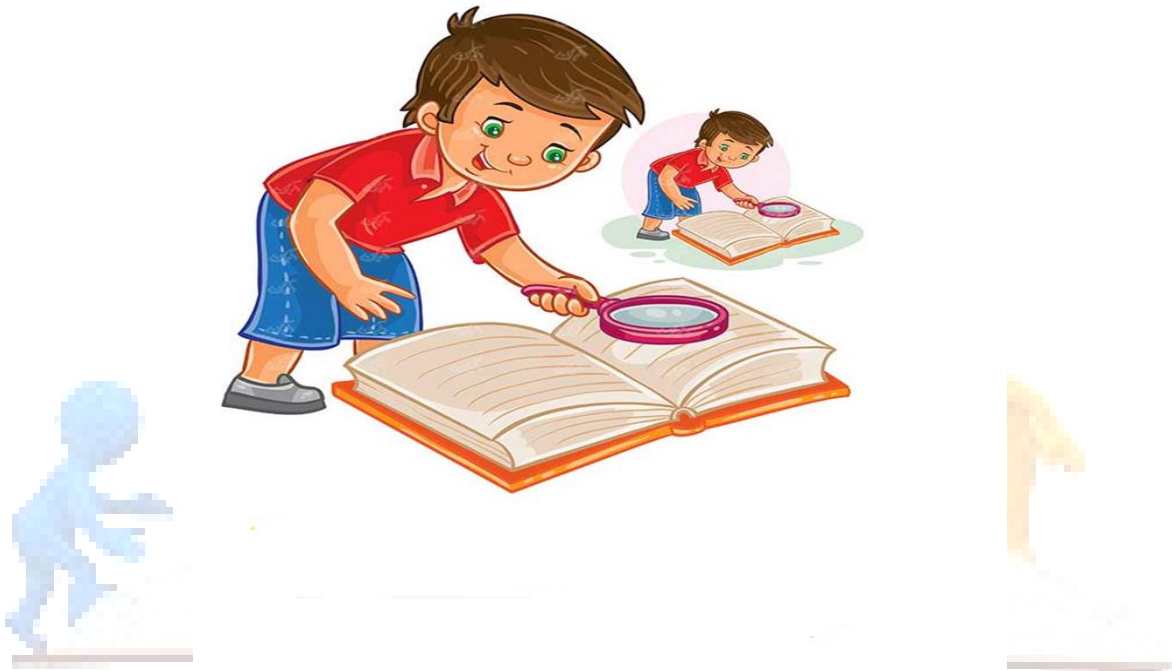


## به نام ایزد بی همتا

### درس آموخته های پیشگیری از وقوع خطا



#### سناریو سقوط

#### سناریو 1

طبق گزارش همکاران محترم بخش X در شیفت شب مورخ 1400/12/24 بیمار 4ساله که به مسمومیت با قرص B2 در بخش A بستری شده است. علی رغم آموزش های مکرر ایمنی بیمار، به همراه بیمار، کودک 1ساعت در حال بالا بودن بدساید از نرده ها بالا رفته و جهت خروج از تخت و برداشتن خوراکی خود را به پایین انداخته است. همراه نیز کنار کودک نبوده و نظارتی نداشته است ( همراه بیمار مرتب در حال مکالمه با تلفن همراه بوده است). و پشت سر بیمار دچار شکستگی و خونریزی شده

است. پس از اطلاع پرسنل پرستاری از سقوط کودک و اطلاع رسانی به سوپروایزر وقت، کودک تحت بررسی و معاینه توسط رزیدنت کشیک انجام می شود تا در شرایط نیاز، اقدامات خاص نظیر انجام **CT.Scan** و انجام مشاوره نروسرجری صورت پذیرد. پس از بررسی وضعیت کودک با عطف به این مورد که جراحی واضح بر روی ناحیه سر بیمار وجود داشت و علائمی نظیر تهوع و استفراغ مشاهده نشد، درخواست انجام سی تی اسکن توسط دستیار اطفال داده نشده است ولی به صورت مستمر توسط پرستار و دستیار اطفال از نظر هوشیاری و علائم همودینامیک پایش گردید. 3 روز بعد بیمار با شرایط نرمال از بیمارستان مرخص گردید.

### تعیین علل ریشه ای:

1. عدم باور والدین از خطرات سقوط

2. عدم رعایت آموزش در بالا بودن نرده تخت توسط پرستاران در هرشیفت

3. کمبود آگاهی از اصول استاندارد مراقبت پرستاری توسط پرستاران

4. عدم توجه به معیار هامپتی دامپتی

5. وجود یک همراه با عدم شایستگی مناسب برای مراقبت از بیمار

6. عدم توجه پرستار برای ایجاد راهکار مناسب پیشگیری از سقوط با توجه به نداشتن همراه مناسب

7- عدم بالا آمدن کامل نرده های کنار تخت

### **سناریو 2**

طبق گزارش همکاران محترم بخش ۷ در ساعت 6 صبح مورخ 1400/07/27 نوزاد 28 روزه پره مچور که به دنبال ابتلا به کووید 19 در بخش بستری بوده است علازم آموزشهای مکرر پرستاران، در مورد خارج نکردن شیرخوار از انکوباتور و قرار ندادن او در تخت همراه به خصوص در زمان شیر دهی و خوابیدن مادر، پس از خارج شدن پرستار از اتاق بیمار که در ساعت 6 صبح جهت کنترل علائم حیاتی بر بالین بیمار حضور داشته است مادر بیمار نوزاد را از انکوباتور خارج و در کنار خود در تخت همراه خوابانده و اقدام به شیردهی کرده است که پس از خوابیدن مادر به دنبال خستگی و بیماری متوجه نشده است و شیرخوار را هل داده و بیمار از تخت سقوط کرده است. پس از اطلاع پرسنل پرستاری از سقوط نوزاد و اطلاع رسانی به سوپروایزر وقت، کودک تحت بررسی و معاینه توسط رزیدنت کشیک قرار می گیرد تا در صورت نیاز، اقدامات خاص نظیر انجام **CT.Scan** و انجام مشاوره نروسرجری صورت پذیرد پس از بررسی وضعیت نوزاد با عطف به این مورد که جراحی واضح بر روی بدن بیمار مشاهده نشد و علائمی نظیر استفراغ و کاهش سطح هوشیاری وجود نداشت، ولی جهت اطمینان از عدم وجود خونریزی مغزی توسط پزشک معالج دستور انجام سونوگرافی مغز داده می شود که سونوگرافی بلافاصله انجام شده و مشکلی گزارش نشده است. بیمار به صورت مداوم از نظر هوشیاری و علائم همودینامیک توسط پرستار پایش گردید و با شرایط طبیعی مرخص شد.

## تعیین علل ریشه ای:

1. استرس حاکم بر مادر از ابتلای فرزند به کرونا
2. عدم باور والدین از خطرات سقوط
3. عدم رعایت آموزش قرار ندادن بیمار روی تخت همراه
4. کمبود آگاهی از اصول استاندارد مراقبت پرستاری توسط پرستاران
5. عدم تعیین معیار سقوط هامپتی دامپتی در هر شیفت جهت انجام فرایند پرستاری صحیح
6. عدم آموزش به همراهان در مورد خطرات و عوارض احتمالی سقوط
- 7- خستگی مادر از بیماری و شرایط بیمارستان با توجه به نداشتن استراحت مناسب

## **سناریو 3**

بیمار پسر 2 ساله جهت عمل جراحی ترمیم فتق نافی به صورت الکتیو در بخش Z پذیرش می گردد پس از انجام عمل جراحی از اتاق عمل تحویل بخش داده میشود. در شیفت عصر همراه بیمار، بیمار را در پوزیشن نشسته قرار می دهد و جهت آوردن مایعات بیمار را رها می کند ، بیمار دچار بی قراری می شود و از کنار نرده های تخت سقوط می کند ( به علت استفاده از تخت بزرگسال) و دچار آسیب دیدگی از ناحیه بینی و مچ دست راست می شود که اقدامات درمانی و مشاوره ENT برای بیمار انجام می پذیرد. آتل دست راست انجام شده و توصیه به مراجعه سرپایی یک هفته بعد انجام و بیمار ترخیص می گردد.

