی بخش خواسته می شود تا طبق دستورالعمل نحوه برخورد با نتایج پاراکلینیکی معوقه، به بیمار اطلاع رسانی نماید تا جهت ادامه درمان به مرکز درمانی مراجعه نماید.

تفکیک صحیح پسماندهای تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از: سوزنها، سوزنهای زیر جلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، چاقو، ست های انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته ها (آمپول)، ناخن بیماران و ترمومتر شکسته شده ... که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماند های به شدت تهدید کننده سلامتی بشمار می آیند .

Safety Box موجود در ترالی اورژانس، تزریقات و بیهوشی مخصوص پسماند اجسام تیز و برنده است.

تفکیک صحیح پسماندها

{ پسماند عادی که در سطل زباله آبی ریخته می شوند شامل زباله های آشپزخانه، آبدار خانه قسمت اداری - مالی، ایسگاههای پرستاری، باغبانی را در مراکز بهداشتی - درمانی تشکیل می دهند.

بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگلها یا قارچها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند.

{ پسماند های دارویی که در سطل زباله سبز ریخته می شوند شامل داروهای تاریخ گذشته، واکسن ها، دماسنج جیوه ای، مواد مخدر و سرمهایی که دیگر به آنها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند .

این رده همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها و قوطی های دارای باقیمانده داروهای خطر ناک، دستکش، ماسک، لوله های اتصال و ویال های داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند.

{ پسماند های ژنوتوکسیک که در سطل زباله قرمز ریخته می شوند شامل داروهای سایتو توکسیک، مواد شیمیایی و مواد پرتوساز می باشند.

نحوه خارج کردن وسایل حفاظتی پس از مراقبت از بیمار عفونی

- هنگام درآوردن وسایل حفاظتی اطمینان داشته باشید که خود وسایرافراد را آلوده نمی کنید.
- وسایل یکبارمصرف را داخل سطل زباله های عفونی بیاندازید.
- وسایل چند بارمصرف را در یک ظرف بسته خشک (بدون هرگونه محلول ضدعفونی) بیاندازید.

درآوردن دستکش

- افراد راست دست : در نقطه ای اندکی پائین تر از لبه دستکش چپ ، بخش خارجی دستکش چپ را با انگشتان دستکش راست بگیرید و ضمن خارج کردن دستکش چپ آنرا به پشت وارونه کنید.
- انگشتان برهنه دست چپ را در حد فاصل مچ دست راست و زیر دستکش راست بلغزانید.
- به کمک انگشتان دست چپ ، دستکش راست را نیز خارج کرده و در حین خروج آنرا وارونه کرده برروی دستکش چپ بکشید.

• هر دو دستکش وارونه شده را درون سطل زباله بیاندازید.

• فراموش نکنید قسمت خارجی دستکش ها آلوده می باشد.

درآوردن گان گره ها را باز کنید

- یک دست خود را به قسمت داخلی گان برده و آنرا از ناحیه شانه و گردن به پائین بکشید.
- در حین درآوردن گان آنرا وارونه کنید به نحوی که بخش داخلی آن رو به خارج قرار گیرد.
- گان خارج شده از تن را لوله یا تا کنید و آنرا به داخل سطل زباله بیاندازید فراموش نکنید قسمت جلو و آستین های گان آلوده است.

درآوردن عینک / محافظ صورت

- برای برداشتن عینک دسته های آنرا بگیرید (حفاظ صورت را از بند آن بگیرید).
- محافظ چشم (عینک یا حفاظ صورت) را جهت ضد عفونی در ظروف مخصوص تعیین شده قرار دهید (در صورت یکبار مصرف بودن آن را در سطل زباله بیاندازید)
- فراموش نکنید . قسمت خارجی عینک (محافظ صورت آلوده است)

درآوردن ماسک

- گره ها را باز کنید.
- ابتدا بند تحتانی را گرفته و آنرا از پشت سر خارج کنید، سپس بند فوقانی را گرفته از پشت سر بیرون آورید.
- ماسک را به داخل سطل زباله (در صورت یکبار مصرف بودن) بیاندازید.
- فراموش نکنید. قسمت جلوی ماسک جراحی /ماسک ویژه آلوده است. این قسمت را لمس نکنید.

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی
ابتدا آلوده ترین آن را درآوردید
بلافاصله پس از درآوردن دستکش دست هارا بشوید.

۱. درآوردن دستکش
۲. در آوردن گان
۳. شستن دست
۴. درآوردن عینک یا محافظ صورت
۵. قرار دادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت استفاده مجدد
۶. در آوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده
۷. در آوردن ماسک از پشت سر
۸. شستن دست

روش اجرایی ایمنی در مقابل آتش سوزی

- ۱) هدف: تقویت ایمنی در برابر حریق و ممانعت از بروز آتش سوزی در بیمارستان .
- ۲) دامنه کاربرد: کلیه بخشها/ واحدهای بیمارستان
- ۳- مسئولیتها : مسئولیت اجرای این دستورالعمل با واحد های مشخص شده در شرح عملیات می باشد .

مراحل :

- ۱- کلیه واحدها می بایست دارای پلان ایمنی حریق باشند. وظیفه تهیه این پلان بر عهده ریاست واحد ایمنی و بهداشت است .
- ۲- کلیه واحدها می بایست دارای نفر یا نفراتی باشند که دوره آتش نشانی را گذرانده باشد.
- ۳- توزیع و چیدمان وسایل اطفاء حریق می بایست طبق استاندارد باشد
- ۴- واحد ایمنی و بهداشت موظف است در کلیه واحدهائی که مواد قابل اشتعال وجود دارد تابلوهای هشدار لازم را فراهم نماید.
- ۵- ایجاد منابع احتراقی غیر کنترل شده در کلیه واحدهائی که مواد قابل اشتعال وجود دارد ممنوع است.
- ۶- در واحدهای فوق الاشاره استعمال دخانیات ممنوع است.
- ۷- محل انبارش مواد قابل اشتعال بایستی از نزدیکترین منابع احتراقی باید حداقل ۶ متر فاصله داشته باشد.
- ۸- واحد ایمنی و بهداشت موظف است روش اطفاء ایمنی تمام مواد را از MSDS مواد مزبور استخراج نموده و در اختیار تیم شرایط اضطراری بیمارستان قرار دهد.
- ۹- در محل های پر خطر از نظر ریسک حریق نصب سیستمهای اطفای حریق الزامی است.
- ۱۰- برای انجام عملیاتیهای پر خطر از قبیل جوشکاری و برشکاری و سایر عملیاتیهای حرارتی در محل های انبارش مواد شیمیائی خطرناک اخذ مجوز (پرمیت) توسط واحد مجری از واحد ایمنی و بهداشت الزامی است .
- ۱۱- تمام مواد قابل اشتعال در شرکت می بایست دارای برچسب های ایمنی لازمه باشند .
- ۱۲- در تمامی واحدها/بخشها روش اجرایی آمادگی و و اکنش در شرایط اضطراری موجود و پرسنل از کداطفاء حریق

آگاه باشند.

- ۱۳- در تمامی محلهای پر مخاطره از نظر ریسک حریق سطوح و لوله های داغ می بایست توسط مواد مناسب عایق شده باشند. (تاسیسات)
- ۱۴- نگهداری مواد قابل اشتعال در کنار مواد اکسید کننده ممنوع است. (انبار)
- ۱۵- کلیه نفراتی که با مواد قابل اشتعال کار می کنند می بایست در خصوص ایمنی حریق توسط واحد آموزش تحت آموزش قرار گیرند.
- ۱۶- واحد تاسیسات و واحد طب کار موظف هستند بصورت ماهانه/دو ماهانه چک لیست ایمنی حریق /کپسولهای آتش نشانی را تکمیل و بایگانی نماید .
- ۱۷- مسدود کردن جلوی کپسولهای آتش نشانی ، فایر باکس ها در کلیه واحدها ممنوع است.
- ۱۸- سرپرستان هر واحد موظف هستند در صورت بروز حریق طی فرم گزارش حادثه /شبه حادثه به دفتر بهبود کیفیت گزارش نمایند .

۲-۵ کپسولهای آتش نشانی:

- ۱- چیدمان کلیه کپسولها می بایست مطابق پلان ایمنی حریق باشد.
- ۲- نوع کپسولهای فراهم شده در هر واحد باید متناسب با نوع حریق احتمالی واحد باشد.
- ۳- فاصله دسترسی به هر کپسول نباید از مقادیر زیر بیشتر باشد:
 - برای حریق جامدات ۲۱ متر
 - برای حریق مایعات ۱۵ متر
- ۴- کلیه کپسولهای آتش نشانی می بایست بوسیله واحد تاسیسات مورد بازرسی قرار گیرد . واحد ایمنی و بهداشت هم موظف است کپسولها را بصورت دوره ای بررسی نماید . نتایج بازرسی ها باید ثبت گردد.
- ۵- کلیه کپسولهای پودر و گاز بیمارستان می بایست توسط واحد تاسیسات بصورت دو ماهانه تکان داده شود تا از کلوخه شدن پودر جلوگیری شود.
- ۶- کلیه کپسولها می بایست دارای شناسنامه باشند. این شناسنامه باید توسط واحد تاسیسات تهیه شود .
- ۷- کد هر کپسول که در شناسنامه آن درج شده است می بایست در محل نصب نوشته شده باشد.
- ۸- تمامی کپسولهای آتش نشانی باید دارای علائم استاندارد معرف محل کپسول باشند.
- ۹- ارتفاع نصب کپسولها باید در فاصله کمر تا شانه باشد.
- ۱۰- محل نصب کپسولها باید واضح و در دید باشد.
- ۱۱- واحد ایمنی و بهداشت موظف است دستورالعمل طرز استفاده از کپسولهای آتش نشانی را در محل های مناسب نصب کند.
- ۱۲- کلیه کپسولهای مصرف شده باید بلافاصله توسط واحد تاسیسات بیمارستان جایگزین شوند. مسئولین و اعضای آتش نشان هر واحد موظفند کپسولهای خالی شده را سریعاً به واحد تاسیسات گزارش دهند .
- ۱۳- کپسولهای پودر و گاز در صورت عدم مصرف تا ۱ سال باید شارژ مجدد شوند.
- ۱۴- واحد ایمنی و بهداشت می بایست در صورت تخلیه پودر کپسولهای آتش نشانی موظف است با اطلاع به واحد خدمات درخواست جمع آوری و دفع این پودر شیمیایی مطابق دستورالعمل مدیریت دفع ضایعات نماید.

