



1-هدف: این دستورالعمل به منظور جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها و ایجاد رویه ای مناسب و ضابطه مند جهت جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش و اطمینان از کاهش خطرات در اثر جمع آوری و نگهداری انواع پسماندها و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و ایمنی پرسنل و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام قسمت های بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

1-3-پسماندهای ویژه پزشکی: به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها، مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاههای تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماریزایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و مشابه آن که به مراقبت ویژه (مدیریت خاص) نیاز دارند گفته می شود.

2-3-پسماند عادی: ناشی از کارکردهای خانگی و مدیریت اجرایی شامل پسماندهای آشپزخانه - آبدارخانه - قسمت های اداری و مالی - ایستگاههای پرستاری - فعالیت های باغبانی و از این قبیل.

3-3-پسماند عفونی: پسماندهای مملون به داشتن عوامل زنده بیماری زا مانند محیط های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی، بافتها، (سواب آلوده)، مواد یا تجهیزاتی که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته اند و مواد دفع شده از این بیماران.

4-3-پسماند تیز و برنده: سوزنها - تیغ - چاقوی جراحی - ست های انفوزیون - اره ها - شیشه شکسته و هر شیء تیز و برنده دیگر که می تواند عفونی باشد یا نباشد.

5-3-پسماند شیمیایی و دارویی: عبارتند از ظروف مواد شیمیایی و گندزدا، مواد شیمیایی و گندزدا تاریخ گذشته، داروهای تاریخ گذشته، مصرف نشده، تفکیک شده و آلوده، واکسن ها، مواد مخدر و سرمهایی که دیگر به آنها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند. این رده همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها و قوطی های دارای باقیمانده داروهای خطرناک، دستکش، ماسک، لوله های اتصال، و شیشه (ویال) داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند.

6-3-پسماندهای ژنوتوکسیک: پسماندهای ژنوتوکسیک مانند پسماندهای دارای موادی با خصوصیات سمی برای ژنها، پسماندهای دارای داروهای سایتوتوکسیک (که بیشتر در درمان سرطان به کار میروند) و مواد شیمیایی سمی برای ژن ها.

پسماندهای ژنوتوکسیک به شدت خطرناک اند و ممکن است خصوصیات ایجاد جهش سلولی، عجیب الخلقه زایی یا سرطانزایی داشته باشند این پسماندها مشکلات ایمنی جدی به وجود می آورند. این مشکلات هم درون بیمارستان و هم پس از دفع پسماندها در بیرون از بیمارستان می تواند باشد و باید مورد توجه خاص قرار داشته باشند، داروهای سایتوتوکسیک (یاضدنتوپلازی) که مواد اصلی این مقوله را تشکیل می دهند، می توانند بعضی سلولهای زنده را بکشند یا رشد آنها را متوقف کنند. این داروها برای شیمی درمانی سرطانها به کار می روند. داروهای سایتوتوکسیک نقش مهمی در درمان انواع بیماریهای نئوپلازیک دارند همچنین به عنوان ماده ایمونوساپرسیو هنگام تولید پیوند اندام و درمان بیماریهای گوناگون دارای اساس ایمنی شناختی کاربردهای گسترده ای دارند. داروهای سایتوتوکسیک بیشتر اوقات در بخشهای تخصصی مانند بخش سرطان شناسی و واحدهای پرتو درمانی مصرف می شوند. که نقش اصلی آنها درمان سرطان است. پسماندهای سایکوتوکسیک از چند منبع در مراقبت تندرستی تولید می شوند و می توان آنها را به شرح ذیل طبقه بندی کرد:

✓ مواد آلوده به فرآورده های دارویی و تجویز داروها مانند سرنگ، سوزن، ویال، gauge بسته بندی.

✓ داروهای منسوخ شده، داروهای برگشتی از بخشهای بیمارستان.



پسماندهای سایتوتوکسیک می بایست در ظروف سربسته مانند safety box با برچسب سایتوتوکسیک جمع آوری و سپس در کیسه سفید قرار داده شوند و هنگام حمل و نقل احتیاطات لازم رعایت شود.

