



۱- هدف: این دستورالعمل به منظور اطمینان از بازپزدازش صحیح اسکوپ‌ها و با هدف پیشگیری و کاهش بروز عفونت و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیماران در بیمارستان نیکان تدوین گردیده است.

۲- دامنه کاربرد: این مدرک در اتاق عمل‌ها و واحد اسکوپ و ICU نیکان کاربرد دارد.

۳- تعاریف:

۱-۳ پاکسازی و شست‌وشو (cleaning): به معنی زدودن فیزیکی آلودگی از سطح یا شیء آلوده می‌باشد. پاکسازی موثر، مکمل پروسه ضد عفونی و استریلیزاسیون است. با پاکسازی موثر از غیرفعال شدن مواد ضد عفونی‌کننده توسط بقایای مواد آلی جلوگیری گشته و امکان تماس کامل سطوح با مواد ضد عفونی‌کننده یا عامل استریل‌کننده فراهم می‌شود.

۲-۳ ضد عفونی (Disinfection): به معنی از بین بردن میکروارگانیسم‌های فعال و یا کاهش تعداد آنها تا حدی که برای سلامتی مضر نباشند می‌باشد و با روش‌های شیمیایی یا فیزیکی قابل انجام است. با این عمل نمی‌توان اسپورها را از بین برد.

۳-۳ استریلیزاسیون: حذف یا نابودی کامل تمام انواع میکروب‌ها (که شامل اسپور باکتری‌ها نیز می‌شود) طی فرآیند شیمیایی یا فیزیکی.

۴-۳ طبقه‌بندی ابزار پزشکی براساس ریسک انتقال عفونت:

ریسک انتقال عفونت	وسیله مورد استفاده	مثال	سطح ضد عفونی مورد نیاز
بحرانی	هرگونه وسیله‌ای که داخل عروق یا بافت‌ها استفاده می‌شود.	وسایل جراحی، آرتروسکوپی، لاپاراسکوپی و بیوپسی	استریلیزاسیون
نیمه بحرانی	وسایلی که در تماس با غشاهای مخاطی و پوست غیرسالم قرار می‌گیرند.	واژینال اسپکولوم، اندوسکوپ و ابزار بیهوشی	ضد عفونی سطح بالا
غیر بحرانی	وسایلی که در تماس با پوست سالم هستند یا با بیمار تماس ندارند.	تخت‌خواب‌ها دستگاه فشار خون	ضد عفونی سطح متوسط یا پایین

۴- سیاست اجرائی بیمارستان:

۱-۴ سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف حفظ اطمینان از ضد عفونی سطح بالا و استریلیزاسیون سرد و در راستای حفظ ایمنی بیمار و با هدف کنترل عفونت مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط

۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:

۱-۶ سوپروایزران و اعضای تیم ممیزی مسئولیت نظارت و ارزیابی مستمر را برعهده دارند.

۲-۶ مسئول واحد بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت، مسئولیت نظارت و پایش اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشند.

۳-۶ مسئول واحد بهداشت محیط مسئولیت تدوین دستورالعمل‌ها و آموزش پرسنل را برعهده دارد و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.

۴-۶ مسئول اتاق عمل و اسکوپ و ICU مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود را برعهده دارند.

۵-۶ کارشناس اتاق عمل و پرستار اسکوپ و ICU مسئولیت اجرای کامل دستورالعمل را برعهده دارند.

۷- شیوه انجام کار:

۱-۷ هنگام کار می‌بایست وسایل حفاظت فردی مناسب شامل دستکش نیتریل، شیلد محافظ صورت، کلاه و گان استفاده و کارشناسان اتاق عمل/پرستاران

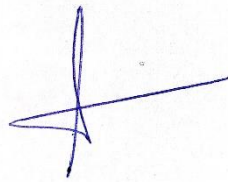


کارشناسان اتاق عمل / پرستاران	۱-۱-۷- ضد عفونی سطح بالا (جهت آندوسکوپ و کولونوسکوپ و سایر اسکوپ های نیمه بحرانی): ۱-۱-۱-۷- پس از آبکشی اولیه، شست و شو با محلول پاک کننده آنزیماتیک با رقت توصیه شده. ۲-۱-۱-۷- آبکشی و خشک کردن ۳-۱-۱-۷- ضد عفونی به روش زیر: غوطه ور ساختن ابزار در محلول ویویساید به مدت حداقل ۱۰ دقیقه (محلول ویویساید آماده به مصرف می باشد و نیاز به رقیق سازی ندارد). مدت ماندگاری این محلول در صورت عدم تغییر رنگ ۳۰ روز می باشد (به منظور اطمینان از اثربخش بودن محلول در طول مدت زمان ۳۰ روز، روزانه از اندیکاتور استفاده نمائید). ۴-۱-۱-۷- آبکشی و خشک کردن
کارشناسان اتاق عمل / پرستاران	۲-۱-۷- استریلیزاسیون (لاپاراسکوپ، آرتروسکوپ و سایر اسکوپ های بحرانی): ۱-۲-۱-۷- پس از آبکشی اولیه، شست و شو با محلول پاک کننده آنزیماتیک با رقت توصیه شده ۲-۲-۱-۷- آبکشی و خشک کردن ۳-۲-۱-۷- استریلیزاسیون به یکی از دو روش ذیل: ۱-۳-۲-۱-۷- ارسال به واحد CSSD جهت استریلیزاسیون به روش سرد (پلازما، فرمالدئید) ۲-۳-۲-۱-۷- ضد عفونی سطح بالا با پوشش اسپورسیدال: غوطه ور ساختن ابزار در محلول آماده به مصرف ویویساید به مدت حداقل ۱ ساعت. ۴-۲-۱-۷- آبکشی و خشک کردن.
کارشناسان اتاق عمل / پرستاران	۳-۱-۷- برای تست محلول آماده مصرف گلو تار آلدئید با استفاده از اندیکاتور Quantofix موارد ذیل را انجام دهید: ۱-۳-۱-۷- یک عدد ساشه اندیکاتور را از محل مخصوص باز نموده و کاغذ تست مخصوص را به مدت 1 ثانیه در داخل محلول آماده مصرف فرو ببرید. ۲-۳-۱-۷- 15 ثانیه (پانزده ثانیه) منتظر بمانید. در صورتی که پس از زمان ۱۵ ثانیه قسمت مربع مخصوص کاملاً به رنگ قرمز تبدیل شد به معنای وجود میزان کافی از ماده موثره (گلو تار آلدئید) می باشد و در غیر این صورت محلول فاقد میزان معین ماده موثره بوده و باید دور ریخته شود و از محلول تازه استفاده گردد. - اندیکاتورها پس از خشک شدن، در دفتر چک محلول گلو تار آلدئید الصاق گردد.
۸- پایش و نظارت: ۱-۸- پایش: اجرای صحیح دستورالعمل توسط مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت طی بازدیدها پایش می شود. ۲-۸- نظارت: مسئول اتاق عمل و مسئول اسکوپ می بایست بر اجرای صحیح این دستورالعمل نظارت نمایند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه توسط مدیر درمان و مسئول اعتبار بخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود. ۲-۹- 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 اعتبار بخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این مستند توسط دفتر اعتبار بخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان در (پرستار 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 می توانند 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 CDC

تهیه کنندگان		
	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	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		
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان