



1-هدف: هدف از تدوین این سند تضمین ایمنی بیماران و اطمینان از در اختیار قرار دادن وسایل استریل جهت بیمار در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخشهای درمانی و CSSD بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

1-3-بازخوانی: چک مجدد و کنترل اندیکاتور در صورتی که تغییر رنگ نداده باشد، یا هر زمان که نتیجه یک اندیکاتور بیولوژیک یا آزمون اسپور مثبت شود، یا حداقل یک پگ یافت شود که اندیکاتور داخلی آن پاس نشده باشد. کلیه ست ها و بسته های مربوط به آن سیکل اتوکلاو مجدد به بخش CSSD بازخوانی می شود و به کلیه واحدهای درمانی بیمارستان اعلام میگردد تا از وسایل آن سیکل استفاده نکنند و وسایل مجددا در CSSD استریل می شوند. بازخوانی وسایلی که تاریخ آن به اتمام رسیده است و جهت استریل به واحد CSSD ارجاع میشود .

4-مسئولیت ها و اختیارات :

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

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

3-4-پرسنل CSSD و کمک پرستاران مسئولیت اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

5-گام های دستورالعمل :

1-5-در مورد بازخوانی (Recall) باید توسط مسئول CSSD با سرپرستاران بخش ها هماهنگی انجام گیرد.

2-5-در صورت باز شدن وسایل و ست های استریل، باید توسط پرستاران بخش های درمانی مجددا چک شوند.

3-5-ست ها پس از استفاده بر بالین بیمار، باید توسط کمک پرستار بخش مربوطه شسته شود.

4-5-ست های شسته شده باید توسط کمک پرستار بخش به CSSD منتقل شود.

5-5-ست های شسته شده باید توسط پرسنل CSSD کنترل و تحویل گرفته شود و در دفتر مخصوص ثبت گردد.

6-5-ست های استریل استفاده نشده ی تاریخ گذشته در بخش های درمانی و پاراکلینیک باید توسط کمک پرستار بخش هر روز از ساعت 9 تا 10 صبح به CSSD تحویل شود.

تبصره 1: ست های اتاق عمل روزهای جمعه پس از پایان آخرین عمل، جهت بازبینی و استریل مجدد به واحد استریلیزاسیون منتقل گردد.

تبصره 2: وسایلی که به کمک دستگاه وی پک بسته بندی و استریل می شوند تا یک ماه استریلیته خود را حفظ می کنند(منوط به عدم آسیب به بسته استریل)

7-5-ست های تحویل گرفته شده باید توسط پرسنل CSSD در دفاتر "تحویل و تحول وسایل بین CSSD و بخش ها به شماره مدرک WNH-NBK-CSD-00003-03" و "تحویل و تحول وسایل بین CSSD و اتاق عمل به شماره مدرک WNH-NBK-CSD-00002-03" با ذکر نام بخش، تعداد ست و نام کمک پرستار تحویل دهنده ثبت گردد.

8-5-ست ها پس از انتقال به واحد CSSD باید مجددا توسط پرسنل CSSD چک شده و با گاز و پنبه پر شوند. اندیکاتور کلاس 4 و 6 گذاشته و بسته بندی گردد.

تبصره 3: مدت زمان استریل طبق تصمیمات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و شرایط نگهداری مناسب، ست های تک لایه پیچیده شده وی پک شده بخش یک ماه و برای دولایه ها استریل شده با بخار 3-1 ماه و برای استریل شده های پارچه ای دو هفته تعیین شده است و وسایل استریل شده با پلاسما +6 ماه می باشد.