۳-۵) فایر باکس ها:

- ۱- محل فایر باکس ها باید دارای علائم معرف باشد.
- ۲- مسدود کردن جلوی فایر باکس ها ممنوع است.
- ۳- فایر باکس ها باید بصورت ماهانه توسط تاسیسات بازرسی شوند.
- ۴- در صورت درب دار بودن فایر باکس ها باید قفل و کلید آن در زیر پوشش شیشه ای درب آن باشد.

یادآوری:

برای اطفاء آتشیهای کوچک نبود تهدید جدی از کپسول های آتشنشانی مطابق مراحل زیر عمل نمایید:
این مراحل اصطلاحاً PASS نامیده میشود که مخفف حرف و کلمات مقابل است (-PULL-AIM-SQUEEZE-SWEEP)

۱. ضامن موجود در دسته کپسول را بکشید.
۲. آنرا به طرف قاعده آتش نشانه روید.
۳. دسته کپسول را فشار دهید.
۴. با فاصله حدود ۳ متر از آتش ایستاده و شیلنگ را به صورت جارویی حرکت دهید.



تکنیک PASS از راست به چپ (شکل مراحل اطفاء حریق)

کنترل عفونت

کنترل عفونت 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 پرسنل جدیدالورود:

۱. هنگام شروع به کار جهت تشکیل پرونده بهداشتی و انجام واکسیناسیون هیپاتیت B و... به واحد بهداشت مراجعه نمایید.
۲. با توجه به اینکه عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بعد از ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد موارد مشکوک عفونتهای بیمارستانی را به سوپروایزر 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 فرورفتن سرسوزن به دست اقدامات ذیل را انجام دهید:
 - الف (شستشوی اولیه فوری با آب و صابون ب) خودداری از مالش موضعی چشم
 - ب (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 (گرفتن ۱۰-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV ۵ سی سی از فرد مورد تماسگرفته جهت تعیین HbsAb
۴. 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 ریت 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 ۸-۵ سی سی از محلول فوق را در کف دستها ریخته و به مدت ۱۵ الی ۳۰ ثانیه مالش دهید.
- تابلو شستشوی بهداشتی دست در بخش ها نصب می باشد تا شستشوی دست را به روش صحیح انجام 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 به واحدبهداشت یا کنترل عفونت اطلاع دهید.
۷. اگر در مورد نحوه انتقال بیماریهای عفونی و ایزولاسیون آنها سوالیدارید 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 دستکشاستفاده نمائید.
۹. تفکیک زباله های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.
۱۰. در صورت بستری بیمار عفونی دربخش بعدازترخیص بیمار باید کلیه وسایل داخل اتاق)تخت، کمد و دیوار و ... (با

محلولهای ضد عفونی سطوح رایج در بیمارستان ضد عفونی شود.

۱۱. 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 نمائید.

۱۲. جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانست، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و...) در داخل سطلهای زباله خودداری نمائید و آنها را داخل سستی 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 فلور نرمال 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.

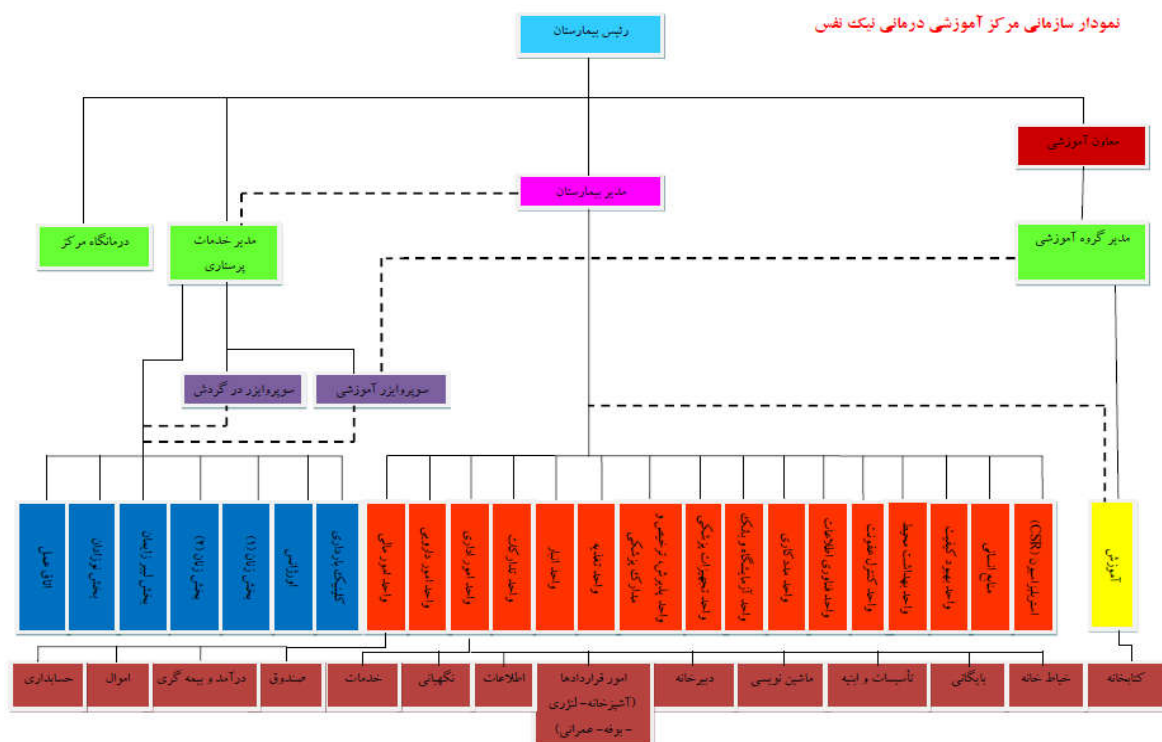
۱۵. شستشوی پرینه جهت بیمارانی که سوند فولی دارند در هر شیفت انجام شود و در محل دوشاخه شدن سوند فولی تاریخ نصب آن درج شود.

۱۶. تروس های سرم روزانه تعویض شوند.

۱۷. هنگام تعبیه آنژیوکت تاریخ، شیفت و نام فرد روی چسب آنژیوکت ثبت شود.

۱۸. در کلاس های آموزشی کنترل عفونت که تشکیل می گردد شرکت نمائید.

۱۹. به برد کنترل عفونت و آموزش توجه داشته باشید.



قوانین حاکم بر سامانه تردد (تایمکس) و مرخصی ها:

۱) حضور به موقع فرد در هر شیفت کاری طبق برنامه کاری که از قبل توسط مسئول واحد تهیه و تنظیم گردیده است الزامی است.

۲) در صورت جابه جایی شیفت ها بین پرسنل واحدها که به وضوح دیده می شود در اسرع وقت به مسئول مربوطه اطلاع داده شود.

کلیه قوانین و مقررات اداری ، مالی

۳) میزان کارکرد پرسنل به اندازه ی ساعت موظفی آنها الزامی است در صورت مشاهده کسر ساعت موظفی فرد، کارگزینی پس از اطلاع به مسئول مربوطه خود نسبت به رفع کسری با رد کردن مرخصی اقدام خواهد کرد.

۴) پاس میان وقت به این صورت است که فرد هنگام خروج از بیمارستان و بازگشت انگشت بزند و سپس نسبت به درخواست آن در تردد اقدام نماید.

۵) میزان استفاده از مرخصی های ویژه اعم از مرخصی مراقبت از همسر به مدت ۱۵ روز، مرخصی ازدواج و فوت بستگان درجه یک به مدت ۱ هفته می باشد.

۶) غیبت غیر موجه ، با تذکر کتبی و درج در پرونده فرد همراه خواهد بود، بنابراین قبل از عدم حضور در شیفت کاری با دلایل موجه، پس از هماهنگی با مسئول مربوطه جهت جایگزینی، به اطلاع دفتر پرستاری رسانده شود.

۴) افرادی که در چند بخش بیمارستان مشغول بکار می باشند بهتر است کلیه برنامه در بخشی که بیشترین شیفت را دارند یکجا وارد شود.

۵) پرسنلی که تاخیر و یا تعجیل بیش از ۲ ساعت در طول ماه دارند در مرحله اول و دوم با تذکر کتبی و در مرحله سوم پرونده آنان به هیات تخلفات اداری ارجاع می شود.

مرخصی استحقاقی:

* هر کارمند در طی یکسال به مدت ۳۰ روز مرخصی استحقاقی دارد که برای کارکنان رسمی ، پیمانی و قرارداد تبصره ۳ و طرحی ۱۵ روز از این مقدار قابل ذخیره شدن می باشد. (جهت پرسنل طرحی از زمان شروع به کار تا پایان سال، نیمی از مرخصی ها متناسب با مدت طرح شان بایستی استفاده شود)

* جهت کارکنان قرارداد تبصره ۴ (از وقتی شروع بکار نموده تا پایان مهلت اتمام قرارداد) مرخصی یک ماه کامل هر فرد در هر ماه ۲.۵ روز می باشد. استفاده نمودن از مرخصی به صورت پیشاپیش منع قانونی دارد مگر مرخصی های ماههای پیش ذخیره شده باشد و ضمناً در طول سال می توان ۹ روز از مرخصی این افراد را ذخیره نمود.

جهت اخذ مرخصی مهم ترین مساله ، مشخص کردن روز و تاریخ مرخصی می باشد که قبل از آن تاریخ باید به اطلاع مسئول مربوطه برسد.

کارمند موظف است قبل از گرفتن مرخصی از داشتن استحقاق مطمئن گردد.

★ پاس:

الف: پاس شخصی (ساعتی) :

هر کارمند حداکثر در هر روز کاری مجاز به استفاده از پاس ساعتی به مقدار ۳ ساعت می باشد. (نصف کارکرد روزانه فرد) در صورت که میزان پاس ساعتی از این مقدار بیشتر شود فرد موظف است جهت آن روز کاری، یک روز مرخصی

استحقاقی رد نماید.

کارمند موظف است که بعد از تایید مسئول مربوطه مجاز به خروج از بیمارستان می باشد. (انگشت خود را خروج و بعد از آمدن از پاس ورود نماید) تمامی پاس های شخصی فرد ثبت شده و به ازای هر ۸ ساعت پاس یک روز از مرخصی استحقاقی فرد کسر می گردد.

ب: پاس اداری:

پاس اداری از مرخصی فرد کسر نخواهد شد و سقف ساعتی ندارد

ج: پاس شیر:

پاس شیر برای مادرانی که فرزندان زیر دو سال دارند و گواهی شیر به واحد کارگزینی ارائه داده اند، در هر شیفت کاری یک ساعت تعلق می گیرد. پاس شیر از مرخصی کسر نخواهد شد.

*روند اخذ مرخصی استعلاجی:

چنانچه برای هر کارمند مشکل خاصی پیش آید که مجبور به گرفتن مرخصی استعلاجی شود باید تحت هر شرایطی به مسئول مربوطه اطلاع دهد.

