

کتابچه کنترل عفونت های بیمارستانی

(جهت آشنائی پرسنل جدیدالورود)



استانداردهای اعتباربخشی واحد کنترل عفونت های بیمارستانی
بیمارستان تخصصی زنان ام البنین(س)

صفحه	فهرست
۳	تاریخچه و اهداف
۳	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی
۴	تعریف چهار نوع عفونت براساس تعاریف استاندارد NNIS
۵	تعریف عفونت بیمارستانی
۶	فرم بیماریابی
۹	ایزولاسیون یا جداسازی بیماران
۱۱	وسایل حفاظت فردی
۱۲	بهداشت دست ها
۱۲	رعایت اصول بهداشت محیط و کنترل عفونت های بیمارستانی
۱۳	تزریقات ایمن
۱۵	فرم گزارش حادثه کار
۱۶	مراقبت لازم در مادران باردار مبتلا به هیپاتیت ب
۱۸	پرونده سلامت پرسنل
۲۰	کنترل عفونت در بخش های ویژه (NICU)
۲۴	کنترل عفونت در اتاق عمل
۲۹	دستورالعمل کنترل عفونت در بیماران با نقص ایمنی
۲۹	ضد عفونی کننده و گند زداها
۳۱	روش های استریلیزاسیون
۳۳	دستورالعمل شستشو و نظافت وسایل
۳۵	مدیریت پسماندها
۳۸	دستورالعمل حمل ملحفه و البسه
۳۸	احتیاطات آزمایشگاه
۳۹	شرایط بهداشتی بخش ها
۴۰	شرایط بهداشتی اتاق عمل
۴۱	مراقبت های مدیریت شده
۴۲	گزارش بیماریهای فوری

منابع :

- اصل سلیمانی، حسین. ا. فهمی، شیرین. پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی، تهران، موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، چاپ دوم، بهار ۱۳۸۰.
- معصومی اصل، حسین. راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیمار

تهیه و تنظیم : دفتر بهبود کیفیت

کارشناس مسئول: خیرخواه، بتول. سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان تخصصی زنان ام البنین (س)



تاریخچه و اهداف

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق می شود که بیمار در زمان بستری بودن به آن دچار نبوده و ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد. عفونت های بیمارستانی یک مشکل جدی مراکز بهداشتی درمانی می باشند و هرساله هزینه های زیادی را به بیماران و مراکز بهداشتی درمانی تحمیل می کنند. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته میزان این عفونت ها حدود ۱۰٪ موارد بستری و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود. میزان عفونت بیمارستانی در یک مرکز بهداشتی درمانی نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در آن مرکز می باشد.

اهداف کلی کمیته کنترل عفونت بیمارستان عبارتند از:

کاهش مرگ و میر، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی ؛
کاهش هزینه های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی ؛
تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایت مندی آنان از طریق کنترل عفونت های بیمارستانی.
برای اجرای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی ساختار زیر به تصویب کمیته کشوری کنترل عفونت های بیمارستانی رسیده است.

کمیته های کنترل عفونت های بیمارستانی

ترکیب اعضاء

الف) تیم کنترل عفونت بیمارستان:

۱. پرستار کنترل عفونت
۲. پزشک کنترل عفونت - رئیس تیم
- (فوق تخصص یا متخصص عفونی، متخصص داخلی، متخصص کودکان، پاتولوژیست و پزشک عمومی)
- تبصره:** در بیمارستان های بزرگ با صلاح دید رئیس بیمارستان علاوه بر پرستار کنترل عفونت از خدمات سایر پرستاران نیز به عنوان پرستار کنترل عفونت می توان استفاده کرد.

ب) کمیته کنترل عفونت بیمارستان:

۱. تیم کنترل عفونت بیمارستان ؛
۲. رئیس یا مدیر بیمارستان ؛
۳. مسئول بهداشت محیط بیمارستان ؛
۴. مسئول آزمایشگاه ؛
۵. مترون بیمارستان ؛
۶. متخصص داخلی، جراحی، کودکان و در صورت امکان اپیدمیولوژیست بیمارستان ؛
۷. در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر شامل مسئول خدمات، امور اداری و مالی کارشناس امور دارویی بیمارستان و سایر قسمت ها

تعاریف نظام کشوری مراقبت عفونتهای بیمارستانی (NNIS)

تعاریف:

- عفونت: عفونت به معنای پدیده ای است که میزان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماری زای عفونی دچار آسیب می شود .
- تفاوت کلونیزاسیون، عفونت و ناقل بودن :
- کلونیزاسیون به معنای رشد و تکثیر عامل عفونی (میکروارگانیسم) در میزبان بدون ایجاد عفونت می باشد .



- ناقل: افرادی که کلونیزاسیون آنها با میکروارگانیسم ها می تواند بالقوه منجر به کلونیزاسیون یا عفونت دیگران شود .
- بیماریزایی : (Pathogenicity) چگونگی و میزان توانایی برای تهاجم به بافت ها جهت ایجاد عفونت را نحوه پاتوژنیسیته یا چگونگی بیماریزایی آن عفونت گویند .
- ویرولانسی : (Virulence) شدت و قدرت تهاجمی یک عامل عفونی بیماری زا را میزان ویرولانسی آن گویند .
- وکتور : (Vector) منظور پشه ، مگس و امثال آن است که گاهی منجر به انتقال عفونت (عامل عفونی) می شوند . گرچه این راه انتقال در مورد عفونت های بیمارستانی شایع نیست .
- مخزن : (Reservoir) محلی است که عامل عفونی می تواند در آنجا زنده مانده و رشد و تکثیر نماید مانند خود انسان ، حیوان ، خاک ، آب و ..
- وسایل بیجان : (Fomite) شامل وسایل یا مواد مختلفی است که می توانند به عنوان راه انتقال یا مخزن یا منبع عفونت عمل کنند مانند وسایل معاینه آلوده .

چهار نوع عفونت براساس تعاریف استاندارد NNIS :

به منظور ایجاد نظام منسجم و واحد مراقبت عفونتهای بیمارستانی در کشور از چندی پیش تلاشهای فشرده ای در مرکز مدیریت بیماریها انجام شده و با انتخاب روش (NNIS)

(surveillance System National Nosocomial infection)

الف-نوع عفونت ادراری:

۱-عفونت ادراری علامت دار کد: UTI-SUTI

۲-عفونت ادراری بدون علامت کد: UTI-ASB

۳-سایر عفونت های سیستم ادراری (کلیه، میزنای، مثانه، پیشابراه و بافت های احاطه کننده پشت صفاقی یا فضاهای اطراف کلیه) کد: SUTI-OUT

ب-نوع عفونت محل زخم:

۱- عفونت محل جراحی (عفونت سطحی) کد: SSI-(SKIN) بجز عفونتی که به دنبال گرافت بای پاس عروق کرونر یا برش سینه و پا به وجود می آید که اگر عفونت در ناحیه سینه باشد با کد SKNC و اگر عفونت در ناحیه پا باشد با کد SKNL گزارش کنید.

۲- عفونت محل جراحی (عفونت عمقی) کد: SSI-(ST [Soft Tissue]) بجز عفونتی که به دنبال گرافت بای پاس عروق کرونر یا برش سینه و پا به وجود می آید که اگر عفونت در سینه به وجود بیاید از کد STC (بافت نرم سینه) یا اگر در پا (دهنده رگ) باشد از کد STL (بافت نرم پا) استفاده می کنیم.

۳-عفونت محل جراحی (اعضای داخلی، فضاهای بین اعضا) کد: (ارگان/ یا فضای مورد نظر) SSI-

ج-نوع عفونت: ذات الریه (پنومونی) کد: PNEU- PNEU

د-نوع عفونت: عفونت خونی ثابت شده در آزمایشگاه کد: BSI-LCBI

نوع عفونت: سپسیس بالینی کد: BSI-CSEP



* تعریف عفونت بیمارستانی

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیمارزا مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:

- حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.

- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.

- شناسائی بیمار بر اساس فرم زیر انجام می شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
برنامه کشوری کنترل عفونت‌های بیمارستانی
کمیته کنترل عفونت بیمارستانی شهرستان مشهد

فرم شماره ۱: بیماریابی

تیم کنترل عفونت بیمارستان تخصصی زنان ام البنین (س) شماره پرونده

نام خانوادگی: جنس: مذکر ☐ / نث ☐ : / /		وزن: بخش بستری: تاریخ بستری: ساعت بستری:	
تاریخ ترخیص:		تاریخ فوت: تشخیص اولیه:	
تاریخ ترخیص:		تشخیص نهایی: بیماری مزمن زمینه‌ای:	
آیا بیمار نقص ایمنی دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت جواب مثبت نوع آن: آیا هنگام بستری تب داشته؟ بلی ☐ خیر ☐ درجه حرارت زیر ۳۵ درجه سانتیگراد؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیحات:			
اگر از اقدامات تهاجمی استفاده شده با تاریخ شروع ذکر شود: کاتتر وریدی / ☐ کاتتر شریانی / ☐ کاتتر ادراری / ☐ تراکتوستومی / ☐ ساکشن / ☐ اینتوباسیون / ☐ ونتیلاتور / ☐ تغذیه وریدی / ☐ شست مغزی / ☐ جراحی / ☐ نوع جراحی:			
تغییر بخش بستری به ترتیب زمان انتقال: آدرس و تلفن تماس:			
علائم و نشانه‌های عفونت محل جراحی تاریخ شروع		علائم و نشانه‌های عفونت ادراری تاریخ شروع	
عفونت سطحی: درد عفونت سطحی: تندرئس عفونت سطحی: ترشح چرکی عفونت سطحی: قرمزی و تورم موضعی عفونت سطحی: باز کردن توسط جراح عفونت سطحی: تشخیص توسط جراح عمقی (فاسیا - عضله): تب عمقی (فاسیا - عضله): درد و تندرئس موضعی عمقی (فاسیا - عضله): چرک یا آبسه در معاینه یا جراحی عمقی (فاسیا - عضله): باز شدن خودبخودی عمقی (فاسیا - عضله): باز کردن مجدد توسط جراح عمقی (فاسیا - عضله): تشخیص توسط جراح معالج آبسه عمقی در فضاهای عمقی (کد محل را مشخص کنید) آبسه عمقی در فضاهای عمقی: چرک از درون آبسه عمقی در فضاهای عمقی: تشخیص جراح معالج		تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد سوزش ادرار تکرر ادرار فوریت در ادرار کردن Urgency درد سوپراپوبیک هیپوترمی استفراغ آپنه برادی کاردی لتارژی شواهد مستقیم آبسه (مشاهده یا جراحی) C.V.T درد و تندرئس لوکالیزه تشخیص UTI توسط پزشک معالج درمان UTI توسط پزشک معالج	
تاریخ تهیه کشت	محل کشت	نوع باکتری	تاریخ تهیه کشت
یافته‌های رادیولوژیک:		یافته‌های مثبت U/A	

علائم و نشانه‌های پنومونی تاریخ شروع		علائم و نشانه‌های عفونت خونی تاریخ شروع	
رال Dullness خلط چرکی تغییر حالت خلط آپنه تاقیکاردی تاقی پنه ویزینگ سرفه رونکای افزایش ترشحات تنفسی		تب (بالای ۳۸ درجه) هیپوترمی (زیر ۳۷ درجه) لرز هیپوتانسیون (فشار سیستول کمتر از ۹۰) برادی کاردی آپنه شروع درمان توسط پزشک معالج	
تاریخ تهیه کشت	محل کشت	نوع باکتری	تاریخ تهیه کشت
یافته‌های رادیوگرافی و سِرولوژی		یافته‌های سِرولوژیک، اسکن و گرافی‌ها	

نوع آنتی بیوتیک	مقدار	روش تجویز	تاریخ شروع	تاریخ قطع
کدهای NNIS چهار عفونت اصلی:				
۱. عفونت ادراری		۲. عفونت محل جراحی		
UTI – SUTI	عفونت ادراری علامت دار	SSI – (SKIN)	عفونت سطحی پوست و بافت زیرپوستی	
UTI – ASB	عفونت ادراری بدون علامت	SSI – SKNC	عفونت سطحی در ناحیه سینه	
UTI – OUT	سایر عفونت‌های سیستم ادراری	SSI – SKNL	عفونت سطحی در ناحیه پا	
۳. عفونت تنفسی (پنومونی)		SSI – BURN		
PNEU – PNEU	ذات‌الریه (پنومونی)	SSI – (ST)	عفونت عمقی فاسیا و عضله	
۴. عفونت خونی		SSI – STC		
BSI – LCBI	عفونت خونی ثابت شده در آزمایشگاه	SSI – STL	عفونت عمقی بافت نرم پا	
BSI – CSEP	سپیس بالینی	(فضا/ ارگان) – SSI	عفونت عمقی (اعضای داخلی / فضاهای بین اعضا)	
کد تشخیصی NNIS		کد محل‌های ویژه:		
		ENDO, EMET, DISC, CARD, BRST, BONE, MEN, EAR LUNG, MED, EYE, GIT, IAB, IC, JNT, VASC, UR, SA, SINU, OUTI, ORAL, OREP, VCUF		

ویژگی‌های کد تشخیصی

..... ۲

..... ۱

..... ۴

..... ۳

..... توضیح تکمیلی

پزشک کنترل عفونت

پرستار کنترل عفونت

تاریخ:

تاریخ:



* تعریف عفونت بیمارستانی

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیمار یا مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:

— حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.

— در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.

جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های حاصل از آزمایشگاه میکروب شناسی ،

یکی از موثرترین روشها جهت شناسایی و مراقبت و کنترل عفونت های بیمارستانی است از طریق:

(۱) جمع آوری نمونه ها (نمونه گیری صحیح)

(۲) کشت صحیح

(۳) معرفی دستگاههای جدید و دقیق و کیت های آزمایشگاهی جدید

(۴) تست میکروبیولوژی فرآورده های بیمارستانی (فرآورده های خونی، مایعات دیالیز و بافت های پیوندی)

(۵) در موارد ظهور و شیوع عفونت های بیمارستانی ((out breaks: نقش اساسی در پیشگیری از عفونت دارد با مشخص نمودن منابع داخلی (نمونه گیری از پرسنل، محیط بیمارستان، تجهیزات و.....

* کنترل مقاومت آنتی بیوتیکی

انتخاب صحیح و به جای آنتی بیوتیکها که شامل انتخاب نوع صحیح آنتی بیوتیک، دوزاژ مناسب، مدت کافی و کنترل مصرف آنتی بیوتیک ها می باشد از مقاومت آنتی بیوتیکی جلوگیری یا روند آن را کاهش می دهد.

(۱) تدوین و راه اندازی برنامه های راهنما و دستورالعمل های لازم برای مصرف برخی آنتی بیوتیکهای ویژه

(۲) برنامه ریزی استراتژیک جهت کشف دقیق و سریع، گزارش دهی و پیشگیری از گسترش ارگانسیم های مقاوم

(۳) تدوین برنامه ای جهت جلوگیری از گسترش ارگانسیم های مقاوم در سطح بخشها به خصوص بخشهای پرخطر نظیر: کلیه بخشهای ویژه، عفونی، هماتولوژی، آنکولوژی، دیالیز و بخش هایی که بیماران مزمن را به صورت طولانی مدت بستری یا از افراد با مشکلات ناتوان کننده یا حاضر در موسسات نگهداری می نمایند.

(۴) متناسب ساختن نحوه انتخاب و مدت درمان با آنتی بیوتیکهای پروفیلاکسی پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

*ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان:

پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران – عیادت کنندگان – پرسنل پزشکی است.

اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری" میباشد.

در احتیاط های استاندارد رعایت موارد زیر در این بیمارستان ضروری است:

۱- پوشیدن دستکش

۲- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش – در فواصل تماس بین بیماران

۳- استفاده از گان – محافظ چشم – همراه با ماسک با محافظ صورت

۴- عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز

۵- جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

در احتیاط هایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت ها صورت گیرند رعایت موارد زیر ضروری است:

الف: اصول احتیاط های هوایی (Air borne Precautions)

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده در مقایسه با فضای بیرون و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد و این بیمارستان فاقد امکانات تهویه منفی است..

۲- درب اتاق بیمار بسته باشد.

۳- خروج هوا از اتاق بیمار به طور مستقیم به فضای بیرون و خارج باشد نه داخل بخش.

۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیمار میشوند باید از ماسک N95 استفاده کنند.

۵- جابجایی بیمار محدود باشد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد.



ب: اصول احتیاط های قطرات (Droplet Precautions)

انتقال از طریق آئروسل درشت (قطره) است. و بدلیل درشتی اندازه قطرات در هوا معلق نمی ماند و تا فاصله زیاد نمی تواند حرکت کنند (نهایت ۱ متر است).

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی میباشد ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد. در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود.

۲- درب اتاق میتواند باز بماند.

۳- در صورت انتقال و یا جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد.

۴- تمام افراد قبل از ورود به اتاق از ماسک جراحی استفاده نمایند و بعد از خروج از اتاق، ماسک را بردارید و به عنوان زباله عفونی دفع کنید.



ج: اصول احتیاط های تماسی (Contact Precautions)

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی و یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق (در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی)

۲- استفاده از وسایل حفاظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل:

الف- پوشیدن دستکش زمان ورود به اتاق و درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق انجام شود.



ب- شستشوی دستها بلافاصله بعد از درآوردن دستکش و یا استفاده

از هندراب جهت رفع آلودگی دستها انجام شود.



ج- از آلودگی مجدد دستها قبل از ترک اتاق جلوگیری شود.

د- در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی

پیرامون بیمار از گان استفاده شود.



ذ- وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشارسنج) باید در اتاق ایزوله بمانند

و در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل باید آنها را ابتدا گندزدایی نمود و سپس

مورد استفاده قرار گیرد.

ر- انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

((ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی))



۱- انجام رعایت بهداشت دست طبق دستورالعمل



۲- پوشیدن گان



۳- پوشیدن کلاه یا محافظ موهای سر



۴- پوشیدن ماسک



۵- محافظ صورت و یا عینک



۶- دستکش

*روش بهداشتی نمودن دست ها



• شستن دست در موارد ذیل الزامی است .

- قبل و بعد از مراقبتهای پرستاری و پزشکی
- پس از تماس با خون ، ترشحات و مایعات دفعی و پانسمان و وسایل آلوده بیمار .
- قبل و بعد از پوشیدن دستکش
- پس از مراقبت از بیماران عفونی و یا مستعد عفونت
- قبل از تماس با غذا یا داروی بیمار
- پس از تزریق جهت بیمار
- قبل از انجام پروسیجرهای درمانی

زمان استاندارد جهت شستشوی دست ۴۰ تا ۵۰ ثانیه می باشد . دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر را ببندید و از بستن آن با دست خودداری کنید . زیرا موجب آلوده شدن مجدد دستها میگردد.

موارد استفاده از دستکش

- ❖ به هنگام دست زدن به خون-مایعات بدن-ترشحات و مواد دفعی و لوازم آلوده از دستکش استفاده کنید.
- ❖ قبل از تماس با مخاطات و پوست آسیب دیده بیمار دستکش تمیز بپوشید.
- ❖ بلافاصله بعد از انجام کار و قبل از دست زدن به وسایل غیر آلوده و سطوح محیطی و پرداختن به بیمار بعدی دستکش را از دست خارج کنید.
- ❖ بلافاصله دست ها را بشوید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران یا محیط جلوگیری شود.

منبع: اینترنت-سازمان جهانی بهداشت

کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی



بیمارستان اختصاصی زنان ام البنین (س)

سوپروایزر کنترل عفونت خیرخواه ۱۳۹۰

* رعایت اصول بهداشت محیط و کنترل عفونت های بیمارستانی

- ۱) محیط: در هر بخش برنامه نظافتی از طرف مسئول بخش تنظیم شده است و در هر شیفت با نظارت مسئول شیفت انجام می گردد.
- ۲) ساختمان (نقشه های ساخت یا نوسازی و اصلاح بنا را بررسی و در صورت اطمینان از رعایت استانداردهای لازم برای به حداقل رساندن عفونت های بیمارستانی آن را تأیید می کند).
- ۳) هوا: ذرات حاصله از عطسه و سرفه، فعالیت های خدماتی (جارو کردن، استفاده از تی، پارچه خشک و تکان دادن ملحفه)
- ۴) تهویه: رقیق کردن آلودگی هوا و دوری از محیط واز بین بردن بوها
- ۵) محل های عمل جراحی: براساس دستورالعمل کنترل عفونت در اتاق عمل انجام می گردد.
- ۶) آب: توسط مسئول بهداشت محیط نظارت لازم بر سالم و بهداشتی بودن آب انجام مس شود.
- ۷) آشپزخانه و تهیه و جابه جایی غذا: بر تهیه مواد خام - نحوه نگهداری - نحوه طبخ غذا - نحوه توزیع - پرسنل شاغل در آشپزخانه بطور مداوم نظارت و کنترل انجام می شود.

* تزریقات ایمن

ایمنی تزریقات با تاکید بر ۴ محور بنیادی تامین می شود:

۱. کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی-درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده

۲. افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

۳. جمع اوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر

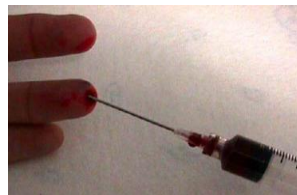
۴. تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به فرم تزریقی



تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

* به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.

* به ارائه کننده (کارکنان خدمات بهداشتی) صدمه ای وارد نسازد.



* پسماندهای آن باعث آسیب و زیان جامعه نشود.

بهترین روش مورد توصیه برای انجام تزریقات جهت پیشگیری و کنترل از عفونت و صدمه به بیمار و کارکنان

* استفاده از وسایل استریل است.

* از آلودگی وسایل، داروها و مایعات وریدی پیشگیری نمائید .

* برای هر تزریق از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید .

* از یک سرنگ و سرسوزن استریل یکبار مصرف جدید برای هر بار تلقیح هر واحد واکسن و یا تزریق دارو استفاده کنید .

* قبل از استفاده از سرنگ و سرسوزن به تاریخ انقضای آن توجه نمائید و بسته بندی سرنگ و سرسوزن را به لحاظ وجود پارگی و صدمه مورد بررسی قرار دهید .

از آلودگی وسایل داروها و مایعات وریدی پیشگیری نمائید.



- در روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سرسوزن با خون، مایعات بدن و یا سوآپ های کثیف وجود ندارد وسایل تزریق را آماده کنید .

- هیچ گاه تلاشی برای بستن درپوش سرسوزن نکنید مگر در موارد خاص که لازم است این کار انجام شود (مانند نمونه آزمایش ABG).

- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی استفاده کنید و در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی هستید برای هر بار کشیدن دارو از ویال از سر سوزن استریل استفاده نمائید .

- در هنگامی که سر آمپول را اصطلاحاً می شکنید با قرار دادن لایه نازک گاز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان را از آسیب محافظت نمائید .

کمک های اولیه فوری

۲- شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون انجام شود.

۳- از مالش موضعی چشم خودداری شود.

۴- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیادی آب یا نرمال سالین در صورت آلودگی انجام شود.

(ب) فوری سانحه به سوپروایزر بالینی گزارش شود .

(ج) ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و در پرونده بهداشتی انجام شود .

(د) تشکیل پرونده و پی گیری مورد صورت گیرد.

(ه) بررسی میزان خطر بیماریزائی ناشی از تماس کارکنان انجام شود .

(و) در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HIV, HBV می باشد ۵-۱۰ CC از خون فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود .

(ز) پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ۵-۱۰ CC خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت B, C, HIV گرفته شود.

توصیه های مهم:

- حتماً پرسنلی که در مراکز بهداشتی و درمانی شاغلند واکسیناسیون هپاتیت B خود را به طور کامل انجام دهند .

- پرسنلی که تا کنون تیتراژ آنتی بادی انجام نداده اند حتماً انجام دهند .

در صورت بروز حادثه در حین کار فرم زیر تکمیل گردد و در همان شیفت به سوپروایزر تحویل گردد:



* فرم گزارش حادثه کار

بسمه تعالی

بیمارستان اختصاصی زنان حضرت ام البنین (س)

گزارش حادثه کار (فرورفتن جسم نوک تیز و سر سوزن)

از بخش: موضوع:

احتراما" با استحضار می رساند در تاریخ در بخش در حین انجام کار یک مورد حادثه

۱- Needle Stick (دست راست ☐ دست چپ ☐ سایر ☐) ۲- پاشیدن عامل آلوده به چشم یا مخاطات

۳- ایجاد جراحت ناشی از برخورد با وسایل ۴- سایر

اتفاق افتاد که پرسنل حادثه دیده آقا/ خانم سمت: متولد: می باشد .

منبع آلودگی (خون، ترشحات و غیره)؟

الف (بیمار تحت مراقبت (مشخصات بیمار و تشخیص) نام پدر: شماره پرونده:

ب) دارای بیماری شناخته شده

در کدام مرحله دچار نیدل استیک شده اید: ۱- هنگام آماده سازی دارو ☐ ۲- بعد از تزریق دارو ☐

۳- هنگام بستن درپوش ☐ ۴- هنگام تزریق دارو ☐ ۵- هنگام انتقال ☐

برای فرد حادثه دیده اقدامات زیر انجام شد:

- شستشوی زخم با آب ولرم و صابون
- کمک به خونریزی از محل اولیه زخم موضع تماس
- شستشوی چشم ها و غشا مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی
- اطلاع به متخصص عفونی حد اکثر تا یک ساعت پس از سانحه و کسب تکلیف از ایشان
- بیمار به عنوان مورد شناخته شده **HIV / HBV** بود لذا ۵-۱۰ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره شد.
- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ۵-۱۰ میلی لیتر خون جهت بررسی هپاتیت و **HIV / HBV** اخذ و مورد آزمایش قرار گرفت .

جواب آزمایشات بیمار مربوطه بوده است .

واکسیناسیون پرسنل انجام شده و تیتراژ آنتی بادی بوده است.

نظر سوپروایزر کنترل عفونت از نظر پیگیری:

امضاء سوپر وایزر کنترل عفونت :

امضاء سوپروایزر

امضاء مسئول بخش مربوطه :



*مراقبت های لازم از مادران باردار مبتلا به هپاتیت ب

با توجه به این که این بیمارستان تخصصی زنان است کلیه مادران از نظر هپاتیت ب مورد بررسی قرار می گیرند.