## تعیین علل ریشه ای:

- نداشتن نظارت مستمر از بیمار
- اثر بخش نبودن آموزش های ارائه شده به بیمار
- عدم برقراری تعامل مناسب بین بیمار و کادر درمان -
- نداشتن ارتباط مناسب بین کادر درمان و بیمار

## **سناریو 4**

مادر 32 ساله ای که با سابقه 3 بار سقط، جهت درمان ایکنتر نوزاد دو روزه خود در بیمارستان A و بخش نوزادان پذیرش می شود. نوزاد حاصل IVF که نارس (34 هفته) به دنیا آمده است، در طول شیفت نوزاد استفرغ های مکرر داشته که طبق دستور متخصص اطفال دستور NGT داده شده و محتویات معده نوزاد خارج شده است. همچنین

احتمال دهیدراسیون در ارتباط با این نوزاد مطرح بوده که اقدامات درمانی لازم برای وی انجام شده است. ساعت 6 صبح نوزاد از آغوش مادر به علت خواب آلودگی مادر سقوط می کند. ساعت 7:30 صبح دستور تلفنی پزشک معالج بیمار مبنی بر CT scan اورژانسی داده می شود و نوزاد جهت اجرای دستور به بیمارستان B منتقل می شود. به دلیل ممانعت مادر و عدم رضایت بر انجام CT scan مجدداً نوزاد به بیمارستان A برگردانده می شود. ساعت 9 صبح متخصص اطفال جهت ویزیت مراجعه می کند و مجدداً دستور CT scan اورژانسی داده می شود. ساعت 11 نوزاد بعد از انجام CT scan به بخش نوزادان بازگردانده می شود. بعد از ویزیت پزشک مربوطه، خونریزی ساب هومورال تایید می شود و دستور انتقال نوزاد به بخش NICU بیمارستان A داده می شود و نوزاد به آن بخش منتقل می شود. پس از طی زمان درمان نوزاد با حال عمومی خوب بعد از یک هفته از بیمارستان ترخیص می شود.

### تعیین علل ریشه ای:

1- با توجه به تمامی موارد مندرج در پرونده در خصوص شرح حال مادر و نوزاد (شامل: سابقه سه بار سقط، نوزاد حاصل IVF، تولد در 34 هفتگی، سن نسبتاً پایین مادر و ...) امکان ایجاد اضطراب بالا برای مادر وجود داشته است که باید مورد توجه قرار می گرفت. (در بخش مذکور در این خصوص نوزاد به عنوان golden baby در نظر گرفته شده و اجازه حضور مادر بزرگ به عنوان همراه دوم داده شده است و اینکه مادران از ساعت 2 تا 6 بعد از ظهر اجازه خروج از بخش و مراجعه به منزل داده شده است.)

2- با توجه به اینکه نوزاد 2 روزه بوده است لذا مادر ممکن بوده توان نگهداری از وی را به دلایلی از جمله اینکه خود، 2 روز پیش عمل جراحی سنگین سزارین را انجام داده و نیاز به مراقبت دارد را نداشته است (از لحاظ جسمانی و روانی)

3- عدم ویزیت بیمار توسط مددکار اجتماعی بیمارستان.

4- با توجه به اینکه سه روز از بستری نوزاد در بخش می گذشته که این اتفاق روی داده است باید مادر مضطرب دیده می شده است که حتی خود می تواند عامل خطری برای نوزاد باشد..

5- ارزیابی اولیه نوزاد نباید توسط بهیار انجام می شده است.

6- جهت پروسیجرهای اورژانسی نیازی به اخذ رضایت وجود ندارد.

7- بلافاصله بعد از اینکه مادر از انجام سی تی ممانعت کرد باید موضوع به پزشک اطلاع داده می شد و تا ساعت 9 صبح که پزشک جهت ویزیت مراجعه می کند، تاخیر درمان صورت نمی گرفت

**هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار**

## سناریو 1

نوزاد دختر 7 ماهه در بخش NICU بستری بوده و به علت داشتن ماسک ncpap نوزادی به مدت سه روز، در ناحیه پل بینی به دلیل فشار ماسک، علی رغم اقدامات پیشگیرانه، دچار زخم شده است. نوع ماسک نوزاد تغییر داده شده و بانسمان کامفیل انجام وزخم رو به بهبودی است.

### تعیین علل ریشه ای:

ضعف در جلوگیری از بروز زخمهای فشاری با وسایل درمانی

ضعف در تهیه وسایل استاندارد و ایمن

ضعف در نظارت مستمر و تغییر متناوب پوزیشن نوزاد

ضعف در نظارت بر ماسک جهت جلوگیری از فشار به صورت بیمار

## سناریو 2

طبق گزارش همکاران محترم درمانگاه 7 جهت بیمار 8 ماهه مورد شناخته شده تالاسمی ماژور، جهت انفوزیون خون در ساعت 10 صبح با آنژیوکت آبی راه وریدی از روی دست چپ برقرار شده و نمونه خون از آن جهت انجام آزمایشات گرفته شده است و سپس جهت اطمینان از درستی راه وریدی 5 سی سی آب مقطر تزریق شده که تورمی ایجاد نشده است و بیمار عکس العملی مبنی بر داشتن درد نشان نداده است. سپس برای تنظیم حجم دریافتی خون، ست تزریق به دستگاه پمپ انفوزیون وصل گردیده و با سرعت مناسب در جریان قرار گرفته است. هیچ آلارمی مبنی بر وجود انسداد در ورید بیمار نشان داده نشد و هر 15 دقیقه یکبار بالای رگ از نظر تورم و فلجیت بررسی شده است و مورد مشکوکی وجود نداشته است با تمام این توجهات پس از دریافت حجم درخواستی و اتمام خون موقع باز شدن آتل از دست نشت خون در زیر جلد در ساعد و بالای محل رگ گیری بصورت تورم دیده شد، کمپرس سرد بطور غیر مستقیم گذاشته و دست الویت شد، بیمار توسط پزشک ویزیت شد، حرکت انگشتان و دست و دمای پوست در دست آسیب دیده کاملاً طبیعی بود، بیمار طبق دستور پزشک معالج مرخص شد و توصیه شد که کمپرس سرد و الویشن اندام متورم رعایت شود. در پیگیری انجام شده بیمار مورد خاصی در اندام متورم پیدا نکرده بود

### تعیین علل ریشه ای:

1. شلوغی بخش و کمبود نیروی پرستار

2. عدم توجه مادر به استفاده از لباس مناسب و علائم نشت خون و تورم دست بیمار

3. استفاده از پمپ سرم جهت تزریق خون، که مایعات و دارو را با فشار وارد رگ کرده و احتمال آسیب به عروق وجود دارد.

