



جمهوری اسلامی ایران  
Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization



استاندارد ملی ایران

۱۵۱۹۸

چاپ اول

شهریور ۱۳۹۲

INSO  
15198

1st. Edition

Aug.2013

مداخلات پرستاری - احیای قلبی-ریوی (CPR)  
نوزاد هنگام تولد - آیین کار

**Nursing Interventions - Neonate CPR  
during Birth - Code of Practice**

**ICS:11.020**

## به نام خدا

### آشنایی با سازمان ملی استاندارد ایران

مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب بند یک ماده ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱ تنها مرجع رسمی کشور است که وظیفه تعیین، تدوین و نشر استانداردهای ملی (رسمی) ایران را به عهده دارد.

نام موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب یکصد و پنجاه و دومین جلسه شورای عالی اداری مورخ ۹۰/۶/۲۹ به سازمان ملی استاندارد ایران تغییر و طی نامه شماره ۲۰۶/۳۵۸۳۸ مورخ ۹۰/۷/۲۴ جهت اجرا ابلاغ شده است.

تدوین استاندارد در حوزه های مختلف در کمیسیون های فنی مرکب از کارشناسان سازمان، صاحب نظران مراکز و مؤسسات علمی، پژوهشی، تولیدی و اقتصادی آگاه و مرتبط انجام می شود و کوششی همگام با مصالح ملی و با توجه به شرایط تولیدی، فناوری و تجاری است که از مشارکت آگاهانه و منصفانه صاحبان حق و نفع، شامل تولیدکنندگان، مصرف کنندگان، صادرکنندگان و وارد کنندگان، مراکز علمی و تخصصی، نهادها، سازمان های دولتی و غیر دولتی حاصل می شود. پیش نویس استانداردهای ملی ایران برای نظرخواهی به مراجع ذی نفع و اعضای کمیسیون های فنی مربوط ارسال می شود و پس از دریافت نظرها و پیشنهادات در کمیته ملی مرتبط با آن رشته طرح و در صورت تصویب به عنوان استاندارد ملی (رسمی) ایران چاپ و منتشر می شود.

پیش نویس استانداردهایی که مؤسسات و سازمان های علاقه مند و ذی صلاح نیز با رعایت ضوابط تعیین شده تهیه می کنند در کمیته ملی طرح و بررسی و در صورت تصویب، به عنوان استاندارد ملی ایران چاپ و منتشر می شود. بدین ترتیب، استانداردهایی ملی تلقی می شوند که بر اساس مفاد نوشته شده در استاندارد ملی ایران شماره ۵ تدوین و در کمیته ملی استاندارد مربوط که سازمان ملی استاندارد ایران تشکیل می دهد به تصویب رسیده باشد.

سازمان ملی استاندارد ایران از اعضای اصلی سازمان بین المللی استاندارد (ISO)<sup>۱</sup>، کمیسیون بین المللی الکتروتکنیک (IEC)<sup>۲</sup> و سازمان بین المللی اندازه شناسی قانونی (OIML)<sup>۳</sup> است و به عنوان تنها رابط<sup>۴</sup> کمیسیون کدکس غذایی (CAC)<sup>۵</sup> در کشور فعالیت می کند. در تدوین استانداردهای ملی ایران ضمن توجه به شرایط کلی و نیازمندی های خاص کشور، از آخرین پیشرفت های علمی، فنی و صنعتی جهان و استانداردهای بین المللی بهره گیری می شود.

