

**مرکز آموزشی، تحقیقاتی، درمانی رازی**

**کتابچه روش های اجرایی**

**کد سند: RC-PR-04**

**شماره ویرایش: ...**

**تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲**

**تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳**

## فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

4.....مقدمه

### ▪ رهبری و مدیریت.....۶

۷..... نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی

۱۰..... نظارت مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرنده ی خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

### ▪ مدیریت خطر حوادث و بلایا.....۱۲

۱۳..... گزارش حوادث بیمارستان

### ▪ مدیریت خدمات پرستاری.....۱۶

۱۷..... نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخشها

بهداشت حرفه ایی

.....مدیریت حوادث شغلی

### ▪ پیشگیری و کنترل عفونت.....۱۸

۲۹..... شستشو و پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل قبل از استریل و مراحل استریل

۳۱..... انجام آزمونهای اطمینان جهت عملکرد دستگاههای استریل کننده

۳۴..... روش اجرایی محافظت از بسته های استریل با لحاظ الزامات در برابر آلودگی

۳۵..... مدیریت مواجهه شغلی

پیشگیری و کنترل عفونت های شایع بیمارستانی..... ۳۶

مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها ..... ۳۷

برچسپ گذاری اقلام استریل در فرایند فراخوان ..... ۳۹

گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت..... ۴۰

### ▪ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت..... ۴۳

کنترل صیانت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان..... ۴۴

پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان..... ۴۶

نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان ..... ۴۸

### ▪ مراقبت های عمومی بالینی..... ۵۰

مقادیر بحرانی پاراکلینیکی..... ۵۱

دستورات تلفنی / شفاهی..... ۵۲

### ▪ گیرندگان خدمت ..... ۵۴

تعیین ضوابط، شرایط و ساعات ملاقات بیماران در بخشهای ویژه و ایزوله

..... ۵۵

نحوه نظرخواهی از پزشک دوم ..... ۵۶

بهداشت محیط..... ۴۶

تفکیک در مبدا پسماند های عادی ..... ۴۷

۴۹.....	تفکیک در مبدا پسماند در مبدا و پسماند تیز و برنده-
۵۱.....	تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی.....
۵۳.....	جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند درون بخش

## مقدمه

کتاب روش های اجرایی مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی با همکاری پرسنل ، متخصصین ، پزشکان و کلیه مسئولین بخش / واحدهای بالینی، پشتیبانی و اداری، تدوین گردیده تا مورد استفاده کارکنان این مرکز باشد. امیداست مجموعه پیشرو در راستای تحقق آرمان های اعتبار بخشی در امر بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیمار راه گشا و موثر باشد.

در ادامه، جدول عناوین زیرمجموعه های ذکر شده در سنجه های اعتباربخشی و نیز معادل انگلیسی و اختصارات مربوطه ذکر گردیده است.

شیوه کدگذاری در این کتاب بصورت ذیل و از چپ به راست می باشد. شماره مستند مربوطه: حروف اول نام نوع مستند، حروف اول نام زیرمجموعه

ردیف	واژه فارسی	واژه انگلیسی	کد اختصار
۱	مرکز درمانی، آموزشی تحقیقاتی رازی	Razi Medical Education and Research Center	RC
۲	مدیریت رهبری	Leadership Management	LM
۳	بهبود کیفیت	quality Improvement	QI
۴	مدیریت خدمات پرستاری	Nursing management	NM
۵	کنترل عفونت	infection control	IC
۶	بهداشت حرفه ای	Occupational Health	OH
۷	بهداشت محیط	Environmental Health	EH
۸	آزمایشگاه	laboratory	IAB
۹	طب انتقال خون	Blood Transfusion	BT
۱۰	تصویر برداری	Imaging	IM
۱۱	فناوری اطلاعات	Information Technology	IT
۱۲	مدیریت اطلاعات سلامت	Health Information	HIM

	<b>Management</b>		
<b>CM</b>	<b>Crisis Management</b>	مدیریت خطر حوادث و بلایا	۱۳
<b>ME</b>	<b>Medical Equipment</b>	تجهیزات پزشکی	۱۴
<b>HRM</b>	<b>Human Resources Management</b>	مدیریت منابع انسانی	۱۵
<b>FRM</b>	<b>financial resources management</b>	مدیریت منابع مالی	۱۶
<b>GCC</b>	<b>General and clinical care</b>	مراقبتهای عمومی و بالینی	۱۷
<b>EC</b>	<b>Emergency care</b>	مراقبتهای اورژانس	۱۸
<b>SAC</b>	<b>Surgery &amp; Anesthesia Care</b>	مراقبتهای بیهوشی و جراحی	۱۹
<b>MNC</b>	<b>Maternal &amp; Neonatal care</b>	مراقبتهای مادر و نوزاد	۲۰
<b>SR</b>	<b>Service Recipients</b>	حقوق گیرنده خدمت	۲۱
<b>DC</b>	<b>Hemodialysis care</b>	بخش دیالیز	۲۲
<b>CCU</b>	<b>Cardiac Care Unit</b>	بخش سی سی یو	۲۳
<b>OR</b>	<b>Operation Room</b>	عمل اتاق	۲۴
<b>PED</b>	<b>Pediatrics</b>	کودکان	۲۷
<b>NU</b>	<b>Nutrition Unit</b>	واحد تغذیه	28
<b>ED</b>	<b>Education</b>	آموزش	29
<b>PS</b>	<b>Patient Safety</b>	ایمنی بیمار	30
<b>MM</b>	<b>Medication Management</b>	مدیریت دارویی	۳۱
<b>OPS</b>	<b>Outpatient Services</b>	خدمات سرپایی	32

<b>PO</b>	<b>Policy</b>	خط مشی	۱
<b>WI</b>	<b>Work instruction</b>	دستورالعمل	۲
<b>PR</b>	<b>Procedure</b>	روش اجرایی	۳

## روش اجرایی رهبری و مدیریت



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی

کد سند: LM-PR-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: آشنایی با پرسنل با اصول حرفه ای و اخلاق بالینی و تلاش برای رعایت این اصول

دامنه کاربرد: کلیه کارکنان بیمارستان

روش کار:

شرح روش اجرایی:

روش اجرایی تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان در سه حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش می شود. تمامی مشاغل در ارتباط مستقیم با بیماران و مراجعین در گروه های پزشکی و غیر پزشکی در اولویت برنامه ریزی و اقدام قرار گیرند.

#### الف. موارد مرتبط با حیطه حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار:

۱. مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در موارد غیر اورژانس
۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی (توجه به منشور حقوق بیمار، نیازهای عبادی و اعتقادی و خط مشی حفظ حریم خصوصی)
۳. اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیر همجنس (براساس قانون انطباق)
۴. ارائه آموزش کافی به بیمار با نظارت مسئول آموزش همگانی، حین بستری و پس از ترخیص
۵. رعایت حقوق بیمار در پژوهش (در صورت بحث پژوهشی تمامی کدهای اخلاق در پژوهش و دستورالعمل های مرتبط با پژوهش رعایت شود).
۶. عدم بهره جویی پزشکان در رابطه با بیمار (مطابقت اعمال جراحی انجام شده با کدهای جراحی ثبت شده)
۷. برخورد حرفه ای با بیمار و همراهان متعارض (برخورد همراه با احترام و رعایت شان و منزلت انسانی و سعه صدر)



۸. عدم تحمیل هزینه ی بی مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار
۹. اجرای کوریکولوم های پزشکی (گایدلاین طبابت بالینی) در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشکان
۱۰. برخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات (رضایت سنجی گیرنده خدمت و ثبت و رسیدگی به شکایات).
۱۱. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار(سلامت بیمار اولویت اصلی ماست).
۱۲. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و جلوگیری از بروز مسائل اخلاقی و قانونی

### **ب. موارد مرتبط با حیطه حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران:**

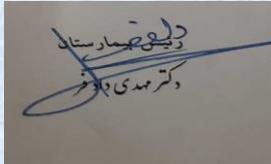


۱. در موارد نیاز پزشکان به یکدیگر و به سیستم رهبری و مدیریت بیمارستان پاسخگو باشند.
۲. در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی پزشکی برخورد مناسب داشته باشند.
۳. پزشکان انکال به فراخوان ها پاسخ داده، حضور به موقع داشته و در دسترس باشند.
۴. زمان بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی رعایت شود.
۵. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران.
۶. عدم بهره کشی مازاد بر روالها موجود از دیگر همکاران .
۷. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوء رفتار جزئی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار.
۸. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار

### **ج. موارد مرتبط با حیطه حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه:**

۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
  ۲. بهبود در دسترسی به خدمات(جلوگیری از اتلاف وقت بیمار).
  ۳. ارائه صادقانه گزارش ها و گواهی های پزشکی(جلوگیری تغییر گزارشات پرونده پس از بروز حادثه توسط تیم پزشکی و پرستاری)
  ۴. رعایت شان و حرفه ی پزشکی در شبکه های اجتماعی (در صورت بروز مشکل، جلوگیری از رسانه شدن موارد).
- برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی نظیر ایدز که در معرض باورهای غلط مردم هستند، توجه شود برخورد خلاف شخصیت صورت نگیرد

منابع/ امکانات: استاندارهای اعتباربخشی ویرایش چهارم

فرد ناظر بر عملکرد:

تایید کننده:	ابلاغ کننده:	تهیه کننده:
<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>اسما ترجمان (مسئول حقوق گیرندگان خدمت)</p> <p>تیم مدیریت و رهبری بیمارستان</p>



عنوان روش اجرایی: نظارت مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرنده ی خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

کد سند: LM-PR-07

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: شناسایی نقص های فرایندی و یا موردی در راستای احیای حقوق گیرندگان خدمت

دامنه کاربرد: کلیه ی بخشهای تشخیصی درمانی و پشتیبانی

روش کار:

نظارت مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرنده ی خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای در بیمارستان به سه صورت انجام می گیرد .

۱- نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت: با استفاده از چک لیست رعایت منشور حقوق بیمار و کتابچه ی حقوق گیرندگان خدمت که به تمامی بخشها ابلاغ گردیده است . بصورت ماهانه در پنج محور توسط تیم رهبری و مدیریت نظارت و کنترل می شود. که در آن موارد عدم انطباق مشخص شده و اقدام اصلاحی مناسب صورت می گیرد. مورد دیگر مصاحبه حضوری با بیمار و همراه در بازدید سرزده ( توسط تیم مدیریت و رهبری ) می باشد که موارد ثبت شده ، در کمیته ی اخلاق بالینی مطرح و راهکارهای مناسب ارائه می شود.

۲- برنامه های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرندگان خدمت: با توجه به اهمیت اخذ گزارشات از گیرندگان خدمت و رضایت آنها ملاقات حضوری گیرندگان خدمت در هر زمان بدون تعیین وقت قبلی با سرپرست بیمارستان و در غیاب ایشان با دفتر پرستاری و حراست و مسئول رسیدگی به شکایات میسر می باشد و در صورت ضرورت و صلاحدید سر پرست بیمارستان اعضای تیم رهبری و مدیریت جهت ملاقات حضوری با گیرندگان خدمت در دفتر سر پرست بیمارستان فراخوان و حضور بهم میسرانند.

۳- پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق حرفه ای: دریافت شکایات مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت به دو صورت در بیمارستان انجام می پذیرد: ۱- بصورت حضوری و ۲- انداختن شکایت مکتوب شده بداخل صندوق رسیدگی به شکایات که در این راستا اقدامات ذیل انجام گرفته است:

تعیین مسئول رسیدگی به شکایات حقوق گیرندگان خدمت و نصب فرایند و صندوق رسیدگی

به شکایات در تمامی بخشهای درمانی و پاراکلینیک و اداری بیمارستان جهت جمع آوری شکایات و پیشنهادات توسط مسئول رسیدگی به شکایات و در ادامه گزارش تحلیلی از شکایات بصورت ماهانه به تیم مدیریت و رهبری و اقدام اصلاحی مناسب توسط تیم

منابع/ امکانات: استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
اسما ترجمان (مسئول حقوق گیرندگان خدمت) تیم مدیریت و رهبری بیمارستان	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

دینار بیمارستان  
دکتر مهدی دوز

سید دینار

بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)

سید دینار

## روش های اجرایی محور حوادث و بلایا



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: گزارش حوادث بیمارستان

کد سند: CM-PR-10

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان  
پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده  
کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث

شناسایی موقعیت های ناایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها

دامنه کاربرد: کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، تاسیسات، واحد بهداشت حرفه ای، تیم ایمنی بیمار، کلیه واحدها و بخش های بیمارستان

تعاریف: مخاطره (عوامل خطر آفرین): به پدیده هایی گفته میشود که بالقوه آسیب زا هستند و میتوانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند.

عوامل خطر آفرین طبیعی: سیل، زلزله، طوفان و...

عوامل خطر آفرین انسان ساز: آتش سوزی، اپیدمی ها، تصادفات، حملات سایبری

حوادث با منشأ داخلی: حوادثی هستند که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ می دهند و تهدیدی از نوع بیماری، جراحی و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدید کنندگان وارد می نمایند مانند: سقوط بیمار از تخت، حوادث حین کار، آتشسوزی، قطع آب و برق و گاز، قطع گازهای طبی، قطع سیستم های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو، اعتصاب دسته جمعی کارکنان و... عوامل خطر آفرین با منشأ خارجی: حوادثی که خارج از بیمارستان اتفاق افتاده ولی بیمارستان را تحت تاثیر قرار داده و باعث ورود بیش از حد مجروحان و مصدومان به بیمارستان میشود مانند تصادفات، سیل، زلزله و

روش کار:

۱- در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان، حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به مسئول فنی بیمارستان (در شیفت صبح) و سوپروایزر وقت (در شیفت های عصر و شب و ایام تعطیل) اطلاع داده می شود.

۲- مسئول فنی بیمارستان یا فرد تعیین شده از سوی وی و یا سوپروایزر در محل حادثه حضور می یابد و نسبت به بررسی اولیه حادثه و شدت و وسعت آن اقدام میکند.

۳- فرم گزارش حادثه موجود در واحد ایمنی و بهداشت، توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت مربوطه تکمیل و تحویل سوپروایزر میگردد، در صورت در دسترس نبودن فرم پیشامد حادثه، حادثه بصورت شفاهی یا تلفنی به مسئول فنی / ایمنی و یا سوپروایزر اطلاع داده میشود.

۴- در فرم مذکور، شرح کامل حادثه و عوارض و آسیب های ایجاد شده، به دقت و بدون کم و کاست ثبت میگردد.

۵- سوپروایزر وقت بیمارستان بلافاصله مدیر یا رئیس بیمارستان را در جریان موضوع قرار میدهد و در اولین فرصت ممکن، فرم تکمیل شده را تحویل مسئول فنی / کارشناس ایمنی / کارشناس بهداشت بیمارستان می دهد و شرح حادثه را در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت میکند.

۶- در مواردی مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج نیز اطلاع داده میشود و در صورت بروز حوادث شغلی

برای کارکنان هم باید علاوه بر تکمیل فرم مخصوص برای پرسنل مربوطه ، در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گیرند و کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان هم در جریان موضوع قرار گیرد.

۷- در اولین فرصت ممکن ، حادثه رخ داده توسط مسئول فنی بیمارستان و کارشناسان ایمنی و بهداشت بررسی شده و جلسه ای با حضور مدیر بیمارستان ، کارشناس هماهنگی ایمنی بیمار ، مسئولین و پرسنل بخش مربوطه در صورت لزوم ، سوپروایزر شیفت مذکور ، تشکیل میگردد و ابعاد حادثه ، علل ایجاد آن مانند : خط مشی نامناسب ایمنی ، عوامل محیطی ، عوامل فردی ، عوامل مادی و تجهیزاتی ، فقدان استاندارد ، آموزش ناکافی ، خطای فردی ، کمبود پشتیبانی ، کمبود نظارت و ... مورد تجزیه تحلیل قرار می گیرد و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حوادث مشابه در نظر گرفته می شود.

۸- برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم بررسی شده و برنامه مداخله ای برای آن تدوین میشود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود.

۹- حوادث در زمینه های ساختمان ، تاسیسات ، برق اضطراری ، سیستم اطلاعات بیمارستان ، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده را در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شود و تجزیه تحلیل شود و اقدام اصلاحی جهت رفع آنها صورت گیرد.

۱۰- آموزش به کارکنان در خصوص نحوه صحیح گزارش دهی حوادث و موقعیتهای خطر آفرین ، در دوره های آموزشی مدیریت خطر حوادث و بلایا و با هماهنگی واحد آموزش صورت میگیرد.

۱۱- پرسنل تاسیسات در بازدید های دوره ای از تجهیزات و ساختمان ، هرگونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاه ها ، ایجاد آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان ، را به موقع گزارش می کنند.