3-7- پسماندهای محتوی فلزات سنگین: پسماندهای محتوی فلزات سنگین یک رده از پسماندهای شیمیایی خطرناک ترند، و به طور معمول بشدت سمی اند. پسماندهای دارای جیوه به طور مشخص از نشت تجهیزات شکسته شده بالینی به وجود می آیند. جیوه های پخش شده از چنین دستگاههایی تا حد ممکن باید جمع آوری شوند. پسماندهای دارای کادمیوم عمدتاً از باتری های دور ریخته و شکسته به وجود می آیند. برخی "پانل های تقویت شده با چوب" با مقداری سرب هنوز هم به عنوان ضدنفوذ کردن پرتوهای X و در بخشهای تشخیصی به کار می روند.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

4-1- مسئول بهداشت محیط مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

4-2- مدیر اجرایی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

4-3- سوپروایزران، سرپرستاران، رابطین کنترل عفونت و مسئول واحد کاخدارانی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را بر عهده دارند.

4-4- کلیه کارکنان بیمارستان مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام دستورالعمل:

5-1- دستورالعمل جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخشها توسط مسئول بهداشت محیط تدوین گردد و توسط مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت به کلیه پرسنل بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه در خصوص مدیریت پسماند آموزش داده شود.

5-2- امکانات لازم جهت جمع آوری و نگهداری انواع پسماند از قبیل ترالی جمع آوری، کیسه زباله در رنگهای سفید، مشکی، زرد و در ابعاد متناسب با سطل های زباله، سطل زباله در رنگ های آبی، سفید، زرد با هماهنگی مسئول بهداشت محیط توسط واحد انبار تهیه و تحویل گردد.

5-3- در کلیه بخش های بستری یک بین 240 لیتری به رنگ زرد و یک بین 240 لیتری به رنگ آبی توسط مسئول واحد کاخدارانی تهیه در اتاق کار کثیف بخش به منظور نگهداری موقت پسماندها در بخش تا زمان مراجعه کاخداران واحد مدیریت پسماند با هماهنگی مسئول بهداشت محیط قرارداد شده است.

5-4- کیسه های محتوی پسماند و safety box ها پس از پر شدن 3/4 حجم می بایست توسط کاخدار بخش جمع آوری و لیبل مخصوص بر روی آن نصب و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد.

5-5- کیسه های جمع آوری شده با استفاده از ترالی نظافت توسط کاخدار بخش به اتاق کار کثیف بخش منتقل و در بین 240 لیتری تا زمان مراجعه کاخدار واحد مدیریت پسماند نگهداری شود.

6- پایش و نظارت:

6-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط مسئول بهداشت محیط، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یکبار توسط واحد بهداشت محیط به کمیته بهداشت محیط مطرح خواهد شد.

6-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح زیر خواهد بود:

6-2-1- نظارت بر عملکرد کاخداران در اجرای دستورالعمل به ترتیب بر عهده مسئول کاخدارانی و مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد مسئول کاخدارانی در اجرای صحیح دستورالعمل بر عهده مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

6-2-3- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط در اجرای صحیح دستورالعمل بر عهده مدیر اجرایی خواهد بود.



تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول بهداشت محیط خطاب به مدیر اجرایی، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

7-2- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، مسئول بهداشت محیط و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع :

8-1- ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره 98414 مورخ 87/03/25

8-2- دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای " ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته " به شماره 94/10/07/306/16384 د مورخ

8-3- برنامه عملیاتی مدیریت پسماند

8-4- نحوه تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی در قسمتهای مختلف بخشهای ویژه به کد سند NIK-DOC-ENH-00119-0

8-5- نحوه تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی در قسمتهای مختلف بخشهای بستری NIK-DOC-ENH-00120-0

8-6- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401



تهیه کنندگان	داود فعله کاری-مسئول بهداشت محیط	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	مدیر پرستاری
تایید اولیه	تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوبه کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/10/21	تصویب و ابلاغ کننده
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	تاریخ بازنگری بعدی 1405/10/01 بیمارستان نیکان غرب
		کنترل شد 1404/11/02 بیمارستان نیکان غرب	