

راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران

نسخه مورد استناد دور پنجم اعتباربخشی ملی
سال ۱۴۰۱

راهنمای استفاده از کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها

- کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها که به منظور شفاف و عینی شدن سنجش استانداردهای مذکور تدوین شده است، پس از اجرای یک دوره اعتباربخشی (۱۴۰۰-۱۳۹۸) و کسب بازخوردها و نظرات محیطی و ستادی؛ با اندکی تغییرات به شرح ذیل برای **دور پنجم اعتباربخشی** بیمارستانهای کشور قابل استناد خواهد بود:
- در نسخه مورد استناد از کتاب استانداردها برای دور پنجم اعتباربخشی ملی بیمارستانها، ۱۹ محور به عنوان مولفه های اصلی، ۱۱۰ استاندارد کیفی و ۵۰۵ سنجه به تفکیک ۲۱۲ سنجه سطح یک، ۲۰۸ سنجه سطح دو و ۸۵ سنجه سطح سه وجود دارد. در ذیل هر استاندارد، سنجههای مرتبط در چارچوب جداول یکسان معرفی و ذیل هر سنجه، ملاک های ارزیابی با همراه توضیحات مربوط جهت شفاف سازی بیشتر جهت پیاده سازی و ارزیابی سنجهها ارائه شده است. همچنین سنجهها در سه سطح به شرح ذیل طبقه بندی شده اند:
 - **سنجه های سطح یک:** سنجههایی که اهمیت، حساسیت و امکان تحقق آنها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان می باشند.
 - **سنجه های سطح دو:** سنجههایی که امکان تحقق آنها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها می باشند.
 - **سنجه های سطح سه:** سنجههایی که امکان تحقق آنها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها می باشند.
 - سنجه های شماره "الف-۱-۳"، "الف-۱-۶-۷"، "الف-۲-۴-۵"، "الف-۱-۶-۹"، "ب-۱-۲-۳"، "ب-۱-۲-۱۰"، "ب-۱-۲-۱۰-۵"، "ج-۱-۱-۱" و "ج-۱-۱-۲" به دلیل وجود سنجههای مشابه و موازی در سایر محوره های ۱۹ گانه، از ملاک امتیاز دهی این دوره خارج گردیده اند.
 - سنجه شماره "الف-۱-۴-۸" در خصوص "اهتمام و نظارت تیم رهبری و مدیریت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی باموازین شرع مقدس در بیمارستان"، به بسته استاندارد های موجود اضافه شده است.
 - "بسته اختصاصی سنجههای روان پزشکی" مشتمل بر ۱۷ سنجه، که مختص ارزیابی بیمارستانهای تک تخصصی با گرایش روان پزشکی علاوه بر بسته استاندارد های اعتباربخشی ملی (۵۰۵ سنجه ابلاغی) می باشند، تدوین و در انتهای فایل ارائه شده است. لازم به ذکر است این بسته مختص بیمارستانهای تک تخصصی روان پزشکی بوده و در این بیمارستانها، علاوه بر بسته استانداردهای اعتباربخشی ملی، ملاک ارزیابی خواهد بود.
 - با توجه به اینکه حجم عملکرد و تاثیر کیفی سنجهها در کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها برابر نمی باشد و همچنین با توجه به اهمیت سنجهها و ارتباط آن با اهداف عالی وزارت متبوع؛ در این دوره از اعتباربخشی وزن دهی به سنجهها به شرح ذیل مورد بازنگری قرار گرفت:

گروه های مرتبط		ضریب وزنی	نوع وزن سنجه
مدیریت حوادث و بلایا - با نماد <input checked="" type="checkbox"/>	انطباق با موازین شرع مقدس - با نماد <input checked="" type="checkbox"/>	۲	دارای وزن بالا
ایمنی بیمار - با نماد *		۱/۵	دارای وزن متوسط
- سنجه های مرتبط با رسالت اصلی مراکز، شاخصهای کلیدی عملکرد، بیمار محور بودن، نتیجه محور و مبتنی بر شواهد بودن، نشان دهنده استفاده از خرد جمعی - با نماد <input checked="" type="checkbox"/>			
- برخی سنجه های ایمنی بیمار دارای وزن متوسط - با نماد ☆		۱	دارای وزن عادی
سایر موارد			

