



۱- هدف: این دستورالعمل جهت نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند و ایجاد رویه ای مناسب و ضابطه مند به منظور نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطرساز پسماند و اطمینان از عملکرد مطلوب دستگاه بی خطر ساز با هدف ایمن بودن کار با دستگاه جهت اپراتورها و همچنین اطمینان از بی خطر شدن پسماندها و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی پرسنل و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی در بیمارستان نیکان تدوین گردیده است.

۲- دامنه کاربرد: این دستورالعمل در واحد مدیریت پسماند و تجهیزات پزشکی بیمارستان نیکان کاربرد دارد.

۳- تعاریف:

بی خطرسازی پسماند: کاهش خطر بالقوه ناشی از پسماندهای بیمارستانی و تلاش در جهت حفاظت از محیط زیست می باشد.
دستگاه بی خطر ساز پسماند: این دستگاه قادر به بی خطر سازی گستره وسیعی از پسماند های عفونی شامل محیط کشت، پسماند های نوک تیز، مواد آلوده شده با خون و مقادیر کمی از مایعات، پسماندهای اتاق های جراحی و ایزوله، پسماندهای آزمایشگاهی (به استثنای پسماندهای شیمیایی)، پسماندهای ناشی از فعالیت های مرتبط با مراقبت از بیمار (شامل گاز، باند، پارچه، روپوش و ملحفه) می باشند.

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

۴-۱- سیاست های بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف استقرار نظام مدیریت و بهره وری سبز و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب ناشی از عدم اجرای استانداردهای زیست محیطی مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: مسئول بهداشت محیط

۶- مسئولیت ها و اختیارات :

۱-۶	مسئول بهداشت محیط مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارد. و همچنین بر اساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۲-۶	مسئول واحد تجهیزات پزشکی مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند. و همچنین بر اساس شرح وظایف ابلاغ شده در محدوده فعالیت واجد اختیار هستند.
۳-۶	شرکت سازنده مسئولیت انجام سرویس های دوره ای و انجام کالیبراسیون سالانه را برعهده دارند.

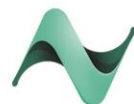
۷- شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	
آزمایشگاههای معتمد/ آزمایشگاه بیمارستان	۷-۱- به منظور ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطرسازی پسماندها بر اساس بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۰۳/۲۵ و دستورالعمل وزارتی شماره ۳۰۰/۲۶۶۷ مورخ ۹۰/۰۹/۰۸ عمل شود. پایش میکروبی به صورت هفتگی توسط آزمایشگاه بیمارستان و به صورت ماهانه توسط آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام شود.
کارشناس میکروبیولوژی واحد آزمایشگاه	۷-۲- نحوه پایش بیولوژیک دستگاه امحاء پسماند: به منظور پایش بیولوژیک از ویال بیولوژیک Bacillus Stearothermophilus و شبیه سازی پسماند استفاده شود. ویال بیولوژیک به مدت ۲۴ ساعت در انکوباتور با دمای ۵۵ درجه سانتیگراد قرار داده شود و نتیجه تست به واحد بهداشت محیط اعلام گردد. تست بیولوژیک دستگاه امحاء به صورت هفتگی انجام شود.
مسئول واحد بهداشت محیط و پسماند	۷-۳- اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده بر اساس نتایج تستهای میکروبی آزمایشگاه معتمد محیط زیست مطابق بخشنامه مقام محترم وزارت به شماره ۱۰۰/۱۱۳۶ مورخ ۹۰/۰۸/۱۰ تکمیل و هر ماه به مرکز بهداشت شمیرانات ارسال گردد.
کارشناس فنی شرکت و تکنسین های واحد تجهیزات پزشکی	۷-۴- به منظور پایش ایمنی دستگاه و استقرار نظام ایمنی کارکنان، دستگاه بصورت سالیانه ارزیابی شود و در صورت وجود هر گونه نقص نسبت به رفع نواقص اقدام نماید.
شرکت سازنده یا شرکتهای معتبر کالیبراسیون	۷-۵- دستگاه سالی یکبار با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی کالیبره شود.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش : پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول بهداشت محیط است و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.

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



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

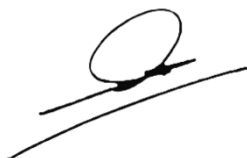
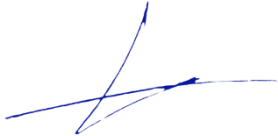
۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه روسای مراکز تحت پوشش گروه درمانی نیکان، کمیته بهداشت محیط هر مرکز مرجع تایید این سند خواهد بود.
۲-۹- تصویب و ابلاغ: توسط رئیس/ مدیر عامل بیمارستان به مسئولان مربوطه ابلاغ می‌گردد. در همین راستا جلسه مشترک بین مسئول بهداشت محیط، مدیر اجرایی و مسئول بهبود کیفیت تشکیل شده و موضوعات پیشنهادی با محوریت زیست محیطی پیشنهاد و تصویب، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر سنجش و بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

۴-۹- بازنگری: این سند توسط مسئول بهداشت محیط، با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. روسای بیمارستان‌ها، مدیران درمان و دفاتر بهبود کیفیت در هر مرکز میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی 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

تهیه کنندگان			
رامین متقی سوپروایزر آزمایشگاه	مسعود فلک ناز مسئول تجهیزات پزشکی	ندا صداقت نیا سوپروایزر کنترل عفونت	معصومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	