سازمان ملی استاندارد ایران می تواند با رعایت موازین پیش بینی شده در قانون، برای حمایت از مصرف کنندگان، حفظ سلامت و ایمنی فردی و عمومی، حصول اطمینان از کیفیت محصولات و ملاحظات زیست محیطی و اقتصادی، اجرای بعضی از استانداردهای ملی ایران را برای محصولات تولیدی داخل کشور و/یا اقلام وارداتی، با تصویب شورای عالی استاندارد، اجباری نماید. سازمان می تواند به منظور حفظ بازارهای بین المللی برای محصولات کشور، اجرای استاندارد کالاهای صادراتی و درجه بندی آن را اجباری نماید. همچنین برای اطمینان بخشیدن به استفاده کنندگان از خدمات سازمان ها و مؤسسات فعال در زمینه مشاوره، آموزش، بازرسی، ممیزی و صدور گواهی سیستم های مدیریت کیفیت و مدیریت زیست محیطی، آزمایشگاه ها و مراکز کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، سازمان ملی استاندارد ایران این گونه سازمان ها و مؤسسات را بر اساس ضوابط نظام تأیید صلاحیت ایران ارزیابی می کند و در صورت احراز شرایط لازم، گواهینامه تأیید صلاحیت به آن ها اعطا و بر عملکرد آن ها نظارت می کند. ترویج دستگاه بین المللی یکاها، کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، تعیین عیار فلزات گرانبها و انجام تحقیقات کاربردی برای ارتقای سطح استانداردهای ملی ایران از دیگر وظایف این سازمان است.

1- International Organization for Standardization

2 - International Electrotechnical Commission

3- International Organization of Legal Metrology (Organisation Internationale de Metrologie Legale)

4 - Contact point

5 - Codex Alimentarius Commission

## کمیسیون فنی تدوین استاندارد

### " مداخلات پرستاری- احیای قلبی-ریوی (CPR) نوزاد هنگام تولد - آئین کار "

#### رئیس:

سمت و / یا نمایندگی  
رئیس کل سازمان نظام پرستاری

میرزا بیگی، محمد  
(کارشناس ارشد کار آفرینی و پرستاری)

#### دبیر:

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
معاون فنی سازمان نظام پرستاری

سالمی، صدیقه  
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری)

#### اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

پروین، لیلی  
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی -جراحی)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

رضوی، سیده مریم  
(کارشناس پرستاری)

پرستار بخش NICU بیمارستان فیاض بخش

عزیزخانی، لیلا  
(کارشناس ارشد NICU)

مدیر پرستاری بیمارستان مرکز طبی کودکان قطب  
علمی اطفال کشور

ناجی، تهمینه  
(کارشناس پرستاری)

سرپرستار NICU بیمارستان مرکز طبی کودکان قطب  
علمی اطفال کشور

گلدوست، ماهرخ  
(کارشناس پرستاری)

سرپرستار بخش PICU بیمارستان مرکز طبی کودکان  
قطب علمی اطفال کشور

قوین چیان، فرشته  
(کارشناس ارشد مدیریت)

کارشناس متخصص ستاد مرکزی تامین اجتماعی

توسلی، خدیجه  
(کارشناس ارشد پرستاری)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

موسی پور، معصومه  
(کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد آموزش زبان انگلیسی)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

وفاییان، نادیا  
(کارشناس پرستاری)

## پیش گفتار

استاندارد " مداخلات پرستاری- احیای قلبی- ریوی (CPR) نوزاد هنگام تولد -آئین کار" که پیش نویس آن در کمیسیون های مربوط به موجب بند ۵ ماده ۳ قانون سازمان نظام پرستاری مصوب ۸۱/۹/۱۱ مجلس شورای اسلامی توسط سازمان نظام پرستاری تهیه و تدوین شده و در صد و پنجمین اجلاس کمیته ملی استاندارد خدمات مورخ ۹۰/۱۱/۱۶ مورد تصویب قرار گرفته است، اینک به استناد بند یک ماده ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱، به عنوان استاندارد ملی ایران منتشر می شود.

برای حفظ همگامی و هماهنگی با تحولات و پیشرفت های ملی و جهانی در زمینه صنایع، علوم و خدمات، استانداردهای ملی ایران در مواقع لزوم تجدید نظر خواهد شد و هر پیشنهادی که برای اصلاح و تکمیل این استانداردها ارائه شود، هنگام تجدید نظر در کمیسیون فنی مربوط مورد توجه قرار خواهد گرفت. بنابراین، باید همواره از آخرین تجدیدنظر استانداردهای ملی استفاده کرد.

