

# بسم الله الرحمن الرحيم

دفتر پرستاری بیمارستان امام رضا(ع) سیرجان  
تقدیم می کند

**بحران در بلایا**

## تعریف بحران

-حادثه ای که بطور طبیعی و یا بوسیله بشر بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد بحران گویند.

-بحران به هرگونه حادثه‌ای اطلاق می‌شود که به جان یا مال انسان آسیب برساند و نیاز به اقدام فوری و فوق‌العاده داشته باشد.

## خصوصیات بحران

- ۱- بحران بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است، تا یک حالت مزمن، با وجود آنکه زمان غیرمشخص می‌باشد.
- ۲- بحران موجب تغییر رفتار و سلوک می‌شود، و اکثراً آثار پاتولوژیکی مانند: یأس، کاهش بهره‌وری، فرار از مسئولیت و عذرتراشی دارد.
- ۳- بحران هدف‌های اشخاص درگیر را مورد تهدید قرار می‌دهد.
- ۴- بحران یک وضعیت نسبی ادراکی است، یعنی رویدادی که ممکن است به وسیلهٔ یک طرف بحران تشخیص داده شود، و برای طرف دیگر ممکن است غیرقابل تشخیص باشد.
- ۵- بحران در ارگان‌بسم بدن فشار ایجاد می‌کند، و موجب خستگی و تشویش می‌گردد.

## Disaster (بلا)

اختلال جدی و گسترده در عملکرد اجتماعی جامعه که باعث ایجاد آسیب به انسان ، مواد ، اقتصاد و یا محیط زیست شده و این آسیب بیش از توانایی جامعه آسیب دیده و یا توان مقابله جامعه با استفاده از منابع خود می باشد.

زمانی که میزان تقاضا و نیاز بیشتر از منابع موجود

**Needs > Resources**

باشد

وضعیت بحرانی که مقامات و امکانات محلی توان پاسخ به آن را ندارند.

## انواع بحرانها:

**مخاطرات با شروع ناگهانی:** (مخاطرات زمین شناختی و آب و هوا) زلزله ، سونامی ، سیل ، طوفان ، فوران های آتشفشانی ، رانش زمین

**مخاطرات با شروع تدریجی:** (خطرات زیست محیطی) خشکسالی ، قحطی ، تخریب محیط زیست ، بیابان زایی ، جنگل زدایی ، هجوم آفات

**صنعتی / تکنولوژیکی:** تخریب سیستمهای صنعتی، حوادث و سوانح شغلی، انفجار ، آتش سوزی،

**جنگها و درگیری های مسلحانه:** شورش ، تروریسم ، و اقدامات دیگر که منجر به آوارگی و پناهندگی شوند.

**اپیدمیک:** بیماری های منتقله از طریق آب و یا مواد غذایی، بیماریهای قابل انتقال از شخص به شخص و یا بیماری های قابل انتقال ناشی از عوارض زخمها و بیماریهای قابل انتقال دیگر(از راه تنفسی و...)

# مدیریت حوادث و بلایا:

فرایند پیش بینی و پیش گیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند.

تیم مدیریت بحران بیمارستان امام رضا(ع) سیرجان براساس معیارهای زیر توسط مدیریت بیمارستان تعریف شده است:

- ۱- تعداد بخشها
- ۲- تعداد پرسنل کل هر بخش
- ۳- تعریف تخت های موجود
- ۴- تجهیزاتی که موقع بحران هر بخش می تواند در اختیار اورژانس بگذارد
- ۵- حداکثر بیمارانی که اتاق عمل پوشش می دهد
- ۶- تعیین میزان حداکثر خدمات واحد آزمایشگاه - رادیولوژی - انبار دارویی

# سطوح تعریف شده بحران در بیمارستان امام رضا(ع)سیرجان

سطح (۱)- با امکانات و پرسنل اورژانس اداره می شود.

سطح (۲)- با بکار گیری پرسنل بعضی از بخش های دیگر اداره می شود.

سطح (۳)- فعال سازی سیستم مدیریت بحران HICS کلیه بخشهای بیمارستان درگیر می شوند.

سطح (۱) باتوجه به اینکه نیروهای پرستار اورژانس در هر شیفت ۷ نفر می باشد و ۴ نفر بطور فعال در بخش فعالیت دارند و ۱ نفر تزریقات - ۱ پرستار تریاژ و ۱ پرستار مسئول شیفت ، در صورت بستری بودن ۸ بیمار ، ادمیت همزمان ۴ بیمار سطح یک فعال می شود

سطح (۲) در صورت نیاز ادمیت بیماران بیشتر با فراخوان نیروهای بخش های دیگر توسط سوپروایزر کشیک که در برنامه به عنوان نیروی بحران تعریف شده اند با هماهنگی سوپروایزر کشیک باید در اورژانس حضور یابند(به ازای هر بیمار یک پرستار) تمامی پرستاران بخش های دیگر باید به کار در اورژانس مسلط باشند (حداکثر ۱۰ بیمار)

در این دو سطح مسئول شیفت اورژانس به عنوان مدیر بحران و سوپر وایزر کشیک به عنوان هماهنگ کننده بحران در نظر گرفته می شود.

سطح (۳): در صورت ادمیت همزمان ۱۵ بیمار یا بیشتر از آن اعضای HICS بر اساس مدت زمان بروز حادثه فعال شده و باید در بیمارستان حضور یابند

بلافاصله بعد از وقوع حادثه ۹ جایگاه فعال شود

بقیه جایگاه ها با نظر فرمانده حادثه و طبق درخواست افراد مسئول در باکسهای زیرمجموعه فرمانده حادثه فعال می شوند.

موقع بحران در این بیمارستان در صورت نیاز به تخلیه بخش های دیگر بخش های زیر بر اساس اولویت تخلیه می شوند که PLAN تخلیه هر بخش در اختیار تمامی بخش ها از قبل قرار گرفته است

۱- بخش جراحی      ۲- بخش داخلی      ۳- بخش اعصاب روان      ۴- بخش تالاسمی

تمامی اعمال ELECTIVE کنسل می شود و بیماران قابل ترخیص مرخص، بیماران غیر قابل ترخیص بخش داخلی به بخش اعصاب و روان منتقل می شوند.

اتاق فرماندهی موقع بحران اتاق رئیس بیمارستان در نظر گرفته شده که دارای خط تلفن مستقیم و فاکس و تلفن ماهواره ای است .

گروه اعزام از قبل مشخص می باشد. شرح وظایف تمامی واحدها و مجموع زیر گروه آنها در اختیارشان قرار گرفته شده است.

کلیه بخشها و واحدها طبق چارت تهیه شده و تیمهای درمانی مشخص شده براساس شرح وظایف خود عمل نموده و نهایت همکاری را با بخش اورژانس و بخشهای مشخص شده داشته باشند و در تامین نیازهای دارویی و تجهیزات آنها را یاری نمایند.

کلیه مرخصی های پرسنل در مواقع بحران خود بخود لغو می گردد و پرسنل موظفند تا در این ایام در دسترس بوده و به محض اعلام نیاز در محل کار خود حاضر باشند.

پس از پایان هر بحران لازم است سریعاً کمیته بحران تشکیل گردیده و مسئولین هر یک از واحدهای HICS و بخشها گزارش کارهای خود را در کمیته مطرح می نمایند و اقدامات اصلاحی مناسب جهت رفع مشکلات برای بهبود شرایط در بحران آینده انجام خواهد شد



مخاطره : ( Hazard )

رخداد یا وضعیت فیزیکی که دارای پتانسیل ایجاد مرگ و میر، جراحت، آسیب به اموال و تأسیسات، تخریب زیرساخت ها، از بین بردن محصولات کشاورزی، آسیب به محیط زیست، قطع روند طبیعی کار و فعالیت و یا هرگونه آسیب و تخریب دیگر را دارا است.

مخاطرات طبیعی : ( Natural Hazards )  
مخاطراتی که عوامل انسانی در ایجاد آنها دخالت مستقیم ندارند و به انواع زیر تقسیم می شوند:

واژه ها و تعاریف

# واژه ها و تعاریف

## وضعیت اضطراری : ( Emergency )

حادثه طبیعی یا بشرساخته که فضای درمانی را به شدت تخریب کرده (برای مثال آسیب بنای بیمارستان در اثر زلزله یا طوفان)،

-فرآیند درمان و مراقبت از بیماران را مختل نموده (برای مثال قطع داخلی یا سراسری برق، آب یا تلفن در اثر سیل، آتش سوزی و یا اختلال داخلی این سیستم ها)

-و یا باعث تغییر یا افزایش قابل توجه و سریع تقاضا برای خدمات بیمارستانی می شود (برای مثال حملات تروریستی، فروریختن ساختمان و یا تصادفات هوایی).

**\*\* معمولاً به وضعیت های اضطراری با وسعت تخریب زیاد و اضطرار بالا (Disaster) اطلاق می شود. \*\***

- مخاطرات جوی : از جمله طوفان، گردباد، یخبندان و خشکسالی
  - مخاطرات توپولوژیک : از جمله رانش زمین، بهمن و سیل
  - مخاطرات زمین شناختی : از جمله زلزله، آتشفشان و سونامی
  - مخاطرات بیولوژیک : از جمله بیماری های عفونی و اپیدمی ها
- مخاطرات بشرساخته: (Man-made Hazards)**

مخاطراتی که عوامل انسانی ( عمدی یا غیرعمدی ) در ایجاد آنها دخالت دارند و به انواع زیر تقسیم می شوند:

- تصادفات : از جمله تصادفات هواپیما، قطار، اتومبیل
- فروریختن بناها : از جمله ساختمان ها، پل ها و سدها
- انفجارها
- آتش سوزی
- نشت مواد شیمیایی و مواد خطرزا
- ناآرامی های شهری ( تظاهرات، راهپیمایی ها و زد و خوردها)
- عملیات تروریستی و بیوتروریستی

# واژه ها و تعاریف

آمادگی : (Preparedness)

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف توانمندسازی، ایجاد ظرفیت، شناسایی منابع، آموزش و ارتقاء توان مقابله و بازسازی افراد و سازمان ها صورت می گیرد.

