



ب-۵ پیشگیری و کنترل عفونت

سطح	ب-۵-۱-۱-۱ * پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی ارزیابی می‌شود.
سطح یک	<p>پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول‌های آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخش‌ها و اورژانس استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخش‌های آندوسکوپی انجام کلیه گام‌های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تست‌های موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاق‌های عمل نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش/ مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم</p> <p>تست‌های ارزیابی آلودگی ابزار با مواد آلی/خون در پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده می‌شود. مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی بر صحت پاک سازی ابزار ارسال شده از هر بخش/واحد به واحد استریلیزاسیون مرکزی نظارت نموده و موارد عدم انطباق را گزارش و از مسئولان مربوط پیگیری نماید.</p> <p>➤ چند نکته در خصوص پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دقیق دستی شوند. ۲. قسمت‌های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آن‌ها بعد از شستشو جدا شود. ۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده شود. ۴. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده شود. ۵. شستشوی ابزار اسکویی در واحدهای ذیربط به صورت مکانیزه انجام شود. <p>📎 برای ابزار اسکویی مراجعه به دستورالعمل شماره ۴۰۹/۲۱۲۶۰ مورخ ۹۶/۸/۲۹ ضد عفونی سطح بالا/استریلیزاسیون دستگاه‌های آندوسکوپی با قابلیت انعطاف</p>
سطح دو	<p>ب-۵-۱-۲ * صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p> <p>کارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالای مورد تایید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده</p> <p>پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تست‌های سواپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا توسط سرپرستار بخش/ واحد استریلیزاسیون رعایت تکنیک آماده سازی محلول‌ها درمحل استاندارد شامل تهیه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در طرف ظروف مناسب درب دار نگهداری ایمن و رقیق سازی محلول‌های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.</p> <p>ابزار سواپینگ هر محلول، ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت‌های سازنده مشخص می‌گردد.</p> <p>📎 راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی، چاپ دوم ۱۳۸۶</p>
سطح دو	<p>ب-۵-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.</p> <p>شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به بخش‌ها/ واحدها</p> <p>انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود</p> <p>استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده</p> <p>کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به‌کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج</p> <p>برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد کاملاً ضروری است.</p>



سطح	ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ب-۵-۲-۱ * آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تست‌های پایش فرایند استریلیزاسیون^۱، و استفاده از آن‌ها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم ❖ انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده، پس از هر بار انجام تعمیرات کلی ❖ انجام و ثبت نتایج آزمون بووی-دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی <p>در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیسم‌های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفکتوس استفاده می‌شود و این ویال‌ها به صورت هفتگی و به تعداد مناسب با توجه به اندازه اتوکلاو (سه عدد) در آن جای‌گذاری می‌گردد. هدف از استفاده از آن‌ها سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکروارگانیسم‌های زنده و مقاوم است. در پایان چرخه ویال‌ها از اتوکلاو خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت، و در غیر این صورت ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می‌شود. همچنین در صورت جابجایی دستگاه استریلیزر، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، باید آزمون‌های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد.</p> <p>استفاده از دستگاه‌های اتوکلاو پری و کیوم بر دستگاه‌های گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی ارجحیت دارد.</p> <p>📖 راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی، چاپ دوم ۱۳۸۶</p>
سطح دو	<p>ب-۵-۲-۲ * قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل ❖ عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم تطابق ❖ انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم تطابق <p>از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تأیید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های پانسما استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود. از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های لاپاراتومی، سزارین، ایمپلنت‌ها و ... استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود.</p> <p>نشانگر کلاس ۶ یکی از مهمترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل حساس می‌باشد، به طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. نشانگر کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می‌باشد. با استفاده از این نشانگر و چسباندن آن‌ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود.</p> <p>علاوه بر بررسی تغییر رنگ مطلوب نشانگرهای شیمیایی اعم از کلاس ۱، ۴ و ۶ و توجه به وضعیت ظاهری بسته اعم از صحت بسته بندی و عوامل مخل استریلیتی ظاهر آن مانند وجود رطوبت و غیره اطمینان حاصل شود. در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر شامل گزارش به مبادی تعریف شده و متعاقباً انجام فراخوان توسط مسئول مربوطه انجام می‌شود. در صورت عدم تطابق عملکرد، کاربر اقدامات اصلاحی لازم مانند آموزش و صلاحیت به‌کارگیری کاربر در آن محل را بررسی می‌نماید.</p>

^۱ نشانگرهای شیمیایی و بیولوژیک



سطح دو	ب-۲-۳ * استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی اقلام خاصی که احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری دارند. ❖ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص ❖ پیش بینی فهرست انواع اقلامی مورد نیاز به صورت تک پیچ در بیمارستان ❖ پیش بینی تعداد اقلامی مورد نیاز که به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین 	
<p>➤ شرایط استریلیزاسیون فوری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. معمولاً استریلایزر اضطراری (سریع) در اتاق عمل قرار می‌گیرد. ۲. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۵-۱۳۲ درجه سانتی گراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می‌شود. ۳. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۲ درجه سانتی گراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلخل تا ۱۰ دقیقه نیز زمان می‌برد. ۴. وسیله بایستی بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع) قرار گیرد. ۵. قبل از استفاده دمای وسیله/ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد. <p>اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با دستورالعمل شماره ۹۳/۶/۱۲ د ۴۰۹/۱۰۷۶۵۷</p>	
سطح دو	ب-۲-۴ سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه‌های استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد ❖ وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست‌های انجام شده برای هر دستگاه ❖ وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون‌های روزانه و آزمون‌های بیولوژیک/پرینت دستگاه ❖ ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالیبراسیون برای هر دستگاه ❖ نگهداری مستندات حداقل برای یک سال 	
<p>ارزیابی این سنجش شامل استریلایزر فوری و پلاسما نیز می‌گردد.</p> <p>➤ مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شماره/کد مخصوص هر اتوکلاو ۲. نتایج آزمون اسپور ۳. نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد. ۴. نام مسئول هر چرخه بارگذاری ۵. هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون‌های کالیبراسیون 	



سطح سه	ب-۵-۲-۵ برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان ارقام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل ❖ نظارت توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
	<p>برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می‌گیرد. زمان انقضاء استفاده از بسته‌های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه‌های بسته بندی متفاوت است که کارکنان بر اساس روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند. الصاق نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته‌های استریل، پس از بازنمودن بسته توسط پرسنل در اتاق عمل و بایگانی در پرونده بیمار و در موارد سرپایی در دفتر ثبت مستندات استریل ست‌های بخش مربوطه در صورت قبول رهگیری کلاس ۴ صورت می‌پذیرد.</p> <p>➤ حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تاریخ و شیفت کاری ۲. شماره/کد دستگاه استریل کننده ۳. تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل ۴. چرخه بارگذاری ۵. نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل ۶. نام ست
سطح	ب-۵-۳ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.
سطح یک	<p>ب-۵-۳-۱* در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون ❖ برنامه‌ریزی صحیح در نوبت‌های کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت ❖ وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت ❖ مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت
	<p>➤ چند نکته در خصوص واحد استریلیزاسیون</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه انجام شود. ۲. مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت شود. ۳. فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی تفکیک شود. ۴. در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده شود. ۵. مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود. ۶. تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود. <p>امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها پیش بینی شود و در دسترس مستمر کارکنان باشد. همچنین تسهیلات استاندارد شستشوی دست و ظروف ایمن^۱ در فضای کثیف وجود داشته باشد. رعایت مصادیق این سنجه در بخش آنژیوگرافی، اسکوپ‌ها و سایر بخش‌های مرتبط نیز الزامی است.</p> <p>راهنمای بهداشت دست شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۹۳/۶/۱۲</p>



