

شاخصهای کنترل عفونت :

۱. شاخص عفونت بیمارستانی
۲. مواجهه شغلی
۳. بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی
۴. استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی
۵. مقاومت آنتی بیوتیکی و آنتی بیوتیک های استوارشیپ

بهداشت دست

مدت زمان ضدعفونی با ضدعفونی کننده با پایه الکل (هندراب) ۲۰ تا ۳۰ ثانیه و مدت زمان شستن دست با آب و صابون (هندواش) ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.

هر ۷ تا ۸ مرتبه هندراب ، شستن دست با آب و صابون انجام شود.

در بخشها بین هر ۲ تخت یک هندراب موجود باشد.

محلولهای مایع صابون روزانه پر شده و ۳/۴ پر شود . بعد از اتمام مایع صابون ظرف شسته ، خشک و سپس پر شود. و کنار هر روشویی دستمال کاغذی باشد.

بهداشت ناخن دست ها

ناخن های طبیعی کوتاه و تمیز هستند؛ ناخنهای بلند حامل میکروارگانیسمها بوده و به خوبی شسته نشده و سبب پاره شدن دستکشها میشوند؛ همچنین ناخن نباید به گونه ای کوتاه شود که انتهای انگشت را نشان دهد

در صورتیکه ناخن بلند باشد نواحی بالا و پایین ناخن به خصوص ناخنهای لاک زده و مصنوعی شانس جذب ژرمهای میکروبی را افزایش میدهد.

ناخنهای مصنوعی به انتقال پاتوژنهای ناشی از مراقبین بهداشتی کمک میکند. (

ناخنهای اکریلیک، پناهگاه میکروارگانیسم بوده و به زمان بیشتری برای تمیز شدن نسبت به ناخنهای طبیعی نیاز دارند. ناخنهای بلند و مصنوعی مانند ناخن ژل و ناخنهای (پلاستیکی تزئینی) با چسب و وینیل متصل به ناخن سبب انتقال میکروارگانیسمهایی مانند پseudomonas، کلبسیلا پنومونیه و قارچها می شوند. همچنین در طغیانهای میکروبی به خصوص در بخش نرسری نوزادان و بخشهای بحرانی نقش بسزایی ایفا می کند.

۵ موقعیت بهداشت دست

۱. قبل از تماس با بیمار
۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۳. بعد از تماس با بیمار

۴. بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن

۵. بعد از تماس با فضای مجاور



ASEPTINE®
A brand of Behban Shimi Co.

ایستگاه بهداشت دست

فرایند شستشوی دستها



 دست های خود را با آب خیس کنید.	 دست ها را با مقدار مناسبی صابون آغشته کنید.	 کف دست ها را به هم مالش دهید.	 با کف دست، بین انگشتان و پشت دست مقابل را مالش دهید.
 قسمت های داخلی انگشتان را به هم مالش دهید.	 پشت انگشتان دست ها را در دست مقابل قفل کرده و کاملاً مالش دهید.	 انگشت شصت را به صورت چرخشی با دست مقابل مالش دهید.	 نوک انگشتان و زیر ناخن ها را داخل کف دست مقابل مالش دهید.
 دست ها را به خوبی آبکشی کنید.	 با استفاده از دستمال یکبار مصرف دست ها را خشک کنید.	 با استفاده از دستمال شیر آب را ببندید.	 ۴۰ تا ۶۰ ثانیه منتظر بمانید اکنون دست های شما پاک هستند.

Behban Shimi
Pharmaceutical Company

Poster: No. HH-01 Edition: 11.2022

واحد کنترل عفونت بیمارستان

ASEPTINE®
A brand of Behban Shimi Co.

ایستگاه بهداشت دست

فرایند ضد عفونی دستها



 دست ها را با مقدار مناسبی محلول هندراب آغشته کنید.	 کف دست ها را به هم مالش دهید.	 پشت دست دیگر را مالش دهید.	 قسمت های داخلی انگشتان را به هم مالش دهید.
 پشت انگشتان دست ها را در دست مقابل قفل کرده و کاملاً مالش دهید.	 انگشت شصت را به صورت چرخشی با دست مقابل مالش دهید.	 نوک انگشتان و زیر ناخن ها را داخل کف دست مقابل مالش دهید.	 پس از ۲۰ تا ۳۰ ثانیه دست های شما پاک هستند.

Behban Shimi
Pharmaceutical Company

Poster: No. HH-02 Edition: 11.2022

واحد کنترل عفونت بیمارستان

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت



World Health Organization

Surgical Hand Preparation Technique

روش اسکراب دست قبل از عمل جراحی



1. حداقل ۵ ثانیه (پیش از اسکراب)



2. حداقل ۵ ثانیه



3. مراحل ۳ تا ۶ در مجموع ۱۰ تا ۱۵ ثانیه



4. حداقل ۵ ثانیه



5. حداقل ۵ ثانیه



6. حداقل ۵ ثانیه



7. حداقل ۵ ثانیه



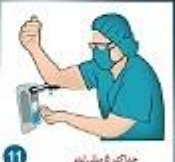
8. حداقل ۵ ثانیه (پیش از اسکراب)



9. حداقل ۵ ثانیه



10. مراحل ۱۰ تا ۱۶ قبل از این مرحله برای دست چپ انجام شود



11. حداقل ۵ ثانیه



12. مراحل ۱۶ تا ۱۸ به مدت ۶۰ تا ۹۰ ثانیه



13. حداقل ۵ ثانیه



14. حداقل ۵ ثانیه



15. حداقل ۵ ثانیه



16. حداقل ۵ ثانیه



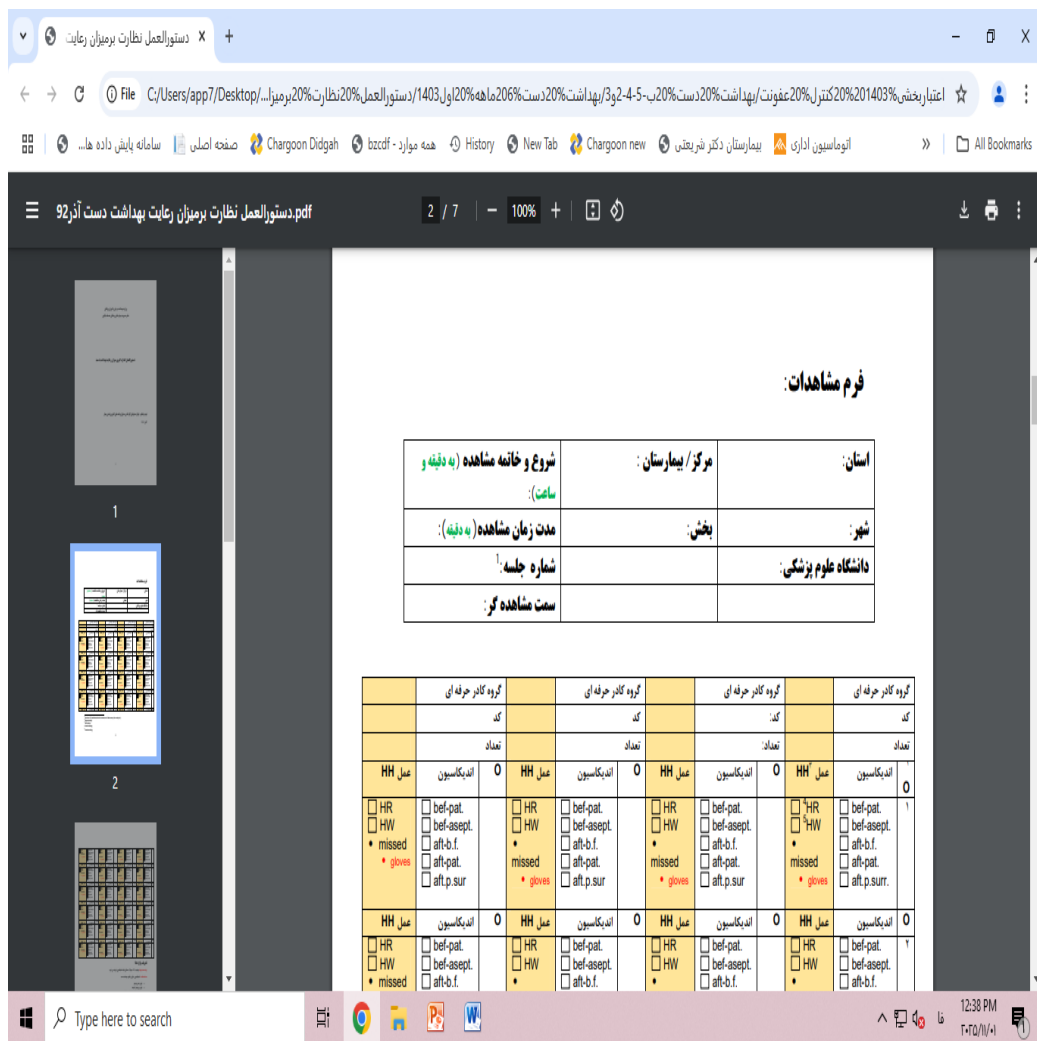
17. حداقل ۵ ثانیه

الزامات پیش از اسکراب جراحی:

- از ناخن مصنوعی یا لاک نباید استفاده شود.
- ناخن دندست ها باید کوتاه باشد و در هنگام شستشو به بهداشت آلودگی نباشد.
- قبل از ورود به اتاق عمل و ضد عفونی دندست تمام زیورکات (خاتم، دستبند و دستکش) را باید از دندست خارج کرد.
- در اولین ورود به اتاق عمل و همچنین اگر دندست ها آلودگی قابل مشاهده دارند باید با آب و صابون شسته شود.
- برخی ناخن دندست استفاده شود زیرا موجب آلودگی پوست نمی شود اما در صورت نیاز باید دندست بر روی دستبند و یا با یک دستبند دیگر باشد.

www.who.int/publications - Tel: 011 223821104
Reference: una guidelines on hand hygiene in healthcare

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت



ارزیابی بهداشت دست هر ۶ ماه با این چک لیست که به آن چک لیست مشاهده ای می گویند انجام می

شود. باز خورد به بخش ها داده می شود

بابت فرهنگ سازی بهداشت دست :

برگزاری ۲ بار در سال جشنواره دست

تشویق پرسنل برتر دست

نصب پوستر های بهداشت دست و یاداورها در کنار روشویی ها و هندراب ها

نصب استیکر روی دیش های لارنگوسکوپ

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت



بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

عفونت مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

عفونتی که بعد از سه روز از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و در موقع پذیرش علائم بیماری در کمون نباشد. معمولاً همراه با تب است. در بیماران اینتوبه بعد از دو روز از stable بودن بیمار با تنظیمات ونتیلاتور بیمار دچار علائم پنومونی مانند افزایش ترشحات، تغییر رنگ خلط و... گردد.

۴ نوع عفونت بیمارستانی شایع: ادراری / پنومونی / عفونت محل جراحی / عفونت خونی

عفونت مرتبط با اعمال جراحی تا ۳۰ روز و در صورت قراردان جسم خارجی در بدن بیمار تا ۹۰ روز شامل عفونت بیمارستانی است.