اگر مدت استعلاجی فرد حداکثر تا ۳روز باشد، کارمند موظف است نسخه استعلاجی خود را به جهت اطلاع به مسئول مربوطه و حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت به واحد کارگزینی ارسال نماید.

چنانچه مدت استعلاجی بیشتر از ۳ روز باشد حقوق فرد از واحد تامین اجتماعی به وی پرداخت خواهد شد، کارمند حتما بایستی به واحد کارگزینی و مسئولین مربوطه اطلاع دهد.

جهت این نوع مرخصی ها (بیشتر از ۳روز) افراد که مشمول صندوق بازنشستگی کشوری (رسمی ها و طرحی ها و پرسنل پیمانی که تغییر صندوق داده اند و همچنین پرسنل رسمی و رسمی آزمایشی که مشمول صندوق تامین اجتماعی می باشند) بایستی بعد از مشاهده استعلاجی توسط مسئول مربوطه و پرداخت فیش ۱۵۰۰ تومانی به شماره حساب ۲۱۷۳۳۱۹۰۱۳۰۰۴ بانک ملی حساب سیبا و مدارک بالینی خود را تحویل کارگزینی نمایند.

(قابل ذکر است با توجه به حساسیت مدت کل مرخصی استعلاجی در یک ماه ارائه تاریخ دقیق و صحیح به این واحد ضروری است، در غیر این صورت خود فرد پاسخگو می باشد.)

تذکره: ضروری است هرگونه تغییر در وضعیت کارمند (اخذ مدرک تحصیلی بالاتر، ازدواج، فرزندارشدن، فوت نزدیکان و.....) به واحد کارگزینی اعلام گردد.

- طبق مقررات درازای هر شیفت شب فقط یک روز **Off** به پرسنل تعلق می گیرد. (رد کردن مرخصی در **Off** شبکاری در موارد خاص اشکالی ندارد.)
- کلیه استعلاجی ها در روز تعطیل و غیر تعطیل جز سوابق استعلاجی فرد منظور می گردد (در کارانه تاثیر گذار است) (و سقف استعلاجی در یک سال کاری برای هر کارمند ۱۲۰ روز می باشد.)
- در ضمن **Off** بعد از مرخصی معنا ندارد و فرد روز بعد از استعلاجی بایستی حتما یا در برنامه شیفت کاری باشد یا مرخصی استحقاقی رد کند.

★ مرخصی اضطراری:

- مرخصی ازدواج: ازدواج کارمند یا یکی از فرزندان کارمند به مدت ۷ روز مرخصی تعلق می گیرد که از تاریخ عقد به مدت دو سال می توانند از مرخصی ازدواج با احتساب تعطیلات مابین با ارائه مستندات به کارگزینی استفاده نمایند. ضمناً این مرخصی قابل ذخیره کردن نمی باشد.
- مرخصی فوت اقوام درجه اول (پدر - مادر - همسر - خواهر - برادر - فرزند): از زمان فوت تا چهل و یک روز به مدت ۷ روز با احتساب تعطیلات مابین و ارائه مستندات به کارگزینی
- مرخصی مراقبت از همسر: از زمان تولد فرزند به مدت ۱۵ روز با احتساب تعطیلات مابین با ارائه مستندات به کارگزینی جهت پرسنل می باشد.
- افرادی که در رسته بهداشتی درمانی شاغل در بخش های که بیماران بستری دارند می باشند (شامل پرستاران و هوشبری و ...) در صورتی که در غیر این بیمارستان فعالیتی نداشته باشند می توانند در صورت تمایل به گروه بهره وری یا کاهش ساعت کاری بپیوندند. (لازمه ورود به گروه کاهش ساعت کاری امضای فرم تعهد که در دفتر پرستاری می باشد است. و فرد با توجه به تجربه (با ارائه سوابق بخش خصوصی) و سابقه و بخش و شیفتی که دارد کارگزینی او را در گروه خاصی قرار میدهد.)
- مرخصی بدون حقوق:
- مرخصی بدون حقوق فقط به پرسنل رسمی - پیمانی - قراردادی تعلق می گیرد و میزان آن برای پرسنل رسمی و پیمانی به میزان ۳ سال و برای پرسنل قراردادی به مدت ۱ ماه در هر سال می باشد که بعد از گرفتن کلیه مرخصی های استحقاقی و صفر شدن آن و موافقت موسسه می توان استفاده نمود.
- انواع خروج از خدمت: بازخریدی، استعفاء، مرخصی بدون حقوق، انفسال دائم، اخراج، فسخ قرارداد، از کارافتادگی، فوت، بازنشستگی

صندوق بازنشستگی و انتخاب نوع بیمه:

کلیه کارکنان جدید استخدام بیمه تامین اجتماعی می گردند و در صورتی که بخواهند تغییر صندوق بازنشستگی دهند به سایت <http://hrm.rums.ac.ir> قسمت فایل های آموزشی - قوانین امور بازنشستگی مراجعه و بعد از کسب اطلاعات به کارگزینی واحد مراجعه نمایید.

● قوانین و مقررات جهت ارتقاء رتبه:

کلیه پرسنل رسمی پیمانی در بدو ورود در رتبه مقدماتی قرار دارند. با داشتن شرایط به (پایه، ارشد، خبره و عالی) رتبه سوق می یابد. (رتبه خبره و عالی صرفاً به مشاغل کارشناسی تعلق می گیرد.)

❖ سه شرط ارتقای رتبه ی مقدماتی به پایه جهت مشاغل غیر کارشناسی:

✓ ۳۰۰ ساعت آموزش

✓ ۸ سال سابقه خدمت

✓ حداقل ۳ سال نمره ارزشیابی

❖ سه شرط ارتقای رتبه ی مقدماتی به پایه جهت مشاغل کارشناسی:

✓ ۳۰۰ ساعت آموزش

✓ حداقل ۳ سال نمره ارزشیابی

✓ ۶ سال سابقه خدمت

❖ سه شرط ارتقای رتبه ی پایه به ارشد جهت مشاغل غیر کارشناسی:

✓ ۲۵۰ ساعت آموزش

✓ حداقل ۳ سال نمره ارزشیابی

✓ ۲۴ سال سابقه خدمت

❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه ی پایه به ارشد مشاغل کارشناسی:

✓ ۲۵۰ ساعت آموزش

✓ حداقل ۳ سال نمره ارزشیابی

✓ ۱۲ سال سابقه خدمت

❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه ی ارشد به خبره مشاغل کارشناسی:

✓ ۲۰۰ ساعت آموزش

✓ ۸۰ میانگین نمره ارزشیابی ۶ سال منتهی به زمان استحقاق رتبه قبلی

✓ ۱۸ سال سابقه خدمت

❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه ی خبره به عالی مشاغل کارشناسی:

✓ ۱۵۰ ساعت آموزش

✓ ۸۵ میانگین نمره ارزشیابی ۶ سال منتهی به زمان استحقاق رتبه قبلی

✓ ۲۴ سال سابقه خدمت

✓ مستند تجربی کارمند در طی ۲۴ سال خدمت در حداقل ۱۰۰ صفحه تهیه و تنظیم شود. (منظور: یک فرد در طی

۲۴ سال خدمت خود به چه چیز ارزنده رسیده است. کلیه ی تجربیات کسب شده در طی خدمت که می تواند

جهت پرسنل جدید کارآمد باشد)

✓ ۱۰۰ صفحه نوشته شده توسط کارمند بایستی به تاییده مسئول تشکیلات دانشگاه برسد

راهنمایی جهت ثبت نام پرسنل مشمول ارتقای رتبه به خبره و عالی :

کلیه پرسنل می باید شخصا " خود جهت تکمیل فرم ارتقای رتبه خبره و عالی به شرح ذیل اقدام نمایند و پس از تکمیل فرم توسط کارگزینی واحد مشاهده و در صورت صحت آن تایید می شود.

مراحل :

۱- ورود به سایت (دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان) www.rums.ac.ir

۲- وسط صفحه آیتم کارمندان را کلیک نمایید.

۳- سامانه مهندسی مشاغل را کلیک نمایید

۴- درخواست رتبه خود را با توجه به بندها نوشته شده تیک بزنید.

۵- اطلاعات خواسته شده را در صفحه جدید تکمیل نماید.

● قوانین و مقررات مربوط به افراد جدیدالورود:

➤ * پرسنل جدیدالورود یا تبدیل وضع و ... بایستی در بدو ورود (بعد از آمدن ابلاغ و تایید ریس یا مدیر) به واحد کارگزینی مراجعه نمایند در این واحد فرد باید مدارک خواسته شده را جهت تشکیل پرونده به کارگزینی ارائه نمایند، راهنمایی های لازم جهت مراجعه به واحدهایی از قبیل تایمکس، درآمد، حسابداری، حراست، دفتر پرستاری و سازمان تامین اجتماعی صورت می گیرد. بعد از اعلام شروع بکار توسط واحد مربوطه سایر مکاتبات توسط کارگزینی با دانشگاه انجام خواهد گرفت.

* پرسنل جهت پایان کار (به ویژه پرسنل طرحی و...) بایستی فرم تسویه حساب را دریافت نمایند (حداقل شش روز قبل از اتمام طرح می توانند اقدام کنند) و پس از تکمیل و ارسال پایان کار، سایر مکاتبات توسط کارگزینی با دانشگاه انجام خواهد گرفت و در نهایت شماره نامه جهت پیگیری و دریافت مدرک اتمام طرح از دانشگاه به کارمند داده شده و پیگیری های بعدی را شخصاً بایستی انجام دهد.

قوانین و مقررات عمومی و اداری شامل دو قسمت است :

۱- قوانین و مقررات اداری و استخدامی

۲- ورود به خدمت و انتصابات

قوانین و مقررات اداری و استخدامی:

از زمانی که دولت در ایران به وجود آمد، استخدام برای انجام دادن امور عمومی مطرح گردید و دولت برای انجام وظایف خویش که در مراحل اولیه عموماً حاکمیتی نیز بوده، افرادی را عموماً تحت عنوان کارمند به خدمت می گرفت و از همان موقع وجه تمایزی از آنچه بین افراد و بخش خصوصی متداول بود آغاز گردید.

--- قانون استخدامی سال ۱۳۴۵

از زمان اجرای قانون استخدام کشوری مصوب ۱۳۰۱ تا تاریخ تصویب قانون سال ۱۳۴۵ حدود ۷ طرح استخدام تهیه و ارائه شده بود، لایحه قانون مذکور در سال ۱۳۴۲ تهیه و به مجلس ارائه شد این لایحه در خرداد سال ۱۳۴۵ در ۱۱ فصل و ۱۴۹ ماده به تصویب رسید.

