



**1-هدف:** این سند با هدف اطمینان از پیشگیری از انتقال و گسترش عفونت توسط افرادی که در تماس با بیمار می باشند در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

**2-دامنه کاربرد:** اجرای این سند در تمام بخش های درمانی بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

**3-تعاریف:**

**1-3-احتیاطات هوایی:** برای جلوگیری از انتقال بیماری هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچکتر از 5 میکرون یا ذرات گردوغبار حاوی عامل عفونی منتقل می شوند بکار می رود.

**2-3-احتیاطات قطرات:** برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت از این نوع احتیاط استفاده می شود. به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت/ عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند.

**3-3-احتیاطات تماسی:** برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم از بیماران کلونیزه یا دچار عفونت که از طریق تماس مستقیم یا تماس غیرمستقیم انتقال می یابند توصیه می شود.

**4-سیاست اجرایی بیمارستان:**

سیاست بیمارستان نیکان غرب در اجرای این سند اطمینان از پیشگیری از انتقال و گسترش عفونت توسط افراد در تماس با بیمار، با استناد به اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم سال 1401 مقرر گردیده است.

**5-مسئول پاسخگو:** سوپروایزر کنترل عفونت

**6-مسئولیت ها و اختیارات:**

**1-6- سوپروایزر کنترل عفونت** مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند، اطلاع رسانی و آموزش جهت انجام صحیح سند را برعهده دارد.

**2-6-مدیر درمان و مدیر اجرایی** مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

**2-6-سرپرستار** بخش مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند توسط پرسنل بخش خود را برعهده دارد.

**3-6- پرسنل** بخش و پرسنل انتظامات مسئولیت انجام صحیح سند و آموزش به ملاقات کنندگان درخصوص اجرای سند را برعهده دارند.

**7-شیوه انجام کار:**

| مسئول اجرا                          | موارد                                                                                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سرپرستار بخش/ مسئول شیفت            | <b>1-7- به هنگام بستری بیمار مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری حاد تنفسی یا بیماری عفونی به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع داده می شود.</b> |
| سوپروایزر کنترل عفونت/ سرپرستار بخش | <b>2-7- به پرسنل بخش آگاهی لازم درخصوص انواع ایزولاسیون و احتیاطات استاندارد داده می شود.</b>                                        |
| کمک پرستار                          | <b>3-7- کمد وسایل حفاظت فردی کنار درب اتاق بیمار گذاشته می شود.</b>                                                                  |
| سرپرستار/ مسئول شیفت                | <b>4-7- وسایل حفاظت فردی متناسب با نوع احتیاط استاندارد (هوایی/ قطره ای/ تماسی) در کمد PPE در دسترس پرسنل قرار داده می شود.</b>      |
| کاخدار بخش                          | <b>5-7- سطل زرد جایگزین سطل آبی اتاق بیمار می گردد. (تمامی پسماندهای بیمار عفونی می باشند)</b>                                       |



|                               |                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سوپروایزر آموزشی / پرستار بخش | 6-7- به تمامی کارکنان بخش و افرادی که با بیمار در تماس هستند از قبیل: آزمایشگاه، فیزیوتراپی، تصویربرداری و ملاقات کنندگان بیمار آموزش و آگاهی لازم درخصوص نوع ایزوله و احتیاط استاندارد داده می شود. |
| پرسنل انتظامات                | 7-7- تمامی ورود و خروج ها به اتاق بیمار با ذکر نام و سمت فرد (پرسنل و ملاقات کنندگان) در برگ ثبت تردد حتما ثبت می گردد.                                                                              |

## 8- پایش و نظارت:

- 8-1- پایش: فرمت و اجرای چک لیست پایش توسط سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری مسئول بهبود کیفیت بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش هر ماه یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت براساس چک لیست ارزیابی انجام و گزارش بصورت 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مطرح خواهد شد.
- 8-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح سند به شرح ذیل خواهد بود:
- 8-2-1- نظارت بر عملکرد بخش ها در اجرای صحیح سند بر عهده ی سوپروایزر کنترل عفونت و دبیر کمیته اخلاق بالینی خواهد بود .
- 8-2-2- نظارت بر عملکرد پرسنل انتظامات در اجرای درست سند بر عهده ی مسئول انتظامات خواهد بود .
- 8-2-3- نظارت بر عملکرد مسئول انتظامات در اجرای درست سند بر عهده ی مدیر اجرایی خواهد بود .
- 8-2-4- نظارت بر عملکرد سوپروایزر کنترل عفونت و دبیر کمیته اخلاق بالینی در اجرای سند به ترتیب بر عهده ی 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 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 / اخلاق بالینی مرجع تایید این سند خواهد بود.
- 9-2- تصویب و ابلاغ: رئیس 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 مستند 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. رئیس بیمارستان، سوپروایزر کنترل عفونت، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این مستند را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

## 10- منابع و مراجع:

- 10-1- دستورالعمل های ابلاغی وزارت مطبوع
- 10-2- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش - پنجم - سال 1401
- 10-3- سند مشابه در بیمارستان نیکان اقدسیه به شماره مدرک: ANH-INS-PRU-00915-01-



|                                                                                    |                                         |                                                                          |                                                                                           |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| تهیه کنندگان                                                                       | مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت | مهدی طالبی - مسئول انتظامات                                              | فاطمه کریم نژاد - دبیر کمیته اخلاقی بالینی                                                | مدیر پرستاری           |
| تأیید اولیه                                                                        | دکتر مهدی معصومی<br>مدیر بیمارستان      | تأیید کننده<br>جانشین<br>رئیس<br>کمیته                                   | مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت<br>مورخ 1404/09/18<br>دکتر مهدی معصومی<br>مدیر بیمارستان | تصویب و<br>ابلاغ کننده |
| توزیع<br>نسخ                                                                       | دفتر سنجش و پایش کیفیت                  | نسخه کپی                                                                 |                                                                                           |                        |
| <div>تاریخ بازنگری بعدی</div> <div>۱۴۰۵/۰۶/۰۱</div> <div>بیمارستان نیکان غرب</div> |                                         | <div>کنترل شد</div> <div>۱۴۰۴/۱۱/۰۸</div> <div>بیمارستان نیکان غرب</div> |                                                                                           |                        |