



1-هدف: این دستورالعمل با هدف اطمینان از پیاده سازی استاندارد های زیست محیطی در راستای استقرار نظام مدیریت و بهره وری سبز و حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب ناشی از عدم اجرای استاندارد های زیست محیطی در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در کلیه قسمت های بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد .

3-تعاریف:

1-3- کارتن پلاست: سطل های مخصوص جمع آوری کاغذ می باشد .

4-مسئولیت ها 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 دارند.

3-4- مسئولین واحدها و پیمانکاران مسئولیت اجرای صحیح سند و نظارت بر عملکرد پرسنل تحت امر خود را برعهده دارند .

4-4- کلیه پرسنل مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5-گام های دستورالعمل:

1-5- دستورالعمل تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و امحاء انواع پسماند های بیمارستانی و برنامه عملیاتی مدیریت پسماند باید توسط مسئول بهداشت محیط تدوین و به نحو مطلوب به کلیه پرسنل اطلاع رسانی و بر انجام صحیح آنها نظارت شود.

2-5- آموزش های لازم در خصوص مدیریت سبز باید توسط مسئول بهداشت محیط به کلیه پرسنل در بدو ورود و به صورت دوره ای ارایه شود.

3-5- انواع پسماند های تولیدی در بیمارستان باید توسط مسئول بهداشت محیط شناسایی و لیست انواع پسماند ها و لیبل کیسه و مخازن تدوین شود.

4-5- کلیه پسماندها باید مطابق با دستورالعمل های ابلاغی توسط کاخداران اتاقک پسماند در مبدا تفکیک شود.

5-5- کلیه پسماندهای عفونی باید قبل از خروج از بیمارستان توسط پرسنل واحد امحاء زباله با دستگاه بی خطر ساز پسماند بی خطر و لیبل گذاری مناسب انجام شود.

6-5- تست های روزانه تصفیه خانه فاضلاب (PH حوض هوادهی/ درصد ته نشینی نیم ساعته/ اندازه گیری کلر و PH پساب خروجی) به منظور پایش عملکرد صحیح سیستم باید توسط اپراتور تصفیه خانه انجام شود.

7-5- سیستم تصفیه خانه باید به صورت روزانه توسط مسئول بهداشت محیط پایش و از کلرزنی پساب قبل از پمپاژ به آگو شهری اطمینان حاصل گردد.

8-5- سیستم تهویه بیمارستان باید بر اساس چک لیست مربوطه و راهنمای سیستم تهویه بیمارستان به صورت ماهانه توسط مسئول بهداشت محیط/مسئول واحد فنی و مهندسی پایش و گزارش موارد عدم انطباق احتمالی در کمیته بهداشت محیط مطرح گردد.

9-5- فیلترهای کیسه ای و هپا باید به صورت ماهانه توسط مسئول بهداشت محیط/مسئول واحد فنی و مهندسی پایش و مطابق با توصیه شرکت و نتایج پایش نسبت به تعویض فیلترها اقدام شود.

10-5- در انتخاب محلول های شوینده و ضد عفونی کننده، باید مواد دارای کم ترین آسیب به محیط زیست توسط مسئول بهداشت محیط مدنظر قرار گیرد.



11-5- در انتخاب تجهیزات پزشکی و خریدهای واحد فنی و مهندسی، اقلامی که فاقد جیوه و فلزات سنگین می باشند باید توسط مسئول واحد تجهیزات پزشکی/ مسئول واحد فنی و مهندسی مد نظر قرار گیرد. به عنوان مثال ترمومتر، فشارسنج و یا لامپ‌های جیوه ای خریداری نگردد.

12-5- در هنگام خرید تجهیزات مانند دستگاه‌های واشر باید توسط مسئول واحد تجهیزات پزشکی به حجم آب مصرفی دستگاه دقت شود.

13-5- از مصرف کاغذ توسط کلیه مسئولین و پرسنل، به جز در موارد ضروری اجتناب گردد و کلیه مکاتبات و ارسال گزارشات از طریق سیستم‌های الکترونیکی انجام شود. کاغذهای باطله در کارتن پلاست جمع آوری و از دفع کاغذ در کیسه‌های پسماند اجتناب شود.

14-5- به منظور کاهش مصرف آب در بیمارستان، باید برنامه ریزی مناسب توسط مسئول بهداشت محیط/ مسئول واحد فنی و مهندسی انجام و بر مصرف آب نظارت شود.

15-5- به هنگام ساخت و ساز، نخاله‌های ساختمانی باید به شیوه درست توسط مسئول بهداشت محیط/ مسئول واحد فنی و مهندسی بسته بندی و از بیمارستان خارج گردد و اقدامات لازم به منظور کاهش آلاینده‌ها صورت پذیرد.

16-5- الزامات زیست محیطی در طرح‌های توسعه بیمارستان باید توسط ریاست بیمارستان/ مدیریت بیمارستان/ مسئول بهداشت محیط مدنظر قرار گیرد.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول بهداشت محیط، با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول بهداشت محیط به مدیر اجرایی و هر 6 ماه یکبار در کمیته بهداشت محیط مطرح خواهد شد.

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

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرسنل در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مسئولین واحدها و مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد مسئولین واحدها، مسئول فنی مهندسی و مسئول بهداشت محیط در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیران ارشد و 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 می شود.

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

1-7- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این سند خواهد بود.

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

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

4-7- بازنگری: این سند توسط مسئول بهداشت محیط با هماهنگی دفتر سنجش و پایش 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 سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

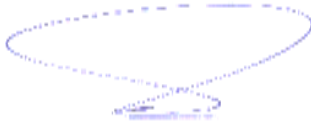
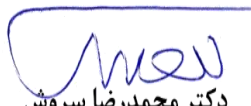
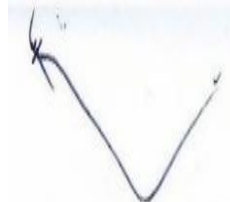
8- منابع و مراجع:

1-8- استاندارد های نظام مدیریت و بهره وری سبز

2-8- روش اجرایی پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز به کد مدرک NIK-PRU-ENH-00124



8-3- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401

داود فعله کاری - مسئول بهداشت محیط		مهندس احسان لاری - مسئول فنی و مهندسی		تهیه کنندگان	
					
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان		تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/09/18 	تایید کننده جانشین رییس کمیته 	تایید اولیه
نسخه کپی			دفتر سنجش و پایش کیفیت 		توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ بیمارستان نیکان غرب			