



1- هدف: این دستورالعمل به منظور کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها و جلوگیری از نشت شیرابه زباله به کف زمین و مسیر حمل و نقل و اطمینان از مناسب و ایمن بودن ظروف نگهداری و انتقال پسماندها در راستای استقرار نظام ایمنی پرسنل و بیمار 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 کلیه قسمتهای بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف: -

4- مسئولیت ها و اختیارات:

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

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

4-3- مسئول واحد کاخرداری مسئولیت اجرای صحیح این سند و نظارت بر عملکرد پرسنل تحت امر مطابق با دستورالعمل را بر عهده دارد.

4-4- پرسنل واحد کاخرداری مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

5-1- دستورالعمل کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها باید توسط مسئول بهداشت محیط تدوین شود و به کاخداران واحد مدیریت پسماند بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه در خصوص مدیریت پسماند و کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها آموزش دهد.

5-2- درخواست تهیه سطل های قابل شستشو و دارای درب و مقاوم در برابر نشت، ضربه های معمولی و شکستگی و خوردگی باید توسط مسئول بهداشت محیط به واحد تدارکات ارسال شود و توسط مسئول انبار تهیه و در اختیار بخش ها قرار گیرد.

5-3- باید از کیسه زباله متناسب با حجم سطل بطوری که کیسه ها کوچک یا نازک نباشند، توسط پرسنل کاخرداری استفاده گردد.

5-4- کیسه های محتوی پسماند پس از پر شدن $3/4$ حجم می بایست توسط پرسنل کاخرداری جمع آوری و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد.

5-5- سطل ها پس از هر بار استفاده از نظر تمیز بودن، سالم بودن و عدم نشت توسط پرسنل کاخرداری کنترل گردد و در صورت وجود مشکل به مسئول واحد گزارش گردد.

5-6- از ظروف معیوب توسط پرسنل کاخرداری استفاده مجدد نشود.

5-7- مایعات، محصولات خونی و سیالات بدن در کیسه های پلاستیکی حمل نشوند و فقط در ظروف یا کیسه های مقاوم توسط پرسنل کاخرداری حمل گردند.

5-8- به منظور نگهداری و انتقال پسماندهای تیز و برنده، توسط مسئول انبار داروخانه با هماهنگی مسئول بهداشت محیط safety box در حجم های متفاوت تهیه و در اختیار بخش ها قرار داده شود.

5-9- پسماندهای پزشکی پس از جمع آوری توسط پرسنل کاخرداری در ظروف و کیسه های تایید شده از نظر مقاوم بودن، رنگ و جنس قرار داده شده و در داخل سطل با رنگ های مشخص نگهداری شوند.

5-10- آلودگی کلیه ظروف ابتدا با آب و دترجنت و سپس گندزدایی طبق برنامه هفتگی و در صورت لزوم بیشتر از برنامه هفتگی توسط پرسنل کاخرداری انجام گیرد.

5-11- گندزدایی سطل های زباله توسط پرسنل کاخرداری با استفاده از قرص ژاول (1 قرص به ازای 4 لیتر آب) و طبق نظر مسئول واحد بهداشت محیط انجام شود.



12-5- اطمینان از سالم بودن ظروف نگهداری و حمل پسماند، بصورت راندوم از طریق مشاهده مستقیم نظارت برسطل های زباله توسط مسئول بهداشت محیط و مسئول کاخداری صورت گیرد.

6- پایش و نظارت:

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

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

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

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

3-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط در اجرای درست 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 به صورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت انجام خواهد شد.

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

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

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

3-7- 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.

4-7- 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.

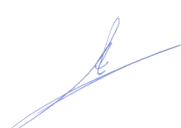
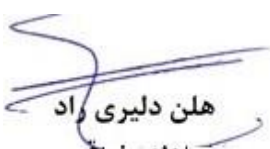
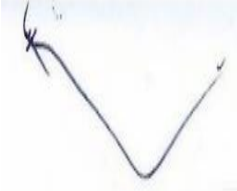
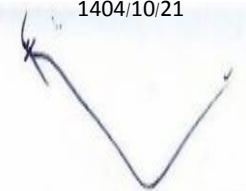
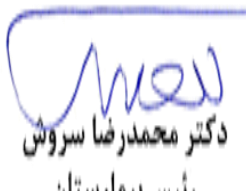
8- منابع و مراجع:

1-8- ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان حفاظت محیط زیست. سال 1386/12/26

2-8- مستند مربوطه در بیمارستان نیکان اقدسیه به شماره کد NIK-INS-HWM-00402-06

3-8- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401



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