- 9-5- زمانی که وسایل جهت استریل بسته بندی می شوند باید توسط پرسنل CSSD بر روی وسایل با دستگاه لیبل زن، کد شماره دستگاه، نام ست، نام اپراتور، تاریخ و زمان استریل، سیکلی که وسیله در آن استریل می شود، و تاریخ انقضا قید گردد و یا با مائیک مخصوص روی برچسب وسایل نوشته شود.
- 10-5- پس از اینکه وسایل استریل شد هنگام تحویل وسایل استریل به واحدها باید توسط پرسنل CSSD در دفاتر استریل، اسم وسیله و شماره دستگاه و سیکل آن نوشته شود.
- تبصره 4: با توجه به اینکه اغلب وسایل بسته بندی شده به شکل وی پک است و اندیکاتور وسایل قابل دیدن می باشد، پرسنل در همان ابتدا وسایل را چک و تحویل گیرند.
- 11-5- در هر سیکل کار با اتوکلاو باید توسط پرسنل CSSD یک تست شاهد کلاس 6 و کلاس 5 برای ایمپلنت و تست شاهد جهت پلازما گذاشته شود.
- 12-5- توسط پرسنل CSSD باید در دفاتر "چک لیست نتایج تست اتوکلاو بخار CSSD به شماره مدرک: WNH-NBK-CSD-00033-02" و یا "دفتر ثبت نتایج تست روزانه اتوکلاو فلش بخش CSR مرکزی، به شماره مدرک: WNH-NBK-CSD-00033-02" زمان و سیکل دستگاه، تاریخ و فرد اپراتور خواسته شده نوشته و تست های شاهد در آن الصاق گردد.
- 13-5- نتایج تست و اندیکاتورهای پس از استفاده از ست های استریل باید توسط پرستار در فرم "تست ست های جراحی" الصاق و به پرونده بیماران ضمیمه گردد.
- 14-5- وسایل در صورت نداشتن اندیکاتور کلاس 5 و 6 باید توسط پرسنل CSSD بررسی شده و پک آن باز شود. سپس مجدد تست گذاشته شود و بسته بندی انجام گیرد.
- 15-5- در صورت باز شدن بسته های وی پک از محل سیل و پرس شده و پاره شدن کاغذها وسایل باید توسط پرسنل CSSD باز شده، شستشو و گندزدایی، بسته بندی و اندیکاتور گذاشته شود. سپس جهت استریل اقدام گردد.
- 16-5- در صورت آسیب به وسایل پارچه ای که منجر به پاره شدن پارچه و بسته یا وی پک شده، آن بسته باید توسط پرسنل CSSD باز شود و مجدد بسته بندی انجام و دوباره استریل گردد.
- 17-5- هرگونه تغییر در سیکل استریل که در طول کار دچار افت بخار شود و دستگاه error بدهد وسایل در حکم غیر استریل محسوب شده و وسایل باید توسط پرسنل CSSD خارج شود. بسته بندی و اندیکاتور گذاشته و مجدداً استریل گردد.
- 18-5- اگر وسایل خیس باشند باید توسط پرسنل CSSD مجدد شسته، بسته بندی و استریل شود.
- 19-5- در صورتی که تست شاهد در هر سیکل تغییر رنگ ندهد، وسایل آن سیکل باید توسط پرسنل CSSD بازبینی مجدد شده و استریل گردد.
- 20-5- تست های میکروبی هفتگی در صورتی که رشد میکروبی داشته باشد، وسایل آن سیکل باید طبق دفاتر، توسط پرسنل CSSD مجدد از بخشها برگشته، شسته، بسته بندی و استریل مجدد شود.
- 21-5- بوی دیگ روزانه دستگاه اتوکلاو در صورت عدم تغییر رنگ دلالت بر عدم کارکرد صحیح دستگاه داشته و باید وسایل مجدد توسط پرسنل CSSD با دستگاه دیگری استریل گردد.
- 22-5- در صورتی که اتوکلاو کد خطا بدهد، باید تمام وسایل توسط پرسنل CSSD از دستگاه خارج شود. شسته و بسته بندی گردد. اندیکاتور گذاشته شده و دوباره داخل دستگاه برای استریل باز شود.
- 23-5- پلازما اگر خطا بدهد باید وسایل توسط پرسنل CSSD خارج شده و اندیکاتور آن تعویض و پس از رفع کد، استریل مجدد شود.



