

پرسش‌ها و ترتیب آن‌ها بر اساس بندهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۸ هستند.
بهبتر است مواردی که نیاز به بهبود دارند مشخص شود تا نسبت به اصلاح اقدام شود.
توصیه بر این است که به جز سوپروایزر، هریک از پرسنل بخش استریل مرکزی نیز این ممیزی فرضی داخلی را انجام دهند.
با توجه به این که بندهای اعتباربخشی سال ۹۸ مشمول تمام موارد لازم نیست و این تصمیم احتمالا با فرض آگاهی خود پرسنل مراکز از جزئیات کار بوده است، اگر قصد ممیزی با نکات بیشتر در سطحی بالاتر را دارید، لطفا فایل دیگر به نام "چک لیست CSSD" مان آرتا سلامت که در وبسایت ما (www.marsimex.com) در منوی دانلود قرار دارد دانلود نمایید یا کد روبرو را اسکن نمایید.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



ب-۵ پیشگیری و کنترل عفونت

سطح	ب-۵-۱ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۱-۱ * پاک‌سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی، انجام شده و نتیجه کار، با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی، ارزیابی می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۱-۲ * صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.
سطح	ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۲-۱ * آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۲ * قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۳ * استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و براساس آن عمل می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۴ * سوابق عملکرد هر دستگاه استریل‌کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.
سطح سه	ب-۵-۲-۵ * برجسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.
سطح	ب-۵-۳ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.
سطح یک	ب-۵-۳-۱ * در واحد استریلیزاسیون استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.
سطح دو	ب-۵-۳-۲ * الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح سه	ب-۵-۳-۳ * در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.

بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید

بهبود		چک	پرسش	سنجه	ردیف
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا پس از استفاده از ابزار در نقطه استفاده (مثلا اتاق عمل) در مرکز شما، تا آغاز شستشوی ابزار در بخش استریل مرکزی، برای برداشتن آلودگی‌های اصلی و مرطوب نگه داشتن آلودگی کاری انجام می‌شود؟	ب-۵-۱-۱	۰۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		از کدام روش‌ها برای پاک‌سازی ابزار استفاده می‌کنید؟ شستشوی دستی (Manual)، اولتراسونیک (Ultrasonic cleaner)، دستگاه خودکار شستشو (Thermal Washer Disinfector)		۰۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا در مرکز شما فهرستی وجود دارد که پرسنل بدانند هر ابزار با چه روشی و با چه موادی باید پاک‌سازی شود؟		۰۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا برس‌های شستشوی ابزار، با اندازه‌های لازم، در مرکز در دسترس پرسنل هستند؟		۰۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		در زمان شستشوی دستی توسط پرسنل، چه پوشش و نکات ایمنی مد نظر است؟		۰۵
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		با توجه به نیاز به دقت در کار، آیا نور کافی در محل شستشوی دستی وجود دارد؟		۰۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا محلول شستشوی دستی مورد استفاده از نوع مخصوص پزشکی است یا از درجنت نوع خانگی استفاده می‌کنید؟		۰۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		در زمان شستشوی دستی ابزار، از محلول پاک‌کننده یا درجنت غلیظ استفاده می‌کنید؟ چگونه محلول را رقیق می‌کنید؟		۰۸
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا در کنار سینک شستشو، مولد آب پرفشار (تفنگ آب) وجود دارد؟		۰۹
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		در زمان شستشوی دستی، از چه بررسی استفاده می‌کنید؟ برس را در پایان روز پاک‌سازی و ضدعفونی می‌کنید؟		۱۰
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		معیار تمیز بودن ابزار و وسایل در مرکز شما چیست؟		۱۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		چگونه اطمینان پیدا می‌کنید که شستشوی دستی / دستگاه واشینگ / اولتراسونیک نتیجه مطلوب داشته است؟		۱۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		لطفا مشخص نمایید در تاریخ ... در شیف ... کدام پرسنل مسئول پاک‌سازی بوده است؟		۱۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		لطفا یکی از پرسنل، دستورالعمل شستشوی دستی، اولتراسونیک، و دستگاه واشینگ را نشان دهد.		۱۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا برنامه نگهداری (PM) برای دستگاه شستشوی خودکار با توجه به توصیه سازنده آن دارید و اجرا می‌کنید؟		۱۵
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا ضدعفونی کردن نیز پیش یا پس از شستشو برای برخی وسایل و ابزار انجام می‌شود؟		۱۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		لطفا یکی از پرسنل، دستورالعمل لازم برای ضدعفونی (شیمیایی و یا حرارتی) را نشان دهد.	ب-۵-۱-۲	۱۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا از محلول ضدعفونی استفاده می‌کنید؟ لطفا ظرف مخصوص غوطه‌وری محلول ضدعفونی را نشان دهید.		۱۸
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا از سوابینگ یا روش دیگری برای تعیین وضعیت کیفیت عملکرد و غلظت محلول ضدعفونی استفاده می‌شود؟		۱۹
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		زمان پایان استفاده از محلول ضدعفونی چه زمانی است؟ آیا بر اساس تاریخ است یا کدر شدن یا دستور سازنده آن؟		۲۰
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا تمام پرسنل امکان دسترسی و مطالعه روش اجرایی مرتبط با استریل اقسام حساس به حرارت را دارند؟	ب-۵-۱-۳	۲۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		همیشه استریلایزر بخار باید اولین انتخاب باشد، آیا تمام وسایلی که با محلول‌های استریل‌کننده استریل می‌کنید، مشخص شده‌اند؟		۲۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا در مرکز شما ممکن است به اشتباه از محلول ضدعفونی به جای محلول استریل‌کننده استفاده شود؟		۲۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		آیا از محلول استریل‌کننده استفاده می‌کنید؟ لطفا ظرف مخصوص غوطه‌وری آن را نشان دهید.		۲۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		این محلول استریل‌کننده در چه تاریخی آماده شده است؟		۲۵
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		این محلول استریل‌کننده با چه دوزی رقیق و استفاده می‌شود؟ آیا پایشی بر عملکرد محلول استریل‌کننده دارید؟		۲۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		در زمان رقیق کردن محلول‌ها و غوطه‌ور کردن از چه پوشش ایمنی فردی استفاده می‌کنید؟ لطفا پوشش‌ها را نشان دهید.		۲۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		در صورت توصیه سازنده محلول‌ها، آیا تهویه مناسب در محل رقیق‌سازی و غوطه‌وری وجود دارد؟		۲۸

بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده اطمینان حاصل می‌نماید.		ب-۵-۲		
ردیف	سنجه	پرسش	چک	بهبود
۰۱	ب-۵-۲-۱	از کدام نوع استریلایزر دمای پایین استفاده می‌کنید؟ (پلازما پراکسید هیدروژن، فرمالدهید، اتیلن اکساید، ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۲		همیشه استریلایزر بخار باید اولین انتخاب باشد، آیا تمام وسایلی که با استریلایزر دمای پایین استریل می‌کنید، مشخص شده‌اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۳		با توجه به این که پایش هر استریلایزر شامل سه پایش فیزیکی (مکانیکی)، شیمیایی، و بیولوژیک است، برای پایش فیزیکی استریلایزر دمای پایین چه می‌کنید؟ آیا در پایان سیکل برگه چایی می‌دهد یا خودتان دستی یادداشت می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۴		در بسته‌بندی پک‌ها در استریلایزر دمای پایین، از چه نوع بسته‌بندی استفاده می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۵		در چینش پک‌ها در استریلایزر دمای پایین، چه نکاتی را مدنظر قرار می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۶		آیا محدودیت تعداد و نوع لومن را در زمان بارگذاری استریلایزر پلازما پراکسید هیدروژن رعایت می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۷		پایش شیمیایی، و بیولوژیک عملکرد استریلایزر دمای پایین را چگونه انجام می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۸		آیا اطلاع دارید استریلایزر (های) بخار شما از نوع پیش خلا است یا خیر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۹		برای پایش فیزیکی استریلایزر بخار چه می‌کنید؟ آیا در پایان سیکل برگه چایی می‌دهد یا دستی یادداشت می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰		آیا اطلاعات پایش فیزیکی سیکل بخار شامل دما، زمان و فشار توسط کاربر در انتهای سیکل بررسی می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱		برای استریلایزرهای بخار پیش خلا چه زمانی آزمون بووی دیک انجام می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲		در زمان انجام آزمون بووی دیک آیا از سیکل بووی دیک در منوی دستگاه استفاده می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳		در زمان انجام آزمون بووی دیک آیا چمبر را فقط با خود تست بووی دیک پر می‌کنید (چمبر خالی)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴		در زمان انجام آزمون بووی دیک، تست را در کجای چمبر قرار می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵		آیا آزمون اسپور یا بیولوژیک در ۳ زمان لازم انجام می‌شود؟ (نصب و تعمیرات کلی، روتین مثلاً هفتگی (حداقل هفته‌ای یکبار)، سیکل حاوی ایمپلنت)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶		اگر آزمون بیولوژیک به شکل هفتگی انجام می‌شود در چه روزی انجام می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷		در زمان انجام آزمون بیولوژیک هفتگی، اندیکاتور (های) بیولوژیک را چگونه و در کجای چمبر قرار می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸		انکوباسیون در چه دمایی انجام می‌شود؟ (برای هر یک از انواع استریلایزرها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹		طول زمان انکوباسیون بر چه اساسی انتخاب می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰		آیا برای اندیکاتورهای بیولوژیک، کنترل مثبت انجام می‌دهید؟ (بدون قراردادن اندیکاتور بیولوژیک در استریلایزر)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱		آیا با تعریف "ایمپلنت" آشنا هستید و ست حاوی ایمپلنت در مرکز شما شناسایی و مشخص شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲		آیا برای سیکل‌های حاوی ایمپلنت پایش متفاوتی اجرا می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳		آیا نتایج پایش سیکل‌های حاوی ایمپلنت در مستندات بایگانی شما قابل مشاهده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۴		در موارد اورژانسی ایمپلنت که فرصت کافی برای پایان زمان انکوباسیون اندیکاتور بیولوژیک ندارید، چه می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۵	ب-۵-۲-۲	آیا در مرکز شما مشخص شده است که برای استریلیزاسیون بخار، در کدام یک از پک‌ها از اندیکاتور شیمیایی کلاس (تیپ) ۴ استفاده شود و در کدام یک از اندیکاتور شیمیایی کلاس (تیپ) ۶؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۶		آیا در تمام پک‌ها از اندیکاتور داخلی کلاس (تیپ) ۴ یا ۶ استفاده می‌کنید؟ پک استثنایی وجود دارد که اندیکاتور داخلی نداشته باشد؟ در زمان استریل کردن گازها چه پایشی انجام می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۷		آیا آموزش تفسیر اندیکاتورهای داخل پک توسط بخش استریل مرکزی به مصرف‌کنندگان پک به تکرار داده می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۸	ب-۵-۲-۳	آیا در مرکز شما از استریلایزر بخار به عنوان روش استفاده فوری (IUSS) (فلش) هم استفاده می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا می‌دانید در چه مواقعی این روش استفاده فوری را در استریل کردن وسایل به کار می‌گیرید؟	۲۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	این نوع سیکل‌های نوع استفاده فوری را چگونه پایش می‌کنید تا از استریل شدن وسایل اطمینان پیدا کنید؟	۳۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا نتایج پایش فیزیکی استریلایزر شماره ... در تاریخ ... را نشان دهید.	ب-۵-۲-۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا نتیجه آزمون بووی‌دیک دستگاه شماره ... را در تاریخ ... نشان دهید.	۳۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا بگویید کدام یک از پرسنل، سیکل شماره ... استریلایزر شماره ... را در تاریخ ... بارگذاری کرده است.	۳۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زونکن بایگانی نتایج آزمون بیولوژیک روتین وجود دارد؟ لیبل اندیکاتور (های) بیولوژیک بایگانی شده است؟	۳۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زونکن بایگانی نگهداری/تعمیرات دستگاه به روز است؟ لطفا آخرین تعمیرات استریلایزر شماره ... را نشان دهید.	۳۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تعمیرات کلی بر روی استریلایزر داشته‌اید؟ آزمون بیولوژیک پس از آن انجام شده است؟	۳۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا موارد نگهداری پیشگیرانه (PM) استریلایزر شماره ... را که باید در شش ماه آینده انجام شود نشان دهید.	۳۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا دستورالعمل استفاده از اندیکاتورها و استریلایزرهای دمای بالا را نشان دهید.	۳۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا برچسب معتبر کالیبراسیون استریلایزرهای دمای بالا را نشان دهید و کپی آخرین کالیبراسیون را ارائه دهید.	۳۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پس از بسته‌بندی، چطور مشخص می‌نمایید نوع ست یا ابزار و وسایل داخل یک پک چیست؟	ب-۵-۲-۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چطور به هر پک، سه اطلاعات شامل تاریخ استریل، شماره استریلایزر، و شماره چرخه (سیکل) را متصل / مرتبط می‌کنید؟	۴۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر در مرکز شما هر پک دارای یک تاریخ انقضای استریلیتی معین است، چطور آن را مشخص می‌نمایید؟	۴۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر از اتاق عمل به شما اطلاع دهند پکی را که برای عمل جراحی باز کرده‌اند، اندیکاتور داخلی‌اش پاس نشده است، چه می‌کنید؟	۴۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر اندیکاتور آزمون بیولوژیک روتین هفتگی، در طی یا پس از انکوباسیون، مثبت شده باشد (رشد کرده)، چه می‌کنید؟	۴۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سه اطلاعات هر پک شامل تاریخ استریل، شماره استریلایزر، و شماره چرخه به پرونده بیمار چطور متصل / مرتبط می‌گردد؟	۴۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا هر لحظه می‌دانید که پک‌هایی که در تاریخ ... در استریلایزر ... سیکل ... استریل شده است، در حال حاضر کجا هستند؟	۴۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر هر زمان مطمئن شوید پک‌های یک سیکل به درستی استریل نشده‌اند، آیا می‌توانید آن پک‌ها را از انبار خود و اتاق عمل یا بخش‌ها رهگیری کنید و جمع‌آوری نمایید؟	۴۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر هر زمان مطمئن شوید پک‌های یک سیکل به درستی استریل نشده‌اند، دستور بازخوانی یا Recall چگونه انجام می‌شود؟	۴۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا یکی از پرسنل روش اجرایی نحوه رهگیری پک‌های استریل شده را نشان دهد.	۴۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفا یکی از پرسنل دستورالعمل نحوه بازخوانی پک‌ها یا Recall را نشان دهد.	۵۰

		بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.	
بهبود	چک	پرسش	ردیف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	با استفاده از تابلو، علامت، رنگ یا هر امکان دیگری، قسمت‌های مختلف بخش استریل مرکزی از هم تفکیک و مشخص شده‌اند؟	۰۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به لحاظ تردد پرسنل تفکیک انجام شده است؟	۰۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به لحاظ جابه‌جایی وسایل و ابزار تفکیک شده‌اند؟	۰۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به لحاظ گردش هوا به طور کامل تفکیک شده‌اند؟ پارتیشن‌ها یا دیوارها تا سقف ادامه دارند؟	۰۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا سیستم تهویه با گردش هوای لازم برای هر قسمت تعبیه شده است؟	۰۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا از کولر آبی، پنکه، و یا پنجره باز استفاده می‌شود؟	۰۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا اگر فن در محل وجود دارد، دریچه آن تحت کنترل است که آلودگی وارد بخش استریل مرکزی نشود؟	۰۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا وسایل نظافت هر قسمت مخصوص همان قسمت است؟	۰۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در نقطه ورود و خروج از هر قسمت، نکات لازم با تابلو یا علامت مشخص هستند؟ مثلاً پوشش ایمنی یا موارد لازم دیگر.	۰۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا وسایل محافظت فردی و ایمنی در هر قسمت برای پرسنل و مهمان‌ها (بازدیدکنندگان) به سهولت قابل دسترسی است؟	۱۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در نقاطی که پرسنل پوشش ایمنی را در می‌آورند، آیا سطل یا محل جمع‌آوری پوشش مصرف‌شده وجود دارد؟	۱۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در نقاطی که پرسنل پوشش ایمنی را در می‌آورند، آیا امکان شستن دست و ضدعفونی آن وجود دارد؟	۱۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در انتخاب جنس بسته‌بندی، به هر دو موضوع استریل شدن و استریل ماندن توجه کرده‌اید؟	۱۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چه نکاتی را مورد توجه قرار می‌دهید تا جنس بسته‌بندی پک‌ها در اثر فشار در زمان بارگذاری آسیب نبیند؟	۱۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چه نکاتی را مورد توجه قرار می‌دهید تا جنس بسته‌بندی پک‌ها در اثر فشار در زمان انبارش آسیب نبیند؟	۱۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	محل انبارش پک‌های استریل شده فقط برای انبارش چنین پک‌هایی است یا وسایل دیگری نیز در این مکان انبار شده‌اند؟	۱۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا فاصله ۲۰ تا ۲۵ سانتی‌متری قفسه‌های انبارش از کف زمین رعایت شده است؟	۱۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا فاصله ۴۵ سانتی‌متری قفسه‌های انبارش از سقف رعایت شده است؟	۱۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا محل انبارش مجهز به آتش‌خاموش‌کن سقفی است؟ آیا فاصله لازم از سقف به این منظور رعایت شده است؟	۱۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا فاصله ۵ سانتی‌متری قفسه‌های انبارش از دیوارها رعایت شده است؟	۲۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برای گردش هوا و فشار مثبت بودن آن در بخش انبارش چه اقداماتی شده است؟	۲۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در بخش انبارش پک‌های استریل شده، برای دمای مناسب (کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد) و رطوبت نسبی مناسب (کمتر از ۷۰ درصد) چه اقداماتی شده است؟	۲۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به دلیل جلوگیری از انتقال آلودگی، آیا محل دریافت ابزار و وسایل آلوده با محل تحویل پک‌های استریل شده جدا شده است؟	۲۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا محل دریافت ابزار آلوده با محل دریافت وسایل تمیز (مانند وسایل بسته‌بندی شده، پارچه، گاز، ...) یکسان است؟	۲۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا کنترل و نظارتی بر محل انبارش پک استریل در فضاهای خارج از بخش استریل مرکزی دارید؟	۲۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا چرخ دستی در بسته برای جابجایی وسایل آلوده از محل مصرف به بخش استریل مرکزی دارید؟	۲۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا چرخ دستی در بسته برای حمل پک‌های استریل شده از بخش استریل مرکزی به محل استفاده (مثلاً اتاق عمل) دارید؟	۲۷