منابع / امکانات: تجهیزات: تجارب بیمارستان / تجهیزات اطلاع رسانی -

منابع مالی : توسط مدیر پشتیبانی بحران بیمارستان حل و فصل می گردد.

منابع انسانی: توسط مدیریت نیروی انسانی تیم بحران حل و فصل می گردد.

مسئولیت ها و اختیارات:

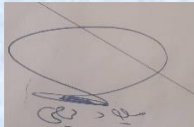
فرمانده : اعلام وضعیت بحران و ایراد دستورات

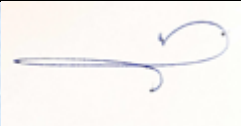
سوپروایزر : هماهنگی و اطلاع رسانی با فرماندهی و EOC شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی

EOC: اطلاع رسانی و هماهنگی اخبار و اطلاعات بین بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی ایلام

مسئول فنی بیمارستان - سوپروایزر - مسئول بخش / واحد

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول خدمات

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
علی یعقوبی (کارشناس بهبود کیفیت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
		
	بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	

		
--	---	--



## مدیریت خدمات پرستاری



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخش ها

کد سند: NM-PR-08

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
--------------------------------	----------------	-----------------------

هدف: ایفای نقش تعیین شده در ارائه خدمات سلامت توسط بیمارستان با رعایت حدود فعالیت وقوانین مرتبط - ارائه خدمات مراقبتی ایمن و با کیفیت و یکپارچه در بیمارستان

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و دفتر پرستاری

تعاریف:

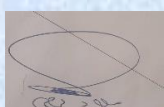
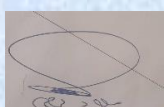
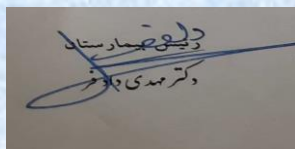
- ارتباط بین بخشی: هماهنگی و ارتباط بین بخشهای مختلف بیمارستان.
- مراقبت: کلیه اقدامات و درمانهایی که در جهت بهبود بیمار صورت میگیرد.

شیوه انجام کار:

- ۱- نظارت بر انتقال بیمار توسط پرستار مسئول پس از دستور پزشک معالج با رعایت استانداردهای ایمنی بیمار از رفتن به بخش دیگر توسط سوپروایزر صورت می گیرد.
- ۲- مسئول شیفت در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی هماهنگی لازم را با بخشهای تعیین شده زیر نظر سوپروایزر انجام داده و با تحویل رسید تجهیزات مورد نیاز خود را تأمین نماید.
- ۳- با نظر سوپروایزر مسئول شیفت در صورت نیاز به تهیه ی داروی خاصی با سایر بخشها و داروخانه هماهنگی نموده تا داروی مورد نظر را با تحویل رسید از بخش یا داروخانه تأمین نماید.
- ۴- سوپروایزر در صورت افزایش حجم کاری در بخشها نسبت به تأمین نیروی انسانی به صورت جابجایی افراد مورد نیاز بخشها اقدام و نظارت میکند.
- ۵- سوپروایزر در جابجایی بیمار از بخشهای درمان به بخشهای ویژه نظارت میکند.
- ۶- سوپروایزر بر روند جابجایی بیماران از اتاق عمل به بخشهای درمانی با رعایت استانداردهای ایمنی بیمار نظارت میکند.
- ۷- مدیریت پرستاری وظیفه نظارت بر کل روندهای تعاملی از طریق پیگیری گزارشات سوپروایزرین را بر عهده دارد

منابع و امکانات:

فرد ناظر بر عملکرد: مترون بیمارستان یا سوپروایزر وقت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
ایمان محمدی (مدیر خدمات پرستاری)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)	مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
		
	بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	



## بهداشت حرفه ایی



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: مدیریت حوادث شغلی

کد سند: QH-PR-01

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ارتقاء ایمنی کارکنان - کاهش هزینه های بیمارستان - حمایت از بیماران دچار حوادث شغلی

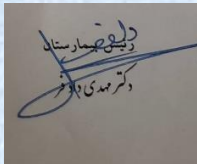
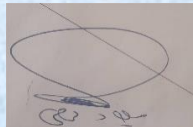

دامنه کاربرد: کارکنان بیمارستان

تعاریف: ----

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان / وسایل حفاظت فردی شامل: گان - ماسک - دستکش - عینک

مسئولیت ها و اختیارات: کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بهداشت حرفه ای

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط

ابلاغ کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاد برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>کارشناس بهداشت محیط (مرضیه دارابی)</p>

## کنترل عفونت



هدف: ارتقاء ایمنی کارکنان - کاهش هزینه های بیمارستان - حمایت از بیماران با سابقه مواجهه شغلی

دامنه کاربرد: کارکنان بیمارستان

تعاریف: ----

شیوه انجام کار: (توالی انجام کار / مسئول انجام کار / زمان بندی لازم برای انجام کار / نیازی به توضیح جزئیات انجام کار نیست )  
برای مدیریت مواجهه شغلی باید مراحل PEP انجام شود که شامل پیشگیری از عفونت ها، ارزیابی خطر مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه، ارزیابی فرد مواجهه یافته، مداوای محل مواجهه، ثبت و گزارش دهی، پیگیری و مشاوره می باشد.

❖ اقدامات پیشگیری:

- کارکنان مراقبت بهداشتی باید اقدامات استاندارد را بکار برند:
- ۱- پرستار دست ها را به دفعات و به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون می شوید.
- ۲- پرستار از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار استفاده می کند. (استفاده از دستکش، گان، چکمه، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد)
- ۳- پرستار فضای امن با دسترسی راحت به ظرف مخصوص دور انداختن وسایل تیز دارد.
- ۴- پرستار وسایل نوک تیز استفاده شده را در Safety Box میریزد.
- ۵- پرستار درپوش گذاری مجدد سوزنها را انجام نمی دهد.
- ۶- پرستار از وسایل ایمنی مناسب استفاده می کند.
- ۷- همه کارکنان مراقبت پزشکی مجموعه واکسیناسیون HBV را دریافت می کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام می دهند.
- ۸- تمامی پرسنل در بدو ورود کتابچه کنترل عفونت، دستورالعمل تزریقات ایمن، دستورالعمل بهداشت دست و کتابچه ایمنی و سلامت شغلی را مطالعه می کنند.
- ۹- مدیریت، سرپرستار و رابطین اعتباربخشی، کنفرانس های درون بخشی و جلسات پرسش و پاسخ در خصوص استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی، تزریقات ایمن، رعایت بهداشت دست و ... با در تمامی بخش ها برگزار می کنند.
- ۱۰- مسئول بهداشت حرفه ای و سوپروایزر کنترل عفونت، محافظت را که نخستین اقدام پیشگیری توسط کارکنان است، جهت فرهنگ سازی آن و کلاس های آموزشی استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی برای تمامی پرسنل برگزار می کنند.
- ۱۱- مدیران ارشد بیمارستان فضایی امن را با دسترسی راحت برای پرسنل فراهم می کنند و همچنین وسایل حفاظت فردی مناسب و کافی را در اختیار پرسنل قرار می دهند.
- ۱۲- مسئول بهداشت حرفه ای و سوپروایزر کنترل عفونت بر خرید و استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی نظارت مداوم دارند.
- ۱۳- پرستار کنترل عفونت در بازدید بخش ها از وجود، سالم و فیکس بودن سفتی باکس ها اطمینان حاصل مینماید و بر رعایت دستورالعمل تزریقات ایمن نظارت می کند.
- ۱۴- مسئول بهداشت محیط آموزش تفکیک پسماند برای همه پرسنل برگزار می کند و لمینت آن را در تمامی بخش ها نصب می نماید. همچنین مسئول بهداشت محیط اصول دفع صحیح پسماند را به پرسنل خدمات آموزش می دهد، مسئول بهداشت حرفه ای و محیط در بازدید از بخش ها بر انجام صحیح آموزش های داده شده نظارت دارند.

۱۵- پرستار کنترل عفونت دستورات عمل های بهداشت دست به همراه لمینت پنج موقعیت شستشو را در تمامی بخش ها و واحد ها قرار می دهد و آموزش شست و شوی صحیح به پرسنل داده می شود و در بازدیدها بر اجرای صحیح آن نظارت می کند.

۱۶- مدیریت بیمارستان امکانات و وسایل شست و شوی دست در تمامی بخش ها و واحد ها با نظارت سوپروایزر - مسئول بهداشت محیط و حرفه ای تهیه می کند.

❖ اقدامات درمانی در صورت مواجهه شغلی:

۱- فرد آسیب دیده به پرستار کنترل عفونت و مسئول بهداشت حرفه ای در شیفت صبح و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی در خصوص مواجهه شغلی اطلاع می دهد.

مواجهه توسط سوپروایزر کنترل عفونت ارزیابی می شود به این صورت که احتمال انتقال HIV، HBV یا HCV با توجه به نوع مواجهه تیزو برنده/ترشحات آلوده، راه و شدت مواجهه بررسی می شود، عواملی که در ارزیابی مد نظر می باشند عبارتند از: نوع مواجهه - نوع مایع / بافت - شدت مواجهه و ارزیابی اولیه فردی که دچار مواجهه شده است (در صورتی که وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV، HBV یا HIV مشخص نیست، آزمایش پایه برای HBS Ag، HBS Ab titer، HBC Ab، HCV Ab و HIV Ab را در اسرع وقت و در صورت موافقت فرد مواجهه یافته در خواست می شود (ترجیحا طی ۷۲ ساعت))

در ارزیابی منبع مواجهه توسط پرستار کنترل عفونت در صورت مشخص بودن منبع مواجهه: بیمار از نظر HBS Ag، HCV Ab و HIV Ab بررسی می شود. در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست برای اطلاع از وضعیت منبع هر چه سریعتر اقدام می شود و استفاده از PCR HIV، برای غربالگری روتین منبع مواجهه توصیه نمی شود.

در صورت منفی بودن منبع مواجهه از نظر HIV، HBV، HCV، آزمایش پایه، تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری بعدی HCP ضرورت ندارد، در صورتی که به علتی امکان انجام آزمایشات مورد نیاز برای منبع مواجهه مقدور نباشد، تشخیص طبی، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر در نظر گرفته می شود.

ارزیابی متخصص عفونی و در صورت نبود متخصص عفونی، متخصص داخلی بلافاصله پس از مواجهه های پرخطر: کسانی که تیترانتی بادی پایین تر از ۱۰ دارند:

افراد non-response: (افرادی که به سری واکسیناسیون اول پاسخ ایمنولوژیک نداده اند از نظر Hbs-Ag بررسی شده و با منفی شدن جواب مجددا سه نوبت واکسن دریافت می کنند ولی باز تیترا آنها زیر ۱۰ بوده و به این افراد non-response تلقی می شود)

❖ اقدامات پیگیری:

چک HCV Ab - HBs Ag - HIV Ab در هفته های ۶-۴، ۱۲ و ۲۴ الزامی می باشد

نحوه انجام آزمایشات / استفاده از آنتیویروس ها: مشاوره به همه افرادی که با مواد عفونت زا مواجهه داشته اند، ارائه می شود و در صورت تماس افرا بیمار HBV ترجیحا ایمونوگلوبولین و واکسن هپاتیت B طی ۲۴ ساعت اول و حداکثر ظرف ۱۴ روز به فرد مواجهه یافته تزریق می گردد. هیچ توصیه ای برای پروفیلاکسی دارویی بعد از تماس برای HCV وجود ندارد. برای کارکنان مواجهه یافته مشاوره مناسب، آزمایش و پیگیری انجام می شود

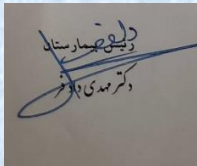
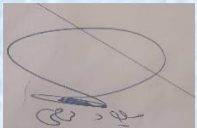

جهت شروع پروفیلاکسی بعد از تماس با HIV، فرد مواجهه یافته ظرف ۴۸ ساعت پس از مشاوره عفونی (متخصص داخلی) به مرکز بیماریهای رفتاری ارجاع داده می شود.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان / وسایل حفاظت فردی شامل: گان - ماسک - دستکش - عینک، واکسن هپاتیت B، ایمونوگلوبولین امکانات و تجهیزات بهداشت دست شامل: مایع صابون - محلول الکلی - دستمال حوله ای

مسئولیت ها و اختیارات: کارشناس کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بهداشت حرفه ای

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
-------------	--------------	--------------

<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاد برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>مریم کریمی (سوپروایزر پیشگیری و کنترل عفونت)</p> <p>مرضیه دارابی (مسئول بهداشت حرفه ای)</p>
--	--	--

دکتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های شایع بیمارستانی		
کد سند: IC-PR-07		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: کاهش مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه بیمار و کاهش خطر انتقال عفونت به سایر بیماران و تیم درمان، حفظ آرامش بیمار و خانواده وی.		
دامنه کاربرد: اعضا کمیته کنترل عفونت - روسا و مسئولین بخش های جراحی و اتاق عمل، بخش های بالینی		
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعاریف پیشگیری از عفونت های بیمارستانی در اصل پیشگیری از چهار نوع عفونت اصلی بیمارستانی (سپسیس - پنومونی - عفونت ادراری و عفونت پس از جراحی) می باشد و روش اجرایی پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به صورت روش اجرایی:</li> <li>پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر عروقی</li> <li>پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود</li> <li>پیشگیری و کنترل عفونت های کتترهای ادراری</li> <li>پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری</li> </ul>		



روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر عروقی

تعاریف: کاتترهای عروقی شامل کاتترهای عروقی محیطی و کاتترهای عروقی مرکزی که هم از طریق ورید و هم از طریق شریان تعبیه می شوند

۱. پرسنل درمان ، جهت ارایه صحیح مراقبت و نگهداری از کاتترها و اتصالات مربوط به آنها و انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب جهت پیشگیری از عفونت مربوط به این وسایل بصورت مستمر آموزش می بینند(توسط مسئول کنترل عفونت و مسئول بخش)
۲. دفتر پرستاری در بخش های ویژه ترجیحا پرسنل مجرب و آموزش دیده را جهت مراقبت از کاتترهای عروقی مرکزی بکار می گیرد.
۳. پرستار، کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را از قبیل گارو، چسب، پد الکلی، آنژیوکت سایز مناسب، دستکش لاتکس، سیفتی باکس و ماژیک را در سینی مخصوص رگ گیری آماده نموده و ترجیحا در اتاق کار یا اتاق مخصوص رگ گیری انجام می دهد و در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترالی دارویی به همراه سیفتی باکس و سطل زباله عفونی استفاده می نماید.
۴. پرستار قبل از جاگذاری کاتتر عروقی محیطی بهداشت دست و پوشیدن دستکش را رعایت می نماید.