عناوین فصول ۱۱ گانه قانون به ترتیب عبارتند از :

۱- تعاریف

۲- کلیات

۳- ورود به خدمت و انتصابات

۴- حقوق و مزایا

۵- آموزش کارکنان

۶- مسایل رفاهی

۷- حقوق و تکالیف استخدامی

۸- بازنشستگی

۹-وظایف سازمان امور اداری و استخدامی

۱۰- تبدیل وضع

۱۱- مقررات مختلف

تعاریف

- **استخدام دولت** : عبارت است از پذیرش شخص به خدمت دولت در یکی از وزارتخانه ها یا موسسات دولتی
- **خدمت دولت** : عبارت است از اشتغال به کاری که مستخدم به موجب حکم رسمی مکلف به انجام آن می گردد
- **وزارتخانه** : واحد سازمانی مشخصی است که بموجب قانون به این عنوان شناخته شده است
- **موسسه دولتی**: واحد سازمانی مشخصی است که بموجب قانون ایجاد و به وسیله دولت اداره شود
- **شرکت دولتی** : واحد سازمانی مشخصی است که با اجازه قانون به صورت شرکت ایجاد شود و بیش از ۵۰ درصد سرمایه آن متعلق به دولت باشد .
- هر شرکت دولتی که از طریق سرمایه گذاری شرکت های دولتی ایجاد شود تا زمانی که بیش از ۵۰ درصد سهام آن متعلق به شرکت دولتی است ، شرکت دولتی تلقی میشود .
- نکته** : در تعریف موسسه دولتی
- اولاً این نوع موسسات باید مجوز ایجاد قانونی داشته باشد ، اگر موسسه ای که به وسیله دولت اداره می شود بر اساس قانون ایجاد نشده باشد دولتی نیست
- ثانیاً اگر شرط اول محقق باشد ، یعنی اجازه تاسیس موسسه به وسیله مراجع قانونی صادر شده باشد ولی اداره آن بر عهده دولت نباشد ، آن موسسه دولتی نیست
- واگذاری پست های سازمانی به اشخاص غیر از مستخدمان رسمی ممنوع است مگر در شرایط استثنایی که در قانون معین می شود.
- **مستخدم پیمانی**: کسی است که بموجب قرار داد به طور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می شود
- **مستخدم رسمی**: کسی است که بموجب حکم رسمی در یکی از گروه های ۲۰ گانه موضوع ماده ۱ قانون نظام هماهنگ برای تصدی یکی از پست های سازمانی در وزارتخانه ها و موسسات دولتی مشمول این قانون استخدام شده باشد
- تشخیص مشاغل کارگری در وزارتخانه ها و موسسات مشمول بعهده سازمان امور اداری است
- **شغل** : عبارت است از مجموع وظایف و مسوولیت های مرتبط و مستمر و مشخصی که از طرف سازمان امور اداری به عنوان کار واحد شناخته می شود
- **پست** : عبارت است از محلی است که در وزارتخانه ها و موسسات دولتی به طور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته می شود اعم از اینکه دارای تصدی یا بدون متصدی باشد
- **پست ثابت سازمانی**: عبارت از محلی است که در سازمان وزارتخانه ها و موسسات دولتی به طور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده است اعم از اینکه دارای متصدی یا بدون متصدی باشد.
- ۱- پست های که جنبه استمرار نداشته باشند “ پست موقت “ شناخته می شود.

- ۲- استخدام افراد به طور رسمی برای تصدی پست موقت ممنوع است .
- ۳- پست های ثابت جنبه استمرار دارد و پست های موقت دارای استمرار نمی باشد
- ۴- افرادی که مطابق قانون کار به خدمت دولت مشغول می شوند کارگر شناخته شده و با آنان منطبق قانون کار رفتار می شود .

- **انتقال** : عبارت است از آن است که مستخدم رسمی از خدمت یک وزارتخانه یا موسسه دولتی مشمول این قانون بدون آنکه جریان خدمت وی قطع گردد با حفظ گروه ، پایه و پیشینه خود به خدمت وزارتخانه یا موسسه دولتی دیگر مشمول درآید.

در اجرای لایحه قانونی سال ۱۳۵۹ با اصلاح تعریف مزبور انتقال مستخدمان شاغل در دستگاههای مشمول به موسسات مستثنی شده از قانون و بالعکس مجاز شناخته شده است

ماموریت در اجرای این قانون ۳ حالت دارد

- الف : محول شدن وظیفه موقت به مستخدم غیر از وظیفه اصلی که در پست ثابت سازمانی خود دارد
- ب: اعزام مستخدم به طور موقت به وزارتخانه ها و موسسات دولتی که فهرست آنها به تصویب هیات وزیران می رسد.
- ج: اعزام مستخدم برای گذراندن دوره های آموزشی یا کار آموزی در داخل یا خارج از کشور

موارد قابل اهمیت :

- ۱- در حالت انتقال، رابطه استخدامی مستخدم با دستگاه مبدا از تاریخ انتقال قطع و از همان تاریخ این ارتباط با دستگاه مقصد برقرار می شود.
- ۲- برگشت مستخدم به دستگاه مبدا مستلزم طی تشریفات لازم مانند اعلام نیاز دستگاه مبدا و موافقت دستگاه مقصد و رضایت مستخدم خواهد بود.
- ۳- در حالت ماموریت رابطه استخدامی فرد با دستگاه قطع نمی گردد بلکه هر گاه مدت ماموریت خاتمه یافت مستخدم به دستگاه متبوع بر می گردد.
- ۴- لازم به توضیح است اگر مدت زمان ماموریت کمتر تا شش ماه باشد حفظ پست سازمانی وی در دستگاه مبدا الزامی است و برای ماموریت های بیشتر از شش ماه ، مدت ماموریت تا هر وقت که دستگاه مقصد نیاز داشته باشد و با رضایت مستخدم و دستگاه متبوعش می تواند ادامه یابد در این حالت دستگاه مبدا الزامی به حفظ پست در مستخدم ندارد
- ۵- ماموریت های آموزشی ، طول مدت ماموریت با حفظ پست سازمانی به مدت ۲۱ ماه مجاز خواهد بود و در حالت های خاص با رعایت شرایط کسب موافقت سازمان امور اداری تا ۳۶ ماه قابل تمدید است .

ورود به خدمت و انتصابات

- ۱- براساس قوانین ومقررات وآیین نامه های موجود در حال حاضر استخدام اشخاص به صورت رسمی برای تصدی پست های ثابت سازمانی یا به صورت پیمانی برای تصدی پست های موقت از طریق امتحان ، مسابقه ، وگزینش انجام می گردد

امتحان : عبارت است از مجموعه اقداماتی است که به منظور سنجش شایستگی وتوانایی افراد وتشخیص صلاحیت آنان در زمینه های مورد نظر انجام می گیرد . بدیهی است از طریق امتحان کسانی پذیرفته می شوند که نمره

امتحان آنان به حد نصاب لازم رسیده باشد
مسابقه : عبارت است از انتخاب بهترین داوطلبانی که حد نصاب لازم را به ترتیب امتیاز کسب کرده باشند
به منظور فراهم نمودن فرصت یکسان برای کلیه ذینفعان و رعایت عدالت استخدامی، داوطلبان از طریق انتشار آگهی
استخدام از موضوع آگاه می شوند.
آگهی استخدام شامل : عنوان شغل، تعداد مورد نیاز، محل جغرافیایی خدمت، شرایط احراز، گروههای شغلی و سایر
اطلاعات اختصاصی است که حداقل در دوروزنامه کثیرالانتشار درج می گردد.
برای مشاغل تخصصی و پست های کلیدی و حساس در صورت موافقت شورای امور اداری و استخدامی با معافیت از
شرط انتشار آگهی استخدامی و همچنین برای استخدام افراد نخبه از طریق آزمون های تخصصی و مصاحبه و احراز
شرایط عمومی گزینش به استخدام پیمانی در می آیند.

شرط ورود بخدمت رسمی :

- ۱- داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال تمام
- ۲- داشتن تابعیت ایران
- ۳- انجام خدمت زیر پرچم یا داشتن معافیت قانونی در صورت مشمول بودن
- ۴- نداشتن سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۵- نداشتن حکم محکومیت به فساد عقیده و معتاد نبودن به مواد افیونی
- ۶- داشتن مدارک دانشگاهی
- ۷- داشتن توانایی انجام کاری که برای آن استخدام می شوند

خدمت آزمایشی :

کسانی که در امتحان یا مسابقه ورودی استخدام رسمی قبول شده اند قبل از ورود به خدمت رسمی قطعی، یک دوره
خدمت رسمی آزمایشی را می گذرانند که مدت آن حداقل شش ماه و حداکثر دو سال است

- ۱- حقوق و مزایای این افراد همانند کارکنان رسمی می باشد
- ۲- در صورتی که مستخدم رسمی در طی دوره آزمایشی یا در پایان آن برای بقاء در خدمت دولت از لحاظ لیاقت،
کاردانی و علاقه به کار صالح تشخیص داده شوند پس از اخذ تاییدیه هیات مرکزی گزینش یا هسته گزینش
و سازمان امور اداری حکم رسمی قطعی وی صادر میشود.
- ۳- در غیر این صورت دستگاه می تواند بدون هیچگونه تعهدی حکم برکناری وی را صادر کند. این افراد تا یک سال
از تاریخ برکناری حق شرکت مجدد در مسابقات استخدامی برای همان شغل را ندارند .
- ۴- طبق ماده ۲۳ قانون استخدام کشوری، انتصاب و ترفیعات مستخدمان رسمی باید بر اساس لیاقت، شایستگی،
کاردانی، استعداد، رشد فکری و تجارب آنان در مشاغل قبلی باشد .

اولین گام برای انتصاب متصدیان مشاغل پیمانی، تخصیص آنان به گروه های ورودی جدول حقوق با توجه به شغل
مورد تصدی، مدرک تحصیلی و سنوات تجربی با رعایت آیین نامه طرح طبقه بندی مشاغل صورت می پذیرد .
براساس ماده ۲۴ قانون، سازمان امور اداری مکلف است کلیه مشاغل وزارتخانه ها و موسسات مشمول را بررسی و با

کسب نظر مشورتی آنها وظایف ومسئولیت های هر یک را تشخیص دهد و شرایط احراز هر شغل را مشخص کند .
دستگاه های دولتی مشمول ، مکلفند در انتصاب افراد شرایط تعیین شده را رعایت کنند .
بر اساس ماده ۲۸ قانون وزارتخانه ها ومؤسسات دولتی موظفند ،شایستگی واستعداد مستخدمان را در فواصل زمانی معین بررسی ونتیجه آن را در پرونده استخدامی آنان منعکس نمایند.
این سنجش بنحوی است که بتواند ارشاد مستخدم را فراهم نماید واستحقاق وی را برای تغییر شغل یا تصدی مقام های دیگر نشان دهد یا لزوم گذراندن دوره های آموزشی وکار آموزی را در مورد وی تعیین کند.

