



1- هدف: این دستورالعمل به منظور بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده و ایجاد رویه‌ای مناسب و ضابطه‌مند جهت بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده و اطمینان از کاهش خطرات در اثر دفع پسماندهای عفونی و تیز و برنده و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی پرسنل و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2- دامنه کاربرد: اجرای این دستورالعمل در واحد مدیریت پسماند و آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3- تعاریف:

1-3- پسماندهای پزشکی ویژه: تمامی پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستان‌ها که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و عوامل مشابه، نیاز به مدیریت خاص دارند.

2-3- پسماندهای عفونی شامل: پسماندهای مظنون به داشتن عوامل زنده بیماری‌زا مانند محیط‌های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی، بافت‌ها (سواب آلوده)، مواد یا تجهیزاتی که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته‌اند و مواد دفع شده از این بیماران.

3-3- پسماند تیز و برنده شامل: سوزن‌ها - تیغ - چاقوی جراحی - ست‌های انفوزیون - اره‌ها - شیشه شکسته و هر شیء تیز و برنده دیگر که می‌تواند عفونی باشد یا نباشد.

4- مسئولیت‌ها و اختیارات:

1-4- مسئول بهداشت محیط مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

2-4- مدیر اجرایی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

3-4- کاخداران واحد مدیریت پسماند مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام‌های دستورالعمل:

1-5- آموزش‌های لازم به کاخداران واحد مدیریت پسماند بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه در خصوص مدیریت پسماند و نحوه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده توسط مسئول بهداشت محیط ارائه شود.

2-5- یک دستگاه امحاء پسماند از نوع اتوکلاو مجهز به خردکن خارجی جهت امحاء پسماندهای عفونی و تیز و برنده توسط مسئول واحد تجهیزات پزشکی و مسئول واحد فنی و مهندسی در اتاقک نگهداری موقت پسماندها نصب گردد.

3-5- امکانات لازم جهت بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده از قبیل کیسه مخصوص امحاء و اندیکاتور PCD، تست اتوکلاو کلاس 6، safety box و لیبل توسط واحد انبار تهیه و مطابق با درخواست مسئول بهداشت محیط، توسط مسئول کاخداری تحویل پرسنل کاخدار اتاقک پسماند گردد.

4-5- قبل از شروع کار با دستگاه به منظور اطمینان از عملکرد دستگاه، تست PCD با هولدر توسط کاخداران واحد مدیریت پسماند انجام شود و در صورت عدم پاس شدن تست، موضوع سریعاً به واحد بهداشت محیط گزارش گردد. و پیگیری رفع نقص دستگاه از طریق واحد تجهیزات پزشکی انجام شود و تا زمان منفی بودن تست کار با دستگاه متوقف گردد.

5-5- به منظور پایش بیولوژیک از ویال بیولوژیک Bacillus Stearothermophilus و شبیه سازی پسماند توسط کاخداران واحد مدیریت پسماند استفاده شود.

6-5- نحوه پایش بیولوژیک دستگاه امحاء پسماند:

ارگانیسم آزمون برای این روش، ویال بیولوژیک Bacillus Stearothermophilus می‌باشد. که باید به روش زیر انجام گردد:



- ویال بیولوژیک به مدت 24 ساعت در انکوباتور با دمای 55 درجه سانتیگراد توسط کارشناس میکروبیولوژی واحد آزمایشگاه قرار داده شود و نتیجه تست به واحد بهداشت محیط اعلام گردد. همچنین تست بیولوژیک دستگاه امحاء به صورت هفتگی انجام شود.
- 5-7- کیسه‌های حاوی پسماند عفونی پس از انتقال به اتاقک نگهداری موقت پسماند توسط کاخداران واحد مدیریت پسماند با ترازو دیجیتال توزین و در دفتر ثبت شود.
- 5-8- کلیه پسماندهای عفونی و تیز و برنده توسط دستگاه بی‌خطرساز قبل از تحویل به سازمان مدیریت پسماند توسط کاخداران واحد مدیریت پسماند بی‌خطر شود.
- 5-9- کیسه‌های محتوی پسماندهای عفونی امحاء شده قبل از تحویل به سازمان مدیریت پسماند توسط کاخداران واحد مدیریت پسماند برچسب گذاری شوند.
- مشخصات برچسب: نام و نشانی و شماره تلفن بیمارستان — نوع پسماند — تاریخ تولید و جمع‌آوری — تاریخ تحویل — نوع ماده شیمیایی — تاریخ بی‌خطرسازی
- 5-10- اظهارنامه بی‌خطرسازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده به انضمام نتایج آزمون‌های میکروبی که انجام شده است مطابق بخشنامه مقام محترم وزرات به شماره 100/1136 مورخ 90/08/10 تکمیل و هر ماه به مرکز بهداشت شمال غرب ارسال گردد.
- 5-11- نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل از طریق پایش نتایج تست های میکروبی و شیمیایی و فرم بی خطرسازی پسماندهای عفونی (روزانه)، توسط مسئول بهداشت محیط صورت گیرد.

6- پایش و نظارت:

- 6-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل با همکاری مسئول بهداشت محیط بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یکبار توسط مسئول بهداشت محیط در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 6-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح زیر خواهد بود:
- 6-2-1- نظارت بر عملکرد آزمایشگاه در اجرای دستورالعمل بر عهده مسئول بهداشت محیط و مدیر اجرایی خواهد بود.
- 6-2-2- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط در اجرای درست دستورالعمل بر عهده مدیر اجرایی خواهد بود.
- تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول بهداشت محیط خطاب به مدیر اجرایی، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.

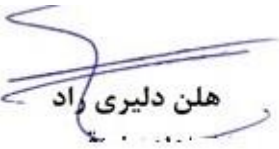
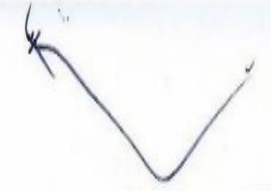
7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته بهداشت محیط 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 بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، مسئول بهداشت محیط و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

**8- منابع و مراجع:**

- 8-1- ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته — وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان حفاظت محیط زیست تاریخ 1386/12/26
- 8-2- دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره 306/16384 د مورخ 94/10/07
- 8-3- دفتر ثبت توزین دیجیتال پسماند
- 8-4- اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده
- 8-5- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم-سال 1401



مدیر پرستاری  هالن دلیری واد	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت 	داود فعله کاری-مسئول بهداشت محیط 	محبوب ملکی-سوپروایزر آزمایشگاه  سوپروایزر آزمایشگاه	تهیه کنندگان
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوبه کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/10/21 	تائید کننده جانشین رئیس کمیته 	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت 		توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۲۰ بیمارستان نیکان غرب				