فرایند بیماریابی و گزارش عفونت بیمارستانی شامل:

بیماریابی در بیماران بستری

بیماران بعد از ترخیص (پیگیری تلفنی و پیگیری جواب کشتهای استریل بیمار



بسمه تعالی

فرم شماره ۱: فرم بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

شماره پرونده*: نام بیمار: سن بیمار*:
 بخش*: کد ملی: وزن (اطفال)*:
 تاریخ بستری*: جنس*: ☐ مرد ☐ زن نامعلوم بیماری اولیه:
 تاریخ بروز عفونت*: کد عفونت*: (☐ عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است)
☐ ترخیص / فوت / تاریخ*: نتیجه عفونت: ☐ بهبود ☐ عارضه ☐ فوت
 در صورت فوت، علت فوت: ☐ عفونت ☐ غیر عفونت نامشخص
 آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) است؟ ☐ بله ☐ خیر. در صورت جواب مثبت، جدول زیر را تکمیل نمایید:

ابزار (Device)	تاریخ تبیه ابزار	محل تبیه*
☐ کاتتر ادراری		
☐ کاتتر شریانی		
☐ کاتتر ناف		
☐ کاتتر وریدی محیطی		
☐ کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت، ...)		
☐ کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line، ...)		
☐ ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکتوستومی		
☐ سایر:		

* بتوان مثال برای کاتتر وریدی مرکزی، محل تبیه می تواند ساب کلاوین، زگولار، فمورال، و سایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر.

میکروب: نمونه: تاریخ نمونه گیری:
 آنتی بیوگرام: حساس:
 نیمه مقاوم:
 مقاوم:

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس MIC/Dilution ☐ MIC/E-test ☐ چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم
 آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم
 آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم: پرستار کنترل عفونت: پزشک کنترل عفونت:
 تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

بسمه تعالی

فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت

بیمارستان: بخش: سال: ماه:

تاریخ	کل بیماران	بستری جدید	فونی	نهاد جراحی	کاتدر ادراری	کاتدر شریانی	کاتدر باقی	کاتدر وریدی محیطی	کاتدر وریدی مرکزی	وینلانور
									داخلی	موقت
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										
۱۶										
۱۷										
۱۸										
۱۹										
۲۰										
۲۱										
۲۲										
۲۳										
۲۴										
۲۵										
۲۶										
۲۷										
۲۸										
۲۹										
۳۰										
۳۱										
جمع										

* در مورد هر ابزار (Device) تعداد بیماری را که در آن روز دارای آن ابزار (Device) هستند را ثبت نمایید.
* جمع ستون اول، بیمار-روز در آن ماه را مشخص می کند.

همکار تکمیل کننده فرم:

تاریخ و امضاء:

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

عنوان روش اجرایی مدون: شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی

هدف:

- کاهش میزان خطر عفونت های بیمارستانی
- ارتقاء ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه های درمانی
- کاهش مقاومت میکروبی
- ارتقا و بهبود روند گزارش دهی عفونت های بیمارستانی و بیماریابی در بخش ها

تعاریف: عفونت بیمارستانی: عفونتی است که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد، به شرطی که بیمار در بدو ورود دارای علائم آن بیماری نباشد و در دوره کمون بیماری خاصی هم نباشد.

INIS: مخفف Iranian Nosocomial Infections Surveillance Software یا نظام کشوری مراقبت عفونت بیمارستانی می باشد.

مسئولیت ها و اختیارات:

پزشک متخصص عفونی: مشاور در بیماران دچار عفونت بیمارستانی و رئیس کمیته کنترل عفونت

سوپروایزر کنترل عفونت: مسئول جمع آوری داده ها و ورود اطلاعات در سامانه INIS-ارائه آمار به کمیته و بخش های درمانی

مسئول بخش /رابط کنترل عفونت: گزارش عفونت بیمارستانی موجود در بخش به سوپروایزر کنترل عفونت

مسئول آزمایشگاه: گزارش موارد کشت مثبت به سوپروایزر کنترل عفونت

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام شود)

۱. تیم مدیران اجرایی بیمارستان نسبت به بهینه سازی و تجهیز بیمارستان به مواد، ملزومات و تجهیزات کنترل عفونت های بیمارستانی اقدام می نماید.

۲. سوپروایزر کنترل عفونت ماهیانه کمیته کنترل عفونت بیمارستانی را با حضور رئیس کمیته^۱ ریاست بیمارستان مدیریت و وسایر اعضا تشکیل می دهد.

۳. سوپروایزر آموزشی با همکاری سوپروایزر کنترل عفونت و با تایید پزشک عفونی مرکز دوره های آموزشی مبنی بر شناسایی راههای پیشگیری و کنترل بروز، بیماریابی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی را برای کارکنان درمان سالیانه برگزار می نمایند.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۴. سوپروایزر کنترل عفونت با هماهنگی سرپرستار بخش و تایید مدیر پرستاری یکی از پرستاران هر بخش را به عنوان رابط کنترل عفونت آن بخش تعیین می نماید .
۵. سوپروایزر کنترل عفونت / رابطین بخشها ومسئولین بخش های درمانی برنامه های آموزشی لازم برای بیماران و همراهان را در زمینه پیشگیری از بروز عفونتهای بیمارستانی از طریق توزیع پمفلت ، نصب پوستر و آموزش چهره به چهره ارائه می نمایند.
۶. رابطین کنترل عفونت /مسئولین بخشها کلیه موارد مشکوک به عفونت بیمارستانی بیماران بستری در (هرگونه تب و تغییرات آنتی بیوتیکی و تغییر وضعیت به نفع عفونت بیمارستانی)و یا بیماران دارای کشت مثبت بعد از بستری ، بخش را به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می نمایند.
۷. سوپروایزر کنترل عفونت به صورت روزانه از بخشها با الویت بخشهای ویژه بازدید می نماید و موارد مشکوک به عفونت بیمارستانی را شناسایی می کند.
۸. سوپروایزر ارتقاء سلامت در پیگیری تلفنی بیماران ترخیصی موارد احتمال عفونت بیمارستانی را برای مراجعه به درمانگاه آگاه می سازد
۹. سوپروایزر ارتقاء سلامت موارد عفونت بیمارستانی شناسایی شده در فرایند پیگیری تلفنی بیماران ترخیصی را به سوپروایزر کنترل عفونت اعلام می کند .
۱۰. پرسنل پرستاری درمانگاه در صورت حضور بیماران عفونت بیمارستانی در درمانگاه ؛ آنان را برای پیگیری بیشتر به سوپروایزر کنترل عفونت معرفی می کند.
۱۱. سوپروایزر آزمایشگاه/مسئول آزمایشگاه تمامی موارد کشت مثبت از بیماران بستری را ماهانه به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می نماید.
۱۲. فرم شماره ۱ بیماریابی توسط رابط کنترل عفونت/سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می گردد.
۱۳. فرم بیماریابی تکمیل شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت به روئیت پزشک کنترل عفونت رسانیده میشود .
۱۴. عفونت بیمارستانی بیمار توسط سرپرستار/سوپروایزر کنترل عفونت به پزشک معالج اطلاع داده میشود.
۱۵. در صورت صلاحدید پزشک معالج درخواست ارسال کشت ومشاوره عفونی می شود.
۱۶. جواب کشت دریافت شده به اطلاع سوپروایزر کنترل عفونت توسط سرپرستار بخش رسانیده می شود.
۱۷. جواب کشت وجواب مشاوره عفونی به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شود وپزشک برحسب جواب آنتی بیوگرام به تجویز آنتی بیوتیک اقدام می نماید.
۱۸. سوپروایزر آزمایشگاه/مسئول آزمایشگاه تمامی موارد کشت مثبت از بیماران بستری را مستمر به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می نماید.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۱۹. سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان جمع آوری مستمر و منظم داده ها و تشخیص موارد عفونت را انجام داده و آنها را به صورت منظم از طریق سامانه INIS به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نماید .
۲۰. سوپروایزر کنترل عفونت هر ماه گزارش موارد بروز عفونت بیمارستانی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید .
۲۱. سوپروایزر کنترل عفونت در صورت وجود مشکل در بیمار یابی صحیح^۱ مشکلات مرتبط با مقوله بیماریابی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید .
۲۲. رئیس و اعضاء کمیته کنترل عفونت در جلسات، راهکارهای مناسب جهت رفع مشکلات مربوط به کنترل عفونت در بیمارستان را ارائه نموده و اقدام اصلاحی مناسب جهت رفع آن را طراحی می نمایند .
۲۳. سوپروایزر کنترل عفونت موارد مطرح شده در کمیته ماهیانه را در قالب صورت جلسه تنظیم و آن را به امضاء اعضاء می رساند .
۲۴. سوپروایزر کنترل عفونت صورت جلسات کمیته کنترل عفونت را به مسئولین بخش ها/واحدهای درمانی جهت اطلاع به سایر کارکنان بالینی ارسال نموده و مستندات را بایگانی می نماید.
۲۵. سوپروایزر کنترل عفونت آمار فصلی عفونت های بیمارستانی را به تفکیک بخش /واحد و نوع عفونت و نوع میکرو اورگانسیم به کلیه سرپرستار/مسئول واحدها ارسال می کند.
۲۶. در صورت بروز طغیان عفونت بیمارستانی موارد توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت مطرح و ضمن انجام اقدامات اصلاحی ،مورد طغیان به اطلاع معاونت درمان دانشگاه البرز رسانیده می شود.

منابع ، امکانات و کارکنان : سامانه INIS-سیستم کامپیوتر

منابع / مراجع : تعاریف عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی CDC/NHSN ۲۰۱۶

راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت مرکز مدیریت بیماری ها ۱۳۹۶

عنوان روش اجرایی مدون: پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

هدف:

- ارتقاء ایمنی بیماران
- کاهش هزینه های درمانی
- کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان

تعاریف:

عفونت بیمارستانی: عفونتی که به حداقل ۴۸-۷۲ بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و فرد در زمان پذیرش علائم آشکار عفونت مربوطه را نداشته و بیماری در دوره نهفتگی نباشد در عفونتهای جراحی بازه زمانی ۳۰ روزه در اعمال جراحی بزرگ و در جراحیهای که وسیله خارجی برای بیمار گذاشته می شود مانند ایمپلنت های ارتوپدی بازه زمانی ۹۰ روزه لحاظ میشود.

هندراب: ضد عفونی دست ها بوسیله محلول ضد عفونی با پایه الکلی به روش مالش دو دست بر یکدیگر. در این خط مشی از کلمه هندراب استفاده می گردد.

هندواش: شستشوی دست ها بوسیله آب و صابون. در این خط مشی از کلمه هندواش استفاده می گردد.

اسکراپ: روش شستشو و ضد عفونی دست ها تا بالای بازو (آرنج) برای آمادگی قبل از انجام هر نوع پروسیجر تهاجمی. در این خط مشی از کلمه اسکراپ استفاده می گردد.

اسکراپ جراحی: شستشو و ضد عفونی دست ها بوسیله محلول دارای پایه کلرهگزیدین ۴% یا ترکیبات یدید به روش اسکراپ.

هندراب به روش اسکراپ: ضد عفونی دست ها بوسیله محلول ضد عفونی با پایه الکلی به روش اسکراپ

مسئولیت ها و اختیارات:

مسئولین بخش های بستری و اتاق عمل با همکاری تیم کنترل عفونت: پیگیری تهیه امکانات و تجهیزات شستشوی دست و اسکراپ و حفاظت فردی

پزشک معالج: تشخیص عفونت و درمان بیمار

پزشک عفونی: مشاور

مسئول واحد CSSD: استریل نمودن ستهای مورد نیاز

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام شود)

۱. سوپروایزر کنترل عفونت در سطح بیمارستان، پزشک، سرپرستار /مسئول واحد، رابط کنترل عفونت و مسئول شیفت در سطح بخش /واحد موظف به انجام هماهنگی های لازم در خصوص اجرای این روش اجرایی می باشد.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۲. رئیس بیمارستان خط مشی، روش اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با این روش اجرایی را به سرپرستار /مسئول واحد ابلاغ می کند.
۳. سرپرستار /مسئول واحد کلیه دستورالعمل ها و روش های اجرایی را جهت اطلاع، مطالعه و اجرا در اختیار کلیه پرسنل بخش /واحد مربوطه قرار می دهد.
۴. سوپروایزر کنترل عفونت با هماهنگی مدیر بیمارستان، بر تهیه ملزومات این روش اجرایی، طبق بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت در این زمینه نظارت مستمر دارد.
۵. سرپرستار /مسئول واحد از وجود کلیه وسایل مورد نیاز برای اجرای این روش اجرایی در بخش /واحد مربوطه اطمینان حاصل کرده و در صورت نیاز از انبار /داروخانه درخواست و در دسترس پرسنل قرار می دهد.
۶. سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری واحد آموزش نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی و دیگر مطالب مربوطه اقدام می کند.
۷. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، رعایت بهداشت دست را مطابق دستورالعمل و راهنمای بهداشت دست وزارت بهداشت و پوستره های راهنمای بهداشت دست انجام می دهند و در شرایط مواجهه با ترشحات بیمار و بر حسب اندیکاسیون از دستکش تمیز /استریل استفاده می کنند.
۸. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، مطابق با جدول اقدامات تهاجمی بخش مربوطه قبل از اقدامات آسپتیک، اسکراب انجام می دهند و از دستکش استریل استفاده می کنند.
۹. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، طبق روش اجرایی از وسایل یک بار مصرف استفاده می کنند و در صورت نیاز به استفاده از وسایل چند بار مصرف، از استریل بودن آن اطمینان حاصل می کنند.
۱۰. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار پیروی می کنند.

پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی

سه محور: الف- بیمار ب- کارکنان و محیط اتاق عمل ج- پرسنل بخش های جراحی مدنظر قرار می گیرد.

محور بیمار

۱. پزشک معالج عفونت سایر قسمت های بدن بیمار را درمان نموده و اعمال جراحی الکتیو را تا برطرف شدن کامل عفونت به تاخیر می اندازد.
۲. پزشک معالج سطح گلوکز بیماران دیابتی را قبل از عمل جراحی چک نموده و در صورت بالا بودن قند خون اقدامات درمانی طبق دستور پزشک معالج توسط پرسنل پرستاری اجرا شده و قند بیمار کنترل می شود.
۳. در جراحی های الکتیو، پزشک معالج، بیماران چاق را قبل از عمل و قبل از بستری به کاهش وزن تشویق مینماید.
۴. پزشک معالج حتی الامکان مدت اقامت بیمار قبل و بعد از عمل را به حداقل می رساند.
۵. در جراحی های الکتیو پرستار مسئول بیمار امکانات لازم برای دوش گرفتن بیمار را شب قبل از عمل فراهم می آورد و در صورت صلاحدید جراح با مواد آنتی سپتیک بیمار را حمام می نماید.
۶. پرستار مسئول بیمار بلافاصله قبل از عمل، محل جراحی را آماده نموده و در صورت لزوم بر تراشیدن موهای محل عمل ترجیحاً با ماشین اصلاح و بانظارت مسئول بخش انجام می دهد.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۷. داخل اتاق عمل پوست بیمار قبل از عمل توسط پرستار اسکراب با مواد آنتی سپتیک بطور کامل شسته و تمیز می شود (بصورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط).
۸. پزشک معالج طبق دستورالعمل مدیریت شده ۸، در صورت لزوم آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مناسب را قبل از عمل تجویز می نماید.
۹. آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بلافاصله قبل از عمل توسط پرستار تزریق می شود تا بالاترین غلظت و بیشترین اثر را در حین جراحی برای بیمار داشته باشد. برای عمل سزارین پرخطر دوز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بلافاصله بعد از کلامپ بند ناف تزریق می شود.
۱۰. پزشک معالج قبل از اعمال جراحی انتخابی کولورکتال دستور آمادگی مکانیکی کولون را با استفاده از تنقیه و مسهل در بخش مربوطه می دهد.
۱۱. پزشک معالج در صورت آلودگی بیش از حد محل جراحی، بستن پوست در زمان جراحی به تعویق انداخته و محل انسزیون را بعد از رفع کامل آلودگی بخیه می نماید.

پرسنل اتاق عمل و محیط اتاق عمل

۱. پرسنل اتاق عمل در صورت ابتلا به بیماریهای عفونی تا زمان بهبودی از شرکت در عمل خودداری می نمایند.
۲. پزشکان و پرسنل اتاق عمل قبل از عمل، شستشوی جراحی یا مالش جراحی دستها را مطابق با آخرین دستورالعمل انجام می دهند.
۳. حین عمل جراحی تعداد افرادی که وارد اتاق عمل می شوند تا حد امکان محدود شده، درهای اتاق عمل بسته و در صورت مجوز بودن به سیستم هپاتوهیو با فشار مثبت و حداقل ۱۵ بار در دقیقه صورت می گیرد.
۴. مسئول اتاق عمل محیط اتاق عمل را از نظر تهویه، دما (۲۴-۱۸ درجه) و رطوبت (۵۵-۵۰ درصد) کنترل نموده و در صورت اختلال، مسوول اتاق عمل در اسرع وقت جهت رفع آن اقدام می نماید.
۵. پزشکان و پرسنل اتاق عمل در حین عمل از ماسک جراحی استاندارد استفاده نموده و در صورت مرطوب شدن آن را تعویض می نمایند.
۶. پزشکان و پرسنل اتاق عمل در حین عمل از گان و آپرون های ضد آب استفاده می نمایند.
۷. پزشکان و پرسنل اتاق عمل حین جراحی از شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری استفاده می نمایند.
۸. پزشکان و پرسنل اتاق عمل از کلاه مخصوص اتاق عمل استفاده می نمایند.
۹. پزشکان و پرسنل اتاق عمل ناخن های خود را کوتاه نگه داشته و از استفاده ناخن مصنوعی و جواهرات به دست و انگشتان وساعد خودداری می نمایند.
۱۰. پزشکان و پرسنل قبل از عمل و بعد از اسکراب جراحی دستکش استریل می پوشند و در صورت آلودگی یا پاره شدن آن را تعویض می نمایند و در جراحی های پرخطر و جراحی بیماران HIV-HCV-HBV ترجیحا از دو جفت دستکش استفاده می کنند.
۱۱. پزشکان و پرسنل اتاق عمل باید محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل آن را استریل نگه دارند.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۱۲. پزشک معالج در داخل اتاق عمل مناسب ترین راه تکنیک جراحی را با بهترین روش جهت بیمار به اجرا می گذارد.
۱۳. پزشک معالج با کنترل خونریزی حین عمل و جابه جایی آرام بافت محل عمل احتمال عفونت را کاهش می دهد.
۱۴. مسوول اتاق عمل برنامه منظم را برای واشینگ و نظافت اتاق عمل با همکاری سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط تهیه می نماید.
۱۵. جهت اطمینان از صحت فرایند استریلیزاسیون بسته به نوع ست و اقلام آن در تمامی ستها و تک پیچ ها به طور مستمر توسط پرسنل واحد CSSD اندیکاتورهای بیولوژیک و کلاس ۴ و ۶ گذارده می شود.
۱۶. مسئول اتاق عمل نظارت می نماید که فقط در مواقعی که نیاز فوری به استفاده از وسایل مراقبت از بیمار وجود دارد، از روش فلاش برای استریل نمودن استفاده شود.
۱۷. مسئول اتاق عمل وجود وسایل تک پیچ را برای مواقع ضروری به طور مستمر در اتاق عمل تضمین می نماید.
۱۸. پرسنل اتاق عمل در مواقعی که حین جراحی، آلودگی قابل رویت سطوح یا تجهیزات با خون و یا سایر مایعات بدن ایجاد شده است قبل از عمل جراحی بعدی از گندزدای مناسب بیمارستانی برای رفع کامل آلودگی استفاده می نماید.
۱۹. پزشکان و پرسنل اتاق عمل در زمان کاتترگذاری وسایل داخل عروقی (کاتتر مرکزی) یا کاتترهای بیهوشی نخاعی یا اپیدورال یا در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپتیک را رعایت می نمایند.
۲۰. خدمات اتاق عمل زباله های اتاق عمل را با کمترین دستکاری طبق دستورالعمل دفع پسمانده طور مستمردفع می نمایند.

محور مربوط به کارکنان بخش ها

۱. پرستار مسئول بیمار موقع باز نمودن ست ها از تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست و صحت فرایند استریلیزاسیون اطمینان حاصل می نماید و اندیکاتور را در پرونده بیمار الصاق نموده و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور، موضوع را جهت بررسی به مسئول CSSD اطلاع می دهد.
۲. پرستار مسئول بیمار قبل از تعویض پانسمان، دستهای خود را طبق خط مشی بهداشت دست می شوید و تکنیک استریل را حین انجام کار رعایت می نماید.
۳. پرستار مسئول بیمار حین پذیرش بیمار، قبل و بعد از عمل و حین ترخیص به بیمار و همراهیان وی در مورد نحوه مراقبت از زخم، علائم عفونت زخم و گزارش این علائم آموزش های لازم را می دهد.
۴. پرستار مسئول بیمار در صورت مشاهده هرگونه علائم به نفع عفونت زخم بعد از عمل مراتب را به سرپرستار بخش اطلاع می دهد.

پیشگیری از عفونتهای ادراری

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۱. پرستار مسئول مراقبت از بیمار در تعبیه کاتتر ادراری 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 کلرهگزیدین ضد عفونی نموده و کلیه مراحل سونداژ را به روش آسپتیک انجام می دهد.
۲. کمک بهیار بخش با نظارت پرستار در مورد افراد پیر و ناتوان که توانایی مراقبت از خود را ندارند و بیماران غیر هوشیار بهداشت ناحیه پرینه و ناحیه تناسلی بیمار را به صورت روزانه رعایت می نماید.
۳. پرستار مسئول کیسه ادراری بیمار را همیشه پایین تر از مثانه نصب می نماید، در غیر این صورت با برگشت ادرار از کیسه به مثانه فرد، احتمال ابتلا به عفونت افزایش می یابد.
۴. کمک بهیار، و در صورت نبود وی خدمه بخش با نظارت پرستار مسئول کیسه ادرار را بطور منظم در یک ظرف جمع آوری ادرار تمیز تخلیه نموده و از پاشیدن و تماس شیر تخلیه با ظرف جمع آوری ادرار جلوگیری می نماید.
۵. پرسنل پرستاری مسئول بیمار نحوه مراقبت از کاتتر ادراری و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت ادراری را به بیمار و همراه او آموزش می دهد

پیشگیری از عفونت خون

۱. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، مطابق با جدول اقدامات تهاجمی بخش مربوطه از اقدامات آسپتیک، اسکراب انجام می دهند و از دستکش استریل استفاده می کنند
۲. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، از وسایل یک بار مصرف استفاده می کنند و در صورت نیاز به استفاده از وسایل چند بار مصرف، از استریل بودن آن اطمینان حاصل می کنند.
۳. کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
۴. اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی، کاتتر ادراری و ... توسط پزشک معالج تعیین می گردد.
۵. پرستار مسئول بیمار تمام وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر کاتتر گذاری عروقی را در سینی مخصوص آماده می نماید و ترجیحا در اتاق کار پروسیجر را برای بیمار انجام می دهد. در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از توالی یا سینی کار همراه با سiftی باکس و سطل زباله عفونی استفاده می کند.
۶. پرسنل پرستاری مسئول بیمار نحوه مراقبت از پروسیجر (کاتتر عروقی) و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت محل پروسیجر مثل درد، حساسیت محل تزریق، قرمزی، خروج ترشح و تورم را به بیمار و همراه او آموزش می دهد.