1. پرستار جهت آماده سازی و ضد عفونی پوست محل رگ گیری از پد الکلی و یا سواپ پنبه یکبار مصرف آغشته با محلول پایه الکلی استفاده کرده و موضع تزریق را از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز می کند. (حداقل به مدت ۳۰ ثانیه)
  2. پرستار هرگز از سواپ پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند، استفاده نمی کند و پنبه ها به صورت خشک نگهداری می شوند و افشانه الکلی را روی موضع اسپری می کند.
  3. پرستار از هر آنژیوکت فقط یکبار استفاده می کند و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری آنژیوکت جدید استفاده می نماید.
  4. پرستار بعد از اتمام کار، بر روی چسب آنژیوکت، تاریخ، ساعت و نام خود را درج نموده و سپس دستهای خود را ضد عفونی می نماید.
  5. - پرستار در گزارش پرستاری محل گرفتن لاین وریدی، نوع آنژیوکت، فرد ارائه دهنده خدمت را قید می نماید.
  6. پرستار نحوه مراقبت از آنژیوکت و حفظ تمیزی و بهداشت آن و همچنین علانم عفونت محل آنژیوکت مثل درد و حساسیت محل تزریق، قرمزی ناحیه، خروج ترشح و تورم ناحیه را به بیمار و همراه وی آموزش می دهد.
  7. پرستار - آنژیوکت تعبیه شده را به مدت ۷۲ ساعت نگه داشته و بعد از این مدت نسبت به تعویض آن اقدام می نماید و در صورت نشستی و قرمزی فلبیت و .. زودتر تعویض می کند.
  8. کلیه پرسنل بخش های بالینی در خصوص اتصالات مربوط به بیمار از قبیل میکروست، ست سرم، سه راهی آنژیوکت و ... دستورالعمل تاریخ تعویض اتصالات که قبلا به آنها ابلاغ شده است را رعایت می نمایند.
- کاتتریزاسیون ورید و شریانهای مرکزی :

1. اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروقی مرکزی حتما توسط پزشک معالج تعیین می گردد
  2. قبل از انجام پروسیجر توسط پزشک جراح، کلیه وسایل مورد نیاز جهت کاتتریزاسیون مانند دستکش استریل، شان استریل بزرگ ، ست CVline یا کت داون، کلاه ، ماسک ، عینک محافظ صورت ، گان ، سرنگ استریل در اندازه های مختلف، لیدوکائین، بتادین، گاز استریل و کاتتر CVline با سایز تعیین شده توسط پزشک معالج، بر بالین بیمار توسط پرستار آماده می گردد.
  3. پرستار جهت ضد عفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از محلول بتادین و کلر هگزیدین استفاده می کند.
  4. -پزشک و پرستار در هنگام جاگذاری کاتترهای مرکزی (وریدی و شریانی) حداکثر حفاظت را جهت ایجاد شرایط آسپتیک بکار می برند، یعنی **اسکراب جراحی** انجام می دهند و **دستکش و گان استریل** می پوشند و از ماسک و کلاه استفاده می نمایند.
  5. **تکنیک آسپتیک** در حین کاتترگذاری و تا پایان آن توسط پرستار و پزشک معالج رعایت می شود
  6. کاتتر ورید مرکزی نیاز به تعویض روتین ندارد مگر در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت ، انسداد و ...)
  7. پانسمان کاتتر ورید مرکزی اگر بصورت پوشش گازی استریل باشد، هر ۲۴ ساعت یکبار و اگر بصورت پوشش شفاف استریل باشد، هر ۷ روز یکبار و در صورت آلودگی، خیس یا شل شدن در اسرع وقت توسط پرستار تعویض می گردد.
  8. پرستار از تماس دست آلوده با محل جاگذاری کاتتر خودداری می کند.
  9. پرستار در محل کاتترها پماد آنتی بیوتیکی استفاده نمی کند چون باعث عفونت فارچی و مقاومت آنتی بیوتیکی می شود.
- کاتتر ورید نافی فقط در صورت عدم کارکرد جایگزین می شود و به محض رفع اندیکاسیون کارگذاری خارج می شود

۱۰. پرستار مراقب بیمار باید در صورت مشاهده علائم حساسیت در محل کتتر، قرمزی، تب بدون علامت و یا علائم ترومبوز سریعاً به پزشک معالج اطلاع دهد تا نسبت به خروج کتتر اقدام کند و دیگر از آن محل جایگزین نشود.  
روش اجرایی پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود  
هدف: کاهش میزان بروز عفونتهای تنفسی وابسته به اینتوباسیون و ونتیلاتور

ج- تعاریف:

VAP ( Ventilator Associated Penumonیا ) : پنومونی وابسته به ونتیلاتور

انتوباسیون(Intubation) ) : به معنی کار گذاری لوله تراشه در داخل تراشه بیمار می باشد.

تراکئوستومی: عبارت است از باز کردن تراشه از قسمت قدامی در ناحیه گردن و ارتباط دادن فضای تراشه با بیرون توسط کانول فلزی یا- پلاستیکی.

د- کارکنان مرتبط: همه پرسنل درمانی

ه- شیوه انجام کار:

با توجه به خطر بالای پنومونی در بیماران بستری در بخشهای ویژه که اینتوبه و تحت ونتیلیاسیون مکانیکی قرار دارند و افزایش هزینه های درمانی و افزایش میزان اقامت بیمار در آی سی یو، این مرکز سعی در پیشگیری و کنترل عفونت های تنفسی با رعایت موارد ذیل دارد:

1. لوله گذاری داخل تراشه جز در موارد ضروری محدود می گردد و در صورت لوله گذاری، با توجه بر شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج می گردد(توسط متخصص بیهوشی و پرستار مسنول بیمار )

2. لوله گذاری داخل تراشه ترجیحاً از طریق دهان انجام می شود و به دلیل خطر سینوزیت از راه بینی انجام نمی شود.(توسط پزشک متخصص بیهوشی )

3. از کار گذاری لوله بینی معدی به دلیل افزایش ریسک ابتلا به پنومونی آسپیراسیون تا حد ممکن اجتناب می شود و در اولین فرصت خارج می گردد. (توسط پرستار مسنول بیمار)

4. -حجم باقیمانده معده برای جلوگیری از نفخ و اتساع معده به صورت مرتب توسط پرستار کنترل می گردد و موقع گاواژ حتماً سر بیمار را حداقل در زاویه ۳۰ درجه از تخت قرار می دهند.

5. -از کاتترهای ساکشن یکبار مصرف استفاده می شود و بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود. ( توسط پرستار مسنول بیمار)

6. -هر بیمار لاین ساکشن جداگانه دارد.

7. پرستار مسنول بیمار از کاتترهای جداگانه جهت ساکشن دهان و تراشه یا تراکئوستومی استفاده می کند و سرم نرم سالین هر شیفت تعویض می شود.

8. -باتل های ساکشن به محض پر شدن دو سوم حجم توسط پرسنل خدمات در توالت ها تخلیه می شوند و همچنین در انتهای هر شیفت هم تخلیه می شود و با آب و دترجنت شستشو داده می شود و با وایتکس ۱۰٪ شسته و سپس آبکشی و خشک می شوند. بعد از ترخیص هر بیمار هم کلیه اتصالات ساکشن تعویض می گردد.

9. -آموبیگ ها با نظارت مسنول شیفت و توسط پرسنل خدمات بعد از استفاده در صورت نداشتن قابلیت اتوکلاو ، با آب و دترجنت شستشو داده می شوند و سپس ضد عفونی سطح بالا روی آنها صورت می گیرد و جهت استفاده بیمار بعدی آبکشی و خشک می شوند.

10. در بیمارانی که تراکئوستومی دارند، جهت ایجاد رطوبت کافی از بخور استفاده می شود.

11. -در صورت بروز علائمی مانند تب ، تاکیکاردی، تاکی پنه، ترشح و قرمزی اطراف تراکئوستومی پرستار مسنول بیمار درگزار

- ش پرستاری قید می کند و به پزشک معالج اطلاع می دهد.
12. - پرستار ترشحات دهان و گلو را به طور مرتب ساکشن می کند.
  13. **دهانشویه با محلول کلر هگزیدین** یا نرمال سالین جهت جلوگیری از ایجاد کلونیزاسیون در حفره دهان هر شش ساعت توسط پرستار مسئول بیمار داده می شود.
  14. -پرستاران بخشهای ویژه **قبل و بعد از ساکشن بهداشت دست ها** را رعایت کرده و موقع انجام ساکشن لوله تراشه و تراکئوستومی ترجیحا **دستکش استریل** می پوشند و ساکشن را به روش استریل انجام می دهند.
  15. پرستار مایعات جمع شده داخل تیوب های ونتیلاتور را به صورت دوره ای تخلیه می کند
  16. پرستار از رقیق کردن ترشحات با سرم نرمال سالین تا حد امکان اجتناب می کند زیرا سرم نرمال سالین باعث پایین رفتن ترشحات به داخل راههای هوایی تحتانی می گردد.
  17. محفظه مرطوب کننده ونتیلاتور همیشه تا حد مطلوب از آب مقطر پر می شود جهت مرطوب نمودن هوای تنفسی بیمار و رقیق شدن ترشحات.
  18. -پرستار موقع انجام ساکشن و یا کارگذاری لوله تراشه و تراکئوستومی از وسایل حفاظت فردی مانند شیلد محافظ صورت گان و ماسک جهت جلوگیری از پاشیدن ترشحات استفاده می کند.
  19. پرستار و پزشک بعد از تماس با بیمار و قبل ورود بر بالین بیمار بعدی بهداشت دست را رعایت می کنند.
  20. پزشک بیهوشی بعد از اینتوباسیون از قرار گیری صحیح لوله تراشه با گرفتن گرافی پرتابل اطمینان حاصل می کند.
  21. پزشک معالج بیمار مشکلات زمینه ای مانند سوء تغذیه، ادم ریه، اسیدوز، داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و .. را بعنوان عوامل ایجاد کننده پنومونی مد نظر قرار می دهد و نسبت به رفع این اختلالات تا حد ممکن تلاش می نماید
  22. پرستار فشار کاف لوله تراشه را در حد نرمال ۲۰ تا ۲۵ میلیمتر جیوه حفظ می کند.
  23. - پرستار برای هر بیمار تیوب ساکشن اختصاصی گذاشته و روزانه تعویض می کند.
  24. لوله تراشه بیمار در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده و کم شدن قطر لومن لوله و ایجاد علایم تنفسی در بیمار تعویض می شود در غیر این صورت تا ۷ تا ۱۴ روز قابل استفاده است و بعد از این مدت نسبت به ایجاد تراکئوستومی با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک معالج تصمیم گرفته شود .
  25. لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی است و حداکثر ظرف مدت ۵ روز یا در صورت آلودگی یا کارکرد معیوب تعویض می شود. (توسط پرستار مسئول بیمار)
  26. HME یا فیلتر ونتیلاتور هر ۹۶ ساعت یکبار یا بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده تعویض می گردد.

روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کتترهای ادراری

هدف: کاهش میزان بروز عفونت های مربوط به کتترهای ادراری

1. سوندگذاری ادراری بر اساس وجود اندیکاسیون بالینی و طبق دستور پزشک معالج توسط پرستار صورت گیرد و از سوند گذاری بی مورد به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری می شود.
2. کتتر به محض رفع اندیکاسیون و با دستور پزشک معالج و توسط پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت خارج می گردد.
3. ضرورت انجام سونداژ ادراری و روش انجام آن توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار، با توجه به قدرت فهم بیمار به وی توضیح داده می شود.
4. پرستار قبل از انجام پروسیجر کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام سونداژ ( ست سونداژ، سینی سونداژ، دستکش استریل، ژل لیدو کائین، سرنگ ۱۰ سی سی، آب مقطر، کیسه ادرار و سوند فولی با اندازه مناسب ) را بر بالین بیمار آماده می کند.

5. پرستار ابتدا **ضد عفونی و بهداشت دستها** را انجام می دهد و سپس دستکش استریل پوشیده و ناحیه اطراف مجرای ادرار را با محلول بتادین و یا کلر هگزیدین ضد عفونی می نماید.
6. پرستار کلیه مراحل سونداژ را به روش آسپتیک انجام می دهد
7. پرستار مسنول بیمار بعد از اتمام کار سوند را در محل را با چسب مناسب فیکس می کند و تاریخ و کد مشخصه خود را در کاردکس بیمار ثبت می کند.
8. پرستار مسنول بیمار کیسه اداری متصل به کتتر را پایین تر از مثانه به صورت آویخته قرار می دهد و از قرار دادن آن بر روی زمین خودداری می کند.
9. پرستار مسنول بیمار کتتر اداری و کیسه اداری را در طول شیفت از نظر انسداد و پیچ خوردگی بررسی می کنند.
10. پرستار مسنول بیمار نحوه مراقبت از کتتر اداری و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت مثل درد، حساسیت محل سوند، قرمزی، خروج ترشح را به بیمار و همراه او آموزش می دهد
11. نیروی خدماتی بخش در پایان هر شیفت و در صورت نیاز طبق دستور پزشک یا شرایط بیمار بگ اداری را تخلیه می کند و هرگونه شواهد غیر طبیعی مانند بوی زننده، رنگ غیر طبیعی، رسوب و ... را به پرستار مسنول بیمار اطلاع می دهد.
12. پرستار مسنول بیمار حداقل در هر شیفت و در صورت لزوم موضع کتتر اداری را از نظر نشانه های عفونت بررسی می کند.
13. پرستار مسنول بیمار در صورت وجود ترشحات رنگی و بدبو در محل کتتر اداری، بالا بودن درجه حرارت و دیگر نشانه های عفونت مراتب را به پزشک معالج بیمار گزارش می دهد.
14. پزشک معالج بیمار در صورت بروز علائم عفونت اداری مشورت عفونی درخواست می کند.
15. سوپروایزر کنترل عفونت به صورت دوره ای طبق برنامه زمان بندی شده واحد کنترل عفونت بوسیله چک لیست مربوطه بخش / واحد را پایش می کند و موارد مغایرت با روش اجرایی و دستورالعمل های مربوطه را به مسنول بخش اعلام می کند.
16. در حین بازدیدها و برحسب ضرورت سوپروایزر کنترل عفونت آموزش چهره به چهره را برای پرسنل انجام می دهد.
17. سوپروایزر کنترل عفونت داده های جمع آوری شده در خصوص عفونت های ناشی از کتتر اداری را در کمیته کنترل عفونت بیمارستان ارائه می دهد و اقدامات اصلاحی مصوب شده را با همراهی سرپرستار / مسنول بخش و رابط کنترل عفونت در بخش / واحد اجرا می کند.

هدف: کاهش میزان بروز عفونت موضع عمل و محل نمونه برداری

تعاریف:

د- کارکنان مرتبط: اعضاء کمیته کنترل عفونت، پزشکهای متخصص- سر پرستاران

شیوه انجام کار:

بطور کلی جهت پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و محل نمونه برداری باید سه محور: **الف**. بیمار - **ب**. پرسنل

محور مربوط به **بیمار** موارد ذیل باید مد نظر قرار گیرد:

- 1- بیمار قبل از عمل جراحی از نظر وجود عفونت در سایر قسمتهای بدن توسط پزشک معالج، مورد ارزیابی قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا برطرف شدن عفونت به تاخیر می افتد.
- 2- موهای ناحیه عمل در صورت اختلال در کار جراح و ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی روز عمل و بلافاصله قبل از عمل و ترجیحاً با ماشین ریش تراشی کوتاه می شود، و میزان و ناحیه شیو موها توسط پرستار مسنول بیمار به وی آموزش داده می شود.
- 3- ترجیحاً بیمارانی که کاندید عمل جراحی الکتیو هستند شب قبل از عمل، حمام می کنند و در صورت صلاحدید جراح با مواد آنتی سپتیک حمام- نمایند.
- 4- پرستار در بیماران دیابتی سطح گلوکز خون بیمار را قبل از عمل چک کرده و جواب را به اطلاع پزشک معالج می رساند و در صورت بالا بودن قند - بیمار اقدامات درمانی طبق دستور پزشک معالج توسط پرسنل پرستاری اجرا می شود و قند بیمار کنترل می شود.

• در محور مربوط به **پرسنل بخشها** موارد ذیل باید رعایت گردد:

1. کارشناس کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی به بیمار و مسنول آموزش نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه عفونت های اصلی بیمارستانی، شستشوی دستها، رعایت روشهای آسپتیک در هنگام تعویض پانسمان، استفاده از وسایل حفاظت

- فردی و آموزش روشهای نوین مراقبت از زخمهای جراحی اقدام می کنند.
2. پرستار قبل از اقدام به تعویض پانسمان ناحیه عمل، بهداشت و ضد عفونی دست ها را انجام داده و از تکنیک استریل جهت تعویض پانسمان استفاده می کنند.
  3. پرستار مسئول بیمار حین پذیرش بیمار، قبل و بعد از عمل و قبل از ترخیص بیمار، به بیمار و همراهانش در مورد نحوه مراقبت- از زخم ، علانم عفونت زخم و گزارش این علانم آموزشهای لازم را می دهد.
  4. پرستار مسئول بیمار موقع باز نمودن ستهها از تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست و صحت فرایند استریلیزاسیون اطمینان - حاصل نموده و اندیکاتور را در پرونده بیمار الصاق می نماید و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور، موضوع را جهت بررسی اطلاع می دهد.
  5. تیم ایمنی بیمارستان متشکل از کارشناس ایمنی بیمار و کارشناس کنترل عفونت و سایر اعضاء تیم در بازدیدهای دوره ای کیفیت- آموزش های ارایه شده به بیمار در خصوص پیشگیری از عفونت، نحوه گردش کار در بخش و تطابق با اصول آسپتیک را مشاهده و نظارت می نمایند و عدم انطباقهای لازم را به همراه راهکارهای اصلاحی به مسئولین بخشها ارایه می دهند.

منابع / تجهیزات: راهنمای کاربردی کنترل عفونت در بیمارستان- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی / تالیف و تدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران ۱۳۸۶. چاپ دوم صفحات ۸۲-۱۰۱

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک- پرسنل اتاق عمل- پرستار

امکانات و تسهیلات: نیروی انسانی- محلولهای آنتی سبتیک، وسایل حفاظت فردی، تجهیزات پزشکی مانند آنژیوکت، کاتتر کت داون، کاتتر شالدون، چسب- دستکش استریل- محلول شستشوی دست- ساکشن- لوله تراشه یکبار مصرف- ونتیلاتور  
لوازم سونداژ- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی- وسایل استریل- گان- کلاه- مواد ضد عفونی کننده مثل بتادین و کلرهگزیدین و ...

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: شستشو و پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل قبل از استریل و مراحل استریل

کد سند: IC-PR-08

تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳
----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

هدف:

- ۱- ابزار بحرانی: ابزاری که با عروق یا بافت های استریل بدن در تماس هستند. این ابزار باید همیشه استریل استفاده شوند.
- ۲- ابزار نیمه بحرانی: ابزاری که در تماس با غشاء مخاطی، تناسلی، مجاری ادراری و پوست آسیب دیده می باشند. این ابزار باید استریل بوده و یا حداقل ضد عفونی سطح بالا برای آنها انجام شود (روش ترجیحی برای این ابزار استریلیزاسیون است)
- ۳- ابزار غیر بحرانی: ابزاری هستند که با پوست سالم تماس دارند. این ابزار باید تمیز و خشک استفاده شوند.

• دامنه کاربرد: گروه های مختلف پزشکی کمیته کنترل عفونت- بخش های درمانی - اتاق عمل بیمارستان

شیوه انجام کار:

- ۱- در اتاق عمل قبل از شروع بکار دست ها شسته شود در ابتدا دستکش پوشیده و در صورتی که احتمال پاشیده شدن ترشحات است از گان ضد آب و عینک استفاده شود.
- ۲- اجسام تیز و برنده و وسایل یکبار مصرف و گازها از ست برداشته می شود و داخل سفتی باکس و سطل زرد انداخته می شود سپس وسایل خونی با آب شسته شود (دمای زیر ۴۵ درجه سانتیگراد) تا خون از روی آن جدا شود و از اتاق عمل با ترالی حمل ست های کثیف به واحد CSR منتقل شود.
- ۳- در بخش ها پس از استفاده از ست کمک بهیار وسایل حفاظت فردی مانند دستکش، ماسک، شیلد و پیش بند پوشیده و وسایل آلوده را به اتاق شستشو برده و به دقت باز بینی کرده، وسایل یکبار مصرف و اجسام نوک تیز و برنده از داخل آنها بر داشته شده و دفع می شود و (توجه اجسام نوک تیز مثل سر سوزن- تیغ بیستوری-...) در محل مصرف و پس از استفاده باید دور انداخته شود.
- ۴- شستشوی اولیه با آب (دمای زیر ۴۵ درجه) و دترجنت (ترکیبات صابون مانند) انجام می شود و سپس وسایلی که لومن دار ( بخصوص در بخش های اندوسکوپی) هستند نیز با استفاده از هوای پرفشار، داخل آن ها خشک می شود و نیز تمام وسایل دندان دار (مانند پنس) باید با فرچه کاملاً لا به لای دندانها تمیز شود.
- ۵- پس از شستشو و خشک شدن با جعبه درب دار مخصوص حمل ست های کثیف به واحد CSR فرستاده می شود و سپس توسط پرسنل آن واحد چک می شوند و در صورت کثیف بودن یا آلودگی جهت رفع آن به بخش مربوطه عودت داده می شوند و به صورت رندوم جهت اطمینان از نظافت و عدم آلوده بودن تست خون و تست پروتئین چک شده و بایگانی می گردند.
- ۶- در پکینگ از کاغذ کرپ دولایه و تمیز با سایز مناسب بدون پارگی و سوراخ شدگی جهت پک کردن استفاده شود.
- ۷- وسایل به طور مرتب داخل پگ ها گذاشته و در بین آنها از اندیکاتورهای استریل استفاده می شود و اگر کمتر از ۱۲

قلم بود کلاس ۴ و بیش از ۱۲ قلم کلاس ۶ گذاشته و بر روی آنها بر چسب اطمینان با ذکر نام ست، تاریخ ( استریل و انقضای ست ) و نام فردی که ست را بسته بندی نموده و نام بخش و شماره سیکل دستگاه قید می شود.

۸- یک ها و بسته های عمل باید به صورت عمودی (ایستاده ) در اتوکلاو قرار داده شود و به حالت خوابیده نبایستی باشد.

۹- یک ها باید محکم بسته شود و در حالتی گذاشته شود که بین آنها فضا جهت عبور بخار باشد و اتوکلاو خیلی نباید پر شود

۱۰- پس از در آوردن یک ها از اتوکلاو باید کاملاً خشک باشد و با دست مرطوب یک ها جابه جا نشود و با توالی حمل ست های استریل به اتاق عمل و بخش ها با جعبه درب دار مخصوص حمل ست های استریل تحویل داده می شود .

۱۱- در صورتی که تست های اتوکلاو پس از استریلیزاسیون تغییر رنگ نداده باشند نباید از ست مورد نظر استفاده شود و فوراً با ثبت شماره اتوکلاو(سیکل) و تاریخ و نوع ست به مسئول اتاق عمل و مسئول کنترل عفونت اطلاع داده شود .

۱۲- هنگام تحویل ست ها و پگ های عمل باید آنها چک و کنترل گردند و در صورت مشاهده آثار کثیفی بر روی آنها پرسنل C.S.R بایستی آنها را تمیز نمایند.

۱۳- هنگام ورود و خروج از واحد سی اس آر کلیه پرسنل بایستی کفش و لباس خود را تعویض نمایند و از ورود افراد متفرقه به محل استریلیزاسیون بایستی خودداری گردد.

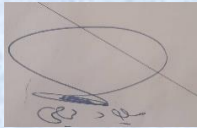
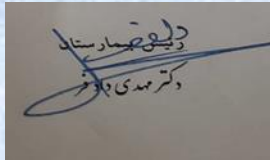
۱۴- در صورت رعایت نکات بالا و نگهداری ست های استریل در کابینت درب دار(در بخش ها) و اتاق انبار پگ که شرایط استاندارد را دارا باشد (فاصله از سقف ۴۵ سانتیمتر و زمین ۳۰ سانتیمتر و دیوار ۵ سانتیمتر ) و تهویه مناسب به مدت دو هفته قابل نگهداری می باشد و چیدمان بسته های استریل باید گونه ای باشد که بر چسب و تاریخ انقضا آن به راحتی دیده شود.

توجه داشته باشید که از تست بوودی دیک بصورت روزانه قبل از شروع کار دستگاه اتوکلاو و تست پی سی دی در هر سیکل استفاده می شود و تست های بیولوژیک بصورت هفتگی و بعد از تعمیرات سه عدد در دستگاهها بصورت یکی در قسمت آخر و وسط و جلو درب قرار داده می شود پس از یک ساعت نتیجه مشخص می شود که در صورت منفی بودن می توان از دستگاه استفاده نمود و نتایج تمامی این تست ها در دفتر مربوطه بایگانی می شود

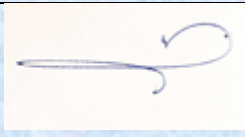
منابع /تجهیزات:کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی/کاغذ کرپ

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک - مسئول آزمایشگاه - دبیر کمیته کنترل عفونت - دبیر کمیته دارو درمان و تجهیزات پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهبه کننده:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 







دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: انجام آزمونهای اطمینان جهت عملکرد دستگاههای استریل کننده

کد سند: IC-PR-09

تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۲
----------------------------------	-----------------------------	----------------------------

هدف:

۱. اطمینان از عملکرد دستگاههای استریل کننده و نتایج صحیح آزمون های شیمیایی

• دامنه کاربرد: گروه های مختلف پزشکی کمیته کنترل عفونت- آزمایشگاه- بخش های درمانی - اتاق عمل بیمارستان

شیوه انجام کار:

این اندیکاتور برای ارزیابی استفاده از تست های پایش فرایند استریلیزاسیون بر اساس دستورالعمل و بررسی عملکرد پرسنل بر اساس این تست ها صورت می گیرد.

اندیکاتور به نشانگر شیمیایی گفته می شود که صحت کارکرد دستگاه های استریل را با تغییر رنگ نشان می دهد. اندیکاتور کلاس ۱: یا چسب OK شامل دسته بندی اندیکاتورها بر حسب مورد استفاده و سطح کیفی آنهاست این نوع اندیکاتور

صرفاً جهت استفاده در خارج بسته های استریل به کار میرود. تغییر رنگ این اندیکاتور ها نشانگر صحت عمل استریلیزاسیون

نبوده و فقط برای فهمیدن اینکه پک داخل استریل وارد شده است یا نه بکار میرود. که معمولی ترین نوع اندیکاتورها در اتوکلاو می باشند که شامل: چسب اتوکلاوبخار که پس از استریل قهوه ای میشود اندیکاتور کلاس ۲:

میزان کارایی سیستم خلاء در اتوکلاوهای پری وکیوم است. هدف از آن اثبات عدم حضور هوا در محفظه اتوکلاو است که مانع نفوذ سریع و یکنواخت بخار به داخل بسته می شود یک صفحه تست بووی دیک بنا به توصیه کارخانه سازنده داخل یک پکیج کاغذی یا پارچه ای یا بدون پکیج در قسمت پایین، نزدیک درب و به صورت افقی قرار داده می شود.

اندیکاتور کلاس ۳: این اندیکاتور فقط برای یک پارامتر کاربرد دارد و تنها نشان دهنده این است که بسته در معرض دمای معین قرار گرفته است. در حال حاضر این تست استفاده نمی شود.

اندیکاتور کلاس ۴: این اندیکاتور مقادیر چند پارامتر (مثل زمان و دما) را بررسی می کند و برای بسته های کوچک استفاده می شود..

اندیکاتور کلاس ۶: این اندیکاتور به تمام پارامترهای حیاتی در دامنه خاصی حساس است و برای بسته های بزرگ و یا ست های عمل های جراحی حساس استفاده می شود. (جهت بررسی صحت عملکرد انواع اتوکلاو بخار است و با نام اندیکاتور اتوکلاو شیمیایی نیز شناخته می شود)

اندیکاتور بیولوژیک: این اندیکاتور برای اتوکلاو هفته ای یکبار و در هر بار بارگذاری برای پلاسمای پراکسید هیدروژن استفاده می شود. به علاوه پس از هر بار تعمیر دستگاه و قبل از استریل کردن عضو مصنوعی (پروتز) و یا ابزار کاشتنی

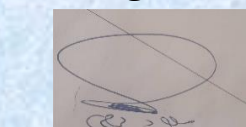
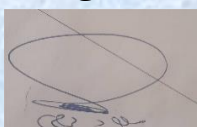
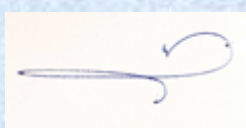
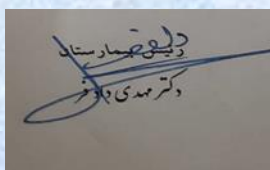
(ایمپلنت) هم استفاده می شود. این اندیکاتور را جایی از محفظه قرار دهید که امکان دارد عامل استریل کننده به آنجا نرسد. اندیکاتور بیولوژیک حاوی اسپور باکتری است و نابود شدن اسپورها نشان دهنده رضایت بخش بودن فرآیند است. (برای مدت زمان ۲۴ ساعت در دمای ۵۵ تا ۶۲ درجه سانتیگراد داخل انکوباتور قرار دهید)

۱. پرسنل بخش CSR در هر بسته استریل کمتر از ۱۲ قلم از نشانگر شیمیایی کلاس ۴ و بیش از ۱۲ قلم از نشانگر های شیمیایی کلاس ۶ استفاده می شود.
۲. پرستار مسئول بیمار اندیکاتور داخل ست را چک کرده و در فرم الصاق اندیکاتور در پرونده بیمار بایگانی می کند.
۳. مسئول CSR از زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی و بصورت هفتگی و بال نشانگرهای بیولوژیک (اسپور) به تعداد مناسب با توجه به اندازه اتوکلاو) سه عدد( در ان جای گذاری می گردد این کار با چرخه خالی دستگاه انجام می شود و با توجه به جواب این نشانگرها و اعلام آن توسط آزمایشگاه توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکرو ارگانیسم های زنده و مقاوم سنجیده می شود و نتایج آن در واحد CSR بایگانی می شود.
۴. مسئول CSR روزانه قبل از شروع کار دستگاه های اتوکلاو آزمون بووی -دیک با چرخه خالی انجام و نوار آن در دفتر بخش مربوطه بایگانی می شود.
۵. در صورت جابجایی، خرابی و یا بعد از تعمیرات کلی برای بازگرداندن دستگاه به چرخه معمول آزمون های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام می گیرد.
۶. پرسنل CSSD با تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته های استریل آشنایی کامل داشته و در صورت عدم تطابق اقدام اصلاحی صحیح و استاندارد را انجام می دهند.
۷. پرسنل CSR علاوه بر بررسی تغییر رنگ تست های شیمیایی به وضعیت ظاهری ست ها مانند بسته بندی صحیح ظاهر ست دقت و در صورت تشخیص هر کدام از این موارد به مسوول مربوطه تذکر لازم و اقدامات اصلاحی لازم انجام می شود.
۸. سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.

منابع /تجهیزات: کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی / وجود نشانگرهای شیمیایی و نوار مربوط به تست بووی دیک ،ویال های بیولوژیک- فرم الصاق اندیکاتور

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک- مسئول آزمایشگاه- دبیر کمیته کنترل عفونت- دبیر کمیته دارو درمان و تجهیزات پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
	 	





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: روش اجرایی محافظت از بسته های استریل با لحاظ الزامات در برابر آلودگی

کد سند: IC-PR-10

تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۲
----------------------------------	-----------------------------	----------------------------

هدف:

۱. حفظ ایمنی بیمار
۲. حفظ شرایط استاندارد استریلیزاسیون
۳. افزایش کیفیت مراقبتها به مددجویان

• دامنه کاربرد: گروه های مختلف پزشکی کمیته کنترل عفونت- آزمایشگاه- بخش های درمانی - اتاق عمل بیمارستان

شیوه انجام کار:

۱. تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون در حال حاضر با توجه به شرایط موجود وساختار این واحد در این مرکز، تا حدودی انجام شده است.
۲. مسئول CSR امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی و سینک همراه با مایع صابون و حوله کاغذی جهت خشک کردن دست ها در دسترس پرسنل قرار داده است.
۳. پرسنل واحد استریلیزاسیون منطبق با موازین پیشگیری و کنترل عفونت آموزش دیده و آگاهی دارند. از جمله استفاده از وسایل حفاظت فردی، موقعیت ها شستشوی دست و رعایت آن، اقدامات لازم در مواقع مواجهه شغلی، انجام واکسیناسیون.
۴. کارکنان سایر بخش ها حق تردد در واحد استریلیزاسیون را ندارند و در این زمینه آموزش لازم توسط پرستار کنترل عفونت به آنها داده شده است.
۵. مسئول CSR تحویل ست های استریل و غیراستریل را از دو مسیر جداگانه انجام می دهد واحد استریلیزاسیون این مرکز فقط دارای یک درب می باشد که وسایل استریل از ترالی درب دار به اتاق عمل و در بخش ها با جعبه های درب بسته مخصوص حمل ست های استریل منتقل می شوند و وسایل کثیف از اتاق عمل و بخش ها پس از شست و شوی اولیه با ترالی درب دار و جعبه مخصوص حمل ست های کثیف به واحد استریل منتقل می شوند.
۶. فضاهای محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی و سایر بخش های دارای بسته های استریل وجود دارد.
۷. مسئول CSR انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های

مشبک با سطوح صاف انجام می دهد.

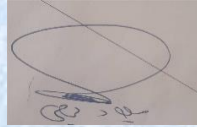


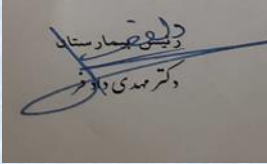
۸. مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته ، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری در این مرکز بصورت ۱۳ روز یکبار می باشد.

۹. هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده ترالی درب دار استیل انجام می شود.  
سنه های استریل در بخش ها داخل کابینت درب دار نگهداری می شود  
مدت زمان نگهداری ست های استریل بر اساس دستورالعمل انجام می گیرد.

منابع / تجهیزات: کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی /

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک - مسئول آزمایشگاه - دبیر کمیته کنترل عفونت - دبیر کمیته دارو درمان و تجهیزات پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهدیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
	 	



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

کد سند: IC-PR-11

تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳
----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

هدف:

۱. کاهش مصرف غیر منطقی و بی رویه آنتی بیوتیکها-
۲. تجویز منطقی آنتی بیوتیکها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان-
۳. کاهش میزان هزینه های درمانی

تعاریف: WHONET نرم افزار پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت جهت ثبت، آنالیز و تجزیه و تحلیل مقاومت های میکروبی بیمارستانی و همچنین مقاومت های میکروبی مرتبط با حیوانات، مواد غذایی و آب می باشد.

- دامنه کاربرد: گروه های مختلف پزشکی کمیته کنترل عفونت- آزمایشگاه- بخش های درمانی - اتاق عمل بیمارستان

شیوه انجام کار:

- ② این مرکز این روش اجرایی را با تاکید بر اجرای صحیح مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی و یافتن راهکاری مناسب جهت جلوگیری از مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها و با نظر پزشکان متخصص رشته های مختلف ، تدوین نموده و امیدواریم که در جهت اجرای صحیح آن حداکثر تلاش خود را بنماییم:
- ② تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرم های جدا شده از نمونه های کشت مربوط به بیماران اقدام می کنند.
- ② مسئول آزمایشگاه نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل بصورت هر سه ماه یکبار به کمیته کنترل عفونت اطلاع می دهد.
- ② مسئول آزمایشگاه الگوهای مقاومت غیر طبیعی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس به متی سیلین و ونکومایسین را به واحد کنترل عفونت گزارش می دهد.
- ② تیم کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و الگوی مقاومت میکروبی را به پزشکان و پرسنل جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن، اطلاع رسانی می کند.
- ② تیم کنترل عفونت الگوی مقاومت میکروبی و الگوی مصرف آنتی بیوتیک ها و تجزیه تحلیل مربوط به آنها را به کمیته کنترل عفونت شهرستان ارسال می نماید.
- ② -مسئول داروخانه میزان مصرف آنتی بیوتیک های پر مصرف را بصورت شش ماهه به کمیته کنترل عفونت اطلاع رسانی می نماید تا کمیته کنترل عفونت هم با توجه به عفونت های شایع مرکز) عفونت پنومونی) و الگوی مقاومت میکروبی گزارش شده توسط واحد آزمایشگاه، تصمیماتی در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و نتیجه آن را به کلیه پزشکان و مسئولین بخشها اعلام نماید.
- ② مسئول فنی داروخانه بیمارستان لیست آنتی بیوتیک های موجود در بیمارستان را تهیه و در کمیته کنترل عفونت

ارائه می کند. این لیست سالانه توسط ایشان بازنگری می گردد.

2 پزشک معالج بیمار به منظور پیشگیری از مقاومت های آنتی بیوتیکی و تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها در موارد تب مقاوم به درمان، نیاز به تجویز آنتی بیوتیک های پر هزینه و تغییر دوز در آنتی بیوتیک های این گروه، مشاهده علائم واضح عفونت که به درمان آنتی بیوتیکی پاسخ نمی دهد، نیاز به انجام کشت از محل عفونت، تجویز بیشتر از سه نوع آنتی بیوتیک، عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیک، مشاوره عفونی برای بیمار درخواست کرده و متناسب با شرایط بیمار آنتی بیوتیک وی را تغییر می دهد.

2 سوپروایزر کنترل عفونت گزارش جمع بندی آنتی بیوتیک ها و مقاومت های آنتی بیوتیکی را پس از جمع بندی در کمیته هر سه ماه یکبار به مسئولین فنی بخش ها و سرپرستاران اعلام می گردد.

2 در مورد کنترل هزینه 8 آنتی بیوتیک گران قیمت هر سه ماه یکبار آمار کل بیمارستان در جدول پیوستی به معاونت غذا و دارو ارسال و پسخوراند جهت کنترل هزینه ها دریافت می گردد.

2 در این مرکز از استراتژی محدودکننده و آموزشی دستورالعمل استوارد شیپ استفاده می گردد و پس خوراند آن به رییس کمیته کنترل عفونت ارائه می گردد.

منابع / تجهیزات: کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی /

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک - مسئول آزمایشگاه - دبیر کمیته کنترل عفونت - دبیر کمیته دارو درمان و تجهیزات پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهدیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: برچسپ گذاری اقلام استریل در فرایند فراخوان

کد سند: IC-PR-12

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

جلوگیری از بکارگیری پگ وست های غیر استریل در درمان بیماران

دامنه کاربرد:

اتاق عمل - بخش بستری - اورژانس - زایشگاه - درمانگاه تخصصی - مراقبت ویژه

مسئولیت ها و اختیارات:

مسئول CSSD

### تعاریف:

سیرکولار: پرستاری که در اتاق حضور دارد و نیاز تیم جراحی را برطرف می کند.

اسکراب: پرستاری که دست شسته و جراح را در پروسیجر جراحی همراهی می کند.

اتوکلاو: دستگاهی که ست ها در آن استریل می شوند.

CSR: مکانی که در آنجا ست ها استریل می شوند.

پکینگ: مکانی که در آنجا ست ها شسته و پگ می شوند

اندیکاتور: نوار تستی (نشانگر) که در مقابل دما و بخار حساس بود و در داخل بسته ها گذاشته میشود و با استریل شدن تغییر رنگ میدهد.

شیوه انجام کار:

1- مسئول پکینگ اندیکاتور کلاس ۶ را هنگام پگ کردن درون ست بالای ۱۲ قلم و کلاس ۴ درون ست کم تر از ۱۲ قلم قرار می دهد

2- مسئول پکینگ پس از پگ کردن ست برچسپ شناسایی شامل: (تاریخ و شیفت کاری، شماره یا کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضاء مصرف بسته، چرخه بارگذاری، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل، نام ست) را روی ست می چسپاند.

3- مسئول CSR پس از چیدن ست ها درون اتوکلاو تست استریلیزاسیون را درون اتوکلاو قرار می دهد

4- مسئول استریلیزاسیون پس از اتمام سیکل استریل دستگاه اتوکلاو، تست استریلیزاسیون را بر روی دفتر ثبت اتوکلاو می چسپاند.

5- پرستاران بخش ها خیس بودن ست و عدم تغییر رنگ مناسب برچسپ ست را به عدم استریل بودن ست نسبت دهد.

6- پرستار سیرکولار خیس بودن و عدم تغییر رنگ مناسب برچسپ روی ست را مبنی بر عدم استریل بودن ست بداند

7- پرستار سیرکولار برچسپ استریل روی لایه اول ست را برداشته و در معرض دید قرار می دهد

8- پرستار اسکراب پس از باز کردن لایه دوم ابتدا تست اندیکاتور کلاس ۶ را چک می کند عدم تغییر رنگ نشانه عدم استریل و در

صورت اطمینان از استریل بودن آن به پرستار سیرکولار تحویل می دهد

9- پرستار سیرکولار اندیکاتور کلاس ۶ و یا ۴ را به برگه جراحی ایمن پرونده بیمار و در بخشها در برگه گزارش پرستاری ضمیمه میکند

- ۱۰- فرد اسکراب، سیرکولار و پرستاران بخش ها گزارش را به مسئول استریلیزاسیون اطلاع دهند
- ۱۱- مسئول استریلیزاسیون پس از اطمینان از صحت گزارش داده شده توسط پرسنل مربوطه سایر ست های آن تاریخ را جمع آوری و بازخوانی کند
- ۱۲- مسئول استریلیزاسیون پس از اطمینان از صحت استریل نبودن تمام ست های آن تاریخ، نسبت به بررسی سیکل استریل اتوکلاو اقدام نماید
- ۱۳- در صورت وجود نقص دستگاه اتوکلاو، دستگاه توسط مسئول تعمیرات رفع نقص شود
- ۱۴- ست هایی که بعد از رفع نقص دستگاه استریل شده اند مجدداً توسط مسئول استریلیزاسیون جهت اطمینان از کارکرد درست دستگاه بررسی شوند
- ۱۵- تاریخ انقضای بسته های کرپ دولایه ۳۰ روز-دولایه پارچه یک هفته- کاغذ وی پک یک لایه ۱۵ روز ودولایه ۳۰ روز میباشد

منابع / تجهیزات:

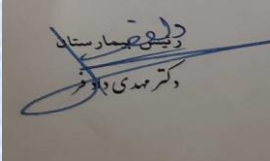


دستگاه های اتوکلاو اندیکاتور های شیمیایی

مسئولیت ها و اختیارات:

پرسنل و مسئولین اتاق عمل و آندوسکوپی

منابع / مراجع: استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان های ایران

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

ابلاغ کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاد برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)</p>



عنوان روش اجرایی: گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت

کد سند: IC-PR-13

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی و نابودی تمام میکرو ارگانیسم های زنده موجود در اقلام حساس به حرارت که با روش های حرارتی (اتوکلاووفور) استریل نمی شوند.

دامنه کاربرد: همه بخش های بالینی بیمارستان

تعاریف: منظور از اقلام حساس به حرارت اقلامی هستند که نمیتوان با حرارت ان ها را استریل کرد و از روش های شیمیایی برای استریل استفاده می شود مانند قلم بای پولار و آمبوبگ و لارنگوسکوپ جهت استفاده مجدد به خوبی ضد عفونی شوند تا بتوان از انها استفاده کرد.

#### مایعات شیمیایی Liquid Chemicals

بر اساس تاییدیه FDA چندین ماده شیمیایی مایع وجود دارند که در زمان تماس های معین خواص استریل کنندگی دارند و می توان از انها جهت استریل نمودن وسایل و ابزار پزشکی استفاده نمود CDC مدت زمان تماس برای این مایعات را از ۳ تا ۱۲ ساعت ذکر نمود هاست و گفته است که زمان تماس بستگی به شرایطی دارد که توسط آزمایش اسپوروسیدال تعیین میگردد.

نکته قابل توجه این است که این مایعات در زمان کمتر به عنوان ضد عفونی کننده های سطح بالا high-level

disinfectants شناخته میشوند همچنین باید توجه داشت که در این روش پس از زمان تماس باید ابزار و وسایل را با آب استریل آبکشی نمود که این خود یک چالش بزرگ و جدیاست .

شیوه انجام کار:

۱- پس از اتمام کار تشخیصی یا درمانی ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی نظیر پیش بند ماسک و عینک محافظ وسایل آلوده مانند لارنگوسکوپ را پس از پاکسازی از ترشحات، با استفاده از دترجنت یا شوینده آنزیمی مناسب شستشو میدهد و آبکشی و خشک می نماید.

۲- بعد به مدت تعیین شده توسط شرکت تولید کننده در محلول های سطح بالا غوطه ور می کند.

۳- سپس آبکشی می نماید.

۴- سپس خشک می نمایند

نحوه استفاده از قرص فرمالین: قرص فرمالین به تعداد ده عدد داخل ظرف نمونه متخلخل قرار داده می شود و ظرف حاوی محتوی قرص درون بیگس حاوی ابزار حساس به حرارت قرار داده می شود. پرسنل سی اس ار هنگام چک فرمالین از وسایل حفاظت فردی و ماسک استفاده می کنند. چک قرص فرمالین به صورت ماهانه انجام می شود و در صورت پودر شدن قرص ها تعویض می شوند، در غیر این صورت روی بیگس تاریخ چک فرمالین ، شخص چک کننده، تاریخ چک بعدی و شیفت کاری ثبت می شود.

نحوه استفاده از محلول سطح بالا در پایه گلو تارالدهید ۲,۵ درصد: محلول گلو تارالدهید در این بیمارستان با نام تجاری اسپورسیدین موجود می باشد که در ظروف غوطه وری درب دار در اتاق کار کثیف موجود می باشد. خدمات حین استفاده از این محلول باید از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند و ابزار ها به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه در این محلول غوطه ور شوند و پس از گذشت این زمان از محلول خارج شده و آب کشی شده و برای استفاده در محل مناسب انبارش شوند.

ردیف	نام وسیله	نام بخش	روش استریلیزاسیون
۱	گاید وایر	اتاق عمل	غوطه وری در محلول های لول بر پایه گلو تارالدهید
۲	وسایل تک پیچ ظریف ارتوپدی (قیچی ظریف - هوک دو شاخ - پلک برگردان)	اتاق عمل	غوطه وری در محلول های لول بر پایه گلو تارالدهید
۳	پین کارت تر کوچک ارتوپدی، پیچ گوشتی ارتوپدی، آچارهای ارتوپدی	اتاق عمل	غوطه وری در محلول های لول بر پایه گلو تارالدهید
۴	بسکت خروج سنگ	اتاق عمل	قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۵	پنس نمونه برداری	اتاق عمل	قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۶	قلم ابلیشن مونو پولار	اتاق عمل	قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۷	قلم کوتر بای پولار و سیم رابط ان	اتاق عمل	قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۸	دسته چراغ های سیالیتیک	اتاق عمل	قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۹	فلوسنسور ونتیلاتور	کلیه بخش های بستری و اورژانس	شستشوی اولیه با آب و دتر جنت، غوطه وری در محلول سطح بالا (بر پایه گلو تارالدهید ۲ درصد)
۱۰	فورسپس نمونه برداری اندوسکوپ	اندوسکوپی	شستشوی اولیه با آب و دتر جنت، غوطه وری در محلول سطح بالا (۲ درصد)
۱۱	امبوپگ و ماسک	اتاق عمل	شستشو اولیه با آب و دتر جنت، غوطه وری در محلول سطح بالا (اسپورسیدین)
۱۵	تیغه لارنگوسکوپ	اتاق عمل	شستشوی اولیه با آب و دتر جنت، غوطه وری در محلول سطح

بالا (اسپورسیدین)			
قرص فرمالین یا دستگاه پلازما	اتاق عمل	قطعات الکترونیکی حساس به حرارت	۱۶
گام اول انزیماتیک، شستشو با آب و کف، غوطه وری در محلول سطح بالا و در آخر شستشو با آب مقطر	درمانگاه	اندوسکوپی، کلونوسکوپی، اندوسکوپی	۱۷

منابع / تجهیزات: دستورالعمل کشوری - تجارب بیمارستان / محلول ضد عفونی

مسئولیت ها و اختیارات: پرسنل بخش CSR

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
	 بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	
		

**روش های اجرایی محور مدیریت اطلاعات**

**سلامت**



عنوان روش اجرایی: کنترل صیانت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد سند: HIM-PR-12

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: این روش اجرایی جهت لزوم امنیت و امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده ها و کنترل ورود به سیستم رایانه ای و مشخص کردن سطوح دسترسی افراد و بخش های مختلف تدوین شده و برای این منظور اعمال تدابیر شدید در تعیین رمز عبورها و محدود نمودن دسترسی افراد غیرمجاز سیاست این بیمارستان است که هدف از آن حفظ امنیت و محرمانگی اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و رعایت اصول محرمانگی، عدم دسترسی افراد غیرمجاز به اطلاعات دیگران و عدم دسترسی به اطلاعات حیاتی و محرمانه بیمارستان و خرابکاری سرورهای بیمارستان می باشد

دامنه کاربرد: بخش های بالینی و پاراکلینیک واداری، فناوری اطلاعات و اومدارک پزشکی

تعاریف: صیانت: محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات بخشی از مدیریت اطلاعات است که وظیفه تعیین اهداف، امنیت و بررسی موانع رسیدن به این اهداف و ارائه راهکارهای لازم را برعهده دارد

شیوه انجام کار:

- ۱- توسط مسئولین واحدها و بخش ها کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی انجام میگردد.
- ۲- نحوه کنترل صحت داده ها توسط مسئولین بخشها و واحدها به مسئولان واحدهای مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت بصورت مکتوب یا از طریق اتوماسیون می باشد.
- ۳- کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی توسط مسئول فناوری اطلاعات بصورت هفتگی بررسی می شود.
- ۴- داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی توسط کنسول سپاس صحت سنجی شده و توسط مسئول خطاها ثبت می گردد. HIS.
- ۵- نحوه عملکرد و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی توسط کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت انجام میشود.
- ۶- شرکت پیوند HIS- ورود داده ها و به روز نمودن الزامات مستند سازی بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت توسط مسئول داده ها در سیستم انجام می گیرد.
- ۷- هر کاربر رایانه با استفاده از یوزر و پسورد مخصوص به خود قادر به ورود به سیستم رایانه ای می باشد.
- ۸- کلیه کاربران حداقل ۴۵ روز نسبت به تعویض رمز ورود رایانه خود اقدام می کنند.
- ۹- مسئول فناوری اطلاعات پایگاه داده و سیستم را رمز گذاری می کند و امکان ویرایش و تغییرات به جز ادمین برای هیچ کاربری امکان پذیر نمی باشد.
- ۱۰- مسئول فناوری اطلاعات کلیه رمز عبورها در سرور Domain را ذخیره می نماید (رمزها قابل مشاهده نیستند، هر کاربر HIS با وارد کردن مشخصات خود، تنها قادر به مشاهده بخش مربوط به خود می باشد و تنها ادمین سیستم (مسئول آی تی) با هماهنگی مدیر بیمارستان و بعضاً واحد مدارک پزشکی، قادر به تغییر اطلاعات پایه می باشند.
- ۱۱- در صورتی که فردی به صورت غیرمجاز بخواهد وارد سرورهای بیمارستان شود، از طریق برنامه Event Log سرور قابل پیگیری و ردیابی می باشد.

۱۲- کاربران HIS اجازه دسترسی به تنظیمات و اطلاعات را ندارند.

۱۳- جهت حفظ محرمانگی اطلاعات مسئولین و کاربران HIS هیچکدام حق دسترسی به Document دیگری را ندارد.