سطح یک	<p>الف-۱-۳ امکانات و سرویس‌های بهداشتی مطابق الزامات مربوط در دسترس کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سرویس‌های بهداشتی در دسترس، متناسب با تعداد مراجعین/ بیماران و کارکنان برای زنان و مردان به صورت مجزا ❖ سالم بودن ساختار فیزیکی سرویس‌های بهداشتی ❖ فراهم بودن امکانات بهداشتی (توالت و حمام) در هر سرویس
	<p>در اتاق‌های خصوصی یک سرویس در هر اتاق، در اتاق‌های عمومی یک سرویس به ازای هر ۸ بیمار، برای کارکنان به ازای هر ۳۰ نفر یک دستگاه توالت برای مردان و یک دستگاه توالت برای زنان به صورت مجزا در نظر گرفته شود. سرویس‌های بهداشتی دارای کاسه توالت سالم و بدون ترک خوردگی به رنگ روشن دارای فلاش تانک، تهویه مناسب و روشنایی مناسب باشند، دستگیره حمایتی و فضای فیزیکی مناسب در سرویس‌های بهداشتی حداقل ابعاد ۲ متر در ۲ متر برای استفاده با ویلچر، فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار، عدم وجود اختلاف ارتفاع در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه، همچنین پیش بینی محلی برای آویز سرم، نصب توالت فرنگی برای بیماران، مراجعین کم توان و ناتوان کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی)، وجود کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر تا امکان دسترسی از رو به رو را فراهم نماید ضروری است. حداقل فاصله‌ی لبه‌ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتیمتر است. ارتفاع مناسب لبه‌ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی متر فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی متر از کف تا زیر لبه‌ی کاسه‌ی روشویی برای قرارگرفتن زانو است. عمق این فضا در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتیمتر باشد. امکانات بهداشتی حداقل شامل صابون مایع، تجهیزات خشک کردن دست‌ها و دستمال کاغذی ترجیحا رولی و سطل درب دار پدالی است. امکان باز نمودن درب توالت/ حمام از بیرون بایستی در اتاق بیماران پیش بینی شده باشد.</p>
سطح یک	<p>الف-۱-۴ کارکنان مشمول آموزش‌های بهداشتی برابر ضوابط مربوط، گواهینامه آموزشی بهداشت معتبر اخذ نموده‌اند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود گواهینامه معتبر پایان دوره آموزشی بهداشت اصناف برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مدیریت پسماند ❖ وجود گواهینامه دوره ویژه پسماند برای کارکنان خدمات مرتبط با پسماند ❖ عدم بکارگیری کارکنان پسماند در مراحل تهیه، توزیع، طبخ، سرو و فروش مواد غذایی در فرایند مدیریت پسماند و بالعکس <p>اخذ گواهینامه بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین بوده، از نظر زمان و مرجع صادر کننده معتبر می باشد. تصویر گواهینامه دوره آموزشی بهداشت اصناف در واحدهای تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مدیریت پسماند نصب شده است.</p>
سطح یک	<p>الف-۱-۵ کنترل حشرات و جانوران موذی با اولویت استفاده از روش‌های تلفیقی و لحاظ نکات بهداشتی و ایمنی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه مدون برای کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش‌های تلفیقی ❖ اولویت بخشی به استفاده از روش تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت نسبت به روش‌های شیمیایی <p>استفاده از روش‌های تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت، و نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی صورت می‌پذیرد. روش‌های تلفیقی از قبیل بهسازی محیط، کنترل فیزیکی، ایجاد موانع در راه‌های ورود کنترل حشرات و جانوران، استفاده از مصالح مناسب، ترمیم شکاف دیوار، کف و سقف است. برنامه کنترل با تاکید و اولویت بر بخش‌ها و واحدهایی از قبیل آشپزخانه، رختشویخانه، استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت‌های ساختمانی، سرویس‌های بهداشتی و حمام تدوین شود. در صورت استفاده از روش‌های شیمیایی و ضرورت سم پاشی، بایستی اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر هر یک از سموم مورد استفاده مشخص شده و دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان بر اساس کتاب کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مرتبط با آن‌ها و ضوابط شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی، تهیه و در دسترس کارکنان مرتبط قرار گیرد.</p>