24-5- تست بیولوژیک بصورت هفتگی، بعد از تعمیرات و یا هنگامی که ایمپلنت‌ها استریل میشوند، باید توسط پرسنل CSSD انجام شود و در صورتی که اندیکاتورهای کلاس 5 همراه با آن تغییر نکند وسایل غیر استریل تلقی میشوند و فرایند بسته بندی و پکینگ باید تکرار گردد. تبصره 5: اندیکاتور بیولوژیک در انکیباتور کشت داده می‌شود.

25-5- تست کلاس 6 باید توسط پرسنل CSSD در پکیج ها قرار داده شود. در صورت عدم تغییر رنگ فرایند پکینگ و استریل انجام گیرد.

26-5- لیبل شامل شماره اتوکلاو، فرد پک کننده و سیکل اتوکلاو باید توسط پرسنل CSSD بر روی بسته وسایل زده شود. در صورتی که روی بسته نباشد مجدد وسیله بسته بندی و لیبل زده شود و سپس استریل گردد.

27-5- در صورت عدم تغییر اندیکاتور در هر سیکل و رشد میکروبی در تست بیولوژیک و زرد شدن آن، وسایل از نظر سیکل، باید توسط پرسنل CSSD بررسی شده و به بخش ها اعلام گردد تا وسایل را عودت دهند و براساس دفاتر به واحد استریل برگشت داده شود.

28-5- پرسنل واحد استریل CSSD باید در هر سیکل از عملکرد اتوکلاو برای وسایل شرکت‌ها و ایمپلنت‌ها از اندیکاتور بیولوژیک استفاده کنند و درکنار آن از اندیکاتور کلاس 5 داخل PCD گذاشته و استریل را بطور شاهد چک نمایند.

29-5- اگر فقط یک تست اسپور تغییر رنگ داد و در انکیباتور رشد کرد و سایر تست‌ها تغییر نداشته و سالم بود، دستگاه اتوکلاو از نظر بخار و دما و سایر مشکلات توسط کارشناس تجهیزات پزشکی کنترل شود و فقط ایمپلنت‌ها بازخوانی گردد و سایر وسایل استفاده شود.

تبصره 6: اگر در طول سیکل افت دما و بخار باشد فقط در صورت استریل در 3 تا 5 دقیقه مشکل نیست. در غیر اینصورت وسایل بازخوانی میشود.

30-5- دستگاه باید با چند تست بیولوژیک توسط کارشناس تجهیزات پزشکی کنترل گردد.

31-5- خرابی دستگاه پیگیری شود و تا تعمیر آن یا تنظیم بخار و دما و سایر نواقص، نباید از آن دستگاه توسط پرسنل واحد استریل CSSD استفاده شود.

32-5- بعد از تعمیر دستگاه تا تأیید جواب تست‌ها یا اسپور وسیله، نباید توسط پرسنل واحد استریل CSSD در آن استریل شود.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر کنترل عفونت بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یک بار توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرسنل CSSD در اجرای درست این سند به ترتیب بر عهده‌ی مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد کمک پرستاران در اجرای درست این سند به ترتیب بر عهده‌ی سرپرستار بخش و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت بر عهده مدیر درمان و مدیر پرستاری می باشد.

تبصره 7: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر درمان بصورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت انجام خواهد شد.

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

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

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

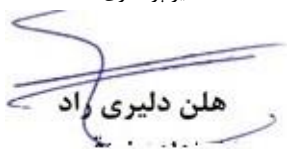
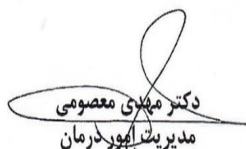
3-7- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.



4-7- بازنگری: این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت بصورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع :

- 1-8- قوانین و مقررات بیمارستان
- 2-8- استانداردهای استریل‌سازی وزارت بهداشت
- 3-8- اصول پاکسازی و استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی
- 4-8- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم- سال 1401

مدیر پرستاری  هلن دلیری راد	مهسا جلیلی نژاد- سوپروایزر کنترل عفونت 	ژاله اسماعیلی- مسئول CSSD 	تهیه کنندگان		
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/07/22  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ بیمارستان نیکان غرب		دفتر سنجش و پایش کیفیت 		توزیع نسخ	