سطح دو	ب-۵-۳ * الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل ❖ دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل ❖ فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل ❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف ❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری ❖ هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها ❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط
	هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و سازمان بهداشت جهانی انجام شود.
	جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار انجام شود.
سطح سه	ب-۵-۳ * در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ساختار فیزیکی اتاق عمل / کت لب و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل ❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت ورود به فضاهای پشتیبانی، تمیز و استریل اتاق عمل و تمامی فضاهای نیازمند رعایت موازین استریل
	در صورت وجود ساختار فیزیکی اتاق عمل / کت لب و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل در بیمارستان هم موضوع مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیش‌گیری و کنترل عفونت اهمیت خود را داشته و بایستی بر رعایت دقیق آن نظارت شود.
سطح	ب-۵-۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.
سطح یک	ب-۵-۴-۱ * امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد مطابق با در تمامی بخش‌ها / واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره ❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه^۱ پروسیجرهای تهاجمی ❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب ❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری ❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست ❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد^۲ / استفاده از افشانه جیبی
	تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تامین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی‌کنندگی محلول استفاده شود. در اتاق‌های یک تخته هم وجود حداقل یک افشانه با دسترسی آسان ضروری است.
	راهنمای بهداشت دست شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۹۳/۶/۱۲

¹ Point of Care

² Arm reach



سطح دو	<p>ب-۴-۲ * میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش‌های استاندارد اندازه‌گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.</p>
	<p>❖ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری</p> <p>❖ انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی</p> <p>❖ اندازه‌گیری انجام اسکراب دست در کلیه بخش‌های دارای پروسجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاق‌های عمل</p> <p>❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت</p> <p>❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <p>➤ ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه‌های حرفه‌ای</p> <p>۱. اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخش‌ها/واحدهای درمانی با روش‌های قابل اطمینان</p> <p>۲. انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج</p> <p>۳. مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی</p> <p>۴. ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</p> <p>۵. بازخورد نتایج ممیزی به واحدها / بخش‌های مربوطه</p> <p>📎 بخشنامه کشوری ۴۰۹/۱۳۳۳۱ د مورخ ۹۲/۱۰/۲۳</p>
سطح سه	<p>ب-۴-۳ * ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p>
	<p>❖ ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت</p> <p>❖ فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری</p> <p>❖ رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش پایدار سازمانی در بیمارستان</p> <p>فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست با رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل شماره ۴۰۰/۱۴۷۵۰ مورخ ۹۷/۶/۲۷ صورت پذیرد.</p> <p>➤ معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقاء بهداشت دست</p> <p>۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل کشوری</p> <p>۲. تغییر سیستم</p> <p>۳. آموزش</p> <p>۴. ارزشیابی و بازخورد</p> <p>۵. استفاده از یادآورها در محیط کار</p> <p>📎 دستورالعمل شماره ۴۰۰/۱۴۷۵۰ مورخ ۹۷/۶/۲۷</p>



