



1- هدف: این دستورالعمل به منظور اطمینان از شفاف سازی و یکسان سازی روش شستشو و ضدعفونی شیشه های شیر با هدف جلوگیری از انتقال عوامل عفونی به نوزادان در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در بخش نوزادان و اتاق شیردهی الزامی می باشد.

3- تعاریف:

3-1- پاکسازی و شستشو (cleaning): به معنی زدودن فیزیکی آلودگی از سطح یا شیء آلوده می باشد. پاکسازی موثر، مکمل پروسه ضدعفونی و استریلیزاسیون است. با پاکسازی موثر از غیرفعال شدن مواد ضدعفونی کننده توسط بقایای مواد آلی جلوگیری گشته و امکان تماس کامل سطوح با مواد ضدعفونی کننده یا عامل استریل کننده فراهم می شود.

3-2- ضد عفونی (Disinfection): به معنی از بین بردن میکروارگانیسم های فعال و یا کاهش تعداد آنها تا حدی که برای سلامتی مضر نباشند می باشد و با روش های شیمیایی یا فیزیکی قابل انجام است. با این عمل نمی توان اسپورها را از بین برد.

3-3- استریلیزاسیون: حذف یا نابودی کامل تمام انواع میکروب ها (که شامل اسپور باکتری ها نیز می شود) طی فرایند شیمیایی یا فیزیکی

3-4- طبقه بندی ابزار پزشکی براساس ریسک انتقال عفونت:

ریسک انتقال عفونت	وسیله مورد استفاده	مثال	سطح ضدعفونی مورد نیاز
استریلیزاسیون	هرگونه وسیله ای که داخل عروق یا بافت های استریل می شود.	وسایل جراحی آرتروسکوپی بیوپسی	استریلیزاسیون -
ضد عفونی (سطح بالا)	وسایلی که در تماس با غشاهای مخاطی و پوست غیر سالم قرار می گیرند.	واژینال اسپکولوم اندوسکوپ (واحد اسکوپ) ابزار بیهوشی (لارنگوسکوپ)	ضد عفونی سطح بالا
ضد عفونی (سطح متوسط و پایین)	وسایلی که در تماس با پوست سالم یا بیمار نمی باشند.	تخت خواب ها دستگاه فشار خون	تمییز کردن / ضد عفونی سطح متوسط و پایین

4- مسئولیت ها و اختیارات:

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

4-2- سوپروایزران و اعضای تیم ممیزی مسئولیت نظارت و ارزیابی مستمر را بر عهده دارند.

4-3- مسئول واحدها مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود را بر عهده دارند.

4-4- کمک پرستاران مسئولیت اجرای صحیح دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

5-1- کمک پرستاران می بایست هنگام کار وسایل حفاظت فردی مناسب شامل دستکش بلند، پیش بند و... استفاده نمایند و قبل از تماس با شیشه های شیر و وسایل شیردوش ضد عفونی شده از بهداشتی بودن دست ها اطمینان حاصل نمایند.

5-2- کمک پرستاران می بایست کلیه قطعات شیشه شیر و ست شیر دوش را از هم جدا کنند.



3-5- پاک سازی اولیه: کمک پرستاران می بایست تمام قطعات را در آب سرد غوطه ور نمایند.

4-5- پاک سازی: کمک پرستاران می بایست با استفاده از مواد پاک کننده و آب گرم تمامی قسمت ها را شسته و داخل شیشه را با برس مخصوص شستشو نمایند.

5-5- ضد عفونی: کمک پرستاران می بایست روزانه قطعات ست شیر دوش یا قطعات شیشه شیر را داخل بویلر به مدت 10 دقیقه بجوشانند.

6-5- کمک پرستاران می بایست سطح دستگاه شیر دوش را با ماده پاک کننده تمیز و با اسپری ضد عفونی کننده سطوح ضد عفونی نمایند.

7-5- کمک پرستاران می بایست شیشه شیر های پلاستیکی و سیلیکونی را هر ماه دور بیاندازند.

6-پایش و نظارت:

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

2-6- نظارت: نظارت بر اجرای این سند به شرح ذیل خواهد بود:

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرستاران بخش NICU در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستار NICU، سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستار NICU، سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند بر عهده مدیر پرستاری خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 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 به ترتیب به مدیر پرستاری، مدیر درمان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت اعلام میشود.

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

1-7- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مرجع تایید این سند خواهد بود.

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

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

4-7- بازنگری: این سند توسط دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، مدیر پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

1-8- راهنمای بهداشت و کنترل عفونت در مراکز درمانی- دکتر سعید عبدالحسینی و همکاران- انتشارات پانا- پاییز 1391- چاپ اول

2-8- CDC - فوریه 2017

3-8- تجربیات بیمارستانی

4-8- دستورالعمل های داخلی

5-8- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401



تهیه کنندگان	داود فعله کاری - مسئول بهداشت محیط	نجمه چراغچی سرپرستار NICU	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت	عبداله فلاحی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهلاي معصومي مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهلاي معصومي مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب	کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب	