



۱- هدف: این دستورالعمل به منظور شفاف سازی روش های شست و شو، ضد عفونی (گندزدایی) اختصاصی آزمایشگاه و با هدف جلوگیری از انتقال عوامل عفونی به پرسنل آزمایشگاه و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی کارکنان و کنترل عفونت در بیمارستان نیکان تدوین شده است.	
۲- دامنه کاربرد: آزمایشگاه بیمارستان نیکان	
۳- تعاریف: پاکسازی و شست شو (cleaning): به معنی زدودن فیزیکی آلودگی از سطح یا شیء آلوده می باشد. پاکسازی موثر، مکمل پروسه ضد عفونی و استریلیزاسیون است. با پاکسازی موثر از غیرفعال شدن مواد ضد عفونی کننده توسط بقایای مواد آلی جلوگیری گشته و امکان تماس کامل سطوح با مواد ضد عفونی کننده یا عامل استریل کننده فراهم می شود. ضد عفونی (Disinfection): به معنی از بین بردن میکروارگانیسم های فعال و یا کاهش تعداد آن ها تا حدی که برای سلامتی مضر نباشند می باشد و با روش های شیمیایی یا فیزیکی قابل انجام است. با این عمل نمی توان اسپورها را از بین برد. استریل کردن (Sterilization): در این روش کلیه اشکال میکروبی فعال و غیرفعال (اسپور باکتری ها) را می توان از بین برد.	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۴-۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف جلوگیری از انتقال عوامل عفونی به پرسنل آزمایشگاه و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و کارکنان مقرر گردیده است	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر آزمایشگاه	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	کاخداران آزمایشگاه مسئولیت اجرای کامل دستورالعمل را برعهده دارند.
۲-۶	مسئول و سوپروایزر آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود را برعهده دارند.
۳-۶	مسئول واحد بهداشت محیط مسئولیت تدوین دستورالعمل ها و آموزش پرسنل را برعهده دارد.
۴-۶	مسئول واحد بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت، مسئولیت نظارت و پایش اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.
۵-۶	سوپروایزران و اعضای تیم ممیزی مسئولیت نظارت و ارزیابی مستمر را برعهده دارند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	۷-۱-۷ پرسنل می بایست هنگام کار وسایل حفاظت فردی مناسب شامل دستکش، ماسک، کلاه و در صورت لزوم چکمه را استفاده نمایند و با توجه به موارد ذیل اقدام به نظافت و گندزدایی نمایند.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۱-۷ الایزا ریدر: باتل ها: ماهانه شسته و با محلول ژاول (۱ قرص به ازاء ۲ لیتر آب) گندزدایی شود. سطح دستگاه: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده توسط کاخدار ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۲-۷ شیکر: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۳-۷ آنالایزر هورمون: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۴-۷ ایمونواسی آنالایزر: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
پرسنل کاخداری	۷-۱-۵-۷ ایمونواسی آنالایزر: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۶-۷ دستگاه شمارش سلولی: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.



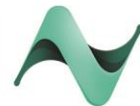
پرسنل کاخداری	۷-۱-۷- کانتردیف: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۸- سدیمان ریدر: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۹- دستگاه انعقادی: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
پرسنل کاخداری	۷-۱-۱۰- میکسر هماتولوژی: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۱۱- HOT PLATE: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۱۲- الکترولیت آنالایزر: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۱۳- میکروسکوپ: سطح میکروسکوپ با دستمال نمدار پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده آماده به مصرف تجهیزات ضد عفونی شود. به هیچ وجه از الکل یا اسپری های حاوی الکل جهت ضد عفونی لنز میکروسکوپ استفاده نشود. به منظور پاکسازی لنزها تنها از دستمال نمدار استفاده شود.
پرسنل کاخداری	۷-۱-۱۴- سانتریفیوژ: سطح دستگاه: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده ضد عفونی شود. باگت ها: شست و شو و سپس غوطه وری در محلول ژاول (۱ قرص به ازاء ۲ لیتر آب) به مدت ۱۵ دقیقه انجام شود.
پرسنل کاخداری	۷-۱-۱۵- DRY BATH: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین آزمایشگاه	۷-۱-۱۶- تاکومتر: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده ضد عفونی شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۱۷- تیشوفالوت: روزانه سطح دستگاه نظافت و سالیانه دوبار جرم گیری شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۱۸- میکروتوم: ابتدا با گزبلول پارافین ها تمیز شود و سپس با الکل ۷۰ درجه ضد عفونی شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۱۹- COLD PLATE: روزانه سطح دستگاه با مواد پاک کننده پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۲۰- فروزن: سطح دستگاه به صورت روزانه پاکسازی و با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات ضد عفونی شود. سه ماه یکبار نسبت به دیفراست دستگاه اقدام شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۲۱- تیشو پروسسور: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده به صورت روزانه ضد عفونی شود.
کاخدار	۷-۱-۲۲- فور: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده به صورت روزانه ضد عفونی شود.
تکنسین پاتولوژی	۷-۱-۲۳- Bact ALERT: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده ضد عفونی شود.
کاخدار	۷-۱-۲۴- بن ماری: با مواد پاک کننده پاکسازی و سپس با اسپری ضد عفونی کننده تجهیزات با رقت توصیه شده به صورت روزانه ضد عفونی شود. دقت داشته باشید باید هفته ای دوبار آب دستگاه تعویض شود.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: در بازدید از واحد و از طریق چک لیست بازدید از بخش ها توسط مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر آزمایشگاه 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 توسط مدیریت بیمارستان و مسئول اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این مستند خواهد بود.
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان نیکان مرجع تصویب و ابلاغ این مستند خواهد بود.



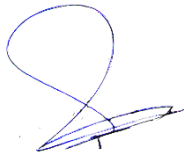
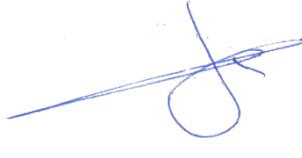
۳-۹- **نگهداری و توزیع:** نسخه اصل این مستند در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این مستند توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان در (پرتال بیمارستان) صورت خواهد گرفت.

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

۱۰- **منابع و مراجع:**

۱-۱۰- راهنمای بهداشت و کنترل عفونت در مراکز درمانی، دکتر سعید عبدالحسینی و همکاران، انتشارات پانا، پاییز ۱۳۹۱، چاپ اول

۲-۱۰- تجربیات بیمارستانی

تهیه کنندگان			
		رامین متقی سوپروایزر آزمایشگاه	معصومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی بیمارستان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	