سطح یک	<p>الف-۶-۱-۶★ در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان سامانه‌های تهویه مطابق ضوابط مربوط و با رعایت اصول بهداشتی به کار گرفته می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ انطباق سامانه‌های تهویه در بخش‌ها/ واحدهای مختلف با الزامات بهداشتی مربوط ❖ وجود برنامه مدون برای ارزیابی تهویه در بخش‌ها/ واحدها ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی موثر بر اساس نتایج ارزیابی تهویه در بیمارستان <p>ارزیابی تهویه در بخش‌ها/ واحدها براساس چک لیست بازرسی بهداشتی از نگهداری سیستم تهویه برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی، فشار منفی برقرار باشد. گردش/ تغییر هوای اتاق ایزوله تنفسی بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت باشد. بالای درب ورودی، دستگاه فشارسنج نصب باشد. تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلارم و اطلاع مسیول بخش شود. در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی فشار مثبت برقرار باشد. گردش/تغییر هوای اتاق ایزوله حفاظتی/بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می‌گیرد. حفاظتی بالای درب ورودی، دستگاه فشارسنج نصب شده باشد و در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلارم و اطلاع به مسئول بخش شود. هوای ورودی اتاق عمل از طریق دمندهای واجد فیلتر هپا که به صورت مربع شکل در سقف اتاق عمل و بالای تخت عمل واقع گردیده‌اند، به صورت جریان تیغه‌ای تامین شود. گردش/تغییر هوای اتاق/ اتاق‌های عمل بیش /مساوی ۲۰ بار در ساعت صورت پذیرد. دهانه خروجی مکش اتاق/ اتاق‌های عمل مستقیم به خارج باز نشود. گردش/تغییر هوای اتاق تریاژ بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت پذیرد. همچنین فشار فضا/ اتاق تریاژ منفی است. گردش/ تغییر هوای فضای انتظار بخش اورژانس و درمانگاه بیمارستان بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت پذیرد. فشار هوای کریدورهای عمومی بیمارستان منفی است. فشار هوای داروخانه مثبت است. گردش/تغییر هوای داروخانه/اتاق دارو بیش و یا مساوی ۴ بار در ساعت صورت پذیرد. فشار هوای آزمایشگاه منفی است. در واحد استریلیزاسیون مرکزی فشار هوای فضای استریل مثبت است. گردش/ تغییر هوای فضای واحد استریلیزاسیون مرکزی بیش و یا مساوی ۱۰ بار در ساعت صورت پذیرد و جریان هوا از فضای استریل به سمت فضای تمیز و کثیف برقرار باشد. تمیز کردن دریچه خروجی به منظور پیشگیری از انسداد و شتاب منفی جریان هوا و بازرسی چشمی فیلتر به منظور تایید درزگیری مناسب و عدم وجود سوراخ انجام شود. فیلترها به شکل مناسب نصب شده باشند و سیستم مورد استفاده میزان جریان تهویه مورد نیاز برای هر اتاق را فراهم نماید. دسترسی به سیستم تهویه ایمن و آسان باشد. دستگاه تامین کننده هوا دارای حداقل استانداردها بوده و حاوی ماده یا اجزایی باشد که باعث تقویت رشد میکروارگانیسم‌ها نشود. برای جلوگیری از ورود حشرات موزی در داخل کانال ورودی و خروجی از یک مش با منافذ ۶ الی ۱۲ میلی متر استفاده شود. فیلترها به طور مطمئن نصب شده و به گونه‌ای در قاب خود قرار گیرند که فاقد هرگونه درز و شکافی باشد و از هرگونه جریان جانبی نیز جلوگیری شود. همچنین محل نصب فیلتر به گونه‌ای باشد که دسترسی آسان به فیلتر برای پاکسازی، حذف یا جایگزینی آن فراهم باشد. بخش‌هایی که فیلتر هپا دارند قابل تعویض بوده و فاقد هرگونه درز باشند. همچنین فیلترهای هپا بر اساس کاتالوگ‌های سازنده تعویض شود. واحدهای تامین هوا از دسترسی‌های غیر مجاز محافظت شود. واحدهای تامین هوا بر روی پشت بام مسیر دسترسی دائمی و ایمن داشته باشند. تمامی اجزا واحدهای تامین هوا برای بازرسی روزانه به آسانی قابل دسترس باشند. بر اساس راهنمای تهویه در بیمارستان، ابلاغی وزارت بهداشت ارزیابی‌های تهویه بخش‌ها /واحدها انجام شود و گزارش آن به کمیته مرتبط ارائه شده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا شود و مسئول بهداشت محیط بیمارستان بر اجرای آن نظارت نماید.</p>
سطح دو	<p>الف-۶-۱-۷❑ وضعیت بهداشت محیط بیمارستان به صورت دوره‌ای ارزیابی شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر تدوین و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه مدون برای ارزیابی وضعیت بهداشتی بخش‌ها /واحدهای بیمارستان ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی موثر بر اساس نتایج ارزیابی وضعیت بهداشتی در بیمارستان <p>وضعیت بهداشت محیط بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان به صورت مدون و منظم و در فواصل زمانی تعیین شده بر حسب نوع فعالیت در بخش‌ها /واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیست‌های مرتبط ارزیابی شود. ارزیابی با تجهیزات پرتابل مورد نیاز صورت گرفته و نتایج ترجیحا به صورت الکترونیک مستند شود. نتایج ارزیابی‌ها در کمیته مرتبط گزارش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا شود.</p>
سطح دو	<p>الف-۶-۱-۸★ بیمارستان برای کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت، برنامه معین و مؤثر داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی هماهنگی هرگونه ساخت و ساز به واحد بهداشت بیمارستان ❖ وجود برنامه مدون برای کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت به مراجعین/ بیماران ❖ کنترل هرگونه آلاینده ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان <p>برای جلوگیری و کاهش مخاطرات و آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان کارگران مربوطه قبل از شروع بکار، آموزش‌های لازم را دیده و توجیه شوند. محل‌های ساخت و ساز، راه‌ها و درب‌های منتهی به ساخت و ساز مسدود شوند، محل‌های مذکور از طریق حصار کشی، تخلیه بخش و... تا حد امکان ایزوله شود. همچنین حدود زمان لازم برای اجرای هر پروژه تعیین شود. ترجیحا از موادی که نخاله ساختمانی کمتری تولید می‌کند استفاده شود و نخاله‌های ساختمانی در حداقل زمان ممکن به خارج از بیمارستان انتقال یابند، روش‌های جلوگیری از تولید گرد و خاک بکارگرفته شود، با هدف کنترل عوامل آلاینده‌های ناشی ساخت و ساز لازم است مسئول بهداشت محیط بر فعالیت‌های پیمانکاران و سازندگان نظارت داشته باشد.</p>

