



1-هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از استفاده از روش های فیزیکی یا شیمیایی به منظور از بین بردن و تخریب کلیه اشکال ارگانیسمی و کاهش میکروارگانیسم بر روی وسایل قبل از استریل و افزایش اطمینان از گندزدائی موثر و ارسال ایمن و مطلوب وسایل قبل از استریل در بیمارستان نیکان غرب می باشد .

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد کنترل عفونت- اتاق عمل، اسکوپ، Cath-Lab و CSSD بیمارستان نیکان غرب الزامی است .

3-تعاریف:

3-1- وسیله غیر بحرانی: وسیله ای که تماس با پوست دارد و امکان نفوذ و عبور آن و اجزاء خارج شده از آن به پوست وجود ندارد. پس از پاکسازی با محلول های سطح متوسط گندزدائی شود. نظیر ماسک آمبوبگ واکسیژن

3-2- وسیله نیمه بحرانی: وسیله ای که با بافتهای مخاطی بدن تماس دارد ولی بطور عادی به مناطق استریل بدن نفوذ نمی کند و پس از پاکسازی با محلول گندزدای سطح بالا گندزدائی شود. مانند تیغه لارنگوسکوپ، وسایل اسکوپ (آندوسکوپ، برونکوسکوپ و...)

3-3- وسیله بحرانی یا حیاتی(حساس): وسیله ای که با بافت های داخلی و استریل یا مایعات بدن تماس دارد. این وسایل به هنگام مصرف باید استریل باشند. چون هرگونه آلودگی میکروبی منجر به انتقال بیماری می شود. مانند وسایل پروتز، ایمپلنت ها، تروکار لاپاراسکوپ، ستهای جراحی، پگهای جراحی و...

3-4- تقسیم بندی مواد ضد عفونی کننده و گندزدا:

3-4-1- ضد عفونی کننده های سطح بالا (High Level Disinfection): شامل پراکسید هیدروژن، پراستیک اسید، فرمالدئید، گلو تار آلدئید

3-4-2- ضد عفونی کننده های سطح متوسط (Intermediate Level Disinfection): شامل کلر و ترکیبات کلر، ید و ترکیبات یدها، الکل ها

3-4-3- ضد عفونی کننده های سطح پائین (Low Level Disinfection): شامل فنل و ترکیبات فنلی، ترکیبات کوآترنر(سورفکتانت)

3-5- گندزدایی: نابودی میکروارگانیسم های بیماری زا و یا غیر بیماری زا که بر روی اشیای بی جان وجود دارند.

4-مسئولیت ها و اختیارات:

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

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

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

5-گام های دستورالعمل:

5-1- ضد عفونی ابزار و تجهیزات بحرانی:

5-1-1- در خصوص استفاده از محلول ها و رقیق سازی و نحوه گندزدایی آموزش های لازم باید توسط سوپروایزر کنترل عفونت به پرسنل واحدهای درمانی ارایه گردد.

5-1-2- بلافاصله بعد از استفاده از ابزار بحرانی، مواد زاید آن باید بخش تخلیه شود.

5-1-3- وسایل هرچه سریعتر بعد از مصرف باید توسط پرسنل بخش پاکسازی شود.

5-1-4- خون و ترشحات روی وسایل باید با آب و مایع و محلول آنزیماتیک توسط کمک پرستار پاکسازی شود.

5-1-5- وسایل و ابزار جراحی پس از مصرف باید در اسرع وقت پس از شمارش و آمارگیری توسط اسکراب به واحد واشینگ بخش CSSD ارسال گردد.



6-1-5- خون و ترشحات باید پس از پاکسازی با آب و مایع توسط پرسنل اتاق عمل و تحویل با آسانسور کشیف به واحد واشینگ CSSD ، توسط پرسنل CSSD پس از چک مجدد داخل دستگاه واکش گذاشته شود.

7-1-5- گندزدائی در دستگاه واکش باید توسط پرسنل CSSD با محلول آنزیماتیک و جلادهنده و دزانتکت انجام شود که وسایل شستشو و گندزدائی گردد.

8-1-5- قسمت های دندانها، مجراها و محورها و خلل و فرج وسایل باید توسط پرسنل CSSD با آب و مایع دترجنت پس از برساژ با برس نرم و پاکسازی آلودگی شستشو و سپس داخل دستگاه اولتراسونیک با محلول مخصوص آن قرار گیرد و یا در محلول سطح متوسط قرار داده شود.

9-1-5- ابزار بحرانی در بخش ها پس از شستشو با آب و مایع و برساژ، تمیز و خشک شود. سپس در محلول گندزدای سطح متوسط توسط کمک پرستار گذاشته شود و پس از سپری شدن زمان حدود 20 دقیقه وسایل شسته ، خشک و به واحد استریل ارسال گردد.

10-1-5- ظروف مخصوص محلول گندزدائی و برس جهت برساژ باید در بخش ها موجود باشد.

