



- 1- **هدف :** این دستورالعمل با هدف اطمینان از پیشگیری از انتقال عفونت و ارتقای سطح ایمنی بیماران و کادر درمان در بیمارستان نیکان غرب در راستای سیاست بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار تدوین شده است .
- 2- **دامنه کاربرد:** اجرای این سند در بخش اتاق عمل بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.
- 3- **تعاریف:**
 - 1-3- عفونت های مسری (واگیر) : بیماری که عامل شناخته شده فیزیکی داشته باشد و این بیماری بین انسان ها، یا انسان و حیوان مسری و مشترک باشد (مانند کووید 19، هپاتیت، HIV، HPV و ...) .
- 4- **مسئولیت ها و اختیارات:**
 - 1-4- سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستار اتاق عمل مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
 - 2-4- مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد .
 - 3-4- سرپرستار بخش و سرپرستار اتاق عمل مسئولیت نظارت مستقیم بر عملکرد صحیح پرسنل را بر عهده دارند.
 - 4-4- سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را بر عهده دارد.
 - 5-4- تیم کادر درمان مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
- 5- **گام های دستورالعمل:**
 - 1-5- در صورتی که بیمار مبتلا به بیماری های عفونی واگیردار باشد و نیاز به عمل جراحی داشته باشد، باید قبل از انتقال بیمار، اتاق عمل توسط سرپرستار/ مسئول شیفت از نوع عفونت بیمار و رعایت نوع احتیاطات لازم (قطره، هوایی، تماسی) مطلع گردد.
 - 2-5- نوبت عمل های روزانه بیماران از نظر اورژانسی- پرخطر- عفونی بودن و آسیب پذیری باید با در نظر گرفتن اولویت عمل های جراحی توسط سرپرستار اتاق عمل در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل تنظیم گردد.
 - 3-5- بسته به نوع عمل، مقاومت آنتی بیوتیکی و عفونت بیمار، باید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی برای بیمار توسط پزشک جراح/متخصص عفونی تجویز گردد.
 - 4-5- در تریاژ بیماران در صورت امکان، باید عمل های عفونی در صورت غیر اورژانس بودن به عنوان آخرین عمل توسط سرپرستار اتاق عمل/مسئول شیفت در نظر گرفته شود.
 - 5-5- حین تحویل بیمار در اتاق عمل باید در فرم "مراقبت قبل از عمل" با خودکار قرمز، نوع عفونی بودن بیمار توسط پرستار بخش مشخص شود.
 - 6-5- در صورت پذیرش بیمار عفونی، باید قبل از فراخواندن بیمار توسط منشی بخش، اطلاع رسانی لازم توسط مسئول شیفت به تیم جراحی و بیهوشی و پرسنل اتاق عمل انجام شود. پس از بررسی پرونده بیمار بسته به نوع عمل، وسایل و تجهیزات مورد نیاز اتاق عمل و دستگاه ها آماده گردد.
 - 7-5- در صورت عفونی بودن عمل، باید اتاق مخصوص (اتاق عمل عفونی) توسط سرپرستار اتاق عمل در نظر گرفته شود و فشار مثبت از اتاق عمل حذف شود و شرایط ضد عفونی وسایل و اتاق ها جهت عمل عفونی آماده گردد .
 - 8-5- خروج کلیه وسایل غیرضروری اتاق توسط کمک بهیار و خدمات، از آن اتاق باید توسط پرستار مسئول شیفت چک شود.
 - 9-5- سیرکولر تابلوی " اتاق عفونی" بر درب اتاق، جهت ممنوع بودن تردد پرسنل در اتاق مذکور باید توسط پرستار مسئول شیفت نصب گردد.
 - 10-5- استفاده از کلیه وسایل حفاظت فردی توسط تمام پرسنلی که وارد اتاق عمل عفونی می شوند، با در نظر گرفتن رعایت احتیاطات همه جانبه عمومی، باید توسط پرستار مسئول شیفت چک شود.



