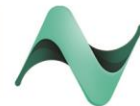
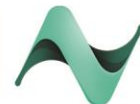


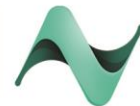
۱- هدف: ارتقای ایمنی بیماران، کارکنان و مراجعین، کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان و کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی و ارتقا و بهبود روند گزارش دهی عفونت های بیمارستانی و بیماریابی در بخش ها می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بستری صاحبان فرایند: کمیته کنترل عفونت، روسا و مسئولین بخش ها، پرستاران، بیماران، همراهان، کارکنان بالینی	
۳- تعاریف: ۱-۳ عفونت بیمارستانی: عفونتی که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آن که در زمان پذیرش فرد علائم آشکار عفونت را نداشته و یا در دوره کمون خود نبوده باشد. چهار نوع عفونت شایع تر بیمارستانی شامل: ۱- عفونت تنفسی ۲- عفونت ادراری ۳- عفونت بعد از جراحی ۴- عفونت خون می باشد.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی به منظور ارتقای ایمنی بیماران، کارکنان و مراجعین، کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان و کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت ، مدیر پرستاری.	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	تیم کنترل عفونت مسئولیت بررسی گزارشات و آمارهای عفونت های بیمارستانی و ارائه اقدامات اصلاحی را بر عهده دارد.
۲-۶	پزشک متخصص عفونی مسئولیت بررسی گزارشات عفونت های اعلام شده و تطابق آن با معیارهای INIS را برعهده دارد.
۳-۶	سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت آموزش روش های شناسایی عفونت های بیمارستانی و بررسی و گزارش موارد مشکوک و آمار ماهانه به کمیته کنترل عفونت و نظارت بر اجرای اقدامات پیشگیرانه از بروز عفونت را برعهده دارد.
۴-۶	سوپروایزر آموزش: مسئول برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی مرتبط با روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی برای کلیه کارکنان بیمارستان می باشد.
۵-۶	مسئول بخش (سرپرستار) ، مسئول شیفت و رابط کنترل عفونت مسئولیت اجرای اقدامات پیشگیرانه و بررسی و گزارش دهی موارد مشکوک را در حیطه مسئولیت ها و اختیارات خود را برعهده دارد.
۶-۶	سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت : مسئول نظارت بر اجرای صحیح فرآیندهای بالینی مرتبط با پیشگیری از عفونت های بیمارستانی می باشد و همچنین مسئولین بستری بیماران عفونی در اتاق های ایزوله و یا در فاصله ایمن با سایر بیماران را بر عهده دارد.
۷-۶	مدیر پرستاری: مسئول بررسی موارد عدم انطباق گزارش شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت و بالینی بوده و بازخورد لازم را به سرپرستاران ارائه می دهد تا اقدامات اصلاحی لازم توسط صاحبان فرآیند انجام شود.
۷- شیوه انجام کار:	
۱-۷ بیماریابی موارد عفونت بیمارستانی:	
۱-۱-۷ سوپروایزر آموزش، سوپروایزر کنترل عفونت	۱-۱-۷ آموزش چهار عفونت اصلی بیمارستانی در غالب اسلاید تهیه و در اختیار پرسنل قرار داده می شود. همچنین آموزش پرستاران در قالب کلاس آموزشی (بدو ورود - با تقویم مستمر) حداقل سالی یکبار انجام می شود.
۲-۱-۷ رابط کنترل عفونت، سرپرستار	۲-۱-۷ داده های مربوط به شناسایی عفونت های بیمارستانی در قالب فرم شماره ابیماریابی از بخش ها روزانه توسط رابط کنترل عفونت بخش و یا سرپرستار به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع داده می شود.
۳-۱-۷ مسئول آزمایشگاه	۳-۱-۷ کشت های مثبت بیماران بطور مستمر توسط واحد میکروب شناسی آزمایشگاه به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع رسانی می گردد.
۴-۱-۷ سوپروایزر کنترل عفونت	۴-۱-۷ سوپروایزر کنترل عفونت بصورت مستمر و فعالانه جهت بیماریابی موارد عفونت بیمارستانی اقدام می نماید.