پیشگیری از عفونت سیستم تنفسی تحتانی

۱. پرستار / پزشک مسئول بیمار برای انتوباسیون و تراکئوستومی از لوله انتوبه و وسیله تراکئوستومی با سایز مناسب بیمار استفاده می کنند.
۲. پرستار مسئول بیمار از لوله خرطومی یک بار مصرف برای هر بیمار استفاده می کند و در صورت ماندگاری بیمار بیشتر بیمار طبق جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار لوله خرطومی را تعویض می کند.
۳. پرستار مسئول بیمار ترشحات ریه بیمار را بر اساس نیاز بیمار به صورت استریل و با استفاده از وسایل یک بار مصرف ساکشن می کند.
۴. پرستار مسئول بیمار برای ساکشن بیمار از سرم استریل استفاده می کند.
۵. پرستار مسئول بیمار از سوند نلاتون و سرم استریل جهت ساکشن بیمار استفاده می کند.
۶. روزانه از یک سرم استریل که به سر آن یک ست شستشو و سه راهی متصل می شود برای هر بیمار استفاده می شود.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

۷. در مواردی که بیمار اینتوبه یا تراکئوستومی نیست پرستار /پزشک به علائم عفونتهای پنومونی توجه می نمایند و علائم مرتبط را به بیمار و همراه وی آموزش می دهد.
۵. سرپرستار بخش به طور مستمر در صورت مشاهده هرگونه علام دال بر عفونت بیمارستانی بیمار را به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع می دهد.
۶. فرم بیماریابی عفونت بیمارستانی توسط سرپرستار/سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می گردد.
۷. توسط سرپرستار به پزشک معالج عفونت بیمارستانی بیمار اطلاع داده می شود.
۸. پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار درخواست مشاوره عفونی برای بیمار میدهد
۹. پزشک متخصص عفونی/پزشک معالج برحسب نیاز درخواست کشت نموده وبراساس آنتی بیوگرام توصیه شده بیمار را تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار می دهد.
۱۰. سوپروایزر آموزشی و سوپروایزر کنترل عفونت نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه ۴ عفونت اصلی بیمارستانی قابل گزارش در سیستم نرم افزاری NNIS، شستشوی دستها، رعایت روشهای آسپتیک در هنگام تعویض پانسمان، استفاده از وسایل حفاظت فردی و آموزشهای روش های نوین مراقبت از زخم اقدام می نمایند.

منابع / مراجع : راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت مرکز مدیریت بیماری ها ۱۳۹۶

راهنمای جراحی ایمن ۱۳۹۶

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت

انواع بیماریهای گزارش شدنی

گزارش آنی : بلافاصله و کمتر از ۶ ساعت -هاری آنفلوانزا، پرندگان-بوتولیسم-طغیان

گزارش فوری: کمتر از ۲۴ ساعت فلج شل حاد-سل ریوی-سیاه سرفه-اسهال خونی

گزارش هفتگی یا معمول:-کیست هیداتیک-توکسوپلاسموز، سل غیرریوی

نظام مراقبت سندرمیک (پوستر در بخش ها با عنوان بیماری های تحت مراقبت و نظام مراقبت سندرمیک در کلیه بخش ها نصب می باشد)

ب-لیست سندرمهای واگیر (۱۴ سندرم)

۱-تب و خو نریزی: CCHF، سرخک

۲-تب و راش حاد: سرخک، سرخجه

۳-عفونت شدید حاد تنفسی: آنفلوانزا، سل

۴-تب و علائم نورولوژیک: مننژیت، هاری

۵-مسمومیت غذایی

۶-اسهال حاد غیرخونی: وبا، تب مالت

۷-اسهال خونی: سیاه زخم

۸-زردی حاد: هپاتیت، مالاریا

۹-فلج شل حاد: فلج اطفال

۱۰-شوک عفونی: مالاریا

۱۱-مرگ ناگهانی غیر منتظره

۱۲-تب طولانی

۱۳-سندرم شبه آنفلوانزا

۱۴-سندرم تب و تورم غدد لنفاوی

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

الف: لیست بیماریهای عمده تحت مراقبت کشور:

لیست بیماریهای واگیر و سندرمهای تحت مراقبت

در صورت مشاهده هر یک از بیماریهای واگیر و یا سندرمهای تحت مراقبت به واحد بهداشتی تعیین شده (مرکز بهداشت شهرستان آکارسناس کنترل عفونت) گزارش گردد.

الف: لیست بیماریهای عمده تحت مراقبت کشور

(این لیست بنا به مورد و بطور سالیانه به روز رسانی خواهد شد):

گزارش آتی و بلافاصله (کمتر از ۶ ساعت):

هاری - آنفلوآنزای پرندگان - تولایمی-طاعون - وبا - سیاه زخم تنفسی - بوتولیسم - زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - تب های خونی - دهنده - کورونا - تیفوئید مقاوم به درمان - هرگوتی افزایش تاگهاتی موارد بیماریها (اطفیان یا اپیدمی)

گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت):

فلج شل حاد - تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولر - سل ریوی - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - سندرم سرخچه مادرزادی - مننژیت - پستری در بیمارستان پدنیال واکسیناسیون - مالاریا - اسهال خونی - تب دانگی - تب راجه - تب زرد - جذام - سیاه زخم جلدی - کزاز بالفین - شیتوزومیازیس

گزارش هفتگی (معمول):

سایر انواع سل - انواع هیپاتیت های ویروسی - تیفوئید - بروسوز - کالازار جلدی و احشایی - شیکلوزیس - سفلیس - سوزاک - HIV/AIDS - کیست هیداتیک - توکسوپلاسموزیس - فاسیولیازیس - لیتوسپیروز - پدیگولوزیس و گال - هیپاتیت نوع A

ب - لیست سندرم های واگیر تحت مراقبت

۱- سندرم فلج شل حاد (مهم ترین تشخیص افتراقی: فلج اطفال - گیلن باره - انواع مسمومیت - گزش حیوانات و حشرات سمی - عوارض واکسیناسیون):
تعریف: فلج شل تاگهاتی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه ترومای (ضربه) واضح جسمانی

۲- سندرم تب و خونی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: CCHF - مننگوکوکسمی - تیفوئید - دانگ تب - زرد - ایبولا - چیکونگونیا - سرخ - مالاریای شدید - لیتوسپیروز - سپتی سمی):

تعریف: تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه یک یا چند علامت زیر:
خونی ناشی از تروما نباشد):

۱. خونی پست به صورت کبودی (اکیموز)
۲. خونی نقطه نقطه (پتشی) در پوست
۳. خونی دستگاه تنفس فوقانی (خونی از لاله یا بینی)
۴. خونی دستگاه تنفس تحتانی (خلط خونی)
۵. خونی دستگاه گوارش (استفراغ خونی ، مدفوع خونی ، مدفوع سیاه)

۶. خونی دستگاه ادراری (ادرار خونی)

۷. خونی دستگاه تناسلی (خونی غیرطبیعی زنانه)

۳- سندرم تب و راش (بثورات) حاد:

الف: تب و راش حاد ماکولوپاپولر (مهم ترین تشخیص های افتراقی: مننگوکوکسمی - سرخ - سرخچه - مننگوکلوژ عفونی - CCHF - چیکونگونیا - دانگ - سفلیس - تیفوئید - راش دارویی - گزش حشرات):

تعریف: تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر به صورت منتشر:

۱. لکه های کوچک و مسطح تبی همراه با پوست (ماکول) معمولاً به صورت منتشر
۲. دانه های کوچک و برجسته تبی همراه با پوست (پاپول) معمولاً به صورت منتشر
۳. حال عمومی بد

ب - تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آبله - آبله مرغان - سیاه زخم - تولایمی - لیشمانیوز - گال):

تعریف: تب بالاتر از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر:

۱. دانه یا دانه های کوچک، برجسته و آبدار در پوست (وزیکول)
۲. برجستگی های بزرگ پوستی حاوی مایع تبی چرکی (ناول) یا مایع چرکی (پوستول)
۳. بثورات فاقد پوست (زخمهای بدون ضربه یا بریدگی)
۴. حال عمومی بد

۴- سندرم شبه آنفلوآنزا (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آنفلوآنزا - پاراآنفلوآنزا - سیاه سرفه - کورونا ویروس - سارس)

تعریف: تب به همراه سرفه ای که در طی یک هفته اخیر رخ داده باشد.

۵- سندرم عفونت شدید حاد تنفسی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آنفلوآنزا - کورونا - سل - سیاه سرفه - دیفتری - سرخ - سیاه زخم - تولایمی - طاعون):
تعریف: بروز تب و سرفه در طول یک هفته اخیر به همراه حداقل یکی از علائم زیر:

۱. سیستم تنفسی (تاکای پنهان "تنفس تند" ، فرورفتگی عضلات بین دنده ای در حین تنفس ، تنفس صدادر ، خلط خونی)
۲. سیستم قلبی عروقی (درد قفسه سینه ، افت شدید فشار خون ، اختلال ریتم)
۳. سیستم عصبی (کاهش سطح هوشیاری ، تشنج)

۶- سندرم سرفه مزمن (مهم ترین تشخیص افتراقی: سل)
تعریف: سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر که معمولاً همراه با خلط می باشد.

۷- سندرم مسمومیت غذایی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: مسمومیت با عوامل شیمیایی - مسمومیت با عوامل باکتریایی - ویروسی - قارچی - انگلی - مسمومیت با فلزات سنگین - مسمومیت با سموم - تب - مالت - مسمومیت با انگل):

تعریف طغیان

هرگاه ۲ نفر یا بیشتر افرادی که با هم در یک مکان مشترک قرار دارند دچار بیماری مشترک شوند. مثلاً بیماران بستری در بخش ۲ نفر یا بیشتر همزمان دچار سوش باکتریال یا ویروس مشترک شوند و یا اینکه یک بیماری نادر به یکباره تظاهر پیدا کند، طغیان تعریف می شود

مثلاً "هرگاه ۲ نفر یا بیشتر که از یک سفره غذایی مشترک استفاده نموده اند دچار علائم گوارشی شوند طغیان آب و غذا تعریف می شود.

اسهال خونی و بوتولیسم حتی یک مورد طغیان است

در موارد طغیان حتماً باید از بیمار یک نمونه ۲ سوپا به التور گرفت. یعنی یک محیط کتری بلر که با ۲ سوپا از بیمار نمونه گیری رکتال مدفوع گرفته شده است

در صورت طغیان عفونت بیمارستانی که می تواند توسط پرسنل بخش، آزمایشگاه، پزشکان و یا سوپروایزر اعلام گردد در مرحله اول می بایست به سوپروایزر کنترل عفونت اعلام گردد و سپس با اعلام ایشان تیم کنترل عفونت به ریاست متخصص عفونی فوکل پوینت بررسی طغیان را دستور دهند. در این زمان ضمن انجام چک مجدد نمونه کشت بیماران از بخش هم نمونه برداری کشت محیطی با حضور کارشناس میکروبیشناسی، سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط انجام شده و نتایج در کمیته اورژانسی مطرح و راهکارهای اصلاحی ارائه می گردد. در صورت تایید طغیان موارد به واحد کنترل عفونت دانشگاه علوم پزشکی اعلام می گردد.

