



מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013	נושא:	
דף 1 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

## תוכן העניינים

<u>עמוד</u>	<u>הנושא</u>
2	1. סימוכין
2	2. רקע
2	3. חגדרות
2	4. אחריות
3-6	5. הנחיות לביצוע
8-9	נספח 1- טופס רישום סמים
10	נספח 2- טופס ביניים לרישום מתן סם
11	נספח 3- דיווח על אירוע שבירת/אובדן סם מסוכן
12	נספח 4- אישור החזרת נרקוטיקה

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 2 מתוך 12	שם הנוהל: ניחול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

## 1. סימוכין

- 1.1 נוהל טיפול תרופתי, נוהל מרכז רפואי תל אביב, 2013.
- 1.2 תיקון תקנות רישום סמים מסוכנים, מינהל רפואה, חוזר מסי 51/2003, מתאריך 24.05.2003.
- 1.3 תקנות הסמים המסוכנים (בתי חולים), חוזר המנהל הכללי, מסי 22/99, מתאריך התש"ס 1999.
- 1.4 פיקוח על השימוש בסמים מסוכנים בבתי חולים - תיקון נוהל, חוזר המנהל הכללי, מסי 8/94, מתאריך 22.3.94.
- 1.5 תקנות הסמים המסוכנים (בתי חולים), שרותי אשפוז, חוזר מסי 96/78, מתאריך 13.09.1978.

## 2. רקע


תקנות "הסמים המסוכנים" מסדירות את ניחול הטיפול בסמים מסוכנים בבית החולים.  
מטרת נוהל זה קביעת הנחייה אחידה בנושא: הזמנת סמים ליחידות בית החולים, קבלת סמים מבית המרקחת, רישום ואחסון, מתן וקביעת תדירות ביצוע בקרות ביחידות השונות, בית המרקחת ובתיקי המטופלים.

## 3. הגדרות

- 3.1 "סם" - תומר מהמפורטים בפקודת הסמים המסוכנים וכן כל תכשיר, תרכובת, תערובת או תמיסה של תומר זה.
- 3.2 טופס רישום סמים מסוכנים - טופס המרכז רישום סמים מסוכנים שניתנו ביחידות ביה"ח, הרישום בטופס חייב להיות ברור ולפי התקנות (נספח 1).
- 3.3 טופס ביניים - טופס המרכז רישום מתן סמים מסוכנים כאשר טרם טופס טופס רישום חדש. (נספח 2).

## 4. אחריות

- 4.1 האחריות על מלאי הסמים וניהולו במחלקה הינה של האחות האחראית.
- 4.2 האחריות לבדיקת התאמת הרישומים - בין טופס הרישום לבין הרשומות של המטופלים במחלקה/מרפאה הינה של מנהל המחלקה / מרפאה.

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 3 מתוך 12	שם הנוהל: ניתוח מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	


## 5. הנחיות לביצוע

### 5.1 הזמנת סמים מסוכנים למחלקה/יחידה:

- 5.1.1 הסמים יסופקו למחלקה/יחידה על פי הזמנה מבית המרקחת של בית החולים.
- 5.1.2 מנהל בית המרקחת יתאים את מלאי הסמים במחלקה/מרפאה לצריכה באותה מחלקה/מרפאה.
- 5.1.3 סמים ינופקו מבית המרקחת כנגד:
  - א. טופס הזמנה (רישום שמות הסמים וכמות נדרשת, בכתב ברור).
  - ב. טופס רישום הסם של המנה הקודמת.
- 5.1.4 טופס ההזמנה דינו כמרשם ולכן ימולא ויהיה חתום על ידי הרופא המזמין.
- 5.1.5 הרוקת יספק סם למחלקה/מרפאה רק אם מולא טופס הרישום המוחזר על כל פרטיו, וחתום ע"י האחות האחראית או ממלאת מקומה המאשרת את נכונות הדו"ח.
- 5.1.6 טופסי ההזמנה יהיו ערוכים בפנקס וישאו מספרים עוקבים. כל טופס יכלול דף מקור הניתן לתלישה והעתק.
- 5.1.7 לכל מחלקה/מרפאה יהיה פנקס הזמנות לשימוש בלבד.
- 5.1.8 אחת לשנה, לכל הפחות, על המחלקה/מרפאה להעביר לבית המרקחת רשימת רופאים מורשי הזמנת סמים למחלקה / מרפאה, כולל דוגמת חתימה וחותמת לרשימה.
- 5.1.9 יש לעדכן את בית המרקחת במקרה גריעת רופא מרשימה זו.
- 5.1.10 יינתנו סמים מסוכנים רק על פי הזמנות חתומות ע"י רופא הרשום ברשימה המחלקתית.

### 5.2 ניפוק סמים מבית המרקחת למחלקות/מרפאות:

- 5.2.1 נציג מהמחלקה/מרפאה יביא את פנקס הזמנת הסמים המסוכנים וטופסי הרישום של התרופות המוזמנות בשעות המקובלות, הרוקח יבדוק את ההזמנה והטפסים המצורפים.
- 5.2.2 הרוקח ימסור את הסמים המסוכנים לאחות אחראית או למי שהוסמך לקבלם (אחות או כוח עזר שמונתה לכך על ידי אחות אחראית). מסירת הסמים תעשה לאחר זיהוי כוח העזר ע"פ תג זיהוי המרכז הרפואי תל אביב בלבד, עליו מצוינת שם המחלקה.

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 4 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

5.2.3. הסמים מבית המרקחת ימסרו ע"י מי שקיבלה אותם מבית המרקחת, מיידית לאחות אחראית ו/או סגניתה במחלקה.

האחות האחראית או סגניתה יאשרו את קבלת הסמים על גבי טופס ההזמנה בפנקס ההזמנה, המקור (חלבן) יוחזר מיידית לבית המרקחת, ע"י מי שהביא את הסמים.

5.2.4. האחות האחראית ו/או סגניתה תאחסן את הסמים המסוכנים בארון נעול או בכספת.

### 5.3. טופס ביניים:

5.3.1. הוחזר טופס הרישום לבית המרקחת בטרם סופק טופס רישום חדש, והיה צורך במתן סם למטופל, תרשום האחות האחראית את מלאי הסם הנותר במחלקה וכן את פרטי מתן הסם למטופל בטופס ביניים לרישום מתן סם.

5.3.2. טפסי הביניים יהיו ערוכים בפנקס, כל טופס יכלול שני העתקים כרוכים יחדיו, מסומנים במקור והעתק, וטופס המקור ניתן לתלישה.

5.3.3. נתקבל טופס רישום חדש מבית המרקחת, תרשום האחות האחראית את מספרו על טופס הביניים, תעתיק אליו את היתרה הרשומה בטופס הביניים ותרשום את היתרה הכוללת במחלקה.

5.3.4. טופס הביניים יוצמד לטופס הרישום הנושא את אותו מספר, והעתקו יישאר בפנקס המחלקה.

### 5.4. שמירה ובקרה על מלאי הסמים המסוכנים במחלקה/מרפאה:


5.4.1. מלאי הסמים במחלקה יישמר בארון נעול או בכספת, שמפתחו יימצא בידי אחות אחראית המשמרת.

5.4.2. באותו ארון/כספת יוחזקו סמים מסוכנים בלבד.

5.4.3. טפסי רישום הסמים יוחזקו בקלטר במקום נפרד מהסמים המסוכנים.

5.4.4. בכל העברת משמרת בין האחיות במחלקה, תבדוק האחות מקבלת המשמרת את מלאי הסמים במחלקה ותרשום המלאי שמצאה בטופס הרישום. האחות המקבלת והאחות המוסרת יחתמו באותה עת, במקום המיועד לכך בטופס.

5.4.5. בדיקת המלאי בכל משמרת תכלול גם את הסמים המסוכנים שברזרבה.

מספר הנוהל: 03.7.2	חנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 5 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

5.4.6. במחלקה/מרפאה שאין בה רצף משמרות, יוחזק מלאי הסמים בארון נעול/כספת שמפתחו ימצא בידי האחות האחראית. בכל תחילת יום תיערך בדיקת המלאי במרפאה/מכון.

5.4.7. נתגלתה אי התאמה בין מלאי הסמים במחלקה לבין הרישום- תודיע האחות האחראית ו/או אחראית המשמרת באופן מיידית, בעל פה ובכתב:

א. לאחות כללית/משל"ט.

ב. למנהלת שירותי הרוקחות, ובהעדרה למנהל ביה"ח או למנהל רפואי תורן.

ג. לקצין הביטחון.

5.4.8. מנהלת שירותי הרוקחות, בהעדרה, לרוקחת אחראית נרקוטיקה או סגנית מנהלת שירותי רוקחות. בהעדרם, מנהל ביה"ח או מנהל רפואי תורן, יודיעו לרוקח המחוזי על כל אי התאמה שנתגלתה בין מלאי הסמים בביה"ח לרישומים המתאימים תוך פירוט הצעדים שנקטו וזאת לא יאוחר מתום 72 שעות ממועד גילוי אי ההתאמה. קצין הביטחון יודיע למשטרה.


#### 5.5. מתן סמים מסוכנים במחלקה/מרפאה:

5.5.1. הוראה למתן סם מסוכן תרשם ע"י הרופא כמקובל על פי נוהל טיפול תרופתי.

5.5.2. לאחר מתן הסם, תירשום האחות בטופס רישום הסם את שם המטופל, תאריך, שעת מתן, הכמות שניתנה, הכמות שהושמדה, יתרת הסם ביחידות ותחתום את שמה.

5.5.3. במקרה של השמדת יתרת סם מסוכן, לאחר מתן למטופל- ההשמדה עצמה תתבצע בנוכחות שני אנשי צוות, ולאחר ההשמדה בפועל, האחות תרשום את כמות הסם המסוכן שהושמדה בטור המתאים בטופס רישום הסם(הערות), תחת הכותרת "כמות שהושמדה במ"ג, ושני אנשי הצוות יחתמו על ביצוע הפעולה.

5.5.4. במקרה ויש לתת סם מסוכן למטופל והסם אינו נמצא במחלקה / מרפאה ובית המרקחת סגור, ניתן לקחת את הסם המבוקש ממחלקה אחרת.

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 6 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

5.5.5 יש לרשום בטופס הסמים של המחלקה הנותנת את הפרטים הבאים: שם המטופל המקבל, שם המחלקה המקבלת, הכמות שניתנה, חתימת האחות הנותנת את הסם המתאים למטופל.

5.5.6 רישום סמים מסוכנים יעשה בכתב ברור ובדרך שאינה ניתנת למחיקה.

5.5.7 במקרה ונעשתה שגיאה ברישום, בטופס רישום הסם, יש להעביר קו דק על גבי הרישום השגוי ולרשום הערה בשולי הטופס בציון תאריך התיקון וחתימת המתקן.

5.5.8 ניתן לרשום מרשם לסמים מסוכנים מתוך תוכנת מחשב, חובת חתימה בכתב יד קריא וחובת שימוש בחותמת.

#### 5.6 השמדה, שבר ואובדן:

5.6.1 במקרה של שבירת או השמדת אמפולות של סם מסוכן, האחות תרשום על גבי טופס רישום הסם את מספר האמפולות שנשברו או הושמדו, תפחית מהיתרה ותחתום. בסעיף הערות תרשום "נשבר" או "הושמד".

5.6.2 תדווח על האירוע על גבי טופס ייעודי שיוצמד לטופס רישום הסם. הדיווח יכלול את: שם המחלקה, תאריך, תיאור האירוע, חתימת האחות שהייתה נוכחת בעת האירוע וחתימת אחות אחראית המשמרת. (נספח 3).


#### 5.7 החזרת סמים מסוכנים לבית המרקחת:

5.7.1 החזרת סמים מסוכנים תתבצע בימים ייעודיים, נציג מהמחלקה / מרפאה יגיע עם הסם המסוכן ועם טופס החזרת סם (נספח 4).

5.7.2 לאחר מסירת הסם המסוכן לרוקח האחראי, נציג המחלקה / מרפאה והרוקח המקבל יחתמו על טופס החזרת סם. עותק אחד יישאר בבית המרקחת ועותק שני יימסר למחלקה / מרפאה (נספח 4).

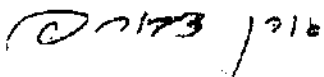
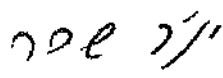
#### 5.8 בדיקת התאמת רישומים:


5.8.1 מנהל המחלקה/מרפאה או רופא שמונה על ידו לעניין זה יבדוק מעת לעת את ההתאמה בין הרישום בטופס רישום הסמים לבין הרשומות הרפואיות של המטופלים במחלקה ויתעד את תוצאות בדיקתו.

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 7 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

נכתב על ידי: אורית רוזנברג- מרכזת תחום בכירת קידום איכות הטיפול והשירות.  
אביבית שמעון- הנהלת הסיעוד.

אושר על-ידי:

	
דבורה גורן מנהלת הסיעוד	ד"ר ינוב שור סמנכ"ל איכות רפואה

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	 נושא:
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 8 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.	

**נספח 1**

**טופס רישום סמים**

תמוז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי



טופס רישום סמים מספר \_\_\_\_\_

מחלקה \_\_\_\_\_


רישום מתן סם לחולה

שם, צורת מינון וחוק של הסם \_\_\_\_\_

**ביקורת מלאי**

תאריך	שעה	שם החולה	הכמות שניתנה במ"ג	הכמות שהושמה מ"ג	הכמות הנותרת בסם ביד	חתימת אחות המבצעת	תאריך ביקורת המלאי	שעה	חתימת אחות סולדת המשמרת	חתימת אחות מקבלת המשמרת	חתימת (תקלה)



מספר הנוהל: 03.7.2	חנהלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		שם הנוהל: ניהול מלאי ומותן סמים מסוכנים במחלקה.
דף 9 מתוך 12		

טופס רישום סמים מספר.....


שם, צורת מינון וחוזק של הסם.....

**ביקורת מלאי**

**רישום מותן סם לחולה**

תאריך	שעה	שם החולה	הכמות שניתנה במ"ג	הכמות הנותרת במ"ג	יתרת הסם ביד'	חתימת אחות המבצעת	תאריך ביקורת המלאי	שעה	חתימת אחות מוסרת המשמרת	חתימת אחות מקבלת המשמרת	הערות (תקלה)

\* ימולא ע"י האחות האחראית. \* אני מאשרת את נכונות הדרי"ח שם וחתימת תאחות האחראית. תאריך.....

מספר הנוהל: 03.7.2	הנתלת המרכז הרפואי תל-אביב	
תאריך אישור:		
תאריך עדכון: מרץ 2013		
דף 10 מתוך 12	נושא:	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.

נספח 2

**טופס ביניים לרישום מתן סם**

בית חולים: \_\_\_\_\_

**טופס ביניים**

מחלקה: \_\_\_\_\_

מוצמד לטופס רישום סמים מסי

שם, צורת מינון וחזק של הסם:

השיות (תקלה)	שעה	תאריך ביקורת המלאי	חתימת האחות		חתימת האחות	יתרת הסם ביחידות	חכמות שחושמדה במ"ג	חכמות שניתנה במ"ג	שם החולה	שעה	תאריך
			מושרת	מקבלת							
חתימה במחלקה מטופס רישום מסי											


י ימלא ע"י האחות האחראית

אני מאשרת את נכונות הד"ח - האחות האחראית

שם והחתימה:

תאריך:

מק"ט 2002100165

מספר הנוהל: 03.7.2	הנהלת המרכז הרפואי תל-אביב		
תאריך אישור:			נושא:
תאריך עדכון: מרץ 2013			
דף 11 מתוך 12	שם הנוהל: ניהול מלאי ומתן סמים מסוכנים במחלקה.		

נספח 3

**דיווח על אירוע שבירת/אובדן סם מסוכן**

תאריך הדיווח \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

גודם מדוח \_\_\_\_\_

תאריך האירוע \_\_\_\_\_ היום בשבוע \_\_\_\_\_ שעת האירוע \_\_\_\_\_

שם התכשיר \_\_\_\_\_ כמות \_\_\_\_\_

צורת מתן \_\_\_\_\_ חוזק \_\_\_\_\_

פרטי האירוע

---



---



---



---



---



---



---

- אחוז נוכח באירוע \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
- אחוז אחראית משמרת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

• נדרשת חתימת שתי אחיות.



טלפון: 03-6973531

דיווח על ארוע שבירת / אובדן סם מסוכן



NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסיעוד

שער הנוהל

מחלקה:	מרכז רפואי ת"א	נהלים בסיעוד:
הנושא:	הפרק: בטיחות החולים	החלק:
מספר: 01.2.4	הנוהל: טיפול בהעדרות חולה	
תאריך פרסום: דצמבר 2000		
בתוקף מיום: תאריך עדכון: יוני 2007		

תפוצה:  
 מתי אישפור  
 הנהלת הסיעוד, משלייט / כלליות  
 יחי לניהול סיכונים  
 מוקד בקרה  
 קבי"ט

שימו לב לשינויים בסעיפים: 3.1, 4.12, תרשימי זרימה



## הנהלת הסיעוד

## NURSING EXECUTIVE OFFICE

מעודכן ליוני 2007  
מס' נוהל 01.2.4

### נוהל לטיפול ב"העדרות מאושפז"

סימוכין: נוהל לטיפול ב"העדרות מאושפז", שרותי רפואה, חוזר מס' 45/95 מאי 1995, משה"ב.

#### 1 המטרה

- 1.1 מטרת נוהל זה, לקבוע דרכי התערבות במקרה של העדרות מאושפז מבית החולים.
- 1.2 הנוהל דן בתהליך, החל מגילוי ההעדרות, החיפוש אחר הנעדר והחזרתו למחלקת האישפוז.

#### 2 הגדרות

- 2.1 נעדר – מאושפז אשר עזב את המחלקה בבית החולים ללא ידיעת ואישור הרופא האחראי או האחות האחראית למשמרת.
- 2.2 להלן תאור המאושפזים שיוגדרו כמאושפים ב"סיכון":
  - 2.2.1 מאושפז עם ליקוי בשיפוט ו/ או התמצאות מחמת מחלתו או גילו.
  - 2.2.2 חולה שהוגדר ע"י פסיכיאטר כזקוק להשגחה או בעל הפרעה נפשית.
  - 2.2.3 ילדים.
  - 2.2.4 מאושפז אשר סובל ממחלה זיהומית מדבקת העלולה להוות סכנה לבריאות הציבור.
  - 2.2.5 כל מקרה אחר שעל פי שיקול דעת האחיות האחראית ורופא המחלקה הינו בסיכון.

#### 3 סמכות ואחריות

- 3.1 האחיות הכללית / משל"ט אחראית לניהול ארוע "העדרות מאושפז" ולהפעלת התהליך כולו. אחריות זו מואצלת אליה באישור מנכ"ל בית החולים.
- 3.2 ההחלטה על הגדרת החולה כחולה ב"סיכון" או "לא בסיכון" באחריות האחיות האחראית במחלקה / במשמרת, בחתייעצות משותפת עם רופא המחלקה עפ"י הקריטריונים שצויינו לעיל. בכל מקרה של ספק יש להתייעץ עם האחיות הכללית.