کاهش اثرات : (Mitigation)

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف کاهش شدت و تأثیر سوانح بر افراد، اموال و تاسیسات و عملکردهای حیاتی یک مجموعه صورت می گیرد.

مقابله : (Response)

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف ارزیابی آسیب، نجات جان قربانیان حادثه، جلوگیری از آسیب بیشتر به افراد، اموال و محیط زیست و نیز پاسخ به نیازهای ضروری و فوری پس از حادثه صورت می گیرد.

بازسازی : (Recovery)

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف بازگرداندن جامعه آسیب دیده به وضعیت عادی و برآوردن نیازهای بلندمدت جامعه صورت می گیرد.

مدیریت بحران : (Emergency Management)

فرآیند فراگیر و یکپارچه ای که با تجزیه و تحلیل سوانح قبلی و با استفاده از منابع موجود می کوشد از وقوع سوانح پیشگیری نموده و در صورت وقوع تأثیر آنها را کاهش دهد، بطور هماهنگ و موثر با سوانح مقابله نماید و برای بازسازی و بهبود اوضاع تا سطح وضعیت عادی تلاش نماید.

## **برنامه ریزی: (Planning)**

فرآیند شناسایی مخاطرات، برآورد آسیب پذیری، شناخت توانمندی، سیاستگذاری و تعیین مسئولیت ها در روابط بین بخش های مختلف در قبال سوانح که محصول آن برنامه مدیریت بحران است.

## **آسیب پذیری: (Vulnerability)**

به میزان در معرض بودن و حساسیت یک فرد، شی و یا عملکرد به آسیب ناشی از مخاطرات اطلاق می شود. آسیب پذیری را می توان به انواع انسانی، فیزیکی و ساختاری و نیز اجتماعی تقسیم کرد.

## **خطرپذیری: (Risk)**

به میزان آسیب مورد انتظار در یک جامعه از رخداد یک سانحه اطلاق می شود که با احتمال وقوع مخاطرات و میزان آسیب پذیری جامعه ارتباط مستقیم دارد.

## **ارزیابی خطرپذیری: (Risk Assessment)**

به تعیین مخاطرات محتمل، احتمال وقوع هر سانحه و میزان آسیب ناشی از وقوع سوانح با هدف مقایسه خطرپذیری ها و تصمیم گیری در مورد مدیریت ریسک، ارزیابی خطرپذیری اطلاق می گردد.

# واژه ها و تعاریف

**حوادث با تلفات متعدد** : ( Mass-casualty Incident )

حوادثی هستند که در اثر مخاطرات طبیعی یا بشرساخته ایجاد می گردند و با ایجاد حجم زیاد تلفات و جراحت های انسانی موجب اشباع شدن سیستم های امدادی و بهداشتی- درمانی می شوند. خصوصیت ویژه این سوانح که آن را از سایر سوانح بیمارستان مستثنی می کند دست نخورده ماندن نسبی زیرساخت ها و فضاهای فیزیکی بیمارستان در جریان سانحه است و نیازهای بهداشتی- درمانی ایجاد شده که فراتر از توان پاسخگویی بیمارستان و منابع در دسترس آنهاست موجب ایجاد بحران می گردد. در ضمن در این نوع حوادث به علت درگیر شدن اکثر بخش های جامعه به حالت فوق اشباع می رسند و این مسئله امکان دسترسی به کمک های خارج از بیمارستان را به حداقل میرساند.

**برنامه عملیاتی** : ( Action Plan )

رئوس فعالیت های اختصاصی و قابل پیش بینی که بصورت مکتوب جهت به اجرا درآوردن در یک زمان معین برای پاسخ به یک نیاز و رسیدن به یک هدف مشخص طراحی می شوند

# سامانه فرماندهی حادثه ( Incident Command System )

یک ساختار منعطف و قابل توسعه که برای مدیریت مبتنی بر هدف و بهبود عملیات مقابله با سوانح طراحی شده است .

اصول کلی طراحی این سیستم عبارتند از: ایجاد زبان مشترک، ارتباطات موثر، وحدت فرماندهی، شرح وظایف مشخص، حیطه کنترل معین و مدیریت منابع کارآمد.

این مدل اولین بار در واحدهای آتش نشانی طراحی شد و بعدها به عنوان یک الگوی مدیریتی کارآمد به بخش های دیگر معرفی گردید.

# سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی ( Hospital Incident Command System )

:

یک سامانه مدیریتی پایه برای مراکز پزشکی که از روی مدل سامانه فرماندهی حادثه طراحی شده است و برای ساماندهی فعالیت های فاز مقابله و بازسازی در بیمارستان ها مورد استفاده قرار می گیرد.

مرکز عملیات اضطراری ( Emergency Operation Center ) :

مکانی است از پیش تعیین شده جهت هدایت، کنترل و هماهنگ نمودن عملیات بیمارستان که از نظر خصوصیات فیزیکی، تجهیزات، امکانات و پرسنل جهت حمایت بهینه از عملیات طراحی می شود.



## حوادث خارج بیمارستانی

حوادث ترافیکی با بیش از 5 نفر مصدوم یا 3 نفر فوتی  
مشاهده علائمی از هر گونه همه گیری مانند اپیدمی و آندمی

۳ وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت

سقوط بهمن، سیل، طغیان رودخانه و طوفان

مسمومیت با گازها به صورت گروهی

بمب گذاری و هر گونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک

حوادث تروریستی

هر گونه نشست سیاسی، شورش، تحصن و تجمع های بیش از هزار نفر مانند وقایع ورزشی

هر گونه رویداد هوایی مانند سقوط هواپیما و بالگرد

مصدومین سوختگی بیشتر از 20 % و بیش از 10 نفر

هر گونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار یا پشتیبان

مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده نشانه های بیماری مشابه در بیش از یک نفر

-تمام بحران های داخلی بیمارستان

## بحران های داخلی بیمارستان

نقص تاسیسات و تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره های را در پی داشته باشد.

مسمومیت یا مصدومیت گروهی از کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود  
حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف  
وقوع مخاطرات طبیعی مانند سیل و زلزله و....

وقوع مخاطرات غیر طبیعی مانند آتش سوزی، نقص تجهیزات هسته ای، آلودگی های شیمیایی

مشاهده نوعی از بیماری که برای پیشگیری از شیوع نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی دارد

نافرمانی دسته جمعی بیماران یا کارکنان مانند تحصن و تجمع بیشتر بیماران یا کارکنان

پخش هر گونه شایعه که وضعیت بیمارستان را از حالت عادی خارج سازد

شیوع بیماری عفونی در بیماران و کارکنان بیمارستان، به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.

در صورت مشاهده یا اطلاع از هر یک از موارد بگیریید

## دستورالعمل فعال کردن سیستم پاسخ به بحران در بیمارستان امام رضا (ع):

- ۱- دریافت خبر می تواند توسط سوپروایزر کشیک و نیز اپراتور مرکز تلفن بیمارستان انجام شود.
  - ۲- در صورتی که دریافت کننده خبر مرکز تلفن بیمارستان می باشد بایستی خبر را به اطلاع سوپروایزر بیمارستان برساند .
  - ۳- سوپروایزر بعد از دریافت خبر بایستی جهت تایید خبر به مرکز هدایت و عملیات دانشکده علوم پزشکی اطلاع دهد .
  - ۴- در حوادث داخلی نیاز به تایید خبر از سوی **EOC** دانشکده علوم پزشکی نمی باشد و بیمارستان فقط به **EOC** دانشکده علوم پزشکی اطلاع رسانی می نماید. و به محض تایید خبر سریعاً به ریاست بیمارستان اطلاع میدهد
  - ۵- در صورتی که خبر هنوز تایید نشده باشد ولی احتمال وقوع یک حادثه یا فوریت در داخل یا خارج بیمارستان وجود دارد هشدار یا آماده باش صورت می گیرد برای این منظور سوپروایزر بیمارستان بایستی مرتباً با مرکز **EOC** در ارتباط باشد و نیز بیمارستان را برای مرحله پاسخ آماده سازد که در این مرحله (آماده باش) می تواند اقدامات زیر را انجام دهد:
- اطلاع رسانی به یکی از مدیران بیمارستان ( ریاست بیمارستان ، مدیر بیمارستان ، مدیر خدمات پرستاری ) ، مسئول کمیته بحران و بلافاصله انجام می گیرد.

### فعال کردن مرکز فرماندهی

- بعد از حضور فرمانده حادثه یا جانشین آن بر حسب ضرورت و تشخیص فرمانده حادثه افراد لازم فراخوان می شوند.
- تعداد تختهای اشغال شده ، تختهای خالی ، پرسنل موجود در بیمارستان و ... ارزیابی می شود.
- ۶- مرتباً با **EOC** دانشکده علوم پزشکی ارتباط برقرار نموده تا از وضعیت حادثه اطلاع پیدا گردد.
  - ۷- با توجه به سطح حادثه و طبق صلاحدید فرمانده حادثه تمام یا قسمتی از چارت بحران بیمارستان فعال می گردد

### زنجیره اطلاع رسانی حوادث داخلی (Internal Hazard)

در صورتی که حادثه داخلی در بیمارستان اتفاق افتد به محض مشاهده باید سوپروایزر کشیک اطلاع دهد و سوپروایزر کشیک بایستی ابتدا به ریاست بیمارستان اطلاع دهد و به ستاد هدایت دانشکده علوم پزشکی نیز اطلاع رسانی نماید .

وظیفه اطلاع رسانی به سایر بیمارستانها و هماهنگی های بعدی با بیمارستانها برعهده ستاد هدایت و **EOC** دانشکده علوم پزشکی می باشد بنابراین سوپروایزر کشیک و فرمانده حادثه زمان را برای اطلاع رسانی به سایر بیمارستانها و ارگانها هدر ندهد.

اطلاع رسانی در سطح رسانه ها و نیز سایر ارگانهای امدادی نیز برعهده **EOC** دانشکده علوم پزشکی می باشد

# کدهای اضطراری بیمارستان

کد ۱۰۰: کد فراخوان انتظامات بیمارستان

کد ۹۹: کد احیاء (CPR)

کد ۲۲: کد تخلیه جهت تخلیه بیمارستان در مواقع بحران یا مانور

کد ۳۳: کد فراخوان پرسنل از بخشها در مواقع بحران (کدبحران)

کد NC: کد احیا نوزاد

کد ۱۲۵: کد آتش نشانی (اطفاء حریق)

کد ۵۵: کد نجات جان مادران باردار پرخطر

## پروتکل کلی حوادث داخلی بیمارستان (Internal Disaster):

۱- ساختمان بیمارستان را از نظر میزان تخریب ارزیابی نمایید و همچنین نقاط امن را در بیمارستان تعیین نمایید.