در صورتیکه نوزاد از مادر Hbs Ag+ متولد شده باشد، باید بطور همزمان نیم میلی لیتر ((ایمونوگلوبولین)) اختصاصی ((هپاتیت ب)) در عضله یک ران و واکسن ((هپاتیت ب)) در عضله ران دیگر در اسرع وقت و ترجیحا" در ظرف ۱۲ ساعت پس از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به ایمونوگلوبولین اختصاصی، تزریق واکسن ((هپاتیت ب)) به تنهایی نیز در ساعات اولیه پس از تولد حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد ایمنی ایجاد می کند.

اگر پس از تولد و تزریق واکسن هپاتیت ب مشخص شود که نوزاد از مادر HBS Ag+ به دنیا آمده است حداکثر زمان دریافت ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت ب یک هفته بعد از تولد می باشد.

نوزادانی که از مادر HBS Ag+ متولد شده اند و علاوه بر دریافت نوبت اول واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت داشته اند در سن ۹-۱۵ ماهگی باید از نظر HBS Ag و HBS Ab کنترل شوند و در صورت لزوم مورد پیگیری قرار گیرند.

در افراد مبتلا به هموفیلی، واکسن ((هپاتیت ب)) باید زیر جلد تزریق شود.

واکسیناسیون ((هپاتیت ب)) هیچگونه مورد منع تلقیح ندارد، حتی اگر فرد HBS Ag مثبت باشد.

ایمونوگلوبولین پس از باز شدن قابل نگهداری نمی باشد.

بعد از تولد در صورت مساعد بودن حال نوزاد ابتدا شستشوی نوزاد انجام شده (در غیر این صورت شستشوی موضع تزریق) و سپس تزریق نیم سی سی ایمونوگلوبولین در یک عضله ران و نیم سی سی واکسن هپاتیت ب در عضله دیگر ران تزریق و سپس نوزاد جهت شیردهی تحویل مادر می گردد. به مادر توصیه اکید می گردد بعد از ترخیص جهت تشکیل پرونده بهداشتی نوزاد و انجام واکسیناسیون و آزمایشات لازم اقدام نماید.

مصاحبه با مادر انجام می گردد و فرم زیر تکمیل شده و به مرکز بهداشت ثامن فاکس می شود.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی

مرکز گزارش دهنده: بیمارستان تخصصی زنان ام البنین (س)
نام شهرستان: مشهد
فرم بررسی موارد هپاتیت ویروسی منتقله از راه خون

سال دانشگاه شهرستان بیمار کد

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: شغل: محل سکونت: شهرستان: شهر: روستا: سن: ۰۰ = کمتر از یکسال ۹۹ = نامشخص نشانی: تلفن تماس: تاریخچه دریافت واکسن: تعداد دوز دریافت شده (صفر تا ۳) ☐ کارت ☐ زبانی ☐ زمان دریافت آخرین نوبت:

علت بررسی: (کلیه موارد مرتبط علامتگذاری شود):
۱- بروز علائم هپاتیت حاد ☐ ۲- افزایش آنزیمهای کبدی ☐ ۳- سابقه اعتیاد تزریقی ☐ ۴- حاملگی ☐ ۵- نوزاد مادر آلوده ☐ ۶- تماس جنسی مشکوک ☐ ۷- افراد خانوار فرد آلوده ☐ ۸- تزریق خون و یا فراورده های خونی ☐ ۹- دیالیز ☐ ۱۰- شاغلین ☐ بهداشت و درمان ☐ ۱۱- پیگیری به علت آلودگی شناخته شده قبلی ☐ ۱۲- اهدای خون یا عضو ☐ ۱۳- بررسی داوطلبانه ☐ ۱۴- بررسی فرد بدون علامت یا عوامل زمینه ساز ☐ ۱۵- سایر ☐

نتایج آزمایشگاهی

نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ HBeAg
نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ IgM HbcAb
نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ IgM HAVAb
نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ HCVAb ELISA
نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ HCV Ab RIBA
نامشخص ☐ مثبت ☐ منفی ☐ Anti HDV Ab

اطلاعات بالینی

تاریخ بروز اولین علائم: .../.../...
تاریخ تشخیص: .../.../...
آیا بیماری زردی داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
آیا بیمار به علت هپاتیت بستری شده؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
آیا بیمار در اثر زردی فوت نموده؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
آیا بیمار حامله بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
آیا بدون علامت بالینی است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
سن حاملگی:

تشخیص نهایی:

هپاتیت حاد A ☐ هپاتیت حاد B ☐ هپاتیت حاد C ☐ هپاتیت حاد D ☐ هپاتیت حاد E ☐ سایر هپاتیتها ☐
آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال ☐ آلودگی HCV بدون علامت و فعال ☐ ناقل غیرفعال ☐ سایر:

در صورت تشخیص هپاتیت حاد C یا B:

در طی ۶ هفته تا ۶ ماه قبل از بیماری

در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد D و B یا C:

۵- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هپاتیت بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐
در صورت بلی نوع تماس: تماس جنسی ☐ تماس غیرجنسی در خانوار ☐ سایر ☐ نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هپاتیت:
که بیمار با وی در تماس بوده است.

آدرس:

۶- آیا بیمار تزریق خون یا فراورده های خونی داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

در صورت بلی نوع فراورده و تعداد واحد دریافتی: نام مرکز انتقال خون:

۷- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون، فرورفتن سوزن و.....) داشته است؟ نام و آدرس مرکز مورد نظر بلی ☐ خیر ☐ شخص ☐

۸- کدام یک از موارد ذیل را داشته است؟

۹- دیالیز ☐ ۱۰- جراحی ☐ ۱۱- اندوسکوپی ☐ ۱۲- دندانپزشکی ☐ ۱۳- تزریق داروی غیر مخدر ☐ ۱۴- تزریق داروی مخدر ☐
۱۵- خالکوبی ☐ ۱۶- سوراخ کردن گوش یا بینی ☐ ۱۷- حجامت ☐ ۱۸- ازدواج دائم یا موقت ☐ ۱۹- اقامت در زندان یا بازپروری ☐
۲۰- سایر:

در صورتیکه هریک از موارد ۱۷-۸ مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شده است.

در صورتیکه فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان: نام و محل انجام مراقبتهای بارداری که به آن مراجعه میکند:

آیا بیمار بستری است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نام محل و بیمارستان: نام و محل بیمارستان:

نام و سمت گزارشگر: تاریخ گزارش: امضاء:



کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی باید پرونده بهداشتی داشته باشند فرم ضمیمه است.

* پرونده سلامت پرسنل

بیمارستان..... بخش..... نام و نام خانوادگی..... سال تولد..... جنس..... تحصیلات..... شغل..... محل کار..... سال شروع به کار..... مدت زمان اشتغال.....

محل‌های خدمت از زمان شروع به کار تا کنون، با ذکر مدت خدمت (در مراکز خصوصی-دولتی)

سابقه ابتلا به بیماری‌های عفونی: سل آبله مرغان / زونا سرخک سرخجه اوریون هپاتیت (A و B و C سایر انواع) HIV/AIDS آنفلوآنزا سایر عفونتها

در صورت مثبت بودن پاسخ، علاوه بر مشخص کردن آن با علامت چک، زمان ابتلا، درمان و عوارض آن توضیح داده شود.

آیا تا کنون خون دریافت کرده اید..... (تعداد واحدهای تزریق شده و زمان ترانسفوزیون و علت آن)

سابقه واکسیناسیون و تاریخ آن

واکسن هپاتیت B: تعداد دفعات تزریق تاریخ آخرین نوبت تزریق

واکسن دifterی-کزاز: تعداد دفعات تزریق تاریخ آخرین نوبت تزریق

واکسن اوریون-سرخک-سرخجه: تعداد دفعات تزریقی تاریخ آخرین نوبت تزریق

BCG-: تعداد دفعات تزریق تاریخ آخرین نوبت تزریق

سایر واکسنها (آنفلوآنزا، پنومو کوک، مننگو کوک، پولیو و.....) با ذکر تعداد دفعات تزریق یا مصرف خوراکی و زمان آن:

- آیا سری کامل واکسیناسیون دوران کودکی را طبق برنامه کشوری دریافت داشته اید؟ (کارت واکسیناسیون ارائه شود)

اقدامات آزمایشگاهی:

- انجام تست های HCVAB, HIV, HBSAg, HBSAb, HbeAb (با ذکر تاریخ انجام آن)

PPD فقط برای کارکنانی که تازه شروع به کار نموده اند حتی اگر واکسن BCG دریافت کرده اند (مگر این که قبلاً به سل مبتلا بوده یا تحت کمپروپروفیلایکسی قرار گرفته یا این که PPD مثبت باشد که در این موارد نیاز به انجام PPD نیست)

S/C, S/E در موارد سابقه ابتلا به عفونت روده ای یا تیفوئید و یا طبق صلاح دید پزشک

CXR طبق شرح حال بیمار و صلاح دید پزشک

- سایر آزمایشات: اگر سوزن آلوده به بدن فرو رفته این قسمت پر شود: (نوع و زمان مواجهه- منشا سوزن آلوده- اقدامات پیشگیری و درمان- معاینات و پیگیری)

آیا مواجهه منجر به ابتلا به بیماری شده است؟ توضیح دهید.

ایمن سازی کارکنان بهداشتی

بیماری	موارد لزوم واکسیناسیون	دوز و نحوه واکسیناسیون	موارد ممنوعیت واکسن
Bهپاتیت	۱ میلی لیتر در عضله دلتوئید در زمان های ۰ و ۱ و ۶ ماه بعد	کلیه کارکنانی که در معرض خطر تماس با خون و مایعات بدن هستند	حساسیت نسبت به مخرها
آنفلوآنزا	۵/ میلی لیتر سالانه	کلیه کارکنان بیمارستان	سابقه حساسیت شدید نسبت به تخم مرغ
سرخک- سرخجه- اوریون	۵/ میلی لیتر زیر جلدی از واکسن MMR	کارکنانی که سابقه سرخک را ذکر نمی کنند و یا شواهد مصونیت در مقابل بیماری در آزمون سرمی آنها وجود ندارد	حاملگی، سابقه حساسیت شدید نسبت به تخم مرغ یا نئومایسین، تب شدید، سرکوب سیستم ایمنی، IVIG مصرف اخیر
کزاز، دیفتی	سری اول: ۵/ میلی لیتر عضلانی در زمان ۰ و ۱ و ۱۲-۶ ماه بعد و دوز های یادآور برای پرسنل ایمن به مقدار ۵/ میلی لیتر هر ۱۰ سال	کارکنانی که سری اول واکسیناسیون را تکمیل ننموده اند و یا دوز یادآور واکسن را طی ۱۰ سال اخیر، دریافت ننموده اند	سه ماهه اول حاملگی
آبله مرغان / زونا	۵/ میلی لیتر در زمان ۰ و ۸-۴ هفته	کارکنان تماس یافته با بیمارانی که سابقه ابتلاء به آبله مرغان را ذکر نمی کنند و آنتی بادی ضد واریسلا نیز در سرم آنها منفی است	حساسیت شدید نسبت به واکسن، ژلاتین، نئومایسین، سرکوب یا نقص سیستم ایمنی، سل فعال، ناخوشی های تب دار، بارداری



* کنترل عفونت در بخش های ویژه

کنترل عفونت در NICU

در کنترل عفونت و پیشگیری از عفونت در NICU توجه به مسائل ذیل ضروری است :

(۱) ساختار فیزیکی بخش مراقبت ویژه

(۲) مسایل مربوط به پرسنل بخش

(۳) مسایل مربوط به بیماران بستری

رعایت نکات ذیل در هنگام ورود به بخش، الزامی است:

الف) تعویض لباس و استفاده از گان مخصوص

ب) شستشوی دستها در هنگام ورود به بخش

ج) اعمال اقدامات مخصوص در صورت مراقبت از بیمار (پوشیدن دستکش و استفاده از عینک محافظ ، گان ، ماسک ،.....)

د) تعویض کفش و استفاده از دمپایی مخصوص بخش

ذ) شستشوی دستها قبل از ترک بخش

در بخش نوزادان استفاده روتین از گان توصیه نمیگردد .

(۱) رعایت بهداشت فردی جهت کلیه پرسنل الزامی است (،روپوش تمیز و مرتب ،)

(۲) ناخن ها کوتاه باشند (ناخن ها بایستی کمتر از یک چهارم اینچ یا کمتر از ۶ میلی متر بلندی داشته باشند.) و استفاده از از برق ناخن یا ناخن مصنوعی ممنوع است .

(۳) پرسنل از پوشیدن ساعت و زیور آلات خودداری نمایند. داشتن یک حلقه ساده بدون نگین اشکالی ندارد.)

خود را چک کرده باشند. (۴HBSab) کلیه پرسنل بایستی پرونده بهداشتی داشته باشند و

(۵) پنجره ها بایستی همیشه بسته باشند تا هوای آلوده وارد بخش نگردد.

(۶) نحوه رفت و آمد به داخل بخش کنترل گردد.

(۷) آموزش به همراهیان بیمار در مورد شستشوی دست داده شود .



آموزش شستن دست و رعایت قوانین کنترل عفونت در همراهی (پوشیدن گان و دمپایی بخش) ، به عهده پرستار تخت مربوطه، در هر شیفت است.

۸) هواسازها با توجه به اینکه باعث ایجاد فشار مثبت (ورود هوای تمیز) در بخش میگردند همیشه روشن باشد.