منابع و مآخذی که برای تهیه این استاندارد مورد استفاده قرار گرفته به شرح زیر است:

۱. آرزومانیاس، سونیا. شوقی، مهناز. سنجرى، مهناز. وونگ درسنامه پرستاری کودکان. تهران: جامعه نگر- سالمی. چاپ اول. ۱۳۹۰.
۲. مرتضوی، حامد. طباطبایی چهر، محبوبه. درسنامه پرستاری کودکان (کودک بیمار). تهران: سالمی، چاپ اول. ۱۳۸۱.
3. Verklan, Terese. Walden, Marlene. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing. USA: Elsevier. 4<sup>th</sup> edition. 2009.
4. Bowden, Vicky. Greenberg, Cindy Smith. Pediatric Nursing Procedures. London: Lippincott Williams & Wilkins. 3th edition. 2012.
5. Anderson, Lois E. Mosby's Dictionary. ST. Louis: The C.V. Mosby CO.1990.

## مداخلات پرستاری - احیای قلبی-ریوی (CPR) نوزاد هنگام تولد - آئین کار

### ۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد، شناسایی و اجرای اصول کلی مداخلات پرستاری در احیای قلبی ریوی (CPR) نوزاد هنگام تولد به منظور باز کردن راه تنفس، برقراری تنفس و برقراری گردش خون و نمایش طرح گام به گام این خدمت به منظور بهبود کیفیت کار، پیشگیری از خطاهای احتمالی و همچنین امکان اجرای یکسان خدمات می باشد.

این استاندارد در موارد زیر کاربرد دارد:

الف- در کلیه اتاق های عمل یا لیبر در صورت نیاز به این خدمت برای ارائه مراقبت های پرستاری یکسان و روشن .

ب- در مراجع قضائی به منظور سندی قیاسی برای بررسی کیفیت اقدامات انجام شده .

### ۲ مراجع الزامی

مدارک الزامی زیر حاوی مقرراتی است که در متن این استاندارد ملی ایران به آن ها ارجاع داده شده است. بدین ترتیب آن مقررات جزئی از این استاندارد محسوب می شود.

در صورتی که به مدرکی با ذکر تاریخ انتشار ارجاع داده شده باشد، اصلاحیه ها و تجدید نظرهای بعدی آن مورد نظر این استاندارد ملی ایران نیست. در مورد مدارکی که بدون ذکر تاریخ انتشار به آن ها ارجاع داده شده است، همواره آخرین تجدید نظر و اصلاحیه های بعدی آن مورد نظر است.

استفاده از مراجع زیر برای این استاندارد الزامی است:

۱-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲، مداخلات پرستاری - گزارش نویسی - آیین کار

### ۳ اصطلاحات و تعاریف

در این استاندارد اصطلاحات و تعاریف زیر به کار می رود:

۱-۳

#### پرستار واجد شرایط<sup>۱</sup>

فردی دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر در رشته پرستاری اتاق عمل یا بیهوشی است که جهت انجام کار با نوزادان دوره دیده و گواهی نامه مربوط را از مراکز تایید صلاحیت شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دریافت کرده است. این گواهی نامه باید هر دو سال یک بار توسط مراجع ذی صلاح تایید یا تمدید شود و این پرستار در مدت این دو سال در مورد کار در بخش مربوط آموزش های مناسب و مداوم دریافت کند.

۲-۳

نوزاد تازه متولد شده<sup>۱</sup>

نوزاد تازه به دنیا آمده در ساعات اولیه زندگی.

۳-۳

وضعیت بوکشیدن<sup>۲</sup>

در این حالت سر نوزاد کمی به سمت عقب خم می شود تا راه هوایی وی باز شود (به شکل ۱ مراجعه شود).

۴-۳

امتیاز آپگار<sup>۳</sup>

ارزیابی وضعیت فیزیکی نوزاد که معمولا در دقایق اول و سپس پنجم پس از تولد اندازه گیری می شود.

۵-۳

دستگاه گرم کننده<sup>۴</sup>

دستگاهی که برای تامین گرمای مورد نیاز نوزاد استفاده می شود (به شکل ۲ مراجعه شود).