۲- مجروحان را از محل حادثه (آتش سوزی ، انفجار، ریزش آوار ) دور نمایید و بیماران و مجروحان را به نقاط امن انتقال دهید.

۳- کارکنان و نیز بیماران بستری شده که در حادثه بیمارستان دچار مصدومیت شده یا مصدومیت آنها بیشتر شده را در زمان کمتر از دو دقیقه تریاژ نمایید و همزمان اقدامات درمانی را بلافاصله با مشخصه رنگ قرمز براساس تریاژ START و سطح یک تریاژ بر اساس تریاژ ESI شروع نمایید.

۴- برای بیماران با مشخصات رنگ زرد بر اساس تریاژ START و سطح دو تریاژ ESI- اقدامات درمانی تدارک ببینید. (توضیح اینکه در حوادث با قربانیان زیاد MCI تریاژ مورد استفاده START می باشد)

۵- مجروحان با برچسب رنگی سیاه (فوت شده ) را به سردخانه بیمارستان منتقل نمایید. (لازم به ذکر است در حوادث با قربانیان زیاد بیمارانی که هنوز فوت نشده اند ولی امکان زنده ماندن آنها با شرایط ذکر شده مقدور نیست برچسب سیاه زده می شود لذا بعد از پذیرش ، تریاژ و خدمات رسانی لازم است مصدومان با برچسب سیاه مجددا تریاژ شوند تا در صورت زنده ماندن اقدامات درمانی برای این بیماران شروع شود).

۶- اتاق عمل بیمارستان را آماده نمایید.

# پروتکل کلی حوادث داخلی بیمارستان (Internal Disaster)

- ۷- برای بیماران نیاز به خدمات ویژه اقدامات لازم صورت گیرد. ( در مراحل اولیه MCI بیماران نیاز به احیاء را cpr ننمایید)
- ۸- فعال شدن HICS (ستاد فرمانده بحران بیمارستانی) توسط سوپروایزر بیمارستان انجام شود. در ساعت اداری سرپرست بیمارستان و در ساعات غیر اداری سوپروایزر کشیک برنامه آمادگی بیمارستان در بحران و بلایا (HDP) را فعال می کند
- ۹- ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان توسط مسئول ارتباطات بیمارستان در چارت HICS صورت گیرد.
- ۱۰- نیروی انسانی متخصص و سایر کارکنان بیمارستان را با توجه به سطح حادثه (سه سطح یک تا سه) فراخوان نمایید. تعیین نیروهای مورد نیاز بلافاصله پس از بحران برعهده فرمانده بحران است که فراخوان آنها توسط سوپروایزر کشیک صورت می گیرد پرسنل پیشنهادی بیمارستان در چارت فراخوان بیمارستان در فازهای بلافاصله پس از بحران ، ۲-۰ ساعت ، ۶-۳ ساعت و ۱۲-۶ ساعت تعیین شده اند)
- ۱۱- جراحیهای الکتیو لغو شود لازم است به BED MANAGER بیمارستان و مسئول بخش جراحی در این زمینه اطلاع رسانی شود
- ۱۲- امکانات و ظرفیت ها را ارزیابی کنید در صورتی که امکانات تمام شده و یا به زودی به اتمام می رسد جهت تامین امکانات و تجهیزات از واحد EOC دانشکده علوم پزشکی درخواست کمک نمایید.
- ۱۳- آمار تجهیزات ، کارکنان ، فضاهای جایگزین و فضاهای ویژه را جهت تصمیم گیری جمع آوری نمایید.
- ۱۴- واحد حراست و امنیت بیمارستان ( نگهبانی و نیروی انتظامی مستقر در بیمارستان) نسبت به تامین امنیت و تسهیل در ورود و خروج خودروهای امدادی مانند آمبولانسها ، ماشینهای آتش نشانی و نیز خودروهای مسئولین بیمارستان و کارکنان اقدام لازم را انجام دهد.
- ۱۶- در صورت لازم هماهنگی های لازم با واحد تاسیسات بیمارستان ، مدارک پزشکی ، بخشهای پاراکلینکی و نیز واحدهای خارج بیمارستان ( ستاد هدایت و عملیات ، مرکز حوادث و فوریتهای پزشکی و ...) انجام گیرد.
- ۱۷- در صورت نیاز به امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی خارج از توان بیمارستان هماهنگی های لازم با ستاد هدایت و عملیات دانشکده علوم پزشکی انجام دهید.
- ۱۸- اقدامات انجام گرفته ، تعداد مصدومان و ... را به ستاد هدایت و عملیات دانشکده علوم پزشکی و مراجع ذیصلاح گزارش دهید.
- ۲۰- برای پشتیبانی کارکنان، مصدومان و ... اقدامات لازم صورت گیرد.

## پروتکل بیمارستان در حوادث غیرمترقبه (حوادث خارجی) در هنگام بروز: MCI ( Multiple Casualty Incident )

در صورت اطلاع از سوی هر گونه سازمان و یا مسئول کشوری ، دانشگاهی و محلی مورد گزارش شده به ستاد هدایت و عملیات دانشکده علوم پزشکی اطلاع داده شود و در صورت تایید ستاد هدایت و عملیات دانشکده علوم پزشکی طبق سطح بندی بحران بیمارستان سطح مورد نیاز فعال گردد **HDP** موجود در

به دنبال دستور از رئیس ستاد بحران عملیات دانشکده علوم پزشکی فرماندهی بیمارستان فعال میشود و وظیفه فراخوان نیروها و اقدام به برگزاری جلسه ویژه با رئیس بخشها جهت ترخیص زودتر از حد بعضی از بیماران خاص جهت دسترسی به تخت بیشتر توسط سوپروایزر کشیک انجام میشود از نظر هماهنگی با سایر مسئولین در امر تهیه لوازم و امکانات مورد نیاز و دریافت اطلاعات و صدور مجوز انتشار اخبار پس از اطلاع از نظر صحت و سقم آن با هماهنگی فرمانده حادثه انجام میشود

در ساعت اداری سرپرست بیمارستان و در ساعات غیر اداری سوپروایزر کشیک برنامه **HDP** را فعال می کند .

اعضای پیشنهادی چارت بحران را در فازهای پس از بحران (بلافاصله پس از بحران ، ۰-۲ ساعت، ۳-۶ ساعت و ۱۲-۶ ساعت ) فراخوان نمایید در صورت نیاز به اعضای دیگر چارت طبق صلاحدید فرمانده حادثه فراخوان نمایید.

با توجه به نحوه اطلاع رسانی بیمارستان اطلاع رسانی گردد.

سوپروایزر بیمارستان در ساعات غیر اداری به بخش اورژانس ، مرکز تلفن و نگهبانی و یکی از مسئولین بیمارستانی ( ریاست بیمارستان یا مدیر بیمارستان و یا مترون بیمارستان ) اطلاع رسانی می نماید که در صورت تماس با یکی از مسئولین این اطلاع رسانی بایستی به دو مسئول دیگر از سوی آنها انجام شود.

نگهبانی بیمارستان بایستی ورود و خروج خودروهای امدادی ( آمبولانس ، آتش نشانی ، پلیس و ...) و نیز خودروهای شخصی کارکنان و متخصصان و پزشکان را تسهیل نماید.

بخش تریاژ قرمز: واحد درمان خیلی فوری و گرفتن سریع فشار خون و بررسی وضعیت تنفسی بیماران در اولویت اقدامات قرار میگیرد

بخش تریاژ زرد: واحد درمان غیر فوری که میتوان تا ۴۵ دقیقه بیمار را تحت نظر داشت و معاینه مکرر بیماران این دسته و اطمینان از عدم تغییر شرایط بالینی و عدم تبدیل آنها به تریاژ به رنگ دیگر.

بخش تریاژ سبز: واحد درمان غیر فوری و باید در زمینه ترخیص فوری مصدومین سرپایی و اقدامات سرپایی (اتل و گچ) تصمیم گیری شود و بررسی مجدد بیماران موجود در تریاژ سبز و اطمینان از اینکه این بیماران به گروه تریاژی با رنگ زرد یا قرمز تبدیل نشده باشند

مجروحان با برچسب رنگی سیاه (فوت شده) را به سردخانه بیمارستان منتقل نمایید. (لازم به ذکر است در حوادث با قربانیان زیاد بیمارانی که هنوز فوت نشده اند ولی امکان زنده ماندن آنها با شرایط ذکر شده مقدور نیست برچسب سیاه زده می شود لذا بعد از پذیرش، تریاژ و خدمات رسانی لازم است مصدومان با برچسب

سیاه مجدداً تریاژ شوند تا در صورت زنده ماندن اقدامات درمانی



در حوادث با قربانیان زیاد (mci) که آمار مصدومان اعلام شده و امکان پذیرش در بیمارستان وجود دارد تریاژ در محوطه جلوی بخش اورژانس بیمارستان انجام گیرد که با توجه به مراجعه بیماران با سطح سبز تریاژ **start** در دقایق و ساعات اولیه و امکان اشغال تختها با این بیماران سطح سبز تریاژ **start** به سالن انتظار درمانگاه اورژانس ، بیماران سطح قرمز و سطح زرد به بخش اورژانس بیمارستان انتقال داده شود. ( در صورتی که مصدومان در حین انتقال با آمبولانس یا وسیله شخصی فوت شده بودند به سردخانه بیمارستان هدایت شوند)

اتاق عمل بیمارستان را آماده نمایید.

برای بیماران نیاز به خدمات ویژه اقدامات لازم صورت گیرد. ( در مراحل اولیه **MCI** بیماران نیاز به احیاء را **cpr** ننمایید)

ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان توسط مسئول ارتباطات بیمارستان در چارت **HICS** صورت گیرد.