۹) شستن دست قبل و بعد از هر تکنیک پزشکی و پرستاری الزامی است. در بیماران بدون زمینه نقص ایمنی ، بدون بیماری زمینه ای قابل ملاحظه ، در زمان انجام کارهای غیر تهاجمی ، و در صورت عدم مواجهه با مایعات بیولوژیک بدن بیماران ، شستن دست ها با صابون معمولی یا ضد عفونی آنها با الکل الزامی است .- در بیماران عفونی ، بیماران در معرض خطر مانند نوزادان ، افراد مسن و بیماران دچار سرطان ، در صورت مواجهه با مایعات بیولوژیک ، یا در زمان انجام اعمال تهاجمی غیر جراحی مانند کار گذاری کاتتر وریدی محیطی یا سوند ادراری ، شستن دست با صابون ضد میکروبی به مدت یک دقیقه یا ضد عفونی دست ها با الکل ضرورت دارد. ، - (MT) در بیماران دچار نقص ایمنی شدید (نوتروپنی) ، ترومای متعدد

بیماران پیوندی ، بیماران جراحی شده ، و در زمان انجام اقدامات تهاجمی پرخطر مانند کارگذاری کاتترهای عروقی مرکزی یا انتوباسیون ، اسکراب دست ها بمدت 3 تا 5 دقیقه با صابون ضد عفونی کننده یا شستن معمولی دست ها در ابتدا و سپس حداقل دو بار ضد عفونی دست ها با الکل الزامی است

۱۰) پوشیدن دستکش به هیچ عنوان جایگزین شستن دست نمیگردد

۱۱) ترالی دارویی و پانسمان از هم جدا باشند.

۱۲) ترالی دارویی و پانسمان قبل و بعد از استفاده با الکل ۷۰٪ ضد عفونی گردد.

۱۵۰۰) هر ۵ روز و انکوباتور نوزادان با وزن بالاتر (بیشتر ۵۰۰ g (کمتر از VLBW روز ضد عفونی گردد. انکوباتور نوزادان ۱۳) انکوباتورها هر ۷-۵

۱۵۰۰) هر ۷ روز ضد عفونی گردند. ۲g از

۱۴) مانومترهای اکسیژن بایستی خالی باشند در صورتی که قرار است برای بیمار اکسیژن تراپی شروع شود در بالای سر بیمار با آب مقطر استریل پر گردد و روزانه شستشو داده شده و تاریخ آن روی مانومترها زده شود.

۱۵) از نگهداری کارتن در بخش جلوگیری گردد.

۱۶) کلیه بیماران و تنبیه فیلتر آنتی باکتریال داشته باشند.

تعویض گردند. ۱۷) فیلترهای آنتی باکتریال بیمار ، هر ۷۲-۴۸ ساعت

۱۸) فیلترهای مخصوص دستگاه هر ۴۸ ساعت با آب و درجنت شسته شوند.

۱۹) لوله های خرطومی و تنبیهاتورها بایستی هر ۷۲-۴۸ ساعت ترجیحا استریل گردد، در غیر این صورت ضد عفونی در سطح بالا انجام گردد.

۲۰) هیومدی فایر هار ۷۲-۴۸ ساعت استریل یا ضد عفونی در سطح بالا انجام گردد.

۲۱) آمبو بگها استریل یا ضد عفونی در سطح بالا انجام گردد. تمامی قطعات آمبو بگها قابل جدا شدن و ضد عفونی کردن یا استریل کردن باشند.

۲۲) بیماران با ارگانیسم های مقاوم بایستی در اتاق ایزوله قرار گیرند.



۲۳) بیماران مزمن از دیگر بیماران جدا گردند.

۲۴) تمامی وسایل نظیر آمبوبگها، ماسکها، تیغه های لارنگوسکوپ و..... پس از هر مرحله استفاده ضد عفونی گردند.

۲۵) ترجیحا هر بیمار بایستی لارنگوسکوپ و آمبوبگ و ماسک جدا داشته باشند.

۲۶) ظروف نمونه گیری خون از ظروف پنبه الک جدا باشند.

۲۷) ظرف پنبه الک و محلولهای ضد عفونی کننده بایستی درب دار باشد.

۲۸) جهت ساکشن کردن بیماران بایستی از سوندهای نلاتون استفاده شده و پس از استفاده دور ریخته شود.

۲۹) کاتترهای ساکشن، هر ۲۴ ساعت تعویض شوند.

۳۰) محلول نرمال سالین استفاده شده جهت لوله تراشه بایستی استریل باشد و درب آن با رابط پوشانده شود و هر ۲۴ ساعت تعویض گردد.

۳۱) محلول ساکشن دهان از لوله تراشه جدا باشد. ۴۵ جهت تعویض پانسمان از ترالی استفاده شده و از گذاشتن ست پانسمان و بخیه و بر روی تخت بیمار خودداری گردد.

۳۲) بعد از انجام هر تکنیکی بایستی وسایل مربوطه جمع آوری شود و از بی نظمی اطراف تخت جلوگیری گردد.

۳۳) ، در هنگام گرفتن Iv Line جهت بیمار، از گذاشتن سرنگ و NEEDLE آنژیوکت، داخل ظرف رسیور یا سفتی باکس فراموش نشود.

۳۵) برای کشیدن دارو و همچنین حل کردن داروها (ریختن NACL و KCL و) از سرنگهای مجزا استفاده کنید.

۳۶) تعویض پانسمان با تکنیک استریل (دستکش استریل) انجام گردد.

۳۷) با توجه به اینکه یکی از راههای انتقال عفونت، ابراز محبت به بیمار است (بوسیدن و بغل کردن و...) خواهشمند است حتی الامکان از انجام این کار خودداری فرمایید و در مواقع لزوم، قبل از انجام این کار دستها را شسته و گان تمیز بپوشید و بیمار را در یک ملحفه تمیز قرار دهید. لازم به ذکر است که بوسیدن بیمار ممنوع می باشد.

۳۸) در صورتی که جهت ساکشن کردن بیمار بایستی، از یک سوند استفاده نمایید ابتدا لوله تراشه را ساکشن و سپس دهان و بعد بینی را ساکشن کنید.

۳۹) حمام دادن در نوزادان جز در موارد OUT BREAK روتین نیست.

۴۰) بر روی چست باتل ها تاریخ وصل آن قید گردد و هر ۴۸ ساعت تعویض گردد.

۴۱) در نظافت اطراف محل آنژیوکت دقت شود.

۴۲) در هنگام انجام هر تکنیک پرستاری تمامی پرسنل موظف به کنترل نظافت و جمع آوری محل مربوطه هستند (مخصوصا مواقع رگ گیری)



۴۳. (محلی جدا برای نگهداری مواد شوینده و ضد عفونی کننده در بخش موجود باشد.

۴۴) از نگهداری کارت تن در بخش جلوگیری گردد.

۴۵) از ریختن مایع صابون و بتادین اسکراب بر روی محلول قبلی جلوگیری گردد جهت این کار بایستی ابتدا محلول قبلی تخلیه شده و سپس شسته و خشک شود و بعد از محلول جدید پر شود.

۴۶) تمامی موارد مخاطرات شغلی مثل

(ضربه سر سوزن یا وسیله تیز و برنده) و یا پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار بر روی مخاط بدن مثل چشم به اطلاع واحد کنترل NEEDLE STICK عفونت برسد.

۴۷) کلیه پرسنل از مقدمات کنترل عفونت (احتیاطات استاندارد ، تزریقات سالم ، انواع ایزولاسیون ، نحوه استفاده از مواد ضد عفونی کننده داخل بخش و قوانین کنترل عفونت مربوط به بخش NICU قوانین ضد عفونی وسایل و تجهیزات) اطلاع و آگاهی لازم را داشته باشند.

* کنترل عفونت در اتاق عمل

در کنترل و پیشگیری از عفونت ناشی از اتاق عمل بر اساس نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی توجه به سه مورد زیر به عنوان منشاء ایجاد عفونت باید مدنظر باشد:

• بیمار • پرسنل اتاق عمل • محیط اتاق عمل

الف) بیمار: در مورد بیمار باید مراقبت های قبل از عمل و آمادگی بیمار مدنظر باشد که با فرآیند های زیر قابل اعمال است

(۱) ارزیابی از نظر وجود عفونت:

a) قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل مشخص و تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت به تأخیر انداخته می شود.

b) کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت

c) بیمار تشویق به ترک مصرف سیگار می شود (بیمار حداقل ۳۰ روز قبل از عمل، از کشیدن سیگار، پیپ، قلیان و جویدن تنباکو خودداری نماید)

d) از دادن محصولات خونی لازم برای بیمار دریغ نمی شود

e) وضعیت بیمار قبل از عمل از نظر هپاتیت B و HIV (اختیاری) مشخص می شود.

f) در صورتیکه بیمار چاق باشد قبل از عمل نسبت به کاهش وزن اقدام می شود.

(۲) دوش گرفتن با آنتی سپتیک قبل از عمل جراحی:

a) لازم است بیمار شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با موار آنتی سپتیک حمام نماید.

(۳) چیدن موی محل عمل:

a) موهای محل عمل را مگر اینکه ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی نماید اصلاح نمی کنند.

b) در صورت نیاز به اصلاح این کار بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراش انجام می گیرد.

(۴) آماده نمودن پوست بیمار در اتاق عمل:

a) قبل از آماده کردن پوست بیمار با مواد آنتی سپتیک بطور کامل محل و اطراف محل برش جراحی را شسته و تمیز می نمایند.

b) ماده آنتی سپتیک مناسب برای آماده کردن پوست استفاده می شود.

c) این مواد را دایره وار از محل عمل به طرف محیط جهت آماده کردن پوست بکار می برند.



(d) حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان را به حداقل می رسانند.

(۵) درمان پرسنل آلوده یا عفونی:

(a) از شرکت پرسنل جراحی آلوده یا عفونت یافته تا زمان بهبودی در عمل خودداری می شود.

(۶) پیشگیری با آنتی بیوتیک قبل از عمل:

(a) دادن آنتی بیوتیک به هیچ عنوان به معنی جایگزینی اقدامات مناسب کنترل عفونت در انجام جراحی نیست.

(b) آنتی بیوتیک را فقط در مواردی بکار می برند که مشخص شده است از عفونت محل عمل جلوگیری خواهد کرد.

(c) از آنتی بیوتیک های بی خطر (safe)، ارزان و باکتریسید با طیف وسیع استفاده می شود.

(d) اولین دوز آنتی بیوتیک را در شروع جراحی تجویز می کنند.

(e) سطح درمانی آنتی بیوتیک را در سرم و بافت محل عمل تا پایان دوره عمل و چند ساعت بعد از عمل در سطح درمانی نگه می دارند.

(f) پروفیلاکسی را برای مدت طولانی بعد از عمل ادامه نمی دهند.

(g) برای عمل سزارین پر خطر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را بلافاصله بعد از کلمپ کردن بند ناف بکار می برند.

(h) قبل از جراحی های انتخابی کولورکتال، با استفاده از تنقیه و مسهل کولون را از نظر مکانیکی آماده می سازند و روز قبل از عمل از مواد ضد میکروبی خوراکی غیر قابل جذب در دوزهای منقسم استفاده می نمایند.

(i) برای پروفیلاکسی ضد میکروبی بطور روتین از وانکومایسین استفاده نمی نمایند.

(ب) پرسنل اتاق عمل

(۱) شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دست (Surgical handrub) باید قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل اجرا شود. شستشوی جراحی دست در تمام اعمال جراحی تهاجمی و برای تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان، متخصصین بیهوشی و پرستاران لازم است.

(۲) ماسک جراحی استاندارد استفاده شود. در صورت مرطوب شدن، و در بین اعمال جراحی باید عوض شود. ماسک را نباید از گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد. ماسک های با کارائی بالا در موارد احتمال بیماری سل استفاده می شود.

(۳) گان و آپرونهاي ضد آب (پیش بند) از آلودگی بازوها، سینه و لباس پرسنل با خون و سایر مایعات بدن جلوگیری نموده و نیز از انتشار ارگانیزم از پرسنل به بیمار پیشگیری می کند. تمام پرسنل اتاق عمل باید از گان استریل استفاده نمایند.

(۴) شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری استفاده می گردد.

(۵) تیم جراحی باید لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان بوشند.



۶) کلاه مخصوص اتاق عمل باید استفاده شود.

۷) برای پیشگیری از انتشار قطرات آلوده به چشم و بینی از محافظ چشم و صورت استفاده می گردد.

۸) تعویض کفش انجام می گیرد در صورت احتمال آلودگی با خون یا مایعات بدن چکمه غیر قابل نفوذ آب پوشیده می شود.

۹) ناخن ها کوتاه شده و نباید از ناخن مصنوعی استفاده گردد و از آویزان کردن جواهرات به دست و انگشتان و ساعد اجتناب کرد

۱۰) دستکش لاتکس استریل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل پوشیده می شود و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض می شود. پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مایعات بدن را کاهش می دهد.

۱۱) در مواردیکه دستکش آلوده شده یا با دست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غیر استریل یا سوراخ شدن، نشت داشتن یا پارگی آن را تعویض می نمایند.

۱۲) محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل استریل نگه می دارند.

۱۳) مناسب ترین راه تکنیک جراحی را به بهترین روش به اجرا می گذارند. کنترل خونریزی حین عمل و جابجائی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل مؤثر خواهد بود.

۱۴) در جراحی های پیوند و نیز در جراحی بیماران HBV، HCV و HIV مثبت از دو جفت دستکش استفاده می شود

ج) کنترل محیط اتاق عمل

۱) حفظ سالم ترین محیط در محل انجام عمل:

a) اتاق اختصاصی برای انجام عمل جراحی و اقدامات تهاجمی یا وسایل و تجهیزات استریل مشخص می گردد.

b) ورود پرسنل به اتاق عمل محدود می گردد.