#### 4 הנחיות לפעולה - שימו לב! תחילה לברר האם החולה בסיכון או לא בסיכון

- 4.1 נתגלתה העדרותו של מאושפז, תודיע אחראית המשמרת לרופא המחלקה ובמשותף יעריכו עפ"י הנתונים אודות החולה, אם הנעדר הינו מאושפז ב"סיכון" בכל מקרה של ספק יש להתייעץ עם האחיות הכללית.
- 4.2 נקבע כי הנעדר הינו מאושפז ב"סיכון", יערך חיפוש מידי אחיו בתחומי המחלקה ובסביבה הקרובה.



NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסייעוד

- 4.3 לא אותר הנעדר "בסיכון" ע"י צוות המחלקה, תתקשר אחראית המשמרת באופן מיידי:
- לביתו של החולה.
  - לאחות הכללית / משלי"ט.
  - למוקד הבקרה.
- 4.4 לאחר קבלת הודעה על העדרות מאושפז, כל אחד מהגורמים לעיל יפעל על פי תרשים הזרימה המצורף לנוהל.
- 4.5 חיפוש בתחומי בית החולים אחר נעדר יתקיים רק כאשר הנעדר הוגדר ב"סיכון" – באחריות הקב"ט.
- 4.6 אם נקבע כי הנעדר הינו מאושפז "לא בסיכון" יערך חיפוש בתחומי המחלקה אולם ההודעה לגורמים כפי המפורט בסעיף 4.3 לעיל, תתבצע רק כעבור שעתיים מרגע גילוי היעדרו של המאושפז.
- 4.7 כעקרון, אחראית המשמרת, לא תעזוב את תחומי המחלקה, לצורך חיפוש אחר הנעדר מחוץ למחלקה. הקב"ט אחראי לחיפוש בשטח ביה"ח.
- 4.8 אם אותר הנעדר בשטח בית החולים או בשער הקב"ט או השומר בשער יעכבו בעדו באופן מילולי וינסו להחזירו.
- 4.9 הקב"ט יודיע לאחות הכללית על הימצאות החולה בשטח בית החולים.
- 4.10 האחות הכללית תזמין אלונקאי למקום הימצאות החולה, שילווה את החולה בחזרה למחלקה.
- 4.11 אם החולה מתנגד לחזרתו, והוא ב"סיכון", האחות הכללית תפעל להחזרתו. אם מסרב, תודיע למשטרה, ו/ או לשוטר תחנת המשטרה בבית החולים (הנמצא בשעות הבוקר).
- 4.12 אם לא אותר הנעדר בביתו או בשטח בית החולים תודיע האחות הכללית את דבר ההעדרות, למנהל רפואי תורן.
- באחריות אחות אחראית המשמרת במחלקה ליידע את הגורמים הבאים:**
1. למשטרה.
  2. במקרה של מאושפז שהגיע לביה"ח ממוסד אחר, למנהל המוסד המפנה.
  3. במיקרה של חייל – ליחידה ר"מ 2.
- 4.13 בכל הודעה למשטרה חובת האחות הכללית / משלי"ט לציין בדיווח הסייעודי את שעת הדיווח ואת שם מקבל הדיווח במשטרה.



NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסיעוד

4.14 להלן הפרטים שיש להעביר למשטרה בזמן הודעה על העדרות חולה:

א. פרטים אישיים:

שם + שם משפחה

גיל

כתובת

טלפון בבית ושל קרובי משפחתו.

ב. סיבת היות החולה בסיכון.

ג. תאור כללי:

גובה, מבנה גוף, סימנים חיצוניים כגון: לבוש, שיער, כתובת קעקע.

4.15 אותר הנעדר וחזר למחלקה:

רופא המחלקה יבדוק את הנעדר מיד עם שובו בדיקה גופנית כללית וירשום בגיליון האשפוז את שעת הבדיקה ואת ממצאיו.

4.16 האחות הכללית תידע מנהל רפואי תורן על תוצאות הטיפול בהעדרות חולה בסיכון.

4.17 עם גמר הטיפול בארוע: אחות כללית תודיע לבקרה על סיום הארוע, ותודא כי החפוישים אחר הנעדר הופסקו וכי נמסרה הודעה לכל הגורמים שדבר ההעדרות הובא לידיעתם.

4.18 בכל מקרה של העדרות מאושפז, דו"ח ארוע חריג יועבר ע"י האחות האחראית במחלקה ליחידה לניהול סיכונים. היחידה לניהול סיכונים תדווח למשרד הבריאות – כמקובל.

4.19 במטרה למנוע העדרות מאושפזים: אנשי הבטחון בשערי בית החולים, יעכבו כל אדם הלבוש בפיגימה של בית החולים, יבררו איתו לאן הוא הולך ומה סיבת היציאה, ואם מתעורר חשש ינסו לעכב בעדו באופן מילולי, ויודיעו מיד למחלקת הבטחון. אנשי הבטחון בשער יקבלו הנחיות לפעולה מהקב"ט האתראי.

**הערה: תרשימי הזרימה המצורפים מהווים חלק בלתי נפרד מהנוהל.**

- עידכון הנוהל נערך ע"י גבי אורית רוזנברג – מרכזת תחום בכירה קידום איכות.

בברכה,

דבורה גורן  
מנהלת הסיעוד

ד"ר הסגר  
סמנכ"ל בקרת איכות וניהול סיכונים



## היחידה לניהול סיכונים

## הנהלת הסיעוד

הנהלת הסיעוד 9-049-05

### שער הנוהל

מחלקה: הנהלת הסיעוד	מרכז רפואי ת"א:	נהלים בסיעוד
תנושא:	הפרק: בטיחות החולים	החלק: מנהל סיעודי
מספר: 01.2.8	הנוהל: <u>העברת "חולה במצב קריטי" מיעד ליעד</u>	
תאריך פרסום: אוקטובר 95 בתוקף מיום: נובמבר 95 תאריך עדכון: יולי 2010		

**תפוצה:**  
מנהלי מחלקות, אחיות אחראיות  
מחלקות אשפוז  
מכונים  
חדרי ניתוח  
חדרי מיון  
יחידת השינוע





היחידה לניהול סיכונים  
נוהל מס' 01.2.8  
מעודכן ליולי 2010

הנהלת הסיעוד

## נוהל העברת חולה במצב קריטי מיעד ליעד

### אסמכתאות

- חוזר מס' 57/90 משנת 1990 שרותי אשפוז/משרד הבריאות
- נוהל העברת חולה במצב קריטי מיעד ליעד, היחידה לניהול סיכונים/הנהלת הסיעוד מרת"א מעודכן יולי 2000.
- הנחיות להעברה בטוחה של חולים בסיכון גבוה ברחבי בית החולים, פרופ' סורקין וצוות היחידה לטיפול נמרץ כללי – מרת"א.
- Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med - 2004; 32:256-262

### בללי:

חולים המאושפזים ומטופלים ביחידות לטיפול נמרץ או לטיפול מוגבר בבית החולים, הם חולים בלתי יציבים, קשים ומועדים לפורענות. יכולתם לשרוד מצבי חירום-יורדה. לרוב הם נתמכים בתרופות אינוטרופיות, מחוברים לנקזים שונים, זקוקים להנשמה, להערכה תכופה ולהשגחה קפדנית. הוצאת החולים הללו מהסביבה התומכת והמגוננת והעברתם ברחבי בית החולים או לבית חולים אחר איננה משימה פשוטה. זוהי פעולה מורכבת, לעתים מסוכנת, שיש לשקול בכובד ראש את תועלתה הצפויה, כנגד הסיכון הכרוך בה. הרופא האחראי על ההעברה יתיחס ליציבות החולה ברשומה הרפואית.

### 1. מטרת הנוהל

1. להבטיח את שלום החולה בזמן ההעברה.
2. להגדיר דרכי פעולה המתבקשות ממצב חולה קריטי בזמן העברתו.

### 2. הגדרות

"חולה במצב קריטי" – יוגדר כאחד מאלה:

1. חוסר הכרה או הכרה מעורפלת
2. מצב המודינמי לא יציב או מטופל בתרופות וזופרסוריות או אינוטרופיות
3. הפרעות קצב מסכנות חיים ביממה האחרונה
4. מצב נשימתי לא יציב או זקוק למעל 40% חמצן כדי לשמור על סטורציה מעל 92%
5. עם צינור בקנה, להבדיל מטרכאוסטומיה כרונית, מונשם או נושם עצמונית
6. דמם פעיל משמעותי ממערכת העיכול (לשיקול דעתו של הרופא המטפל)
7. הפרעה מטבולית קשה העלולה לגרום באופן פתאומי להפרעה בקצב הלב או לפרכוס (לשיקול דעתו של הרופא המטפל)



## היחידה לניהול סיכונים

## הנהלת הסיעוד

### 8. פצוע עם חשד לפגיעות מהסוגים הבאים:

- א. מערכת עצבים מרכזית
- ב. בית החזה
- ג. דימום תוך בטני או חולה שבטנו פתוחה ומכוסה באורח ארעי
- ד. שבר בלתי יציב בעמוד השדרה הגבי או הצווארי
- ה. שברים נרחבים באגן הירכיים
- ו. תבלה רב מערכתית

### 3. סמכות

הסמכות להחלטה על העברת חולה במצב קריטי נתונה בידי הרופא המטפל.

**כל העברה של חולה במצב קריטי כרוכה בסיכון מוגבר למוות ולנזקים בלתי הפיכים.**

אי לכך, לפני כל העברה של חולה במצב קריטי יש לערוך דיון בין הרופא המטפל והרופא הבכיר לגבי התועלת הצפויה מהפעולה.