نیروی انسانی متخصص و سایر کارکنان بیمارستان را با توجه به سطح حادثه (سه سطح یک تا سه) فراخوان نمایید. تعیین نیروهای مورد نیاز بلافاصله پس از بحران طبق دستور فرمانده بحران صورت می گیرد پرسنل پیشنهادی بیمارستان در چارت فراخوان بیمارستان ( در فازهای بلافاصله پس از بحران ، ۰-۲ ساعت ، ۳-۶ ساعت و ۱۲-۶ ساعت ) تعیین شده اند

مسئول بخش اورژانس : صدور دستور ترخیص و انتقال بیماران قبلی ، استقرار مرکز عملیات در نزدیکی مرکز فرماندهی اورژانس ، دستور به تخلیه بیمارستان از بیماران غیر اورژانس ، سازماندهی تمام جنبه های بخش عملیات و اطمینان از تریاژ علمی عملیات.

جراحیهای الکتیو لغو شود لازم است به **BED MANAGER** بیمارستان و مسئول بخش جراحی در این زمینه اطلاع رسانی نماید

بخش پذیرش : ثبت و طبقه بندی بیماران پذیرش شده و ارسال فردی که بتواند به منطقه تریاژ ورودی بیمارستان رفته و کارت پذیرش را بر برگه تریاژ تمام بیماران نصب نماید.

در تریاژ متصدی پذیرش: درج مشخصات ضروری  
مصدومین و بیماران در فرم مربوطه را برعهده دارد.

▶ در جریان بروز حادثه غیر مترقبه ، روش  
روزمره پذیرش حذف و سیستم ساده و  
قابل اجرا با توانایی شناسایی سریع  
بیماران و نیز شناسایی بیماران توسط  
بستگانشان مورد استفاده قرار می گیرد.

امکانات و ظرفیت‌ها را ارزیابی کنید در صورتی که امکانات تمام شده و یا به زودی به اتمام می‌رسد جهت تامین امکانات و تجهیزات درخواست کمک نمایید.

آمار تجهیزات، کارکنان، فضاهای جایگزین و فضاهای ویژه را جهت تصمیم‌گیری جمع‌آوری نمایید.

## سطوح فعالسازی بخشهای بیمارستان

سطح ۱- بافضای اورژانس و فراهوان نیروهای اورژانس و نیروهای خارج نوبت کاری و در صورت نیاز فعال شدن اتاق عمل جراحی (حداکثر تا ۲۵ مصدوم)

سطح ۲- در حوادث ترافیکی و زلزله و انفجار علاوه بر بخش اورژانس بخشهای جراحی مردان و زنان ICU اتاق عمل فعال میشوند

در حوادث با مسمومیت غذایی شیمیایی و اپیدمی علاوه بر بخش اورژانس بخش داخلی و عفونی ICU نیز فعال میگردد

سطح ۳- در حوادث با مصدوم زیاد کلیه بخشهای بیمارستان فعال می‌گردند

# نحوه آلودگی زدایی از بیماران آلوده به مواد رادیو اکتیو

- مانع از تبدیل آلودگی خارجی به آلودگی های داخلی شده یا شدت آن را کاهش دهیم
- میزان دوز جذبی را با خارج کردن لباسهای بیمار که بزرگترین منبع آلودگی هستند وبا پاک کردن منبع ماده رادیو اکتیو از روی پوست و زخم های او کاهش دهیم
- از آلودگی تیم درمانی به مواد رادیو اکتیو پیشگیری کنیم
- از انتشار آلودگی در بیمارستان جلوگیری کنیم

## اولویتها

پایدار بودن بیمار مهم ترین اولویت است و وضعیت بیمار در زمان آلودگی  
زدایی باید پایدار باشد

پس باید بیمار قبل از آلودگی زدایی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت  
لزوم اقدامات درمانی فوری برای او انجام شده باشد

هیچ بیمار ناپایداری نباید وارد اتاق آلودگی زدایی شود

اگر وضعیت بیمار ناپایدار است و قبل از رسیدن بیمار به بیمارستان  
آلودگی زدایی نشده است باید در محوطه ای که نزدیک به ورودی  
آمبولانسها در نظر گرفته شده است و به روش استاندارد لباسهای او خارج  
شده و سپس مستقیماً به قسمتی که برای رسیدگی به بیماران آلوده در نظر  
گرفته شده است منتقل شود

در برخی مراکز خارج کردن لباسهای آلوده بیمار نیز در همان قسمت  
مسئول رسیدگی به بیماران آلوده انجام شود

## مهم ترین اقدامات

حتما قبل از شروع کار روند آلودگی زدایی را برای بیمار توضیح دهید بهتر است  
حین انجام کار و در آغاز هر مرحله نیز بیمار را در جریان اقدامی که قرار است  
برای او انجام دهید قرار دهید به این ترتیب هم اضطراب بیمار کاهش میابد و هم  
همکاری او با شما در مراحل بعدی افزایش پیدا خواهد کرد

توجه داشته باشید که مواجه شدن بیمار با این منظره می تواند استرس و  
نگرانی بیمار درباره وضعیت خود را تشدید کند بنابر این شما باید به اهمیت  
توضیحاتی که در این زمینه به بیمار می دهید واقف باشید .

یک فرد مطلع باید به پرسشهای بیمار پاسخ دهد ممکن است بیمار از شما  
پرسد به چه علت لباسهای محافظ پوشیده اید ماسک زده اید عینک محافظ به  
چشم دارید و....

توجه داشته باشید به ایمنی بیمار از لحظه ای که بیمار وارد اتاق آلودگی زدایی  
می شود تا لحظه ای که از آن خارج شود شما مسئول حفاظت سلامت او  
هستید

به بیمار تذکر دهید که سطح زمین خیس و لغزنده است و او باید هنگام راه رفتن  
مراقب باشد و گرنه سقوط خواهد کرد در صورت نیاز باید دست بیمار را بگیرید

مراقب باشید اتاق بیش از اندازه گرم یا سرد نباشد خطرات ناشی از برق  
گرفتگی و هر خطر احتمالی دیگری نیز باید از قبل پیش بینی شده و تمهیدات  
لازم در مورد آن ها اندیشیده شود

# لباس‌های بیمار

▶ برای خارج کردن لباس‌های بیمار ابتدا یک پوشش پارچه ای یا پلاستیکی روی بیمار بیندازید بطوریکه تمام بدن بیمار را بپوشاند به این ترتیب شما مانع از انتشار ذرات گردوغبار حاوی مواد رادیو اکتیو در محیط می شوید بعد از قراردادن پوشش فوق روی بدن بیمار حالا لباس‌های بیمار را با استفاده از قیچی تیز و در امتداد خطوط وسط هر قسمت از لباس بریده و آنها را خارج نمایید

▶ توجه داشته باشید که مهمترین بخش لباس‌های بیمار لباس‌های رویی او هستند که بیشتر از سایر لباس‌ها در معرض آلودگی بوده اند

▶ حین خارج کردن لباس‌های بیمار باید آنها را بعد بریدن به کمک قیچی به شکلی لوله کنید که سطح آلوده به ماده رادیو اکتیو در قسمت داخل قرار گیرد لوله کردن لباس‌های بیمار باید در جهت مخالف بریدگی ها و زخم‌های او باشد تا از آلودگی بیشتر زخم‌ها جلوگیری بعمل آید

▶ لباس‌های بیمار بیرون آورده شده و در یک کیسه پلاستیکی قرار داده شده و بر حسب مشخصات بر آن زده شود .

▶ زخم ها باید در هنگام رفع آلودگی پوست مجاور آنها پوشانیده شوند تا آلوده کننده ها وارد زخم نشوند

روند آلودگی زدایی

بعد از خارج کردن لباسهای یک فرد دچار آلودگی خارجی به ماده رادیو اکتیو آلودگی زدایی او باید به ترتیب زیر انجام شود

۱- زخمها

۲- مخاطات

۳- پوست سالم

توجه داشته باشید که بیشتر آلودگی های بیمار مربوط به لباسهای او هستند

با خارج کردن لباسهای بیمار ۸۵٪ آلودگی ها زدوده می شوند  
با شستشوی بیمار بیش از ۹۵٪ آلودگی زدوده می شود  
آلودگی زدایی از زخمها

همیشه آلودگی زدایی از زخمهای بیمار شروع می شود  
همیشه زخمهای بیمار آلوده در نظر گرفته می شوند



وقتی زخم آلوده به ماده رادیواکتیو وجود داشته باشد باید اینطور فرض شود که ماده رایو اکتیو وارد بدن بیمار شده است و باید بلافاصله متخصص پزشکی هسته ای را در جریان گذاشت تا بر اساس نوع ماده - مقدار ماده- نیمه عمر ماده اقدامات لازم برای کاهش اثرات ماده رادیو اکتیو را به عمل آورد

اولین کاری که باید انجام شود پوشاندن اطراف زخمها با استفاده از پوششهای ضد آب است به این ترتیب از گسترش بیشتر آلودگی پیشگیری می شود

اگر زخم در حالت خونریزی است و وضعیت همودینامیک بیمار پایدار است اجازه دهید تا حدی به خونریزی خود ادامه دهد

برای کمک به خارج شدن مواد رادیو اکتیو از داخل زخم تا جای ممکن می توان از جریان سرم شستشو یا آب ولرم استفاده کرد اینکار کمک زیادی به کاهش آلودگی بیمار می کند و باید چندین بار تکرار شود

بعد از شستشو باید دوباره پرتو سنجی انجام شود

اگر دوز پرتوهای دریافتی نسبت به دوز پایه موجود در محیط بیشتر از حد مجاز باشد باید شستشو دوباره تکرار شود

اگر علیرغم شستشوهایی مکرر سطح پرتوها بیشتر از حد مجاز باشد باید بعد از مشورت با متخصصین قسمت آلوده زخم را دبرید نمود بخش دبرید شده را باید برای بررسی های لازم به آزمایشگاه فیزیک پزشکی فرستاد

اگر یک قطعه آلوده به ماده رادیو اکتیو یا یک قطعه فلز رادیو اکتیو لابلای زخم بیمار وجود دارد شما باید با استفاده از بلندترین فورسپسی که در اختیار دارید آن قطعه را خارج کرده و در ظروف سربی مخصوص قرار دهید