۱۴- در صورت برون سپاری تمامی تدابیر امنیتی اجرا می شود.

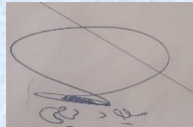

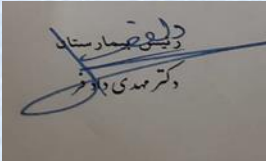
۱۵- از توکن سخت افزاری جهت تکمیل صحیح اطلاعات هویتی و بیمه ای بیماران توسط کادر پذیرش بیمارستان استفاده می شود.

۱۶- مسئول فناوری اطلاعات گواهی ارزیابی امنیت نرم افزار را از شرکت مربوطه دریافت می نماید .

منابع / تجهیزات: استانداردهای مدارک پزشکی - تجارب بیمارستان / پرونده بیمار

مسئولیت ها و اختیارات: سوپروایزر آموزشی - کادر درمان - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - کارشناس بهبود کیفیت

فرد ناظر بر عملکرد: تیم مدیریت اجرایی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
سجاد غلامی (کارشناس واحد فناوری اطلاعات)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان

کد سند: HIM-PR-13

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
--------------------------------	----------------	-----------------------

هدف: مراقبت و نگهداری صحیح از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری و در دسترس بودن اطلاعات

دامنه کاربرد: کلیه بخشهای بالینی ، پاراکلینیک، کلینیک تخصصی، اداری و پشتیبانی

تعاریف: منظور از سیستم های سخت افزاری، کلیه رایانه ها، کیس سرور، پرینترها، سوئیچ ها، کابل های شبکه و .... می باشد و منظور از سیستم های نرم افزاری برنامه های HIS ، اتوماسیون اداری، آذرخش و روز آمد می باشد.

شیوه انجام کار:

- مسئول واحد فناوری اطلاعات، براساس دستورالعملها وبخشنامه های صادره از طرف اداره مدیریت آمار وفناوری اطلاعات دانشگاه نسبت به پشتیبانیازسیستمهاینرم افزار یوسخت افزار بیمارستان به طور دقیق اقدام می نماید.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات، نیازهای این مرکز از لحاظ سخت افزاری و نرم افزاری را مورد بررسی و جهت ارائه خدمات بهتر و سریع تر، نسبت به تغییرات برنامه و تجهیزات رایانه ای، اقدام می کند.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات، نسبت به تکمیل فرم درخواست قرار داد پشتیبانی HIS اقدام تا نسبت به پرداخت حقوق و دستمزد شرکت اقدام شود.
- Back up گیری از برنامه های HIS چند بار در طی شبانه روز به صورت خودکار انجام می گیرد.
- فایل های Back up علاوه بر سرور در کیس Back up و هارد اکسترنال نگهداری می شوند.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات، نسبت به نصب نرم افزارهای کاربردی عمومی نظیر آنتی ویروس، Office ، Flashplayer و.... کلاینت ها اقدام، و نظارت می نماید.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات نسبت به بروز رسانی نرم افزاری کامپیوترهای ایستگاههای کاری مخصوصا بروز رسانی سیستم عامل اقدام می نماید.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات ، نکات امنیت سخت افزاری را به کاربران ارائه و بر رعایت و اجرای آنها نظارت می کند.
- در صورتیکه قطعه ای نیاز به تعمیر داشته باشد توسط مسئول فناوری اطاعات و با هماهنگی سرپرستی و مدیریت بیمارستان به فروشگاه های معتبر ارسال می گردد.
- در صورتیکه قطعه ای بسوزد یا غیر قابل تعمیر باشد توسط مسئول فناوری اطاعات و کاربردازی از بیرون تهیه و جایگزین می شود.
- پرینترها جهت شارژ و تعمیر با هماهنگی مسئول واحد فناوری اطاعات توسط مسئول کاربردازی به خارج بیمارستان ارسال می شود.

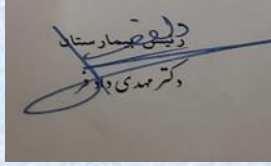
منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان /اینترنت

مسئولیت ها و اختیارات: کارشناس فناوری اطلاعات

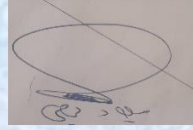
فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فناوری اطلاعات

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
-------------	--------------	--------------

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

Handwritten signature in blue ink on a light background. The signature is written in Persian and includes the name 'دکتر مهدی دادفر' and the title 'ریاست بیمارستان'.

میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)

Handwritten signature in blue ink on a light background. The signature is written in Persian and includes the name 'میلاذ برجی'.

بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)

Handwritten signature in blue ink on a light background. The signature is written in Persian and includes the name 'بهار هاشمی'.

بهاره قیطاسی (مسئول واحد IT)



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان

کد سند: HIM-PR-14

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: نگداشت مناسب سیستم های نرم افزاری موجود در بیمارستان - جلوگیری از دست رفتن داده ها و یا ایجاد خسارت به اطلاعات

دامنه کاربرد: کارشناس فناوری اطلاعات

تعاریف: فناوری اطلاعات پشتیبانی عبارت است از تهیه یک نسخه از داده ها بمنظور بازیابی آنها پس از وقوع حادثه و از بین رفتن داده بطوریکه عین اطلاعات از دست رفته قابل بازگشت باشند.

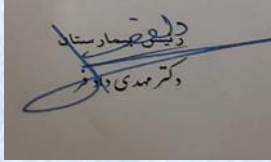
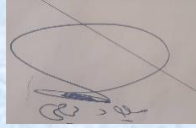

### شیوه انجام کار:

- ۱) واحد فناوری اطلاعات در بیمارستان مستقر بوده در صورت بروز مشکل، ابتدا نسخه پشتیبان از سیستم مربوطه را تهیه می کند سپس به حل مشکل می پردازد.
- ۲) توسط مسئول واحد فناوری اطلاعات بک آپ گیری منظم از پایگاه داده روی سرور و هارد اکسترنال در سه نوع DIFF، FULL، TRANS که هر کدام با استراتژی خاص خود در محدوده زمانی مشخص از شبانه روز انجام می گیرد.
- ۳) مسئول فناوری اطلاعات بک آپ ۲۴ ساعته روی Hard یکی از کلینت های بیمارستان که دور از اتاق سرور باشد تنظیم کرده است.
- ۴) مسئول فناوری اطلاعات آخرین بک آپ را به صورت هفتگی روی DVD کپی می نماید.
- ۵) مسئول فناوری اطلاعات روند پشتیبان گیری به صورت مداوم کنترل می نماید.
- ۶) مسئول فناوری اطلاعات از آنتی ویروس لایسنس دار جهت جلوگیری از مشکلات ناشی از ویروس استفاده می نماید.
- ۷) کولر، دماسنج، کپسول آتش نشانی، تابلوی ورود ممنوع و ... در اتاق سرور استفاده می شود.
- ۸) ارسال ماهانه فایل پشتیبان HIS به مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی انجام می گیرد.
- ۹) گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعاتی بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از وجود برنامه زمانبندی پشتیبان گیری خودکار بر روی سرور های بیمارستان از بانک اطلاعاتی سامانه های مرکز موجود می باشد.
- ۱۰) گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعاتی بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از کپی خودکار نسخه های پشتیبان بانک اطلاعاتی سامانه اطلاعاتی بیمارستانی بصورت روزانه و هفتگی بر روی سرور جدا از سرور اصلی، گواهینامه صحت فنی و عملیاتی نسخه های پشتیبان گرفته شده موجود می باشد.
- ۱۱) گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعاتی بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از نصب نرم افزار آنتی ویروس لایسنس دار و به روز رسانی شده حتی بصورت آفلاین و عدم اتصال مستقیم سرورهای بیمارستان به اینترنت بغیر از سرور آنتی ویروس در مرکز موجود می باشد.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان / اینترنت و DVD

مسئولیت ها و اختیارات: کارشناس فناوری اطلاعات

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فناوری اطلاعات

ابلاغ کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>بهاره قیطاسی (مسئول واحد فناوری اطلاعات سلامت)</p>

## مراقبت های عمومی بالینی



عنوان روش اجرایی: مقادیر بحرانی پاراکلینیک

کد سند: GCC-PR-10

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: کاهش مرگ و میر و افزایش ایمنی بیماران

HEMATOLOGY	Low	High
HCT		
Hb	<7 mg/dl	>20 mg/dl
Plt(adults)	<50000/cumm	>1000000 cumm
Plt(pediatrics)	<20000/ cumm	>1000000 cumm
aPTT	none	>100"
PT	none	>30 or 3x control level
WBC	<2000 cumm	>30000 cumm
BIOCHEMISTRY	Low	High
amylase	none	>200 U/L
Arterial pco2	<20 mm hg	>75 mmhg
Arterial PH	<7.20 U	>7.59 U
Arterial po2 (adult)	<40mm hg	none
Arterial po2 (newborn)	<37 mmhg (SD=7)	92 mmhg (SD=12)
Biocarbonate	<10 mEq/L	>40 mEq/L
Bilirubin- total (newborn )	none	>20 mg/dl
ca	<6.5 mg/dl	>14 mg/dl
CK	none	>3-5x upper limitof normal
CK-MB	none	>5 % or >10 ug/l
cratinine	none	>5.0 mg/dl
glucose	<45 mg/dl	>500 mg/dl
Glucose (new born)	<30 mg/dl	>300 mg/dl
phosphorus	<1.1 mg/dl	none
K	<2.8 mg/dl	>6.2 mEq/L
K (newborn)	<2.5 mg/dl	>8 mEq/L
Na	<120 mg/dl	>155 mEq/L

پزشک و واحدهای	BUN	2 mg/dl	>80 mg/dl	دامنه کاربرد: پرستار و پرسنل پاراکلینیک
	Troponin	-	positive	
	CSF	Low	High	
	Glucose	<80% blood level		
	PROTEIN (total)	none	>45	
	Presence of maliganat cell	none	>10	

تعاریف: مقادیر بحرانی یعنی اینکه جواب یا نتیجه اقدام پاراکلینیک بیمار در محدوده نرمال نباشد و یا کمتر یا بیشتر از حد نرمال باشد و برای بیمار خطرناک باشد.

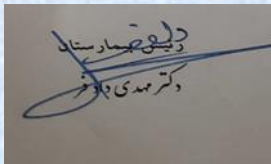
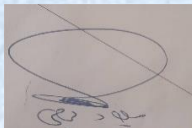
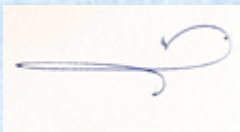
**شیوه انجام کار: 1.** پرسنل آزمایشگاه بعد از انجام دقیق آزمایش در صورت مشاهده نتیجه غیر طبیعی و بحرانی آزمایش ابتدا به مسئول فنی آزمایشگاه اطلاع رسانی می نماید.

- ۱- مسئول فنی آزمایشگاه بلافاصله مورد گزارش داده شده را چک می نماید. و نتیجه را تایید یا رد می نماید.
- ۲- پرسنل آزمایشگاه در صورتیکه مسئول فنی آزمایشگاه نتیجه را تایید نماید، جهت اطلاع و انجام و ارسال مجدد نمونه از بیمار با خط یک طرفه بخش مربوطه تماس می گیرند
- ۳- پرستار مسئول بیمار بعد از دریافت تلفنی نتیجه بحرانی، نتیجه را به پزشک مربوطه اطلاع رسانی می نماید و طبق صلاحدید پزشک در صورت نیاز مجدداً از بیمار نمونه گیری انجام و به آزمایشگاه ارسال می نماید.
- ۴- پرسنل آزمایشگاه بعد از اطلاع مجدداً آزمایش را بر روی نمونه مربوطه انجام می دهند.
- ۵- پرسنل آزمایشگاه مجدداً آزمایش را انجام داده و نتیجه را کتبی به بخش ارسال می نمایند.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول فنی آزمایشگاه، پرسنل آزمایشگاه، پزشک و پرستار

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول ایمنی

ابلاغ کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)	مسئول آزمایشگاه: رضا محبی
	 بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: دستورات تلفنی/شفاهی

کد سند: GCC-PR-11

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کاهش مرگ و میر و آسیب به بیمار در صورت عدم دسترسی به پزشک

دامنه کاربرد: پزشکان و پرستاران

تعاریف: دستور تلفنی یعنی در موارد اورژانسی که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود و پزشک معالج در دسترس نباشد تماس تلفنی با پزشک برقرار می شود و دستورات لازم جهت بیمار تلفنی اخذ می گردد.

شیوه انجام کار:

۱. پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز و بروز مشکل برای بیمار در مواقع ضروری و عدم حضور پزشک معالج با وی تماس خواهد گرفت.
۲. پزشک مسئول بیمار موظف است پس از شناسایی دقیق بیمار، دستور تلفنی خود را به پرستار یا مامای شیفت بصورت شفاهی ارائه دهد. در هنگام گزارش تلفنی پرونده بیمار جهت احتمال هرگونه سوال از طرف پزشک در دسترس باشد.
۳. پرستار مسئول بیمار موظف است در هنگام اطلاع به پزشک، دریافت دستورات شفاهی از همکار خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند بعنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضا کند.
۴. پرستار مسئول بیمار موظف است بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را بازخوانی کند تا پزشک بیمار تایید کند ضمن اینکه پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار می نماید که این امر را بازخوانی مجدد یا Read Back می نامند.
۵. پرستار مسئول بیمار تاریخ و ساعت دستور، نام خود، نام پزشک و دستور داده شده را در پرونده بطور کامل ثبت می نماید. دستورات تلفنی ثبت شده توسط دو پرستار مهر و امضاء و حتما توسط خط بسته و تمام موارد دقیق در گزارش پرستاری ثبت می شود.
۶. پرستار مسئول بیمار حتی الامکان در موارد دستور حیاتی و حاد سوپروایزر کشیک را نیز در جریان امر قرار می دهد.
۷. پزشک معالج در اولین فرصت دستور تلفنی ثبت شده را مهر و امضا می نماید. (تا پایان همان شیفت و یا حداکثر ظرف ۲۴ ساعت بعد)
۸. پزشک در صورتیکه در زمان حضور در بخش دستور شفاهی بدهد، بلافاصله قبل از خروج از بخش دستورات خود را ثبت می نماید و پرستار آنها را چک و امضا می نماید و تمام موارد را گزارش پرستاری ثبت می نماید.
۹. لازم به ذکر است در صورتیکه دستور تلفنی شامل مواردی باشد که در محدوده دستورات قابل اجرای تلفنی (مانند داروهای پرخطر و هشدار بالا، اعزام، ارجاع بیماران و یا داروهای مخدر) نباشد، پزشک اورژانس با توجه به دستور تلفنی که از پزشک معالج می گیرد موارد را کتبی در پرونده بیمار ثبت می نماید.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

فرد ناظر بر عملکرد: مدیریت پرستاری

تهیه کننده:

مسئولین بخش های بالینی

تایید کننده:

میلااد برجی (مدیر بیمارستان)

بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)

ابلاغ کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)



ف

گیرندگان خدمت



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: تعیین ضوابط، شرایط و ساعات ملاقات بیماران در بخشهای ویژه و ایزوله

کد سند: SR-PR-14

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: فراهم کردن امکان ارتباط بستگان با بیمار در بخش های ویژه و ایزوله و اطلاع از وضعیت عمومی بیمار با رعایت اصول ایمنی دامنه کاربرد: بخش های ویژه و ایزوله

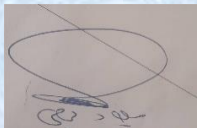

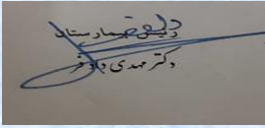
شیوه انجام کار:

- ۱- رعایت آداب عیادت از بیمار به دلیل نیاز به حفظ آرامش و عدم ایجاد مزاحمت
- ۲- عدم استفاده از گل های معطر به هنگام عیادت.
- ۳- رفت و آمد به بخش های ویژه باید کنترل گردد.
- ۴- به هنگام انجام ویزیت ، دارودهی، تعویض و مرتب سازی ملحفه و تخت ها ؛ ورود ملاقات کنندگان ممنوع می باشد.
- ۵- در بخش های ایزوله قبل از ورود به اتاق ایزوله افراد ملزم به استفاده از وسایل حفاظت فردی می باشند.
- ۶- در ورودی اتاق بخش های ویژه و ایزوله وسایل لازم جهت شست و شو و ضد عفونی کردن دست مهیا گردد.
- ۷- در صورت صلاحدید پزشک معالج و پرستار مسئول شیفت جهت انجام ملاقات خارج از ساعات تعیین شده؛ با رعایت اصول ایمنی بیمار و اصل کنترل عفونت ملاقات قابل انجام خواهد بود.
- ۸- بخش های ویژه دارای راهروی مشاهده جهت استفاده عیادت کنندگان باشد.
- ۹- در بخش های ویژه در صورت نیاز و با تشخیص پزشک برای سالمندان و کودکان همراه در بخش حضور خواهد داشت. برای بیمارانی که مشکل حرکتی یا مشکلات بینایی دارند با صلاحدید پزشک وجود همراه بلامانع است.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
اسما ترجمان (کارشناس حقوق گیرندگان خدمت)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: نحوه نظرخواهی از پزشک دوم

کد سند: SR-PR-15

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: افزایش رضایتمندی بیماران

دامنه کاربرد: بخش های بستری

▪ شیوه انجام کار:

در صورت درخواست بیمار/همراه به منظور نظرخواهی از پزشک دوم:  
پرستار مسئول بیمار خواسته بیمار/همراه را با پزشک معالج در میان میگذارد  
در صورت موافقت پزشک معالج سوپروایزر شیفت جهت هماهنگی با پزشک دوم تماس میگیرد  
پزشک دوم نظر مشورتی خود را اعلام می دارد و در صورت موافقت پزشک معالج دستورات پزشک دوم قابل اجرا می باشد .  
در صورت عدم موافقت پزشک معالج با دستورات پزشک دوم و اسرار بیمار به انجام دستورات پزشک دوم: بیمار می تواند بارضایت خود از سرویس پزشک اول خارج و در سرویس پزشک دوم بستری گردد.  
(این امکان زمانی میسر است که پزشک دوم در بیمارستان شاغل باشد)  
• تامین هزینه مشاوره پزشک دوم بر عهده بیمار می باشد.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد ناظر بر عملکرد: دفتر پرستاری

تهیه کننده:

اسما ترجمان (مسئول حقوق گیرندگان خدمت)

تایید کننده:

میلااد برجی (مدیر بیمارستان)

بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)

ابلاغ کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

## بهداشت محیط



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: تفکیک در مبدا پسماند های عادی

کد سند: EH-PR-13

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری:	تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳
-----------------------	----------------	--------------------------------

هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی از جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط دامنه کاربرد: تمامی بخش ها

تعاریف: پسماند عادی (شبه خانگی): پسماندهای تولید شده در مراکز درمانی که غیر خطرناک بوده و مشابه پسماند خانگی هستند (مانند پسماند تولید شده در بخشهای اداری، آشپزخانه و فضای سبز)، پسماند عادی یا شبه خانگی خوانده شده که باید در سطل آبی انداخته شوند.