ارزشیابی کارکنان دولت : بر اساس آخرین بخشنامه سازمان در سال ۱۳۹۳ وسنجش میزان شایستگی کارکنان دولت در بهمن ماه هر سال مطابق فرم ها ودستورالعمل های مربوط برای هر یک از سطوح (مدیران میانی،مدیران پایه وکارکنان) جداگانه تهیه شده وانجام می شود .

معیارهای ارزشیابی :

الف) عوامل عملکردی : این معیار ها شامل فعالیت ها ،پروژه ها وطرح هایی است که فرد در راستای اهداف سازمانی ودر چارچوب انتظارات مقام مافوق در طول دوره ارزشیابی اجرا می کند ونیز شامل نتایجی است که از اجرای این فعالیت ها به دست می آید .

ب) عوامل توسعه ای : این معیار شامل فعالیت هایی است که فرد در جهت ارتقای دانش وبهبود عملکرد فردی ، بهبود عملکرد سایر کارکنان وزیرستان ،ارتقای کارایی واثر بخشی واحد سازمانی تحت سرپرستی انجام می دهد وشامل : توسعه فردی، انتقال دانش و مهارت های شغلی خود به دیگران، به کارگیری روش های جدید فن آوری در اجرای وظایف، توسعه و بهسازی عملکرد شغلی و رفتار کارکنان تحت سرپرستی، توسعه و بهسازی واحد تحت سرپرستی می باشد.

ج) عوامل رفتاری : شامل پیشنهاد ها ، کارآفرینی، تشویق ها ،امتیازات ویژه ، و امتیازات منفی می باشد.
- حد نصاب ارزشیابی کسب ۶۰ امتیاز از ۱۰۰ امتیاز ارزشیابی سالانه تعیین شده است بنابراین مدیران وسرپرستانی که دوسال متوالی حد نصاب ۶۰ امتیاز را از ارزشیابی سالانه کسب نکنند با رعایت سایر مقررات به پست های پایین تر تنزل می یابند .

کاربرد نتایج ارزشیابی :

۱-آموزش کارکنان دولت ، طرح مسیر ارتقای شغلی ،تغییر شغل ،انتصاب به پست های مدیریت وسرپرستی ،جابجایی یا انتقال ، تنزل پست ، طوابط همترازی ، طرح ارزیابی مشاغل مدیران ، طرح ارزشیابی مشاغل تخصصی وتحقیقی ، ارتقای گروه ، تعیین ضریب افزایش سنواتی ، افزایش فوق العاده شغل برجستگی ، تشخیص خدمات یرجسته ، اعطای گروه تشویقی مدیران .

۲-آخرین نکته در خصوص انتصاب ،ممنوعیت انتصاب مستخدمان به مشاغلی که در رسته مربوط به مستخدم قرار ندارد مگر با احراز شرایط ورضایت مستخدم .

۳-در قانون اجازه داده شده است که روسای ادارات ومقامات بالاتر در صورت اقتضاء وبا تصویب بالاترین مقام دستگاه بتوانند مستخدم را با داشتن شرایط لازم در رسته دیگر به خدمت گیرند .

ماده ۲۰ - دستگاههای اجرائی مکلفند به منظور ایجاد انگیزه و افزایش کارایی و بهره‌مندی از فکر و اندیشه و خلاقیت کارمندان ذیربط خود ساز و کار مناسب برای جلب مشارکت کارمندان و دریافت پیشنهادهای و اثرگذاری آن در تصمیم‌گیری‌ها را فراهم آورند. نظام پیشنهادهای و نحوه پرداخت پاداش براساس آئین‌نامه‌ای خواهد بود که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۲۱ - با کارمندان رسمی و یا ثابت دستگاههای اجرائی که تمام یا بخشی از وظایف آنها به بخش غیردولتی واگذار می‌گردد به یکی از روشهای ذیل عمل خواهد شد.

الف- انتقال به سایر واحدهای همان دستگاه یا دستگاه اجرائی دیگر.

ب- بازخرید سنوات خدمت.

ج - موافقت با مرخصی بدون حقوق برای مدت سه تا پنجسال.

د- انتقال به بخش غیردولتی که مجری وظایف و فعالیتهای واگذار شده می‌باشد. در صورت تمایل کارمندان به تغییر صندوق بازنشستگی هزینه جابه‌جایی تغییر صندوق ذی‌ربط با حفظ سوابق مربوط توسط دولت تأمین می‌گردد.

ه- انجام وظیفه در بخش غیردولتی به شکل مأمور که حقوق و مزایای وی را بخش غیردولتی پرداخت می‌کند.

استخدام

ماده ۴۵- از تاریخ تصویب این قانون، استخدام در دستگاههای اجرائی به دو روش ذیل انجام می‌پذیرد.

الف - استخدام رسمی برای تصدی پستهای ثابت در مشاغل حاکمیتی.

ب - استخدام پیمانی برای تصدی پستهای سازمانی و برای مدت معین

تبصره ۱ - کارمندانی که به موجب قوانین مورد عمل به استخدام رسمی درآمده‌اند با رعایت مقررات این قانون به صورت استخدام رسمی ادامه خواهند داد.

تبصره ۲ - مشاغل موضوع بند(الف) این ماده باتوجه به ویژگیهای مذکور در ماده(۸) این قانون بنا به پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۳ - سن کارمند پیمانی در انتهای مدت قرارداد استخدام نباید از شصت و پنجسال و برای مشاغل تخصصی از هفتاد سال تجاوز کند.

تبصره ۴ - تعیین محل خدمت و شغل مورد تصدی کارمندان پیمانی در پیمان‌نامه مشخص می‌گردد و در مورد کارمندان رسمی به‌عهده دستگاه اجرائی ذی‌ربط می‌باشد.

ماده ۴۶ - کسانی که شرایط ورود به استخدام رسمی را کسب می‌نمایند احراز شرایط ذیل از بدو خدمت جزء کارمندان رسمی منظور خواهند شد:

الف - حصول اطمینان از لیاقت (علمی، اعتقادی و اخلاقی)، کاردانی، علاقه به کار، خلاقیت، نوآوری، روحیه خدمت به مردم و رعایت نظم انضباط اداری از طریق کسب امتیاز لازم با تشخیص کمیته تخصصی تعیین صلاحیت کارمندان رسمی.

ب - طی دوره‌های آموزشی و کسب امتیاز لازم .

ج - تأیید گزینش.

تبصره ۱ - در صورتی که در ضمن یا پایان دوره آزمایشی کارمندان شرایط ادامه خدمت و یا تبدیل به استخدام رسمی را کسب ننمایند با وی به یکی از روشهای ذیل رفتار خواهد شد:
الف - اعطاء مهلت یک ساله دیگر برای احراز شرایط لازم.
ب - تبدیل وضع به استخدام پیمانی.
ج - لغو حکم.

تبصره ۲ - با کارمندان پیمانی در صورت شرکت در آزمون و احراز صلاحیتهای موضوع ماده (۴۲) و پذیرفته شدن برای استخدام رسمی در مشاغل حاکمیتی به شرح زیر رفتار خواهد شد.

۱- سوابق پیمانی آنها جزو سوابق رسمی محسوب می شود.

۲- سابقه سنوات خدمت آنها به سقف سن موضوع بند(الف) ماده(۴۲) فصل ورود به خدمت اضافه می شود.

تبصره ۳ - آئین نامه اجرائی این ماده توسط سازمان تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد.

ماده ۴۷ - به کارگیری کارمندان شرکتهای و مؤسسات غیر دولتی برای انجام تمام یا بخشی از وظایف و اختیارات پستهای سازمانی دستگاههای اجرائی تحت هر عنوان ممنوع می باشد و استفاده از خدمات کارمندان این گونه شرکتهای و مؤسسات صرفاً براساس ماده(۱۷) این قانون امکانپذیر است .

ماده ۴۸ - کارمندان رسمی در یکی از حالات ذیل از خدمت در دستگاه اجرائی منتزع می گردند:

۱- بازنشستگی و یا از کارافتادگی کلی طبق قوانین ذی ربط.

۲- استعفاء.

۳- بازخریدی به دلیل کسب نتایج ضعیف از ارزیابی عملکرد کارمند در سه سال متوالی یا چهارسال متناوب (براساس آئین نامه ای که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد).

۴- آماده بخدمت براساس ماده(۱۲۲).

۵- اخراج یا انفصال به موجب احکام مراجع قانونی ذی ربط.

تبصره ۱ - کارمندانی که به موجب احکام مراجع قانونی از خدمت منفصل می گردند در مدت انفصال اجازه استخدام و یا هرگونه اشتغال در دستگاههای اجرائی را نخواهند داشت .

تبصره ۲ - کارمندانی که از دستگاه اجرائی اخراج می گردند، اجازه استخدام و یا هرگونه اشتغال مجدد در همان دستگاه اجرائی را نخواهند داشت .

ماده ۴۹ - تمدید قرار داد کارمندان پیمانی منوط به تحقق شرایط ذیل می باشد:

- استمرار پست سازمانی کارمندان.

- کسب نتایج مطلوب از ارزیابی عملکرد و رضایت از خدمات کارمند.

- جلب رضایت مردم و ارباب رجوع.

- ارتقاء سطح علمی و تخصصی در زمینه شغل مورد تصدی.

تبصره - در صورت عدم تمدید قرارداد با کارمندان پیمانی مطابق قوانین و مقررات مربوط عمل خواهد شد.

ماده ۵۰ - کارمندان ، مشمول استفاده از مزایای بیمه بیکاری مطابق قوانین و مقررات مربوط خواهند بود.

ماده ۵۱ - مجموع مجوزهای استخدام دستگاههای اجرائی با رعایت فصل دوم این قانون در برنامه‌های پنجساله تعیین می گردد و سهم هریک از وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۸۴ - کارمندان دستگاههای اجرائی سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

تبصره ۱ - کارمندان دستگاههای اجرائی می‌توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذی‌ربط حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی تخصصی در رشته مربوط به شغل کارمندان باشد تا مدت دو سال قابل افزایش خواهد بود.

تبصره ۲ - کارمندان دستگاههای اجرائی طبق گواهی و تأیید پزشک معتمد حداکثر از چهار ماه مرخصی استعلاجی در سال استفاده خواهند نمود. بیماریهای صعب‌العلاج به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می‌باشد و مقررات مربوط در آئین‌نامه این فصل پیش‌بینی می‌گردد.