כמו כן, בטרם העברת חולה יש למצות את כל אפשרויות הטיפול / אבחון הניתנות לביצוע ליד מיטת החולה. יש להיזהר משנה זהירות ולקיים דיון עם מנהל רפואי תוך בטרם העברת חולה במצב קריטי מסיבות כלשהן לבית חולים אחר.

**מומלץ כי העברת חולים בשעות אחר הצהריים והערב, יתבצעו אך ורק עקב תנאים הנובעים ממצבו של החולה וצורכי הטיפול בו, ולא מסיבות אדמיניסטרטיביות.**

### 4. אחריות

1. באחריות האחות האחראית במשמרת להעריך את מצב החולה לקראת ההעברה. אם החולה עונה לקריטריונים בהגדרת חולה קריטי או להערכת האחות זקוק לליווי מסיבה אחרת, תיפנה לרופא המטפל ובמקרה של אי הסכמה לליווי רפואי, תיפנה לאחות כללית. הרופא והאחות המטפלים יתעדו את הנימוקים ברשומה הרפואית.
2. האחריות להכנת החולה לקראת ההעברה הינה של הרופא ושל האחות במחלקה המעבירה.
3. כל חולה במצב קריטי ילווה במהלך העברתו על ידי רופא שמנהל המחלקה או מי שמונה על ידו אישר, ומכיר את מצבו של החולה.
4. אחריות הרופא המלווה למסור את המידע על החולה ולהעבירו לרופא בנקודת היעד. הרופא המלווה ישהה ליד החולה עד להשלמת הליך זה.
5. האחריות לקליטת החולה ביחידה / מחלקה אליה עובר החולה הינה של הרופא והאחות ביחידה הקולטת.



## היחידה לניהול סיכונים

## הנהלת הסיכור

### 5. פעולות מכינות לקראת העברת חולה במצב קריטי

#### 5.1 תיאום

##### העברה לביצוע צילום או בדיקה:

רופא במחלקה יתאם עם רופא במכון כי החולה יוכנס לביצוע הבדיקה או הפעולה ללא השתייה מיותרת. יש לערב משלי"ט / אחות כללית בטרם ההעברה.

האחות השולחת תיידע את הצוות הסייעודי במכון אליו יועבר החולה, על העברתו ומצבו.

האחות השולחת תוודא בסיוע המשלי"ט / אחות כללית, אם יש צורך, כי בנקודת היעד ישנם כל האמצעים להמשך טיפול רציף בחולה.

האחות השולחת תיידע את המכון במידה והחולה הינו נשא של מחלה מידבקת או חיידק עמיד. אם אין אחות במכון אליו נשלח החולה, תתייעץ האחות עם המשלי"ט/אחות כללית.

**בהעברה בתוך המרכז הרפואי המרכז הרפואי יידע תיאום עם המחלקה המקבלת, של הצוות הרפואי והסייעודי, התאום מתבצע בסיוע המשלי"ט, האחות הכללית.**

#### 5.2 צוות מלווה

כל חולה במצב קריטי ילווה בעת העברתו בתוך בית החולים ע"י רופא המכיר את מצבו של החולה וקבל אישור ממנהל המחלקה או מי שמונה על ידו, ומכיר את ציוד ההעברה ואופן פעולתו.

ההחלטה על לוויו נוסף לחולים קשים במיוחד תתקבל בהתייעצות בין הרופא המטפל לאחות אחראית משמרת / משלי"ט / אחות כללית.

**העברה בין בתי חולים תתבצע ע"י אמבולנס מתאים שכולל צוות כהמת ידע ומיומנות מתאימים למצבו הרפואי של החולה על פי שיקולו של הרופא הבכיר האחראי, באישורו של מנהל רפואי תורן ובידיעת המשלי"ט / אחות כללית. לפני העברה יעשה תאום עם המחלקה המקבלת.**

אם החולה נמצא במצב בלתי יציב או קשה במיוחד, מומלץ כי ילווה ע"י רופא מרדים או רופא מיומן ממחלקת טיפול נמרץ.

#### 5.3 הכנת החולה

הואיל והחולה עתיד לשכב פרקדן ממושכות, מומלץ להעלות את מידת התמיכה הנשימתית לפרק ההעברה. מומלץ להעלות את ה PRESSURE SUPPOR ל- 20 (במידה ומונשם ע"י LPAP) או להעביר את החולה לצורת הנשמה מלאה כלשהיא.

**חשוב לבדוק כי החולה מסתדר מבחינה המודינמית ונשימתית בתנאי ההעברה בטרם יציאה לדרך.**

לאחר שהחולה מחובר למכשיר הנשמה נייד יש לוודא שלא חל שינוי במצבו הנובע מהחלפת המכשור. יש לוודא את תקינות מערכות האזעקה במכשירים המשמשים להעברה בסמוך להעברה.



## היחידה לניהול סיכונים

## הנהלת הסיעוד

### 5.4 ציוד

הציוד להעברה יוכן בהתאם למצב החולה ועל פי הוראות הרופא, מתוך הפירוט הבא:

1. לחולה מונשם:
  - א. מנשם נייד המסוגל לספק לחולה מדדי הנשמה דומים לאלו שטרם חיבורו לציוד העברה.
  - ב. שני בלוני חמצן מיחידת האלונקאים / תחבורה
2. בלון חמצן עם כמות מספקת לזמן ההעברה ועוד חצי שעה.
3. אמבו, מסכה תואמת עם רזרבואר, נתיב אויר.
4. ציוד אינטובציה – לפי הוראת הרופא המלווה
5. מוניטור דפיברילטור נייד
6. מכשיר למדידת ליד.
7. Pulse Oximeter.
8. תרופות החייאה חיוניות: אדרנלין, אטרופין
9. מלאי מספיק של תרופות נוספות בהן החולה תלוי בעיקר אינטרופים וזופרסורים.

### 5.4.1 הגדרת ערכה להעברה

באחריות א.א. במחלקה להכין ולתחזק ערכת החייאה להעברה, הכוללת:  
אמבו, AIRWAY, 2 קתטרים לשאיבה, צנור חיבור לחמצן, אמפולות אטרופין ואדרנלין, מזרקים ומחטים.

### 6. מהלך ההעברה

הרופא ישהה עם החולה עד להגעתו ליעד ומסירתו לצוות המטפל באתר היעד.  
בהעברות ממושכות יש לנטר סימנים חיוניים.

בטרם יציאה ליעד יש להצטייד במידע הכולל קשר טלפוני עם:

- רופא בכיר מהמחלקה השולחת
- רופא מהמחלקה המקבלת
- דלפק המחלקה המקבלת
- בקרה

כאשר תולה מועבר לשם ביצוע בדיקה ונדרשת המתנה באתר לפני הפעולה, הצוות הרפואי המלווה יישאר עם החולה עד להעברתו באופן מסודר לצוות רפואי במכון בו מתבצעת הפעולה.

לאחר ביצוע הבדיקה / פעולה החולה יועבר לצוות הרפואי שילווה אותו בחזרה למחלקה.  
**החולה ישהה באתר בהשגחת הרופא.**

בעת הגעה ליעד, הרופא יודא חיבור תקין למנשם ולמוניטור. כמו כן הרופא יעביר מידע רלבנטי על החולה, לצוות המטפל באתר היעד.



## היחידה לניהול סיכונים

## הנהלת הסיעוד

### 7. תיעוד

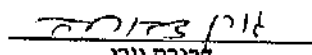
התיעוד יעשה בתוכנת הנמ"ר והתדפיס יתויק בגיליון החולה.

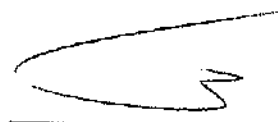
1. סיבת הגדרתו כתולה במצב קריטי
2. מטרת החעברה
3. שמות אנשי הצוות המטפל באתר היעד.
4. שמות אנשי הצוות המלווה.
5. ציוד העברה.
6. קצב עירווי נוזלים ושאר תרופות הניתנות באופן שוטף במהלך החעברה.
7. מצב החולה בעת יציאתו מהמחלקה ושעת יציאה – מצב הכרה, סימנים חיוניים, חמצון, קצב במוניטור, בדיקת מיקום טובוס, רמת גלוקוז בחולה סוכרת, תקינות צנרת, חיבורים וקיבועים.
8. במהלך החעברה, בעיקר אם ממושכת - סימנים חיוניים, קצב מוניטור וחמצון לפי מצב החולה לפחות פעמיים.
9. אירועים חריגים במהלך החעברה.
10. מצב החולה בעת הגעה ליעד ושעת הגעה – מצב הכרה, סימנים חיוניים, חמצון, קצב במוניטור, בדיקת מיקום טובוס, תקינות צנרת, חיבורים וקיבועים.
11. שמות אנשי הצוות הקולטים את החולה ביעד.