اگر قطعه ریزی در پوست فرو رفته (این اتفاق بیشتر در انگشتان دست رخ میدهد) میتوان از دستگاه های مخصوص Punch-Biopsy استفاده نمود که قطعات ریز رادیو اکتیو را همراه با کل ضخامت پوست اطرافش بر میدارد

بعد از اقدامات لازم باید زخم را پانسمان نمود و روی آنرا با پوششهای ضد آب پوشاند

کلیه وسایل آلوده را در کیسه های مخصوص ریخته و در سطلهای مخصوص جمع اوری مواد رادیو اکتیو قرار دهید

لازم است بدانیم سرعت جذب مواد رادیو اکتیو از مخاطات بسیار سریعتر از پوست سالم است بنابراین اگر مخاط چشم ها

،مجرای گوش، سوراخهای بینی مخاط دهان و حلق و ناحیه تناسلی آلوده به مواد رادیو اکتیو شده باشد باید قبل از آلودگی زدایی از پوست سالم این قسمت ها را مورد آلودگی زدایی قرار داد

باید از بیمار خواسته شود دندانهای خود را با مسواک و خمیر دندان بشوید

دهان باید چندین بار با محلول اسید سیتریک ۳٪ شستشو داده شود

ته حلق بیمار با محلول آب اکسیژنه ۳٪ شستشو داده شود برای این کار از بیمار بخواهید این محلول را قرقه کند

سوراخهای بینی باید با استفاده از آب شیر یا سرم فیزیولوژیک شسته شوند

برای شستشوی مخاط چشمها می توان از آب شیر یا محلول شستشو استفاده نمود

جهت شستشوی چشم ها باید از کانتوس داخلی به خارجی باشد تا از ورود آلودگی ها به مجرای نازولا کریمال جلوگیری شود

گوش خارجی باید با آب شسته شود

▶ کانال گوش خارجی نیز با استفاده از سرنگ مخصوص شستشوی گوش آلودگی زدایی می شود

▶ برای خارج کردن مواد رادیو اکتیو بلعیده شده توسط فرد باید از لاواژ معده استفاده کرد.

## ▶ آلودگی زدایی از پوست سالم

▶ حتما باید از پوشش های ضد آب برای پوشاندن تخت استفاده شود

▶ کسانی که آلودگی زدایی از بیمار را انجام میدهند باید لباسهای ضد آب پوشیده باشند

▶ اگر بیمار آلودگی محدودی در منطقه مشخصی دارد می توان از وان ها یا ظروفی با اندازه مناسب برای آلودگی زدایی استفاده نمود

▶ اگر بیمار آلودگی گسترده دارد در صورتیکه قادر به حرکت بوده و حال عمومی خوب داشته باشد می توان از او خواست که در قسمتی که مشخص شده است دوش بگیرد

▶ قبل از دوش گرفتن

▶ قبل از دوش گرفتن به بیمار توضیح دهید که :

▶ حین دوش گرفتن باید از حرکاتیکه باعث پاشیده شدن آب آلوده به اطراف می شود خودداری نماید

▶ باید چشمهای خود را ببندد

▶ برای ممانعت از ورود آب آلوده به سوراخهای گوش و بینی خود باید از وسایل مخصوص (مشابه وسایل شنا) استفاده نماید

## حین دوش گرفتن

حین دوش گرفتن باید برای شستشوی موها و برای شستشوی بدن از صابونهای ملایم استفاده شود در صورت لزوم باید موهای بیمار با استفاده از قیچی کوتاه شوند

بعد از هر بار دوش گرفتن باید بیمار مورد پرتو سنجی قرار گیرد

ممکن است لازم باشد بیمار چند بار دوش بگیرد

برای آلودگی زدایی از پوست بیمار می توانید از جریان ملایم آب شیر(بشرطی که خیلی سرد یا خیلی گرم نباشد) استفاده نمایید

در صورت لزوم میتوان جریان آب را سریعتر نمود

صابونهای معمولی یا محلولهای پاک کننده پوست و مو با اسیدیتهی پایین (PH حدود ۵) نیز میتواند کمک کننده باشد

ممکن است علیرغم تلاش برای آلودگی زدایی از پوست بیمار نتوان سطح آلودگی را به کمتر از حد مجاز رساند بنابراین آلودگی زدایی را تا جایی ادامه میدهیم که دیگر نتوان سطح آلودگی را به کمتر از آن رساند

# روند کار آلودگی زدایی

- ▶ شروع آلودگی زدایی باید از ملایم ترین روشها شروع شده و به ترتیب به سمت روشهای خشن تر پیش رود
- ▶ در هر صورت آلودگی زدایی از پوست بیمار نباید منجر به آسیب رساندن به پوست بیمار شود
- ▶ هرگز نباید پوست بیمار را به اندازه ای بمالید که خراش پیدا کند آب هم نباید به اندازه ای گرم یا سرد باشد که به پوست بیمار آسیب برساند
- ▶ اگر آب خالی نمی تواند آلودگی زدایی موثری را به همراه داشته باشد می توان از یک صابون ملایم با PH خنثی یا صابون اسکراب جراحی استفاده نمود
- ▶ اسکراب منطقه آلوده را می توان تا ۳-۴ دقیقه تکرار نمود سپس شستشو با آب باید ۳-۲ دقیقه ادامه پیدا کرده و سپس منطقه خشک شده و مورد پرتو سنجی مجدد قرار گیرد
- ▶ موهای سر یا مناطق پر موی پوست را باید با استفاده از شامپو شستشو داد اگر علیرغم اینکار آلودگی زدایی قابل قبولی حاصل نشد باید موها را با استفاده از قیچی برید
- ▶ موقع شامپو کردن موهای بیمار مراقب باشید که آب آلوده به مواد رادیو اکتیو وارد چشم ها- گوشها و دهان بیمار نشود
- ▶ بیشتر مواد رادیو اکتیو جذب پوستی خوبی ندارند بنابراین این آلودگی پوست به این مواد نمی توان راه خوبی برای ورود آنها به بدن باشد
- ▶ برای کمک به پاک کردن منطقه آلوده می توان از اسفنج های خیلی نرم و حرکت ملایم آنها روی پوست بیمار استفاده کرد
- ▶ اگر دستهای بیمار آلوده هستند باید به زیر ناخن های بیمار توجه ویژه ای مبذول شود.
- ▶ اگر دستهای بیمار آلوده نیستند باید در اولین فرصت دستکش به او بپوشانید تا دستهای خود را آلوده نکند
- ▶ بعد از جدا کردن مواد چسبنده به پوست بدن بیمار با استفاده از اسفنج محل آلودگی را با استفاده از آب ولرم شستشو دهید
- ▶ بعد از شستشو محل را به ملایمت خشک کنید

کلیه چیدمان نیروی فوق با نظارت مستقیم ارشد  
حراست و امنیت بیمارستان انجام می شود

## ارشد روابط عمومی

نصب سریع «اتیکت ها و پارچه های هدایت آمبولانس ها» که قبلاً تهیه شده و دردسترس هستند از محل ورود تا مکان تخلیه مصدومین و نهایتاً محل خروج از بیمارستان با همکاری و هماهنگی ارشد امنیت و انتظامات توسط پرسنل تاسیسات کشیک

نصب سریع پارچه محل استقرار خبرنگاران که اتاق جنب اتاق ریاست بیمارستان برای این منظور در نظر گرفته شده و پارچه مذکور در ورودی سایت اداری توسط پرسنل تاسیسات کشیک

پارچه محل تخلیه مصدومین و استقرار تریاژ در محوطه باز جلوی اورژانس بیمارستان توسط پرسنل تاسیسات کشیک نصب می شود

پارچه محل استقرار «گمشدگان و اقوام و همراهیان مصدومین» که نمازخانه بیمارستان در نظر گرفته شده و در ورودی نمازخانه توسط پرسنل تاسیسات کشیک نصب می شود.

پارچه «اطلاعات» در محل چادرهای واحد اطلاعات یا هر محلی که اطلاعات و پیگیری در نظر گرفته شود. توسط پرسنل تاسیسات کشیک نصب می شود

ارسال پیامک اطلاع رسانی وقوع حادثه به تمامی پرسنل از طریق سامانه پیام کوتاه که در هنگام حضور و ورود به بیمارستان در جریان اجرای عملیات بحران در بیمارستان باشند توسط ارشد روابط عمومی چارت **HICS** ( قبلاً لیست تفکیکی تلفن های همراه در سامانه ثبت شده است )

تعیین تکلیف محدوده محتوای اخبار قابل اعلام به رسانه ها و نشریات از سوی فرمانده حادثه که بر اساس آن اطلاعات لحظه ای دریافتی طبقه بندی شده و در اختیار خبرنگاران و رسانه ها توسط ارشد روابط عمومی چارت **HICS** قرار گیرد.

هماهنگی حضور فرمانده عملیات در محل خبرنگاران جهت گفتگو با خبرنگارانی که خواستار دریافت آخرین اطلاعات هستند توسط ارشدروابط عمومی چارت **HICS** انجام میشود

تماس با مسئولین واحدهایی از چارت ستاد بحران بیمارستان به فاصله ۱۰ دقیقه ای برای کسب اطلاعات و آمار و بروز کردن مداوم آنها برای ارائه به فرمانده حادثه، رسانه ها و نیز ارائه به روابط عمومی مافوق در ستاد بحران مرکزی توسط ارشدروابط عمومی چارت **HICS** به شرح ذیل:

تعداد بیماران، مصدومین و اجساد منتقل شده به بیمارستان (واحدهای آمار، متوفیات و پذیرش)

تعداد بیمارانی که به بیمارستان های دیگر منتقل شده اند و مصدومین اعزام شده (واحد اعزام)

تعداد بیمارانی که سرپایی درمان شده و ترخیص شده اند. (واحد ترخیص)

تعداد پزشکان متخصص و عمومی حاضر در بیمارستان (واحد عملیات)

اعلام تغییرات احتمالی در برنامه های عادی بیمارستان به مردم از طریق سیستم پیجر مرکز تلفن و رسانه های فوری از جمله رادیو، توسط ارشدروابط عمومی چارت **HICS** و با تایید فرمانده حادثه

انتقال مداوم درخواست های افراد داوطلب به واحد پرسنلی و تماس با مسئول واحد پرسنلی برای تهیه در خواست عمومی احتمالی از طریق رسانه ها توسط ارشدروابط عمومی چارت **HICS** و با تایید فرمانده حادثه



واحد پذیرش و تریاژ

فضای تریاژ محوطه جلوی اورژانس ( فضای باز ) در نظر گرفته می شود

پزشک درمانگاه سرپایی به اتفاق پرستار تریاژ ، جهت تریاژ بیماران انجام وظیفه نماید .