سطح	ب-۵-۵ خطر انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.
سطح یک	<p>ب-۵-۵-۱ بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سامانه ثبت و گزارش دهی موارد بروز عفونت‌های بیمارستانی^۱ ❖ ثبت موارد ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" ❖ بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش ❖ برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونت‌های بیمارستانی و اپیدمی بیماری‌های واگیر به صورت فوری
	<p>کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بایستی بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرای آن را پایش می‌نماید. همچنین اطلاعات "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" دریافت و در بازنگری برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت مورد استفاده قرار گیرد. تعریف "بیمار روز" و "ابزار روز" طبق تعاریف و دستورالعمل "نحوه ثبت و گزارش دهی" و تعاریف "عفونت‌های بیمارستانی" طبق تعاریف و دستورالعمل نحوه ثبت و گزارش دهی موجود در سامانه با اهمیت بوده و بایستی مد نظر قرار گیرد.</p>
سطح دو	<p>ب-۵-۵-۲ * روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی" با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی کارکنان از روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی" ❖ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی"
	<p>چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شامل عفونت ادرای، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی است. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در عفونت‌های شایع بیمارستانی توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت با مشارکت صاحبان فرایند تدوین و ابلاغ شود. در تدوین این روش اجرایی از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود و پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد. اخذ مشارکت فعال از مدیر دارویی، پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها برای تدوین روش اجرایی به عنوان صاحبان فرایند، همچنین تدوین روش‌های شناسایی فعال عفونت بیمارستانی توصیه می‌شود.</p>
سطح دو	<p>ب-۵-۵-۳ * بیماریابی در موارد عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان‌دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین روش‌های موثر شناسایی و گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی در حین بستری بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری ❖ تعیین روش‌های شناسایی فعال عفونت‌های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران ❖ همخوانی نتایج بیماریابی با آمار کشوری مورد انتظار در عفونت‌های بیمارستانی
	<p>عوامل مداخله‌گر مانند تجویز بی رویه آنتی‌بیوتیک با شیوه‌های پروفیلاکسی و نیز عدم پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص و برخی عوامل دیگر موجب شده آمار بیماریابی در بیمارستان‌ها با آمار واقعی عفونت‌های بیمارستانی مورد انتظار است تفاوت فاحش داشته باشد. این سنجه همخوانی نتایج بیماریابی در بیمارستان را با آمار مورد انتظار در کشور از عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌نماید. برای تحقق این مهم شناسایی فعال عفونت‌های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران کمک کننده است. براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.</p> <p>بخشنامه ابلاغی ۱۳۸۷/۱/۱۲ مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر</p>



سطح دو	ب-۵-۴ * نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی ❖ طرح موارد طغیان از طرف تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی <p>بر اساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.</p> <p>❖ بخشنامه ابلاغی ۱۱۴/۱۲۱۴۵ ب مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر</p>
سطح سه	ب-۵-۵ * اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت^۱ و طبق دستورالعمل ابلاغی ❖ تعیین زمان بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس چک لیست مصوب کمیته ❖ کاهش نرخ عفونت‌های بیمارستانی <p>ارائه بازخورد نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه در اثربخشی برنامه‌ها و اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت نقش تعیین کننده ای دارد. شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته با مشارکت اعضاء کمیته و توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تعیین و تدوین می‌شود.</p> <p>➤ حداقل شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. میزان عفونت‌های بیمارستانی بر اساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش ۲. به تفکیک بخش و رسته شغلی و برنامه‌های تدوین شده در جهت کاهش مواجهات ۳. میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی ۴. میزان رعایت/استفاده از وسایل حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی <p>❖ دستورالعمل شماره ۴۰۹/۲۱۹۷۳ د مورخ ۹۶/۹/۸</p>
سطح	ب-۵-۶ تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک‌ها در سطح بیمارستان برنامه‌ریزی و هدایت می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۶-۱ * تجویز و مصرف آنتی بیوتیک‌ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی ❖ مدیریت مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی ❖ اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب ❖ تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل/ پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر <p>تجویز و مصرف آنتی بیوتیک‌ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص با محوریت کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مشارکت فعال مدیر دارویی، پزشکان متخصص عفونی، داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. همچنین برگزاری جلسات مشترک با کمیته درمان دارو و تجهیزات در اخذ تصمیمات همسو توصیه می‌شود.</p>
سطح سه	ب-۵-۶-۲ حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سه ماه یکبار ❖ تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ❖ بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک‌ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک با مشارکت گروه‌های تخصصی بیمارستان <p>در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستان‌های تحت پوشش، بایستی نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش شود. روش‌های آنتی بیوگرام در آزمایشگاه حداقل برای میکروب‌های مقاوم شناسایی شده بایستی استاندارد بوده^۱ و خطاهای احتمالی به دلیل عدم دقت روش‌های مرسوم^۲ در شناسایی الگوی مقاومتی تاثیر نگذارد.</p>