הנוהל נערך ע"י : ד"ר מוטי פריד / היחידה לניהול סיכונים

גב' אורית רוזנברג / מרכזת תחום בכירה קידום איכות

גב' מלכה שתם / יחידה לניהול סיכונים

  
לבורה גורן  
מנהלת הסיעוד

  
ד"ר חסנר  
סמנכ"ל לבקרת איכות וניהול  
סיכונים



מספר הנוהל: 3	שם הנוהל: היגיינת ידיים	
עמוד 1 מתוך 9	עודכן בתאריך: מרץ 2013	תקף מתאריך: יוני 2012

## נוהל להיגיינת ידיים

### תוכן

1. רקע
2. מטרת ההנחיות
3. סימוכין
4. חלות ואחריות
5. הגדרות
6. הנחיות
  - 6.1. תשתיות וציוד להיגיינת ידיים
  - 6.2. תכשיטים וציפורניים
  - 6.3. בעיות עור
  - 6.4. עיתוי היגיינת ידיים
  - 6.5. חיטוי ידיים ללא מים
  - 6.6. רחצת ידיים אנטיספטית
  - 6.7. רחצת ידיים כירורגית
  - 6.8. שימוש בכפפות
  - 6.9. ניטור היענות להיגיינת ידיים
7. נספחים
  - 7.1. נספח מס' 1: טופס לניטור היענות להיגיינת ידיים



שם הנוהל: היגיינת ידיים	מספר הנוהל: 3
תקף מתאריך: יוני 2012	עודכן בתאריך: מרץ 2013
	עמוד 2 מתוך 9

## 1. רקע

מרבית הזיהומים הנרכשים במוסדות רפואיים ניתנים למניעה. ידי הצוות המטפל הן גורם פעיל בהעברת מחוללי זיהום: ישירות ממטופל למישנחו, ממטופל לציוד או משטחים בסביבת המטופל וחוזר חלילה מצידוד או משטחים מזוהמים למטופלים אחרים. העברת זיהומים באמצעות ידיים של צוות מטפל מתרחשת כתוצאה של תהליך הכולל 5 מרכיבים: א. מחוללי זיהום נוכחים על עורו של מטופל או נשרו בסביבתו הקרובה

- מחוללי הזיהום הועברו לידי מטפל
- מחוללי הזיהום שורדים על ידי המטפל
- היגיינת ידיים לא נקטה או אינה יעילה
- המטפל בא במגע עם מטופלים נוספים וסביבתם.

חוכך בעבודות מרובות כי כשלון בהיענות להיגיינת ידיים של צוות מטפל הוא הסיבה הראשית להעברה צולבת של זיהומים במוסדות רפואיים, התפשטות של חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה והתפרצויות של זיהומים.

היגיינת ידיים ע"י צוות מטפל היא אמצעי פשוט ויעיל לשבירה של שרשרת ההעברה של מחוללי זיהום במוסדות רפואיים, כאשר ננקטת מיד לפני מגע במטופל ומייד לאחר המגע במטופל או בסביבתו. שבירת השרשרת מקטינה היארעות של זיהומים נרכשים במוסדות רפואיים ומונעת התפשטות של חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה.

השימוש הקבוע בתכשירים לחיטוי ידיים על בסיס אלכוהול במוסדות רפואיים מעלה את ההיענות להיגיינת ידיים אצל הצוות המטפל בהיותו נוח לשימוש, זמין, חוסך זמן וידידותי לעור הידיים. בהתאם להמלצות הספרות המעודכנות, קובץ הנהיות זה מעודד שימוש בחיטוי ידיים ללא מים ע"י תכשירים על בסיס אלכוהול כאמצעי המועדף להיגיינת ידיים במוסדות רפואיים, ומחייב זמינות מירבית של תכשירים לחיטוי ידיים בכל אתר בו מטופלים חולים.

## 2. מטרת ההנחיות

- הגדרת שיטות אחידות להיגיינת ידיים כולל האמצעים הנדרשים ומידע טכני.
- הגדרת אמצעים נדרשים להגברת ההיענות להיגיינת ידיים במוסדות רפואיים כולל ניטור תקופתי של היענות הצוות המטפל להנחיות.

## 3. סימוכין

- 3.1. היגיינת ידיים במוסדות רפואיים 2009. חוזר רפואה מס 24/2009.
- 3.2. WHO, 2009. Guidelines on hand hygiene in health care.
- 3.3. CDC, 2002. Guidelines for hand hygiene in healthcare settings.



מספר הנוהל: 3	שם הנוהל: היגיינת ידיים	
עמוד 3 מתוך 9	עודכן בתאריך: מרץ 2013	תקף מתאריך: יוני 2012

#### 4. חלות ואחריות

- 4.1. צוות מטפל בבית החולים חייב בהיגיינת ידיים ע"פ ההנחיות המפורטות במסמך זה.
- 4.2. הנהלת ביה"ח אחראית לספק האמצעים הנחוצים לביצוע היגיינת ידיים בכל חדר, יחידה או אתר בו מאושפזים, נבדקים או מטופלים חולים, ולתמוך באופן פעיל בקידום ההיענות של הצוות המטפל להנחיות להיגיינת ידיים כמפורט במסמך זה.
- 4.3. היחידה לאפידמיולוגיה אחראית על ניטור תקופתי של מידת היענות של הצוות המטפל להנחיות להיגיינת ידיים ומתן המלצות למנהל בית החולים לשיפור היענות הצוות המטפל.

#### 5. הגדרות

- 5.1. "בית החולים" – בית חולים הכללי "איכילוב", ביה"ח "ליס" לילודות, ביה"ח "דנה-דואק" לילדים, וביה"ח השיקומי ע"ש אידה סוראסקי.
- 5.2. "סביבה טיפולית" – סביבת המטופל הכוללת את המטופל והמשטחים הסמוכים כולל ציוד במגע ישיר ובלתי ישיר עם המטופל. הסביבה הטיפולית מזדהמת במהירות במחוללים שמקורם במטופל.
- 5.3. "צוות מטפל" – צוות במגע ישיר עם מטופלים, סביבה טיפולית וציוד בסביבה הטיפולית.
- 5.4. "פלורה קבועה" – פלורה נורמלית של העור, מיקרואורגניזמים הנמצאים דרך קבע על עור הידיים של מרבית בני האדם; כוללת חיידקים ספרופיטים שאינם מחוללי זיהום כל עוד לא הוחדרו אקטיבית לאתר גוף אחר. דוגמאות: diphtheroids, coagulase-negative staphylococci.
- 5.5. "פלורה חולפת" – מיקרואורגניזמים הנישאים על הידיים של צוות מטפל לאחר מגע עם מטופלים, ציוד או סביבה במוסד רפואי. כוללת מחוללים גרם שליליים וגרם חיוביים אלימים, מחוללים יציבים לאנטיביוטיקה ומחוללים סביבתיים.
- 5.6. "היגיינת ידיים" – (hand hygiene) מיכלול הפעולות המביאות לידיים נקיות ממחוללי זיהום.
- 5.7. "רחצת ידיים" – (hand washing) – תהליך של הסרת לכלוך ואוכלוסיית מיקרואורגניזמים הנישאים על הידיים באמצעות מים זורמים וסבון.
- 5.8. "רחצת ידיים אנטיספטית" – (antiseptic hand washing) תהליך של הסרת לכלוך, הסרה והשמדה של מחוללי זיהום הנישאים על הידיים באמצעות מים זורמים וסבון אנטימיקרוביאלי.





מספר הנוהל: 3		שם הנוהל: היגיינת ידיים
עמוד 4 מתוך 9	עודכן בתאריך: מרץ 2013	תקף מתאריך: יוני 2012

- 5.9. "חיטוי ידיים ללא מים" - (antiseptic handrub, waterless handrub) חיטוי הידיים באמצעות שפשוֹפן עד יבוש בתכשיר על בסיס אלכוהול.
- 5.10. "רחצת ידיים כירורגית" - (surgical hand antisepsis) - תהליך של הסרה והשמדת מיקרואורגניזמים חולמים והפחתת פלורה קבועה לפני ביצוע פעולה כירורגית.
- 5.11. "סבון רגיל" - (non-antimicrobial soap, cosmetic soap) - דטרגנט, ללא פעילות אנטימיקרוביאלית.
- 5.12. "סבון אנטימיקרוביאלי" - (antimicrobial soap) סבון המכיל מרכיבים המעכבים או מקטינים את אוכלוסיית המיקרואורגניזמים על העור. (כגון: כלורקסידין בריכוז 2%-4%).
- 5.13. "תכשיר לחיטוי ידיים על בסיס אלכוהול" - (alcohol-based hand rub) תכשיר (נוזל, ג'ל, קצף) שנועד לחיטוי ידיים ללא מים, מכיל לפחות סוג אלכוהול בריכוז 60%-95% ומרכך (כגון גליצרול), עם או בלי מרכיב אנטימיקרוביאלי נוסף (כגון כלורקסידין בריכוז 0.5%).
- 5.14. "תכשיר לחיטוי ידיים לפני פעולות כירורגיות" - כגון תכשיר לחיטוי ידיים על בסיס אלכוהול.

## 6. הנחיות

### 6.1. תשתיות וציוד להיגיינת ידיים

#### 6.1.1. כיור

- 6.1.1.1. בכל חדר בו מטופלים חולים יהיה לפחות כיור אחד. ייעודי לרחצת ידיים בלבד (שאינו מיועד לרחצת מכשירים או לשימושים אחרים).
- 6.1.1.2. הכיור או הכיורים יהיו על פי תקן לכיור לרחצת ידיים. כיור בחדר השירותים של החולה אינו מיועד לרחצת ידיים של הצוות המטפל.
- 6.1.1.3. מס' הכיורים בחדר יהיה מתאים לגודלו, מס' המטופלים ותהליכי העבודה, על פי המפרט הארכיטקטוני הנאות ליעוד החדר וגודלו.
- 6.1.1.4. בכיורים בחדרי חולים / חדרי בדיקה / חדרי טיפולים – יש להעדיף ברז הניתן לסגירה בלחיצה ע"י מרפק או ברז אוטומטי.

#### 6.1.2. סבון אנטימיקרוביאלי

- 6.1.2.1. בכל עמדת רחצת ידיים באזורי טיפול בחולים יהיה סבון אנטימיקרוביאלי במיכל חד-פעמי המחובר למתקן לחיץ.
- 6.1.2.2. אין להוסיף סבון למיכל ריק למחצה או להעביר סבון ממיכל למיכל.