- 11-5- پذیرش بیماران عفونی با توجه به نوع عفونی بودن بیمار، باید توسط پرسنل اتاق عمل با نظارت پرستار مسئول شیفت بصورت زیر انجام شود:
- 11-5-1- در صورتی که بیمار مبتلا به بیماری عفونی واگیردار مانند سل، آنفولانزا، آبله مرغان و ... باشد، پرسنل اتاق عمل و بیهوشی با توجه به دستورالعمل ایزولاسیون از وسایل حفاظت فردی مناسب با نوع ایزولاسیون بیمار (هوایی، قطره) استفاده نموده و نکات ایزولاسیون را رعایت نمایند.
- 11-5-2- در صورتی که بیمار با عفونت غیر واگیر (مانند زخم های عفونی) در اتاق عمل پذیرش شود، بعد از عمل شستشو و ضد عفونی ابزار استفاده شده در این نوع پروسه ها، در خود اتاق عمل عفونی انجام شده و سپس به واحد CSSD منتقل شود.
- 11-5-3- پرسنل اتاق عمل باید کلیه ابزار آلوده استفاده شده را به صورت باز در محلول ضدعفونی غوطه ور ساخته و از خروج هر گونه وسیله اکیدا خودداری کنند.
- 11-5-4- در صورتی که بیمار مبتلا به HIV یا HBS+ یا HPV باشد، در حد امکان از وسایل یکبار مصرف استفاده نموده و قبل از انتقال وسایل به واحد CSSD مسئول واحد مربوطه را آگاه نمایند.
- 11-5-5- پرسنل بی هوشی کلیه اتصالات راه هوایی متصل به ماشین بیهوشی را بصورت یکبار مصرف استفاده نموده و بعد از اتمام عمل در زباله های عفونی دفع نمایند.
- 11-5-6- رفت و آمد و تعداد پرسنل در اتاق عمل عفونی باید به حداقل برسد.
- 11-5-7- تیم جراحی و بیهوشی بایستی وسایل حفاظت فردی (گان، دستکش، ماسک) را در داخل اتاق عمل خارج کرده و در کیسه مخصوص زباله های عفونی قرار گیرد.
- 11-5-12- نظافت و گندزدایی و شستشو و ضدعفونی اتاق عمل عفونی باید توسط کاخدار اتاق عمل و طبق دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط های اتاق عمل به شماره مدرک WNH-INS-ENH-00070-03 و روش اجرایی استریل وسایل و تضمین کیفیت به شماره مدرک WNH-PRU-ICD-00011-03 انجام شود.
- 11-5-13- کلیه اتصالات بیمار اعم از لاین ها و لوله های تنفسی، باتل ساکشن یکبار مصرف باید توسط کاخدار اتاق عمل داخل کیسه زباله عفونی (زرد) قرار داده شود و برای احتیاط بیشتر زباله های عفونی در دو کیسه قرار گیرد.
- 11-5-14- اقدامات لازم در صورت مواجهه شغلی با این بیماران طبق خط مشی و روش مواجهه با نیدل استیک به شماره مدرک WNH-PNP-OCH-00006-02 توسط پرستار مسئول شیفت صورت گیرد.
- 11-5-15- در ریکاوری نیز نوع احتیاط استاندارد (هوایی، قطره، تماسی) باید توسط پرستار ریکاوری در بالای تخت بیمار نصب شود .
- 11-5-16- تخت بیمار عفونی باید توسط پرستار ریکاوری به وسیله پاراوان از سایر بیماران جدا گردد.
- 11-5-17- در بالین و زمان مراقبت از بیمار باید بسته به نوع احتیاط از لوازم حفاظت فردی توسط پرستار ریکاوری استفاده گردد.
- 11-5-18- بعد از انتقال بیمار به بخش بستری، پاکسازی و ضدعفونی تجهیزات و برانکارد، پاراوان بیمار عفونی باید توسط کاخدار اتاق عمل و طبق دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط های اتاق عمل به شماره مدرک WNH-INS-ENH-00070-03 و روش اجرایی استریل وسایل و تضمین کیفیت به شماره مدرک WNH-PRU-ICD-00011-03 انجام شود.
- 11-5-19- در صورت امکان بهتر است مراقبت از بیمار عفونی توسط 1 نفر پرستار انجام شود و بیمار در انتهای ترین قسمت ریکاوری نزدیک سینک شستشوی دست قرار داده شود. نظارت بر اجرای این امر توسط پرستار مسئول شیفت صورت گیرد.



6- پایش و نظارت :

6-1- 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 یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت بر اساس چک لیست پایش انجام و در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

6-2-1- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستاران، سوپروایزران بالینی و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد سرپرستاران، سوپروایزران بالینی و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست سند بترتیب بر عهده مدیر پرستاری، تیم ایمنی بیمار و مدیر درمان خواهد بود.

6-2-3- نظارت بر عملکرد پزشکان 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 خطاب به مدیر پرستاری، بصورت رونوشت به مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

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

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

7-3- 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.

7-4- بازنگری: این سند توسط دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس 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:

8-1- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم-سال 1401



تهیه کنندگان	یعقوب داودی نژاد- سرپرستار اتاق عمل	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	عبداله فلاحي- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهدي معصومي مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهدي معصومي مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده
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