



1- هدف: این دستورالعمل به منظور تفکیک در مبدا پسماند عفونی و ایجاد رویه‌ای مناسب و ضابطه‌مند جهت جداسازی و تفکیک پسماند عفونی در مبدا و اطمینان از کاهش خطرات در اثر جداسازی و تفکیک مواد زائد عفونی 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 درمانی و پاراکلینیک بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

1-3- پسماندهای پزشکی ویژه: تمامی پسماندهای عفونی و زیان‌آور 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- پسماند 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.

4- مسئولیت‌ها و اختیارات:

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

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

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

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

5- گام‌های دستورالعمل:

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

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

3-5- در کلیه بخش‌های بستری یک عدد بین 60 لیتری زرد رنگ در اتاق دارو و درمان و یک بین 240 لیتری در اتاق کار کثیف بخش به منظور تفکیک پسماندهای عفونی باید با هماهنگی مسئول واحد بهداشت محیط و پسماند توسط مسئول واحد کاخداری قرار داده شود.

4-5- پسماندهای عفونی (مطابق تعریف فوق‌الذکر) باید توسط کلیه پرسنل درمانی در سطل زرد رنگ مجهز به کیسه زرد رنگ دفع گردد.

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

6-5- قرار دادن کیسه و سطل زرد در اتاق‌های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است. و پسماندهای عفونی این مکانها باید در سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترولی توسط ارایه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود قرار داده شوند.

7-5- پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه و بخش ICU، 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- محتوای باتل‌های حاوی سرم‌های قندی و نمکی که به‌صورت کامل استفاده نشده‌اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است باید توسط پرسنل کادر درمان با مقادیر زیادی آب رقیق شده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.



9-5- کیسه حاوی پسماندهای عفونی پس از پر شدن ¼ حجم می‌بایست توسط کاخدار بخش جمع‌آوری و لیبل مخصوص بر روی آن نصب و بلافاصله کیسه جدید جایگزین گردد.

10-5- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماند عفونی ممنوع بوده و در صورت مخلوط شدن احتمالی، جداسازی پسماند توسط پرسنل ممنوع است.

11-5- نظارت بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا از طریق مشاهده مستقیم، باید توسط سرپرستار و مسئول شیفت و رابط کنترل عفونت صورت گیرد.

12-5- در بازدید از بخش نحوه تفکیک پسماند عفونی باید توسط مسئول بهداشت محیط ارزیابی شده و نواقص موجود به مدیریت بیمارستان گزارش و در کمیته ماهانه بهداشت محیط ارایه 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- نظارت بر عملکرد کاخداران در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب برعهده‌ی مسئول کاخداری و مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد پرسنل کادر درمان و رابطین کنترل عفونت در اجرای درست دستورالعمل به ترتیب برعهده‌ی مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

3-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت در اجرای درست خدمات این سند برعهده‌ی 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:

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 این 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، مسئول بهداشت محیط و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی و 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 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- برنامه عملیاتی مدیریت پسماند بیمارستان نیکان

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

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



مدیر پرستاری هلن دلیری واد		مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت		داود فعله کاری-مسئول بهداشت محیط		تهیه کنندگان
دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان		تصویب و ابلاغ کننده	مصوبه کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/10/21	تایید 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 ۱۴۰۴/۱۱/۰۲ بیمارستان نیکان غرب			