۵-۱-۷ پزشک متخصص عفونی	۵-۱-۷ بررسی گزارشات عفونت های اعلام شده و تطابق آن با معیارهای INIS توسط پزشک متخصص عفونی انجام می شود.



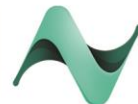
سوپروایزر کنترل عفونت	۷-۱-۶- موارد عفونت های بیمارستانی تابید شده در پایان هر ماه در سامانه INIS ثبت می گردد.
۷-۲-۲- مراقبت های بسته ای در پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی:	
۷-۲-۲-۱- پیشگیری از VAP (Ventilator Associated Pneumonia) پنومونی وابسته به ونتیلاتور	
پزشک متخصص بیهوشی	۷-۲-۲-۱-۱- لوله گذاری داخل تراشه جز در موارد ضروری محدود گردد و حتما توسط متخصص بیهوشی انجام می شود و در صورت لوله گذاری، با توجه به شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج می گردد.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۲- در بیماران تحت تهویه مکانیکی، در صورتی که منع پزشکی وجود ندارد، سر تخت بیمار را ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا نگه دارید.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۳- ساکشن فقط در مواقع ضروری انجام می شود و از انجام آن بصورت روتین پرهیز می شود. پرستاران ویژه قبل و بعد از ساکشن دست های خود را می شویند و موقع انجام ساکشن دستکش استریل می پوشند و ساکشن را به روش استریل انجام می دهند.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۴- سوند ساکشن بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود و یا از سرم نرمال سالین استریل برای شستشوی سوند در فاصله دوبار فروبردن آن در لوله تراشه استفاده می شود. سرم نرمال سالین مذکور روزانه تعویض می گردد.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۵- پرستار بیمار از کاتترهای جداگانه جهت ساکشن حلق و لوله تراشه یا تراکتوستومی استفاده می نماید.
کمک پرستار	۷-۲-۲-۶- کیسه ساکشن به محض پر شدن دو سوم حجم تعویض می گردد.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۷- آمبوبگ ها منحصرأ مربوط به همان بیمار می باشد و پس از ترخیص بیمار، آمبوبگ مربوطه در سطل عفونی دور انداخته می شود.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۸- ست لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی است و در صورت وجود آلودگی یا کارکرد معیوب تعویض می گردد. فیلتر برای هر بیمار و هر ۴۸-۷۲ ساعت و در صورت وجود آلودگی واضح تعویض می گردد. در اتاق عمل به ازای هر بیمار فیلتر تعویض می گردد.
کمک پرستار	۷-۲-۲-۹- در بزرگسالان ORAL CARE با محلول کلرهگزیدین دو بار در روز انجام می شود.
پزشک معالج	۷-۲-۲-۱۰- از داروهای SEDATIVE در حداقل مقادیر مورد نیاز استفاده می شود.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۱۱- در صورتیکه منع پزشکی وجود ندارد بیماران در اسرع وقت OOB می شوند.
پزشک معالج	۷-۲-۲-۱۲- اقدامات پیشگیری از بروز DVT و زخم های گوارشی توسط پزشک معالج برنامه ریزی و توسط پرستار مربوطه انجام می گردد.
کلیه کادر درمان	۷-۲-۲-۱۳- رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت در تمام مدت مراقبت از بیمار توسط همه اعضا تیم مراقبت و درمان انجام می شود.
۷-۲-۲-۲- پیشگیری از Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) عفونت ادراری وابسته به کاتتر	
پزشک معالج	۷-۲-۲-۲-۱- کاتترگذاری ادراری فقط در صورت دارا بودن اندیکاسیون های کاتترگذاری ادراری انجام می شود. این موارد شامل: هماجوری، OBSTRUCTION و یا RETENTION ادراری، بیمارانی که تخت جراحی های اورولوژی و یا سایر جراحی های لگنی، نیاز به ارزیابی وضعیت ادراری بیمار و یا کنترل INTAKE AND OUTPUT، در بیماران دارای زخم های فشاری، در بیماران ناتوان حرکتی، در بیمارانی که در مرحله END OF LIFE تحت مراقبت پرستاری هستند.
کلیه کادر درمان	۷-۲-۲-۲-۲- رعایت بهداشت دست بلافاصله قبل و بعد از سوندگذاری یا دستکاری محل و یا کاتتر و یا نمونه گیری ادرار انجام می شود.
کلیه کادر درمان	۷-۲-۲-۲-۳- اطمینان حاصل می شود که فرد آموزش دیده کاتترگذاری را انجام می دهد. افراد غیرمجاز حق کارگذاری کاتتر ادراری را در بیمارستان ندارند.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۲-۴- کاتتر گذاری در شرایط استریل و با تجهیزات استریل انجام می شود. اگر هنگام سوندگذاری به هر دلیل تکنیک آسپتیک رعایت نشده باشد و یا کاتتر مسدود شده یا نشستی داشته باشد در این صورت سوند ادراری و کیسه ادراری تعویض می شود.

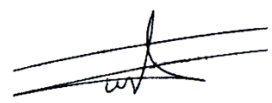
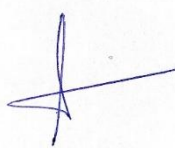


پرستار مسئول بیمار	۵-۲-۲-۷- پیش از ورود کاتتر ناحیه پرینه و اطراف مجاری ادراری به خوبی تمیز می شود.
پرستار مسئول بیمار	۶-۲-۲-۷- جهت کاتترگذاری از سایز مناسب سوند فولی و کمترین سایز مناسب استفاده می شود.
پرستار مسئول بیمار	۷-۲-۲-۷- سوند فولی روی ران بیمار با چسب فیکس می شود تا از کشیده شدن سوند به سمت خارج پیشگیری شود.
پرستار مسئول بیمار، کمک پرستار	۸-۲-۲-۷- از اتصال سوند فولی با کاتتر اطمینان حاصل می شود. کیسه ادرار همیشه پایین تر از سطح بدن و نه روی زمین قرار می گیرد.
کمک پرستار	۹-۲-۲-۷- تخلیه کیسه ادرار پس از رعایت بهداشت دست و احتیاطات استاندارد و عدم تماس محل خروج ادرار با ظرف جمع آوری ادرار انجام می شود و از تخلیه ادرار چند بیمار در یک ظرف مشترک بدون شستشوی ظرف مابین بیمارها پرهیز می شود.
کمک پرستار	۱۰-۲-۲-۷- بهداشت پرینه روزانه با محلول نرمال سالین جهت بیمارانی CBR و بیمارانی که کاتتر گذاری شده اند توسط کمک بهیار انجام می شود.
پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار	۱۱-۲-۲-۷- روزانه اندیکاسیون کاتتر بیمار ارزیابی می شود و در اسرع وقت سوند فولی خارج می شود. در صورتی که اندیکاسیون ندارد توسط پرستار مسئول در اسرع وقت به اطلاع پزشک معالج می رسد.
پرستار مسئول بیمار	۱۲-۲-۲-۷- تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود. تنها در زمانی که اندیکاسیون بالینی وجود داشته باشد) مانند عفونت، انسداد یا باز شدن سیستم بسته، کاتتر تعویض می گردد.
پرستار مسئول بیمار، کمک پرستار	۱۳-۲-۲-۷- بهترین نمونه اولین ادرار صبحگاهی است که حداقل به مدت ۳ ساعت داخل مثانه باقی مانده و تغلیظ شده می باشد. در غیر این صورت از نمونه های ادرار تصادفی استفاده می شود از نیم ساعت قبل سوند را کالپ کرده. دستکش پوشیده. اگر سوند محل مخصوص نمونه گیری دارد، محل را با پنبه الکل ضد عفونی می کنند سوزن را با زاویه ۳۵ درجه وارد قسمت مخصوص کرده ادرار را داخل سرنگ می کشند. اگر سوند پلاستیکی است و قسمت مخصوص نمونه گیری ندارد، روی سوند درست بالای محل اتصال سوند به لوله جمع آوری را با پنبه الکل ضد عفونی کرده سوزن را با زاویه ۱۲ درجه وارد می کنند نمونه را با سرنگ کشیده نمونه را به یک ظرف استریل مخصوص نمونه گیری انتقال می دهند. از کیسه سوند ادرار نمونه گیری انجام نمی شود (مگر برای جمع آوری ادرار ۱۱ ساعته، با رعایت اصول آسپتیک)
۳-۲-۲-۷- پیشگیری از Surgical Site Infection (SSI) عفونت ناحیه جراحی	
پزشک معالج	۱-۳-۲-۷- قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل توسط پزشک مشخص تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت توسط پزشک به تاخیر انداخته می شود.