تبصره ۳ - مشمولین مقررات قانون تأمین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع همان مقررات می‌باشند.

تبصره ۴ - کارمندان زن که همسر آنها در مأموریت بسر می‌برند می‌توانند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت شش سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

ماده ۸۵ - دستگاههای اجرائی مکلفند در چهارچوب بودجه‌های مصوب و آئین‌نامه‌ای که به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد، کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمان، با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی قرار دهند.

ماده ۸۶ - دستگاههای اجرائی مکلفند در ایجاد محیط مناسب کار و تأمین شرایط بهداشتی و ایمنی برای کارمندان خود اقدامات لازم را به‌عمل آورند.

تبصره ۱ - کارمندان می‌توانند با موافقت دستگاه اجرائی ساعات کار خود را تا یک چهارم ساعت کار روزانه (حداکثر ۱۱ ساعت) تقلیل دهند. میزان حقوق و مزایا، نحوه محاسبه سوابق خدمت این قبیل کارمندان متناسب با ساعات کار آنان تعیین خواهد شد.

تبصره ۲ - دستگاههای اجرائی می‌توانند در موارد خاص با موافقت هیأت وزیران و رعایت سقف ساعات کار با توجه به شرایط جغرافیایی و منطقه‌ای و فصلی ساعات کار خود را به ترتیب دیگری تنظیم نمایند.

تبصره ۳ - کلیه دستگاههای اجرائی استانی موظفند ساعات کار خود را در شش روز هفته تنظیم نمایند. (ستاد مرکزی دستگاههای اجرائی مشمول این حکم نمی‌باشند).

ماده ۹۰ - کارمندان دستگاههای اجرائی موظف می‌باشند که وظایف خود را با دقت، سرعت، صداقت، امانت، گشاده رویی، انصاف و تبعیت از قوانین و مقررات عمومی و اختصاصی دستگاه مربوطه انجام دهند و در مقابل عموم مراجعین به‌طور یکسان و دستگاه ذی‌ربط پاسخگو باشند.

هرگونه بی‌اعتنایی به امور مراجعین و تخلف از قوانین و مقررات عمومی ممنوع می‌باشد. ارباب رجوع می‌تواند در برابر برخورد نامناسب کارمندان با آنها و کوتاهی در انجام وظایف به دستگاه اجرائی ذی‌ربط و یا به مراجع قانونی شکایت نمایند.

ماده ۹۲ - مدیران و سرپرستان بلافصل، مسؤول نظارت و کنترل و حفظ روابط سالم کارمندان خود در انجام وظایف محوله می‌باشند و در مورد عملکرد آنان باید پاسخگو باشند. در صورتی که کارمندان مزبور با اقدامات خود موجب ضرر و زیان دولت گردند و یا تخلفاتی نظیر رشوه و یا سوءاستفاده در حیطه مدیریت مسؤولین مزبور مشاهده و اثبات گردد، علاوه بر برخورد با کارمندان خاطی با مدیران و سرپرستان کارمندان (حسب مورد) نیز که در کشف تخلف یا جرایم اهمال نموده باشند مطابق قوانین مربوط، با آنان رفتار خواهد شد.

ماده ۹۳ - کلیه کارمندان دستگاههای اجرائی موظفند در ساعات تعیین شده موضوع ماده (۸۷) به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد براساس اعلام نیاز دستگاه مکلف به حضور در محل کار و انجام وظایف محوله در قبال حق الزحمه یا اضافه کاری برابر مقررات مربوط خواهند بود.

تأمین اجتماعی

ماده ۱۰۱- کلیه کارمندان پیمانی دستگاههای اجرائی از لحاظ برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی نظیر بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت، بیکاری، درمان با رعایت این قانون مشمول قانون تأمین اجتماعی می‌باشند و کارمندان رسمی را که پس از لازم‌الاجراء شدن این قانون، می‌توان برای مشاغل حاکمیتی در دستگاههای اجرائی استخدام نمود از لحاظ برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی حسب تقاضای خود مشمول قانون تأمین اجتماعی یا قوانین بازنشستگی مورد عمل دستگاه اجرائی ذی‌ربط قرار می‌گیرند.

ماده ۱۰۲- کارمندان می‌توانند در صورت تمایل به جای سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری مشمول مقررات یکی دیگر از صندوقهای بیمه‌ای قرار گیرند. در این صورت سهم کارفرمایی دولت برای خدمات تأمین اجتماعی حداکثر به میزان سهم کارفرمایی مقررات قانون تأمین اجتماعی می‌باشد و مابه‌التفاوت توسط کارمندان پرداخت می‌گردد. این قبیل کارمندان از لحاظ بازنشستگی، وظیفه، از کارافتادگی و نظایر آن مشمول مقررات صندوقی که انتخاب کرده‌اند می‌باشند. تغییر صندوق در طول مدت قرارداد فقط یک بار امکانپذیر می‌باشد.

تبصره - آئین‌نامه اجرائی نحوه تغییر صندوقها با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۱۰۳- دستگاه اجرائی با داشتن یکی از شرایط زیر می‌تواند کارمند خود را بازنشسته نماید:

الف) حداقل سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیرتخصصی و سی و پنج سال برای مشاغل تخصصی با تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر با درخواست کارمند برای سنوات بالاتر از ۳۰ سال.

ب) حداقل شصت سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت با بیست و پنج روز حقوق.

تبصره ۱- سابقه مذکور در بند (الف) و همچنین شرط سنی مزبور در بند «ب» برای متصدیان مشاغل سخت و زیان آور و جانبازان و معلولان تا پنج‌سال کمتر می‌باشد و شرط سنی برای زنان منظور نمی‌گردد.

تبصره ۲- دستگاههای اجرائی مکلفند کارمندانی که دارای سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیرتخصصی و شصت

سال سن و همچنین کارمندی که دارای سی و پنج سال سابقه خدمت برای مشاغل تخصصی و شصت و پنج سال سن می‌باشند را رأساً و بدون تقاضای کارمندان بازنشسته نمایند.

تبصره ۳- دستگاههای اجرائی موظفند کارمندی را که دارای شصت و پنج سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت می‌باشند را بازنشسته کنند. سقف سنی برای متصدیان مشاغل تخصصی هفتادسال است. کارمندان تخصصی فوق‌الذکر که سابقه خدمت آنها کمتر از بیست و پنج سال است، در صورتی که بیش از بیست سال سابقه خدمت داشته باشند می‌توانند تا رسیدن به بیست و پنج سال سابقه، ادامه خدمت دهند و در غیر این صورت بازخرید می‌شوند.

ماده ۱۰۴- در هنگام تعیین حقوق بازنشستگی به کارمندی که بیش از سی سال خدمت دارند به ازاء هر سال خدمت مازاد بر سی سال، دو و نیم درصد (۲/۵٪) رقم تعیین شده حقوق بازنشستگی علاوه بر حقوق تعیین شده محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

ماده ۱۰۵- منظور از سابقه خدمت در این قانون برای بازنشستگی، آن مدت از سوابق خدمت کارمندان می‌باشد که در حالت اشتغال به صورت تمام وقت انجام شده و کسور مربوط را پرداخت نموده یا می‌نماید و مرخصی استحقاقی و استعلاجی و مدت خدمت نیمه‌وقت بانوان به استناد قانون راجع به خدمت نیمه وقت بانوان - مصوب ۱۳۶۲- (مشروط بر این که کسور بازنشستگی به طور کامل پرداخت شده باشد) و مدت خدمت نظام وظیفه به عنوان سابقه خدمت کارمندان محسوب می‌گردد.

تبصره - مدت خدمت کارمندی که در ابتداء یا حین خدمت به تحصیل مقاطع رسمی آموزشی یا معادل آن اشتغال می‌یابند و از مزایای تحصیلات مربوطه بهره‌مند می‌شوند جزء سابقه خدمت برای بازنشستگی منظور نمی‌گردد. مگر آن که همراه با تحصیل حداقل سه چهارم از وقت اداری را به انجام وظایف محوله اشتغال داشته باشند، مأموریت‌های تحصیلی و تعهدات خدمتی تحصیلی با رعایت ماده (۶۱) این قانون با موافقت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور انجام می‌گیرد.

ماده ۱۰۶- مبنای محاسبه کسور بازنشستگی و برای محاسبه حقوق بازنشستگی کارمندان مشمول این قانون حقوق ثابت به اضافه فوق‌العاده‌های مستمر و فوق‌العاده بند «۱۰» ماده (۶۸) این قانون می‌باشد.

ماده ۱۰۷- به کارمندان مشمول این قانون که بازنشسته می‌شوند به ازاء هر سال خدمت یک ماه آخرین حقوق و مزایای مستمر (تا سی سال) به اضافه وجوه مربوط به مرخصی‌های ذخیره شده پرداخت خواهد شد. آن قسمت از سابقه خدمت کارمند که در ازاء آن وجوه بازخریدی دریافت نموده‌اند از سنوات خدمتی که مشمول دریافت این وجوه می‌گردد کسر می‌شود.

۱- تشکیلات

الف) شرح وظایف :

- انجام فعالیتهای لازم در زمینه پیاده کردن مفاد امور تشکیلاتی و تفویض اختیار

- نظارت بر اعمال استانداردهای تشکیلاتی واحدهای تابعه دانشگاه

- هماهنگی و نظارت بر تدوین پیشنهاد و تشکیلات تفصیلی واحد های جدید التاسیس
- بررسی و تجزیه و تحلیل وظایف عملی ، شرح شغل و نمونه وظایف پستهای سازمانی
- تطبیق و بررسی پیشنهاد های واحدها در مورد تغییر عناوین ، تغییر محل خدمت ، تبدیل پستهای سازمانی ، تغییر محل خدمت ، ارائه مدرک تحصیلی و... با تشکیلات دانشگاه و قوانین مقررات مربوطه
- تهیه گزارشات و پیش نویس های لازم طبق دستور مقام مافوق
- انجام سایر امور متفرقه

(ب) تعاریف:

ساختار سازمانی: روابط میان واحدهای سازمانی ، حدود اختیارات ، سلسله مراتب ، سطوح تصمیم گیری و نحوه تقسیم و توزیع وظایف میان واحدها را نشان می دهد و شامل شرح وظایف ، نمودار سازمانی و پست های سازمانی می باشد .

نمودار سازمانی : نموداری که نشانگر روابط ، سلسله مراتب و سطوح سازمانی دانشگاه است .

ضوابط تشکیلاتی : معیارهایی است که تعداد سطوح سازمانی و تعداد واحدهای سازمانی ، تعداد پستهای مدیریتی ، تنوع پستهای سازمانی ، شرح وظایف و چگونگی توزیع وظایف را تعیین می نماید .

