



1-هدف : هدف از تدوین این سند امکان دسترسی به تاریخ استریل و انقضا و نوع استریل و کاربر دستگاه و انبارش وسایل توسط پرسنل CSSD بیمارستان نیکان غرب می باشد.

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

3-تعاریف : _

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از پیشگیری از انتقال عفونت و ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار از طریق استفاده از وسایل استریل، مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم 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-مسئول CSSD مسئولیت نظارت مستقیم بر عملکرد صحیح پرسنل در اجرای صحیح سند را برعهده دارد.

4-6-پرسنل CSSD مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

7-شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	موارد
پرسنل CSSD	1-7- بعد از تحویل وسایل بخش ها در صورت رویت آلودگی مجدداً شستشو انجام می گیرد.
پرسنل CSSD	2-7- بعد از خشک شدن، ست ها به میز کار جهت پکینگ منتقل می گردد.
پرسنل CSSD	3-7- بر روی کلیه پگ ها و ست ها پس از پکینگ صحیح چسب مخصوص اتوکلاو زده می شود که روی آن تاریخ استریل و انقضا و نام کاربر دستگاه ثبت می گردد. (توسط کاربر دستگاه)
پرسنل CSSD	4-7- با توجه به نوع استریل (بخار & دستگاه پلاسما) لیبل رهگیری که شامل شماره اتوکلاو و سیکل استریل و تاریخ استریل و تاریخ انقضا و نام کاربر دستگاه می باشد روی پگ یا ست نصب می گردد.
مسئول CSSD مسئول بخش ها	5-7- کاربران اتاق عمل و یا بخش ها قبل از شروع به کار، لیبل را چک و در پرونده بیمار ثبت می نمایند.
مسئول CSSD	6-7- نظارت بر روی پگ ها و ست های آماده انجام می شود.
مسئول CSSD	7-7- در صورت مشاهده عدم تغییر رنگ اندیکاتور داخل وسایل در بخش ها، لیبل این امکان را فراهم میکند تا وسایل تحویل شده به بخش ها مجدداً با مشخصات روی لیبل فراخوان شده و جمع آوری شود و به واحد CSSD برگردانده شود. تا مجدداً ضدعفونی، استریل و تحویل گردد.
پرسنل CSSD	8-7- جهت اقلام بسته بندی شده شرایط بهینه با حداقل دست خوردگی به آنها حاصل 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، بسته های استریل در شرایط اتاق تمیز یعنی دارای تردد کم، دمای محیطی مناسب، خشک (یا دارای رطوبت کم) و درون کابینت های دربسته و قفسه های مشبک قرار می گیرند.



پرسنل CSSD	7-9- نکات: 7-9-1- گازها و وسایلی که در داخل کاغذ کرپ است، دو لایه 1 ماهه و تک لایه 15 روزه استریل می شود. 7-9-2- ستها و پگهای اتاق عمل به مدت 30 روز (دو لایه) و 15 روزه (یک لایه) تاریخ مصرف دارند. 7-9-3- تک پیچها که داخل کاغذ وی پگ بسته بندی شده اند، یک لایه یک ماهه و دو لایه 3 ماهه استریل با بخار، ولی با پلازما 6 ماهه تاریخ مصرف دارند. 7-9-4- ست های پانسمان بخش ها یک ماهه تاریخ مصرف دارند. (یک لایه) 7-9-5- تک پیچ بخش ها نیز یک لایه 1 ماهه و دو لایه 3 ماهه تاریخ مصرف دارند.
پرسنل CSSD	7-10- در صورت عدم اطمینان از استریل بودن و یا نبودن بسته ها، آن ها آلوده در نظر گرفته و مجدداً استریل می گردند. در صورت اتمام تاریخ انقضا و یا پاره شدن بسته ها، پرسنل بخش ها و اتاق عمل به CSSD منتقل کرده و بسته بندی مجدد صورت می پذیرد.

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 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 مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند بر عهده 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.

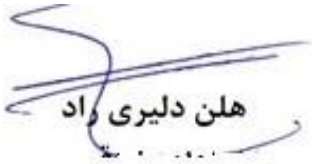
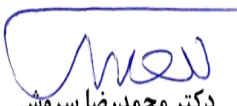
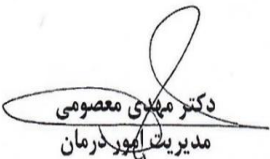
9- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 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 بهبود 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- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال 1401



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	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		