پزشک معالج	۲-۳-۲-۷- آزمایشات بیمار قبل از عمل های پرریسک توسط پزشک از نظر هپاتیت B و HIV مشخص می گردد.
کمک پرستار	۳-۳-۲-۷- در صورتیکه موها در محل عمل تداخل ایجاد نماید کوتاه کردن موها ۲ ساعت قبل از عمل توسط کمک پرستار یا استفاده از کلیپر و یا کرم موبر انجام می گیرد این عمل در بخش مربوطه صورت می گیرد. (بر اساس دستورالعمل کشوری جراحی ایمن) استفاده از شیور برای شیو پیش از عمل توصیه نمی شود.
پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار	۴-۳-۲-۷- تجویز و مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مطابق دستورالعمل استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی انجام می شود. و از ادامه بی مورد آنتی بیوتیک ممانعت می شود.
پزشک معالج	۵-۳-۲-۷- کنترل وضعیت بیمار (ترک سیگار یک ماه قبل، کنترل قند خون، اصلاح سو تغذیه، اصلاح هیپوترمی) توسط پزشک پیش از عمل جراحی مدیریت می شود.
پرستار مسئول بیمار	۶-۳-۲-۷- تا حد امکان پانسمان ۲۴ تا ۴۸ ساعت ابتدایی بعد از عمل دستکاری نمی شود.
پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار	۷-۳-۲-۷- تعویض پانسمان به صورت استریل و با رعایت بهداشت دست انجام می شود.
۴-۲-۲-۷- پیشگیری از Central line-associated BSI (CLABSI) عفونت خون وابسته به کاتتر	



پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار	۲-۴-۲-۷- بهداشت دست پیش از گذاشتن کاتتر، حین مراقبت و همچنین استفاده از آن رعایت می شود.
پزشک معالج	۲-۴-۲-۷- از گذاشتن کاتتر مرکزی بدون اندیکاسیون اجتناب می شود. و در صورت نیاز به کاتتر گذاری، از گذاشتن کاتتر مرکزی فمورال در بزرگسالان تا حد امکان اجتناب می شود.
پزشک معالج	۲-۴-۳-۷- حین گذاشتن کاتتر مرکزی از حداکثر تجهیزات حفاظت فردی شامل گان و ماسک و کلاه و دستکش استریل استفاده می شود.
پزشک معالج	۲-۴-۴-۷- حین گذاشتن کاتتر مرکزی درپ استریل با سایز بزرگ استفاده می شود.
پرستار مسئول بیمار	۲-۴-۵-۷- پانسمان محل کاتتر مرکزی در صورت استفاده از پانسمان شفاف هر ۷ روز یکبار و در صورت پانسمان با گاز استریل هر ۴۸ ساعت تعویض می گردد و از استفاده از چسب آتریوکت به عنوان پانسمان اجتناب می شود. همچنین پانسمان در صورت خیس شدن، شل شدن و یا آلودگی فوراً تعویض می گردد.
پرستار مسئول بیمار	۲-۴-۶-۷- هاب و پورت کاتتر مرکزی پیش از هر بار استفاده با الکل ۷۰ درصد ضد عفونی می شود.
پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار	۲-۴-۷-۷- بیمار روزانه از نظر ادامه نیاز به کاتتر مرکزی بررسی می شود و در اسرع وقت کاتتر خارج می گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سوپروایزر کنترل عفونت می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مدیر درمان بر روند اجرای خط مشی و روش نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه های زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران، دوره پنجم سال ۱۴۰۱	
۱۰-۲- راهنمای شناسایی صحیح بیمار، فرناز مستوفیان مرداد سال ۱۳۹۲	
۱۰-۳- شیوه نامه پوشش بیمه بستری افراد مجهول الهویه ۱۳۹۸/۰۱/۰۱	
۱۰-۴- دستورالعمل های داخلی بیمارستان و مصوبات کمیته های بیمارستان	



تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	