



1-هدف: هدف از تدوین این سند ثبت دقیق وسایل و تجهیزات به کار برده شده برای بیمار به جهت ارتقاء ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد کنترل عفونت- اتاق عمل-Cath-Lab-بخشهای بالینی-CSSD-اورژانس-واحد ایمنی بیمار-اسکوپ بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

3-1-RE-USE: وسایل یکبار مصرف استفاده شده برای یک بیمار که مجدداً مورد استفاده قرار میگیرد. در این سند مقرر گردیده است هر وسیله یکبار مصرف فقط یکبار مصرف شود و سپس منهدم گردد.

3-2-RE-PROCESS: وسایل یکبار مصرفی که باز شده و دوباره بسته بندی و استریل شده و جهت استفاده مجدد آماده میشود. وسایلی مانند ستهای جراحی که پس از استفاده پروسه استریل را طی می کند و سپس استفاده شود و وسایلی که قابلیت استریل مجدد دارد.

3-3-RE-STERISATION: وسایل یکبار مصرفی که باز نشده و لی تاریخ استریل آن گذشته است و دوباره استریل می گردد.

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند اطمینان از پیشگیری از استفاده وسایل آلوده و غیر استریل در جهت عدم استفاده از وسایل چندبار مصرف و استفاده وسایل استریل جهت بیمار با استناد به اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم سال 1401 می باشد.

5-مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول CSSD

6-مسئولیت ها و اختیارات:

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

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

6-3 پرسنل CSSD و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

7-شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	موارد
پرستار سیرکولر	7-1 کلیه وسایل مصرفی (یکبار مصرف) مانند نخها، دستکش، گاز، کانتیر، لیگاشور، ایمپلنت و... از پگ استریل باز شده و تست آن یا پیچ آن در برگه مصرفی بیمار نوشته شده و جهت ثبت به منشی اتاق عمل و کت لب داده می شود.
پرسنل بخش مربوطه/ پرستار و تکنسین اتاق عمل	7-2 اندیکاتورهای کلاس 5و6، لیبل و پلاسما که در وسایل استریل قرار داده میشود پس از استفاده برای بیمار بر روی برگه اندیکاتور در پرونده بیمار چسبانده می شود.
پزشک	7-3 صحت استفاده وسیله استریل مورد نظر برای بیمار مورد تأیید قرار می گیرد.
پرسنل CSSD	7-4 ست های شرکت ها پس از تحویل به واحد CSSD بسته بندی می شود و مشخصات بیمار و جراح مربوطه بر روی بسته بندی درج میگردد و جهت استریل کردن آماده می شود.
پرسنل اتاق عمل	7-5 برخی از وسایل دارای برچسب پس از استفاده برچسب آن جدا و بر روی برگه شرح عمل بیمار چسبانده می شود.



پرسنل اتاق عمل	6-7- پس از پایان عمل الباقی ایمپلنت های موجود تمیز شده و پس از بسته بندی همراه با مشخصات بیمار تحویل شرکت مربوطه می گردد.
پرسنل CSSD	7-7- روی تمام اندیکاتورهایی که داخل وسایل می گذارند سیکل دستگاه، شماره و نام اپراتور اتوکلاو و تاریخ نوشته و بر روی تست لیبل زن نیز تمام موارد قید می شود.
پرسنل CSSD	8-7- نام تجهیزات و وسایل پس از استریل در دفاتر تحویل وسایل بین CSSD و اتاق عمل/ بخش ها ثبت می شود.
پرسنل CSSD	9-7- در دفاتر مربوطه پس از ثبت نوع وسیله و بخش، کد اتوکلاو و سیکل آن هنگام تحویل در " دفتر چک لیست نتایج تست اتوکلاو بخار CSSD" به شماره مدرک "WNH-NBK-CSD-00033-02" ثبت می شود.

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 فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت به 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 پرستاران در اجرای سند بر عهده سرپرستاران و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.
 - 8-2-3- نظارت بر عملکرد سرپرستاران، مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.
- تبصره 1: 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.

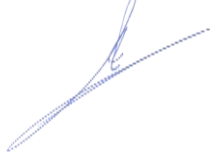
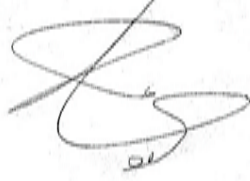
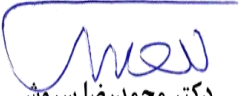
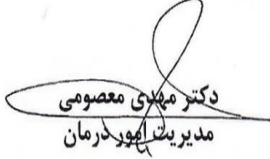
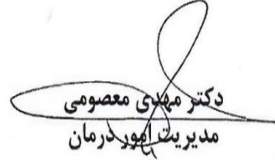
9- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 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 دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، 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- قوانین و مقررات بیمارستان
- 10-2- استانداردهای استریلیزاسیون وزارت بهداشت
- 10-3- اصول پاکسازی و استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی درمانی
- 10-4- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401



مدیر پرستاری  هلن دلیری راد	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت 	ژاله اسماعیلی - مسئول CSSD 	تهیه کنندگان	
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18  دکتر مهدی معصومی مدیر بخش عفون درمان	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	 دکتر مهدی معصومی مدیر بخش عفون درمان	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت			توزیع نسخ
 					