کلیه وسایل مورد نیاز تریاژ توسط مسئول واحد تریاژ اورژانس در محل تریاژ چیده می شود .

وسایل مورد نیاز : ۲ عدد گوشی پزشکی / ۲ عدد دستگاه فشار سنج / بازوبند به تعداد ۵۰ عدد در رنگهای مختلف -  
پرونده ها به تعداد ۵۰ عدد / دستکش لاتکس دو بسته / دستکش معاینه دو بسته / صندلی سه عدد / دفتر تریاژ  
مخصوص بحران - ۲ عدد جعبه جام بگ محتوی ایروی ۵ عدد از هر سایز - باند کشی ۱۰ عدد - گازاستریل ۱۰۰ عدد -  
تورنیکت ۵ عدد -

کلیه برانکاردها و ویلچرها از بخش ها توسط خدمات ویا بیماربر اورژانس جمع آوری و در محل تخلیه آمبولانس و تریاژ  
قرار می دهند

چیدمان خدمات جهت تخلیه آمبولانس ( ۲ نفر ) - انتقال بیمار از واحد تریاژ به اورژانس ۲ نفر و جهت انتقال مصدومان از  
اورژانس به بخشهای دیگر و واحد پاراکلینیک ۲ نفر توسط مسئول خدمات در نظر گرفته می شود .

سریعاً پزشک درمانگاه سرپایی بعنوان پزشک تریاژ شیفت اورژانس با همکاری پرستار تریاژ کار تریاژ بیماران را سریعاً  
انجام می دهند.

یک نفر پرستار طبق نظر سوپروایزر کشیک جهت همراهی انتقال بیماران بد حال از واحد تریاژ به اورژانس در نظر گرفته  
می شود .

کلیه بیماران با برچسب قرمز به ترتیب اولویت سریعاً با همراهی پرستار به بخش اورژانس از واحد تریاژ منتقل می شود .

کلیه بیماران فوت شده با برچسب سیاه تحویل مسئول واحد متوفیان می گردد.

کلیه بیماران سر پای با برچسب سبز به درمانگاه سرپایی اورژانس منتقل می شوند .

جهت درمانگاه سرپایی اورژانس سریعاً طبق هماهنگی مسئول شاخه پزشکی چارت **HICS** یک نفر پزشک عمومی در نظر  
گرفته می شود .

نحوه چیدمان پرسنل اورژانس:

با توجه به اینکه نیروهای موجود اورژانس در هر شیفت ۱۱ نفر می باشد .

مسئول شیفت به عنوان مدیر بحران در نظر گرفته می شود ( قبل از فعال شدن HICS)

سوپروایزر کشیک به عنوان هماهنگ کننده در نظر گرفته می شود ( قبل از فعال شدن HICS)

پرستارتریاز مسئول تریاز مصدومان میباشد

۸نیرو در بخش اورژانس به عنوان نیروی فعال می باشد که یک نفر به عنوان پرستار تریاز کمکی معرفی می گردد .

با فراخوان نیروهای بخش های دیگر که از قبل به عنوان نیروی بحران در برنامه در نظر گرفته شده اند . ۱۰ نیرو به بخش اورژانس اضافه می شود.

با توجه به وسعت حادثه در ساعات اولیه در صورت نیاز نیروهای انکال خارج از نوبت کاری هر بخش که در برنامه هر بخش مشخص می باشند و مسئول فراخوان آنها مسئول شیفت هر بخش می باشد باید در مدت ۱۵ دقیقه در اورژانس حضور یابند .

با فراخوان نیروهای مذکور بیمارستان تا حجم ۱۵ مصدوم نیازی به فعال شدن HICS نمی باشد .

در صورت وجود بیشتر از ۱۵ مصدوم HICS بر اساس مدت زمان تعریف شده فعال می شود و شروع فعالیت هر کدام از واحدهای HICS بر اساس Plan مورد نیاز هر واحد می باشد.

نحوه فعال کردن و همکاری متخصصین شاغل مذکور .

پزشک اورژانس در صورت نیاز با پزشک مقیم /آنکال مربوطه تماس می گیرد .

در صورتیکه بدلیل شلوغ بودن بخش اورژانس پزشک اورژانس نتواند با آنکال ها تماس بگیرد سوپروایزر کشیک مسئول پیگیری و تماس می باشد .

در صورت زیاد بودن حجم مصدومان کلیه متخصصین طبق تماس با مدیر گروهها هر رشته جهت همکاری فراخوانده می شوند .

**Plan** تخلیه اورژانس :

کلیه بیماران قابل ترخیص و سرپایی توسط پزشک مستقر در بخش اورژانس ترخیص می شوند .

بیمارانی که توسط پزشکان آنکال ویزیت شده اند ، سریعاً به بخش های مربوطه منتقل می شوند . در صورت نبود تخت خالی طبق نظر **Bed Manager** به بخش نزدیک به آن منتقل می شوند .

بیمارانی که بدلیل مشکلات مالی هنوز ترخیص نشده اند با هماهنگی مسئول واحد ترخیص و مدد کار اجتماعی بیمارستان جهت ترخیص آنها اقدام می شوند .

پزشک اورژانس حق انتقال بیماران را به بخش مورد نیاز بدون **order**متخصص را دارد. و فقط با پزشک آنکال هماهنگی نماید.

در صورت نیاز به بخش دیگر با توجه به اولویت بخش های جراحی - داخلی - تالاسمی تخلیه می شوند

## Plan تخلیه بخش ها :

در صورت نیاز به تخلیه بخش ها بر اساس اولویت بخش ها ی مذکور تخلیه می گردند .

بخش جراحی :

کلیه اعمال **elective** با هماهنگی فرمانده عملیات با پزشک مسئول بخش جراحی کنسل شده و بیماران ترخیص شوند .  
بیمارانی که قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و قابل ترخیص اند با هماهنگی پزشک مسئول بخش جراحی و پزشک معالج ترخیص می شوند .

بخش جراحی سرپایی سریعاً با ظرفیت ۸ تخت باز شده و آماده پذیرش بیماران میشود  
بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و غیر قابل ترخیص هستند به بخش تالاسمی و اعصاب و روان منتقل می شوند .  
بخش داخلی :

بیماران داخلی با هماهنگی فرمانده عملیات با پزشک مسئول بخش داخلی که قابل ترخیص می باشند و بصورت سرپایی درمان می شوند ترخیص شوند .

بیماران غیر قابل ترخیص بخش داخلی به بخش اعصاب و روان منتقل می شوند.

بخش اعصاب و روان :

کلیه بیماران قابل ترخیص این بخش با هماهنگی فرمانده عملیات با پزشک مسئول بخش اعصاب و روان ترخیص می شوند .

بخش تالاسمی :

این بخش از پذیرش بیمار ان تالاسمی خودداری می نمایند و بیماران اورژانسی تالاسمی در بخش اطفال پوشش داده می شوند و این بخش آماده پذیرش بیماران بخشهای جراحی و داخلی میشود .

## Plan چیدمان نیروهای پرستاری

هر شیفت در جهت پوشش خدمات درمانی بیماران بستری در بخش ها :

به ازای هر ۱۰ مصدوم بستری در بخشها یک نیروی پرستار در نظر گرفته شود.

به ازای هر ۱۵ مصدوم یک نفر بهیار / کمک بهیار در نظر گرفته می شود

علاوه بر نیرو های فوق یک نفر پرستار به عنوان مسئول شیفت در هر بخش در نظر گرفته می شود

در صورتی بیمار نیاز به مراقبت ویژه داشت به دلیل نبود تخت خالی در بخش های ویژه به ازای هر ۲ بیمار یک پرستار در نظر گرفته می شود .

چیدمان نیروهای اتاق عمل

به ازای هر اتاق عمل یک نفر نیروی بیهوشی / یک نفر کمک جراح / یک نفر پرستار سیرکولار در نظر گرفته شود .

جهت اتاق ریکاوری دو نفر کاردان / کارشناس هوشبری در نظر گرفته می شود .

نکته : بدلیل کمبود نیروی بیهوشی و کاردان اتاق عمل مسئول واحد پرسنلی و مسئول واحد پرستاری باید نسبت به تهیه نیروی فوق از پرسنل باز نشسته ، پرسنل مراکز دیگر یا از نیروهای داوطلب اقدام فوری انجام دهند .

با توجه به نیروهای موجود بیهوشی اتاق عمل حداکثر تا ۲۴ ساعت توان پوشش دادن را دارند در صورت ادامه بحران سریعاً از طریق مسئول واحد پرسنلی باید سریعاً مسئول برنامه ریزی اعلام نموده تا به فرمانده حادثه اعلام می شود و از طریق ایشان به فرماندهی ICS منتقل شود .

نکته : مسئول واحد پرستاری موظف است که در صورت وجود نیرو داوطلب پرستار چیدمان نیرو را به نحوی انجام دهد که نیروهای **expert** و داوطلب در کنار هم باشند .

نکته : به ازای هر بخش یک نفر نیروی اداری به عنوان منشی جهت ثبت اسناد و مدارک توسط مسئول واحد پرسنلی در نظر گرفته می شود .

نکته : در صورت ثبت نام نیروهای داوطلب آموزش دیده و در جهت حمل و نقل ( امداد گران هلال احمر - دانشجویان فوریتهای پزشکی و پرستاری ) به ازای هر ۱۰ بیمار ۲ نفر نیرو توسط مسئول واحد پرسنلی در هر شیفت چیدمان می شود

واحد اعزام و ترخیص :

کلیه نیروهای واحد ترخیص و اسناد پزشکی ، کارشناسان بیمه ،مددکار اجتماعی توسط مسئول واحد ترخیص فراخوان می گردند .

کلیه منشی های بخش توسط مسئول منشی ها فراخوان می گردند.

