

۱- هدف: پیشگیری از انتقال و گسترش عفونت توسط افرادی که در تماس با بیمار می باشند.

۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی

۳- تعاریف:

احتیاطات هوایی: برای جلوگیری از انتقال بیماری هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچکتر از ۵ میکرون یا ذرات گردوغبار حاوی عامل عفونی منتقل می شوند بکار می رود.

احتیاطات قطرات: برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت از این نوع احتیاط استفاده می شود. به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت/ عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند.

احتیاطات تماسی: برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم از بیماران کلونیزه یا دچار عفونت که از طریق تماس مستقیم یا تماس غیرمستقیم انتقال می یابند توصیه می شود.

۴- سیاست اجرائی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف پیشگیری از انتقال و گسترش عفونت توسط افرادی که در تماس با بیمار می باشند، مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: سرپرستار بخش

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

۱-۶	سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت اطلاع رسانی، آموزش و نظارت بر انجام صحیح دستورالعمل را برعهده دارد.
۲-۶	سرپرستار بخش مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح پروتکل توسط پرسنل بخش خود را برعهده دارد.
۳-۶	پرسنل بخش مسئولیت انجام صحیح پروتکل و آموزش به ملاقات کنندگان درخصوص اجرای آن را برعهده دارند.

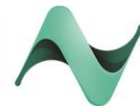
۷- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	
سرپرستار بخش/ مسئول شیفت	۷-۱- به هنگام بستری بیمار مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری حاد تنفسی یا بیماری عفونی به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع داده شود.
سوپروایزر کنترل عفونت/ سرپرستار بخش	۷-۲- به پرسنل بخش آگاهی لازم درخصوص انواع ایزولاسیون و احتیاطات استاندارد داده شود.
پرستار مربوطه	۷-۳- برگه ثبت تردد کارکنان و ملاقات کنندگان روی درب اتاق بیمار نصب گردد.
کمک بهیار	۷-۴- کمد وسایل حفاظت فردی کنار درب اتاق بیمار گذاشته شود.
مسئول شیفت	۷-۵- وسایل حفاظت فردی متناسب با نوع احتیاط استاندارد (هوایی/ قطره ای/ تماسی) در کمد PPE در دسترس پرسنل قرار داده شود.
کاخدار بخش	۷-۶- سطل زرد جایگزین سطل آبی اتاق بیمار گردد. (تمامی پسماندهای بیمار عفونی می باشند)
سرپرستار/ مسئول شیفت	۷-۷- به تمامی کارکنان بخش و افرادی که با بیمار در تماس هستند از قبیل: آزمایشگاه، فیزیوتراپی، تصویربرداری و ملاقات کنندگان بیمار آموزش و آگاهی لازم درخصوص نوع ایزوله و احتیاط استاندارد داده شود.
تمامی کارکنان و ملاقات کنندگان	۷-۸- تمامی ورود و خروج ها به اتاق بیمار با ذکر نام و سمت فرد (پرسنل و ملاقات کنندگان) در برگه ثبت تردد حتما ثبت گردد.
تمامی کارکنان و ملاقات کنندگان	۷-۹- تا زمان بستری بیمار تمامی موارد به صورت مداوم اجرا گردد.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سوپروایزر بالینی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.

۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بروند اجرای این دستورالعمل نظارت دارند.



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

۹-۱- تایید: مسئول فنی، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

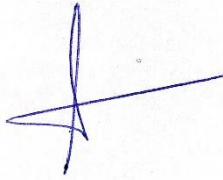
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

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 زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- دستورالعمل های ابلاغی وزارت مطبوع

تهیه کنندگان

مهدتاب زمانی مدیریت پرستاری	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	مهدتاب زمانی مدیریت پرستاری	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	