نکات:

- ۱- بازیافت هرگونه پسماند (شامل پسماند عادی) در بیمارستان ممنوع می باشد.
- ۲- پس از پر شدن سه چهارم کیسه های پسماند بایستی درب کیسه هارا بسته و به محل نگهداری موقت منتقل کرد.

دامنه کاربرد: تمامی بخش ها

شیوه انجام کار:

- ۱- در کلیه بخشها و واحدها باید سطل زباله آبی و کیسه مشکی جهت جمع آوری پسماند های عادی وجود داشته باشد.
- ۲- لیست پسماند های پزشکی ویژه که توسط واحد مدیریت پسماند به بخش داده شده، باید در معرض دید بخش نصب شود.
- ۳- بایستی کلیه پسماند های اتاقهای استراحت، پابون ها، واحدهای اداری و مالی، باقیمانده غذای بیماران معمولی، میوه، پاکت شیر، آبمیوه، قوطی کمپوت، بطری آب معدنی و... در سطل آبی کیسه آبی دفع شوند.
- ۴- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی میبایست با شرکت در کلاسهای آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار میگردد با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای عادی آشنا شوند.
- ۵- اطلاعیه ها آموزشی در خصوص تفکیک پسماندهای عادی و سایر ضوابط بهداشتی در بیمارستان می بایست به تعداد مورد نیاز چاپ و توسط واحد پذیرش تحویل مراجعین گردد
- در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با سایر خارج کردن آن ممنوع است.
- ۷- بایستی سطل های پسماند در محل مشخص شده که در آنجا پرورشور پسماند عادی نصب شده قرار گیرد.

منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

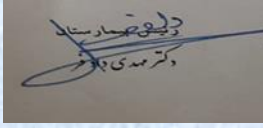
مسئولیت ها و اختیارات:

- کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.
- مسئول کنترل عفونت: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.
- مسئولین بخش: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک پسماند مطابق دستورالعمل ابلاغی را بر عهده دارند.
- مسئول خدمات: وظیفه ی فراهم کردن الزامات تفکیک مانند سطل پسماند با رنگ بندی آبی ، کیسه سیاه و نظارت بر سالم بودن و یا تعمیر سطل های معیوب را بر عهده دارد

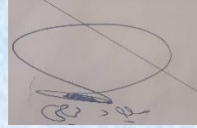
فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
-------------	--------------	--------------

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)



میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)



بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)



محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت)

(محیط)



عنوان روش اجرایی: تفکیک در مبدا پسماند های تیز و برنده

کد سند: EH-PR-14

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط

تعاریف: منظور از پسماند نوک تیز و برنده پسماند هایی از قبیل سوزن، سرنگ، وسایل تزریقات، تیغه چاقوی جراحی، شیشه شکسته، لام و حتی ناخن بیمار می باشد، وجه تشابه همگی آنها نوک تیز بودن آنهاست و در صورتی که در کیسه های پسماند انداخته شوند موجب پارگی کیسه های پسماند و به دلیل عفونی بودن غالب آنها موجب انتشار آلودگی و عفونت در محیط داخل و خارج بیمارستان خواهند گردید.

نکات: بایستی در جایگذاری سفتی باکس مورد استفاده در یک بخش خاص بایستی توجه داشت که نوع سفتی باکس (از نظر میزان حجم) مطابق با میزان پسماند تیز و برنده ی تولیدی همان بخش تنظیم شده تا از انتقال سفتی باکسی که سه چهارم حجم آن پر نشده و مهلت ۷۲ ساعته ی آن تمام شده خودداری بعمل آید و موجب حدر رفت منابع نشود.

دامنه کاربرد:

شیوه انجام کار:

- در بخشها باید سفتی باکس پلاستیکی زرد رنگ با درب قرمز متناسب با حجم پسماندهای تیز و برنده تولیدی بخش وجود داشته باشد.
- در راهرو، سالن و اتاقهای بستری بیماران نباید سفتی باکس وجود داشته باشد.
- ترالی دارو باید مجهز به سفتی باکس باشد.
- در اتاق دارو، سفتی باکس باید در بالای سطل زباله عفونی قرار داشته باشد.
- بر روی سفتی باکس باید تاریخ شروع درج و سفتی باکس ها پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  حجم باید پلمب و در سطل زباله عفونی اوت شوند.
- حجم سفتی باکس باید طوری باشد که حداکثر پس از ۷۲ ساعت جمع آوری شود و در صورت عدم پر شدن سه چارم حجم آن با همان حجم به واحد امحاء انتقال داده شود.
- کلیه پسماند های تیز و برنده از جمله نیدل - سوزن آنژیوکت - تیغ بیستوری - لانس - سوزن بخیه - لام و لامل - هر دو قسمت پوک های شکسته شده مانند دگزا متازون و... - سرنگ به همراه نیدل در تزریقات عضلانی در سفتی باکس جمع آوری شود.
- پرسنل درمانی می بایست از **recapping** در پوش گذاری مجدد نیدل ها خودداری نمایند.
- پرسنل درمانی می بایست نیدل را از ست سرم جدا و در سفتی باکس دفع نمایند. مابقی ست سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شود.
- مسئول بخش می بایست در خصوص نصب و درج اطلاعات مورد نیاز بر روی سفتی باکس نظارت کافی را به عمل آورد.
- پسماندهای تیز و برنده اتاق ها بستری و تحت نظر می بایست توسط سفتی باکس ها همراه با ترالی ها خدمات درمانی که به اتاق آورده می شود دفع گردند.
- کلیه پرسنل بخش می بایست از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عاد عفونی و شیمیایی دارویی در -



سفتی باکس خوددار نمایند.

- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندها تیز و برنده در مبدا می باشند.
  - سرپرستار / مسئول شیف موظف است بر نحوه تفکیک پسماندها تیز و برنده در مبدا نظارت نماید.
  - کارشناس بهداشت محیط می بایست در بازدیدها خود از بخش ها نحوه تفکیک پسماندها تیز و برنده را ارزیابی نموده و نواقص موجود گزارش نماید.
  - سفتی باکس ها حاوی پسماند تیز و برنده می بایست قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد.
  - در صورت مخلوط شدن احتمالی سایر پسماندها با پسماندهای تیز و برنده خارج کردن آن ممنوع است.
- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاسهای آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار میگردد با نحوه تشخیص، جداسازی و جمع آوری پسماندهای تیز و برنده آشنا شوند.

منابع/ امکانات: ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

مسئولیت ها و اختیارات:

- کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.
- مسئول کنترل عفونت: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.
- مسئولین بخش: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک پسماند مطابق دستورالعمل
- مسئول خدمات: وظیفه ی فراهم کردن الزامات تفکیک مانند سطل پسماند با رنگ بندی آبی ، کیسه سیاه و نظارت بر سالم بودن و یا تعمیر سطل های معیوب را بر عهده دارد.
- فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: تفکیک در مبدا پسماند های عفونی

کد سند: EH-PR-15

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند آلودگی ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط

تعاریف:

پسماند عفونی: پسماند حاوی میکروارگانیسم های بیماریزا مانند کشت های آزمایشگاهی، پسماند بخش ایزوله، باند، مواد و وسایلی که در تماس با بیماران عفونی بوده اند و پسماند های آغشته به تمامی ترشحات بیماران شامل خون، بزاق، ادرار و مدفوع و ... عفونی تلقی می شود.

نکات:

۱- قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق های بستری عادی و تحت نظرممنوع است پسماند های عفونی این مکان ها در داخل سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمات درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شود.

۲- پسماندهای بخش اورژانس، دیالیز، آزمایشگاه، اتاق های ایزوله و اتاق عمل بجز آبدارخانه و استیشن و اتاق استراحت (مکان های تمیز) کاملاً عفونی محسوب می شوند.

۳- تفکیک زباله در مبدا و توسط تولید کننده پسماند (پزشک، پرستار، بهیار و ..) انجام می شود.

دامنه کاربرد: تمامی بخش ها و واحد های تشخیصی و درمانی

شیوه انجام کار:

۱- در بخشها باید کدبندی مخازن و کیسه های جمع آوری پسماند های عفونی رعایت شود یعنی سطل زرد رنگ مجهز به کیسه زرد رنگ باید وجود داشته باشد.

۲- در راهرو، سالن، بخش و اتاقهای بستری بیمار نباید سطل زباله عفونی وجود داشته باشد مگر در اتاق ایزوله عفونی سطل های عفونی باید در اتاق کثیف و اتاق دارو باشند.

۳- ترالی دارو باید مجهز به سطل زباله عفونی باشد.

۳- لیست پسماند های پزشکی ویژه که توسط واحد مدیریت پسماند به بخش داده شده، بایستی در معرض دید بخش نصب شود.

۴- کلیه پسماند های مشکوک به داشتن عوامل زنده بیماریزا از جمله سرم وست آن، سرنگ خونگیری و آلوده، آنژیوکت، میکروست، یورین بگ و سوند ها، لوله های تراشه، لوله رابط بنت، کیسه خون و فرآورده های خونی، محیط های کشت و نمونه های آزمایشگاهی، فیلتر سرنگ دیالیز، گاز، باند، پنبه و پد های الکلی آغشته به خون، کلیه دستکش ها و ملافه های یکبار مصرف اعم از اینکه آلودگی قابل رویت داشته یا نداشته باشند و حتی غیر عفونی باشند (کثیف باشند) همچنین کلیه ی پسماند های عادی، عفونی و دارویی شیمیایی مصرفی و یا بلا استفاده آغشته به ترشحات شامل خون، ادرار، مدفوع و حتی بزاق عفونی محسوب می شوند.

۵- واحد تدارکات می بایست برچسب مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی را مطابق با فرمت تحویلی از سوی کارشناس بهداشت محیط چاپ و در اختیار بخش ها قرار دهد.

۶- کلیه سطلهای پسماندهای عفونی می بایست دارای نماد پسماند عفونی باشند.

- پسماندهای عفونی باید قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد.

۸- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای عفونی ممنوع است.

۹- در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با پسماندهای عفونی خارج کردن آن ممنوع است.

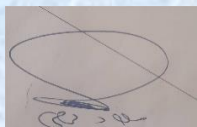
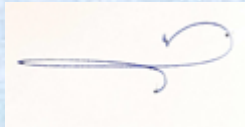
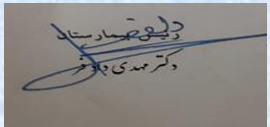
۱۰- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در با شرکت در کلاسهای آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار میگردد با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای عفونی آشنا شوند.

منابع / تجهیزات: ضوابط و روشهای مدیریتی اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

مسئولیت ها و اختیارات:

کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد. مسئول کنترل عفونت: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد. مسئولین بخش: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک پسماند مطابق دستورالعمل ابلاغی را بر عهده دارند. مسئول خدمات: وظیفه ی فراهم کردن الزامات تفکیک مانند سطل پسماند با رنگ بندی آبی ، کیسه سیاه و نظارت بر سالم بودن و یا تعمیر سطل های معیوب را بر عهده دارد.

فرد ناظر بر عملکرد:

تعیین کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند درون بخشها

کد سند: EH-PR-16

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
--------------------------------	----------------	-----------------------

هدف: رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء بهداشت، سلامت و ایمنی کارکنان، بیماران و همراهان بیمار

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و دفتر پرستاری

تعاریف: تمامی بخش ها

شیوه انجام کار:

۱- کلیه سطلهای زباله اعم از عادی، عفونی، دارویی و شیمیایی پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  حجم، بایستی جمع آوری شوند.

۲- در هر شیفت و بعد از صبحانه، نهار، ملاقات، شام سطل های زباله معمولی بایستی تخلیه شوند.

۳- سطلهای زباله عفونی بایستی بعد از ساعات دارو و بعد از دفع پسماند ها یا بوی تعفن جمع آوری شوند .

۴- سفتی باکس ها پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  حجم باید پلمب شده و در سطل زباله عفونی دفع شوند.

۵- کیسه های زباله پس از جمع آوری باید محکم گره زده شوند.

۶- بایستی بر روی کیسه های جمع آوری شده، برچسب مخصوص معمولی، دارویی، عفونی با ذکر نام بخش و تاریخ جمع آوری

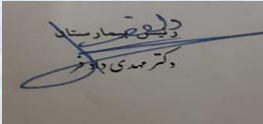


چسبانده شود.

۷- جهت نگهداری موقت پسماند در طول یک شیفت در بخشها، پسماند های عادی و دارویی باید در بین حمل زباله قرمز یا آبی و

پسماند های عفونی در بین حمل زباله زرد رنگ گذاشته شوند

منابع و امکانات: ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط (آقای قهرمانی)

تاریخ ابلاغ کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	کارشناس بهداشت محیط (آقای قهرمانی)



عنوان روش اجرایی: کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت به مراجعین/ بیماران

کد سند: EH-PR-17

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: جلوگیری و کاهش مخاطرات و آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان

دامنه کاربرد: تمامی محیط داخلی و خارجی بیمارستان

تعاریف: آلاینده های ناشی از ساخت و ساز: به هر نوع آلاینده ای که ناشی از عملیات ساخت و ساز باشد مانند گرد و غبار و ...

شیوه انجام کار:

- ۱- کارگران مربوطه بایستی قبل از شروع به کار، آموزش های لازم از جانب واحد بهداشت محیط فراگرفته سپس شروع به کار نمایند.
- ترجیحا از موادی که نخاله ساختمانی کمتری تولید می کند استفاده شود و نخاله های ساختمانی در حداقل زمان ممکن به خارج از محیط بیمارستان انتقال داده شوند.
- ۳- بایستی در قرارداد هایی که با پیمانکاران ساخت و ساز منعقد می شود بندی مبنی بر تخلیه ی بدون وقفه و در سریع ترین زمان ممکن توسط کارگران پیمانکار تنظیم شود و در صورت عدم انعقاد قرارداد پیمانکار مکلف به عمل ذکر شده گردد.
- ۴- محل های ساخت و ساز، راهها و درب های منتهی به ساخت و ساز مسدود شوند، محل های مذکور از طریق حصار کشی، تخلیه بخش و ... تا حد امکان ایزوله شود.
- ۵- قبل از تخریب و ساخت هر محل بررسی های لازم در خصوص نحوه ی اجرا بر اساس نقشه صورت گیرد تا از دوباره کاری و اشتباهات اتفاقی که موجب افزایش تولید آلاینده میگردد جلوگیری بعمل آید.
- ۶- بایستی در هنگام ساخت و ساز حتی محدود و جزئی وسایل و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی را از محل مورد نظر خارج نمایند و عملیات ساخت و ساز در خارج ساعات استراحت بیماران و ملاقات و در طول روز انجام گیرد.
- ۷- کارگران نبایستی با وسایل مراقبتی بیماران در تماس باشند و با لباس و پاپوش های آلوده در بخش ها تردد کنند.
- ۸- در صورت انجام عملیات ساخت و ساز از جانب واحد های داخلی بیمارستان انجام دهنده ی عملیات مذکور مجری خارج کردن نخاله ها و نظافت محل ساخت و ساز می باشد.
- ۹- پرسنل خدماتی در پایان مسئول نظافت و گندزدایی نهایی محل مورد نظر می باشند.
- ۱۰- تخلیه ی نخاله ها بایستی به وسیله ی ظروف در بسته و مقاوم به خارج بیمارستان حمل شوند تا از انتشار آلودگی و گرد و خاک جلوگیری بعمل آید.