در بیمارانی که باید ترخیص شوند بعد از صدور دستور ترخیص توسط پزشک پس از تکمیل پرونده توسط پرستاران، منشی بخش ها موظف می باشد سریعاً پرونده را به واحد ترخیص منتقل می نمایند.

جهت تسریع در ترخیص بیماران ، سریعاً ۲ نفر از نیروهای واحد ترخیص در ایستگاه پرستاری بخش های جراحی و داخلی مسقر شده و ترخیص بخش های داخلی و جراحی انجام می شود .

واحد ترخیص اصلی و ترخیص اورژانس موظف به ترخیص سریع بیماران اورژانس و بخش اعصاب و روان و تالاسمی می گردد .

از بیماران قابل ترخیص ، در صورت نداشتن پول با گرفتن مدارک معتبر نسبت به ترخیص آنها اقدام می نمایند .

مدد کار اجتماعی بیمارستان موظف است بیماران بی بضاعت را سریعاً تعیین تکلیف نمایند .

اعزام

هماهنگی جهت اعزام بیماران طبق دستور پزشک معالج با ستاد هدایت توسط سوپروایزر کشیک .

هماهنگی بامسئول واحد ترابری جهت اعزام برای آمبولانس مورد نیاز جهت اعزام و تعیین پرستار همراه بیمار از طریق مسئول واحد پرستاری توسط سوپروایزر کشیک

ثبت مشخصات بیماران اعزامی در فرم مخصوص اعزام بیماران توسط پرستار مسئول بیمار و پرسنل کشیک واحد ترخیص.

مسئول واحد متوفیان :

تهیه تعدادی کاور حمل جسد و ماژیک جهت ثبت مشخصات و قرار دادن در اتاقهای لنژ تمیز اورژانس و بخشهای بستری توسط مسئول واحد تدارکات.

صورت جلسه کردن و جمع آوری اموال و اشیاء قیمتی متوفیان با همکاری مسئول جمع آوری اموال مصدومان از واحد حراست و امنیت بیمارستان و تحویل به وی .

انتقال اجساد متوفیان به سردخانه توسط بیماربران و خدمات بخشهای اورژانس و بستری .

ثبت دقیق مشخصات متوفیان در فرم مربوطه توسط مسئول سردخانه .

جهت شناسایی صحیح و احراز هویت راحت متوفیان بعد از مدت زمان زیاد مسئول واحد متوفیان از چهره متوفیان عکسبرداری می نماید.

هماهنگی با سردخانه پزشکی قانونی و سردخانه غسالخانه بهشت زهرا جهت انتقال اجساد مازاد بر ظرفیت سردخانه توسط مسئول واحد متوفیان .

پیگیری انتقال اجساد مازاد با هماهنگی واحد ترابری به سردخانه مذکور توسط مسئول واحد متوفیان.

واحد خروجی بیماران

مسئول شیفت بخشهایی که باید سریعاً تخلیه شوند موظف است که ارزیابی بیماران قابل ترخیص را انجام دهد و با هماهنگی پزشک معالج جهت ترخیص بیماران اقدام نموده و ضمناً مشخصات دقیق بیماران را نیز در فرم مربوط ثبت نماید.

مسئول شیفت به کلیه پرستاران کشیک بخشها تاکید نماید که همکاری لازم را با منشی بخش جهت تکمیل سریع پرونده داشته باشید .

کلیه بیماران غیر قابل ترخیص که از قبل بستری می باشند با همراهی بیماربر بخش و نظارت مسئول شیفت و همراه با پرستار بیمار به بخش هایی که در نظر گرفته شده اند منتقل شوند .

کلیه بیماران ترخیص شده و بدون جا و مکان و بی سرپرست طبق هماهنگی مسئول شیفت بخش با واحد پشتیبانی روانی و مراقبت از بستگان به نمازخانه بیمارستان منتقل می شوند .

مسئول واحد بیماران خروجی بعنوان ناظرو سوپروایزر نظارت بر ثبت صحیح عملکرد مستند سازی و ثبت مشخصات بیماران خروجی می باشند .

## مسئول واحد پرستاری

دریافت اطلاعات لازم از میزان حجم حادثه و بررسی قابلیت های جاری بیمارستان از واحد برنامه ریزی و رئیس عملیات .

فراخوان کلیه سرپرستاران بخشها و در صورت نبوداستاف بخشها توسط مسئول واحد پرستاری.

بخشهای جراحی و داخلی که باید تخلیه شوند هر چه سریعتر تخلیه شوند و بیماران ماندگار با نظارت مسئول بخش به بخشهای اعصاب و روان و تالاسمی منتقل می شوند .

کلیه پرستاران بخشها موظفند با توجه به وسعت بحران و حجم مصدومان پذیرش شده میزان کمبود نیروی خود را به مسئول واحد پرستاری اعلام نمایند .

تهیه برنامه پرسنلی در شیفتهای مختلف توسط مسئول واحد پرستاری بطوریکه نیروها بتوانند استراحت داشته باشند ( توسط مسئول واحد پرستاری )

دریافت اسامی نیروهای پرستاری داوطلب ازمسئول واحد پرسنلی.

تهیه برنامه پرسنلی پرستاری با استفاده از نیروهای داوطلب به نحوی باشد که چیدمان نیروهای داوطلب با نیروهای با سابقه و **expert** با هم باشند .

دریافت نیروهای داوطلب هلال احمر و دانشجویان فوریتهای پزشکی ازمسئول واحد پرسنلی و تیم بندی آنها جهت گروههای نقل و انتقال بیماران .

گزارش کمبودهای نیروهای تخصصی از جمله بیهوشی توسط مسئول واحد پرستاری به مسئول برنامه ریزی جهت انتقال به فرمانده حادثه بیمارستان



## واحد پیگیری و اطلاعات بیماران

کلیه اطلاعات زیر توسط نیروی در نظر گرفته شده در واحد پیگیری و اطلاعات دریافت و ثبت می شود.

دریافت مرتب اطلاعات بیماران در مورد بیماران ورودی از واحد پذیرش و تریاژ و سرپرستار اورژانس

دریافت اطلاعات لازم از واحد خروجی بیماران ترخیص شده (مسئول واحد ترخیص)

دریافت اطلاعات از مسئول واحد متوفیان

دریافت اطلاعات از مسئول واحد ترخیص و اعزام

دریافت اطلاعات از مسئول واحد مراقبت از بستگان و مسئول واحد پشتیبانی روانی

قرار دادن ۲ نیروی اداری با روابط عمومی بالادر قسمت اطلاعات موجود در لابی بیمارستان ورودی بخشهای بستری جهت اطلاع رسانی به بستگان و ملاقات کنندگان توسط مسئول واحد ترخیص

ثبت وضعیت نهایی مصدومان با مشخصات کامل آنها و نصب در بردهای درب ورودی بیمارستان و بخشهای بستری جهت مطالعه مردم .

مدیر خدمات پاراکلینیک :

فراخوان مسئول واحدهای آزمایشگاه و رادیو لوژی - داروخانه - مسئول واحد تجهیزات قلبی و تنفسی توسط مسئول واحد پاراکلینیک

نظارت بر عملکرد و پیگیری مشکلات موجود در واحدهای ویژه و همکاری لازم نزدیک با رئیس عملیات .

## مسئول واحد آزمایشگاه

کلیه آزمایشات غیر اورژانسی بیماران طبق هماهنگی مسئول آزمایشگاه با مسئولین شیفتهای بخشها و دریافت لیست ترخیص بیماران کنسل می شوند .  
به نیروهای آزمایشگاه در هر شیفت ۳ نفر اضافه می شود ← فراخوان نیروها توسط مسئول آزمایشگاه انجام می شود .  
آزمایشات اورژانسی و اساسی شامل **RH.Crassmatch. B.G -U/A - CBC** حداکثر ظرف مدت نیم ساعت تهیه و در اختیار بخشها قرار می گیرد .  
اکثریت آزمایشات مورد نیاز در بحران در این مرکز حداکثر ظرف مدت ۴۵ دقیقه انجام خواهد شد .  
استوک کیت و محلولهای مورد نیاز آزمایشی در آزمایشگاه تا ۲۰۰ نفر بیمار قابل پوشش می باشد .  
با توجه به اینکه کیت هاو محلولها مستقیماً از انبار دارویی دریافت می شوند سریعاً از انبار دارویی توسط مسئول آزمایشگاه درخواست خواهد شد .

## بانک خون

با توجه به اینکه بانک خون بیمارستان به تعداد ۵۰ کیسه خون از گروههای مختلف دارد .

در صورت نیاز بیشتر خون ،از طریق هماهنگی مسئول بانک خون با سازمان انتقال خون توسط رانندگان سواری استیجاری همراه کلمن از طریق سازمان انتقال خون تهیه می شود

در صورت نبود گروه خون ، خاصی در سازمان انتقال خون طبق هماهنگی با بانک خون بیمارستان غرضی سریع تهیه می شود .

## واحد رادیولوژی

لغو کلیه گرافیهای سرپایی تا زمان نرمال شدن اوضاع .

انجام گرافیهای حیاتی و ضروری مثل **Brain- Cervical - Chest - Pelvic** و ستون فقرات - انجام سایر گرافیها در زمان نرمال شدن وضعیت

با توجه که ذخیره کلیشه گرافی و **CT** در حد ۴۰ بیمار می باشد و در صورت نیاز بیشتر سریعاً باید کلیشه های مورد نیاز سریعاً از انبار دارویی توسط مسئول رادیولوژی و از انبار دارویی توسط خدمات بخش دریافت می گردد .

با توجه با اینکه یک دستگاه رادیولوژی پرتابل در بخش **ICU** می باشد سریعاً دستگاہ به بخش های جراحی و داخلی منتقل می شوند و سریعاً یک نفر نیروی رادیولوژی جهت گرفتن عکس از مصدومان بستری فعال می شود . که این نیروها توسط مسئول رادیولوژی تعیین می گردد .

یک دستگاه سونو گرافی در بخش اورژانس موجود می باشد . و یک دستگاه دیگر اضافی از رادیولوژی به بخشهای داخلی و جراحی منتقل می شود . تا متخصصین بتوانند سریعتر سونو گرافی ها را انجام دهند .

علاوه بر پرسنل کشیک رادیولوژی ۲ پرسنل دیگر نیز در شیفت اضافه می شود که این عمل فراخوان و برنامه ریزی توسط مسئول رادیولوژی انجام می شود .