¹ IPC



سطح	ب-۵-۷ بیمارستان از انتقال بیماری‌های قابل سرایت پیشگیری می‌نماید.
سطح یک	<p>ب-۵-۷-۱ بیماری‌های واگیر مضمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه ❖ اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ❖ سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی^۲ ❖ تضمین اجرای پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط ❖ شناسایی موارد قابل گزارش بیماری‌های واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل ❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیردار مضمول گزارش‌دهی برای کارکنان مرتبط ❖ آگاهی کارکنان ذیربط از بیماری‌های واگیر مضمول گزارش‌دهی و انطباق عملکرد آنان ❖ گزارش بیماری‌های واگیر مضمول گزارش‌دهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت <p>فهرست بیماری‌های واگیر مضمول گزارش‌دهی نظام مراقبت بیماری‌ها و چگونگی گزارش‌دهی آن‌ها که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد:</p> <p>الف - بیماری‌های مضمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی دهنده ویروسی^۴، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)</p> <p>ب - بیماری‌های مضمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های مقاربتی، انواع هپاتیت‌های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالازار، سالک، تب مالت، فاسیولیازیس، شیستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.</p>
سطح یک	<p>ب-۵-۷-۲ برای کارکنان و افراد در معرض بیماری‌های واگیر مضمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبت‌های لازم فراهم می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها/ واحدها ❖ وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها/ واحدها ❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی ❖ رعایت ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی <p>موقعیت‌های استفاده از ماسک N95 (که کارایی آن بررسی شده باشد) را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول به نحوه صحیح در واحد اورژانس و تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک/ محتمل/ مبتلا کارکنان به ماسک N95 دسترسی داشته و از آن استفاده نمایند.</p> <p>تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/ واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و کارشناس بهداشت حرفه‌ای و مسئولان بخش‌ها/ واحدها و تأیید آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت و سلامت محیط کار توصیه می‌شود.</p>

¹ T.test method/ MIC method

² Disk Difusion method

³ PPE

⁴ CHFF



سطح یک	<p>ب-۷-۳ * جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مضمول نظام مراقبت، در کلیه بخش‌ها/ اورژانس‌ها بر اساس استاندارد ❖ شناسایی موارد گزارش بیماری‌های واگیر مضمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل ❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیر مضمول نظام مراقبت سندرمیک مضمول گزارش‌دهی برای کارکنان مرتبط ❖ گزارش بیماری‌های واگیر مضمول گزارش‌دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح ❖ آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان اورژانس و بخش‌های بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه
	<p>اتاق/ اتاق‌های ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت پیش بینی شده باشند. اتاق از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی موجود باشد.</p> <p>رعایت کامل دستورالعمل‌های ذیل الزامی است:</p> <ul style="list-style-type: none"> 📄 ۱۹/م مورخ ۸۸/۱/۱۹ موضوع حفظ شرایط و به کارگیری و پایش فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی و بهره‌گیری از فیلتر هپا 📄 ۱۲۱۰۵/س مورخ ۸۹/۱/۲۹ موضوع نحوه استفاده از ICUهای تنفسی با فشار منفی 📄 ۳۳۸۷/۴۰۰ مورخ ۹۱/۳/۹ موضوع حفظ و آماده‌سازی فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی 📄 بخش‌نامه ۳۰۴/۲۳۱۷ مورخ ۱۳۹۳/۷/۲۹ مرکز مدیریت بیماریه‌های واگیر و چک لیست مربوط <p>وجود اتاق ایزوله تماسی/ قطره ای و ترجیحاً فضای ایزوله فشار منفی در اورژانس/کلیه بخش‌ها و واحدهای درمانی و جدا سازی بیماران مشکوک و محتمل به بیماری‌های واگیر مضمول نظام مراقبت در بخش‌های غیر بستری با حداقل امکانات توصیه موجد می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ب-۷-۴ * بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آن‌ها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز <p>📄 بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۱۶۹۵ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱</p>