



1-هدف : هدف از تدوین این روش اجرایی یکسان سازی نحوه جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش ها، به منظور رعایت اصول بهداشتی و ایمنی و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و کارکنان در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد : اجرای این سند در واحد لندری و کلیه بخش های بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف : -

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از استقرار نظام ایمنی از طریق کنترل عفونت و جلوگیری از انتشار آلودگی و مواد بیماری زا، و ارتقای وضعیت بهداشت محیط و کنترل عفونت در بیمارستان، مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم می باشد.

5-مسئول پاسخگو: مسئول بهداشت محیط- سوپروایزر کنترل عفونت

6-مسئولیت ها و اختیارات :

1-6-مسئول بهداشت محیط، سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول لندری مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارند.

2-6-سرپرستاران و رابطین کنترل عفونت بخش ها مسئولیت نظارت مستمر بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

3-6-کمک پرستاران/ کمک بهیاران بخش ها مسئولیت تفکیک صحیح ملحفه های کثیف در بخش ها را مطابق دستورالعمل مربوطه بر عهده دارند.

4-6-متصدیان واحد لندری مسئولیت جمع آوری و انتقال صحیح ملحفه های کثیف را بر عهده دارند .

7-شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	موارد
سوپروایزر کنترل عفونت / مسئول بهداشت محیط	1-7- این روش اجرایی سالیانه بازنگری و پس از تایید کمیته بهداشت محیط به کلیه بخش ها اطلاع رسانی می گردد.
مسئول بهداشت محیط / سوپروایزر کنترل عفونت / مسئول لندری	2-7- نحوه تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه های کثیف به رختشویخانه در کلاس بدو ورود و کلاس های آموزشی بهداشت محیط و کنترل عفونت به کارکنان آموزش داده می شود. همچنین آموزش های مربوطه به صورت مستمر نیز در هنگام راندهای روزانه و هفتگی در بخش ها ارایه می شود.
کمک پرستاران/ کمک بهیاران - متصدیان لندری	3-7- طبق روش اجرایی تدوین شده، کلیه کمک پرستاران/ کمک بهیاران و متصدیان لندری به روش زیر عمل می نمایند:
کمک پرستاران/ کمک بهیاران	1-3-7- البسه و ملحفه های کثیف به تفکیک عفونی و غیر عفونی در بین های مجزا - عفونی در بین های زرد رنگ و غیر عفونی در بین های آبی رنگ- در بخش مربوطه تفکیک می شوند .
کمک پرستاران/ کمک بهیاران	2-3-7- البسه ی کثیف جمع آوری شده تا زمان تحویل در اتاق کار کثیف بخش نگهداری می گردد.



متصدیان لندری با نظارت مسئول واحد لندری	3-7-3- مراجعه به بخش های مختلف بیمارستان جهت جمع آوری البسه ی کثیف یک بار در روز ساعت 8 صبح و نیز بر حسب درخواست سرپرستار بخش انجام می شود.
کمک پرستاران/ کمک بهیاران	3-7-4- البسه و ملحفه های کثیف باحضور نماینده ی بخش مربوطه و متصدی رختشویخانه شمارش می گردد.
کمک پرستاران/ کمک بهیاران	3-7-5- البسه ی کثیف به متصدی لندری تحویل داده می شود و رسید توسط متصدی لندری ارایه می گردد. تبصره 1: استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت نکات بهداشتی توسط کمک پرستاران/ کمک بهیاران و پرسنل لندری الزامی است.
متصدیان واحد لندری با نظارت مسئول واحد لندری	3-7-6- البسه ی کثیف جمع آوری شده از طریق آسانسور با استفاده از بین های مخصوص (آبی رنگ جهت البسه معمولی، زرد رنگ جهت البسه ی عفونی و سبز رنگ جهت شانه های اتاق عمل) انتقال می یابد. و در صورت وجود اقلام تیز و برنده با پنس های در اختیار متصدیان لندری، اقلام مذکور در سiftی باکس قرار می گیرد.
مسئول واحد لندری	3-7-7- موارد عدم انطباق مشاهده شده ماهیانه به مسئول بهداشت محیط جهت طرح در کمیته بهداشت محیط ارائه می گردد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز توسط رییس کمیته ارائه می گردد.

8-پایش ونظارت:

- 8-1-** پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول لندری بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط واحد بهداشت محیط به کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 8-2-** نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح زیر خواهد بود:
- 8-2-1-** نظارت بر عملکرد پرسنل لندری در اجرای سند بر عهده ی مسئول لندری، مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.
- 8-2-2-** نظارت بر عملکرد کمک پرستاران/ کمک بهیاران در اجرای سند به ترتیب بر عهده سرپرستاران/ مسئولین شیفت و رابطین کنترل عفونت عفونت خواهد بود.
- 8-2-3-** نظارت بر عملکرد سرپرستاران/ مسئولین شیفت و رابطین کنترل عفونت در اجرای درست سند بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.
- 8-2-4-** نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر اجرایی و مدیر پرستاری خواهد بود.
- تبصره 2:** ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول بهداشت محیط خطاب به مدیر اجرایی، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.



9- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

9-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این سند خواهد بود.

9-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

9-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

9-4- بازنگری: این سند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، مسئول بهداشت محیط و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

10- منابع و مراجع:

10-1- کلیات بهداشت محیط - هادی دهقانی - علیرضا عسگری - انتشارات غاشیه - سال 1386 چاپ اول

10-2- راهنمای بهداشت و کنترل عفونت در مراکز درمانی - دکتر سعید عبدالحسینی و همکاران - انتشارات پانا - پاییز 1391 - چاپ اول

10-3- تجربه بیمارستان

10-4- رسید تحویل و تحول البسه - فرم گزارش موارد عدم انطباق تحویل البسه از نظر تفکیک عفونی و غیرعفونی

10-5- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401

تهیه کنندگان	جمال نورانی مسئول نظارت	داود فعله کاری-مسئول بهداشت محیط	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری هلن دلیری راد
تایید اولیه		تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	مصوب کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/09/18	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت				
نسخه کپی					تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب
کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ بیمارستان نیکان غرب					