



1-هدف: این دستورالعمل به منظور تفکیک پسماند عادی در مبدا و با هدف ایجاد رویه‌ای مناسب و ضابطه‌مند جهت جداسازی و تفکیک پسماند عادی در مبدا و اطمینان از کاهش خطرات در اثر تفکیک پسماند عادی و در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار و 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 کلیه واحدهای بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

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

3-2 پسماند عادی: ناشی از کارکردهای خانگی و مدیریت اجرایی شامل پسماندهای آشپزخانه – آبدارخانه – قسمت‌های اداری و مالی – ایستگاه‌های پرستاری – فعالیت‌های باغبانی و از این قبیل.

4- مسئولیت‌ها و اختیارات:

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

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

4-3 سوپروایزران، سرپرستاران، رابطین کنترل عفونت و مسئول واحد کاخداری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل توسط کارکنان تحت امر خود را دارند.

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

5- گام‌های دستورالعمل:

5-1 دستورالعمل تفکیک پسماندهای عادی در مبدا باید توسط مسئول بهداشت محیط تدوین و به کلیه پرسنل بیمارستان در بدو ورود و همچنین سالیانه در خصوص مدیریت پسماند و تفکیک پسماندهای عادی در مبدا توسط مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت آموزش داده شود.

5-2 امکانات لازم جهت تفکیک پسماند عادی از قبیل سطل آبی یا استیل و کیسه مناسب با رنگ مشکی و لیبل باید توسط مسئول انبار تهیه و مطابق با درخواست بخش، تحویل گردد.

5-3 در کلیه بخش‌های بستری یک عدد بین 60 لیتری آبی در اتاق دارو و درمان و یک بین 240 لیتری در اتاق کار کثیف بخش به منظور تفکیک پسماندهای عادی با هماهنگی مسئول واحد بهداشت محیط باید توسط مسئول واحد کاخداری قرار داده شود. همچنین در کلیه اتاق‌های بستری سطل استیل مجهز به کیسه مشکی قرار داده شود.

5-4 پسماندهای عادی (مطابق تعریف فوق‌الذکر) باید توسط کلیه پرسنل درمانی در سطل آبی رنگ یا استیل مجهز به کیسه مشکی رنگ دفع گردد.

5-5 از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عفونی، تیز و برنده و شیمیایی و دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عفونی باید توسط کلیه پرسنل خودداری شود.

5-6 قرار دادن کیسه و سطل زرد در اتاق‌های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است. پسماندهای عفونی این اتاق‌ها باید در داخل سطل زرد دارای کیسه زرد با ترولی توسط کاخدار به اتاق آورده و قرار داده شوند.

5-7 پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب می‌گردد و در این بخش‌ها باید کیسه و سطل زرد توسط کاخدار بخش قرار داده شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد.



8-5- کیسه حاوی پسماندهای عادی پس از پر شدن 3/4 حجم می‌بایست توسط کاخدار بخش جمع‌آوری و لیبل مخصوص بر روی آن نصب و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد.

9-5- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماند عادی ممنوع و در صورت مخلوط شدن احتمالی، جداسازی پسماند توسط پرسنل ممنوع است.

10-5- در بازدید از بخش نحوه تفکیک پسماند عادی به صورت راندوم و از طریق چک لیست بازدید از بخش‌ها توسط مسئول بهداشت محیط ارزیابی شده و نواقص موجود به مدیریت بیمارستان گزارش گردد.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط 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.

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

1-2-6- سرپرستار و مسئول شیفت و رابط کنترل عفونت بر نحوه تفکیک پسماندهای عادی در مبدا نظارت می‌نمایند.

2-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستار و مسئول شیفت و رابطین کنترل عفونت در راستای اجرای درست این دستورالعمل در بخش‌های درمانی به ترتیب برعهده‌ی مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

3-2-6- نظارت بر عملکرد پرسنل واحد کاخداری در اجرای درست خدمات این سند برعهده‌ی مسئول کاخداری و مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

4-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست این سند برعهده‌ی مدیر اجرایی می‌باشد.

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:

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

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

3-7- 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.

4-7- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

1-8- ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان حفاظت محیط زیست تاریخ 1386/12/26

2-8- دستور 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

3-8- برنامه عملیاتی مدیریت پسماند بیمارستان نیکان



8-4- سند نحوه تفکیک زباله‌های عفونی و غیرعفونی در قسمت‌های مختلف بخشهای ویژه بیمارستان نیکان به کد سند -NIK-DOC- ENH-00119

00

8-5- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم-سال 1401

تهیه کنندگان	مجید آذرهوش-مسئول انبار	داود فعله کاری-مسئول بهداشت محیط	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت	مدیر پرستاری
تایید اولیه		تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوبه کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/10/21	تصویب و ابلاغ کننده
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب	کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ بیمارستان نیکان غرب