11-1-5- وسایل و ابزار پس از پاکسازی و گندزدائی باید توسط پرسنل CSSD جهت استریل با دستگاه اتوکلاو بخار یا پلاسما، داخل دستگاه قرار داده شود.

تبصره 1: جهت صحت پاکسازی در این مرحله از تست های پروتئین استفاده می شود.

2-5- ضد عفونی ابزار نیمه بحرانی:

1-2-5- در اتاق عمل و اسکوپي ابزار نیمه بحرانی باید بلافاصله توسط کمک پرستار بعد از استفاده با آب شستشو داده شود .

2-2-5- وسایل در اسکوپي و اتاق عمل باید توسط کمک پرستار داخل محلول انزیماتیک قرار داده شود و با آن وسایل پاکسازی شده و برساژ انجام شود.

3-2-5- پس از 5 الی 10 دقیقه وسایل باید توسط کمک پرستار از محلول انزیماتیک خارج ، آبکشی و گندزدائی شود.

4-2-5- وسایل پس از خشک شدن باید توسط کمک پرستار داخل محلول گندزدائی کننده سطح بالای مورد استفاده در بیمارستان قرار داده شود.

5-2-5- آبکشی وسایل پس از خارج کردن از محلول سطح بالا باید توسط کمک پرستار انجام شود و جهت استفاده مجدد در محل مناسب قرار گیرد.

6-2-5- وسایل در واحد اسکوپي پس از هر بار استفاده باید با همین روش توسط کمک پرستار گندزدائی شود.

7-2-5- وسایل اسکوپي در اتاق عمل پس از شسته شدن باید توسط کمک پرستار در محلول سطح بالا گندزدائی شود و جهت استریل به واحد استریل زاسیون ارسال گردد.

8-2-5- تست سواپینگ جهت صحت محلول گندزدا از زمان شروع تا زمان اتمام انقضا باید توسط کمک پرستار و بصورت رندوم و هفتگی استفاده گردد.

9-2-5- در واحد اسکوپي ظروف بزرگ حاوی محلول گندزدای سطح بالا باشد و برای وسایل برونکسکوپي ، آندوسکوپي و کولونوسکوپي باید ظرف جدا توسط کمک پرستار در نظر گرفته شود.

10-2-5- باکس محلول ها باید توسط مسئول انبار از ظروف مخصوص با شیر تخلیه تهیه گردد.

3-5- ضد عفونی ابزار و تجهیزات غیر بحرانی:

1-3-5- در صورت عدم آلودگی ابزار به خون و ترشحات، باید با آب و دترجنت توسط کمک بهیار تمیز و در صورت لزوم از محلول گندزدای سطح متوسط و الکل استفاده شود.(مانند گوشي معاینه)

4-5- جهت کسب اطمینان از گند زدایی:



2-4-5- سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط باید میزان غلظت و رقیق سازی محلول آماده در واحد اسکویی و اتاق عمل را آموزش دهند و تاریخ آن را کنترل نمایند.

3-4-5- وسایل گندزدائی شده در واحد CSSD و بخشها بطور هفتگی باید توسط پرسنل این واحد با تست پروتئین کنترل شود.

4-4-5- تستهای پروتئین انجام شده باید توسط مسئول CSSD بایگانی شود.

5-4-5- سواپینگ از محلول سطح بالا باید توسط سرپرستار بخش انجام شود و نظارت بصورت رندوم توسط سوپروایزر کنترل عفونت انجام گیرد.

6-4-5- در صورتی که تست پروتئین تغییرات بر عدم شستشوی صحیح باشد باید توسط مسئول CSSD گزارش شود و شستشو و گندزدائی مجدد وسایل توسط پرسنل بخش ها انجام گیرد.

7-4-5- جهت ضدعفونی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد توسط پرسنل باید به دستورات کارخانه سازنده توجه 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 دستورالعمل به ترتیب بر عهده ی مسئول CSSD و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد کمک پرستاران در اجرای درست این دستورالعمل به ترتیب بر عهده ی سرپرستاران و سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

3-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول CSSD و سرپرستاران و سوپروایزر کنترل عفونت به ترتیب بر عهده مدیر درمان و مدیر پرستاری می باشد.

تبصره 2: 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 بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

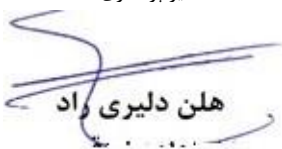
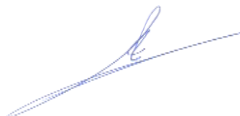
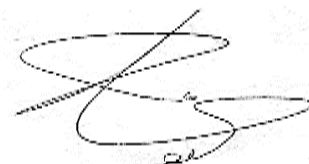
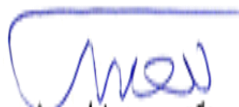
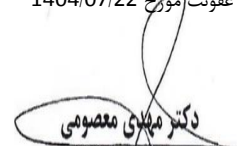
1-8- قوانین و مقررات بیمارستان

2-8- استانداردهای استریلیزاسیون 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	تائید کننده جانشین رئیس کمیته	 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	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				