شکل ۲- دستگاه گرم کننده (وارمر)

۶-۳

تنفس گسپینگ / آگونال<sup>۵</sup>

تنفسی است که معمولا دارای الگوی نفس زدن است و در نهایت به قطع تنفس (آپنه) ختم می شود.

۷-۳

تنفس سخت<sup>۶</sup>

تنفس غیر طبیعی که با افزایش تلاش تنفسی شامل استفاده از عضلات کمک تنفسی و حرکت پره های بینی، قابل تشخیص است.

---

1 - Newborn

2 - Sniffing Position

3 - Apgar Score

4 - Warmer

5 -Gaspig/ Agonal Respiration

6 - Labored Breathing

۸-۳

### اتاق لیبر<sup>۱</sup>

اتاقی که زایمان طبیعی در آن انجام می شود.

### ۴ اهداف مداخله ای

- ۱-۴ باز کردن راه هوایی
- ۲-۴ برقرار نمودن تنفس موثر
- ۳-۴ برقراری گردش خون موثر
- ۴-۴ پیشگیری از عوارض احتمالی و خطرناک بعد از احیای قلبی ریوی

### ۵ حداقل وسایل مورد نیاز

- ۱-۵ یوار یا ساکشن با کاتتر مناسب نوزادان
- ۲-۵ گوشی پزشکی
- ۳-۵ دستگاه گرم کننده (وارمر)
- ۴-۵ اکسیژن
- ۵-۵ ترالی و وسایل احیا مطابق با استاندارد الف - ۱۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۶-۵ ملحفه خشک و گرم

### ۶ روش انجام کار

- ۱-۶ موارد زیر در نوزاد بررسی شود:
  - آیا سن حاملگی در موعد مقرر (ترم) است؟
  - آیا گریه یا تنفس می کند؟
  - آیا تون عضلانی خوب است؟
- ۲-۶ در صورت مثبت بودن پاسخ سئوالات در بند ۱-۶، نوزاد در تماس پوستی با مادر قرار داده شود و مراقبت های دیگر شامل تامین گرمای مناسب، پاک کردن راه هوایی در صورت نیاز، خشک کردن و ارزیابی مداوم برای نوزاد انجام شود.
- ۳-۶ در صورت منفی بودن پاسخ سئوالات در بند ۱-۶، اقدامات اولیه احیا نوزاد شامل مراحل زیر انجام شود:
  - فراهم کردن گرما برای نوزاد با قرار دادن وی زیر منبع گرمایی تابشی

- قرار دادن سر نوزاد در وضعیت بو کشیدن، برای باز کردن راه هوایی وی
- پاک کردن راه هوایی با پوآر یا ساکشن کردن، در صورت لزوم
- خشک کردن نوزاد
- تحریک تنفسی نوزاد

۴-۶ ضربان قلب و وضعیت تنفسی نوزاد بررسی شود.

یادآوری - برای بررسی ضربان قلب باید به صورت دوره ای، نبض جلو قلبی نوزاد سمع شود، وقتی که نبض شنیده شد لمس نبض بند ناف می تواند برای بررسی سریع استفاده شود، این نبض از سایر نبض ها معتبرتر است.

۴-۶-۱ در صورتی که ضربان قلب نوزاد بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است و گسپینگ یا آپنه وجود ندارد، نوزاد از نظر وجود تنفس سخت<sup>۱</sup> یا سیانوز بررسی شود:

۴-۶-۱-۱ در صورت وجود تنفس لیبر یا سیانوز، راه هوایی نوزاد پاک شود و اشباع اکسیژنی ( $SpO_2$ ) پایش و تهویه مکانیکی آغاز شود.

۴-۶-۱-۲ در صورت عدم وجود تنفس لیبر یا سیانوز، اقدامات بند ۴-۶-۲ انجام شود.

۴-۶-۲ در صورتی که ضربان قلب نوزاد کمتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است و گسپینگ یا آپنه وجود دارد، تهویه با فشار مثبت و پایش اشباع اکسیژنی ( $SpO_2$ ) انجام شود.