שם הנוהל: היגיינת ידיים	מספר הנוהל: 3
תקף מתאריך: יוני 2012	עודכן בתאריך: מרץ 2013
	עמוד 5 מתוך 9

### 6.1.3. ייבוש ידיים

- 6.1.3.1. בכל עמדת רחצת ידיים יש להתקין מיכל למגבות נייר חד-פעמיות המאפשר גלילה נוחה של מגבת הנייר ללא מגע בידית.
- 6.1.3.2. אין להשתמש במגבות לשימוש רב פעמי בעמדת רחצת ידיים
- 6.1.3.3. השימוש במתקן לייבוש ע"י אוויר אסור בעמדות רחצת ידיים בחדרי חולים / חדרי בדיקה / חדרי טיפולים ואינו מומלץ בכניסה לחדר אוכל ובחדרי שירותים של צוות מטפל.

### 6.1.4. תכשיר לחיטוי ידיים על בסיס אלכוהול

- 6.1.4.1. באזורי טיפול בחולים, יהיו זמינים מיכלים אחדים נוחים לשימוש של תכשיר לחיטוי ידיים ללא מים, עם תווית זיהוי ברורה.
- 6.1.4.2. המיכל יהיה חד פעמי ומחובר למתקן לחץ.
- 6.1.4.3. בכל חדר בו מטופלים חולים יוצבו מיכלים לחיטוי ידיים בעמדת כל מטופל במקום נוח לגישה של הצוות המטפל.
- 6.1.4.4. מיכל יוצב על כל עגלת טיפולים, עגלת ביקור רפואי, עגלת דמים וכו'.
- 6.1.4.5. מיכל יוצב על כל משטח עליו מוצבות כפפות.
- 6.1.4.6. באזורים בהם מטופלים שוחים על אלונקות וכורסאות, כגון בחדר מיון, מרפאות, יחידות דיאליזה, מכון צינתורים וכו' יוצבו מיכלים עם תכשיר לחיטוי ידיים במקומות נוחים לגישה של צוות מטפל ליד כל מטופל.
- 6.1.4.7. אין להוסיף אלכוהול למיכל ריק למחצה או להעביר אלכוהול ממיכל למיכל.

### 6.2. תכשיטים וציפורניים

- 6.2.1. חל איסור מוחלט על ענידת תכשיטי אצבעות במהלך העבודה.
- 6.2.2. חל איסור מוחלט על הרכבת ציפורניים מלאכותיות.
- 6.2.3. יש להקפיד על ציפורניים קצרות באורך מקסימלי של 0.5 ס"מ.
- 6.2.4. באם נעשה שימוש בלק לציפורניים, הלק יהיה שלם וחלק ללא קישוטים מודבקים.
- 6.2.4.1. חל איסור על שימוש בלק לעובדים בחדרי ניתוח.

### 6.3. בעיות עור

- 6.3.1. איש צוות מטפל הסובל מדלקת, זיהום או תהליך אחר הפוגם בשלמות עור הידיים יודיע לממונה הישיר אשר ייוועץ בממונה מניעת זיהומים בבית החולים לגבי כשירותו של איש הצוות לטפל בחולים במצבו זה והאמצעים הנוספים הנדרשים.



שם הנוהל: היגיינת ידיים	מספר הנוהל: 3
תקף מתאריך: יוני 2012	עודכן בתאריך: מרץ 2013
	עמוד 6 מתוך 9

6.3.2. איש צוות מטפל שאינו יכול לבצע היגיינת ידיים עקב פגיעה בעור הידיים כגון פציעה, חבישה, דלקת וכ"י - אינו רשאי לטפל בחולים או בסביבתם. סיכוך עור הידיים יעשה ע"י קרם באריזה אישית או במיכל לחץ, לפני ואחרי העבודה ובהפסקות.

#### 6.4. עיתוי היגיינת ידיים

- 6.4.1. כללי: היגיינת ידיים של צוות מטפל במוסדות רפואיים, נוספת על היגיינה אישית הכוללת: רחצת ידיים לפני האוכל, רחצת ידיים לפני הטיפול במזון, רחצת ידיים לאחר ביקור בשירותים ומגע בחפרשות ורחצת ידיים לאחר מגע בבע"ח וסביבתם.
- 6.4.2. יש לרחוץ ידיים במים זורמים וסבון אנטימיקרוביאלי כאשר יש לכלוך נראה בעין על הידיים, בטיפול בחולים משלשלים, בטיפול בחולים עם חשד לזיהום ע"י חיידקים יוצרי נבגים (*Clostridium spp.*, *Bacillus anthracis*), לאחר ביקור בשירותים במהלך העבודה ובמצבים בהם תכשיר לחיטוי ידיים ללא מים אינו זמין.
- 6.4.3. יש להעדיף ולקדם היגיינת ידיים באמצעות חיטוי ידיים ללא מים בתכשיר על בסיס אלכוהול כאשר לא נראת לכלוך על הידיים בכל המצבים הבאים:
- 6.4.3.1. לפני ואחרי מגע ישיר במטופל
  - 6.4.3.2. לפני עטיית כפפות ולאחר הסרתן
  - 6.4.3.3. לפני הכנת מזון או תרופות לחולים
  - 6.4.3.4. במעבר מאתר גוף מזוהם לנקי באותו מטופל
  - 6.4.3.5. לאחר כל מגע בסביבת חולה כולל משטחים וציוד

#### 6.5. חיטוי ידיים ללא מים

- 6.5.1. מטרה: השמדת פלורה חולפת, כאשר הידיים נקיות מחומרים אורגניים ולכלוך מקרוסקופי אחר.
- 6.5.2. אמצעי: תכשיר לחיטוי ידיים על בסיס אלכוהול (בבית החולים נמצא בשימוש תרחץ יספטולי המכיל 70% alcohol + 0.5% chlorhexidine + מרכז).
- 6.5.3. אופן הביצוע: שפשוף משטחי כפות הידיים הקדמיים והאחוריים, בין אצבעות הידיים וקצות האצבעות ב- 3-5 ml של החומר במשך כ- 20-30 שניות עד נידוף החומר באוויר.



מספר הנוהל: 3	שם הנוהל: היגיינת ידיים	
עמוד 7 מתוך 9	עודכן בתאריך: מרץ 2013	תקף מתאריך: יוני 2012

## 6.6. רחצת ידיים אנטיספטית

- 6.6.1. מטרה: הסרת לכלוך ומחוללי זיהום, השמדת פלורה חולפת.
- 6.6.2. אמצעי: מים זורמים, סבון אנטימיקרוביאלי ומגבת נייר חד פעמית (הסבון האנטימיקרוביאלי השגרתי: 4% chlorhexidine scrub).
- 6.6.3. אופן הביצוע: הרטבת הידיים במים ושפשוף משטחי כפות הידיים הקדמיים והאחוריים, בין אצבעות הידיים וקצות האצבעות הידיים בסבון, שטיפת הסבון וניגוב הידיים.

## 6.7. רחצת ידיים כירורגית

- 6.7.1. מטרה: הסרת לכלוך ומחוללי זיהום, השמדת פלורה חולפת, הפחתת זמנית של הפלורה הקבועה על הידיים.
- 6.7.2. אמצעי: מים זורמים, סבון אנטימיקרוביאלי ומגבת סטרילית (במרבית המוסדות הרפואיים הסבון האנטימיקרוביאלי השגרתי: 4% chlorhexidine scrub).
- 6.7.3. אופן הביצוע ראה נוהל ייעודי מסי 6.2-2010.

## 6.8. שימוש בכפפות

- 6.8.1. השימוש בכפפות אינו תחליף לחיטוי או לרחצת ידיים.
- 6.8.2. השימוש בכפפות כחלק מ"אמצעי זהירות שגרתיים" נועד להגן על ידי צוות מטפל ויעשה בכל מגע חזוי עם דם, נוזלי גוף והפרשות, ריריות ועור לא שלם של מטופלים או מגע בצידוד וסביבה מזוהמים באלמנטים הנייל.
- 6.8.3. השימוש בכפפות כחלק מ"בידוד מגע" נועד למנוע העברה של מחוללים המועברים במגע כגון, חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה, ויעשה בכל כניסה למתחם בידוד מגע כולל במגע עם עור שלם או סביבה של חולה.
- 6.8.4. עטיית כפפות כחלק מאמצעי זהירות שגרתיים תעשה בסמוך לפעולה ומיד לאחר חיטוי או רחצת הידיים.
- 6.8.5. אין להשתמש בזוג כפפות אחד ליותר ממטופל אחד.
- 6.8.6. במטופל יחיד, בפעולות ובמצבים בהם יש להגן על הידיים בכפפות (6.8.2 ו-6.8.3) יש להסיר הכפפות או להחליפן במעבר מאתר גוף מזוהם לאתר גוף נקי או למגע בסביבת החולה.
- 6.8.7. לאחר הסרת הכפפות יש לחטא ידיים או לרחוץ ידיים.



שם הנוהל: היגיינת ידיים

מספר הנוהל: 3

תקף מתאריך: יוני 2012

עודכן בתאריך: מרץ 2013

עמוד 8 מתוך 9

- 6.8.8. השימוש בכפפות סטריליות, כחלק מנוהל עבודה אספטית, נועד להקטין את הסיכון להחדרת פלורה קבועה על ידי הצוות המטפל לאתר גוף סטרילי של מטופל, כגון בביצוע פעולות פולשניות או כירורגיות.
- 6.8.9. אין לרחוץ ו/או לחטא כפפות!

### 6.9. ניטור היענות להיגיינת ידיים

6.9.1. ניטור החיענות להיגיינת ידיים הוא כלי ראשון במעלה בשיפור ההיענות לאמצעי מניעת זיהומים זה.

6.9.2. השיטה המועדפת לניטור היא הצפיית מובנית על ביצוע ההיגיינת ידיים של צוות מטפל (ניטור ישיר).