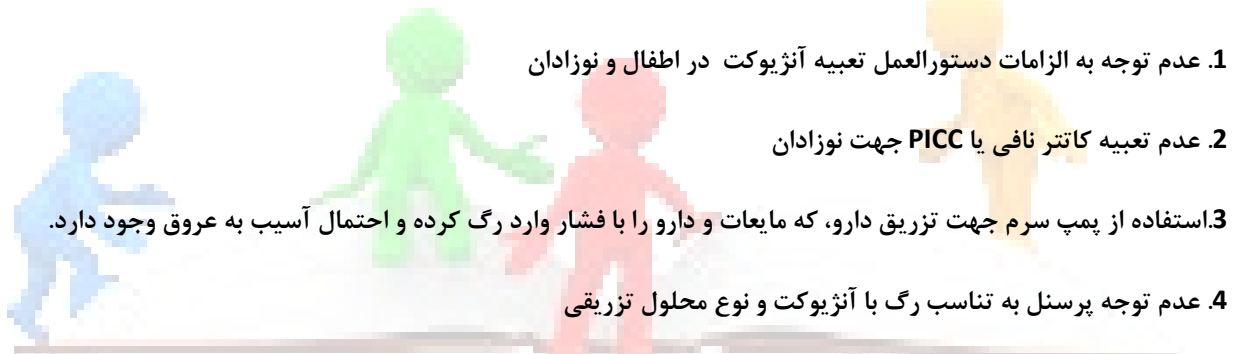
4. عدم توجه پرسنل به تناسب رگ با آنژیوکت و نوع محلول تزریقی

5. عدم کنترل سلامت رگ بیمار قبل از شروع تزریق طبق گایدلاین هموویژولانس

### سناریو 3

طبق گزارش همکاران محترم بیمار، نوزاد 18 روزه پره مجور بوده است که در تاریخ 10/8 به بیمارستان X منتقل شده و رگ محیطی قبلی نوزاد در ساعت 13 مورخ 10/10 به علت تخریب، خارج شده و رگ محیطی جدید در محل قوزک داخلی پای راست با آنژیوکت زرد رنگ فیکس میگردد. سرم قندی 10٪ به همراه آمینوفیوژن از محل رگ محیطی جدید در حال انفوزیون بوده که ساعت 16:40 پرستار مربوطه متوجه فلبیت وادم در محل رگ می شود. بلافاصله انفوزیون قطع شده و آنژیوکت خارج میگردد محل اکستراواژیشن به رویت پزشک مقیم می رسد و طبق پروتکل، هیالورونیداز در محل ضایعه تزریق میگردد و اقدامات حمایتی طبق دستور پزشک انجام شده و به سوپروایزر وقت اطلاع داده می شود. خوشبختانه فلبیت و نکروز محل به سرعت رو به بهبود رفته و تا 48 ساعت پس از رویداد حادثه، پوست کاملاً سالم و بدون ادم و التهاب شده است

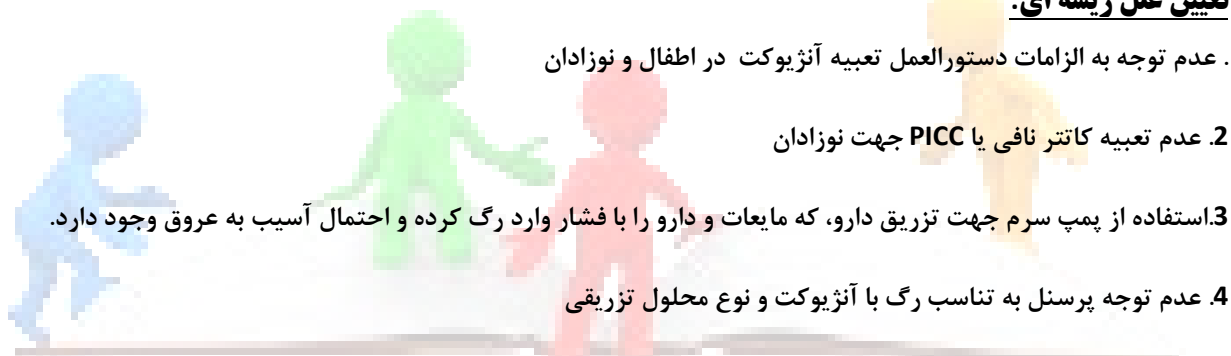
### تعیین علل ریشه ای:

- 
1. عدم توجه به الزامات دستورالعمل تعبیه آنژیوکت در اطفال و نوزادان
  2. عدم تعبیه کاتتر نافی یا PICC جهت نوزادان
  3. استفاده از پمپ سرم جهت تزریق دارو، که مایعات و دارو را با فشار وارد رگ کرده و احتمال آسیب به عروق وجود دارد.
  4. عدم توجه پرسنل به تناسب رگ با آنژیوکت و نوع محلول تزریقی
  5. عدم کنترل سلامت رگ بیمار قبل از شروع تزریق دارو و سرم
  6. شکننده و آسیب پذیر بودن عروق در نوزاد پره مجور
  7. عدم نظارت دقیق مسئول شیفت بر عملکرد پرسنل
  8. عدم توجه به گاید لاینهای پرستاری
  9. عدم نظارت و اطلاع رسانی مناسب سرپرستار بر اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی
  10. عدم توجه به اصول تزریقات ایمن

### سناریو 4

نوزادی با تشخیص ناله بستری می شود. نوزاد دارای رگ مناسبی نبوده است، بنابراین برای نوزاد کتتر نافی گذارده می شود. به دلیل افت کلسیم پزشک برای نوزاد آمپول کلسیم تجویز میکند پرستار نوزاد برای جلوگیری از بروز مشکل احتمالی به دنبال تزریق آمپول کلسیم از طریق کتتر نافی، در قسمت داخلی زانو مسیر IV line برقرار می کند تزریق آمپول کلسیم به نوزاد برای بار اول بدون مشکل انجام میشود. تزریق نوبت دوم آمپول کلسیم بدون کنترل صحت عملکرد مسیر IV line انجام می شود نوزاد در شیفت شب ساعت 3/45 دقیقه به پرستار دوم تحویل داده می شود ولی تحویل و تحول به طور کامل در بالین بیمار انجام نمی شود در ساعت 4 پرستار نوزاد جهت تعویض deaper نوزاد بر بالین او حاضر می شود و متوجه کمی تورم در پای نوزاد میشود ولی پس از بررسی مسیر رگ و نرمی پا و اینکه حداقل یک رگ تا 24 ساعت سالم است به خراب بودن رگ مشکوک نمیشود. پرستار مسئول نوزاد در ساعت 7:20 بر بالین نوزاد حاضر می شود ولی مجدداً در تحویل تحول به دلیل آرام بودن نوزاد و آلارم نداشتن پمپ انفوزیون مسیر IV line را بررسی نمیکند در ساعت 7:45 در زمان تحویل و تحول شیفت شب به شیفت صبح متوجه تورم در پای نوزاد می شوند و پس از باز کردن چسب از روی برانول متوجه نکرده می شوند. محل IV line به قطر 1 سانتی متر می شوند.

### تعیین علل ریشه ای:

- 
1. عدم توجه به الزامات دستورالعمل تعبیه آنژیوکت در اطفال و نوزادان
  2. عدم تعبیه کاتتر نافی یا PICC جهت نوزادان
  3. استفاده از پمپ سرم جهت تزریق دارو، که مایعات و دارو را با فشار وارد رگ کرده و احتمال آسیب به عروق وجود دارد.
  4. عدم توجه پرسنل به تناسب رگ با آنژیوکت و نوع محلول تزریقی
  5. عدم کنترل سلامت رگ بیمار قبل از شروع تزریق دارو و سرم
  6. شکننده و آسیب پذیر بودن عروق در نوزاد پره مچور
  7. عدم نظارت دقیق مسئول شیفت بر عملکرد پرسنل
  8. عدم توجه به گاید لاینهای پرستاری
  9. عدم نظارت و اطلاع رسانی مناسب سرپرستار بر اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی
  10. عدم توجه به اصول تزریقات ایمن

**موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی**

**سناریو 1**

بیمار پسر 5 ماهه مورخ 11/1 ساعت 23:47 دقیقه با احتمال ترومای به بیضه چپ با بی قراری به اورژانس مراجعه می کند به گفته مادر عصر در آغوش خواهر به طور ناگهانی شروع به گریه و بی قراری کرده و در هنگام تعویض پوشک منوجه سفتی و کمی سیانوز در بیضه شده که به این مرکز مراجعه کرده است بیمار حدود 30 دقیقه بامداد جهت انجام سونوگرافی بیضه و اسکر توم توسط سونولوژیست به مرکز مربوطه ارجاع شده است که در گزارش سونوگرافی کاملا تورشن بیضه رد و احتمال اپی دیدیمیت مطرح شده است بیمار به مرکز عودت داده شده و درخواست مشاوره ارولوژی شده است که طی مکالمه تلفنی رزیدنت اطفال در ساعت 1:20 بامداد مورخ 1/12 با ارولوژیست آنکال آن زمان و بعد از شنیدن گزارش سونوگرافی ایشان فرموده اند که با توجه به رد تورشن بیضه در سونوگرافی انجام مشاوره اندیکاسیون ندارد و درمان آنتی بیوتیک کفایت می کند بیمار am3 به بخش منتقل شده است و در معاینات بیضه چپ اریتماتو، بدون گرمی و تندر نس بوده و در لمس شیرخوار بی قرار نبوده و تحت درمان با سفتریاکسون قرار گرفته است مورخ 1/13 ساعت 15:35 دستیار اطفال متوجه تورم بیشتر بیضه شده و درخواست سونوگرافی اورژانس شده ، و بیمار به همراه پرستار جهت انجام سونوگرافی توسط سونولوژیست در ساعت 16 به مرکز مربوطه ارجاع شده است .در سونوگرافی انجام شده به تورشن در بیضه چپ اشاره شده است . سپس جهت انجام مشاوره چندین بار با ارولوژیست آنکال تماس گرفته شده که در نهایت پاسخ داده و بیمار جهت انجام مشاوره به همراه پرستار ساعت 18:30 به مرکز مربوطه ارجاع شده است و با توجه به شرایط بیمار در آن مرکز بستری و تحت جراحی اورکیدکتومی قرار گرفته است.

### تعیین علل ریشه ای:

1. عدم تشخیص پزشکی مناسب توسط سونولوژیست
2. عدم حضور پزشک ارولوژیست بر بالین بیمار جهت مشاوره اورژانسی
3. عدم تمرکز سونولوژیست به علت حجم کار زیاد و پوشش 3 بیمارستان در زمان آنکالی
4. مرخصی اساتید به صورت همزمان
- 5- وابستگی تشخیص های پزشکی دستیاران به اقدامات پاراکلینیک جهت تشخیص بیمار

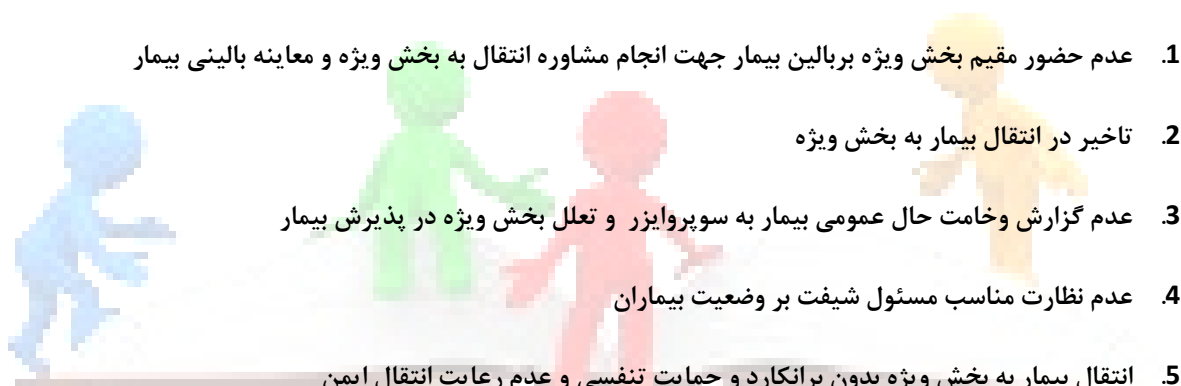
### سناریو 2

بیمار دختر 15 ساله مورد شناخته شده EB که مورخ 10/23 ساعت 19:52 به دنبال ضعف و بی حالی ، احتقان بینی، سرفه پروداکتیو ، بدون تب به اورژانس مراجعه و بستری شده است( خانواده بیمار نیز حدود یک هفته علائم سرماخوردگی داشته اند.) در ابتدای بستری با توجه به HB:4.2 برای بیمار P.C درد نوبت درخواست شده است که نوبت اول از ساعت 22 تا 2 بامداد تزریق و نوبت دوم از ساعت 6:45 شروع به تزریق شده است .در سیر بستری O2SAT بیمار 93 تا 95% بوده ( پالس اکسی متری با توجه به پانسمان انگشتان از لاله گوش انجام شده است) علائم حیاتی مرتب توسط پرستاران پایش شده است ولی با توجه به زخم های روی بدن بیمار ، پدربیمار اجازه گرفتن فشار خون را نداده اند همچنین به تدریج دیورز بیمار کمتر شده است به طوری که طبق اظهارات مادر از 8 صبح روز بستری تا شب فقط یک بار دیورز داشته است ولی والدین اجازه سونوگرافی نیز نداده اند . ابتدای ورود برای بیمار درخواست گرافی ریه در صورت stable بودن شده است که علی رغم تأکید سوپروایزر وقت جهت



گرفتن گرافی پرتابل بر بالین بیمار، پزشک و پرستار بخش توجه نکرده و گرافی بیمار در ساعت 6 صبح انجام می شود در گرافی ریه درگیری ریوی به نفع پنومونی دو طرف ریه مشهود می باشد و افیوژن در سمت راست وجود داشته است پس از رویت گرافی توسط دستیار کودکان، وضعیت بیمار تلفنی در ساعت 7:15 به اطلاع آنکال قلب رسانیده می شود و ایشان دستور انتقال بیمار به PICU و انفوزیون اپی نفرین را می دهند. مورد فوق به اطلاع مقیم PICU رسانده می شود و مشاوره جهت انتقال به PICU برای ایشان درخواست می شود ولی مقیم ICU شفاهی می فرمایند بیمار به ICU منتقل شود و بر بالین بیمار حاضر نمی شوند. جهت انتقال بیمار به PICU با همکاران حاضر در شیفت آن بخش تماس گرفته می شود. علیرغم وجود ی عدد تخت خالی در بخش ویژه، پرستار بخش ویژه، بیان می کند که تخت ایزوله ندارد و باید بیماران را جهت تخلیه تخت ایزوله جابجا نماید و باید اتاق ایزوله برای این بیمار آماده شود بیمار حدود ساعت 9:30 توسط ویلچر مخصوص به خودش، بدون حمایت تنفسی در حالی که برادی پنه بوده است وبا توجه به بدحالی به PICU منتقل می شود که در PICU در همان بدو ورود متوجه ایست قلبی بیمار شده که بلافاصله CPR بیمار شروع می شود بیمار اینتوبه شده، ماساژ قلبی و تزریق اپی نفرین در ICU انجام و CPR حدود 45 دقیقه ادامه داشته که موفق نبوده و بیمار فوت می کند.

### تعیین علل ریشه ای:

- 
1. عدم حضور مقیم بخش ویژه بر بالین بیمار جهت انجام مشاوره انتقال به بخش ویژه و معاینه بالینی بیمار
  2. تاخیر در انتقال بیمار به بخش ویژه
  3. عدم گزارش وخامت حال عمومی بیمار به سوپروایزر و تعلل بخش ویژه در پذیرش بیمار
  4. عدم نظارت مناسب مسئول شیفت بر وضعیت بیماران
  5. انتقال بیمار به بخش ویژه بدون برانکارد و حمایت تنفسی و عدم رعایت انتقال ایمن
  6. عدم ثبت صحیح مستندات در پرونده بیمار توسط دستیار اطفال و پرستار مسئول بیمار
  7. عدم رعایت تکنیک SBAR توسط دستیار اطفال
  8. عدم حضور آنکال قلب بر بالین بیمار جهت انجام مشاوره اورژانسی
  9. عدم پایش مناسب و مستمر حال عمومی بیمار توسط پرستار شیفت صبح و دستیار اطفال کشیک
  10. تعلل در انجام اقدامات درمانی و تشخیصی توسط پرستار و دستیار اطفال
  11. ثبت دستور انجام گرافی پس از stable شدن بیمار
  12. اجازه دخالت والدین در امور درمان فرزندان تحت تکفل
  13. کمبود تخت ویژه با توجه به این که این مرکز تنها PICU استان می باشد.

