



1-هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی طبق استاندارد کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی به منظور ارتقای ایمنی بیماران، کارکنان و مراجعین، کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان و کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی و ارتقا و بهبود روند گزارش دهی عفونت های بیمارستانی و بیماریابی در بخش های بیمارستان نیکان غرب می باشد.

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

3-تعاریف:

1-3- عفونت: فرایندی است که طی آن عامل بیماری را با عفونی به میزبان حمله (تهاجم) کرده، رشد و تکثیر یافته و باعث آسیب رساندن به میزبان می شود. (ویروس ها، باکتری ها، ریکتزیها، قارچ ها و انگل ها)

2-3- عفونت بیمارستانی: عفونتی که 48 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آن که در زمان پذیرش فرد علائم آشکار عفونت را نداشته و یا در دوره کمون خود نبوده باشد. (یا از محیط کسب می شود و یا از فلور داخلی بیمار ایجاد می گردد). چهار نوع عفونت بیمارستانی شامل: 1- عفونت تنفسی، 2- عفونت ادراری، 3- عفونت بعد از جراحی، 4- عفونت خون می باشد.

3-3- عفونت پس از جراحی: عفونت بعد از جراحی دو نوع است: 1- (عفونت سطحی) 2- (عفونت عمقی)

1-3-3- عفونت سطحی: عفونتی که طی 30 روز پس از عمل جراحی روی داده باشد و تنها پوست و بافت زیر پوستی را درگیر کرده باشد و دست کم یکی از موارد زیر را داشته باشد:

الف) ترشح چرکی از محل برش سطحی

ب) ارگانیزم از مایع بافت محل برش سطحی که به طور آسپتیک تهیه شده باشد جدا گردد.

پ) دست کم یکی از علائم یا نشانه های دردناکی — ورم موضعی — قرمزی یا گرمی وجود داشته باشد و زخم را پزشک عمداً باز کرده باشد مگر اینکه کشت منفی باشد.

2-3-3- عفونت عمقی: عفونت عمقی باید ویژگی های زیر را داشته باشد:

عفونت مربوط به عمل جراحی که طی 30 روز بروز کرده باشد و فضای زیرین زیر پوست و ارگان عمل شده را درگیر کرده باشد.

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی از بیمار، با تأکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، مطابق با اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، ویرایش پنجم، سال 1401 می باشد.

5-مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر درمان

6-مسئولیت ها و اختیارات:

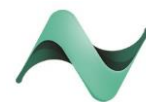
1-6- سوپروایزر کنترل عفونت: مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند، آموزش روش های شناسایی عفونت های بیمارستانی و بررسی و گزارش موارد مشکوک و ارایه آمار ماهانه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت را بر عهده دارد.

2-6- مدیر درمان: مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

3-6- کمیته پیشگیری و کنترل عفونت: مسئولیت بررسی گزارشات و آمارهای عفونت های بیمارستانی و ارایه اقدامات اصلاحی را برعهده دارد.

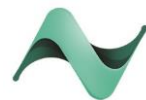
4-6- پزشک متخصص عفونی: مسئولیت بررسی گزارشات عفونت های اعلام شده و تطابق آن با معیارهای INIS را برعهده دارد.

5-6- مسئول بخش (سرپرستار) و رابط کنترل عفونت: مسئولیت بررسی و گزارش دهی موارد مشکوک را در حیطه مسئولیت ها و اختیارات خود برعهده دارند.

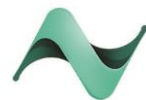


7- شیوه انجام کار :

