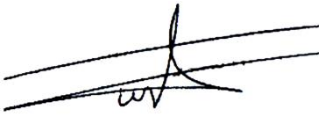
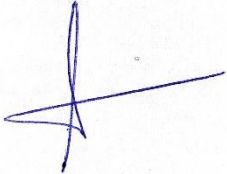




۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل یکسان سازی اجرای فرایند شست و شو و ضد عفونی لارنگوسکوپ در تمامی بخش های بیمارستان نیکان می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک	
۳- تعاریف :	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان:	
۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف کاهش انتقال عفونت های بیمارستانی مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران بخش ها	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	سوپروایزران: در راندهای بالینی بر نحوه فرایند و تاریخ شست و شوی تیغه های لارنگوسکوپ نظارت دارند.
۲-۶	سرپرستار: بر انجام صحیح فرایند شست و شو و ضد عفونی لارنگوسکوپ نظارت دارد.
۳-۶	کمک بهیار: شست و شو و ضد عفونی تیغه ها و دسته لارنگوسکوپ را طبق دستورالعمل اجرایی می کند.
۴-۶	پرسنل CSSD: شست و شو و ضد عفونی و پکینگ تیغه ها ی لارنگوسکوپ را طبق دستورالعمل اجرایی می کند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
	۱-۷ با توجه به اینکه تیغه لارنگوسکوپ از دسته ابزارهای نیمه بحرانی می باشد (یعنی با مخاط بیمار در تماس است) بایستی گندزدایی در سطح بالا انجام شود.
کمک بهیار	۲-۷ ابتدا وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، شیلد و دستکش) پوشیده شود.
کمک بهیار	۳-۷ تیغه لارنگوسکوپ از دسته آن جدا شود.
کمک بهیار	۴-۷ تیغه های لارنگوسکوپ با برس مخصوص تمیز سپس با مایع دترجت و آب زیر ۴۵ درجه شسته و آبکشی و خشک گردد.
کمک بهیار	۵-۷ تعداد تیغه ها، نام بخش و تاریخ و ساعت تحویل در دفتر تحویل ابزار به واحد استریلیزاسیون ثبت گردد.
کمک بهیار	۶-۷ بعد از آبکشی، تیغه ها درون یک رسیور، داخل سبد انتقال وسایل غیراستریل به واحد CSSD جهت استریلیزاسیون تحویل داده شود.
پرسنل CSSD	۷-۷ تیغه ها با مستندات ثبت شده در دفتر بخش مطابقت داده شود.
پرسنل CSSD	۸-۷ بعد از پوشیدن لوازم حفاظت فردی، تیغه ها مجدد شست و شو، آبکشی و خشک و وی پگ شده و در سیکل مناسب دستگاه اتوکلاو گذاشته شود.
پرسنل CSSD	۹-۷ پس از اتمام زمان استریلیزاسیون به قسمت نگهداری اقلام استریل منتقل شود.
کمک بهیار	۱۰-۷ تیغه ها داخل سبد انتقال ابزار استریل قرار داده شده و به بخش منتقل شود.
کمک بهیار	۱۱-۷ بعد از هندراب و ضد عفونی دست ها، در بخش به ظرف مخصوص نگهداری لارنگوسکوپ در ترالی کد منتقل شود.
کمک بهیار	۱۲-۷ ظرف نگهداری تیغه لارنگوسکوپ بایستی درب دار و قابل شست و شو باشد که پس از هربار استفاده از لارنگوسکوپ و یا در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی و بعد از هر بار استفاده در بخش گندزدایی شده و سپس جهت استریلیزاسیون به واحد CSSD منتقل گردد.



کمک بهیار	۱۳-۷- دسته لارنگوسکوپ قابل شست و شو نمی باشد چنانچه به خون یا بافت آغشته است ابتدا با تنظیف مرطوب پاکسازی شود سپس با تنظیف دیگری که آغشته به محلول ضد عفونی کننده ابزار و تجهیزات با رقت توصیه شده (جهت اطلاع از نحوه رقیق سازی و غوطه وری ابزار به نحوه مصرف درج شده بروی لیبل محلول توجه فرمائید) (توجه فرمایید تنظیف نباید خیس باشد فقط محلول روی آن اسپری شود).
کمک بهیار	۱۴-۷- باتری و لامپ یدک لارنگوسکوپ روی درب نصب شود و به هیچ عنوان (به علت احتمال انتقال آلودگی) درون ظرف گذاشته نشود.
پرستار	۱۵-۷- هندراب دست ها، قبل از هربار کنترل عملکرد تیغه های لارنگوسکوپ انجام شود.
کمک بهیار	۱۶-۷- طبق تایم تیبل ارائه شده به واحد ها در روزهای خاص لارنگوسکوپ بخش ها به واحد CSSD ارسال گردد. (به جهت همپوشانی افقی و عمودی بخش ها روزهای ارسال لارنگوسکوپ متفاوت میباشد)
تایم تیبل ارسال لارنگوسکوپ به CSSD	شنبه: امید، سپهر، ICU2، کت لب، بلوک زایمان، اورژانس، اردیبهشت، رادیولوژی، کلینیک یک شنبه: سپید، CCU2، CCU1، اسکوپ، اورژانس، ICU OH، NICU، پزشکی هسته ای دوشنبه: ICU1، سپند، کت لب، ستاره، ستایش، اورژانس، کلینیک، MRI
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سوپروایزر کنترل عفونت می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۲-۸- نظارت: ریاست کمیته با استفاده از بررسی و گزارشات سوپروایزر کنترل عفونت از طریق راندهای روزانه بر اجرای صحیح دستورالعمل نظارت دارد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹- تایید: سوپروایزر کنترل عفونت، مرجع تایید این خط مشی خواهد بود.	
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این خط مشی در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۴-۹- 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:	
۱-۱۰- دستورالعمل معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	

تهیه کنندگان			
فرزاد گندگون سوپروایزر آموزش	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتبار بخشی	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	مهتاب زمانی مدیریت پرستاری
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		مهتاب زمانی مدیریت پرستاری	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
بهبود کیفیت بیمارستان نیکان 		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	