



1-هدف: این سند با هدف اطمینان از ارتقای ایمنی کارکنان، کاهش خطر میکروارگانیسم و پیشگیری از انتقال عفونت از طریق کاربرد صحیح وسایل در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد کنترل عفونت، بخش‌های ویژه، بهداشت محیط، اتاق عمل، Cath-Lab، IVF، بلوک زایمان، اورژانس، اسکوپ و CSSD بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

1-3-سواپینگ محلول استریل: به معنای استفاده از نشانگرهای شیمیایی Test به منظور اندازه گیری حداقل ماده فعال و عامل میکروب کشی یا ضد عفونی کننده سطح بالا می باشد. مایعات شیمیایی یا ضد عفونی کننده ها در غلظت ها و زمان تماس های مختلف می توانند خواص متفاوتی داشته باشند. بطور مثال هیدروژن پروکساید در غلظت 7.5٪ در 20 درجه سانتی گراد و بازمان 30 دقیقه یک محلول ضد عفونی کننده سطح بالا می باشد. اگر با همین شرایط یعنی همان غلظت 7.5٪ در دمای 20 درجه سانتی گراد و با زمان 6 ساعت استفاده گردد، یک استریل کننده است.

4-مسئولیت ها و اختیارات:

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

2-4-سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

3-4-کمک پرستار و پرسنل واحدهای مربوطه مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

5-گام های دستورالعمل:

1-5-محلول های گندزدای سطح بالا، مورد تایید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده، در بخش‌های ویژه، بهداشت محیط، اتاق عمل، Cath-Lab، IVF، بلوک زایمان، اورژانس، اسکوپ و CSSD آماده استفاده است و باید توسط پرسنل داخل ظروف مخصوص ریخته شود.

2-5-روی ظروف محلول، تاریخ و نوع آن باید توسط پرسنل بخش درج گردد.

3-5-محلول high level باید در ظرف مخصوص شفاف و درب دار، دارای شیر مخصوص جهت تخلیه راحت محلول و جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود، توسط پرسنل بخش نگهداری و استفاده گردد.

4-5-آموزش های لازم در خصوص نحوه آماده سازی و استفاده از محلول های high level طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی، پروتکل شرکت سازنده و مستندات موجود در بهداشت محیط، باید توسط سوپروایزر کنترل عفونت/مسئول بهداشت محیط/مسئول CSSD به پرسنل ارایه گردد.

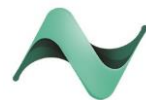
5-5-آماده سازی محلول ها باید در محل استاندارد دارای تهویه استاندارد و پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی توسط کمک پرستار بخش انجام گیرد.

تبصره 1: حداکثر بازه زمانی مجاز جهت استفاده پرسنل از محلول high level آماده شده، مطابق با پروتکل شرکت سازنده از 28 تا 30 روز می باشد.

6-5-در پایان 30 روز، باید مطابق با پروتکل شرکت سازنده توسط سوپروایزر کنترل عفونت اقدام گردد و در صورت لزوم دور انداخته شود.

7-5-برگه الصاق تست سواپینگ باید توسط سوپروایزر کنترل عفونت طراحی شده و به واحدهای مربوط داده شود.(این برگه در سامانه HIS نیز بارگذاری شده است.)

8-5-طبق پروتکل شرکت سازنده، پس از مصرف محلول high level و به منظور پایش کیفیت فرایند گندزدایی، هر 7 روز یک بار و بصورت تصادفی باید تست سواپینگ توسط پرسنل بخش از محلول انجام گیرد.



تبصره 2: در صورت تغییر رنگ تست سواپینگ به زرد یا صورتی (متناسب با شرکت سازنده) محلول high level قابل استفاده مجدد می باشد.

تبصره 3: در صورت وجود کلونید در محلول و یا تغییر رنگ محسوس، آن محلول باید تعویض گردد.

5-9- جهت وسایلی که به دفعات زیاد برای بیماران مورد استفاده قرار گرفته است، تست سواپینگ پس از انجام گندزدایی، حداقل هر هفته باید توسط پرسنل بخش ها انجام گیرد.

6- پایش و نظارت:

6-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر کنترل عفونت بصورت الکترونیک طراحی و مطابق فرایند مشخص تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل بصورت فصلی توسط سوپروایزر کنترل عفونت براساس چک لیست انجام و در کمیته ی پیشگیری و کنترل عفونت مطرح خواهد شد.

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

6-2-1- نظارت بر عملکرد پرسنل CSSD و سرپرستاران در اجرای دستورالعمل به ترتیب بر عهده ی مسئول CSSD و مدیر پرستاری خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد مسئول CSSD در اجرای درست دستورالعمل بر عهده ی مدیر درمان کار خواهد بود

6-2-3- نظارت بر عملکرد سوپروایزر کنترل عفونت بر عهده ی مدیر پرستاری می باشد.

تبصره 4: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر پرستاری، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

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

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

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

7-4- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت بصورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهبود کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

8-1- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

8-2- استانداردهای اعتبار بخشی-ویرایش پنجم- سال 1401



تهیه کنندگان	ژاله اسماعیلی - مسئول CSSD	يعقوب داودی - سرپرستار اتاق عمل	فاطمه کیوانمهر - سرپرستار کت لب	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهملی معصومی مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/07/22 دکتر مهملی معصومی مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی			
		تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ بیمارستان نیکان غرب			