



1-هدف : هدف از تدوین این سند استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردها و ضوابط مربوطه در جهت حفظ سلامت تجهیزات و ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد : اجرای این سند در بخش های بالینی، CSSD، اتاق عمل، واحد کنترل عفونت و Cath Lab بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3-تعاریف :

1-3- اقلام حساس به حرارت (ضمیمه 1): وسایل و تجهیزاتی که در شرایط حرارت بالا تغییر ساختار فیزیکی می دهند و قابلیت استریل با اتوکلاو بخار را ندارند و احتمال وجود آن در محدوده تجهیزات پزشکی کمبود می باشد. از قبیل لاپارسکوپ ها، کابل های نوری، لنزها، بالون های قلب، گاید و وسایل میکروسرجری

دستگاه های استریل کننده جهت ابزار و تجهیزات حساس و لنزها و ... مانند استریلیزاسیون از گاز پلاسمای پراکسید هیدروژن، مایعات شیمیایی، بخار پراکسید هیدروژن و یک استریلایزر در سیکل استریل باید بتوانند حداقل 10 به توان 6 ارگانیسم مقاوم را در شرایط واقعی در حضور مواد آلی و بدون حضور مواد آلی از بین ببرد.

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از پیشگیری از انتقال عفونت از طریق ابزار جراحی و حفظ ایمنی بیمار، مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم، سال 1401 می باشد.

5-مسئول پاسخگو: مسئول CSSD

6-مسئولیت ها و اختیارات :

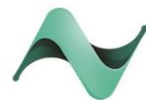
1-6- سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول CSSD مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

2-6- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارد.

3-6- پرسنل CSSD و سرپرستاران مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

7-شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	موارد
	1-7- استریل کردن با گاز پلاسمای پراکسید هیدروژن رادیکال های آزاد هیدروکسیل و هیدرو پروکسیل عامل اصلی میکروب کشی در این روش می باشند. مزیت عمده این روش این است که محصولات تنهایی پروسه استریل (بخار آب و اکسیژن) غیررسمی می باشند. سیکل استریل آن کوتاه است. مایعات شیمیایی: بر اساس تاییدیه FDA چندین مایع شیمیایی مایع وجود دارند که در زمان تماس های معین خواص استریل کنندگی دارند و می توان از آن ها جهت استریل نمودن وسایل و ابزار پزشکی استفاده نمود . بر اساس CDC مدت زمان تماس برای این مایعات از 3 الی 12 ساعت ذکر شده و بیان شده که زمان تماس بستگی به شرایطی دارد که توسط آزمایش اسپوروسیدال دستورالعمل AOAC تعیین می گردد. نکته قابل توجه این است که این مایعات در زمان کمتر به عنوان ضد عفونی کننده های سطح بالا شناخته می شوند. مانیتورینگ اتوکلاو پلاسمای مانیتورینگ پلاسمای با اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیکال انجام می شود.



	روش های مایعات شیمیایی: این روش ها اندیکاتورهای Test Strip جهت کنترل میزان غلظت اثرگذار محلول در طول مدت نگهداری دارد.
پرسنل اتاق عمل و کت لب و آندوسکوپی	7-1-1- وسایلی مانند لاپاراسکوپی، آندوسکوپی، کاتتر، بالون و ... با آب شستشو می شوند و در صورتی که داخل ابزار لوله ای شکل باشد داخل آن با Water Jet تمیز می شود.
پرسنل اتاق عمل و کت لب و آندوسکوپی	7-1-2- وسایل نیمه بحرانی پس از تمیز کردن با محلول انزیماتیک بر اساس دستور شرکت سازنده به مدت 10 دقیقه در داخل محلول high level قرار می گیرند.
کمک پرستاران/ پرسنل CSSD	7-1-3- محلول با استفاده از سرنگ داخل لوله ها تزریق می شود.
پرسنل CSSD	7-1-4- وسایل با آب شستشو و خشک می شوند.
کمک پرستار اسکوپ	7-1-5- وسایل آندوسکوپی با محلول سطح بالا گندزدایی و ضدعفونی شده و قابل استفاده می شوند.
کمک پرستار اسکوپ	7-1-6- پس از گندزدایی وسایل آندوسکوپی، تست پروتئین بصورت انتخابی از وسایل انجام می شود.
کمک پرستار اتاق عمل	7-1-7- وسایل لاپاراسکوپی و ارتروسکوپی و سایر وسایل مشابه پس از گندزدایی با محلول سطح بالا جهت بسته بندی از اتاق عمل به CSSD منتقل می شوند.
پرسنل CSSD	7-1-8- پس از تحویل و اطمینان از درستی و خشک بودن و کنترل کامل وسایل مانند لاپاراسکوپی و ...، وسایل با کاغذ مخصوص پلاسمای بسته بندی می شود و اندیکاتور مخصوص (H2O2) داخل آن قرار داده می شود.
پرسنل CSSD	7-1-9- وسایل در داخل محفظه دستگاه بطور عمودی چیده می شوند.
پرسنل CSSD	7-1-10- از کاست محتوی محلول پراکسید هیدروژن که بر روی دستگاه گذاشته می شود و پس از اتمام قابل تعویض است به داخل چمبر محلول تزریق می شود و با حرارت 37-44 درجه بخار پخش می شود و به مدت 50 دقیقه وسایل در معرض ماده استریل کننده قرار می گیرد. (بخار آب و اکسیژن) سمی نمی باشند.
پرسنل CSSD	7-1-11- پگ ها در داخل دستگاه بطور فاصله دار چیده می شوند.
پرسنل CSSD	7-1-12- دکمه شروع فشرده شده و کار انجام می شود. پس از اتمام کار وسایل در دفتر مخصوص ثبت و به بخش های مربوط داده می شود. تبصره 1: سیکل استریل در صورتی کامل است که وسایل کامل خشک شده باشند.
پرسنل اتاق عمل و کت لب	7-1-13- تمام اندیکاتورها در پرونده بیماران الصاق می شود.
کمک پرستاران	7-1-14- ابزار نیمه بحرانی (مانند تیغه لارنگوسکوپ و ..) در تمام بخش ها بلافاصله پس از استفاده با آب شستشو شده و داخل محلول ضدعفونی کننده سطوح بالا قرار می گیرند.
کمک پرستاران	7-1-15- پس از ضد عفونی ابزار نیمه بحرانی با محلول ضدعفونی کننده سطح بالا، ابزار با آب شستشو داده شده و خشک می شوند. سپس جهت پیشگیری از آلودگی مجدد در جای مناسب دور از گرد و غبار قرار داده می شوند.
پرسنل CSSD	7-1-16- در هنگام استفاده از محلول استریل کننده سرد، از روش توصیه شده توسط کارخانه سازنده استفاده می شود.
پرسنل CSSD	7-1-17- جهت بررسی صحت میزان محلول گندزدا و اطمینان از اثربخشی آن، تست کنترل محلول ها پس از 40 بار گندزدایی در بخش های اتاق عمل و آندوسکوپی استفاده می شود.



