



1- هدف : این دستورالعمل جهت تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده و به منظور ایجاد رویه ای مناسب و ضابطه مند جهت تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا و اطمینان از کاهش خطرات در اثر تفکیک پسماندهای تیز و برنده 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 سند در کلیه واحدهای درمانی و پاراکلینیک بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3- تعاریف:

3-1- پسماندهای پزشکی ویژه : تمامی پسماندهای عفونی و زبان آور ناشی از بیمارستان ها 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 تیز و برنده : شامل سوزن ها - تیغ - چاقوی جراحی - ست های انفوزیون - اره ها - شیشه شکسته و هر شیء تیز و برنده دیگر است که می تواند عفونی باشد یا نباشد.

4- مسئولیت ها 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- گام های دستورالعمل:

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

5-2- امکانات لازم جهت تفکیک پسماندهای تیز و برنده شامل safety box ها در ابعاد مختلف باید توسط مسئول انبار داروخانه تهیه و بر مبنای درخواست مسئولین بخش ها در اختیار بخش ها قرار داده شود.

5-3- برچسب مخصوص تفکیک پسماندهای تیز و برنده باید مطابق با فرمت تحویلی از سوی مسئول بهداشت محیط چاپ و توسط مسئول واحد انبار در اختیار بخش ها قرار داده شود.

5-4- پسماندهای تیز و برنده (مطابق تعریف فوق الذکر) باید توسط کلیه پرسنل درمانی در safety box ها دفع گردد.

5-5- پسماندهای تیز و برنده باید در safety box جمع آوری گردد و پس از پر شدن safety box 3/4 توسط کمک پرستاران جمع آوری و بلافاصله safety box جدید جایگزین گردد.

5-6- سوزن سرنگ نباید مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری توسط پرسنل کادر درمان داخل safety box جمع آوری شود.

5-7- سوزن و سرنگ باید توأمأً توسط پرسنل کادر درمان در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد.

5-8- سوزن ست سرم، جدا شده و توسط پرسنل کادر درمان در safety box قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.



9-5- نصب safety box در اتاق‌های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها باید در داخل سیفتی باکس که با ترولی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، قرار داده شوند. ولی در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون‌گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (به جز بخش‌های دیالیز، CCU) در یونیت هر بیمار می‌توان safety box در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده توسط کمک پرستار مورد استفاده قرار داد. مسئولین واحدها باید بر اجرای این امر نظارت نمایند.

10-5- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماند تیز و برنده ممنوع است و در صورت مخلوط شدن احتمالی، جداسازی پسماند توسط پرسنل ممنوع می‌باشد و در صورت مشاهده پسماند تیز و برنده بر روی زمین یا داخل کیسه زباله شی تیز و برنده باید توسط پرسنل کادر درمان به کمک وسیله مکانیکی مانند پنس در سیفتی باکس قرار داده شود.

11-5- سیفتی باکس‌های حاوی پسماند تیز و برنده باید قبل از خروج از بخش توسط کمک پرستاران برچسب گذاری شود و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد.

12-5- نظارت بر نحوه تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا باید توسط سرپرستار و مسئول شیفت و رابط کنترل عفونت صورت گیرد.

13-5- نحوه تفکیک پسماندهای تیز و برنده در بازدید از بخش توسط مسئول بهداشت محیط ارزیابی شود و نواقص موجود به مدیریت بیمارستان گزارش و در کمیته‌های 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 زیر خواهد بود:

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرستاران و پرسنل کادری در اجرای دستورالعمل بر عهده‌ی سرپرستاران، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول بهداشت محیط خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول بهداشت محیط در اجرای درست دستورالعمل بر عهده 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، دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.



8- منابع و مراجع:

- 8-1- ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان حفاظت محیط زیست تاریخ 1386/12/26
- 8-2- دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای " ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته " به شماره 94/10/07 د مورخ 306/16384
- 8-3- مستند مربوطه در بیمارستان نیکان اقدسیه به شماره مدرک: NIK-INS-HWM-00406-06
- 8-4- برنامه عملیاتی مدیریت پسماند
- 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 محمدرضا سروش رئیس بیمارستان		تصویب و ابلاغ کننده		مصوبه کمیته بهداشت محیط مورخ 1404/10/21		تایید کننده جانشین رییس کمیته تایید اولیه
نسخه کپی				دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