سطح سازمانی : هر یک از مقاطع تشکیل دهنده سلسله مراتب سازمانی است که جزء رده مدیریت قرار می گیرد . که بر اساس ضوابط تشکیلاتی سطوح سازمانی حداکثر ۴ سطح به ترتیب زیر می باشد :

۱- ریاست

۲- معاونت

۳- مدیریت

۴- گروه / اداره

شرح وظیفه پست سازمانی: مجموعه وظایفی است که برای یک پست سازمانی تعیین می گردد و کارمند مکلف به انجام آن است .

تشکیلات تفصیلی: مجموعه ای است که نشانگر تعداد ، نوع ، شماره ردیف و سطح پستهای سازمانی دانشگاه می باشد.

پست سازمانی: جایگاهی در تشکیلات تفصیلی موسسه است که برای انجام وظایف و مسئولیتهای مشخص (ثابت و موقت) برای تصدی یک کارمند در نظر گرفته می شود.

۲- طبقه بندی مشاغل

(الف) شرح وظایف

- همکاری و نظارت بر انجام امور مربوط به انتصاب ، تغییر عنوان ، تبدیل پست (انتصاب مدیران) ، ارتقاء (طبقه و رتبه)
- همکاری و شرکت در جلسات کمیته اجرایی طرح طبقه بندی مشاغل و بررسی و اعلام نظر در موارد مطروحه
- انجام مطالعات لازم در مورد طبقه بندی مشاغل و تهیه پیشنهادات لازم جهت ارجاع و تصویب به مراجع ذیصلاح

- تشریک مساعی با کارشناسان مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع در تنظیم آئین نامه ها و بخشنامه ها و دستور العمل های مورد لزوم در ارتباط با نیازهای سازمان و وزارت متبوع
- بررسی و انجام فعالیتهای لازم در زمینه پیاده سازی مفاد طرح طبقه بندی مشاغل با هماهنگی واحد های کارگزینی
- پاسخگویی به مراجعین گروه و انجام راهنمایی لازم به آنها
- مطالعه بخشنامه ها و دستورالعمل های مربوطه و ارائه راهنمایی های لازم به مسئولین و کارگزینهای واحد های تابعه
- ارائه طرح و پیشنهادات لازم به صورت سالانه
- شرکت در سمینارها و همایش های مربوطه و ارائه گزارش از نتایج آن
- بررسی و تجزیه و تحلیل مشاغل مختلف رشته های شغلی
- و سایر امور مربوط به طبقه بندی مشاغل

ب) تعاریف

- طبقه بندی مشاغل: به گروه بندی مشاغل براساس نوع وظایف و سطح مسئولیتها و شرایط احراز شغل و نیز انتخاب عنوان مناسب برای آنها اطلاق می گردد.
- شغل: عبارت است از مجموعه ای از وظایف و مسئولیتها ی مرتبط و مستمر که بر اساس طرح طبقه بندی مشاغل به این عنوان شناخته شده باشد .
- رشته شغلی: عبارت از تعدادی شغل است که از لحاظ نوع کار مشابه ، ولی از نظر اهمیت و دشواری وظایف و مسئولیتها دارای درجات مختلف می باشد .
- رسته: عبارت است از مجموعه ای از رشته های شغلی که از لحاظ نوع کار و مدرک تحصیلی و تجربی شباهت های کلی و عمومی داشته باشند که ایجاد رسته های فرعی در ذیل هر رسته براساس نوع مشاغل امکان پذیر می باشد .

رسته های شغلی عبارتند از:

- ۱- بهداشتی و درمانی
- ۲- اداری و مالی
- ۳- آموزشی و فرهنگی
- ۴- امور اجتماعی
- ۵- خدمات
- ۶- فنی و مهندسی
- ۷- فنآوری اطلاعات
- ۸- کشاورزی و محیط زیست

رسته فرعی : در یک رشته رشته های شغلی که از نظر نوع کار ، حرفه و شرایط احراز ، وابستگی بیشتری دارند در یک رشته فرعی قرار می گیرند.

شرایط احراز شغلی: عبارت است از حداقل خصوصیات و توانایی های لازم اعم از تحصیلات ، مهارتها ، تجربه و دوره های آموزشی مورد نیاز که برای انجام وظایف و قبول مسئولیتهای یک شغل لازم است.

طبقه : نشانگر پایین ترین تا بالاترین سطوح شغل می باشد که بر اساس عواملی نظیر اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیتهای ، سطح تخصص و مهارتهای مورد نیاز به یکی از طبقات شانزده گانه جدول یا جداول حق شغل اختصاص می یابند .

ردیف	طبقه شغلی تحصیلات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	پایان دوره ابتدایی	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴								
۲	پایان دوره راهنمایی (سیکل)	۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵							
۳	دیپلم		۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵						
۴	کاردانی			۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵					
۵	کارشناسی				۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴			
۶	کارشناسی ارشد					۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴		
۷	دکترای حرفه ای						۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	
۸	دکترای تخصصی (ph.D)							۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴

ارتقاء طبقه : عبارت است از افزایش طبقه شغلی بر اساس شرایط احراز طبقات شغلی و یا به دلیل کسب تجربه و تخصیص به پست یا شغل مستمری و یا اخذ مدرک تحصیلی جدید و یا به صورت تشویقی در طبقه بالاتر قرار می گیرد.

• جدول ارتقاء رتبه برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر

تجربه شغلی : آن بخش از خدمات دولتی و یا غیر دولتی مستخدم که سبب افزایش مهارت مستخدم می گردد. و در تعیین طبقه و رتبه شغلی وی به تناسب می تواند موثر باشد .

رتبه ها مدت سنوات تجربی و دور های آموزشی لازم	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت سنوات تجربی و دور های آموزشی لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	•	۸ سال سنوات ، ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۶۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه	۲۰ سال سنوات، ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۷۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه	-----	-----
مدت سنوات تجربی و دوره های آموزشی لازم برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر	•	۶ سال سنوات، ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۶۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه	۱۲ سال سنوات ، ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۷۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه	۱۸ سال سنوات ، ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۸۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه	۲۴ سال سنوات، ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی و کسب حداقل ۹۰٪ امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه

تجربه مربوط : آن قسمت از خدمات مستخدم، که در رشته مربوط به شغل مورد تصدی باشد .

تجربه مشابه : آن بخش از خدمات مستخدم که در زمینه شغل مورد تصدی باشد (مانند تجربه کمک بهیاری برای بهیاری و یا تجربه کارپردازی برای انبار داری)

کمیته اجرایی طبقه بندی مشاغل: مسئول تضمین رعایت قوانین و مقررات ابلاغی وزارت متبوع و مصوبات هیئت امناء در کلیه انتصابات ، تغییر عناوین ، ارتقاء و کنترل طبقات و جابجایی افراد در مشاغل مختلف می باشد که در راستای انجام امور فوق به شرح اعضاء و وظایف ذیل تشکیل می گردد .

استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی

مقدمه : به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در موسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل

ابلاغ میشوند:

فصل ۱) کلیات:

۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی الزامی است.

۲) لباس فرم uniforms کارکنان آموزشی و بهداشتی _ درمانی مونث شامل روپوش ، شلوار ، مقنعه یاروسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) ، کفش و جوراب می باشد.

۳) لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی، درمانی مذکر شامل روپوش ، شلوار ، کفش و جوراب میباشد.

۴) لباس بیمار Patient clothing بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه ، پیراهن بلند (تا روی زانو) و شلوارمیباشد.

۵) لباس بیمار Patient clothing بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار میباشد.

۶) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخشها، شنل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می شود.

فصل ۲) ضوابط پوشش:

۷) لباس بیمار بستری Patient clothing باید حداقل این ویژگی ها را تأمین کند : شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.

۸) رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپپها در لباس های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام عمل الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دو چندان پیدامی کند .

۹) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در ردههای مختلف، متحدالشکل باشد.

۱۰) در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفهای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.

۱۱) در بخش های ویژه ، اتاق عمل surgery room ، آژیوگرافی Angiography و فضاهای استریل Sterile space و نوزادان ، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.

۱۲) رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق ، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

۱۳) روپوش Medical Gowns باید سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ ، چسبان ، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.

۱۴) کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه ی پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.

۱۵) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

۱۶) استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.

۱۷) ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیطهای ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

۱۸) الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینهی هر رسته باید به تایید ادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تایید کارفرما برسد.

۱۹) هرگونه تصویر برداری ، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

کلیه این بخشنامه باید در تولید لباس بیمار رعایت شود و با توجه به مناقصه بیمارستانی در خصوص مناقصه لباس بیمار و کیف بیمار که در ایران انجام میشود باید اشاره کرد که بسیاری از اشخاصی که مشغول به فروش لباس های غیر استاندارد و با قیمت های بالا هستند هیچ یک از موارد استاندارد لباس بیمار و پوشش های بیمارستانی را رعایت نکرده و صرفاً فقط به فکر منافع شخصی خودشان میباشند. همین امر باعث بروز مشکلات در بیمارستان ها شده به طوریکه بیماران از پوشیدن این لباس ها خودداری میکنند و در نهایت لباس شخصی خودشان را در بیمارستان میپوشند که باعث بی نظمی در امور درمان میشود. مجموعه تولیدی جاوید بافت با توجه به اهداف خود در خصوص حمایت از بیماران در تلاش است که لباس بیماران عزیز را هر چه بهتر و با کیفیت تر تولید و به آنان هدیه دهد. ایرانی لایق بهترین ها است. به امید شفای عاجل تمام بیماران دعا میکنیم .

راهنمای شناسایی پرسنل مرکز آموزشی درمانی نیک نفس با توجه به پوشش آنان

<p>ماما مسئول اورژانس مقنعه مشکی روپوش سفید شلوار مشکی</p> 	<p>پرستاران مقنعه سرمه ای روپوش سفید شلوار سرمه ای</p> 	<p>سرپرستاران سوپروایزران مقنعه و مانتو شلوار سرمه ای</p> 	<p>مدیر پرستاری مقنعه و مانتو شلوار مشکی</p> 
<p>پرسنل آزمایشگاه روپوش سفید مقنعه مشکی شلوار مشکی</p> 	<p>پزشکان/ اینترن ها روپوش سفید مقنعه مشکی شلوار مشکی</p> 	<p>پرسنل اتاق عمل و زایمان مقنعه ، مانتو و شلوار سبز تیره</p> 	<p>سایر ماماها مقنعه مشکی روپوش سفید شلوار مشکی</p> 
<p>خدمات مقنعه سفید مانتو شلوار طوسی</p> 	<p>بیمارستان مقنعه سفید مانتو شلوار سبز روشن</p> 	<p>بهبوداران مقنعه/ مانتو شلوار/ کفش سفید</p> 	<p>منشی بخشها مقنعه مشکی مانتو شلوار قهوه ای</p> 
<p>تاسیسات پیراهن / شلوار سورمه ای</p> 	<p>نگهبانی کت و شلوار قهوه ای پیراهن کرم</p> 		

موارد اختصاصی بخشهای مرکز

بخش زنان ۱ (مادر و نوزاد) طبقه فوقانی

کلیه بیماران زایمانی اعم از زایمان طبیعی و سزارین، کلیه بیماران حامله از هفته ۲۰ حاملگی به بعد، همچنین بیمارانی که متقاضی استفاده از اتاق یک تخته می باشند می توانند در این بخش بستری شوند. این بخش دارای ۳۳ تخت فعال است، همچنین اتاق قبل از عمل در این بخش واقع و دارای ۵ تخت فعال است. نوزادان سالمی که در موارد خاص نیاز به اقدامات پرستاری دارند در این قسمت تحت مراقبت قرار میگیرند.

