



۱-هدف: این سند با هدف پیشگیری از انتشار عفونت و کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

۲-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش‌های درمانی بیمارستان نیکان غرب الزامی می‌باشد.

۳-تعاریف:

۱-۳-بروز عفونت به صورت حاد در بازه زمانی کوتاه: اگر دو نفر یا بیشتر که از نظر زمانی و مکانی با هم ارتباط دارند دچار یک بیماری شوند. وقوع موارد عفونت یا بیماری که به تعداد بیش از حد انتظار در مکان و زمان رخ دهد. بروز حتی یک مورد از یک بیماری نادر که در آن لازم است که معیارهای تشخیص و کنترل آن بیماری مورد توجه قرار گیرد. مثال:

➤ افزایش موارد عفونت بعد از اعمال جراحی در بیماران یک بخش یا یک گروه تخصصی خاص.

➤ عفونت‌های بیمارستانی که به خاطر عوامل غیر شایع ایجاد شده باشند.

➤ عفونت‌های بیمارستانی که به علت یک عامل عفونی شایع به وجود آمده باشند ولی الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی آنها غیرمعمول است.

➤ عفونت‌های بیمارستانی که در یک محل آناتومیک یکسان ایجاد می‌شوند؛ مثل افزایش موارد اسهال

گزارش و مشاهده افزایش موارد بیماری توسط پزشکان، پرستاران یا پرسنل آزمایشگاه میکروب شناسی

۴-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان نیکان غرب در اجرای این سند با استناد به اسناد ابلاغی سازمان‌های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف آگاهی کارکنان از طغیان و اقدامات لازم به منظور حفظ ایمنی کارکنان و بیماران مقرر گردیده است.

۵-مسئول پاسخگو: سوپروایزر کنترل عفونت

۶-مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱- سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت تدوین، بازنگری در زمان مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارد. همچنین وظیفه تشخیص و تایید طغیان برحسب اطلاعات جمع‌آوری شده را عهده‌دار می‌باشد.

۶-۲- پزشک متخصص عفونت‌های بیمارستانی مسئولیت ارائه اقدامات لازم جهت کنترل طغیان را بر عهده دارد.

۶-۳- سوپروایزر کنترل عفونت مسئولیت هماهنگی و نظارت بر انجام صحیح اقدامات را بر عهده دارد.

۷-شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	موارد:
پزشکان/ سرپرستاران/ میکروبیولوژیست	۷-۱-افزایش غیر عادی موارد عفونت بیمارستانی به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می‌شود.
سوپروایزر کنترل عفونت	۷-۲-تیم کنترل عفونت به صورت فوری جهت بررسی و تایید طغیان تشکیل می‌گردد.
تیم کنترل عفونت	۷-۳-تمامی ابعاد گزارش ارسالی عفونت از نظر احتمال وجود طغیان بررسی می‌گردد.



تیم کنترل عفونت	۷-۴- از نظر اپیدمیولوژی بیماری و نحوه انتقال آن بررسی می گردد.
سوپروایزر کنترل عفونت	۷-۵- اقدامات کنترلی فوری (ایمن سازی پرسنل و محیط، ایزوله کردن بیماران مبتلا، محدود کردن ملاقاتی ها و...) انجام می گردد.
تیم کنترل عفونت	۷-۶- در جلسه اضطراری تیم کنترل عفونت در خصوص نحوه پاکسازی بخش مورد نظر تصمیم گیری می شود.
سوپروایزر آموزشی	۷-۷- به تمامی پرسنل به خصوص افراد در معرض خطر آموزش های لازم داده می شود.
تیم کنترل عفونت	۷-۸- شناسایی افراد در معرض خطر (بیماران و پرسنل) انجام می گردد.
تیم کنترل عفونت	۷-۹- اقدامات انجام شده پایش و ارزیابی می شود.
تیم کنترل عفونت	۷-۱۰- در نهایت تعیین زمان خاتمه طغیان و همه گیری اعلام می گردد.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- **پایش:** فرمت و اجرای چک لیست پایش توسط سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری مسئول بهبود کیفیت به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش هر ماه یکبار توسط مسئول بهبود کیفیت براساس چک لیست ارزیابی انجام و گزارش به صورت ۳ ماه یکبار توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته سنجش و پایش کیفیت مطرح خواهد شد.

۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:

۸-۲-۱- نظارت بر عملکرد بخش ها در اجرای درست سند بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت خواهد بود.

۸-۲-۲- نظارت بر عملکرد سوپروایزر آموزشی در اجرای سند بر عهده مدیر پرستاری خواهد بود.

تبصره ۱: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر کنترل عفونت خطاب به مدیر پرستاری، به صورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

۹-۱- **تایید:** پس از تایید اولیه مدیر پرستاری کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مرجع تایید این سند خواهد بود.

۹-۲- **تصویب و ابلاغ:** رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

۹-۳- **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.

۹-۴- **بازنگری:** این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، سوپروایزر کنترل عفونت، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این مستند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

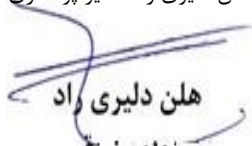
۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی



۱۰-۲- استانداردهای اعتبار بخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۱۰-۳- سند مشابه در بیمارستان نیکان اقدسیه به شماره مدرک: ANH-INS-ICD-00934-00

تهیه کنندگان		مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت		هلن دلیری راد-مدیر پرستاری	
					
تأیید اولیه		هلن دلیری راد-مدیر پرستاری		تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	مصوبه کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۹
				دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده
توزیع نسخ		دفتر سنجش و پایش کیفیت		نسخه کپی	
				تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ کنترل شد بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۴/۰۵/۲۰	