۲) موقعیت اتاق عمل:

a) اتاق عمل باید از محل اصلی رفت و آمد بیمارستان و کریدور های آن مجزا باشد.

b) امکان دسترسی آسان به بخش های جراحی و اورژانس داشته باشد.

c) کف اتاق عمل از مواد مقاوم و دیوارهای آن از مواد قابل شستشوی غیر قابل جذب پوشیده شود.

d) اتاق عمل در ناحیه Aseptic قرار گیرد.

۳) دما و رطوبت اتاق عمل:

a) مناسب ترین میزان رطوبت ۵۵-۵۰٪



(b) مناسب ترین دما یک درجه سردتر از محیط خارج از اتاق عمل می باشد (۲۴-۱۸ درجه سانتیگراد)

۴) تهویه اتاق عمل:

- (a) در اتاق عمل سیستم تهویه فشار مثبت برقرار می شود.
- (b) حداقل ۱۵ بار تعویض هوا در ساعت انجام شده و حداقل ۳ بار آن باید هوای تازه باشد.
- (c) ورود کل جریان هوا از سمت سقف و خروج آن نزدیک به کف زمین است.
- (d) تمام هوا باید فیلتر شده گردش مجدد داشته و تازه باشد.
- (e) به منظور پیشگیری از عفونت زخم جراحی از اشعه ماورای بنفش استفاده نمی شود.
- (f) بجز در مواقع عبور وسایل، پرسنل، و بیمار، درب های اتاق عمل بسته است.
- (g) برای انجام جراحی های ایمپلمنت، ارتوپدی، استفاده از اتاق عمل های مجهز به هوای مافوق تمیز مورد رسیدگی و مطالعه قرار دارد.

۵) لوازم اتاق عمل:

- وسایلی نظیر دستگاه ساکشن و ونتیلاتور باید برای پیشگیری از آلودگی بطور متناسب انتخاب شود. وسایل بکار رفته باید شمرده شود، کمتر مورد دستکاری قرار گیرد و برای استریل کردن به واحد استریل اتاق عمل فرستاده شود.
- (a) تمام وسایل اتاق عمل بر اساس دستورالعمل باید استریل شود.
 - (b) فقط در مواقعی که باید از وسایل مراقبت از بیمار استفاده شود از روش فلاش برای استریل نمودن استفاده می شود.

۶) پاک کردن و گندزدائی سطوح محیطی:

- (a) در مواقعی که در حین عمل جراحی، آلودگی قابل رویت سطوح یا تجهیزات با خون یا سایر مایعات بدن ایجاد شود قبل از عمل جراحی بعدی از گندزدائی مناسب برای تمیز کردن محل آلوده استفاده می شود.
- (b) بعد از آخرین عمل جراحی کف اتاق عمل با ماده گندزدای مناسب تمیز می گردد.

۷) دفع زباله های اتاق عمل:

- (a) به علت خطر انتقال بیماری های منتقله از طریق خون زباله های اتاق عمل با کمترین دستکاری دفع می گردد.
- (b) مایعات بدن با پوشش حفاظتی مناسب مثل گان، اپرون و محافظ چشم دفع می شود.
- (c) لوازم نباید قبل از فرستادن به واحد استریل اتاق عمل (TSSU) شسته شوند.



(d) گازهای مورد استفاده در کیسه های آلوده درست در محل استفاده قرار داده می شود.

(e) بقیه زباله های آلوده طبق امکانات موجود جابجا می شود.

۸) نمونه گیری میکروبیولوژیک:

(a) نمونه گیری بصورت روتین از محیط اتاق عمل توصیه نمی شود. فقط تحت عنوان تحقیقات اپیدمیولوژیک از سطوح محیطی یا هوای اتاق عمل نمونه میکروبیولوژیک تهیه می شود.

۹) آسپسی و تکنیک جراحی:

(a) در زمان کار گذاشتن وسایل داخل عروقی (کاتتر مرکزی) یا کاتترهای بیهوشی نخاعی یا اپیدورال یا در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپسی رعایت شود.

(b) وسایل و محلول های استریل را بلافاصله قبل از مصرف روی یکدیگر سوار یا مخلوط نمی کنند.

(c) به بافت ها به آرامی دست می زنند، هموستاز مؤثری بر قرار می کنند، نسوج مرده و جسم خارجی را به حداقل می رسانند و فضای مرده در محل جراحی را از بین می برند.

(d) در صورتیکه محل جراحی به شدت آلوده باشد بستن پوست را در مرحله اول به تأخیر می اندازند یا محل انسزیون را باز می گزارند تا در مرحله بعدی ترمیم گردد.

(e) اگر درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته (هموواگ) استفاده می شود. درن را در محل انسزیون جداگانه و دور از انسزیون محل عمل جراحی قرار می دهند. هر چه سریعتر درن را خارج می نمایند.

۱۰) مراقبت از انسزیون بعد از عمل جراحی:

(a) اگر انسزیون در مرحله اول (زمان جراحی) بسته (بخیه) شده است، بعد از عمل به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت از پانسمان استریل استفاده می نمایند.

(b) قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هر گونه تماس با محل جراحی دست ها شسته می شود.

(c) اگر نیاز به تعویض پانسمان محل انسزیون باشد از روش استریل استفاده می شود.

(d) در رابطه با مراقبت صحیح از محل انسزیون علائم عفونت زخم و لزوم گزارش دهی چنین علایمی، به بیمار و خانواده وی آموزش داده می شود.

*دستور العمل کنترل عفونت در بیماران نقص ایمنی

بیماران پیوند مغز استخوان - بدخیمی های خون

مراقبت پوست و مخاط بیماران پیوند مغز استخوان - بیماران بعد از شیمی درمانی و نوتروپنیک

-حمام روزانه برای دریافت کنندگان پیوند مغز استخوان در حین و بعد از انجام پیوند ضروری است.

-شستشوی بدن باید با یک صابون معمولی (ملایم) ، ترجیحا صابون بچه انجام شود.



-در دروه نوتروپنی ، محل ورود کاتترهای عروقی و ناحیه پرینه روزانه کنترل شود.
-خشک کردن ناحیه پرینه بعد از ادرار و مدفوع کردن باید به آرامی و با حداقل فشار به ناحیه پرینه صورت گیرد.

-در بیماران خانم ، خشک کردن ناحیه پرینه از جلو به عقب صورت گیرد.
-استفاده از تامپون در خانم ها ، در هنگام قاعدگی ممنوع است.
-استفاده از ترمومتر در ناحیه مقعد یا شیاف در این بیماران ممنوع است.
-انجام انما و معاینه رکتال در این بیماران ممنوع است.
-در بیماران باموکوزیت بعد از شیمی درمانی بهداشت دهان بسیار مهم است.
4 بار در روز با آب مقطر ، نرمال سالین یا محلول بیکربنات سدیم توصیه می شود - . شستشوی دهان بیمار 6
شستشوی دندانهای بیمار باید حداقل 2 بار در روز با مسواک نرم انجام گیرد.

*ضد عفونی کننده ها و گندزداها

مقدمه :

بعضی از عوامل شیمیایی و فیزیکی می توانند باکتری ها را کشته یا حداقل از تکثیر آن ها جلوگیری کنند . موادی که باکتری ها را می کشند باکتریسیدال (Bactericidal agent) می گویند و موادی که از تکثیر باکتری ها جلوگیری می کنند باکتریاواستاتیک (Bacterio Static agent) نامیده می شود .

تعریف گندزدایی :

نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانسیم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند . یک عامل گندزا الزاماً سبب استریل شدن شی نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند ، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است .

تعریف ضد عفونی :

جلوگیری از عفونت ها با استفاده از عوامل ضد عفونی کننده بر روی بافت زنده را ضد عفونی می گویند که باعث تخریب ، مهار و یا ممانعت از رشد عوامل بیماری زا می گردد .

انواع گندزداها : الف - فیزیکی ب - شیمیایی

الف - عوامل فیزیکی :

حرارت : حرارت را به اشکال مختلف (سوزاندن ، جوشاندن ، حرارت متناوب ، بخار آب همراه با فشار و حرارت خشک) مصرف می کنند .

سوزاندن : موثرترین راه است ولی در عمل کاربرد آن بسیار محدود است .

جوشاندن : روش مطلوبی است در صورتی که بدانیم باکتری های تولید کننده اسپور (مقاوم ترین جسم زنده به حرارت ، خشکی و مواد سمی)

مشکل مهمی به شمار نمی روند .



حرارت متناوب: این روش را وقتی به کار می برند که حرارت بیش از ۱۰۰ را نتوان مصرف کرد. موادی را که می خواهند استریل کنند به مدت نیم ساعت در آب جوش (یا مدت بیشتر و حرارت کمتر) در سه روز متوالی حرارت می دهند.

بخار آب همراه با فشار: معمولی ترین وسیله برای استریل کردن مواد مقاوم به حرارت، اتوکلاو است. این وسیله یا بخار اشباع تحت فشار عمل استریل‌سازی را انجام می دهد.

پرتو دهی یا اشعه دادن: پرتو دهی شامل دو دسته است:

الف) اشعه یونیزه کننده: برخی پرتوها به قدری پراثری هستند که سبب می شوند مولکول های فعال بیولوژی الکترون خود را از دست بدهند، این عمل موجب یونیزه شدن مولکول ها و غیر فعال شدن آن ها می شود.

اشعه یونیزه کننده عامل استریل کننده بسیار مؤثری است که می توانید به طور عمقی به داخل اشیاء نفوذ کند.

ضد عفونی کننده ها و گندزداها

از آنجائیکه باکتریها، قارچها و سایر عوامل میکروبی با شستشو با آب ساده از بین نمی روند و در بیمارستان نیز به علت وجود بیماران با پاتوژنهای مختلف نیاز دارد که از مواد ضد عفونی کننده و گندزدا جهت از بین بردن این عوامل بیماریزا و پاکسازی دستها، سطوح، تجهیزات، کف و ... استفاده شود.

طبقه بندی کلی گندزداها و ضد عفونی کننده ها

۱. ضد عفونی کننده های High level

الف) پراکسید هیدروژن

ب) پراستیک اسید

ج) گلو تار آلدئید

د) فرمالدئید

ضد عفونی کننده های Intermediate level

الف) کلر و ترکیبات کلره

ب) ید و ترکیبات یده

ج) الکل ها

ضد عفونی کننده های Low level

الف) فنل و ترکیبات فنلی

ب) ترکیبات آمونیوم کواترنر (گروه سورفاکتانت ها)

V با توجه به نامگذاری متفاوت کارخانه ای و طرز استفاده متفاوت از ضد عفونی کننده ها و گندزداها به طور دوره ای موادی که جهت پاکسازی استفاده می شود، در اختیار واحدها قرار میگیرد معرفی و طرز استفاده از هر یک از آنها به صورت آموزش عمومی در بیمارستان برگزار می شود.



*روش ها استریلیزاسیون و دستگاه های استریل کننده

استریلیزاسیون وسایل

از مهمترین منابع و راههای انتشار و انتقال عفونتهای بیمارستانی عدم توجه به استریل نمودن صحیح ابزار و لوازم جراحی ذکر شده و روی آن تأکید می شود . وسایل پزشکی آلوده سالیانه موجب موارد بسیاری از عفونتهای بیمارستانی می شود . دستورالعمل مربوط به پکهای استریل کلیه وسایل و ابزار جهت پیچیدن در پک باید ابتدا کاملاً شستشو ، ضدعفونی و خشک گردند .

۱. از پارچه ها یا کاغذهای مخصوص پک کردن که در بخشها موجود است استفاده شود .
۲. تست های اتوکلاو روی پکها چسبانده شود و روی نوار تست تاریخ - شیفت - بخش - نام فرد پک کننده و نوع آن نوشته شود.
۳. بسته ها نباید بیشتر از ۶ کیلوگرم باشد و همچنین اندازه (عرض پکها) حداکثر ۴۵ سانتی متر باید باشد.
۴. پک ها باید محکم بسته شود.
۵. اطراف پارچه های بستن وسایل باید دوخته شده و سالم باشد.
۶. پس از در آوردن پکها از اتوکلاو باید کاملاً خشک باشد و با دست مرطوب پکها جابه جا نشود و برای حمل آن از ظرف مخصوص استفاده شود .
۷. در صورتی که تست های اتوکلاو پس از استریلیزاسیون تغییر رنگ نداده باشند بایستی از استفاده بسته خودداری نموده و به مسئول CSR و مسئول کنترل عفونت اطلاع داده شود.
۸. پک های استریل در کمدر بسته و خشک تا ۱۰ روز استریل باقی می ماند، پس از این مدت حتماً باید جهت استریلیزاسیون مجدد به بخش CSR انتقال یابد .
۹. از ورود به محل استریلیزاسیون و بخش CSR خودداری گردد.
۱۰. لازم به ذکر است چگونگی و روش صحیح استریلیزاسیون توسط جزوه آموزشی در اختیار کارکنان بخش CSR قرار دارد.