14. عدم نظارت مناسب بر حضور پزشکان در انجام به موقع مشاوره های اورژانس و غیراورژانس

15. عدم نظارت مناسب بر اجرای خط مشی های بیمارستان توسط سرپرستار

16. آموزشی بودن بیمارستان و عدم اشراف کامل دستیاران بر بیمار بدحال

17. تعداد کم دستیاران با توجه به شیوع کرونا و افزایش بیماران بدحال

### سناریو 3

بیمار پسر 1.5 ساله است که سابقه آترزی مجاری صفراوی داشته و به دنبال آن به طور مکرر در این مرکز و بخش ویژه بستری بوده است. از صبح مورخ 12/3 دچار اسهال و استفراغ خونی شده است ولی والدین به مراکز درمانی مراجعه نکرده اند عصر آن روز حدود ساعت 18 بیمار توسط والدین به درمانگاه بیمارستان X منتقل و بدون مراجعه به تریاژ و پذیرش در درمانگاه توسط پزشک مربوطه ویزیت می شود ایشان نیز با توجه به حال عمومی نامساعد بیمار و دیسترس تنفسی بیمار را با دستورات لازم به بخش PICU هدایت می نماید ولی در بخش ویژه با توجه به وجود بیمار بدحال پزشک مقیم بخش از پذیرش بیمار ممانعت می نماید و بیمار به بخش اورژانس هدایت می شود بعد از مراجعه بیمار به اورژانس با توجه به تنفس های گسپینگ و افت O2SAT بیمار توسط رزیدنت ویزیت و رزیدنت ارشد نیز بر بالین بیمار حاضر شده و سپس بیمار اینتوبه می شود و بعد از هماهنگی با بخش ویژه بیمار ساعت 18:35 به بخش PICU منتقل می شود.

تعیین علل ریشه ای:

1. عدم حضور منشی در رادیولوژی در تمام ساعات شبانه روز

2. عدم توجه رزیدنت به گزارش سونوگرافی

3. عدم حضور متخصص جراح در مرکز

4. عدم توجه پرسنل به محل نامناسب گزارش سونوگرافی در پرونده بیمار

5. عدم توجه ناکافی به شرایط بالینی بیمار و تشخیص نامناسب پزشکی

6. 26: هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

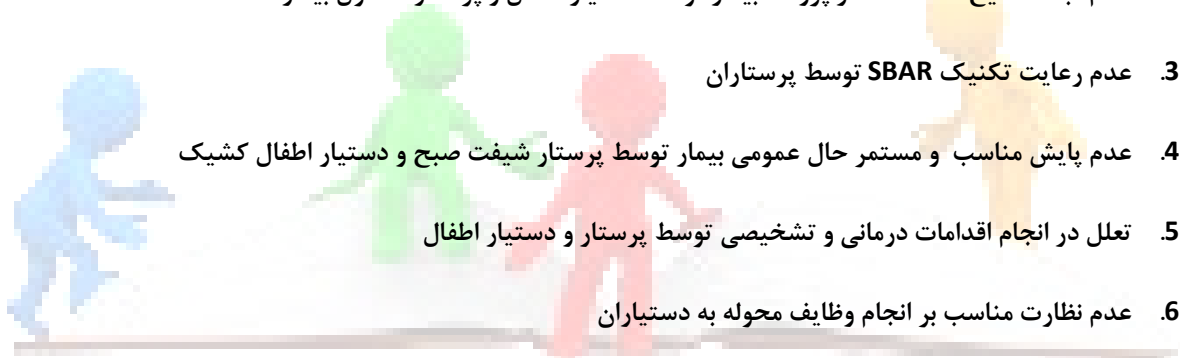
### سناریو 4

پسر 8 سال سندرم بارت با تهوع و استفراغ به درمانگاه مرکز مراجعه و پس از انجام آزمایشات سرپایی در بخش X حدود ساعت 13:30 بستری می شود. آزمایشات بیمار ساعت 13:30 آماده و پرینت آزمایشات گرفته می شود. با توجه به بالا بودن سطح پتاسیم و اوره و کراتینین بیمار و قرارگرفتن آزمایشات در محدوده بحرانی، توسط کارشناس آزمایشگاه به مسئول پذیرش آزمایشات جهت تماس با خانواده بیمار و اطلاع آزمایش بحرانی اطلاع رسانی می گردد ولی پس از تماس مسئول پذیرش با تلفن

همراه ثبت شده در اطلاعات بیمار، کسی پاسخ تلفن را نداده و مسئول پذیرش نیز مجدد پیگیری مسئله رانکرده است. براساس گزارش پرستار مربوطه جواب آزمایشات حدود ساعت 17 تحویل بخش می شود ولی پرستار مربوطه و پرستار مسئول شیفت به نتایج آزمایشات توجه نکرده و جواب آزمایشات را رویت نکرده است به طوری که در هنگام تحویل بیماران به همکار شیفت شب از وضعیت بیمار گزارشی داده نشده است و تنها به دستیار اطفال جهت ویزیت بیماران و رویت جواب آزمایشات اطلاع داده است در نهایت ساعت 19:30 بیمار توسط دستیار اطفال ویزیت و جواب آزمایشات که  $BUN:122 - Cr:7.85$  -  $k:8.9$  بوده به رویت ایشان می رسد و پس از اطلاع جواب آزمایشات به پزشک معالج برای بیمار درخواست شالدون گذاری و دیالیز اورژانسی می شود. خوشبختانه با توجه به حضور جراح اطفال در مرکز شالدون گذاری بلافاصله انجام و نمونه خون جهت بررسی HBS به بیمارستان Z ارسال و با توجه به پتاسیم بالا و احتمال آریتمی قلبی بیمار به PICU منتقل می شود پس از 3 ساعت جواب آزمایش HBS دریافت و پس اطمینان از عدم ابتلا به هیپاتیت، دیالیز به مدت دو ساعت انجام می شود.

### تعیین علل ریشه ای:

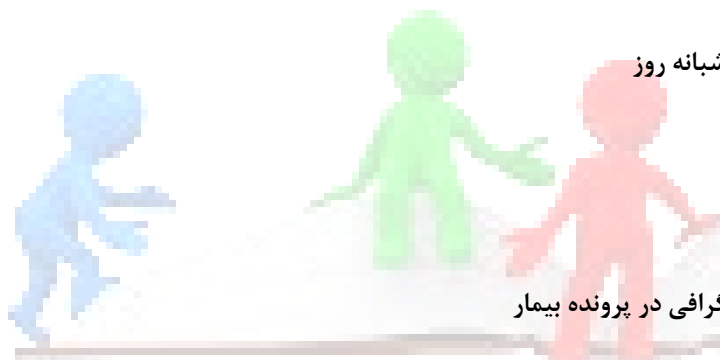
1. عدم نظارت مناسب مسئول شیفت بر وضعیت بیماران
2. عدم ثبت صحیح مستندات در پرونده بیمار توسط دستیار اطفال و پرستار مسئول بیمار
3. عدم رعایت تکنیک SBAR توسط پرستاران
4. عدم پایش مناسب و مستمر حال عمومی بیمار توسط پرستار شیفت صبح و دستیار اطفال کشیک
5. تعلل در انجام اقدامات درمانی و تشخیصی توسط پرستار و دستیار اطفال
6. عدم نظارت مناسب بر انجام وظایف محوله به دستیاران
7. عدم نظارت مناسب بر اجرای خط مشی های بیمارستان توسط سرپرستار
8. تعداد کم دستیاران با توجه به شیوع کرونا و افزایش بیماران بدحال
9. عدم رعایت مراقبت موردی به طور صحیح توسط پرستار مسئول بیمار
10. عدم تشخیص صحیح بحرانی بودن آزمایشات بیمار توسط پرستار
11. عدم توجه مسئول HIS بر مصوبات کمیته قبل جهت تغییر در فرمت آزمایشات بحرانی
12. عدم نظارت دستیار ارشد بر حضور به موقع و عملکرد دستیاران سال یک و دو به صورت مستمر
13. عدم ارزیابی اولیه صحیح و تهیه شرح حال دقیق توسط پرستار و پزشک
14. عدم پیگیری وضعیت بیمار با توجه به سابقه و آگاهی والدین از پیش آگهی بیمار