فرایند بعد از مواجهه شغلی

- ۱- بدون فشار دادن ناحیه ای که نیدل آلوده وارد آن شده، ناحیه را با آب و صابون شسته شود
- ۲- فرم مواجهه شغلی راتکمیل نموده و تحویل سوپروایزر بالین (کنترل عفونت) نمایید
- ۳- از بیمار نمونه خون گرفته شود
- ۴- نمونه های HBS، HCV، HIV توسط پزشک معالج برای بیمار درخواست کتبی در پرونده ثبت شود و سپس در سیستم HIS درخواست زده شود.
- ۵- فرم مخصوص آزمایشگاه پر شده و بعد از امضاء توسط سوپروایزر به آزمایشگاه تحویل دهید.
- ۶- آزمایشگاه موظف است در همان شیفت جواب آزمایشات بیمار را به سوپروایزر کنترل عفونت/مسئول بخش اطلاع دهد
- ۷- در صورت مثبت بودن آزمایشات بیمار در همان شیفت از پرسنل دچار مواجهه نمونه خون گرفته شود و فرد دچار مواجهه ضمن اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت به متخصص عفونی مرکز در صورت تایید متخصص عفونی پروفیلاکسی HIV که در دفتر سوپروایزر بالین موجود است دریافت کند. و سپس به مرکز مشاوره در مرکز بهداشت حصارک واقع در میدان شهرداری مراجعه نماید.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

*: در صورتیکه پرسنل باردار است حتماً به سوپروایزر اعلام کند

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز بیمارستان دکتر علی شریعتی فرم مراقبت از کارکنان حرف پزشکی در هنگام needle stick شدن	
نام و نام خانوادگی مصدوم:	سمت:
زمان حادثه (شیفت): تاریخ و ساعت	محل حادثه:
آدرس و شماره تلفن همکار دچار مواجهه:	
اسم بیمار و کد بیمار:	
نوع حادثه:	پرخطر
صدمه پوستی	صدمه مخاطی
کم خطر	صدمه پوستی
صدمه مخاطی	
اقدامات بعمل آمده:	
۱- شستشوی محل تماس پوستی با آب و صابون به مدت ۵-۳ دقیقه	
۲- شستشوی مخاط دهان یا چشم با آب فراوان	
۳- اطلاع به مسئول کنترل عفونت	
۴- پیگیری آزمایش HBs Ab مصدوم : بالاتر از استاندارد اقدامی لازم نیست. پایین تر از استاندارد تزریق ایمونوگلوبولین و واکسن هپاتیت طبق دستورالعمل	
۵- ارسال ۵-۱۰ سی سی خون بیمار جهت آزمایش HIV, HCV و HBS	
۶- پیگیری جواب آزمایش بیمار : منفی : اقدامی لازم نیست. مثبت: ارجاع مصدوم به مرکز مربوطه پیگیری آزمایش مصدوم (۶ هفته - ۳ ماه و ۶ ماه پس از تماس)	
نام و امضاء سوپروایزر کشیک:	امضاء مسئول کنترل عفونت
منبع: بخشنامه معاونت درمان و دارو شماره ۱۰/۸۳۷۹/۲۶ پ تاریخ ۱۳۸۲/۲/۲۷	امضاء مدیر پرستاری
تهیه کننده: اعضای کمیته کنترل عفونت دفتر پرستاری شبکه بهداشت و درمان کرج - آبان ماه ۱۳۸۵	
بازنگری: اریب هشت ۱۴۰۲	

تفکیک پسماند

پسماند عفونی (کیسه نایلون زرد): کلیه پسماندهای آغشته به مایعات آلوده بدن بیمار

پسماند غیر عفونی (کیسه نایلون مشکی): کلیه پسماندهای خانگی

پسماند شیمیایی - دارویی (کیسه قهوه ای): کلیه پسماندهای دارویی غیر تیز و برنده و ویالهای دارویی، داروهای تاریخ گذشته و...

پسماند تیز و برنده - عفونی (سفتی باکس): کلیه اجسام تیز و برنده آغشته به خون و مایعات آلوده بیمار

پسماند تیز و برنده - شیمیایی - دارویی: کلیه پوک‌های دارویی، ترمومتر جیوه ای شکسته و...

سفتی باکس بعد از پرشدن ۳/۴ تعویض شود

پگ ها و ستهای استریل

اطلاعات روی ستهای شامل " نام ست ، نام بخش ، تعداد اقلام ، تاریخ استریل و پایان استریل ، نام کاربر CSR (فرد پگ کننده)، شماره سیکل و شماره دستگاه و شیفت می باشد.

اندیکاتور کلاس ۴: در ستهای دارای اقلام کمتر از ۱۲ قلم

اندیکاتور کلاس ۶: در ستهای دارای اقلام بیشتر از ۱۲ قلم

تست کلاس یک (نوار چسب اتوکلاو)

در صورتیکه برای بیمار اقدامات آسپتیک مانند سونداژ و پانسمان انجام می شود حتماً " اندیکاتور داخل گزارش پرستاری چسبانده شود و روی آن مشخصات بیمار شامل : نام فرد پگ کننده ، تاریخ استریل و سیکل اتوکلاو ثبت شود

در محل نگهداری ستهای حتماً " دماسنج و رطوبت سنج نصب باشد و چارت گردد. (دما کمتر از ۲۴ و رطوبت کمر از ۷۰ درصد)

نگهداری ست های استریل در کاغذ کرپ ۲ لایه تا یک ماه مجاز است.

وسیله حمل ستهای غیر استریل و استریل مجزا باشد .

ریکال /فراخوان /بازخوانی : در صورتیکه هنگام باز کردن ست استریل متوجه شدید اندیکاتور داخل ست یا نوار چسب اتوکلاو تغییر رنگ نداده است باید تاریخ استریل ، شماره سیکل و دستگاه و شیفت به CSR اعلام شود . در این صورت کلیه ست های تحویلی به کلیه بخشها با مشخصات بالا توسط CSR جهت استریل مجدد فراخوان می گردد .

خصوصیات و شرایط نگهداری بسته های (پک های) استریل

بسته هایی که با پارچه پک می شوند:

بستن با ۲ لایه پارچه که هر کدام از پارچه ها ۲ لایه می باشد و در مجموع ۴ لایه می شود

این نوع بسته ها به شرط نگهداری صحیح* تا ۱۴ روز استریل می ماند

بسته هایی که با ۲ لایه کاغذ کرپ یا مدیکال پک می شوند

بستن در ۲ لایه کاغذ

این نوع بسته ها به شرط نگهداری صحیح* تا ۳۰ روز استریل می ماند

بستن ست ها باید به نحوی انجام شود که ابتدا لایه اول بسته شود سپس در لایه دوم پیچیده شود.

داخل ست ها اندیکاتور کلاس ۴ (اقلام کمتر از ۱۲ اقلام) و یا ۶ (اقلام بیش از ۱۲ اقلام)

اقلام مانند پنس، سوزن گیر باز و... پک شود

اندیکاتور کلاس یک (چسب اتوکلاد) به میزان ۱۰ سانتی متر کافی است

روی ست موارد ذیل ثبت می شود: نام ست - نام بخش - تعداد اقلام - تاریخ شروع و پایان استریل - فرد پک کننده -

شیفت - شماره دستگاه اتوکلاد - سیکل اتوکلاد

* شرایط فیزیکی نگهداری ست ها:

پاره و خیس نباشد - بسیار محکم و یا شل نباشد - دمای محیط کمتر از ۲۴ - رطوبت محیط کمتر از ۷۰ درصد - در محل دور از

رفت و آمد و گرد و خاک - دور از تابش خورشید - انبارش به صورت مستقل در سطحی بالاتر از زمین داخل محفظه درب

دار ترجیحا "در قفسه مشبک

تست های پایش فرایندهای استریلیزاسیون (اندیکاتورها)

انواع اندیکاتورهای مورد استفاده در فرایند استریلیزاسیون مورد استفاده در این مرکز

اندیکاتور کلاس ۱ یا چسب OK:

این نوع اندیکاتور صرفاً جهت استفاده در خارج بسته های استریل به کار می رود. معمولی ترین این نوع اندیکاتورها: چسب اتوکلاو بخار که پس از استریل قهوه ای می شود.

اندیکاتور کلاس ۲ یا بووی دیک:

این تست بصورت روزانه قبل از شروع بکار دستگاه جهت تست روزانه اتوکلاو و اطمینان از عدم نشتی هوا، بخار مرطوب، بخار بیش از حد گرم شده استفاده می شود

اندیکاتور کلاس ۴:

یک اندیکاتور چند شاخصه است که حداقل به پارامتر نظیر دما و زمان می باشد. از این اندیکاتور در بسته های استریل کمتر از ۱۲ قلم استفاده می شود

اندیکاتور کلاس ۵:

این نوع اندیکاتور هم مثل کلاس ۴ حداقل به دو پارامتر دما و زمان حساس است و برای ستهای ارتوپدی استفاده می شود

اندیکاتور کلاس ۶:

این نوع اندیکاتور حساس به فشار، میزان دما و غلظت بخار حساس است. از این اندیکاتور در بسته های استریل بیشتر از ۱۲ قلم استفاده می شود.

اندیکاتور بیولوژیک (تست اسپور):

در این ویال ها از میکروارگانیسم های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفوس استفاده می شود و از این ویال بصورت هفتگی و به تعداد سه عدد در هر چک استفاده می شود.

از موارد دیگر استفاده این اندیکاتور :

در صورت جابجایی دستگاه و در صورت تعمیر دستگاه و همچنین در صورت شروع بکار کاربر جدید استفاده می گردد.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

عنوان روش اجرایی مدون: ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل

هدف:

- ارتقاء ایمنی بیماران
- رهگیری بسته های استریل از بخشها

تعاریف: برچسب گذاری در فرایند فراخوان فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می گیرد

مسئولیت ها و اختیارات:

سرپرستار /مسئول CSSD: نظارت توسط سرپرستار بخش /واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام شود)

پرسنل CSR نسبت به کامل بودن نشانگرهای شیمیایی (برحسب تعداد اقلام ۴ یا ۶) داخل ست استریل اطمینان حاصل می کند .

پرسنل CSR از الصاق نشانگر کلاس ۱ بر روی ست پیچیده شده اطمینان حاصل می کند .

پرسنل CSR از ۲ لایه بودن ستها ی پیچیده شده اطمینان حاصل می کند .

پرسنل CSR بر روی ستها ی پیچیده شده تاریخ و شیفت کاری را ثبت می نماید .

پرسنل CSR شماره /کد دستگاه استریل کننده را بر روی بسته ستها ثبت می نمایند.

پرسنل CSR تاریخ انقضاء مصرف بسته های استریل را روی ان ثبت می کند. (باتوجه به ۲ لایه بسته بندی شدن ستها با کاغذ

مدیکال به مدت ۳۰ روز و در صورت پیچیده شدن در پارچه ۲ لایه حداکثر به مدت ۱۴ قابل نگهداری هستند .)

پرسنل CSR چرخه بارگذاری را روی ست ثبت می نماید.

نام فرد بارگذاری کننده هر چرخه استریل روی ست ثبت شود

نام ست و تعداد اقلام و نام بخش بر روی ست توسط پرسنل CSR ثبت شود .

در صورت استفاده از برچسب روی ست استریل کلیه موارد ذکر شده در بندهای قبل روی برچسب ثبت شود ، نظارت بر پخش

نشدن جوهر روی برچسب توسط پرسنل CSR بعمل آید .

پرسنل CSR برای ثبت مشخصات روی پگ ست حتما "از مایژیک مخصوص استفاده نماید .

فراخوان /ریکال /بازخوانی

در بخشهای بستری/سرپایی ، کادر پرستاری/پزشکی بعداز مشاهده /باز کردن ستها ی استریل در صورت تغییر رنگ ندادن

نشانگرها ، به مسئول شیفت اطلاع دهند .

ست دارای نقص استریل توسط مسئول شیفت به CSR عودت شود .

مسئول شیفت CSR باتوجه به مشخصات ست ، کلیه ستهایی که در آن چرخه بارگذاری شده است را از بخشهای بستری و

سرپایی فراخوان و جمع آوری کند.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

اقدام اصلاحی توسط مسئول CSR در خصوص رفع نقص مربوط به سیکل استریل انجام شده و ستها مجدد پک و بعداز استریل به بخشها تحویل شود.

در بخشهای بستری و اتاق عمل ، کادر پرستاری/پزشکی بعداز مشاهده /باز کردن ستهای استریل در صورت تایید استریل بودن ست از آن استفاده شود و مستندات (نشانگر شیمیایی) در گزارش پرستاری و گزارش جراح چسبانده شود.
در بخشهای سرپایی بعداز مشاهده /باز کردن ستهای استریل در صورت تایید استریل بودن ست از آن استفاده شود و مستندات (نشانگر شیمیایی) در دفتر ثبت مستندات استریل یا کارت بیمار چسبانده شود .