Ultraviolet Radiation اشعه ماورای بنفش و موارد استفاده آن

اشعه ماورای بنفش چیست؟ این اشعه جزو پرتوهای غیر یون ساز می باشد که اولین بار در سال ۱۹۴۰ به عنوان روشی برای قطع انتقال عفونت از طریق هوا میکروارگانیسم ها می شود و باکتری ها به علت داشتن پروتئین و اسید DNA باعث تخریب U.V اشعه می شود. این اشعه از طریق انرژی حاصل از تابش توکلنیک می توانند مقدار زیادی از اشعه ماورای بنفش را جذب نمایند در نتیجه آسیب دیده و کشته می شوند. اثر ضد میکروبی این اشعه به میزان پرتوی تابیده شده - مدت زمان - فاصله تا سطح تابش بستگی دارد. نور ماورای بنفش استریل کننده نیست ولی به عنوان یک عامل گند زدا مورد استفاده قرار می گیرد. لامپ های حاوی اشعه ماورای بنفش به دو نوع ثابت و سیار می باشند. دستورالعمل هر کارخانه باید موقع خرید با لامپ دریافتی تحویل داده شود که در آن مشخصات لامپ از قبیل طول عمر لامپ - شدت جریان - مقدار انرژی منشعب از منبع که از واحد سطح در واحد زمان عبور است . لامپ باید در محلی قرار گیرد که کلیه وسایل موجود در اتاق را پوشش دهد.

شرایط استفاده از چراغ اشعه:

- ۱- استفاده از تایمر و یا یادداشت زمان مصرف جهت کنترل کارکرد لامپ انجام شود.



- ۲- به طور دوره ای سطح لامپ با الکل تمیز شود.
- ۳- مدت زمان لازم در هر نوبت ۸ ساعت می باشد.
- ۴- ابتدا محیط و تجهیزات به طور کامل نظافت شوند و از هر گونه آلودگی و گردوغبار پاک شوند.
می کند ذکر شده- هواکش اتاق خاموش باشد.
- ۶- درب ها بسته باشد و درزها را با چسب بپوشانید و اتاق تاریک باشد زیرا نور مرئی اثر باکتری کشی را تا میزان زیادی کاهش می دهد.
- ۷- درب کلیه کمد ها - قفسه ها و وسایل موجود در اتاق باز باشد.
- ۸- روی داروهای حساس به نور پوشانیده شود.
- ۹- از آینه و سایر اشیای منعکس کننده نور در اتاق استفاده نشود.
- ۱۰- بهتر است کلید قطع و وصل اشعه خارج از اتاق باشد- در صورت تماس مستقیم افراد از لباس محافظ و عینک استفاده کنند.
- ۱۲- باتوجه به اینکه چراغ فقط قسمتی از اتاق را که نور به آن می تابد را ضد عفونی میکند لذا باید به فواصل زمانی چراغ را در تمامی قسمت های اتاق قرار داد.
- ۱۳- استفاده و نصب تابلوی هشدار دهنده هنگام اشعه گذاری جلوی درب اتاق لازم می باشد.
- ۱۴- بعد از اتمام کار به مدت ۱۰ دقیقه تهویه مناسب انجام شود.



* دستورالعمل شستشو و نظافت وسایل در بخش ها

دستورالعمل شستشو و نگهداری فلومتر اکسیژن

با توجه به اینکه دستگاه فلومتر اکسیژن همیشه مرطوب بوده و در تماس مستقیم با مجرای تنفسی بیمار است، ضد عفونی و تمیز کردن آن ضروری می باشد محیطهای مرطوب مکان مناسبی برای رشد میکروارگانیسم ها و بخصوص باکتری های گرم منفی می باشد. دستگاه اکسیژن تراپی از دو قسمت مجزا شامل مانومتر و محفظه آب تشکیل شده است.

مانومتر : این قسمت از دستگاه غیر قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی آن بایستی از یک دستمال تمیز آغشته به الکل 70 % استفاده کرد.

محفظه آب : این قسمت از دستگاه قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی و تمیز کردن آن بایستی ابتدا کاملاً از مانومتر جدا شده و سپس با مواد دترجنت معمولی و برس زدایی و در انتها شسته و خشک شوند.

شستشو دستگاه در حالت عادی هفته ای یک بار ضروری بوده و در صورتیکه بیمار مبتلا به عفونت های دستگاه تنفسی می باشد ، برای بیمار بعدی فلومتر باید شسته و تمیز گردد.

توجه : برای مرطوب کردن دستگاه فقط بایستی از آب مقطر استفاده شده و از مرطوب کردن آن با آب معمولی پرهیز شود، زیرا باعث تشکیل جرم در داخل فلومتر می گردد.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی لارنگوسکوپ

تیغه های لارنگوسکوپ ابتدا باید شستشو شوند و سپس با الکل ضد عفونی و خشک شود ولی اگر نیاز به ضد عفونی کردن باشد ، باید ضد عفونی در سطح بالا در موارد بیمار مبتلا به سل - هپاتیت و ایدز تیغه های لارنگوسکوپ باید استریل شود.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی دستگاه ساکشن:

در صورت نیاز به ساکشن برای بیماران وجود ساکشن جداگانه برای هر بیمار الزامیست.

باتل مربوط به ساکشن بدون در نظر گرفتن مقدار مایع آسپیره شده بایستی بطور روزانه تخلیه گردند.

باتل می تواند داخل دستشویی تخلیه شده و پس از شستشوی با محلول دترژنت ، خشک شود .

لازم به ذکر است که استفاده از دستکشهای غیر استریل کافی بوده و شستشوی دستها پس از دفع مایع باتل ، الزامی است.

در هر بار مصرف استفاده از دستگاه ساکشن برای بیمار ، بایستی کمتر جدیدی مورد استفاده قرار گیرد.

در حالت کلی استفاده از مایع ضد عفونی کننده در باتل ساکشن توصیه نمی شود . ولی در صورتیکه احتمال آلودگی محیط توسط ترشحات آسپیره شده وجود داشته باشد ، می توان به مقدار کافی آب ژاول برای رسیدن به درصد مطلوب آن (1%) جهت ضد عفونی ، به داخل باتل آسپیره نموده و حداقل به مدت 10 دقیقه قبل از تخلیه و شستشو به همین حال باقی گذاشت.

در مدتی که دستگاه ساکشن مورد استفاده قرار نمی گیرد ، باتل بایست به صورت خشک نگهداری شود.

نظافت آمبویگها :- آمبویگ ها باید بعد از شستشو با دترجنت و آبکشی جهت استریل شدن به واحد CSR فرستاده شوند

- همچنین میتوان آنها را بعد از شستشو در گلو تار آلدئید 2% یا دکونکس 53 پلاس غوطه ور نموده و مجدد کاملاً آبکشی شوند.

نظافت لوله تراشه:

- بهتر است از لوله های تراشه یکبار مصرف استفاده شود.

- در غیر این صورت باید بعد از شستشو با دترجنت و آبکشی اتوکلاو شوند.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی ترمومتر:

- بهتر است از ترمومترهای دهانی یکبار مصرف استفاده شود.



- باید آنها را به صورت خشک و تمیز نگهداری نمائید.

- در صورتیکه برای بیمار از ترمومتر اختصاصی استفاده می شود بایستی پس از هر بار استفاده ، توسط پنبه یا گاز آغشته به الکل ۷۰٪ تمیز شده سپس با آب شستشو و بصورت خشک برای دفعات بعدی نگهداری شود.

نظافت ترالی پانسمان و دارو

- قبل از انجام کار و پایان هر شیفت کاری بایستی روی ترالی با الکل ۷۰٪ ضدعفونی شود
- اگر آلودگی روی ترالی می باشد ابتدا آن را پاک کرده و سپس با الکل ضدعفونی شود .
- دقت شود پایه و چرخ های ترالی باید روزانه با دستمال جداگانه تمیز شود .

نظافت تلفن: در پایان هر روز با الکل ۷۰٪ ضدعفونی شود.

نظافت دستگاه فشارسنج و گوشی: - گوشی فشارسنج باید با الکل ۷۰٪ ضدعفونی شود.
- کاف دستگاه فشارسنج باید به صورت دوره ای و در صورت آلودگی شسته شود .

نظافت یخچال : - یخچالها باید بصورت هفتگی تمیز شوند

- باید دقت شود از گذاشتن پلاستیک سیاه داخل یخچال خودداری شود .

- از قرار دادن بطری های پلاستیکی و یکبار مصرف در فریزر خودداری شود.

- درجه حرارت یخچال بین ۸-۲ درجه سانتیگراد حفظ شود.

نکاتی در مورد برطرف نمودن آلودگی محیط و تجهیزات

روش منتخب برای عفونت زدایی (شستشو و تمیز نمودن ضد عفونی ، Cleaning به عوامل متعددی بستگی داشته ولی Sterilization) و یا استریلیزاسیون Disinfection انتخاب اولیه می تواند بر اساس میزان خطر انتقال عفونت به بیماران صورت گیرد.

خطرات عفونی برای بیماران از محیط و وسایل برای وسایل تهاجمی با وسایلی که در تماس نزدیک با پوست یا پوشش مخاطی **High Risk** : بوده و یا با نقاط استریل بدن دسترسی پیدا می کنند (مانند وسایل جراحی ، پانسمانها، کتترها یا ابزارهای مصنوعی) استریلیزاسیون مورد نیاز می باشد ، در صورتیکه استریلیزاسیون به هر دلیلی اگر چه مطلوب نیست ولی کافی بنظر می رسد **High Level** . عملی نباشد ، ضد عفونی از نوع برای وسایلی که در تماس با پوشش مخاطی سالم و مایعات بدن بوده **Intermediate Risk** : و یا محیطهای حساس و یا برای بیماران حساس مورد استفاده قرار می گیرند) . مانند آندوسکوپیهای دستگاه گوارش یا وسایل مربوط به سیستم تنفسی (ضد عفونی کردن مورد نیاز می باشد . برای وسایلی که در تماس با پوست نرمال و سالم هستند (مانند توالت ، **LOW Risk** : سینکهای دستشویی و تختخوابها) تمیز نمودن و خشک کردن معمولاً کافی است . در مواردی که خطر عفونت شناخته شده ای وجود دارد (مانند استفاده از حمام پس از استحمام بیمار مبتلا به عفونت استاف آرئوس) ضد عفونی کردن لازم می باشد .
وسایلی که در تماس نزدیک با بیمار نبوده و یا محیطهای اطراف بیمار در این **Minimal Risk** : گروه قرار می گیرد .

دستورالعمل نظافت دیوارها و سقف



در صورتیکه این سطوح تمیز، صاف، خشک و سالم باشند، احتمال خطر عفونت بسیار پائین می باشد. نظافت دیوارها و سقف جهت جلوگیری از آلودگی و کثیفی ظاهری بایستی در فواصل منظم انجام پذیرد. این فاصله بطور معمول نباید از 12 تا 24 ماه جهت بخش های معمولی و از 6 ماه برای اتاقهای عمل تجاوز نماید. لازم به ذکر است فاصله زمانی مطلوب بایستی توسط مسئول بخش برنامه ریزی گردد.

استفاده از مواد ضد عفونی مگر در موارد آلودگی شناخته شده لازم نمی باشد، در صورت پاشیده شدن خون یا سایر مواد آلوده بایستی بلافاصله پاک گردد هنگام نظافت دیوارها، سطوح حتماً بایستی تا حد امکان خشک شود.

قسمت های خراب دیوار خصوصاً در اتاقهای عمل بدلیل افزایش احتمال انتقال عفونت بایستی سریعاً تعمیر و صاف گردند.

دستورالعمل استفاده از صابون مایع: در صورتیکه هنگام استفاده از صابون مایع اطراف ظرف دستشویی آلوده به قطرات صابون گردید، بایستی روزانه تمیز و صابونهای اضافی پاک گردد. پس از اتمام صابون موجود در ظرف صابون مایع، از پر کردن مجدد آن خودداری کرده و حتماً پس از شستشو خشک کردن ظرف، اقدام به پر کردن آن نمائید. باقی ماندن آلودگیها در اطراف ظرف مذکور و یا پر کردن مجدد آن، بدون شستشو و خشک نمودن، باعث رشد باکتریهای بیمارستانی در صابون مایع می شود.

دستورالعمل شستشو و ضد عفونی بدین: برای جلوگیری از انتقال عفونت پس از استفاده یا جابجایی بدین لگن حتماً بایستی دستها شسته شوند حتی اگر ظرف مورد نظر ظاهراً تمیز باشد. لگن ها بایستی در ماشین شستشوی لگن شستشو و ضد عفونی گردد.

ضد عفونی توسط حرارت بایستی با رسیدن به درجه حرارت 90 درجه سانتیگراد و باقی ماندن در این درجه حرارت برای حداقل زمان یک دقیقه انجام پذیرد. این سیکل بایستی به صورت منظم چک شده و از رسیدن به این درجه حرارت اطمینان حاصل کرد.

در صورت خرابی یا عدم وجود دستگاه شستشو در بخش، بصورت جایگزین می توان از محلول هیپوکلریت سدیم (آب ژاول) 1% استفاده نمود. نحوه شستشو: ابتدا بدین را با آب ساده شسته سپس بمدت 10 دقیقه در محلول هیپوکلریت سدیم 1% (آب ژاول 1%) قرار داده و دوباره با آب شستشو گردد.

