



۱- هدف: این دستورالعمل به منظور تفکیک در مبدأ پسماند عفونی و ایجاد رویه‌ای مناسب و ضابطه‌مند جهت جداسازی و تفکیک پسماند عفونی در مبدأ و اطمینان از کاهش خطرات در اثر جداسازی و تفکیک مواد زائد عفونی 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 واحدهای درمانی و پاراکلینیک بیمارستان نیکان کاربرد دارد.

۳- تعاریف:

پسماندهای پزشکی ویژه: تمامی پسماندهای عفونی و زیان‌آور 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 عفونی شامل: پسماندهای مژگون به داشتن عوامل زنده بیماری‌زا مانند محیط‌های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی، بافت‌ها (سواب آلوده)، مواد یا تجهیزاتی که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته‌اند و مواد دفع شده از این بیماران.

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

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:

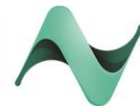
۱-۶	مسئول بهداشت محیط مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل را برعهده دارد و همچنین براساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۲-۶	سوپروایزران، سرپرستاران، رابطین کنترل عفونت و مسئول واحد بهداشت محیط مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود 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	
مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت	۷-۱- دستورالعمل تفکیک در مبدأ پسماند عفونی تدوین و به کلیه پرسنل بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه درخصوص مدیریت پسماند و تفکیک در مبدأ پسماند عفونی آموزش داده شود.
مسئول انبار	۷-۲- امکانات لازم جهت تفکیک پسماند عفونی از قبیل سطل و کیسه مناسب با رنگ زرد و لیبل تهیه و مطابق با درخواست بخش، تحویل گردد.
مسئول بخش	۷-۳- در کلیه بخش‌های بستری یک عدد بین ۶۰ لیتری زرد رنگ در اتاق دارو و درمان و یک بین ۲۴۰ لیتری در اتاق کار کثیف بخش به منظور تفکیک پسماندهای عفونی با هماهنگی مسئول واحد بهداشت محیط و پسماند قرار داده شود.
کلیه پرسنل درمانی	۷-۴- پسماندهای عفونی (مطابق تعریف فوق‌الذکر) در سطل زرد رنگ مجهز به کیسه زرد رنگ دفع گردد.
کلیه پرسنل	۷-۵- از دفع سایر انواع پسماندها اعم از عادی، تیز و برنده و شیمیایی و دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عفونی، خودداری شود.
ارائه دهنده خدمت درمانی	۷-۶- قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق‌های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است و پسماندهای عفونی این مکان‌ها باید در سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترولی به اتاق دارو درمان آورده می‌شود قرار داده شوند.
کاخدار	۷-۷- پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه و بخش ICU، عفونی محسوب می‌گردد و در این بخش‌ها باید کیسه و سطل زرد قرارداده شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد.
پرسنل کادر درمان	۷-۸- محتوای باتل‌های حاوی سرم‌های قندی و نمکی که به صورت کامل استفاده نشده‌اند و یا تاریخ مصرف آن‌ها منقضی شده است با مقادیر زیادی آب رقیق شده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.
کاخدار بخش	۷-۹- کیسه حاوی پسماندهای عفونی پس از پر شدن ¼ حجم می‌بایست جمع‌آوری و لیبل مخصوص بر روی آن نصب و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد.
پرسنل	۷-۱۰- اختلاط هرنوع پسماند دیگر با پسماند عفونی ممنوع بوده و در صورت مخلوط شدن احتمالی، جداسازی پسماند ممنوع است.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- **پایش:** در بازدید از بخش نحوه تفکیک پسماند عفونی توسط مسئول بهداشت محیط ارزیابی شده و موارد عدم انطباق مشاهده شده به مدیریت بیمارستان گزارش و در کمیته ماهانه بهداشت محیط ارائه گردد.



۲-۸- نظارت: نظارت بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدأ از طریق مشاهده مستقیم، توسط سرپرستار و مسئول شیفت و رابط کنترل عفونت صورت گیرد.

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

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر بیمارستان، 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			
معمومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت		
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
فاطمه یوسفی 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	