هشدار- از ابتدای شروع فرآیند تا برقراری تهویه با فشار مثبت ۶۰ ثانیه زمان لازم است که "دقیقه طلایی" نامیده می شود.

۴-۶-۵ ضربان قلب بررسی شود:

۴-۶-۵-۱ در صورتی که ضربان قلب نوزاد بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است، اقدامات بعد از احیا مطابق با بند ۴-۶-۹ انجام شود.

۴-۶-۵-۲ در صورتی که ضربان قلب نوزاد کمتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است، اقدامات مربوط به اصلاح تهویه انجام شود.

۴-۶-۶ بعد از اصلاح تهویه، ضربان قلب نوزاد بررسی شود:

۴-۶-۱ اگر ضربان قلب نوزاد، بیشتر از ۶۰ ضربه در دقیقه است، بند ۴-۶-۵ که بررسی ضربان قلب است انجام شود.

۴-۶-۲ اگر ضربان قلب نوزاد، کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه است، لوله گذاری داخل تراشه، ماساژ قلبی هماهنگ با تهویه با فشار مثبت انجام شود.

۴-۶-۷ بعد از لوله گذاری داخل تراشه و ماساژ قلبی ضربان قلب نوزاد بررسی شود:



۶-۷-۱ در صورتی که ضربان قلب نوزاد بیشتر از ۶۰ ضربه در دقیقه است، هم زمان با انجام ماساژ هماهنگ با تهویه با فشار مثبت و لوله گذاری داخل تراشه، اقدامات اصلاحی تهویه انجام شود.

هشدار- اقدامات شامل: بررسی حرکت رو به بالای قفسه سینه همزمان با تهویه است و لوله گذاری مجدد در صورت عدم حرکت قفسه سینه؛ بررسی هیپوولمی و پنوموتوراکس است.

۶-۷-۲ در صورتی که ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه است، مطابق با دستور پزشک اپی نفرین داخل وریدی تزریق شود.

۶-۸ در هر مرحله ضربان قلب بررسی شود و با توجه به تعداد ضربان قلب در دقیقه اقدامات مناسب انجام شود.

۶-۹ زمانی که تهویه و جریان خون به صورت مناسب برقرار شد، عملیات احیا قطع شود و مراقبت بعد از احیای قلبی ریوی شامل موارد زیر انجام شود:

۶-۹-۱ اگر نوزاد تنفس دارد و ضربان قلبش بیشتر از ۱۰۰ و رنگ نوزاد صورتی است، کنترل نوزاد انجام شود.

۶-۹-۲ اگر نوزاد تنفس دارد و ضربان قلب وی بیشتر از ۱۰۰ است و سیانوتیک است باید به نوزاد اکسیژن داده شود و اگر رنگ نوزاد صورتی شد ادامه کنترل مداوم نوزاد انجام پذیرد.

۶-۹-۳ در صورت اکسیژن دادن به نوزاد و سیانوتیک ماندن وی تهویه با فشار مثبت انجام گیرد.

۶-۹-۴ اگر تهویه با فشار مثبت موثر بود و ضربان قلب بالاتر از ۱۰۰ بود و نوزاد صورتی رنگ شد، علائم حیاتی پایش شود.

۶-۹-۵ اگر وضعیت نوزاد بعد از عملیات احیا به حالت قبل برگشت مراحل احیا با توجه به تعداد ضربان قلب و تنفس نوزاد تکرار شود.

۶-۹-۶ در صورت پایدار بودن بهبود علائم حیاتی، نوزاد به بخش منتقل و پایش شود.

یادآوری- پس از هر مرحله سه مورد ضربان قلب، تنفس و رنگ پوست نوزاد ارزیابی شود تا اثر بخشی هر مرحله مشخص شود.