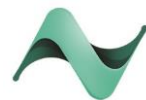
مسئول اجرا	موارد
سوپروایزر کنترل عفونت	7-1- آموزش چهار عفونت اصلی بیمارستانی، نحوه گزارش دهی و تکمیل فرم (بدو ورود - با تقویم مستمر) در قالب اسلاید، بروشور و پمفلت تهیه شده و انجام می گردد.
تیم کنترل عفونت	7-2- فرایند گزارش دهی عفونت های بیمارستانی توسط تیم کنترل عفونت بازنگری و به کلیه پرسنل ابلاغ و آموزش داده می شود.
سوپروایزر کنترل عفونت	7-3- داده های مربوط به شناسایی عفونت های بیمارستانی در قالب فرم بیماریابی عفونی از بخش ها بصورت روزانه جمع آوری می شود.
سوپروایزر کنترل عفونت	7-4- در پایان هر ماه نرم افزار تکمیل و در سامانه ثبت موارد عفونت بیمارستانی دانشگاه ثبت می شود (چهار نوع عفونت بیمارستانی شامل: 1- عفونت تنفسی 2- عفونت محل عمل 3- عفونت ادراری 4- عفونت خون می باشد).
متخصص عفونی	7-5- VAP (Ventilator Associated Pneumonia) پنومونی وابسته به ونتیلاتور لوله گذاری داخل تراشه جز در مواردی ضروری محدود می گردد و لوله گذاری توسط متخصص بیهوشی انجام می شود و در صورت لوله گذاری، با توجه به شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج می گردد.
پرستار بخش	7-5-1- کاتترهای ساکشن یکبار مصرف بوده و پس از هر بار استفاده دور انداخته می شود.
پرستار بخش	7-5-2- از کاتترهای جداگانه جهت ساکشن حلق و لوله تراشه یا تراکئوستومی استفاده می شود و همچنین از سرم نرمال سالین جهت شستشوی لاین استفاده و سرم، روزانه تعویض می گردد.
کمک پرستار بخش	7-5-3- باتل های ساکشن به محض پر شدن دو سوم حجم در محل مخصوص تخلیه می گردد و همچنین در پایان روز با آب و دترجنت شستشو و در قرص ژاول رقیق شده در آب طبق دستورالعمل غوطه ور و سپس آبکشی و خشک می شوند. بعد از ترخیص بیمار نیز کلیه اتصالات دور انداخته می شود.
سرپرستار / پرستار بخش	7-5-4- آمبوبگ ها منحصرأ مربوط به همان بیمار می باشد و پس از ترخیص بیمار، آمبوبگ مربوط در سطل عفونی دور انداخته می شود. تبصره 1: در صورت امکان اتوکلاو شدن که روی آمبوبگ درج شده است به CSSD ارسال شود.
پرسنل بخش	7-5-5- پرستاران ویژه قبل و بعد از ساکشن دست های خود را می شویند و موقع انجام ساکشن ترجیحا دستکش استریل می پوشند و ساکشن را به روش استریل انجام می دهند.
پرسنل بخش	7-5-6- عنوان عوامل ایجاد کننده پنومونی مدنظر قرار داده و نسبت به رفع این اختلالات تا حد امکان تلاش می نماید. در صورت هرگونه تغییر به نفع عفونت پنومونی مانند افزایش ترشحات تنفسی و... ضمن اطلاع به پزشک و ارسال نمونه کشت طبق دستور پزشک، سوپروایزر کنترل عفونت را مطلع می نمایند.



پرسلن بخش	7-5-7- ست لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی است و در صورت وجود آلودگی یا کارکرد معیوب تعویض می گردد. فیلتر برای هر بیمار و هر 72 ساعت و در صورت وجود آلودگی واضح تعویض می گردد.
سرپرستار بخش	7-5-8- جهت جلوگیری از انتقال عفونت، بیماران عفونی ایزوله می شوند و یا تا حد امکان از سایر بیماران با فاصله نگهداری می شوند. جهت انجام پروسیجرهایی که احتمال آلوده شدن پرسنل با ترشحات بیمار (مانند ساکشن) وجود دارد استفاده از وسایل حفاظت فردی الزامی می باشد. (شیلد صورت، گان و ماسک)
پرسلن بخش	7-5-9- شستشو و بهداشتی نمودن دست طبق 5 موقعیت در بخش از مهم ترین راه پیشگیری از عفونت و ایجاد پنومونی می باشد.
مسئول بخش و رابط کنترل عفونت	7-5-10- گزارش به موقع موارد حاد تنفسی به سوپروایزر کنترل عفونت جهت بررسی بیشتر و بررسی مقاومت دارویی احتمالی و ریشه یابی منشأ عفونت توسط تیم کنترل عفونت به کاهش پنومونی در بخش های ویژه الزامی می باشد.
7-6- جهت کاهش عفونت بعد از جراحی اقدامات زیر انجام می گیرد:	
پزشک مربوطه	7-6-1- قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل توسط پزشک متخصص تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت توسط پزشک به تاخیر انداخته می شود.
پرسلن بخش	7-6-2- آزمایشات بیمار قبل از عمل های پر ریسک از نظر هیپاتیت B و HIV مشخص می گردد.
کمک پرستار	7-6-3- در صورتی که موها در محل عمل تداخل ایجاد نماید کوتاه کردن موها 2 ساعت قبل از عمل توسط کمک پرستار انجام می شود. این عمل در بخش مربوطه صورت می گیرد. (براساس دستورالعمل کشوری جراحی ایمن)
پزشک مربوطه	7-6-4- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی طبق دستورالعمل مدیریت شده وزارت بهداشت و درمان توسط پزشک تجویز می گردد.
پرسلن اتاق عمل	7-6-5- اسکراب دست قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل انجام می شود. شستشوی دست در تمام اعمال جراحی تهاجمی و برای تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان، متخصصین بیهوشی و پرستاران لازم می باشد.
پرسلن اتاق عمل	7-6-6- پگ استریل یکبار مصرف و پارچه ای برای ایجاد سد بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها توسط پزشک و پرسنل اتاق عمل استفاده می گردد. کلاه مخصوص اتاق عمل توسط پزشک و پرسنل اتاق عمل استفاده می گردد.
پرسلن اتاق عمل	7-6-7- محوطه و محل عمل در اتاق عمل مشخص و تا پایان عمل استریل نگه داشته می شود.
سرپرستار CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت	7-6-8- پایش استریلیزاسیون کنترل می گردد. و صحت عملکرد استریلیزاسیون توسط تست کلاس 6 و کلاس 4، توسط اسکراب و پرستار بخش رویت و در پرونده پزشکی بیمار ضمیمه می گردد.
کلیه کادر درمان	7-6-9- قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هرگونه تماس با محل جراحی پزشک و پرستار دست های خود را می شویند. اگر آنسزیون در مرحله اول (زمان جراحی) بسته (بخیه) شده باشد بعد از عمل به مدت 24 تا