## سناریو 5

بیمار دختر 2.5 ساله می باشد که مورخ 99/10/02 با دل درد در بیمارستان X بستری شده است. در طول 4 روز بستری، این بیمار 4 بار تحت سونوگرافی قرار گرفته است دو مورد از این سونوگرافی ها در بیمارستان X و در بدو بستری بیمار انجام شده است چون در زمان غیراداری بوده است با توجه به نداشتن منشی در رادیولوژی در آن زمان به صورت دست نویس در سربرگ بیمارستان توسط پزشک مربوطه گزارش شده و ضمیمه پرونده شده است در هر دوی این گزارشات احتمال وجود آپاندیسیت مطرح بوده است ضمن این که در سونوگرافی اول بیمار احتمال وجود انواژیناسیون در بیمار که خود به خود ریداکشن شده نیز مطرح بوده است دو مورد سونوگرافی دیگر بیمار نیز نرمال گزارش شده و بیمار در این مرکز مشاوره جراحی نیز شده است که مشاوره جراحی نیز مورد خاص نداشتن است با توجه به شرایط بیمار پس از 4 روز در صورتی که گزارش سی تی اسکن شکم بیمار دریافت نشده بود با توصیه مجدد به مراجعه به درمانگاه گوارش از این مرکز مرخص شده 2 روز بعد پس از مراجعه به پزشکی خارج از این مرکز با احتمال شکم حاد در مرکز Z بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته است که بیمار تحت جراحی آپاندکتومی - تخلیه آبه لگن و چسبندگی روده قرار گرفته است و بعد بهبودی نسبی مرخص شده است.

### تعیین علل ریشه ای:



1. عدم حضور منشی در رادیولوژی در تمام ساعات شبانه روز
2. عدم توجه رزیدنت به گزارش سونوگرافی
3. عدم حضور متخصص جراح در مرکز
4. عدم توجه پرسنل به محل نامناسب گزارش سونوگرافی در پرونده بیمار
5. عدم توجه ناکافی به شرایط بالینی بیمار و تشخیص نامناسب پزشکی
6. عدم توجه پزشک و پرستار به آماده نبودن گزارش سی تی اسکن در زمان ترخیص بیمار

## جا گذاشتن هر گونه device از گاز و قیچی و پنس... در بدن

### سناریو 1

بیمار پسر 12 ساله مورخ 1400/9/13 به دنبال کاهش هوشیاری به بیمارستان Y مراجعه و از آنجا با توجه به لزوم بستری در سرویس اطفال به بیمارستان X ارجاع می گردد. در اورژانس، پس از بررسیهای لازم با تشخیص DKA ، دستور انتقال به PICU گذاشته و بعد از انجام اقدامات اولیه مانند ارسال آزمایشات ، برقراری رگ محیطی و سونداژ به PICU منتقل می گردد پس از سونداژ با سوند فولی 10 ادرار برقرار می گردد ولی در PICU حجم ادرار بیمار کم بوده است فردا صبح با توجه به کاهش حجم ادرار مثانه بیمار لمس می گردد و متوجه احتباس ادراری در بیمار شده که علائم شستشوی مسیر سوند ، ادرار برقرار نمی شود که در نهایت اقدام به خارج کردن سوند ادراری می شود ولی علائم تلاشهای زیاد، کاف فولی کاتتر تخلیه نشده و سوند خارج

نمی شود و در سونوگرافی انجام شده کاف سوند فولی در مجرای پروستاتیک بیمار رویت شده است که درخواست مشاوره ارولوژی می شود که با توجه به نبود آنکال ارولوژی به پیشنهاد ستاد هدایت با مرکز خصوصی هماهنگ و بیمار جهت خارج کردن سوند فولی به آن مرکز ارجاع می گردد در آن مرکز با توجه به طولانی بودن فرآیند خارج کردن سوند در اتاق عمل و با توجه به اسیدوز تنفسی بیمار و عدم ثبات علائم حیاتی بلافاصله توسط ارولوژیست کاتتر سوپراپوبیک برای بیمار تعبیه و بیمار به مرکز عودت داده می شود مورخ 9/15 تحت گاید سونوگرافی در اتاق عمل کاتتر فولی توسط جراح خارج می گردد پس از اطمینان از برقراری دیورز مناسب 9/16 کاتتر سوپراپوبیک نیز توسط ایشان خارج می شود. و مورخ 9/20 بیمار مرخص می گردد.

### تعیین علل ریشه ای:

1. کیفیت نامطلوب سوندهای فولی
2. عدم وجود آنکال ارولوژیست در مرکز
3. الزام مراکز دولتی به خرید تجهیزات و لوازم با برندهای خاص
4. عدم گزارش مسئول داروخانه به معاونت غذا و دارو جهت کیفیت نامرغوب سوندهای فولی با توجه به تکرار آن
5. عدم توجه پرستاران به کاهش دیورز و احتباس ادراری
6. عدم رعایت صحیح تکنیک SBAR و توجه به اتصالات بیمار
7. دستکاری مکرر جهت خروج سوند فولی و لزوم انجام تکنیک توسط فرد مجرب و متخصص

### سناریو 2

بیمار کودک 6ساله جهت عمل آدنوئیدکتومی دربخش جراحی پذیرش می گردد. و سپس تحت بیهوشی عمومی مورد عمل جراحی آدنوئیدکتومی قرار می گیرد. پزشک جراح جهت انجام خونگیری در ته حلق با پنس هموستات یک عدد گاز قرار می دهد. پس از اتمام عمل جراحی پنس هموستات بدون گاز توسط تکنسین بیهوشی از دهان بیمار خارج و سپس، اکستوبه می گردد. با تنفس عادی و بیداری بیمار به ریکاوری منتقل می گردد. در بدو ورود به ریکاوری بیمار دچار افت  $O_2sate$  می گردد پرستار ریکاوری به پزشک متخصص بیهوشی اطلاع میدهد. پزشک متخصص بیهوشی بر بالین بیمار حاضر شده و با احتمال اسپاسم تنفسی به بیمار آمبو داده می شود و میدازولام و  $mg\ 53$  ساکسینیل کولین برای بیمار جهت رفع اسپاسم تزریق می گردد. پس از گذشت چنددقیقه وضعیت تنفسی بیمار بهبود و این بهبودی تا چند دقیقه ادامه می یابد. در این مدت مختصری استریدورداشته است با افزایش سطح هوشیاری بیمار، مجدد دچار دیسترس تنفسی شده و  $O_2sate$  بیمار افت می نماید. به همین دلیل پزشک متخصص بیهوشی تصمیم می گیرد بیمار را اینتوباسیون کند به محض ورود لارنگوسکوپ درددهان بیمار متوجه جاماندن گاز ته حلق بیمار می گردد با پنس مگیل گاز را از ته حلق بیمار خارج و تنفس بیمار بهبود می یابد. و سپس به بخش منتقل می گردد.

## عمل عضو اشتباه

بیمار پسر نوجوان 15 ساله ای است که به دلیل شکستگی، جهت عمل روی انگشت 3 دست چپ در تاریخ 1400/4/20 به اتاق عمل منتقل می شود. در ابتدای ورود به اتاق عمل، موضع عمل از بیمار پرسیده نمی شود. چک لیست جراحی ایمن مورد توجه قرار نمی گیرد. پرونده کنترل نمی شود. بیمار بیهوش می شود. انگشت اشاره بیمار به جای انگشت 3 عمل می شود.