محلولا

ضد عفونی کننده متوسط الاثر

HI: ضد عفونی ابزار پزشکی مانند:

ابتدا کمک پرستار و یا خدمات ضمن پوشیدن وسایل حفاظت فردی شامل: پیش بند پلاستیکی و یا گان ضد آب، دستکش خانگی، شیلدیا عینک و ماسک با آب و مایع ظرفشویی ضمن برس کشی و استفاده از اسکاچ مخصوص، زیر شیر آب روان ولرم (کمتر از ۴۵ درجه) اقدام به گندزدایی شود. و ابزار شسته شده بعد از استفاده و انجام گندزدایی با آب و مایع ظرفشویی و خشک کردن جهت ضد عفونی و انجام استریل تحویل CSR می شود. داخل محلول HI گذاشته و سپس آبکشی شود. برای ضد عفونی بعد از شستشو اقلام تحویل CSR گردد.

باتل آب مقطر فلومتر اکسیژن و باتل های ساکشن بعد گندزدایی با آب و مایع ظرفشویی و خشک شوند. و سپس در محلول HI و یا وایتکس رقیق شده گذاشته شود در صورت استفاده بصورت روزانه شستشو شود و در صورت نیاز به داشتن آب مقطر، روزانه پر شود. و در صورت عدم نیاز روزانه هفتگی شستشو و خشک نگه داشته شود.

محل اتصال سوند اکسیژن به باتل مانومتر اکسیژن هفتگی با الکل ضد عفونی شود.

ضد عفونی کننده سطح بالا (اسپور سیدین) جهت ضد عفونی اقلام حساس به حرارت مانند تیغه لارنگوسکوپ و آمبوبگ و گاید لوله تراشه می باشد .

ابتدا کمک پرستار و یا خدمات ضمن پوشیدن وسایل حفاظت فردی شامل: پیش بند پلاستیکی و یا گان ضد آب، دستکش خانگی، شیلدیا عینک و ماسک با آب و مایع ظرفشویی ضمن برس کشی زیر شیر آب روان ولرم (کمتر از ۴۵ درجه) اقدام به گندزدایی نموده و ابزار شسته شده بلافاصله با تنظیف تمیز خشک شده و به بخش مشخص جهت انداختن داخل محلول ضد عفونی سطح بالا برده می شود همزمان میبایست دیش درب دار و زیپ کیپ نیز به همراه برده شود . سپس ابتدا هواکش روشن شود، پنجره باز باشد و بعد از پوشیدن وسایل حفاظت فردی درب دکوباکس برداشته شود و ابزار شسته و خشک شده داخل محلول انداخته شود سپس درب محلول بسته و بعد از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ضمن رعایت نکات مربوط به تهویه و وسایل حفاظت فردی درب دکوباکس برداشته شود، سبد بالا کشیده شود تا محلول از ابزار جدا شود و ضمن آبکشی و خشک کردن و اسپری نمودن الکل ۷۰ درصد تیغه های لارنگوسکوپ در کیسه های زیپ کیپ جدا نگهداری شود و هر تیغه تاریخ مجزا داشته باشد (وسایل ذکر شده هر ۷ روز مجدد ضد عفونی شود و تاریخ داشته باشد). دیش استیل نیز می بایست هر ۷ روز ضد عفونی شود .

در صورت نیاز به چک لارنگوسکوپ نیاز به در آوردن از زیپ کیپ نیست . پرسنل می بایست بعد از باز کردن درب دیش ضمن انجام هندراب فقط سر تیغه به دسته وصل و چک شود

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت

روز های ضد عفونی اقلام حساس به حرارت در بخش مردان

روز	نام بخش
شنبه	CCU
یک شنبه	زنان
دوشنبه	زایشگاه
سه شنبه	تصویربرداری
چهارشنبه	درمانگاه
پنج شنبه	مردان
جمعه	دیالیز

عنوان روش اجرایی مدون: روش اجرایی گندزدایی و استریل اقسام حساس به حرارت

هدف:

پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی

تعاریف:

گند زدایی: حذف تعداد زیاد یا همه میکروارگانیسم‌ها که بر روی اشیاء وجود دارند به جز اسپور باکتری‌ها

استریلیزاسیون: حذف یا تخریب کامل همه انواع میکروبها شامل: اسپور باکتری و قارچ می باشد

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام شود)

۱. کاربرد CSR استریلیزاسیون وسایل و ابزار جراحی حساس به حرارت مانند: دریل‌های ارتوپدی که غیر قابل اتوکلاوندرا بعد از ضدعفونی و گندزدایی داخل بیکس قرص فرمالین قرار می دهد.
۲. کاربرد CSR استریلیزاسیون وسایل و ابزار جراحی حساس به حرارت مانند وسایل ارولوژی از جمله یوتروسکوپها را بعد از شستشو با دترجنتها جهت گندزدایی در محلولهای ضدعفونی کننده های لول طبق دستورالعمل شرکت سازنده در مدت معین قرار داده شود.
۳. کارشناس بیهوشی/ کمک پرستاران بعد از شستشوی تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ (کلیه قطعات آمبویگ جدا شود) ضمن استفاده از دستکش خانگی با آب کمتر از ۴۵ درجه و مایع آنزیماتیک (مایع ظرفشویی) و خشک شدن بعد از پوشیدن ماسک مناسب و برقراری تهویه جاری، آنها را در محلول ضدعفونی سطح بالای موجود در بیمارستان، به مدت ۱۰ دقیقه غوطه ور می کند، سپس با دستکش خانگی سبد داخل دکوباکس را بالا آورده، بعد از رفتن محلول اضافی ابزار موجود در سبد را برداشته آب کشی کرده و با اسپری الکل ۷۰٪ ضدعفونی کرده و بعد از خشک شدن بلافاصله در زیپ کیپ نگهداری شود. (بابت خشک کردن داخل آمبویگ و نماندن رسوب قطرات آب استفاده از پوش کردن ۲۰ سی سی الکل ۷۰ درصد توصیه می شود)
۴. پایش کیفیت فرایند گندزدایی و کنترل کیفی محلولهای ضد عفونی سطح بالا استفاده از تستهای سوابینگ بصورت ۱۰ روزه توسط کمک پرستار بخش با نظارت سوپروایزر کنترل عفونت انجام شود.

نحوه نگهداری در زیپ کیپ

آمبویگ: بعد از کامل کردن قطعات آمبویگ آن را داخل زیپ کیپ نگهداری میکند و تاریخ نگهداری حداکثر ۷ روز است، در صورت استفاده طی شیفต์ مجدد مراحل ضدعفونی طی شده و در زیپ کیپ جدید نگهداری می شود. در صورت عدم استفاده پایان ۷ روز مجدد مراحل ضدعفونی طی شده و در زیپ کیپ جدید نگهداری شود.

لارنگوسکوپ: هر تیغه بصورت مجزا داخل زیپ کیپ نگهداری شود و همه تیغه ها داخل دیش استیل درب دار نگهداری شود و

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

در صورت عدم استفاده کلیه تیغه ها و دیش پایان ۷ روز مجدد مراحل ضد عفونی طی شود و در صورت استفاده طی همان شیفت مراحل ضد عفونی طی شود و تاریخ مجدد زده شود و در زیپ کیپ جدید نگهداری شود.

جهت چک ابزار و تجهیزات حتما قبل از چک وسایل هندراب انجام شود.

هر تیغه لارنگوسکوپ می بایست تاریخ مجزا داشته باشد (توصیه می شود روی دیش با ذکر شماره تیغه تاریخ ضد عفونی زده شود)

ردیف	لیست وسایل حساس به حرارت
۱	قلم کوتر
۲	دریل ارتوپدی
۳	شیت سیستم اسکوپ
۴	ماندرن
۵	کابل نوری ، لنز و شیلنگ ارولوژی
۶	لنز ؛ دوربین و شیلنگ های لاپاراسکوپ
۷	آمبویگ
۸	اقلام دستگاه دیالیز
۹	اقلام دستگاه آندوسکوپ
۱۰	لارنگوسکوپ
۱۱	گاید لوله تراشه

واحد کنترول عفونت

روش تجویز آنتی بیوتیک در بیمارستان

آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی : بر حسب دستورالعمل پروفیلاکسی کشوری در اعمال جراحی معین شده در دستورالعمل

آنتی بیوتیک های استوارد شیب (مصرف بهینه آنتی بیوتیک های پرمصرف و پرهزینه) با تکمیل فرم توسط متخصص عفونی شامل : ایمی پنم ، مروینم ، ونکومايسين ، آمفوتريسين ، کولستين ، تارگوسید

تجویز آنتی بیوتیک براساس آنتی بیوگرام برای بیماران

مشاوره عفونی در صورت تجویز بیش از ۲ آنتی بیوتیک برای بیماران



بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت

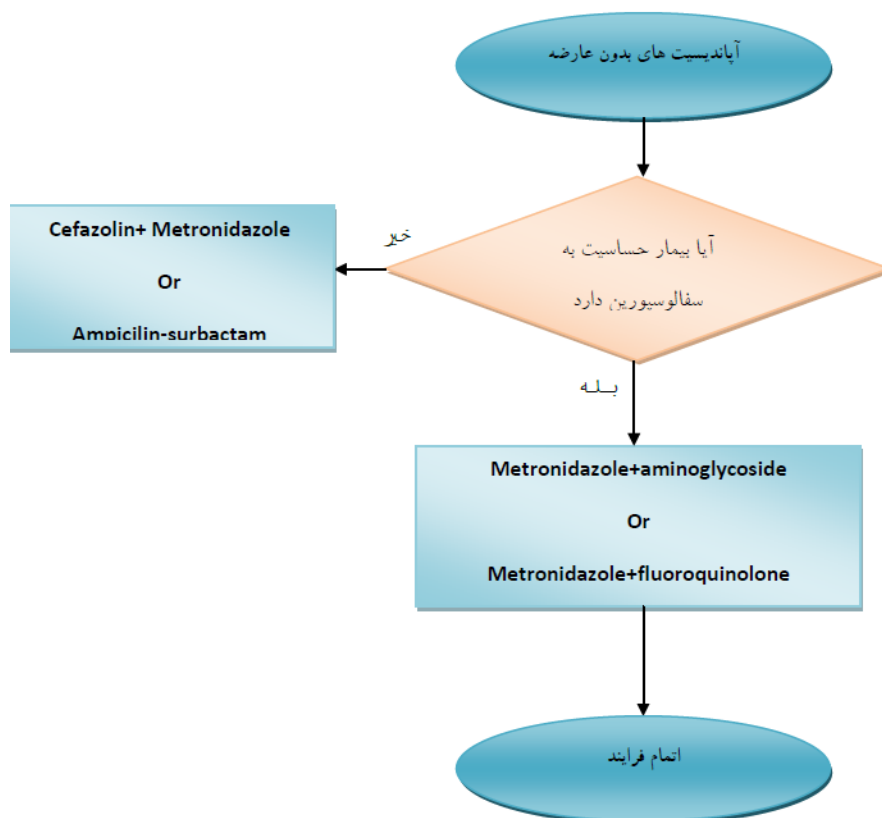


دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی البرز

بیمارستان دکتر علی شریعتی

کمیته کنترل عفونت

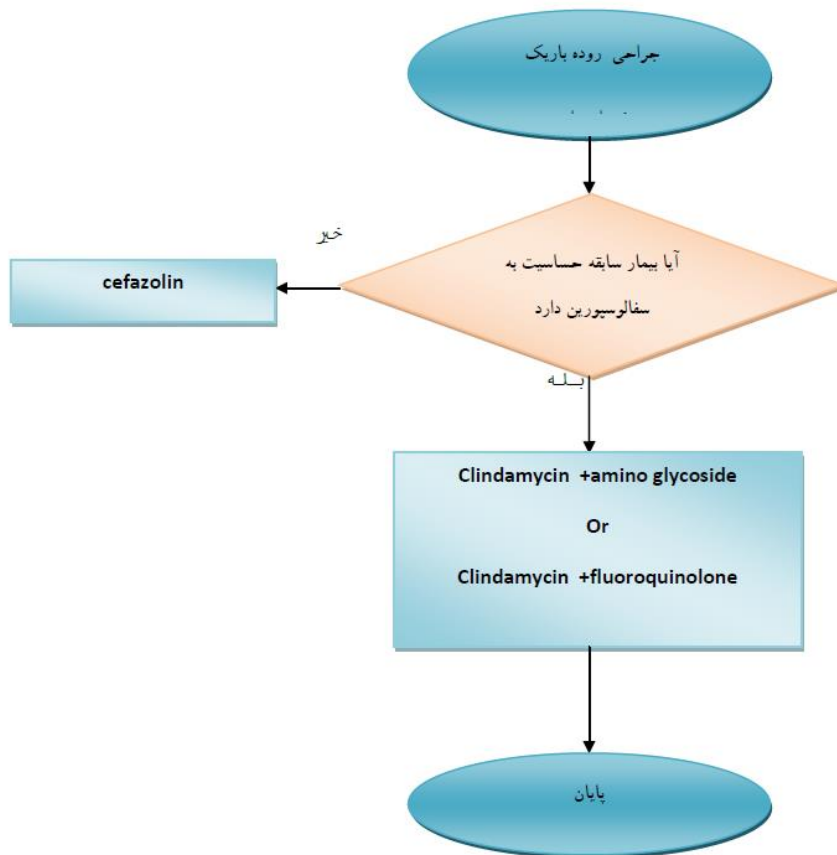
فلوجارت فرایند آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی



بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

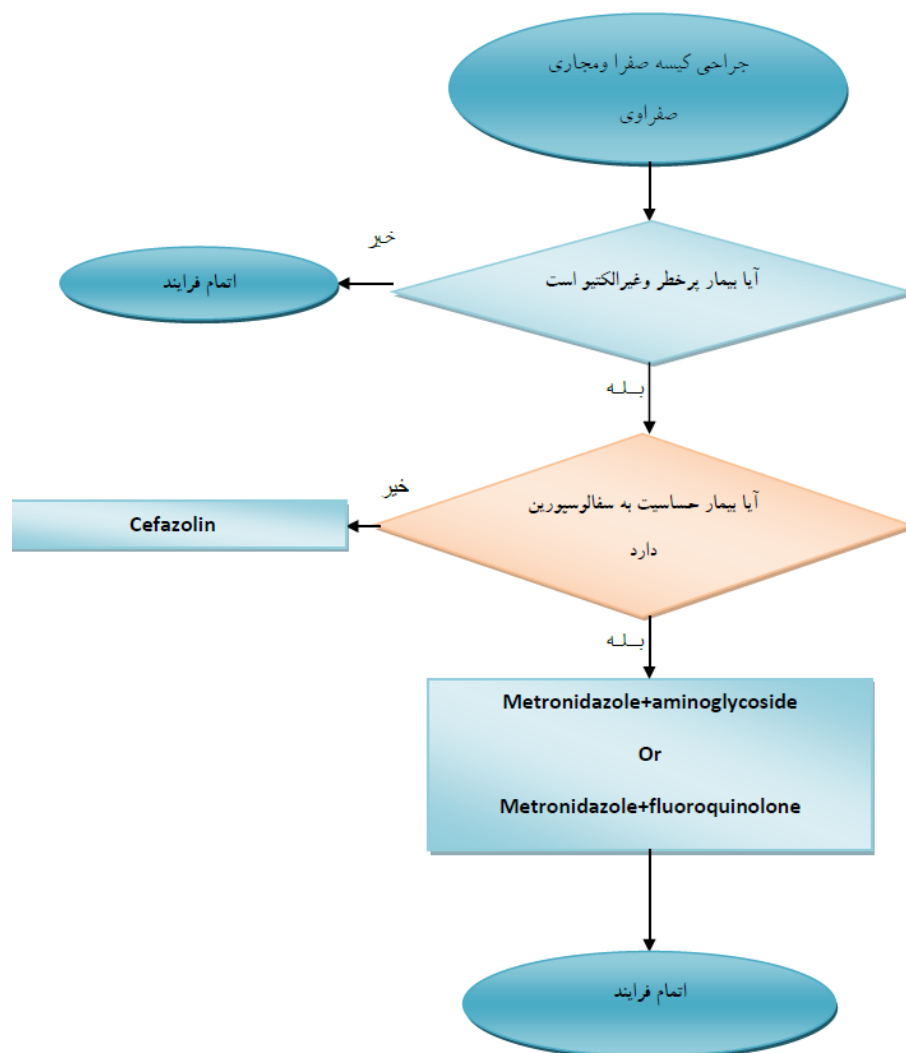
فلوجارت فرایند آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی



بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

فلوجارت فرایند آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی



ترتیب پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی

پوشیدن: ۱- شستن دست ۲- گان ۳- ماسک ۴- عینک ۵- کلاه ۶- دستکش

در آوردن: ۱- دستکش ۲- شستن دست ۳- گان ۴- عینک ۵- کلاه ۶- ماسک ۷- شستن دست

چگونگی

پوشیدن وسایل حفاظت فردی (در صورتی که کلیه اجزای وسایل حفاظت فردی مورد نیاز است):

قدم اول:

- تعیین عامل خطر و مدیریت خطر و حصول نتیجه در زمینه ضرورت استفاده از وسایل حفاظت فردی
- برنامه ریزی در زمینه محل پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی
- آیا همکاری یا آئینه در محل وجود دارد؟
- آیا حلقه دفع بهداشتی ضایعات را می دانید؟



قدم دوم:

- پوشیدن رویوش



قدم سوم:

- پوشیدن ماسک



قدم چهارم:

- پوشیدن محافظ چشم بعنوان مثال پوشاننده چشم، پوشاننده صورت، عینک (بدر نظر گرفتن اینکه عینک باید ضدقارچ یا مقاوم به قارچ باشد). پوشیدن کلاه اختیاری است. در صورت استفاده از کلاه آنرا بعد از محافظ چشم بپوشید.



قدم پنجم:

- پوشیدن دستکش (دستکش روی مچ رویوش را بپوشاند).



چگونگی

درآوردن وسایل حفاظت فردی:

قدم اول:

- از آلودگی خود، دیگران و محیط اجتناب کنید.
- ابتدا اجزایی را که آلودگی بیشتری دارند دریاورید.
- درآوردن دستکش و گان:
- درآوردن روپوش و دستکش و جمع کردن و پیچاندن آن به سمت داخل
- دفع ایمن روپوش و دستکش



قدم دوم:

- اجرای عملیات بهداشت دست



قدم سوم:

- درآوردن کلاه (در صورتی که پوشیده شده است)
- درآوردن محافظ چشم از پشت سر
- گذاشتن محافظ چشم در ظرف جمع آوری جداگانه برای بازیافت



قدم چهارم:

- درآوردن ماسک از پشت سر



قدم پنجم:

- اجرای عملیات بهداشت دست



به ایزولاسیون یا جداسازی بیماران براساس نحوه انتقال بیماری توجه شود و روی در ب اتاق بیمار نوع ایزوله و وسایل حفاظتی مورد نیاز چسبانده شود

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

به منظور رعایت احتیاط هوایی، استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95 توصیه میشود. ماسک N95 ماسکی است که در مقابل چربی مقاوم نبوده میتواند ذرات آلوده به اندازه کوچکتر از ۵ میکرومتر بزرگتر از ۰/۳ میکرون را با کارایی ۹۵ درصد فیلتر کند و از آلوده شدن کارکنان با میکروبهای مانند باسیل سل جلوگیری نماید.

موقعیتهای استفاده از ماسک N95

۱. سل ریوی اسمیر مثبت یا سل حنجره
 ۲. وجود سل پوستی فعال و انجام اقداماتی مانند شستشو، ایجاد برش و تخلیه ترشحات یا روشهای درمانی که باعث ایجاد آئروسلهای حاوی باسیل سل زنده میگردند
 ۳. در زمان انجام اقدامات مراقبتی که آئروسل تولید میکنند مانند برونکوسکوپی، انتوباسیون و ساکشن باز ترشحات تنفسی، برای بیماران مبتلا به سل، انفلوآنزای پرندگان، انفلوآنزای پاندمیک یا سندرم تنفسی شدید حاد با کوروناویروس
 ۴. در حال حاضر شواهد کافی و توصیه ای مبنی بر نوع ماسک قابل استفاده در زمان مراقبت از بیمار مبتال به آبله مرغان، زونای منتشر یا زونای موضعی در بیمار با نقص ایمنی و نیز سرخک وجود ندارد، جهت استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95، باید نحوه قرارگیری صحیح ماسک روی صورت، بعد از پوشیدن این نوع محافظ کنترل شود، به این صورت که ابتدا با فشار انگشتان روی پل بینی و انجام یک دم عمیق، ماسک باید به صورت بچسبد و پس از یک بازدم عمیق، ماسک باید از نظر نشت هوا به اطراف صورت بررسی شود .
- ملاحظات مربوط به ماسک N95 :
- باید در صورت مرطوب یا آلوده شدن تعویض شود
- در صورت دشواری تنفس، تعویض شود
- هرگز از گردن آویزان نشود
- قسمت جلوی ماسک بعد از استفاده آلوده است و از دست زدن و لمس سطح بیرونی ماسک باید اجتناب گردد.

رسپیراتور یا ماسک N95 بعد از در آوردن، میتواند مورد استفاده مجدد همان کارکنان قرار گیرد، به شرطی که :

- ✚ فیلتر آن پر نشده باشد و تنفس فرد استفاده کننده با اشکال مواجه نشده باشد .
- ✚ شکل آن تغییر نکرده باشد و همچنان بتواند روی صورت، درست قرار گیرد .
- ✚ آلوده به ترشحات یا مایعات نشده باشد .
- ✚ پاره یا خراب نشده باشد .

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

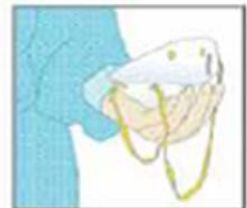
در شرایط معمول، فیلتر ماسک N95 تا ۸ ساعت میتواند کارایی داشته باشد. لذا پس از هر بار استفاده از ماسک برای مراقبت از بیمار، آن را در داخل کیسه پلاستیکی که درب آن بسته میشود قرار داده و مدت زمان استفاده از ماسک ثبت گردد.

با توجه به آلودگی قسمت خارجی ماسک N95، برای درآوردن آن ترتیب زیر رعایت گردد:

ابتدا بند تحتانی را گرفته و از پشت سر خارج شود
سپس بند فوقانی را گرفته از پشت سر خارج گردد
بهداشت دست رعایت گردد

نحوه پوشیدن و اطمینان از عدم نشت در ماسک N95

قدم ۱- قسمت پشت (خارجی) ماسک را در کف دست قرار داده بصورتی که قسمت بینی در نوک انگشتان شما قرار گیرد و بندهای ماسک بطور آزاد در زیر دست شما آویزان باشد.



قدم ۲- ماسک تنفسی را زیر چانه خود قرار دهید بنحویکه قسمت بینی آن به سمت بالا باشد.



قدم ۳- بند بالایی ماسک را با دستی که آزاد است به بالا و پشت سر خود بکشید. بند پایینی ماسک را نیز به بالا کشیده و نزدیک کردن و زیر گوش قرار دهید.



قدم ۴- انگشتان دو دست را روی فلز قسمت بینی قرار دهید. قسمت بینی را روی بینی خود قالب دهید (یا استفاده از ۲ انگشت هر یک از دستها) فشار دادن قسمت بینی با استفاده از یک دست منجر به کاهش مؤثر بودن قالب دهی روی بینی می گردد.