	48 ساعت توسط پرستار از پانسمان استریل استفاده می گردد. اگر نیاز به تعویض پانسمان محل انسزیون باشد، پزشک و پرستار از روش استریل استفاده می نمایند.
سوپروایزر کنترل عفونت	10-6-7- آموزش مستمر ضمن خدمت کنترل عفونت قبل و بعد از عمل انجام می شود.
سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت حرفه ای	11-6-7- تشکیل پرونده بهداشتی در بدو ورود طبق دستورالعمل استخدام و همکاری رابطین کنترل عفونت در طول سال و مستمر انجام می گردد.
کارشناس بهداشت حرفه ای و سوپروایزر کنترل عفونت	12-6-7- ایمن سازی پرسنل طبق دستورالعمل واکسیناسیون پس از تشکیل پرونده بهداشتی و ویزیت بدو ورود زیر نظر سوپروایزر کنترل عفونت توسط پرسنل صبح کار اورژانس انجام می شود.
سوپروایزر کنترل عفونت و سوپروایزر آموزشی	13-6-7- آموزش رعایت اصول احتیاطات استاندارد و همه جانبه و تزریقات ایمن و دفع صحیح پسماند در بدو ورود و طبق تقویم سالیانه و بوسیله اسلاید، جزوه، آموزش چهره به چهره و گروهی انجام می پذیرد.
سوپروایزر کنترل عفونت	14-6-7- ارزیابی پرسنل پس از آموزش و به صورت دوره ای و اعلام نتایج و اثربخشی به سوپروایزر آموزشی و مترون بیمارستان و کمیته کنترل عفونت جهت بررسی و اتخاذ تصمیم جهت بهبود وضع موجود انجام می گردد.
سوپروایزر کنترل عفونت و سوپروایزر آموزشی	15-6-7- تهیه و توزیع بروشور و پمفلت آموزشی در واحدها توسط سوپروایزر کنترل عفونت طبق نیازمندی ها (نیدل استیک و عفونتهای منتقله از راه خون)، برنامه ریزی آموزشی طبق نیازهای اصلاحی پس از ارزیابی توسط سوپروایزر کنترل عفونت و سوپروایزر آموزشی انجام می گردد.
کلیه کادر درمان	16-6-7- دفع صحیح و به موقع زباله های تیز و برنده آلوده در سفتی باکس توسط کادر درمان انجام می گردد.
پزشک مربوطه	17-6-7- انجام تست HIV و هپاتیت به عنوان screening برای تمام بیماران بستری و یا قبل از اعمال جراحی در بیمارستان توصیه نمی شود. اما برای بیماران پر خطر و با تشخیص پزشک الزامی است.
سوپروایزر کنترل عفونت- سوپروایزر بالینی- کادر درمان	18-6-7- اقدام صحیح و به موقع طبق دستورالعمل و پروتکل نیدل استیک پس از مواجهه با خون و اشیای تیز و پیگیری توسط سوپروایزر کنترل عفونت انجام می گردد.
سوپروایزر کنترل عفونت	19-6-7- مواد نیدل استیک و علت اصلی ریشه یابی و گزارش در کمیته کنترل عفونت بصورت ماهیانه ارایه و تصمیم جهت بهبود وضعیت موجود توسط اعضا اتخاذ گردد.
پزشک مربوطه	7-7- عفونت ادراری همراه با سوند، به طور متوسط طول مدت بستری در بیمارستان را افزایش داده و با افزایش مرگ بیماران نیز همراه است. علائم اولیه ابتلا به عفونت ادراری باکتریوری است که ممکن است با یا بدون علائم بالینی باشد.
پزشک مربوطه	1-7-7- اندیکاسیون های کاتتر گذاری اداری: محاسبه حجم ادرار در بیماران بدحال، -احتباس ادراری یا انسداد در مسیر خروجی مثانه، -در بیمارانی که بی اختیاری ادرار دارند، برای کمک به بهبود زخم های باز ناحیه ساکروم یا پرینه، -در بیمارانی که مدت طولانی باید بدون حرکت باشند (شکستگی لگن و...) جهت بیماران بسیار بدحال قبل از عمل جراحی برای پروسیجرهای جراحی، شامل: • بیمارانی که تحت عمل جراحی اورولوژی قبلی و سایر جراحی های مربوط به سیستم ادراری - تناسلی قرار گرفته اند. • در مواردی که زمان جراحی طولانی باشد.