### تعیین علل ریشه ای:

- 1-عدم شناسایی بیمار طبق چک لیست جراحی ایمن در ابتدای ورود به بخش اتاق عمل
- 2-عدم علامت گذاری موضع عمل
- 3-عدم قرائت چک لیست جراحی ایمن مبنی بر اعلام نام و موضع عمل بیمار با صدای رسا
- 4-نحوه تهیه گرافی با حذف انگشت اشاره بیمار در زمان تصویربرداری ( به صورت خم شدن انگشت) بوده که منجر به تشخیص نادرست شکستگی و ثبت نادرست تشخیص بوده است.
- 5-عدم ثبت شرح حال دقیق
- 6-انتقال بیمار به اتاق عمل توسط بیمار بر بدون حضور پرستار: بنابراین تحویلی صورت نگرفته است.
- 7-بعد از دریافت شل کننده های عضلانی ناشی از آغاز بیهوشی به دلیل شلی عضلات ناحیه آسیب دیده - امکان تشخیص کجی انگشت مبتلا وجود نداشت

## اشتباه در تزریق خون

### سناریو 1

دو بیمار در دو اتاق روبرو تحت عمل قرار می گیرند. یک بیمار با گروه خونی A + جهت اسپلینکتومی و بیمار دیگر با تروما با گروه خون AB + و جهت هر دو بیمار pack cell آماده شده است. پزشک بیهوشی دستور تزریق خون به بیمار ترومایی با گروه خون AB + می دهد. خون پس از آماده شدن تحویل کاربرد اتاق عمل شده و این فرد خون را اشتباهاً به اتاق روبرو (بیمار با اسپلینکتومی) تحویل می دهد. در همین زمان پرسنل بیهوشی، اتاق بیمار اسپلینکتومی را ترک می کند و پرسنل دیگری جایگزین می شود و این پرسنل خونی را که اشتباهی تحویل داده شده بود را به بیمار با گروه A + تزریق می کند. پرسنل اتاق عمل متوجه اشتباه می شوند که جهت بیمار AB + با آزمایشگاه تماس گرفته می شود و پرسنل

آزمایشگاه بیان می کنند که خون بیمار فوق را ارسال کرده اند. در نتیجه همولیز شدید؛ هموگلوبین بیمار تا 2/6 افت پیدا می کند.

### تعیین علل ریشه ای:

- تزریق خون توسط کارشناس هوشبری بدون هماهنگی با پزشک
- تحويل خون بدون اجرای دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار
- انتقال خون از بانک خون به اتاق عمل توسط فرد غیرمجاز
- تحويل و تحول ناموثر بیمار توسط کارشناسان هوشبری
- عدم اجرای دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار توسط پزشک بیهوشی و کارشناسان هوشبری

### **سناریو 2**

جهت بیمار 8 ساله با CRF و HB:6. در بخش همودیالیز دستور تزریق خون گذاشته می شود، پس از تحويل خون از بانک خون، اطلاعات روی کیسه خون و برگ درخواست خون توسط 2پرستار چک شده و به بیمار وصل می شود 10دقیقه پس از شروع تزریق کیسه خون بیمار دچار لرز و تنگی نفس شدید می شود که پرستار بلافاصله خون راقطع کرده و بیمار توسط پزشک مربوطه ویزیت و اقدامات اولیه انجام می شود. بررسی پرونده نشان میدهد آزمایش همان روز که در صبح انجام شده گروه خون بیمار A + بوده و روی پرونده بیمار موجود بوده ولی گروه خون B + برای بیمار آماده شده است. طبق بررسی های به عمل آمده در آزمایشگاه؛ پرسنل بانک خون روی نمونه بیمار دیگر که در لاکر بوده کراس میچ انجام داده است.

### تعیین علل ریشه ای:

- عدم اجرای دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار توسط پرسنل بانک خون
- اختصاص فضای نامناسب به بانک خون در زمان بازسازی آزمایشگاه
- بی اطلاعی پرسنل همودیالیز از نتایج آزمایشات قبلی بیمار

### **انجام جراحی به روش اشتباه**

### **سناریو 1**

بیمار خردسال 3.5 ساله است که مورخ 99/9/11 به دنبال دیستانسیون شکمی - دیسترس تنفسی و حال عمومی نامناسب به اورژانس مرکز مراجعه کرده است و بعد از ویزیت رزیدنت اطفال درخواست مشاوره جراحی اورژانس شده است . با توجه به این که در مرکز پزشک جراح مقیم وجود ندارد از مرکز معین این بیمارستان ( بیمارستان شهید بهشتی) درخواست انجام مشاوره می شود و پزشک متخصص بربالین بیمار حاضر شده و با توجه به حال عمومی بیمار تشخیص ولولوس گذاشته و بیمار به اتاق عمل منتقل می شود در نهایت بیمار با یک درن که برای خروج ترشحات شکمی بوده است به بخش ویژه منتقل می شود.مورخ

99/9/13 به علت نداشتن رگ محیطی مناسب بیمار با دستور رزیدنت جراحی ( بدون کسب تکلیف از اتند جراح) به اتاق عمل انتقال و توسط ایشان در ناحیه فمورال راست کاتتر کات دان فیکس می شود در هنگام تحویل بیمار از اتاق عمل لاین کاتتر توسط پرستار بررسی و عدم برگشت خون به رزیدنت گزارش می شود که ایشان می فرمایند مشکلی ندارد و این مورد در دفتر تحویل بیمار از اتاق عمل و گزارش پرستاری ثبت می گردد. بیمار از این کاتتر تحت سرم تراپی -انفوزیون خون و دارودرمانی قرار گرفته است . در این مدت شکم بیمار دچار دیستانسیون شده و کنار درن و بین سوچورها ترشحات خونابه ای خارج شده مشکل به رزیدنت جراحی اطلاع و بیمار توسط ایشان ویزیت می شود و شرح حال بیمار تلفنی توسط ایشان به اطلاع اتند جراحی رسانده می شود ولی اشاره ای به وجود کاتتر کات دان نمی شود لذا اتند جراح با توجه به عدم اجابت مزاج بیمار علت دیستانسیون شکمی را به این مورد ارتباط می دهد ولی بعد از ویزیت بیمار توسط جراح و توجه به کاتتر کات دان با تشخیص جایگذاری نابجای کاتتر بیمار به اتاق عمل انتقال، کاتتر خارج و در ناحیه ژگولار فیکس می شود بعد از خروج کاتتر ترشات شکمی کم و حال عمومی بیمار رو به بهبود می باشد.

### تعیین علل ریشه ای:

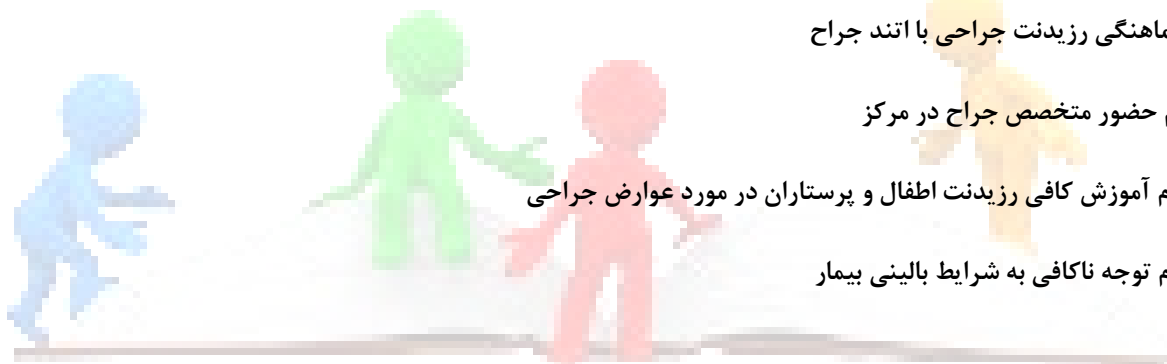
1. عدم حضور متخصص اطفال مقیم در PICU

2. ناهماهنگی رزیدنت جراحی با اتند جراح

3. عدم حضور متخصص جراح در مرکز

4. عدم آموزش کافی رزیدنت اطفال و پرستاران در مورد عوارض جراحی

5. عدم توجه ناکافی به شرایط بالینی بیمار



### حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار

1

#### سناریو

بیمار خانم 14ساله که دربخش ICU بستری بوده است هوشیار و متصل به ونتیلاتور توسط ماسک niv با توجه به 87%o2 sat جهت صرف ناهار بیمار از دستگاه جدا وبه ماسک بگ دار متصل می گردد و بعداز چند لحظه متوجه افت 02 sat بیمار شده و مجدد بیمار به دستگاه niv وصل می گردد که پس از بررسی پرستار متوجه می شود که لوله بیمار به اشتباه به جای اکسیژن به air متصل شده است.