8- پایش و نظارت:

- 8-1- پایش:** فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت 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 CSSD در اجرای سند بر عهده مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.**
- 8-2-2- نظارت بر عملکرد کمک پرستاران در اجرای سند بر عهده سرپرستاران و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.**
- 8-2-3- نظارت بر عملکرد سرپرستاران در اجرای درست سند بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.**
- 8-2-4- نظارت بر عملکرد مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند بر عهده مدیر درمان و مدیر پرستاری خواهد بود.**
- تبصره 2:** ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر پرستاری، بصورت رونوشت به مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.

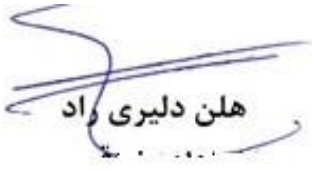
9- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 9-1- تایید:** پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته پیشگیری و کنترل عفونت 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 درمان، مسئول CSSD، سوپروایزر کنترل عفونت و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

10- منابع و مراجع:

- 10-1- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال 1401**
- 10-2- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی**



مدیر پرستاری	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت	ژاله اسماعیلی - مسئول CSSD	تهیه کنندگان
 هلن دلیری راد				
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهدی معصومی مدیریت امور درمان	تایید کننده جانشین رئیس کمیته دکتر مهدی معصومی مدیریت امور درمان	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
 تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		 کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۲۳ بیمارستان نیکان غرب		



ضمیمه 1: لیست اقلام حساس به حرارت

ردیف	وسیله	ردیف	وسیله
1	هندپیس شیور آرتروسکوپی	23	هوک
2	پوار + الیک + رابط الیک	24	سیم هوک
3	تومی شیشه ای	25	بای پولار مریلندی
4	استایلت	26	سیم کوتر بای پولار مریلندی آبی
5	سیم رزکتوسکوپ	27	سونی سیژن + جاباطری
6	آمپلاتز + شیت	28	گرسپر آتروماتیک سر کج - اردکی
7	پورت سیستم توکت	29	اینزرت روده
8	شلنگ آب	30	گرسپر آتروماتیک بلند
9	سیم هارمونیک OPEN	31	ساکشن فلزی
10	سیم هارمونیک لاپاراسکوپی	32	سوزن تخلیه
11	شیور آرتروسکوپی	33	اکارتور کبدی + گیره + پایه
12	پروپ یا هوک	34	پنس سنگ
13	پانچ بیمارستان	35	اپلایر بنفش
14	هندپیس INDIGO	36	اپلایر سبز
15	الکتروود نرو استیمولیتور	37	اپلایر طلایی
16	سوزنگیر	38	اپلایر فلزی صاف
17	قیچی	39	اپلایر فلزی سرکج
18	گرسپر آتروماتیک دبل کوتاه	40	سیم رزکتوسکوپ
19	رایت انگل	41	منیپولیتور رحمی
20	تروکار 12 فلزی	42	گرسپر تروماتیک
21	تروکار 10 فلزی	43	مریلند
22	تروکار 5 فلزی	44	گرسپر آتروماتیک سینگل کوتاه