## واحد دارو خانه

مسئول داروخانه توسط مدیر خدمات پاراکلینیک فرا خوانده می شود .

مسئول فنی داروخانه توسط مسئول داروخانه فراخوان می شود .

مسئول فنی داروخانه با هماهنگی مسئول بخش عملیات و باگرفتن آمار مصدومین از واحد پذیرش موجودی انبار رابرسی می نماید. با توجه به اینکه داروخانه شبانه روزی تا ۱۵۰ مصدوم را جوابگوی باشد . کلیه داروها و تجهیزات مورد نیاز اورژانسی در بخشها طبق درخواست سرپرستاران بخشها توسط مسئول داروخانه تهیه و در اختیار آنها قرار می گیرد در صورتیکه حجم مصدوم بیشتر باشد . سریعاً مسئول انبار دارویی توسط مدیر خدمات پاراکلینیک فرا خوانده می شوند .

طبق درخواست داروخانه شبانه روزی اقلام مورد نیاز توسط مسئول داروخانه از انبار دارویی منتقل می شوند در صورت کمبود دارو و تجهیزات با توجه به اینکه این مرکز طرف قرارداد با شرکت های دارویی می باشد . از طریق نماینده شرکت طرف قرارداد اقلام مورد نیاز سریعاً به صورت اورژانسی از شرکت های مربوطه تهیه می شود .

## واحد مراقبتهای ویژه

مسئولین بخشهای ویژه ( سرپرستاران ) **ICU - CCU** توسط مسئول واحد پرستاری فراخوان می شوند .

با توجه به اینکه بخش **ICU** دوازده تخته می باشد . سریعاً طبق تماس سرپرستار **ICU** با متخصص بیهوشی مقیمی یا آنکال در صورت امکان تخت های **ICU** خالی شوند .

با توجه به اینکه تجهیزات مورد نیاز برای راه اندازی و زدن یک تخت اکسترا در **ICU** وجود دارد سریعاً یک تخت اکسترا توسط سرپرستار بخش آماده می شود .

سرپرستار **CCU1** با متخصص قلب مسئول بخش تماس می گیرد و در صورت امکان بیماران قابل انتقال به **CCU2** منتقل می نمایند و بیماران قابل ترخیص از **CCU2** را ترخیص می نمایند .

سریعاً تختهایی را که خالی می شوند توسط سرپرستار بخش آماده پذیرش بیماران بد حال و نیازمند به مراقبت ویژه می نمایند.

علاوه بر نیروهای موجود در **CCU** یک نیرو نیز به پرسنل اضافه می شود که این برنامه ریزی توسط مسئول واحد پرستاری انجام می شود .

## مسئول واحد زنان و زایمان

سرپرستار بخش زایشگاه توسط مسئول واحد پرستاری فرا خوانده می شود .

بیماران قابل انتقال به بخش زنان سریعاً به بخش منتقل می شوند.

بیماران بخش زنان که قابل ترخیص می باشند توسط متخصص زنان و زایمان مسئول واحد زنان و زایمان با هماهنگی با پزشکان معالج ترخیص می شوند .

یک نفر نیروی کارشناس مامایی در برنامه صبح و عصر و شب بخش اورژانس توسط مسئول واحد پرستاری گذاشته می شود تا جهت مراقبت اورژانسی لازم از بیماران باردار و بیماران با مشکلات زنان و زایمان را انجام می دهد .

یک نفر نیروی مامایی به کلیه شیفتهای زایشگاه توسط سرپرستار بخش زایشگاه در برنامه اضافه خواهد می شود .

مسئول بخش اطفال دکتر باستانی متخصص اطفال می باشد .

ابتدا سر پرستار بخش اطفال توسط مسئول واحد پرستاری فراخوانده می شود .

بیماران قابل ترخیص بخش اطفال توسط پزشک متخصص مسئول بخش اطفال و با هماهنگی پزشک معالج ترخیص می شوند . تا در صورت نیاز بیماران اطفال از بخش اورژانس به این بخش منتقل شوند. یک پرسنل پرستار به کلیه شیفتهای بخش اطفال توسط سرپرستار بخش اطفال اضافه می شود

## مسئول واحد پرسنلی

دریافت ۵۰ عدد جلیقه جهت داوطلبان هلال احمر از سازمان امداد و نجات که با هماهنگی واحد پشتیبانی توسط واحد تدارکات تحویل می گردد .

تهیه فرم ثبت مشخصات افراد داوطلب و نام نویسی توسط مسئول کارگزینی

هماهنگی با واحد حراست جهت تایید و دریافت اعتبار نامه پرسنل داوطلب

ارتباط با مسئول واحد پرستاری و مسئول بخش پشتیبانی پرسنل جهت دریافت آمار پرسنل آسیب دیده و فوت شده . و هماهنگی با رئیس بخش برنامه ریزی جهت جایگزینی آنها از بین افراد داوطلب و مورد تائید .

تهیه فهرستی از کلیه نیروهای در دسترس به تفکیک پزشکان ، پرستاران، بهیاران ، پرسنل اداری و ... در صورت نیاز تماس با سازمان نظام پزشکی سازمان و نظام پرستاری جهت دریافت لیست پرسنل عضو و مشخصات آنها

جمع آوری کلیه اوراق ماموریت و ثبت و تائید آنها و ارسال به امور مالی توسط مسئول کارگزینی

برقراری یک خط تلفن آزاد جهت ارتباط با نیروها و افراد داوطلب توسط یک نفر از پرسنل واحد کارگزینی در صورت نیاز .

تهیه لیست پرسنل حاضر در هر شیفت توسط سوپروایزر بالینی و ارائه آن به واحد پشتیبانی و تغذیه جهت تدارک و تهیه اغذیه پرسنل .

## لیست مکان های خطر آفرین بیمارستان برای آتش سوزی

شناسای مکان های خطر آفرین و مستعد آتش سوزی

سازمان N.F.P.A مکان ها را از نظر پتانسیل خطر آتش سوزی و استانداردهای خاموش کننده ها به سه دسته کم خطر (LOW) ، با خطر متوسط (Moderate) و پر خطر (High) به شرح ذیل تقسیم نموده است .

۱- خطر کم LOW:

مکان با خطر کم ، مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش سوزی کوچکی پیش بینی خواهد شد . مکان های اداری ، اتاق های درس مدارس ، کلیسا ها ، سالن مونتاژ و نظایر آن در گروه مکانهای کم خطر قرار دارد .

۲ - خطر متوسط یا معمولی Moderate:

مکان با خطر متوسط مکانی است که میزان مواد قابل احتراق در محل بطور متوسط باشد و در نتیجه آتش سوزی در حد متوسط قابل پیش بینی است . پارکینگ ، محل های نمایش، انبار های تجاری و نمایشگاه اتومبیل و نظایر آن در گروه مکان های خطر متوسط قرار دارند .

۳- خطر زیاد یا مکان پر خطر High:

در این مکان ها میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتا زیاد است و در نتیجه آتش سوزی قابل توجهی پیش بینی می شود . مکان های پر خطر از جهت استانداردهای مربوط به خاموش کننده های بیشتر شامل ک مکانهایی است که با مواد سلولزی و چوب سرو کار دارند .

## لیست تجهیزات اتاق EOC

ردیف	اقلام
	ویدئو پروژکتور و پرده الکترونیکی
	تلفن ماهواره ای ثریا
	فاکس ۱ عدد
	5 Giga boyt اینترنت با پهنای باند
	کامپیوتر
	میز ۳ عدد
	صندلی ۴ عدد
	جلیقه ۴۰ عدد
	اتیکت ۴۰ عدد
	آمپلی فایر ۱ عدد

## لیست مکان های خطر آفرین بیمارستان برای آتش سوزی

نام مکان	میزان خطر	دلیل انتخاب	تمهیدات اختصاصی برای پیشگیری	کنترل آتش سوزی
موتور خانه	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	حرارت تجهیزات و مواد سوختی ذخیره	مجهز به سنسور کشف دود و حرارت ( ترکیبی)	۱ کپسول پودر و گاز-۱ کپسول کوچک CO2
بایگانی پرنده ها	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	دانسیته بالا مواد ( حجم بالای کاغذ )	نصب سنسور کشف دود مرکزی	۱ کپسول پودر و گاز
آزمایشگاه	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	بدلیل تجهیزات برقی با ارزش و محلولهای شیمیایی	مجهز به سنسور کشف دود و حرارت ( ترکیبی)	۱ کپسول پودر و گاز-۱ کپسول CO2
راد یولوژی	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	بدلیل تجهیزات برقی با ارزش	مجهز به سنسور کشف دود و حرارت ( ترکیبی)	۱ کپسول پودر و گاز-۱ کپسول CO2
انبار	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	دانسیته بالا مواد ( حجم بالای مواد کاغذی پلاستیکی و ...)	نصب سنسور کشف دود مرکزی	۱ کپسول پودر و گاز
محل نگهداری کپسولهای اکسیژن	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	کپسول های طبی قابل اشتعال	در فضای خارج از ساختمان در محوطه بیمارستان	۱ کپسول پودر و گاز در واحد تاسیسات
واحد های درمانی مثل اتاق عمل	خطر زیاد ( مکان پر خطر High)	کپسولهای طبی قابل اشتعال - تجهیزات الکتریکی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مجهز به سنسور کشف دود و حرارت ( ترکیبی)</li> <li>- آموزش پرسنل خدمات در زمینه نحوه حمل و نقل</li> <li>- آموزش پرسنل خدمات در زمینه رعایت نکات پیشگیری هنگام وصل مانومتر</li> </ul>	۱ کپسول پودر و گاز - وجود جعبه های فایر باکس در راهروی های بخشهای مربوطه
کتابخانه	خطر متوسط ( معمولی Moderate)	به دلیل وجود حجم بالای چوب و کاغذ	۱ کپسول پودر و گاز	۱ کپسول پودر و گاز
واحد های اداری	خطر کم LOW	تجهیزات برقی - حجم کاغذ ها و ...	به دلیل جابجایی به مکانی جدید در حال حاضر سنسور کشف حریق ندارد .	۱ کپسول پودر و گاز-۱ کپسول CO2