### تعیین علل ریشه ای:

1. عدم آگاهی کافی پرسنل از دستورالعمل های گازهای طبی و اتصالات صحیح

2. نظارت ناکافی پرستار برطریقه نصب مانومترهای اکسیژن



3. عدم بررسی شیلنگ های اکسیژن و هوا توسط مسئول تجهیزات پزشکی

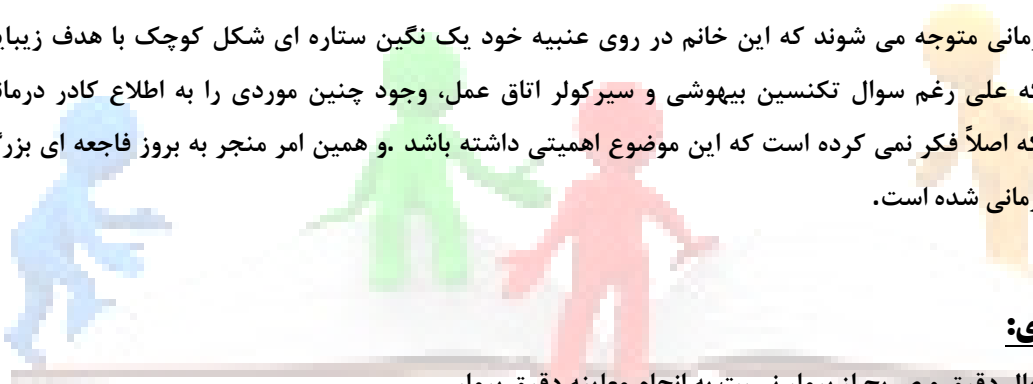
4. عدم رنگ بندی سوکت های کنسول اکسیژن

5. عدم وجود برچسب بروی شیلنگ های اکسیژن و هوا

## سوختگی با کوتر

### سناریو 1

بیمار خانم جوانی که با هدف رینوپلاستی و رسیدن به زیبایی بیشتر در ناحیه بینی، تحت عمل جراحی با بیهوشی عمومی قرار میگیرد. در بدو ورود به اتاق عمل، تکنسین بیهوشی و سیرکولر اتاق عمل ضمن مصاحبه جداگانه با بیمار از وی در خصوص همراه داشتن وسایل و اشیاء فلزی احتمالی مانند انگشتر، گوشواره دستبند سوال می نمایند که بیمار به این سوالات پاسخ منفی می دهد. عمل جراحی انجام می گیرد و جراح در حین عمل از کوتر استفاده می نماید. در انتهای عمل بعد از اکستوبه کردن بیمار و برداشتن چسباز روی پلکهای وی، کادر درمانی متوجه سوختگی شدید در عنبیه چشم وی می شوند شدت این سوختگی به حدی بود که علی رغم انجام تمامی درمانها صورت گرفته در نهایت منجر به تخلیه چشم این خانم می گردد! در بررسی های به عمل آمده، کادر درمانی متوجه می شوند که این خانم در روی عنبیه خود یک نگین ستاره ای شکل کوچک با هدف زیبایی کاشته بوده است که علی رغم سوال تکنسین بیهوشی و سیرکولر اتاق عمل، وجود چنین موردی را به اطلاع کادر درمانی نرسانده است چرا که اصلاً فکر نمی کرده است که این موضوع اهمیتی داشته باشد. و همین امر منجر به بروز فاجعه ای بزرگ برای بیمار و کادر درمانی شده است.



### تعیین علل ریشه ای:

1- عدم اخذ شرح حال دقیق و صریح از بیمار نسبت به انجام معاینه دقیق بیمار

2- عدم ارزیابی دقیق پرستاری از بیمار

3- عدم اخذ کامل شرح حال از بیمار توسط پزشک

4- اجرا نشدن کامل دستورالعمل جراحی ایمن

## اشتباه در تزریق دارو

### سناریو 1

بیمار دختر 8ساله که با دیسترس تنفسی (HR:100-RR:32)، در بخش مراقبت ویژه بستری شده طبق ویزیت پزشک مربوطه دستور تزریق آمپول دگزامتازون به میزان 8 میلی گرم دوبار در روز صادر کرد. پرستار بخش هنگام تزریق دارو در ساعت 6 صبح به باکس دارو مراجعه کرده یک عدد دارو باکس دگزامتازون برداشته و جهت تزریق آماده میکند برای بیمار به صورت وریدی تزریق میکند. بلافاصله بعد از تزریق بیمار دچار آپنه می شود. پرستار بلافاصله به تزریق دارو مشکوک میشود و پوکه دارو را چک میکند و متوجه تزریق 10 میلی گرم دیازپام به جای دگزامتازون میشود مراتب را به مسئول

شیفت و پزشک مقیم ای سی یو اطلاع میدهد و اقدامات درمانی برای بیمار شروع میشود و خوشبختانه عارضه ای جبران ناپذیر برای بیمار رخ نمیدهد. در حال حاضر وضعیت عمومی بیمار خوب است. بیمار بعد از یک هفته بستری در بیمارستان مرخص گردید

### تعیین علل ریشه ای:

1- عدم نشان دار بودن داروی مشابه و پر مصرف در بخش

2- عدم توجه به دارو هایی با نام مشابه و شکل مشابه

3- عدم توجه به اصول دارودهی صحیح بر اساس 7R

**جا گذاشتن هر گونه device از گاز و قیچی و پنس... در بدن**

### **سناریو 1**

بیمار آقای 85 ساله بعلت درد شکم متعاقب ضربه به شکم بدون پارگی پوست از 2 روز قبل، با پای خود به اورژانس بیمارستان مراجعه میکند. پس از ویزیت پزشک عمومی، ویزیت متخصص جراحی و روز بعد تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار می گیرد و بیمار با حال عمومی خوب و تحمل رژیم غذایی از بیمارستان مرخص می شود. 17 روز بعد از ترخیص، مجدداً بیمار با علامت درد و تورم ناحیه عمل (زیر ناف) و درد و تورم کشاله راست به درمانگاه تخصصی مراجعه و توسط جراح، ویزیت می شود. طبق دستور ایشان در ساعت 20 همان روز در بخش بستری و روز بعد تحت عمل جراحی ترمیم هرنی اینگوینال راست قرار می گیرد. پس از 2 روز مراقبت در بخش جراحی با آموزش و توصیه های مراقبت در منزل، ترخیص می شود. بیمار در منزل توصیه های مراقبتی را اجرا نموده است تا اینکه حدود 2 ماه بعد به گفته خودش هنگام سوار شدن بر موتور سیکلت احساس درد شدید در ناحیه شکم داشته است. لذا با درد بسیار شدید و غیر قابل تحمل شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه می نماید. پس از ویزیت پزشک عمومی، ویزیت جراح انجام شده و آزمایشات خون و گرافی قفسه سینه و شکم گرفته می شود. در گرافی شکم وجود پنس هموستات به وضوح مشخص شده است. بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی و خروج پنس از شکم، قرار می گیرد. و سرانجام با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص می شود.

### تعیین علل ریشه ای:

1- هیچ گونه شمارشی در زمان عمل جراحی از ستهای جراحی در ابتدا و انتهای جراحی انجام نشده است.

2- چینش ستهای بجای سینی در درب دیش فلزی، بصورت غیر استاندارد و نامنظم و ست فاقد تست کلاس 6.

3- عدم وجود دستگاه لیبیل زدن جهت ستهای جراحی و ثبت ناقص مشخصات ستهای بر روی آنها

تهیه کنندگان: فرزانه ابوالحسنی - کارشناس ایمنی و خطا

## زهرا کفاش - سوپروایزر آموزش