6.9.3. בבית החולים נקבעה תוכנית שנתית לניטור היענות להיגיינת ידיים ע"י צוות מניעת זיהומים..

6.9.3.1. היענות להיגיינת ידיים פנים מחלקתית תבוצע ע"י צוות מחלקתי בהדרכת צוות היחידה לאפידמיולוגיה. טופס לניטור ההיענות מופיע בנספח מס' 1.

6.9.3.1.1. האינדקסיות להיגיינת ידיים יהיו:

6.9.3.1.1.1. לפני מגע במטופל

6.9.3.1.1.2. אחרי מגע במטופל ובסביבתו

6.9.3.1.2. מגע - במטופל יסומן "1" מגע בסביבת יסומן "2"

6.9.3.1.3. אופן ביצוע - תקין יסומן "1" אופן ביצוע שגוי יסומן "0"

6.9.3.2. המונה- מספר הפעמים בהן בוצעה היגיינת ידיים.

המכנה – מספר הפעמים בהן היגיינת להיגיינת ידיים.  
מס' פעולות היגיינת הידיים שנצפו

מס' הזדמנויות נדרשות להיגיינת ידיים שנצפו

6.9.4. היחידה לאפידמיולוגיה תעביר משוב תקופתי למנהל ב"ח ולצוות המטפל על הניטור התקופתי המוסדי והמלצות לשיפור החיענות.

מס' 2013	נכתב ע"י: איריס פפר - מרכזת תחום אפידמיולוגיה
	ד"ר ורד שכנר - היחידה לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת
	אושר ע"י: פרופ' י. כרמלי – מנהל היחידה לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת





NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסיעוד

שער הנוהל

מחלקה : הנהלת הסיעוד	מרכז רפואי ת"א :	נהלים בסיעוד
הנושא :	הפרק : בטיחות החולים	החלק : מנהל סיעודי
מספר : 01.2.1	הנוהל : חובת דיווח על ארוע חריג	
תאריך פרסום : 1993 בתוקף מיום : תאריך עדכון : אוקטובר 2011		

**תפוצה :**

מחלקות אשפוז  
מערך אמבולטורי  
משלי"ט / אחיות כלליות  
היחידה לניהול סיכונים  
בית הספר לאחיות



NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסייעוד

מס' נוהל: 01.2.1  
מעודכן לאוקטובר 2011

חובת דיווח על ארוע חריג

סימוכין:

1. נוהל הטיפול באירוע חריג בשירותי בריאות הציבור חוזר מס' 7-2006 משרד הבריאות.
2. הנחיית סמנכ"ל בקרת איכות וניהול סיכונים מרכז רפואי ת"א – דיווח על אירועים חריגים ליחידה לניהול סיכונים. פברואר 2011
3. חוזר מנכ"ל מיום 24.2.97 מספר 1/97
4. חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996
5. חוזר מנהל הרפואה מיום 3.9.95 מספר 30/95

1. מטרות:

- 1.1 הפחתת אירועים חריגים בטיפול במטופלים.
- 1.2 הבחרת הפעולות שעל כל עובד לנקוט, במקרה של אירוע חריג.

2. עקרונות:

- 2.1 דיווח על אירוע חריג על פי ההגדרה ובנוסף על פי שיקול דעת.
- 2.2 דיווח על מקרים של "כמעט" אירוע.
- 2.3 שימוש בטופס אחיד. (מצורף לנוהל)
- 2.4 ביצוע תחקיר שורש, בהתאם להחלטת הצוות לניהול סיכונים.

3. הגדרות:

- 3.1 **אירוע חריג** - כל אירוע רפואי/סיעודי או אתר הקשור בטיפול במטופל בבית החולים והמסתיים באופן שונה מהמצופה על בסיס התוכנית הטיפולית.
- 3.2 **כמעט אירוע** - אירוע שעלול היה להסתיים כאירוע חריג, אולם בפועל הסתיים כמצופה.
- 3.3 **תחקיר שורש** - תחקור תהליכים למטרות למידה, טיפול בכשלים ומניעת הישנות.

4. ביצוע:

- 4.1 בכל מקרה של אירוע חריג (כמפורט ברשימה המצורפת) או "כמעט אירוע" ובנוסף לפי שיקול דעת העובד קיימת חובת דיווח של איש הסגל המעורב באירוע או המזהה את האירוע לדווח לגורמים הבאים:

בעל פה -

- א. לרופא המטפל ולאחראית המשמרת לשם בדיקת המטופל ומתן טיפול מיידי בהתאם לצורך.
- ב. לאחות המשלייט או לאחות הכללית.
- ג. לאחות האחראית
- ד. למנהל המחלקה או לרופא הכונן.

בכתב -

- א. מילוי טופס הדיווח בסמוך למועד התרחשות האירוע החריג, והעברת הדיווח לממונה ניהול סיכונים באמצעות הממונה הישיר או באופן ישיר, לכל המאוחר למחרת בבוקר.  
במקרי פטירה המחייבת דיווח – על הדיווח להגיע ליחידה לניהול סיכונים לא יאוחר מ- 24 שעות מהפטירה.





NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסייעוד

- 4.2 טיפול באירוע המדווח על ידי צוות ניהול סיכונים:  
א. ביצוע תחקיר שורש והגשת המלצות לממונים. אישור ההמלצות ע"י סמנכ"ל לניהול סיכונים ו / או מנהלת הסייעוד.  
ב. יישום ההמלצות ע"י מנהל התחום  
ג. הפצת המידע על האירוע למטרות למידה, ע"י מנהל התחום ובהחלטתו.

**5. האירוע חריג יתועד על גבי טופס "דוח אירוע חריג":**

5.1 אירועים מחייבי דיווח:

**5.1.1 פטירת מטופל:**

- א. מוות של מטופל שטרם מלאו לו 30 שנים, ושאינו תוצאה של מחלה ממארת או מחלה ניוונית כרונית.  
ב. מוות של מטופל תוך פחות מיממה מזמן אשפוזו או מזמן ביצוע טיפול בבית החולים.  
ג. מוות של מטופל בזמן ניתוח, ועד שבוע מהניתוח האחרון שעבר בבית החולים.  
ד. מוות של מטופל בזמן פעולה פולשנית ועד שבוע מזמן ביצוע הפעולה הפולשנית.  
ה. כל פטירה בלתי צפויה אחרת.

**5.1.2 נפילות:**

- א. כל אירוע של נפילת מטופל בזמן אשפוזו או קבלת טיפול בבית החולים. הנפילה תדווח בין אם נגרם נזק למטופל ובין אם לא.

**5.1.3 בתחום הכירורגי:**

- א. כל תוצאת ניתוח שלא הייתה מתוכננת ובעטיה נגרם נזק למטופל. כולל סיבוכים משמעותיים ( פגיעה בכלי דם גדולים, דלף או קרע של השקה במעיים וכו').  
ב. כל ניתוח חוזר באשפוז, שלא היה מתוכנן מראש.  
ג. כל זיהום משמעותי שיש למטופל לאחר ניתוח, הדבקה ע"י אחד משורת החיידקים העמידים לאנטיביוטיקה, וזיהום במיטת הניתוח שמחייב פעולה כירורגית נוספת.  
ד. ניתוח באיבר שלא תוכנן לניתוח או לא התקבלה לגביו הסכמה של המטופל.  
ה. השארה בלתי מכוונת של פריט כלשהו משדה הניתוח לאחר סיום הניתוח.  
ו. כל סיבוך משמעותי הקשור להרדמה.  
ז. כל פגיעה בלתי צפויה במטופל במהלך שהותו בחדר הניתוח, בהתעוררות ובזמן העברתו למחלקת.

**5.1.4 בתחום המיילדותי:**

- א. פטירת יולדת במהלך לידה או תוך שבוע מהלידה.  
ב. לידת עובר מת.  
ג. פטירת יילוד במהלך או בסמוך ללידה.  
ד. סיבוך רפואי ו/ או כירורגי לילודת במהלך הלידה ( דם חריג, כריתת רחם בלתי מתוכננת וכו').  
ה. סיבוך רפואי לילוד שלא מסיבה גנטית ( דם תוך או חוץ מוחי וכו').  
ו. כל אירוע בלתי צפוי אחר לילודת ו/או לילוד.

**5.1.5 סיבוכים נוספים:**

- א. כל סיבוך בפעולה פולשנית ( קרע של מעי בקולונוסקופיה, חזה אויר כתוצאה מעירווי מרכזי וכו')  
ב. טעות במתן דם.  
ג. טעות באבחון רפואי או השהייה בטיפול שגרמה לנזק למטופל.  
ד. טעות בזיהוי המטופל שהביאה לטיפול שגוי.



NURSING EXECUTIVE OFFICE

הנהלת הסיעוד

5.1.6 תאונות:

- א. כווייה של מטופל בזמן אשפוז או טיפול רפואי בבית החולים.
- ב. פגיעה במטופל ע"י מכשיר רפואי ( הפעלה לא נכונה של מכשיר, מכשיר לא תקין).
- ג. פגיעה במטופל ע"י מטופל אחר.
- ד. נזק לאיבר בזמן ביצוע פעולה ( שבירת שיניים בזמן אינטובציה וכו').

5.1.7 טעויות בתרופות:

- א. כל טעות במתן טיפול תרופתי; מינון, סוג התרופה, זיהוי מטופל וכדומה, בין אם נגרם נזק למטופל ובין אם לא.

5.1.8 המטופל עצמו:

- א. התאבדות תוך כדי אשפוז או טיפול בבית החולים.
- ב. ניסיון אובדני תוך כדי אשפוז, טיפול או שהייה בבית החולים.
- ג. אי שיתוף פעולה של מטופל או משפחתו שגרמו באופן ישיר נזק למטופל ( סירוב קבלת תרופה, סירוב להליך אבחוני וכו').

