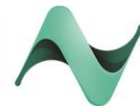
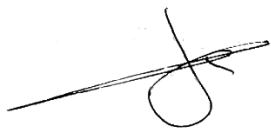
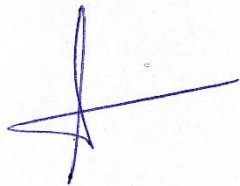




۱- هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی به منظور یکسان‌سازی نحوه جمع‌آوری، تفکیک و جابجایی لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف از بخش‌ها به منظور رعایت اصول بهداشتی و ایمنی و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و کارکنان در بیمارستان نیکان تدوین شده است.	
۲- دامنه کاربرد: واحد لندری و کلیه بخش‌های بیمارستان صاحبان فرآیند: مسئول بهداشت محیط، مسئول لندری، سوپروایزر کنترل عفونت، متصدیان لندری و کلیه کمک بهیاران	
۳- تعاریف:	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی به منظور رعایت اصول بهداشتی و ایمنی و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و کارکنان مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول واحد لندری	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول واحد لندری مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۲-۶	کمک‌بهبیاران بخش‌ها مسئولیت تفکیک صحیح ملحفه‌های کثیف در بخش‌ها را مطابق دستورالعمل مربوطه برعهده دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۳-۶	متصدیان واحد لندری مسئولیت جمع‌آوری و انتقال صحیح ملحفه‌های کثیف را برعهده دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
4-6	سرپرستاران و رابطین کنترل عفونت بخش‌ها مسئولیت نظارت مستمر بر اجرای صحیح روش اجرایی و دستورالعمل مربوطه را برعهده دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	۷-۱- روش اجرایی جمع‌آوری، تفکیک و جابجایی لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف از بخش‌ها سالیانه بازنگری و پس‌از تایید کمیته بهداشت محیط به کلیه بخش‌ها اطلاع‌رسانی می‌شود.
سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط	۷-۲- نحوه جمع‌آوری، تفکیک و جابجایی لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف از بخش‌ها در کلاس بدو ورود و کلاس‌های آموزشی بهداشت محیط و کنترل عفونت به کارکنان آموزش داده می‌شود. همچنین سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط آموزش‌های مربوطه را به صورت مستمر نیز در هنگام راندهای روزانه و هفتگی در بخش‌ها انجام می‌دهند.
مسئول بهداشت محیط و کنترل عفونت و مسئول لندری	۷-۳- طبق روش اجرایی تدوین شده، کلیه کمک‌بهبیاران و متصدیان لندری به روش زیر عمل می‌نمایند:
کمک‌بهبیاران	۷-۳-۱- البسه و ملحفه‌های کثیف به تفکیک عفونی و غیرعفونی در بین‌های مجزا، عفونی در بین‌های زردرنگ و غیرعفونی در بین‌های آبی‌رنگ در بخش مربوطه تفکیک می‌شوند.
کمک‌بهبیاران	۷-۳-۲- البسه‌ی کثیف جمع‌آوری شده تا زمان تحویل در اتاق کار کثیف بخش نگهداری می‌گردد.
متصدیان لندری	۷-۳-۳- دو بار در روز ساعت ۸ صبح و ۱۴ و نیز برحسب درخواست سرپرستار (جانشین سرپرستار) بخش جهت جمع‌آوری البسه‌ی کثیف به بخش‌ها مراجعه می‌شود. و سه بار در روز ساعت ۸:۰۰ - ۱۶:۳۰ و نیز بر حسب درخواست سرپرستار (جانشین سرپرستار) اتاق عمل جهت جمع‌آوری لنت کثیف به اتاق عمل مراجعه می‌شود.
کمک‌بهبیاران	۷-۳-۴- البسه و ملحفه‌های کثیف باحضور نماینده‌ی بخش مربوطه و متصدی رختشویخانه شمارش می‌گردد.
کمک‌بهبیاران	۷-۳-۵- البسه‌ی کثیف به متصدی لندری تحویل داده می‌شود و رسید توسط متصدی لندری ارائه می‌گردد.
متصدیان واحد لندری	۷-۳-۶- البسه‌ی کثیف جمع‌آوری شده از طریق آسانسور با استفاده از بین‌های مخصوص (آبی‌رنگ جهت البسه معمولی، زردرنگ جهت البسه‌ی عفونی و سبز رنگ جهت شان‌های اتاق عمل) انتقال می‌یابد. و در صورت وجود اقلام تیز و برنده با پنس‌های دراختیار متصدیان لندری اقلام مذکور در سبکی باکس قرار می‌گیرد.
مسئول واحد لندری	۷-۳-۷- موارد عدم انطباق مشاهده شده در سامانه گزارش خطا ثبت می‌گردد.



سرپرستاران/ مسئول واحد لندری	۴-۷- سرپرستاران و مسئولین شیفت نیز بر نحوه اجرای روش اجرایی مربوطه توسط کمک بهیاران در بخش‌ها و مسئول واحد لندری بر اجرای دستورالعمل توسط متصدیان لندری نظارت دارند.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: مسئول بهداشت محیط نحوه روش جابه جایی جمع‌آوری، تفکیک و جابجایی لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف در طی بازدید طبق چک‌لیست پایش نموده و موارد عدم انطباق را به مدیریت بیمارستان گزارش و در کمیته های ماهانه ارائه دهد.	
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول بهداشت محیط بر روند روش اجرایی نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه توسط مدیریت بیمارستان و مسئول اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این روش اجرایی خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان نیکان مرجع تصویب و ابلاغ این مستند خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این مستند در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این مستند توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان در (پرتال بیمارستان) صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این مستند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این مستند را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- کلیات بهداشت محیط، هادی دهقانی، علیرضا عسگری، انتشارات غاشیه، سال ۱۳۸۶ چاپ اول	
۱۰-۲- راهنمای بهداشت و کنترل عفونت در مراکز درمانی، دکتر سعید عبدالحسینی و همکاران، انتشارات پانا، پاییز ۱۳۹۱، چاپ اول	
۱۰-۳- تجربه بیمارستان	

تهیه کنندگان			
معصومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	جمال نورانی مسئول واحد لندری	
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی بیمارستان	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	