



1-هدف: این سند به منظور اطمینان از کاهش میزان انتقال آلودگی از قسمت کثیف به تمیز و ارتقای کیفیت و استریل وسایل محیط در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد CSSD بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

3-1- فضاهای CSSD: باتوجه به اینکه بخش CSSD شامل 3 قسمت کثیف، تمیز و استریل می باشد، وسایل و تجهیزات کثیف باید از یک مسیر وارد شود، و مسیر یکطرفه را طی کرده و وارد مسیر تمیز و استریل شده و سپس خارج شوند. پرسنل در رفت و آمد به فضاها، محدودیت های ایجاد شده را رعایت می کنند.

تبصره 1: خط قرمز به منظور حفظ حریم قسمت استریل با نصب برچسب قرمز بر روی زمین و نصب تابلو جدا بودن اتاق های تمیز و کثیف مشخص شده است. فضاها با اتوکلاو دو درب جدا شده است. سه واحد واشینگ، پکینگ و استریل متمرکز و از هم جدا هستند.

4-مسئولیت ها و اختیارات:

4-1-مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-2-سوپروایزرکنترل عفونت مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را بر عهده دارد

4-3-پرسنل CSSD مسئولیت اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

5-گام های دستورالعمل:

5-1-اقدام کثیف و استریل نشده باید توسط کمک پرستار بخش کاملاً از هم مجزا و مشخص شود.

5-2-قسمت کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون باید توسط مسئول CSSD کاملاً از هم تفکیک و نشانه گذاری گردد و رفت و آمد به آنها کاملاً کنترل شود.

5-3-امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمام فضاها پیش بینی شود و در دسترس مستمر کارکنان باشد.

5-4-پرسنل CSSD باید در محل تعیین شده در درب ورودی بخش CSSD که به عنوان رختکن جهت تعویض کفش و پوشیدن گان در نظر گرفته شده، کفش و دمپایی خود را تعویض نمایند.

تبصره 2: از ورود سایر افراد به داخل بخش CSSD بدون تعویض کفش و لباس خودداری شود.

5-5-هنگام ورود به واحد استریل توسط پرسنل CSSD کفش و کلاه و گان جدا پوشیده شود.

5-6-تردد پرسنل CSSD فقط از درب های مشخص شده انجام گیرد.

5-7-تحویل و یا تعویض وسایل کثیف توسط پرسنل CSSD باید از طریق دربی که به اینکار اختصاص یافته است انجام گیرد.

تبصره 3: در قسمت واشینگ و پکینگ و استریل، پرسنل CSSD از ابتدا تا پایان شیفت بصورت مجزا در قسمت مربوط به خود، مستقر هستند در زمان کار در ارتباط با واحد دیگر نمی باشند.

5-8-تحویل وسایل تمیز باید از طریق آسانسور استریل و پنجره تمیز توسط پرسنل CSSD و پس از ثبت در دفاتر و با سبد تمیز به کمک پرستار بخش انجام گیرد.

5-9-وسایل استریل باید توسط پرسنل CSSD از اتاق اتوکلاو CSSD بصورت مجزا در قفسه های واحد استریل قرار داده شود.

5-10-جهت انتقال وسایل به اتاق تمیز اتاق عمل با ترالی و آسانسور استریل، جابجایی باید توسط پرسنل CSSD انجام شود.



11-5- ورود وسایل و تجهیزات کثیف از اتاق عمل و بخشها باید توسط پرسنل CSSD از طریق درب کثیف در طبقه منفی یک و با آسانسور کثیف به CSSD صورت گیرد.

تبصره 4: وسایل در واحد واشینگ از درب سمت کثیف توسط پرسنل آن قسمت در داخل واکس گذاشته می شود.

12-5- واکس و وسایل شسته شده باید توسط پرسنل CSSD در قسمت پاکینگ و تمیز از درب تمیز خارج شود.

13-5- وسایل باید توسط پرسنل CSSD در قسمت تمیز جهت پاکینگ و بسته بندی آماده شود.

14-5- وسایل باید در ترالی های مخصوص اتوکلاوها توسط پرسنل CSSD قرار داده شود.

تبصره 5: اتوکلاوها دو درب دارند و وسایل در قسمت تمیز از این درب داخل اتوکلاو گذاشته میشود.

15-5- وسایل پس از استریل، از درب استریل که در آن قسمت باز می شوند توسط پرسنل CSSD خارج گردد.

16-5- وسایل استریل باید توسط پرسنل CSSD با آسانسور که در قسمت استریل است به اتاق عمل تحویل داده شود.

تبصره 6: فضایی که اتوکلاو استریل کننده در آن قرار دارد، با فضای تمیز جدا شده و اتوکلاو دو درب این محیط را از محلی که سایر فعالیتهای بخش در آن انجام می شود، جدا کرده است.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول CSSD، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یکبار توسط واحد CSSD در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مطرح خواهد شد.

2-6- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرسنل CSSD در اجرای درست این سند به ترتیب بر عهدهی مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت برعهده مدیر درمان می باشد.

تبصره 7: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر پرستاری به صورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت ارائه خواهد شد.

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

1-7- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

2-7- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

3-7- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

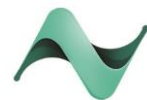
4-7- بازنگری: این سند توسط سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول CSSD با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر کنترل عفونت و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

1-8- قوانین و مقررات بیمارستان

2-8- استانداردهای استریلیزاسیون وزارت بهداشت

3-8- اصول پاکسازی و استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی



8-4- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401

مدیر پرستاری هلن دلیری راد	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت	ژاله اسماعیلی - مسئول CSSD	تهیه کنندگان	
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/07/22 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رئیس کمیته دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ بیمارستان نیکان غرب			دفتر سنجش و پایش کیفیت توزیع نسخ	