



1-هدف: این سند با هدف اطمینان از دسترسی به موقع کلیه بخش های درمانی به تجهیزات و وسایل استریل و ایمن در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در بخش CSSD بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3-تعاریف: _

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان نیکان غرب در اجرای این سند، اطمینان از حفظ ایمنی بیمار با انجام صحیح روش های استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات پزشکی، در راستای اسناد ابلاغی وزارت بهداشت و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم می باشد.

5-مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت

6-مسئولیت ها و اختیارات:

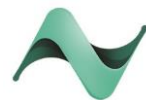
1-6-مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت تدوین، نظارت بر اجرای صحیح سند و بازنگری در بازه زمانی مشخص شده را بر عهده دارند.

2-6-مدیر درمان، سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران بخش ها مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

3-6-کمک پرستاران و پرسنل CSSD مسئولیت انجام صحیح سند را بر عهده دارند.

7-شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	موارد
پرسنل CSSD	1-7-قبل از شروع به کار در واحد CSSD دستگاه ها روزانه پس از روشن شدن توسط اندیکاتورهای بووی دیک چک شده و صحت انجام کار استریلیزاسیون به منظور تضمین کیفیت خدمات ثبت شده و تست ها در دفتر مخصوص ثبت و نگهداری می گردد و در نهایت دستگاه ها شروع به کار می نمایند.
کمک پرستاران	2-7-پس از شستشوی ست ها ، از خشک شدن و تعداد وسایل و نیز سالم بودن وسایل بخش ها و اتاق عمل اطمینان حاصل شده و سپس به CSSD منتقل می شود.
کمک پرستاران و پرسنل CSSD	3-7-به هنگام تحویل ست ها به CSSD در منطقه کثیف توسط تحویل دهنده (پرسنل بخش) و تحویل گیرنده (پرسنل CSSD) شمارش و چک می گردد.
پرسنل CSSD	4-7-بعد از تحویل وسایل اتاق عمل توسط پرسنل CSSD وسایل مدخل دار و ابزار با آب پرفشار و هوای پرفشار شستشو داده و در دستگاه واکس قرار داده می شود.
پرسنل CSSD	5-7-پس از شستشوی اولیه وسایل و پاک شدن خون و ترشحات و خشک شدن، جهت پاکینگ وسایل به منطقه تمیز منتقل و در دولایه (کاغذهای کرپ و یا شان های یکبار مصرف) پیچیده می شود.
کاربر دستگاه	6-7-بر روی کلیه پگها و ست ها پس از پاکینگ صحیح، چسب مخصوص اتوکلاو زده می شود که بر روی آن تاریخ استریل و انقضا و نام کاربر دستگاه و تعداد ابزار ثبت می گردد.
پرسنل CSSD	7-7-لندیکاتورهای کلاس 4 (جهت پگ های زیر 12 قلم) و کلاس 6 (جهت پگ های بالای 12 قلم) درون پگ ها گذاشته می شود.
مسئول CSSD	8-7-نظارت بر روی بسته بندی پگ ها و ست ها انجام می شود.



کاربران اتاق عمل و یا بخش ها	7-9- قبل از شروع به کار لیبل وسایل چک شده و در پرونده بیمار ثبت می شود.
مسئول CSSD	7-10- در صورت بروز هرگونه مشکل از نظر عدم تغییر رنگ اندیکاتورها و لیبل ستهها با اعلام واحدهای درمانی و اتاق عمل این امکان فراهم می شود تا وسایل از بخش ها Recall شود.
پرسنل CSSD	7-11- جهت اقلام بسته بندی شده شرایط بهینه با حداقل دست خوردگی به آنها فراهم می شود. بسته ها تا زمانی که دست نخورده و خشک باقی بمانند می توانند استریل در نظر گرفته شوند. جهت ایجاد شرایط بهینه نگهداشت و تضمین استریلیزاسیون باید بسته های استریل در شرایط اتاق تمیز ، دارای تردد کم ، دمای محیطی مناسب، خشک (یا دارای رطوبت کم) و قفسه های مشبک قرار گیرند.
پرسنل CSSD	7-12- ستهها و پگهای اتاق عمل به مدت 30 روز (دو لایه) و 15 روز (یک لایه) تاریخ مصرف دارند و در صورت استریلیتی با پلاسما 6 ماهه معتبر می باشد. 7-12-1- تک پیچها دو لایه که داخل کاغذ وی پگ بسته بندی شده اند 3 ماه تاریخ مصرف دارند. 7-12-2- ستههای پانسمان بخشها 3 روز تاریخ مصرف دارند (یک لایه). 7-12-3- تک پیچ بخشها نیز 3 ماه تاریخ مصرف دارند (دو لایه).
پرسنل CSSD	7-13- در صورت عدم اطمینان در مورد استریل بودن و یا نبودن بسته ها، آنها آلوده در نظر گرفته شده و مجدداً استریل می شود. تبصره 1: در صورت اتمام تاریخ انقضا و یا پاره شدن بسته ها، باید بسته بندی مجدد صورت پذیرد زیرا کاغذ استریل شده امکان نفوذ مجدد بخار را نمی دهد.

8- پایش و نظارت :

8-1- پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوطه، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول CSSD به مدیر درمان و هر 6 ماه در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان مطرح خواهد شد .

8-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح سند به شرح ذیل خواهد بود :

8-2-1- نظارت بر عملکرد کمک پرستاران و پرسنل CSSD در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستاران، مسئول CSSD، سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود .

8-2-2- نظارت بر عملکرد سرپرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود .

8-2-3- نظارت بر عملکرد سوپروایزر کنترل عفونت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول CSSD در اجرای درست سند بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 2 : ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر پرستاری، 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 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 و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

9-4- بازنگری: این سند توسط سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول CSSD با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر کنترل عفونت و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

10- منابع و مراجع :

10-1- اسناد ابلاغی سازمان های بالا دستی

10-2- مشاهدات بر اساس چک لیست های نظارتی بیمارستان

10-3- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401

تهیه کنندگان	ژاله اسماعیلی- مسئول CSSD	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت			
نسخه کپی	تاریخ بازنگری بعدی 1405/10/01 بیمارستان نیکان غرب کنترل شد 1404/10/23 بیمارستان نیکان غرب			