۶-۴ ثبت یافته ها و مشاهدات مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ به شرح زیر است:

الف- تاریخ و ساعت انجام احیا

ب- افراد گروه احیا

پ- نتیجه بررسی آپگار در دقایق مختلف

ت- علائم حیاتی کنترل شده

ج- مدت زمان احیا

چ- شرایط نوزاد حین و بعد از احیا

ح-مقدار و نوع داروهای مصرف شده حین احیا

خ-نتیجه احیا

د- سایر اقدامات و مشاهدات انجام شده

## ۷ شرایط انجام کار

۱-۷ دقت و صحت در انجام کار

۲-۷ حفظ رعایت رفتار ملایم با نوزاد

۳-۷ ارائه توضیحات لازم به والدین یا همراه نوزاد درمورد نحوه انجام فرآیند

۴-۷ رعایت نکات استریل، بهداشتی و ایمنی

## ۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

این فرآیند کار توسط پرستار واجد شرایط و در در کلیه اتاق های عمل یا لیبر انجام می گیرد.

**پیوست الف**  
**(الزامی)**  
**حقوق مددجو/ بیمار**

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

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

**الف-۳** مددجو/ بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی مددجو/ بیمار گردد.

**الف-۴** مددجو/ بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

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

**الف-۶** مددجو/ بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید.

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

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

## پیوست ب

### (الزامی)

## منشور حقوق بیمار / مددجو در ایران

### ب-۱ بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد .

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

### ب-۲ حقوق بیمار / مددجو

ب-۲-۱ دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار/ مددجو است .  
ارائه خدمات سلامت باید:

ب-۲-۱-۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

ب-۲-۱-۲ بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

ب-۲-۱-۳ فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

ب-۲-۱-۴ بر اساس دانش روز باشد ؛

ب-۲-۱-۵ مبتنی بر برتری منافع بیمار/ مددجو باشد ؛

ب-۲-۱-۶ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران/ مددجویان باشد ؛

ب-۲-۱-۷ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛

ب-۲-۱-۸ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد ؛

ب-۲-۱-۹ توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران/ مددجویان روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

ب-۲-۱-۱۰ در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار/ مددجو باشد ؛

- ب-۲-۱-۱۱ با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛
- ب-۲-۱-۱۲ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛
- ب-۲-۱-۱۳ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار/مددجو به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ب-۲-۱-۱۴ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار/مددجو قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار/مددجو، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار/مددجو در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.
- ب-۲-۲-۱ اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ب-۲-۲-۱-۱ محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :
- ب-۲-۲-۱-۲ مفاد منشور حقوق بیمار/مددجو در زمان پذیرش؛
- ب-۲-۲-۱-۳ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛
- ب-۲-۲-۱-۴ نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- ب-۲-۲-۱-۵ روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛
- ب-۲-۲-۱-۶ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- ب-۲-۲-۱-۷ کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ب-۲-۲-۱-۸ ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛
- ب-۲-۲-۲ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- ب-۲-۲-۱-۱ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار/مددجو گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار/ مددجو علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار/ مددجو محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار/ مددجو، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

ب-۲-۲-۲-۲ بیمار/ مددجو می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

ب-۲-۳ حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار/ مددجو در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

ب-۲-۳-۱ محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

ب-۲-۳-۱-۱ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

ب-۲-۳-۱-۲ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

ب-۲-۳-۱-۳ شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

ب-۲-۳-۱-۴ قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

ب-۲-۳-۱-۵ اعلام نظر قبلی بیمار/ مددجو در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار/ مددجو واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار/ مددجو قرار گیرد.

ب-۲-۳-۲ شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

ب-۲-۳-۲-۱ انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار/ مددجو باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

ب-۲-۳-۲-۲ پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار/ مددجو جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

ب-۲-۴ ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار/ مددجو (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

ب-۲-۴-۱ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار/ مددجو الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

ب-۲-۴-۲ در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار/مددجو احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار/مددجو فراهم گردد؛

ب-۲-۴-۳ فقط بیمار/مددجو و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار/مددجو و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

ب-۲-۴-۳ بیمار/مددجو حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

ب-۲-۵ دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار/مددجو است .

ب-۲-۵-۱ هر بیمار/مددجو حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛

ب-۲-۵-۲ بیمار/مددجویان حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

ب-۲-۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود .

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار/مددجو- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار/مددجو شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید .

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.