قدم ۵- قسمت جلوی ماسک مخصوص را با هر دو دست بیوشانید (مراقبت یابید موقعیت ماسک را خراب نکنید)

قدم ۵ یک- کنترل نشستی مثبت:

-- بسرعت هوا را بیرون دهید (انجام سریع بازدم). فشار مثبت در داخل ماسک تنفسی برابر با عدم نشت ماسک است. اگر نشستی وجود داشته باشد موقعیت ماسک را تنظیم کنید و یا بندها را بکشید. نشستی را مجدداً کنترل کنید.

-- مراحل را مجدداً تکرار کنید تا زمانی که ماسک تنفسی بطور مناسب ایمنی ایجاد کند (محکم شود)

قدم ۵ دو- کنترل نشستی منفی:

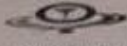
-- بطور عمیق نفس بکشید (دم عمیق). اگر نشستی وجود نداشته باشد فشار منفی باعث چسبیدن ماسک به صورت می شود.



-- نشستی منجر به از دست دادن فشار منفی در ماسک شده باعث نشت هوا از اطراف ماسک میشود. متناوباً نشستی را تکرار کنید.

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران معاونت درمان - معاونت پرستاری تاریخ تهیه: ۹۵/۰۵/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۲۴ تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۳/۰۶/۲۴ دستورالعمل تعویض اتصالات بیماران		
سینتیم	عنوان	زمان تعویض
بازرسی	آزبوتکت	هر ۷۲ ساعت (در صورت فلیت، درد و ... زودتر تعویض شود.)
	سنت سرم	هر ۲۴ ساعت، بعد از تزریق فرآورده های چربی یا آمینواسیدی و آنتیوین بلافاصله دور انداخته شود.
	میکروست	هر ۷۲ ساعت - پس از شیمی درمانی و هیپرآلیمنتاسیون بلافاصله تعویض شود.
	تری وی / سه راهی آزبوتکت	هر ۷۲ ساعت با آزبوتکت
	سنت خون	پس از دریافت تزریق خون
	بالل سرم	بالل سرم بدون افزودن دارو و در صورت اتصال به میکروست هر ۷۲ ساعت با میکروست تعویض شود.
	اکستنشن تیوب / ست K	بالل سرم تزریقی و شششو هر ۲۴ ساعت
	هپارین لاک	هر ۲۴ ساعت
	کات دان	هر ۷۲ ساعت
	ست پروپوفول	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)
	کاتروریدمرکزی	هر ۱۲-۶ ساعت، یا در صورت تعویض ویال
	کاتر شریان مرکزی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)
	کاتر ناخی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)
	سرنگ متصل به پمپ انفوزیون	با اتمام داروی داخل سرنگ
	سرم هاپیرتونیک / حاوی الکترولیت	هر ۲۴ ساعت
	ویال مولتیپل دوز	نوسیه کارخانه سازنده، قبل از هر بار استفاده ضد عفونی محل کشیدن دارو
	ویال سینگل دوز	بلافاصله بعد از برداشتن مقدار داروی مورد نیاز دور انداخته شود.
	پانسمان کاتر CVC	پوشش گازی استریل هر ۲۴ ساعت - در صورت خیس شدن در اسرع وقت - پوشش شفاف استریل هر ۷ روز
ادراری	سوند ادراری داخلی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)
	سوند اکسترنال	حداکثر ۴۸ ساعت
تنفسی	کیسه ادراری	همزمان با تعویض فولی (در صورت لشتی و پارگی تعویض شود.)
	لوله تراشه	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی - حداکثر ۴ روز
	تیوب ساکشن	اختصاصی برای هر بیمار - ۲۴ ساعت
	کاتر ساکشن (بسته و باز)	در نوع باز یکبار مصرف - در نوع بسته در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب
	لوله خرطوم و ونتلاتور	اختصاصی برای هر بیمار - حداکثر ۷ روز
	فیلتر HME	اختصاصی برای هر بیمار - هر ۲۴ ساعت
	کاتر و ماسک اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار - در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب
	چست پاتل	در صورت پوشیدن
	پانسمان چست تیوب	در صورت خیس شدن - در صورت آلودگی واضح
	کاتر مانت	هر ۲۴ ساعت
گوارشی	سوند معده	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی
	سرنگ گاوآز و چست لیدها	هر ۲۴ ساعت
عظرفه	سیفنی پاکس	انتخاب سایز و حجم متناسب با میزان مصرف و تولید پسماند نیز و برنده
	ویال انسولین	۲۸ روز

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

مدیریت کنترل عفونت در بخش ها		
۱	سرپرستار و پرسنل بخش از شاخصهای کنترل عفونت بخش (شاخص عفونت بیمارستانی، مواجهه شغلی، بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی، استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی، مقاومت آنتی بیوتیکی و ...) و بیماری مشمول نظام سندرمیک آگاهی دارند.	
۲	شستشوی دست توسط کلیه کادر درمان در ۵ دقیقه مراقبتی رعایت می گردد.	
۳	امکانات ساختاری مناسب بهداشت دست شامل سینک روشویی (به ازای هر ۶ تخت یک سینک)، صابون مایع، دستمال کاغذی و محلول هندیاب (پایه الکلی) متناسب با تعداد تختها (به ازای هر دو تخت یک محلول یا استفاده از افشانه های جیبی) موجود می باشد.	
۴	سفتی باکس ها بر روی پایه یا تالی قرار دارند و زباله های نوک تیز و برنده داخل سفتی باکس وجود دارد و با پر شدن ۲/۳ آن، تعویض می گردند (ثبت تاریخ بر روی سفتی باکس صرفا در محل هایی که سفتی باکس دیر پر می شود نیاز است و نهایتا تا یک هفته تعویض می گردد).	
۵	سفتی باکس با درب قرمز جهت سر سوزنو با درب قهوه ای برای پوکه های دارویی تیز و برنده وجود دارد.	
۶	تفکیک زباله ها به درستی انجام میشود و سطل های زباله به تفکیک رنگ وجود دارد (سطل زرد مخصوص زباله های عفونی، سطل سفید مخصوص زباله های شیمیایی و سطل آبی مخصوص زباله های غیر عفونی).	
۷	پگ ها و ست ها سالم بوده، لیبل بر روی ست های استریل وجود دارد و حداقل اطلاعات ثبت شده بر روی ست ها شامل تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.	
۸	اندیکاتور کلاس چهار (کمتر از ۱۲ قلم) و کلاس شش (بیش از ۱۲ قلم) در ست ها موجود است و پرسنل از تفاوت آنها مطلع هستند.	
۹	اندیکاتور حاوی اطلاعات ست مورد نظر، در گزارش پرستاری بیمار ضمیمه می شود (در صورت عدم ثبت اطلاعات ست روی اندیکاتور، پرستار می تواند تست کلاس یک که حاوی اطلاعات ست است را ضمیمه گزارش خود نماید)	
۱۰	محل نگهداری ست های استریل مجهز به دماسنج و رطوبت سنج است و چارت دما و رطوبت به صورت روزانه انجام می شود (دما کمتر از ۲۴ درجه و رطوبت کمتر از ۷۰ درصد با شش بار گردش هوا در ساعت باشد)	
۱۱	زمان نگهداری ستها بستگی به متریال مورد استفاده و محل نگهداری ستها قابل تغییر است (چهار لایه پارچه به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری ۲ هفته، ۲ لایه کرپ به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری تا یک ماه است) در صورت کم شدن لایه ها و استاندارد نبودن محل نگهداری ست ها، از تعداد روزها کاسته می شود.	
۱۲	ستها در محل مناسب و به دور از رفت و آمد، جریان هوا، نور مستقیم بوده و در قفسه های مشبک با رعایت فاصله از دیوار، کف و سقف نگهداری می شوند.	
۱۳	فضای اتاق کار کثیف، مرتب و تمیز است و دستورالعمل نحوه گندزدایی ابزار و تجهیزات وجود دارد (نحوه تهیه محلول گندزدا، نوع و غلظت محلول مورد استفاده) و سرپرستار بر استفاده صحیح از محلولها نظارت دارد.	
۱۴	خدمات و کمک پرستار فرآیند پاکسازی، شستشو و گندزدایی را به درستی برای ابزار و تجهیزات انجام می دهد (بررسی آگاهی و عملکرد پرسنل پرستاری و خدمات در خصوص اجرای صحیح فرآیند).	
۱۵	فضای اتاق تی شویی تمیز است، تی ها آویزان و تفکیک شده می باشند (تفکیک بر اساس نظر بهداشت محیط انجام می شود) و دستورالعمل نحوه تهیه محلول گندزدا و نحوه گندزدایی سطوح نصب می باشد و سرپرستار بر روند کار نظارت دارد.	
۱۶	برنامه مدون برای واشینگ بخش و گندزدایی ابزار، تجهیزات و سطوح در بخش موجود است، پرسنل خدمات و کمک پرستار از آن آگاهی داشته و سرپرستار بر روند اجرای آن نظارت دارد.	
۱۷	محل نگهداری محلول سطح بالا دارای تهویه مناسب بوده و در دکوباکس های مخصوص (دارای در، شیر تخلیه و سبد) نگهداری می شود.	
۱۸	سوآپینگ جهت اطمینان از صحت عملکرد محلولهای سطح بالا انجام می شود.	
۱۹	تاریخ تعویض اتصالات در بخش نصب و پرسنل از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	
۲۰	مخزن فلومتر در حال استفاده، به صورت روزانه گندزدایی می شود (محلول سطح متوسط)، آب مقطر آن تعویض و در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی شستشو و گندزدایی شده و خشک نگه داشته می شود. فلومترها دارای تاریخ شستشو بوده و محل اتصال سوند نازال به مانومتر نیز به صورت هفتگی واشینگ می شود.	
۲۱	باتل ساکشن در پایان هر شیفت تخلیه شده، شستشو و گندزدایی می شود (با محلول سطح متوسط) و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی در محلول گندزدایی سطح متوسط قرار داده می شود.	
۲۲	تیغه های لارنگوسکوپ و آمبوبگ بعد از استفاده در محلول سطح بالا غوطه ور می گردد و در صورت عدم استفاده به	

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

		صورت هفتگی گندزدایی شده و هر تیغه به صورت جداگانه در زیپ کیپ نگهداری می شود.	
۲۳		گایدهای لوله تراشه یکبار مصرف است و در صورت استفاده مجدد، بعد از هر بار مصرف شستشو می شود. در صورت حساس نبودن به گرما داخل اتوکلاو و در صورت حساس بودن به گرما مانند لارنگوسکوپ گندزدایی و نگهداری می شود.	
۲۴		پس از باز شدن محلولهای ضدعفونی مانند بتادین، تاریخ روی بدنه آن قید می گردد و به مدت یک ماه قابل استفاده است. سرم شستشو به مدت ۲۴ ساعت قابل استفاده است.	
۲۵		تابلوی ایزولاسیون در بخش ها به تفکیک انواع ایزوله وجود دارد و استفاده می شود. پیش ورودی اتاق ایزوله دارای امکانات بهداشت دست و وسایل حفاظت فردی می باشد.	
۲۶		بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس انواع ایزولاسیون در هنگام ورود رعایت می شود و در زمان خروج به شکل صحیح خارج می گردد.	
۲۷		پرسنل خدمات در خصوص نحوه دفع پسماند عفونی و نیز انتقال ملحفه و لباس های عفونی به واحد لنزر آگاهی دارند.	
جمع		کل:	۱۰۸
امتیاز مکتسبه			

تهیه کننده : کنترل عفونت بیمارستان شریعتی

منبع:

سنجه های اعتباربخشی دور پنجم-وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -۱۴۰۱

اصول مراقبت از بیماران و کارکنان ارئه دهنده خدمات سلامت- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -۱۴۰۰