*** مدیریت پسماندهای خطرناک**

اولین اقدام، به حداقل رساندن پسماندهاست با:

۱. کاهش منابع تولید

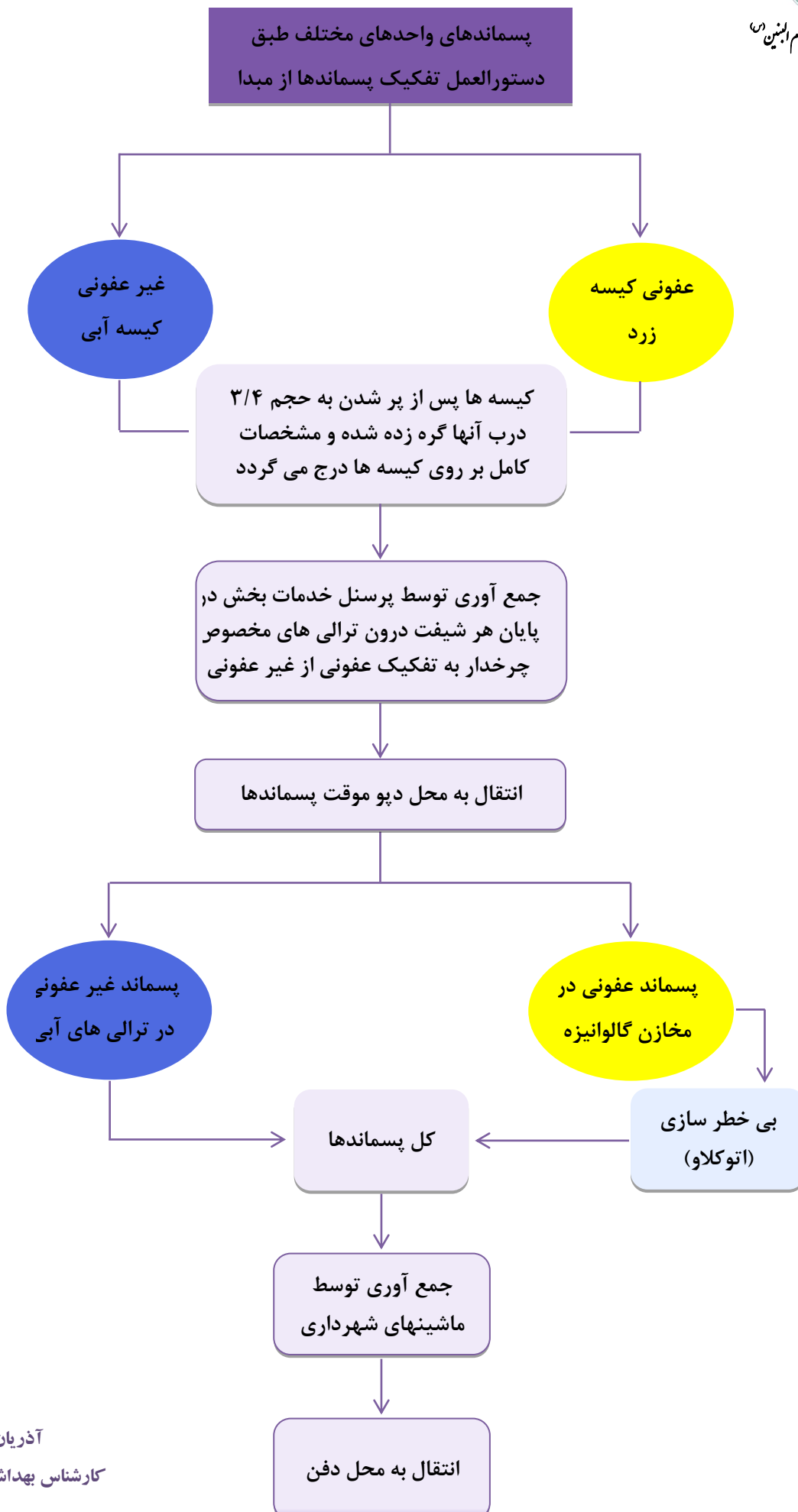
۲. اقدامات مدیریتی و کنترل خوب

۳. تعیین نوع و تفکیک پسماندها: در این بیمارستان بر اساس فلوچارت زیر انجام می شود:



پیمان تخصصی زنان ام‌ام‌ام

فرآیند تفکیک، جمع آوری، بی خطر سازی مواد زائد بیمارستانی



آذریان

کارشناس بهداشت محیط



فرآیند Safety box

Safety Box



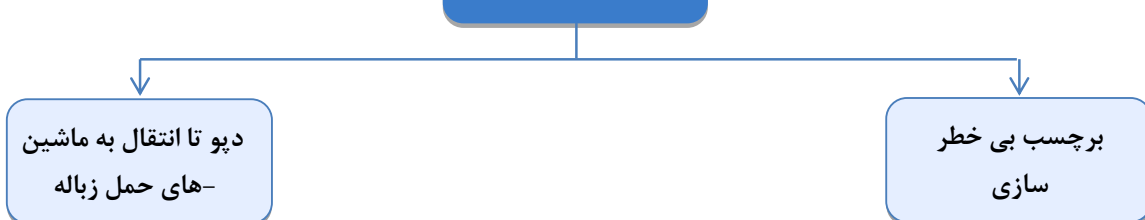
جمع آوری پس از پر شدن دو سوم حجم



کارگر حمل زباله عفونی



پسماند بی خطر



آذریان

کارشناس بهداشت محیط

* دستورالعمل حمل ملحفه و البسه

- حتماً هنگام جابجایی ملحفه ها از دستکش و ماسک استفاده کنید .
- لباسها و ملحفه های کثیف را داخل بین گذاشته و تحویل لثز دهید.
- لباسهای عفونی را با برچسب (تاریخ و نام بخش) با بین به محل رختشویخانه منتقل کنید.
- از ریختن ملحفه ها کف رختشویخانه خودداری کنید و آن را به حوضچه مخصوص (ملحفه عفونی و غیر عفونی) انتقال دهید .
- بعد از تحویل ملحفه و لباس کثیف بیماران حتماً دستها را بشوئید.
- رختشویخانه محل تمیزی است ، از توقف اضافی در این محل خودداری شود.
- جهت جلوگیری از پراکندگی آلودگی و عوامل میکروبی ، جابجایی و انتقال البسه به رختشویخانه با کمترین تلاطم و بهم خوردگی انجام شود
- لباسهای کار باید در بیمارستان شسته و نگهداری شود و از بردن آنها به منزل اکیداً خودداری فرمائید .
- در هنگام پذیرش بیمار لباسهای شخصی او را به همراه وی تحویل داده و توصیه گردد به منزل ببرند و درمورد بیمارانی که امکان بردن لباسها به منزل نباشد کیسه پلاستیکی جهت گذاشتن لباسها داده شود .



* احتیاط هایی که باید در آزمایشگاه بکار گرفته و رعایت شوند:

توصیه می شود پرسنل محترم آزمایشگاه نکات زیر را رعایت نمایند:

- ۱- تمام نمونه های خون و مایعات بدن باید در ظروفی محکم قرار داده شده و درب این ظروف باید محکم بسته شود تا حین انتقال مایع نشت نکند. در زمان جمع آوری نمونه باید دقت کافی مبذول داشت تا سطوح خارجی ظروف و همچنین بر چسب و فرم مربوط به مشخصات نمونه آلوده نگردند.
- ۲- تمام افرادی که به نحوی در آماده سازی نمونه های خون و مایعات بدن دخالت دارند باید دستکش بپوشند. اگر احتمال تماس مخاط با خون یا مایعات بدن وجود دارد باید از ماسک و عینک محافظ استفاده نمود. سطوح افقی که کار بر روی آن ها انجام می شود باید تمیز گردند و بعد از اتمام کار بر روی نمونه ها دستکش ها باید خارج و دستها شسته شوند.
- ۳- برای کار هایی که بطور روتین انجام می شوند مثل مطالعات بافت شناسی و آسیب شناسی یا کشت میکروبیولوژیک نیازی به کابینت بیولوژیک (biological safety cabinet) نیست. ولی اگر اعمالی صورت می گیرد که احتمال تولید "قطرات" وجود دارد باید از این کابینت ها (کلاس I و II) استفاده کرد.
- فعالیت هایی نظیر مخلوط کردن و بهم زدن شدید از جمله مواردی است که تولید قطره می کنند.
- ۴- برای استفاده از تمام مواد مایع موجود در آزمایشگاه باید از پیت های مکانیکی استفاده کرد و نباید با دهان اقدام به پیت کردن مایعات نمود.
- ۵- فقط در صورتیکه جایگزین وجود نداشته باشد از سوزن و سرنگ استفاده شود و در صورت استفاده از این وسایل برای جلوگیری آسیب دیدگی باید "احتیاط های عمومی" رعایت شوند.
- ۶- بعد از اتمام کار در آزمایشگاه - سطوحی که بر روی آنها خون یا سایر مایعات بدن پاشیده شده است باید با یک ماده شیمیایی مناسب میکروب کش پاک شوند و آلودگی آنها مرتفع گردد.
- ۷- مواد آلوده ای که بر روی آنها آزمایش انجام شده باید قبل از بازیافت یا قرار دادن در کیسه آلودگی شان رفع شود بعد بر اساس خط مشی های مرکز مربوطه برای دفع زباله های عفونی دفع گردند.
- ۸- اگر دستگاه ها و تجهیزات پزشکی با خون یا سایر مایعات بدن آلوده شده اند باید قبل از انتقال به کارخانه یا تعمیر در آزمایشگاه پاک و آلودگی آنها مرتفع گردد.
- ۹- پس از اتمام کار و فعالیت در آزمایشگاه تمام افراد باید دستهای خود را بشویند و قبل از ترک محل باید لباس ها و وسایل محافظت کننده را در آورند.
- ۱۰- اگر احتیاط های عمومی برای تمام بیماران رعایت شود نیازی به نصب بر چسب روی نمونه ها به منظور هشدار دادن نیست چون خون و سایر مایعات بدن کلیه بیماران را باید عفونی تلقی کرد.



۱۱- مواد زاید و زباله های آزمایشگاه های میکروب شناسی و آسیب شناسی فراورده های خونی و نمونه های خون از جمله مواد زایدی هستند که رعایت احتیاط های خاص در مورد آنها لازم است.

* شرایط بهداشتی بخش ها

- کف کلیه قسمت ها بایستی سالم ، قابل شستشو و غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی باشد .

تبصره : محل اتصال دیوار و کف بصورت بدون زاویه بوده تا نظافت براحتی انجام پذیرد .

- دیوار کلیه قسمت ها بایستی سالم ، فاقد شکستگی و ترک خوردگی ، تمیز و به رنگ روشن بوده و تا ارتفاع حداقل ۱/۸ متر قابل شستشو باشد .

- سقف در کلیه قسمتها بایستی سالم ، صاف بدون ترک خوردگی و به رنگ روشن آمیزی شده و همیشه تمیز باشد.

- توالت ، دستشویی و حمام ها بایستی دارای شرایط بهداشتی از نظر وضعیت کف و دیوارها و سقف (کف محوطه توالت و دستشویی و حمام موزائیک یا سنگ یا کاشی مخصوص و یا پوشش های مشابه و دیوارها تا سقف کاشی کاری و سقف حمام قابل شستشو باشد) بوده و توالت ها دارای فلاش تانک و تهویه مناسب باشند.

در اتاق های بیش از دو تخت نصب دستشویی با اطراف کاشی کاری شده به ابعاد یک متر در یک متر و اتصال فاضلاب آن به سیستم فاضلاب بیمارستان ضروری است.

تبصره ۱ : نصب دستگیره جهت استفاده بیمار از توالت الزامی است.

تبصره ۲ : قفل توالت و حمام بخش ها بایستی قابل باز شدن از بیرون باشد. (با کلید مخصوص)

- کلیه پنجره های باز شو اتاق بایستی مجهز به توری سیمی ضد زنگ باشد.

- میزان نور طبیعی و مصنوعی در اتاق های بستری بیمار باید مناسب باشد.

- کلیه تختخوابها سالم و رنگ آمیزی شده باشد. (تختخواب های استیل نیازی به رنگ آمیزی ندارند).

- کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل تشک ، پتو ، بالش ، ملحفه ها و روتختی باید بطور مرتب تعویض گردد. به نحوی که پیوسته سالم ، تمیز و عاری از آلودگی باشد.

- کلیه پنجره های مشرف به خیابان های پرسروصدا باید دارای شیشه دو جداره باشد.

- میز مخصوص غذا و کمد های کنار تخت بایستی سالم و رنگ آمیزی شده و تمیز باشد و فاقد گوشه های تیز باشند (میزها و کمد های استیل نیازی به رنگ آمیزی ندارند).



- اتاق ها و کلیه وسایل و تجهیزات موجود در آن بطور روزانه نظافت گردد.

- به منظور ایجاد حرارت و برودت لازم در اتاق ها مرجحاً بایستی از سیستم تهویه مطبوع استفاده و در غیر این صورت حداقل از سیستم حرارت مرکزی (شوفاژ) و کولر استفاده شود.

- تهویه کلیه اتاق ها می بایست به نحو مناسب و بهداشتی انجام شود.

- کلیه اتاق های بستری می بایست دارای زباله دان دردار با کیسه زباله غیر عفونی، قابل شستشو، ضد زنگ و مجهز به کیسه زباله بوده و مرتباً زباله ها تخلیه و زباله دان ها شستشو و ضد عفونی شود.

- از استقرار گلدان های خاک دار در کلیه اتاق های بیماران خودداری گردد.

- کف کلیه اتاق ها و راهروها در بخش ها بایستی بطور مرتب نظافت و سپس با تی آغشته به محلول مناسب ضد عفونی گردد.

- کلیه توالت ها، دستشویی ها و حمام های بخش ها بایستی بطور مرتب و روزانه تمیز و ضد عفونی گردد.

