



1-هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از نحوه مصرف صحیح آنتی بیوتیک های پرهزینه، کاهش عوارض جانبی داروها، طول مدت بستری بیماران، هزینه بستری، نرخ مرگ و میر، بروز ارگانسم های مقاوم به چند دارو و پیشگیری از ایجاد مقاومت میکروبی در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های بستری عادی و ویژه بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

1-3-استواردشیپ: طراحی یک برنامه اجرایی پویا در راستای استفاده مناسب از آنتی بیوتیک های پرهزینه به منظور رسیدن به پیامد بهتر در بیماران، کاهش عوارض دارویی، کاهش هزینه ها و کاهش مقاومت میکروبی می باشد.

تبصره 1: آنتی بیوتیک های شامل قوانین استواردشیپ بشرح ذیل می باشد:

ونکومایسین، ایمی پنم، مروپنم، کلیستین، تیکوپلانین، لینزولاید، وریکونازول، کسپوفانژین، آمفوتریسین، لیپوزومال، داکسی کولات (معمولی)، تیگسیکلین، پوساکونازول

2-3-Antibiosis: به از بین رفتن یا توقف رشد میکروبی در بدن گفته می شود.

3-3-Bactericide: به بعضی از آنتی بیوتیک ها که مستقیماً باکتری را از بین می برند، گفته می شود.

4-3-Bacteriostatic: به بعضی از آنتی بیوتیک ها که لزوماً باعث از بین رفتن باکتری نشده بلکه رشد آنها را متوقف می کنند تا سیستم ایمنی آنها را از بین ببرد، گفته می شود.

5-3-آنتی بیوتیک رزرو: آنتی بیوتیک های خط آخر که فقط برای عفونت های خطرناک مقاوم به چند دارو (MDR) تجویز می شوند.

تبصره 2: اگر از آنتی بیوتیک های رزو موردی به فهرست رسمی دارویی ایران اضافه شد مشمول برنامه استواردشیپ خواهد شد که متعاقباً ابلاغ کشوری می شود.

4-سیاست اجرایی بیمارستان:

سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خدمات مطلوب به بیمار، با تاکید بر مصرف و تجویز منطقی آنتی بیوتیک های پر هزینه مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی می باشد.

تبصره 3: مطابق با مصوبه کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1402/11/08 علاوه بر کشت میکروبی، چنانچه آزمایشات WBC ESR-CRP، بالاتر از حد مجاز باشد و علائم کلینیکال توسط پزشک عفونی ثبت شود، پرستار می تواند آنتی بیوتیک تجویز شده را برای بیمار مصرف نماید.

5-مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مسئول فنی داروخانه بستری، متخصص عفونی، سوپروایزر کنترل عفونت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

6-مسئولیت ها و اختیارات:

1-6- سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول فنی داروخانه بستری: مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه های زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

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

3-6- پزشکان و متخصصان عفونی، سرپرستاران و پرستاران: مسئولیت اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

4-6- کمیته پیشگیری و کنترل عفونت: مسئولیت بررسی گزارشات و آمار مقاومت میکروبی و ارائه اقدامات اصلاحی را برعهده دارد.



7- شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	موارد
سوپروایزر کنترل عفونت	7-1- لیست دارویی در بیمارستان از آنتی بیوتیک هایی که تجویز آنها دارای محدودیت می باشند با استناد به دستورالعمل کشوری تهیه و اطلاع رسانی می گردد.
پزشک معالج	7-2- تجویز آنتی بیوتیک در طی 5 روز اول صورت گرفته و درخواست کشت به آزمایشگاه ارسال می گردد. و پس از 5 روز اول مشاوره عفونی درخواست می شود.
پزشک متخصص عفونی / مشاور عفونی	7-3- پس از انجام مشاوره نسبت به قطع یا ادامه و تغییر آنتی بیوتیک تصمیم گیری می شود. تبصره 4: در صورت نبود متخصص عفونی تصمیم گیری بر عهده مدیر درمان می باشد.
پزشک معالج	7-4- در خصوص نحوه تجویز و تنظیم دوز آنتی بیوتیک در صورت لزوم مشاوره داروساز بالینی درخواست می گردد.
پزشک معالج / متخصص عفونی / پرستار مسئول بیمار	7-5- فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف به شماره مدرک WNH-FRM-NUR-00075-03 در زمان استفاده از آنتی بیوتیک های پرهزینه بصورت کامل در دو نسخه تکمیل می شود. تبصره 5: یک نسخه از فرم با امضای پزشک معالج، متخصص عفونی و داروساز بالینی به داروخانه بستری ارسال شده و نسخه دیگر در پرونده بیمار درج می گردد. تبصره 6: فرم مذکور فقط برای 5 روز مورد تایید است و در صورت نیاز به ادامه باید فرم جدید مجدد تایید و تکمیل شود.
مسئول فنی داروخانه بستری	7-6- فرم تجویز منطقی دارو از نظر انطباق با قوانین استواردشیپ بررسی و تایید و امضاء می شود.
مسئول فنی داروخانه بستری	7-7- پس از تایید نهایی گزینه stopper جهت پیشگیری از ثبت مجدد برای آنتی بیوتیک هایی که بیش از 5 روز برای بیمار ثبت شده است، فعال می گردد.
سرپرستار	7-8- فرم بررسی استواردشیپ بخش های بالینی به شماره سند: <u>WNH-FRM-ICD-00244-01</u> در اختیار سوپروایزر کنترل عفونت بصورت ماهیانه قرار داده می شود.
سوپروایزر کنترل عفونت	7-9- اطلاعات مرتبط با عفونت های بیمارستانی جهت ارزیابی استراتژی های بکار گرفته در برنامه به تیم استواردشیپ ارائه می گردد.
میکروب شناس بالینی	7-10- الگوی مقاومت آنتی بیوتیک براساس میکروب های شایع در بیمارستان به منظور برنامه ریزی برای مداخلات لازم و تفسیر آنتی بیوگرام ها تعیین و در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ارائه می شود.
مسئول فنی آزمایشگاه	7-11- بصورت فصلی مقاومت میکروبی کشت های مثبت جهت بررسی و تصمیم گیری در اختیار کمیته پیشگیری و کنترل عفونت قرار می گیرد.
سوپروایزر کنترل عفونت	7-12- نتایج مقاومت میکروبی بصورت تحلیلی در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت طرح می شود. تبصره 7: در صورت شیوع مقاومت میکروبی جهت هشدار نوع مقاومت میکروبی به دانشگاه مرجع گزارش می شود.
دبیر کمیته کنترل عفونت و دبیر کمیته اقتصاد درمان	7-13- هزینه آنتی بیوتیک های استواردشیپ بصورت فصلی در کمیته مشترک پیشگیری و کنترل عفونت و اقتصاد درمان طرح و تصمیم گیری می شود.



تیم کنترل عفونت	14-7- آنتی بیوگرام عفونت های شایع مرکز برای مقاومت میکروبی بررسی و نظرات کاربردی جهت بهبود ارایه می شود.
-----------------	--

8-پایش و نظارت:

8-1-پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان ، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد . گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه به مدیر پرستاری و هر 6 ماه در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

8-2-1- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و پرستاران، بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود .

8-2-2- نظارت بر عملکرد پزشکان به ترتیب بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول فنی داروخانه بستری و مدیر درمان خواهد بود.

8-2-3- نظارت بر عملکرد سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 8: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول فنی داروخانه بستری خطاب به مدیر درمان، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

9-1-مرجع 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 اصلی 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، مدیر پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری این سند را در خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

10-منابع و مراجع:

10-1-استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم-سال 1401

10-2- فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسخه دوم زمستان 1402

10-3- سیاست داخلی مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت زمستان 1402



مدیر پرستاری	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر پریسا درودیان مطلق - رئیس بخش مراقبت های دارویی	دکتر زهرا یوسفلی - مسئول فنی داروخانه بستری	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایز کنترل عفونت	تهیه کنندگان
دکتر هیلن دلیری راد		مصوب کارگروه استواردشیپ و انتی بیوتیک پروفاکسی مورخ 1404/10/21	تائید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهلای معصومی مدیر بیمارستان	تائید اولیه
دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر مهلای معصومی مدیر بیمارستان			
نسخه کپی			دفتر سنجش و پایش کیفیت		
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب			کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب		
			توزیع نسخ		