	• بیمارانی که در طی جراحی حجم زیادی از مایعات یا داروهای مدر دریافت کرده اند. • در مواردی که نیاز به کنترل حجم ادرار بیمار در طی عمل جراحی می باشد.
کلیه کادر درمان	7-7-2- آماده سازی جهت انجام کاتترگذاری ادراری: رعایت بهداشت دست (آب و صابون یا هندراب) بلافاصله قبل و بعد از سوند گذاری یا دستکاری محل یا کاتتر الزامی است. اطمینان حاصل شود که فرد آموزش دیده کاتتر گذاری را انجام می دهد. افراد غیرمجاز حق کارگذاری کاتتر ادراری را در بیمارستان ندارند.
کلیه کادر درمان	7-7-3- قبل از شروع به کار از وجود تجهیزات لازم مانند دستکش استریل، شان، گاز استریل، محلول استریل برای تمیز کردن ژل و ترجیحا یکبار مصرف مطمئن می شویم.
کلیه کادر درمان	7-7-4- اگر هنگام سوندگذاری به هر دلیل تکنیک آسپتیک رعایت نشده باشد و یا کاتتر مسدود شده یا نشتی داشته باشد در این صورت سوند ادراری و کیسه ادراری تعویض می شود.
پزشک مربوطه / کلیه کادر درمان	7-7-5- تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود. تنها در زمانی که اندیکاسیون بالینی وجود داشته باشد مانند عفونت، انسداد یا باز شدن سیستم بسته، کاتتر تعویض می گردد.
کلیه کادر درمان	7-7-6- رعایت احتیاطات استاندارد، شامل استفاده از دستکش و گان در زمان دست کاری کاتتر یا سیستم جمع آوری ادرار ضروری می باشد.
کلیه کادر درمان	7-7-7- تمیز کردن روزانه پرینه با مواد حاوی کلرهگزیدین حداقل روزانه یکبار انجام می شود و استفاده از بتادین منسوخ شده است.
کلیه کادر درمان	7-7-8- بهترین نمونه اولین ادرار صبحگاهی است که حداقل به مدت 3 ساعت داخل مثانه باقی مانده و تغلیظ شده باشد. در غیر این صورت می توان از نمونه های ادرار تصادفی استفاده نمود. از نیم ساعت قبل سوند را کالمپ کنید. دستکش بپوشید. اگر سوند محل مخصوص نمونه گیری دارد، محل را با پنبه الکلی یا محلول یددار ضد عفونی کنید. سوزن را با زاویه 35 درجه وارد قسمت مخصوص کنید ادرار را داخل سرنگ بکشید اگر سوند پلاستیکی است و قسمت مخصوص نمونه گیری ندارد، روی سوند درست بالای محل اتصال سوند به لوله جمع آوری را با پنبه الکلی یا محلول یددار ضد عفونی کنید. سوزن را با زاویه 12 درجه وارد کنید. نمونه را با سرنگ بکشید. نمونه را به یک ظرف استریل مخصوص نمونه گیری انتقال دهید. از کیسه سوند ادرار نباید نمونه گیری انجام شود (مگر برای جمع آوری ادرار 11 ساعته، با رعایت اصول آسپتیک).

8- پایش و نظارت:

8-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط 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 پرستاران، مسئولین بخش ها و کارکنان بالینی در اجرای صحیح سند به ترتیب بر عهده سوپروایزر بالینی و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.



2-2-8- نظارت بر عملکرد سوپروایزر بالینی و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند به ترتیب 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 مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

9-1- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مرجع تأیید 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 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- راهنمای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

10-2- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401

تهیه کنندگان	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	ژاله اسماعیلی- مشاور رئیس در امور CSSD	عبداله فلاحي- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری	دکتر پیام طبرسی- متخصص بیماری های عفونی
تایید اولیه	دکتر مهتری معصومی مدیر بیمارستان	تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهتری معصومی مدیر بیمارستان	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 ۱۴۰۴/۱۰/۲۴ بیمارستان نیکان غرب دکتر مهتری معصومی مدیر بیمارستان					