شرایط بهداشتی اتاق های عمل

اتاق های عمل ضمن دارا بودن شرایط بهداشتی سایر اتاق ها بایستی دارای شرایط ویژه به شرح ذیل باشد:

- کف: در کلیه قسمت های اتاق عمل باید سالم، بدون درز و شکاف و جنس آن به گونه ای باشد که ذرات از آن جدا و در فضا پخش نگردد و نیز غیر قابل نفوذ به آب و قابل شستشو بوده و محل اتصال کف به دیوار بدون زاویه باشد.

کف اتاق های عمل باید با کفپوش فاقد خلل و فرج پوشیده شود.

- دیوار ها: تا سقف کاشی کاری به رنگ کاملاً روشن بوده، سالم و بدون درز و شکاف و ترک خوردگی و مقاوم به مواد ضد عفونی کننده و پاک کننده باشد.

سقف: سالم، بدون درز و شکاف و ترک خوردگی و به رنگ روشن و قابل شستشو باشد.

کلید و پریز های برق ضد جرقه و دارای اتصال زمینی باشد.

- توالت و دستشویی با شرایط بهداشتی، به تعداد کافی در مجموعه اتاق های عمل قبل از اتاق رختکن و خط قرمز در نظر گرفته شود.

- قفسه های لباس اتاق عمل بایستی دارای شرایط بهداشتی بوده و برای کل پرسنل اتاق عمل مجزا باشد.

- هوا بطور مرتب با روش مناسب تهویه و رطوبت نسبی آن بین ۶۰-۵۰ درصد و دمای خشک بین ۲۴-۲۰ درجه سانتیگراد باشد.

اتاق عمل بایستی بطور مرتب و به روش مناسب ضد عفونی گردد.



- محل رختکن جراح و کادر پرستاری و تکنسین ها ضمن برخورداری از شرایط بهداشتی و رعایت موازین انطباق باید دارای کمد لباس انفرادی و دوش نیز باشد.

بخش استریلیزاسیون مرکزی C.S.R وجود اتاق استریلیزاسیون با دستگاه استریل کننده و با قفسه های مورد لزوم جهت نگهداری وسایل رسیده از بخش الزامی است.

- جهت نگهداری وسایل تمیز کننده و تجهیزات مکانیکی نظافت و مواد پاک کننده و ضد عفونی کننده بایستی اتاق مخصوص با شرایط بهداشتی در نظر گرفته شود.

تبصره: وجود یک محل شستشوی مجهز به سیستم آب گرم و سرد و تسهیلاتی برای تمیز کردن و ضد عفونی کردن پوتین ها و چکمه ها و کفش ها و تی الزامی است.

اتاق استراحت کادر اتاق عمل بایستی در قسمت رختکن های محوطه اتاق عمل مستقر گردد.

- کلیه قسمت های محوطه اتاق های عمل بایستی دارای کپسول ضد حریق بوده و در محل مناسب نصب شود. همچنین در صورت امکان در کلیه اتاق های بستری، اتاق های عمل، آزمایشگاه ها و سالن های انتظار دستگاه مشخص کننده دود Smoke Detector نصب گردد

- لوازم یک بار مصرف تیز و برنده اتاق عمل از قبیل سوزن، سرسرنج، تیغ و غیره بایستی در ظرف مخصوص دردار و مقاوم جمع آوری و بطریق بهداشتی و عملی دفع گردد.

- کلیه توالت ها، دستشویی ها و حمام های اتاق عمل بایستی بطور مرتب و روزانه با مواد ضد عفونی کننده مناسب گندزدایی گردد.

- سایر شرایط بهداشتی

- محوطه بیمارستان و یا زایشگاه بایستی مجهز به سیستم اطفاء حریق مورد تأیید سازمان های ذیربط باشد.

- سیم کشی برق تمام قسمتهای بیمارستان با رعایت کلیه اصول فنی و ایمنی انجام شود.

- حداقل عرض و طول پله ها به ترتیب ۳۰ سانتیمتر، ۱۲۰ سانتیمتر و حداکثر ارتفاع پله ها ۱۸ سانتیمتر باشد.

- بیمارستان بایستی دارای پله فرار جهت انتقال بیماران و پرسنل در مواقع اضطراری باشد.

گزارش بیماری های فوری

- تعدادی از بیماریها از نظر شیوع و بروز حائز اهمیت می باشند و جزء موارد فوری اطلاع تلفنی به شبکه بهداشت می باشند.
 - کلیه همکاران (کادر پرستاری) موظفند در هر ساعتی از شبانه روز (به صورت ۲۴ ساعته) این موارد را به سوپروایزر شیفت اعلام و ایشان موارد را به واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر مرکز بهداشت ثامن (۳۶۹۳۰۸۰ و ۳۶۵۱۴۷۵) اطلاع دهند.
 - همچنین این موارد روزانه به اطلاع مسئول کنترل عفونت بیمارستانی رسانده شود.
- توجه:

راهنمای نظام گزارش دهی بیماریها در بخشها نصب می باشد.

* مراقبت های مدیریت شده مرتبط با کنترل عفونت بیمارستانی

دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده (۱۴)

راهنمای ایمنی تزریقات

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز داروها و محصولات دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمت و نیز جامعه اعمال می نماید. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای ایمنی تزریقات با توجه به ۵ محور بنیادی ذیل دستورالعمل ایمنی تزریقات را جهت بهره برداری لازم اعلام می نماید:

۱- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی بمنظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده

۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر

۴- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

۵- اجرایی نمودن دستورالعمل

۱- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی

الف: ارتقاء سطح آگاهی و کسب مهارت کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه شاغلین حرف

پزشکی، پرستاری، امور تشخیصی، خدمات درمانی پیش بیمارستانی، گروههای خدماتی پشتیبان، در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی به منظور پیشگیری از بروز جراحات ناشی از سرسوزن و سایر وسایل تیز و برنده امری ضروری است. بنابراین کارکنان بهداشتی درمانی بایستی درخصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرنده اولیه با موارد آلوده مطابق با دستورالعمل ایمنی الف و ب بصورت مداوم آموزش ببینند.

ب: تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان کلیه کارکنان بهداشتی درمانی در واحدهایی که کارکنان الزاماً با توجه به نوع وظایف محوله واحدی یا فردی اقدامات پرخطر دارند مانند بخش های ویژه، اتاق عمل اورژانس، کلینیک های تشخیصی، مطب ها و کلینیک های خصوصی، واحدهای مراکز جراحی محدود و واحدهایی که ترانسفوزیون خون انجام می دهند و یا کارکنانی که پروسیجرهای درمانی تهاجمی را CSR پاتولوژی، اتوپسی، انجام و یا در تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و یا از بیماران روانی حاد مراقبت می نمایند و نیز کلیه دانشجویان پزشکی، الزامی است. HBV پرستاری و مامایی علیه

۲) افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

بریدگی و ... می شود: needle stick با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی از طریق انجام پروسیجرهای پرخطر که منجر به



و فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی needle clipper الف: قویاً توصیه می شود ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند نظیر در دسترس کاربران ابزارهای پرخطر قرار گیرد. Scalpels

ب: قویاً توصیه می شود وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیرقابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی متناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی در دسترس باشد.

(همانند واحدهای ایمن سازی در سایر واحدهای تزریقات نیز بکار گرفته شود. Auto Disable (AD) ج: توصیه میشود استفاده از سرنگهای

۳) جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده:

بیستوری، لانست، اسکالپ وین، ویالهای شکسته و ... که قویاً الف: جمع آوری و نگهداری و دفع سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت جمع آوری و ترجیحاً "سوزانده و یا به نحو مطلوب دفع گردد. Safety Box توصیه می شود بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن

ب: ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیرقابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

ج: با توجه به اینکه به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است دفع این وسایل در ظروف جمع آوری ایمن سریعاً پس از مصرف و انجام روش درمانی صورت گیرد. بایستی این ظروف به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهنده خدمت در کلیه واحدهای ذیربط قرار داشته باشد.

د: استفاده از برجسب هشدار دهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است.

ه: به منظور پیشگیری از سرزیر شدن وسایل دفعی در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مزبور پر شده ضروری است درب ظروف به نحو مناسبی بسته شده و دفع شوند.

(در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی برحسب نیاز و میزان فعالیت از تاریخ ۸۲/۶/۱ Safety Box -۱ وجود این ظروف) الزاماً باید توسط واحدهای نظارت بر درمان پیگیری شود. الزامی بوده

۴) تغییر رفتار و نگرش اجتماعی:

الف) آموزش: زروریست بمنظور تعدیل تجویز دارو به روش تزریقی با توجه به سه مورد قابل ایمنی تزریقات در برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکان قرار گیرد:

از تجویز دارو به روش تزریقی تا زمانی که دارو به دیگر اشکال از جمله خوراکی موجود نباشد حتی الامکان اجتناب گردد، ترجیحاً زمانی از روش تزریقی به جای سایر روشها استفاده شود که بیمار تحریک پذیر بیهوش و یا دچار اختلالات گوارشی باشد یا با توجه به وضعیت بالینی بیمار نتایج درمانی مطلوب ناشی از جذب سریع دارو مورد انتظار است.

ب) الزامی است ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص خطرات بالقوه ناشی از مصرف دارو به روش تزریقی بمنظور کاهش تقاضای بیماران در برنامه ریزیهای آموزشی دانشگاه قرار گیرد.



ج) برگزاری دوره آموزشهای توجیهی جهت کادر خدماتی پشتیبانی و سایر گروههای بهداشتی درمانی ضروری می باشد.

د) همه همکاران شاغل در واحدهای بهداشتی درمانی (دولتی - غیردولتی) آموزش لازم را برای اصلاح نگرش جامعه در خصوص خطرات بالقوه مصرف داروی تزریقی به سایر افراد جامعه ارائه نمایند.

۵) اجرائی نمودن دستورالعمل

لازم است معاونت های محترم درمان در هر دانشگاه به خصوص از طریق ادارات نظارت بر درمان، حسن اجرای این دستورالعمل را در واحدهای درمانی تحت پوشش تضمین نمایند به نحوی که در قسمتهای مختلف هر واحد درمانی، این دستورالعمل به اجرا درآید.

دستورالعمل ایمنی الف - اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

HIV/HCV/HBV با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرو رفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی به محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

۱- جهت شکستن ویالهای دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت گرفته شوند. Pad رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل

یا کشت خون. ۲-ABG پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت

۳- از شکستن یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

۴- در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسایل مکانیکی جهت ثابت نگه داشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست به روش جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید. Scoop

۵- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

۶- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید.

۷- احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

۷-۱- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضد آب پوشانده شود.

۷-۲- جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

۷-۳- در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.

۷-۴- در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضد آب ضروری است.

۷-۵- در صورتی که کارکنان دچار آگزما و یا زخمهای باز می باشند معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.



دستورالعمل ایمنی ب- دستورالعمل کمک های اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی، درمانی

با توجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روشهای درمانی شامل موارد ذیل است. کمک های اولیه فوری مطابق با دستورالعمل جهت بهره برداری اعلام می شود:

* فرو رفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی

* پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:

- بریدگیهای باز

- ملتحمه (چشمها)

- غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)

- گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

کمکهای اولیه فوری

الف: ۱- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم

۲- کمک و خونروی از محل اولیه زخم (موضع تماس)

۳- خودداری از مالش موضعی چشم

۴- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ب: گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

ج: ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و پرونده بهداشتی کارکنان و مدیر مسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل

بیمارستانی و پیگیری از طریق مراجع قانونی

د: تشکیل پرونده و پیگیری مورد

محرز باشد. الزامی است HIV: بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار - مددجو) با عفونت فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبتهای درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد.

خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره CC می باشد، ۱۰-HBV/HIV و: در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده می شود.



اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد. HIV و C/B: پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع، ۱۰-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت

دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده (۱۸)

راهنمای آماده سازی پوست بیماران جهت جراحی الکتیو

Surgical preparation آماده سازی بیماران

در اعمال جراحی الکتیو لازم است:

۱- توصیه می شود حتی المقدور بیمار قبل از انجام عمل جراحی حمام نماید و بهتر است ترجیحاً در صبح روز عمل جراحی و یا در طول شب قبل از عمل جراحی انجام شود.

۲- موهای ناحیه جراحی توسط ماشین مخصوص کوتاه نمودن مو و ترجیحاً یک ساعت قبل از عمل جراحی کوتاه شود.

۳- توصیه میشود جهت تراشیدن موهای موضع جراحی از تیغ استفاده نگردد، در صورت لزوم، این عمل باید بلافاصله قبل از انجام جراحی صورت پذیرد. استفاده از تیغ بدلیل آسیب هائی که به پوست وارد می کند، ممکن است از طریق افزایش کلونیزاسیون باکتریها، خطر رخداد عفونت جلدی را افزایش دهد.

۴-Povidone Iodine ۱۰٪ کافی است. جهت آماده سازی پوست قبل از عمل جراحی، یکبار رنگ نمودن موضع جراحی توسط

۵- انجام پرپ اضافی قبل از رنگ کردن پوست موضع جراحی پشتوانه علمی و اقتصادی ندارد.

۶- آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در موارد جایز، طبق اندیکاسیون علمی و دستورالعمل شماره ۸ مراقبت های مدیریت شده موضوع نامه شماره ۸۳۲۷۱/س مورخ ۱۳۸۱/۶/۲۵، تجویز شود.