زنان ۲

این بخش در طبقه همکف قرار دارد و کلیه بیماریهای زنان، حاملگی های زیر ۲۰ هفته جهت مداوا در این بخش بستری می شوند. این بخش دارای ۲۷ تخت فعال است.

کلیه اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در یک بخش محصور که شامل ۱۷ اتاق بستری، یک اتاق معاینه، یک اتاق کار و داروی و پلویون پرسنل و ۲۸ تخت فعال و ۱۹ نیرو اعم از پرستار و بهیار و منشی و بیماربر میباشد انجام می شود رعایت دقیق کلیه روش های اجرایی، خط مشی ها، دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ریاست مرکز و رعایت ۹ راه حل ایمنی و رعایت بهداشت حرفه ای؛ رضایتمندی ارباب رجوع الزامی می باشد

الف- رعایت نکات ایمنی در برابر بیماران پر خطر رفتارهای اجتماعی

ب- رعایت نکات ایمنی هنگام استفاده از تجهیزات پزشکی برقی

ج- رعایت نکات ایمنی هنگام آماده کردن داروهای شیمیایی و پر خطر

د- رعایت نکات ایمنی جهت جلوگیری از نیدل استیک

ه - رعایت نکات ایمنی در زمان مواجهه با بیمار عفونی نیاز به شرایط ایزوله

این بخش در طبقه اول ساختمان شماره ۱ (ساختمان درمان) با متراژ زیر بنای تقریبی ۱۱۲۰ متر مربع واقع شده است. این بخش به عنوان بخش جراحی زنان می باشد که کلیه کیستهای مربوط به زنان و زایمان در این بخش بستری و درمان می شوند که شامل مشکلات بارداری شامل پره اکلامپسی پره ترم؛ خونریزی های دوران بارداری؛ پره ترم؛ انواع سقط ها؛ حاملگی خارج از این رحم؛ زایمان و سزارین و بیماری های زنان که شامل کورتاژ تشخیصی؛ کیست تخمدان؛ هیستریکتومی؛ لوله بستن؛ کلپورافی و عفونت های لگن می باشد.

رعایت نظم و مقررات در تحویل و تحویل بخش:

- رعایت نظم و ترتیب در ورود و خروج به موقع

- رعایت یونیفرم و داشتن اتیکت

- برقراری ارتباط موثر با بینار و معرفی خود به بیمار و آموزش به بیمار

- برقراری ارتباط موثر با همکاران و رعایت سلسله مراتب و احترام به مافوق

دستگاه NST؛ دستگاه الکترو شوک؛ دستگاه EKG؛ سونیکد؛ EKG ساکشن پرتابل و سیار گلو کومتر اتو سکوب وافتالموسکوب ترازوی دیجیتال دماسنج دیجیتال تجهیزات بخش می باشند

اورژانس

کلیه بیماران اورژانسی زنان و زایمان و بیمارانی که توسط پزشک به اورژانس معرفی می شوند و همچنین هر بیماری که به مرکز مراجعه می نماید در این بخش توسط پزشک اورژانس ویزیت و در صورت نیاز به بستری شدن در بخش های مورد نظر جهت معالجه بستری می گردد. در غیر این صورت با درمان سرپایی و توصیه های لازم مرخص میگردند. موارد بستری در بخش شامل درد زایمان- آبریزی- خونریزی- تهدید به سقط - سزارین سقط- سزارین قبلی و آبریزی می باشد.

تجهیزات اختصاصی:

دستگاه فتال مانیتور رینگ سینی اکلامپسی دستگاه ساکشن سیارو.....

پایگاه بهداشتی

واکسیناسیون نوزادان، همکاری در امر آموزش شیر دهی، صدور کارت واکسیناسیون، پیگیری موارد بیماریهای واگیر دار، گزارش موارد مرگ و میر و انجام سایر امور بهداشتی توسط این واحد انجام می گیرد.

بخش لیبر زایمان و ریکاوری پس از زایمان

کلیه بیمارانی که برای انجام زایمان مراجعه می نمایند در این بخش بستری می شوند و در صورت نیاز به سزارین به اتاق عمل منتقل می گردند. اتاق درد شامل ۶ تخت بستری می باشد که مادران تا هنگام زایمان در این اتاق مراقبت می شوند و پس از آن به اتاق زایمان جهت استفاده از تخت های مدرن زایمان و انجام زایمان طبیعی منتقل می شوند. پس از تولد نوزاد و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد جهت شروع اولین تغذیه نوزاد با شیر مادر و انجام مراقبتهای بعدی مادر به اتاق بعد از زایمان (ریکاوری) انتقال می یابد و سپس تحویل بخش مربوطه می گردند.

زایمان بی درد

یکی دیگر از خدمات ارائه شده توسط مرکز انجام زایمان بی درد می باشد، به منظور کاهش استرس مادر و ترس او از دردهای زایمان، روش های بی حسی ناحیه ای که توسط متخصصین بیهوشی و زنان و زایمان با مراقبت پرسنل مامایی، در صورت تمایل مادر و اعلام رضایت او انجام می گیرد.

اتاق عمل

این مرکز از سال ۱۳۴۶ با یک اتاق عمل اداره می شد. در سال ۱۳۷۱ اتاق عمل شماره ۲ و در سال ۱۳۸۴ اتاق عمل شماره ۳ ساخته و راه اندازی شدند. و فعلاً دارای سه اتاق عمل می باشد. انجام سزارین و کلیه اعمال جراحی زنان توسط جراحان متخصص طبق برنامه مشخص و تعیین شده صورت میگیرد. در برنامه اتاق عمل، بیماران بر حسب نوبت عمل می شوند مگر موارد اورژانسی که بستگی به نوبت ندارند. لازم به ذکر است که بیماران پس از عمل جراحی در اتاق ریکاوری

تا موقع هوشیاری کامل نگهداری می شوند و پس از انجام مراقبت های لازم به بخش مربوطه منتقل می گردند.

کلینک بارداری

شرکت در کلاسهای آمادگی برای زایمان در کنار مراقبتهای دوران بارداری از هفته بیستم بارداری به مدت هشت جلسه و آموزش مباحث تئوری بارداری (زایمان و پس از زایمان) و مباحث عملی (تمرین های عصبی و عضلانی ، تکنیک های صحیح تنفسی و آرام سازی و اصلاح وضعیت ها و ماساژها) در این واحد انجام می گیرد.

خدمات کلینیک بارداری:

- ۱ - برگزاری کلاسهای آمادگی برای زایمان
- ۲ - مشاوره ازدواج
- ۳ - مشاوره قبل از بارداری
- ۴ - مشاوره و مراقبت دوران بارداری
- ۵ - مشاوره مراقبت بعد از زایمان
- ۶ - مشاوره مشکلات شیردهی و ارزیابی شیردهی

امور دارویی: این بخش در طبقه همکف همجوار اورژانس قرار دارد کلیه اقدامات دارویی در این بخش انجام می شود پذیرش و صندوق و دفتر پرستاری و سوپروایزری: این بخشها در طبقه همکف قرار دارند

پذیرش: اقدامات مربوط به پذیرش بیماران را انجام می دهد

صندوق: کارهای ترخیص بیماران را انجام می دهند

دفتر پرستاری و سوپروایزری: امور مربوط به برنامه نویسی و کلیه امور مربوط به پرسنل درمان را انجام می دهد

ریاست ، تاسیسات ، امور اداری ، آموزش و شیرخوارگاه ، کلینک بارداری: این بخشها در محوطه مرکز قرار دارند

Csr و آزمایشگاه: در طبقه همکف قرار دارند و کارهای ضد عفونی وسایل اتاق عمل و آزمایشات مربوطه را انجام می دهد

آزمایشگاه: در مورد انجام آزمایشات درخواستی محدودیتی نداریم هر کدام از آزمایشات درخواست شده توسط پزشکان متخصص آزمایشگاه خود مرکز توانایی انجام آنها داشته باشد انجام می دهیم و هر کدام را که امکانات انجامشان را نداشته باشیم به آزمایشگاههای سایر مراکز دولتی و یا آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد مرکز ارسال و ارجاع می دهیم و نتایج آزمایشات را از آن مراکز پی گیری کرده و به اطلاع بخش می رسانیم.

برای انجام کنترل کیفی بخشهای موجود در آزمایشگاهها لوازم موردنیاز را تهیه کرده و به پرسنل آزمایشگاه آموزشهای لازم را داده و آنها بایستی آن موارد راعایت کرده و ثبت نمایند.

الزامات ایمنی شغلی : این الزامات شامل موجود بودن دستکش ؛ ماسک ؛ عینک ؛ دوش و چشم شویی اضطراری و صندلی مناسب می باشد. که دوش و چشم شویی اضطراری و صندلی موجود نمی باشد.

نقشه بخش : نقشه بخش که قبلا تهیه شده است بر روی دیوار نزدیک در ورودی آزمایشگاه نصب شده است .

طیف بیماران بستری و سرپایی : اکثر بیماران و مراجعین به آزمایشگاه این مرکز مربوط به بیماریهای زنان و زایمان می باشند.

مقررات داخلی بخش : پرسنل بایستی ساعت ورود و خروج منظم داشته باشند - تمامی آزمایشات را با دقت و صحت مناسب انجام دهند - زمان جوابدهی آزمایشات را رعایت کنند - درانجام امور محوله توسط مسئول واحد کوشا باشند.

تجهیزات اختصاص بخش : شامل دستگاه سیسمکس ؛ دستگاه اتوآنالایزر ؛ دستگاه الایزا ؛ هود کلاس ۲ ؛ انکوباتور ؛ سانتریفیوژ ؛ سروفیوژ ؛ بن ماری ؛ فور .