5.1.9 אובדן / נזק לציוד:

- א. אובדן או נזק לציוד אישי חיוני ( מכשיר שמיעה, שיניים תותבות, עזרי הליכה וכדומה).

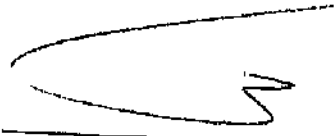
5.4 בכל מקרה של ספק לגבי הדיווח ניתן להתייעץ עם:

- ד"ר הסנר - סמנכ"ל לבקרת איכות וניהול סיכונים
- גבי אורית רוזנברג - מרכזת תחום בכירה קידום איכות הטיפול והשירות, הנהלת הסיעוד
- גבי חנה פטשורניק - אחות אחראית ניהול סיכונים ובקרת איכות, יח' לניהול סיכונים

נערך ע"י: גבי אורית רוזנברג - הנהלת הסיעוד  
גבי חנה פטשורניק - יח' ניהול סיכונים  
גבי אביבית שמעון

זוין צדוקה  
זכורה גורן

מנהלת הסיעוד

  
ד"ר הסנר  
סמנכ"ל לבקרת איכות וניהול  
סיכונים

# מדינת ישראל, משרד הבריאות

## חוזר מינהל הסיעוד

24/9/2007

תאריך

71

מס'

אחריות משמרת ביחידות מיוחדת - עדכון חוזר מס' 30 א'

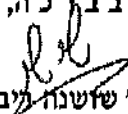
נושא:

חוזר מס' 30 מיום 26.12.99 קבע את הסטנדרט לביצוע אחריות משמרת ביחידות מיוחדות לרמת אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי. מכון שתמהיל האחיות דאז לא אפשר יישום ההנחיה במלואה, נתנה תקופת מעבר לביצוע אחריות המשמרת ביחידות מיוחדות לפרקי זמן שונים.

עקרי העדכון:  
סיום תקופת המעבר ומיסוד תפקיד אחריות המשמרת ביחידות מיוחדות, לרמת אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת, בתחום רלוונטי בלבד.

לוט: פרוט העדכון להנחיה "אחריות משמרת ביחידות מיוחדות".

בברכה,

  
ד"ר שושנה ליב"א  
אחות ראשית ארצית  
וראש מינהל הסיעוד

העתק: פרופ' א. ישראלי, המנכ"ל  
ד"ר ב. לב, משנה למנכ"ל

NDint-71



הנחיות

מס' ההנחיה: 0307-ח-6

שם ההנחיה: אחריות משמרת ביחידות מיוחדות

הנחיה -  
רף חמבטיה איכות  
מינימלית

תחומים:

- 1- בחינות
- 2- תקציב
- 3- בקה
- 4- הכשרה והשתלמויות
- 5- רישום ורישוי
- 6- תפקוד מקצועי
- 7- קישורים למנכ"ל
- 8- קישורים למינהל הרמאה

תחום: תפקוד מקצועי מחלקה: הנחיות מקצועיות

מטרה:

סיום תקופות המעבר ומיסוד תפקיד אחריות המשמרת ביחידות מיוחדות כפי שהוגדר בנוהל 30 א', לרמת אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת כמשתמע מהתקנות, בתחום הרלוונטי בלבד.

עיקרי ההנחיה:

אחראית המשמרת בכל היחידות המיוחדות, תהיה אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום הרלוונטי, שעמדה בתנאים ומונתה כנידרש.

אוכלוסיית יעד: כלל האחיות

אחריות ליישום: מנהלות הסיעוד בבתי החולים, בקהילה ומוסדות פרטיים

תאריך החלה: 1.1.2008

תאריך פרסום: 24.9.2007

מחליף הנחיה: "אחריות משמרת ביחידות מיוחדות"

מס': 30 א' מתאריך: 26.12.99

עיקרי השינוי:

החל מתאריך ה- 01.01.08 אחראית המשמרת תהיה אחות מוסמכת בעלת השתלמות מוכרת בתחום הרלוונטי.

יחידות:

- פמ - פיתוח מקצועי
- חמ - הנחיות מקצועיות
- חס - הסמכה
- בח - בחינות
- נכ - ניהול כספים
- מג - מנהלה

חותימה:

ענת מרגל

מרכזת בקרת הנחיות מקצועיות

רקע:

כח אדם סיעודי המוצב ביחידות המיוחדות נדרש לקבל החלטות קליניות ולפתור בעיות מורכבות באופן מידי. פעולות אלו נסמכות על ידע רב ושימוש בטכנולוגיות מתקדמות. בשנת 1999 הופצה הנחיה הקובעת כי אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי, תכהן כאחראית משמרת. נקבעה תקופת מעבר בין השנים 2000-2006, מכיון שתמהיל כח האדם דאז לא אפשר את יישום ההנחיה במלואה. כיום יש במדינת ישראל כ- 12.000 אחיות מוסמכות בעלות הכשרה על בסיסית.

לאור האמור לעיל, מסתיימת תקופת המעבר ובתפקיד אחראיות משמרת "ביחידות מיוחדות", תוצבנה אחיות מוסמכות בוגרות הכשרה על בסיסית בתחום הרלוונטי, בלבד.



הנחיות

פירוט ההנחיה:

א. יחידה מינוחדת - יחידה המתמחה בתחום קליני ובה מרוכזים חולים במצב רפואי מורכב וקריטי. הטיפול כולל בין השאר השגחה, ניטור והתערבות באמצעים טכנולוגיים מתקדמים.

ב. פירוט היחידות המיוחדות וההכשרה הנדרשת בכל תחום לביצוע אחריות משמרת:

השתלמות מוכרת ב:	יחידות המיוחדות
נפרולוגיה	המודיאליזה ודיאליזה פריטונאלית
טיפול נמרץ משולב	ט.נ כללי, ט.נ ניתוחי חזה ולב, ט.נ נוירוכירורגי, ט.נ לב, יחידות ביניים, יחידות צינתורים, התאוששות/ התעוררות, כוויות, יחידת השתלות אברים
טיפול נמרץ פגים	ט.נ פגים
טיפול נמרץ ילדים	ט.נ ילדים
רפואה דחופה	מרכזים לרפואה דחופה
אונקולוגיה	מכונים אונקולוגיים והמטואונקולוגיים, מחלקות המטואונקולוגיות ואונקולוגיה.
חדר ניתוח	חדרי ניתוח
מילדות	ח. לידה

ג. אחריות משמרת:  
אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי, עליה הואצלו סמכויותיה של אחראית היחידה, לשם ניהול הטיפול בחולים והמחלקה במשמרת מוגדרת.

ד. כח אדם סיעודי ביחידות מיוחדות:  
ד.1 אחות אחראית ביחידה מיוחדת, הינה בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי.  
ד.2 ביחידה מיוחדת מועסקות אחיות מוסמכות בוגרות השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי, בתמהיל מתאים לביצוע אחריות משמרת.  
ד.3 בחדרי לידה יועסקו אך ורק מיילדות.

1. מינוי:

1.1 סמכות המינוי:  
בסמכותה ואחריותה של האחיות האחראית על היחידה, למנות לתפקיד אחריות משמרת, אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי. המינוי יתועד בתיק האישי של האחיות.

2. הליך המינוי:  
אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בתחום רלוונטי, תמונה לתפקיד לאחר שעמדה בתנאים הבאים:

- עברה תוכנית הכשרה ייחודית לתחום וליחידה לצורך מילוי התפקיד.
- ידיעותיה ומיומנויותיה הקליניות הוערכו ותועדו לקראת המינוי.
- מיומנויותיה הניהוליות הוערכו ותועדו לקראת המינוי.



הנחיות

3. הערכה:

- 3.1 תפקודה של האחות שמונתה לתפקיד אחראית משמרת יוערך אחת לשנתיים ע"י האחות האחראית ביחידה.
- 3.2 המינוי לתפקיד יחודש בהתאם להערכה ויתועד, לפחות אחת לשנתיים.

4. הסמכויות הייחודיות המואצלות לאחראית המשמרת בתוקף תפקידה:

ניהול צוות:

- 4.1 הפקדת צוות על טיפול במטופלים.
- 4.2 הנחייה ופיקוח על ישום נהלים.
- 4.3 ניהול אירוע חריג.

שימוש במשאבים נוספים:

- 4.4 הפעלת צוות רב מקצועי נוסף: רופא תורן, רופא כונן, אחות כללית, אחות כוננת ותומכים טכניים.

אישור מלאי וציוד מחלקתי:

- 4.5 אישור מלאי סמים מסוכנים.
- 4.6 בדיקת כמות ותקינות מכשור רפואי.

5. תפקידים ייחודיים לאחראית המשמרת:

- 5.1 ריכוז מידע על כלל המטופלים לרבות שינויים במצבם והבטחת הטיפול בהם.
- 5.2 יעוץ והדרכת צוות סיעודי.
- 5.3 הפניית המשפחות למטפלים הרלוונטיים, לשם קבלת מידע.

רשימת תפוצה:

- צוות מינהל הסיעוד
- מפקחות ארציות אחראיות תחום סיעוד במשרד הבריאות.
- מפקחות מחוזיות ונפתיות לשכות בריאות.
- מנהלות סיעוד בת"ח כלליים
- מנהלות סיעוד בת"ח גריאטריים
- מנהלות סיעוד בת"ח פסיכיאטריים
- מנהלות סיעוד בתי אבות
- אחיות ראשיות קופות חולים
- ראשי חוג לסיעוד
- מנהלות בת"ח לסיעוד