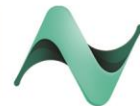




۱- هدف: این دستورالعمل به منظور تفکیک پسماند عادی در مبدأ و با هدف ایجاد رویه‌ای مناسب و ضابطه‌مند جهت جداسازی و تفکیک پسماند عادی در مبدأ و اطمینان از کاهش خطرات در اثر تفکیک پسماند عادی و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و ایمنی پرسنل و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی در بیمارستان نیکان تدوین شده است.	
۲- دامنه کاربرد: این دستورالعمل در کلیه قسمت‌های بیمارستان نیکان کاربرد دارد.	
۳- تعاریف: پسماندهای پزشکی ویژه: تمامی پسماندهای عفونی و زبان‌آور ناشی از بیمارستان‌ها که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خورندگی و عوامل مشابه، نیاز به مدیریت خاص دارند. پسماند عادی: ناشی از کارکردهای خانگی و مدیریت اجرایی شامل پسماندهای آشپزخانه - آبدارخانه - قسمت‌های اداری و مالی - ایستگاه‌های پرستاری - فعالیت‌های باغبانی و از این قبیل.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴-۱ سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و ایمنی پرسنل و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول بهداشت محیط	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول بهداشت محیط مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل را برعهده دارد و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۲-۶	سوپروایزران، سرپرستاران، رابطین کنترل عفونت و مسئول واحد کاخداری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود را دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۳-۶	کلیه کارکنان بیمارستان مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را برعهده دارند و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	۱-۷-۱ دستورالعمل تفکیک پسماندهای عادی در مبدأ تدوین و به کلیه پرسنل بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه درخصوص مدیریت پسماند و تفکیک پسماندهای عادی در مبدأ آموزش داده شود. ۲-۷-۱ امکانات لازم جهت تفکیک پسماند عادی از قبیل سطل آبی یا استیل و کیسه مناسب با رنگ مشکی و لیبل تهیه و مطابق با درخواست بخش، تحویل گردد. ۳-۷-۱ در کلیه بخش‌های بستری یک عدد بین ۶۰ لیتری آبی در اتاق دارو و درمان و یک بین ۲۴۰ لیتری در اتاق کار کثیف بخش به منظور تفکیک پسماندهای عادی با هماهنگی مسئول واحد بهداشت محیط قرار داده شود. همچنین در کلیه اتاق‌های بستری سطل استیل مجهز به کیسه مشکی قرار داده شود. ۴-۷-۱ پسماندهای عادی (مطابق تعریف فوق الذکر) توسط کلیه پرسنل درمانی در سطل آبی رنگ یا استیل مجهز به کیسه مشکی رنگ دفع گردد. ۵-۷-۱ از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عفونی، تیز و برنده و شیمیایی و دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عفونی خودداری شود. ۶-۷-۱ قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق‌های بستری عادی و تحت‌نظر ممنوع است. پسماندهای عفونی اتاق‌های بستری عادی می‌بایست با ترولی دارو به اتاق دارو و درمان منتقل و داخل سطل زرد مجهز به کیسه زرد دفع شود. ۷-۷-۱ پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب می‌گردد و در این بخش‌ها باید کیسه و سطل زرد قرار داده شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد. ۸-۷-۱ کیسه حاوی پسماندهای عادی پس از پر شدن ۳/۴ حجم می‌بایست جمع‌آوری لیبل مخصوص برروی آن نصب و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد. ۹-۷-۱ اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماند عادی ممنوع و در صورت مخلوط شدن احتمالی، جداسازی پسماند توسط کلیه پرسنل ممنوع است در صورت دفع پسماند عفونی در کیسه مشکی می‌بایست به عنوان پسماند عفونی، در صورت دفع پسماند شیمیایی و دارویی در پسماند عادی می‌بایست به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی جمع‌آوری گردد. ۱۰-۷-۱ باید بر نحوه تفکیک پسماندهای عادی در مبدأ نظارت شود. ۱۱-۷-۱ در بازدید از بخش نحوه تفکیک پسماند عادی به صورت راندوم و از طریق چک‌لیست بازدید از بخش‌ها ارزیابی شده و نواقص موجود به مدیریت بیمارستان گزارش گردد.
مسئول بهداشت محیط	



۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: در بازدید از بخش نحوه تفکیک پسماند عادی به صورت راندوم و از طریق چک لیست بازدید از بخش ها توسط مسئول بهداشت محیط ارزیابی شده و موارد عدم انطباق مشاهده شده به مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری گزارش و در کمیته بهداشت محیط مطرح می گردد.

۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول بهداشت محیط بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.

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

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

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

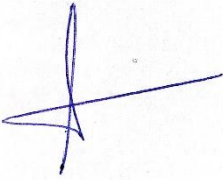
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این مستند در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این مستند توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان در (پرتال بیمارستان) صورت خواهد گرفت.

۹-۴- بازنگری: این مستند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این مستند را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم سال ۱۴۰۱

تهیه کنندگان

معصومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	محمد روغنیان مسئول انبار	
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
پیام عباسی مسئول بهبود کیفیت	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی بیمارستان	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	