منابع / تجهیزات: کتاب اعتبار بخشی بیمارستان ها ۱۴۰۱

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئول بهداشت محیط: با هدف کنترل عوامل آلاینده های ناشی ساخت و ساز لازم است مسئول بهداشت محیط علاوه بر آموزش های لازم بفعالیت های پیمانکاران و سازندگان نظارت داشته باشد.

مسئول خدمات: نظارت بفعالیت های پیمانکاران و سازندگان به منظور عمل به آموزش های داده شده از جانب واحد بهداشت محیط به منظور کنترل آلاینده های ناشی از ساخت و ساز.

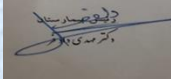
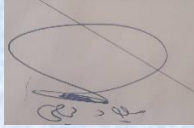

مسئول تاسیسات: معرفی پیمانکاران و نیرو های آنها به منظور فراگیری آموزش های لازم در خصوص کنترل آلاینده های ناشی از ساخت و ساز.


فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت حرفه ای(آقای قهرمانی)

تهیه کننده:

تایید کننده:

ابلاغ کننده:

<p>دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)</p> 	<p>میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)</p>  <p>بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> 	<p>کارشناس بهداشت محیط (آقای قهرمانی)</p>
--	--	---

<p>دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی</p>	
--------------------------------------	--	--

عنوان روش اجرایی: : روش اجرایی کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش های تلفیقی

کد سند: EH-PR-18

<p>تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ بازنگری:</p>	<p>تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲</p>
---------------------------------------	-----------------------	------------------------------

هدف:

استفاده از روش های تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت، و نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی به منظور حفظ و تداوم بهداشت محیط داخل و خارج بیمارستان و جلوگیری از سرایت بیماری های منتقله از حشرات و جوندگان به مراجعہ کنندگان خدمات درمانی و پرسنل شاغل در بیمارستان.

دامنه کاربرد: تمامی محیط داخلی و خارجی بیمارستان

تعاریف:

سم: ماده ای است که دارای منشأ گیاهی، حیوانی یا شیمیایی بوده و از یک راه خاص یا راه های مختلف در مقادیر معینی باعث اختلال یا توقف فعل و انفعالات حیاتی انسان یا هر موجود زنده به طور موقت یا دائم می گردد.  
روش تلفیقی کنترل حشرات و جانوران موذی: منظور از روش های تلفیقی شامل استفاده از هر دو روش کنترل کننده های فیزیکی مانند تله ها و چسب های موش گیر و روش شیمیایی که شامل سم پاشی محل های مورد نظر به صورت همزمان و با اولویت و مناسب بودن محل مورد نظر می باشد.

نکات:

اولویت کنترل حشرات و جانوران موذی با بهسازی سپس روشهای تلفیقی می باشد.  
در روش شیمیایی که شامل سم پاشی می باشد بهتر است به منظور ماندگاری هرچه بیشتر تاثیر سم که باعث کمتر شدن تعداد دفعات لکه گیری در روند کار میگردد و جلوگیری از اختلالات در امور کار مانند رفت و آمد زیاد مراجعہ کنندگان پذیرنده خدمات درمانی بهتر است سم پاشی در طول شب انجام شود.

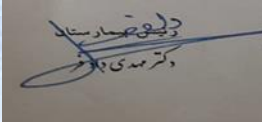
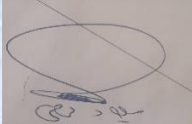

▪ شیوه انجام کار:

- ۱- بایستی قبل از سم پاشی محل مورد نظر ابتدا از نظر نواقصی مانند سوراخ ها ، خلل و فرج ، نبود چاه بست در سرویس ها، عدم نصب توری در پنجره ها و... بهسازی گردد.
- ۲- برنامه کنترلی بایستی با اولویت بخش هایی نظیر آشپزخانه، استریل مرکزی، رختشویخانه، اتاق های عمل، انبارها و حمام و سرویس ها انجام گیرد.
- ۳- بایستی در صورت سم پاشی بایستی اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر هر يك از سموم مورد استفاده مشخص شود و احتیاطات مواجهه با سموم تهیه و در دسترس کارکنان مرتبط قرار بگیرد.
- ۴- بایستی در صورت سم پاشی بخش ها و واحد های مختلف برنامه ی سم پاشی به اطلاع کارکنان بخش داده شده و راهنمایی های لازم به آنها ارائه شود.
- ۵- در هنگام سم پاشی بایستی کارشناس بهداشت محیط حضور داشته تا بر نحوه ی رقیق سازی سموم و اجرای فرآیند نظارت داشته باشد.
- ۶- در بخش های ویژه به دلیل شرایط خاص بیماران بایستی به جز حمام و سرویس ها هیچ مکان دیگری سم پاشی صورت نگرفته و اولویت به با تله گذاری ، بهسازی و انسداد می باشد.
- ۷- بایستی در صورت استفاده از روش های شیمیایی بایستی با توجه به شرایط محیط مورد نظر از روش تله گذاری و سم پاشی به صورت ترکیبی استفاده شود.

منابع / تجهیزات:

مسئولیت ها و اختیارات :  
 کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی نظارت فنی بر فرآیند کنترل حشرات و جانوران موذی و آموزش های ضروری و راهنمایی های لازم به پرسنل شرکت کنترل کننده ی حشرات را بر عهده دارد.  
 مسئول خدمات: وظیفه ی هماهنگی های لازم در طی فرآیند سم پاشی مانند اطلاع به بخش ها و واحد های مختلف بیمارستان و جابه جایی های احتمالی را به عهده دارد.

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت حرفه ای(آقای قهرمانی)

ابلاغ کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	کارشناس بهداشت محیط (آقای قهرمانی)





دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان روش اجرایی: کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها

کد سند: EH-PR-22

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تفکیک در مبداء و کاهش تولید پسماند و آلودگی ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط  
تعاریف:

منظور از ظروف نگهداری پسماند ظروف با استاندارد هایی مانند پدالدار بودن ، عدم معیوب بودن و نشستی میباشد.

نکات:

دامنه کاربرد: تمامی محیط داخل و محوطه ی بیمارستان شامل بخش های درمانی ، اداری و خدماتی مانند بوفه که سطل پسماند و بین های مخصوص حمل آنها مستقر است.

شیوه انجام کار:

- کد بندی رنگی ظروف نگهداری زرد (عفونی) - آبی (عادی) - سفید (دارویی و شیمیایی) باید رعایت شود.
- ظروف نگهداری باید سالم و درب و پدال آن سالم باشد و در صورت شکستگی باید تعویض شوند.
- کلیه کیسه های زباله باید پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  حجم یا بعد از صبحانه - نهار - شام و ساعات دارو تخلیه شوند.
- کلیه پسماند های تیز و برنده باید در ظروف ایمن (SAFETY BOX) جمع آوری و نگهداری شود که این ظروف باید دارای ویژگی های زیر باشد:
- درب آن به آسانی بسته شود و به آسانی سوراخ نشود و در مقابل سیالات نفوذ ناپذیر باشد.
- دهانه ظرف طوری باشد که پسماند بدون فشار دست در ظروف انداخته شود و خارج کردن آن از ظرف ممکن نباشد.
- حمل و نقل ظروف آسان و راحت باشد.
- از کیسه های پلاستیکی برای جمع آوری و نگهداری پسماند های تیز و برنده استفاده نشود.
- کیسه های پلاستیکی حداقل باید دارای ویژگی های زیر باشد:
- ✓ برای جمع آوری و نگهداری پسماند های غیر از پسماندهای تیز و برنده استفاده شود.
- ✓ بیش از سه چهارم ظرفیت پر نشود و برای بستن درب آنها از منگنه و روش سوراخ کردن استفاده نشود.
- ظروف پسماند می بایست دارای دیواره های سخت با حداقل ویژگیهای زیر باشند:
- ✓ در برابر نشت، ضربه های معمولی و شکستگی و خوردگی مقاوم باشند.
- ✓ باید پس از هر بار استفاده کنترل شوند تا از تمیز بودن ، سالم بودن و عدم نشت اطمینان حاصل شود.
- ظروف معیوب نباید مورد استفاده مجدد قرار بگیرد.
- پسماند های سایتوتوکسیک باید در ظروف محکم و غیر قابل نشت نگهداری شوند.
- جهت آلودگی زدایی از سطل های پسماند می بایست از مراحل زیر استفاده کرد:
- ✓ شستشو با آب داغ به مدت ۱ دقیقه

✓ سپس استفاده از گندزدای هیپوکلریت سدیم

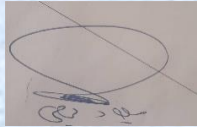

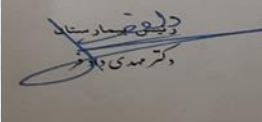
منابع / تجهیزات: ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته


مسئولیت ها و اختیارات:

کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد. مسئول کنترل عفونت: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد. مسئولین بخش: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک پسماند و در صورت خرابی سطل های پسماند وظیفه ی گزارش دهی به واحد خدمات را مطابق دستورالعمل ابلاغی را بر عهده دارند.

مسئول خدمات: وظیفه ی تهیه ی ملزومات و انجام موارد اصلاحی طی فرآیند فوق را عهده دار می باشد.

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول بهداشت محیط - کارشناس کنترل عفونت - مسئول خدمات

ت تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
-----------------------------------	--	---

عنوان روش اجرایی: تفکیک و انتقال منسوجات آلوده (عفونی) و چرک (غیر عفونی) از بخش ها به واحد رختشویخانه

کد سند: EH-PR-23

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری:	تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳
-----------------------	----------------	--------------------------------

هدف: تفکیک در مبداء و کاهش تولید پسماند آلودگی ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط

تعاریف:

البسه آلوده:

در صورتی که آلودگی قابل رویت، با خون و سایر مایعات بیولوژیک وجود دارد رخت آلوده نامیده می شود.

سایر رخت ها که هیچ کدام از علائم بالا را ندارند چرک یا کثیف به حساب می آیند.

آلودگی:

به ورود آلاینده ها به یک محیط که باعث ناپایداری، اختلال، آسیب و یا ناراحتی در آن محیط برای موجودات زنده شود آلودگی گفته میشود.

آلودگی میتواند به شکل مواد شیمیایی باشد یا در شکل انرژی برای نمونه، صدا، گرما یا نور محیط را آلوده کند. مواد آلوده کننده های که در پی رویدادهای طبیعی پدید می آیند زمانی به عنوان آلاینده شناخته میشوند که میزان آنها از حد طبیعی بگذرد.

عفونت:

فرآیندی که در طی آن عامل بیماریزا (عفونی) به میزبان حساس حمله کرده یا رشد و تکثیر یافته و باعث آسیب رساندن به میزبان می شود. از راه های پیشگیری در مقابل شیوع عفونت میتوان به شستشوی مداوم دست ها، استفاده از دستکش در تماس با فرد عفونی، استفاده از ماسک در شرایط اپیدمی و جداسازی زباله های عفونی نام برد.

عفونت بیمارستانی: عفونتی که ۴۸ یا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود. به شرط آنکه فرد در زمان پذیرش علائم آشکار عفونت را نداشته و بیماری در دوره کمون خود نباشد.

ایمنی: عدم وجود خطرات غیر قابل قبول و تبعات ناشی از آن برای بیمار، افراد، محیط و سایر وسایل و امکانات پیرامونی می باشد.

نکات:

دامنه کاربرد: تمامی محیط داخل و محوطه ی بیمارستان شامل بخش های درمانی، اداری و خدماتی مانند بوفه که سطل پسماند و بین های مخصوص حمل آنها مستقر است.

شیوه انجام کار:

- مسئول واحد بهداشت محیط اقدام به آموزش پرسنل واحد رختشویخانه در خصوص جابه جایی صحیح البسه و ملحفه آغشته به مواد خطرناک یا مایعات بدن و سایر منسوجات غیر عفونی می نماید.
- پرسنل کمک پرستار با رعایت اصول ایمنی و کنترل عفونت، البسه و ملحفه را براساس نوع آلودگی مواد خطرناک، مایعات بدن در همپر مخصوص (زرد رنگ) بخش قرار می دهند و بایستی در جداسازی البسه آلوده (عفونی) شامل البسه آلوده به خون و ترشحات بیولوژیکی و مواد دفعی بیمار از البسه کثیف یا غیر عفونی که در همپر آبی قرار می گیرند دقت شود.
- پرسنل کمک پرستار بایستی البسه و منسوجات چرک (غیر عفونی) را از البسه و منسوجات آلوده (عفونی) تفکیک کرده و آنها را کیسه ی مشکی که برچسب گذاری مخصوص البسه و منسوجات غیر عفونی بر روی آنها زده شده است انداخته و با استفاده از همپر آبی رنگ به رختشویخانه انتقال داده شوند (توسط پرسنل رختشویخانه)..
- البسه باید توسط پرسنل رختشویخانه پس از جمع آوری به صورت روزانه به رختشویخانه منتقل شود و از تجمع البسه آلوده (عفونی) و چرک (غیر عفونی) داخل بخش ها جلوگیری شود.
- اگر البسه و ملحفه بیماراران آلوده به خون و ترشحات و دارو باشد. در شرایطی که قابل شست و شو است توسط پرسنل رختشویخانه باید آنها را در کیسه های زرد جمع آوری و پس از برچسب گذاری به رختشویخانه تحویل دهند.
- پرسنل رختشویخانه در زمان جمع آوری و انتقال ملحفه های آلوده به خون و سایر مایعات، ترشحات و مواد دفعی باید احتیاطات عمومی رعایت کنند.
- پرسنل رختشویخانه در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده با خون و سایر مایعات بدن بایستی ملحفه بصورتی پیچیده شود

که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود.

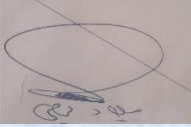
- پرسنل رختشویخانه در صورت قابل شستشو نبودن البسه آلوده به مواد دفعی یا البسه عفونی این گونه البسه پس از اطلاع به مسئول بخش، جهت امحاء به واحد مربوطه تحویل می گردد و به جایگاه امحاء منتقل شود.
- پرسنل رختشویخانه با رعایت اصول ایمنی و کنترل عفونت، البسه و ملحفه های تفکیک شده در بخش را در همپیر مخصوص زرد رنگ و منسوجات کثیف (غیر عفونی) در همپیر آبی رنگ که به ترتیب در کیسه های زرد و مشکی قرار گرفته و برچسب گذاری شده اند قرار می دهند و به رختشویخانه منتقل می کنند.
- پرسنل رختشویخانه در همه حال بایستی از وسایل حفاظتی مثل دستکش و ماسک استفاده کنند.

منابع / تجهیزات: خط مشی و روش های ابلاغی مربوط به واحد رختشویخانه  
دانشنامه ویکی پدیا ، وب سایت های مختلف

مسئولیت ها و اختیارات:

کارشناس بهداشت محیط: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.  
مسئول کنترل عفونت: وظیفه ی آموزش نحوه ی صحیح تفکیک و نظارت بر حسن اجرا در تمامی محیط بیمارستان را بر عهده دارد.  
مسئولین بخش: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک پسماند و در صورت خرابی سطل های پسماند وظیفه ی گزارش دهی به واحد خدمات را مطابق دستورالعمل ابلاغی را بر عهده دارند.  
مسئول خدمات: وظیفه ی تهیه ی ملزومات و انجام موارد اصلاحی طی فرآیند فوق را عهده دار می باشد.  
متصدی رختشویخانه: وظیفه ی نظارت بر حسن انجام تفکیک منسوجات آلوده (عفونی) و چرک (غیر عفونی) و اقلام جمع آوری شده به تفکیک نوع و بخش را بر عهده دارد.

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول بهداشت محیط – کارشناس کنترل عفونت

تعیین کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 