الف-۶-۱-۹ قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و ضوابط مرتبط آن در بیمارستان رعایت می‌شود.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان ❖ نظارت میدانی بر رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق 	
اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات با ابزارو تابلوها در تمامی بخش‌ها و واحدها و مکان‌های رفت و آمد مراجعین و بیماران در فضاهایی در معرض دید نصب شده است. رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان بر اساس ماده ۷ آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۰۶/۱۵ رعایت می‌شود. در بیمارستان‌های روانپزشکی و بخش‌های روانپزشکی اتاق سیگار با امکانات و تجهیزات لازم شامل هواکش قوی، عدم وجود مواد اشتعال زا، وجود سیستم اطفای حریق، برای سیگار کشیدن بیماران این بخش اختصاص داده شود.	
الف-۶-۱-۱۰ عملکرد بیمارستان نشان دهنده تحقق اهداف بیمارستان بدون دخانیات است.	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان ❖ تامین تمامی الزامات ساختاری بیمارستان بدون دخانیات ❖ اخذ تاییدیه برای بیمارستان بدون دخانیات از مراجع ذیربط ❖ عدم استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان توسط مراجعین/بیماران و کارکنان 	
نظارت میدانی بر رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق لازم است. اما بیمارستان بدون دخانیات بایستی تمامی قوانین مرتبط با این اعتبار مهم را پیاده سازی نموده و از آن مراجع ذیربط گواهی نامه بیمارستان بدون دخانیات دریافت نماید. ✓ در صورت اخذ این گواهی تعدادی از استانداردهای ارتقای سلامت کارکنان و بیماران و محیط زیست نیز مثبت ارزیابی خواهد شد.	
الف-۶-۲ مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.	سطح
الف-۶-۲-۱ مواد غذایی مجاز، از مراکز معتبر با رعایت اصول بهداشتی تهیه و مطابق ضوابط بهداشتی به بیمارستان حمل می‌شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از مواد اولیه غذایی سالم و بهداشتی ❖ دارا بودن پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت برای مواد اولیه غذایی ❖ حمل و نقل مواد اولیه غذایی با رعایت اصول بهداشتی ❖ نظارت کارشناس مسئول بهداشت محیط بر تهیه مواد اولیه غذایی و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم 	
مواد اولیه غذایی که از نظر فیزیکی (درجه حرارت نامناسب)، شیمیایی (فلزات سنگین، کودهای شیمیایی و سموم کشاورزی) و میکروبی (باکتری‌ها و سموم آن‌ها و قارچ‌ها) مشکلی نداشته باشد. از مواد غذایی بسته بندی مجاز دارای اطلاعات نام محصول، ترکیبات، آدرس کارخانه یا کارگاه، شماره پروانه ساخت یا کد بهداشتی از وزارت بهداشت، تاریخ تولید و انقضا و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه معتبر بهداشتی استفاده شود. سبزیجات و صیفی جات و میوه‌ها از مراکز تهیه و توزیع معتبر تهیه شود. مواد اولیه غذایی که مشمول دریافت پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت دارای پروانه ساخت و شناسه نظارت هستند. حمل و نقل مواد اولیه غذایی به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به صورت برچسب مواد اولیه غذایی به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای شماره مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به صورت برچسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت حمل شوند. لازم است پروانه بهداشتی صادر شده از سوی معاونت بهداشتی و اعتبار پروانه بهداشتی بررسی شود. همچنین سازوکاری برای ثبت، نظارت و بررسی پروانه تمامی وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی در تمام ساعات شبانه روز که به بیمارستان جهت بارگیری یا تخلیه بار مراجعه می‌کنند توسط بیمارستان تدوین شده و در واحد بهداشت محیط وجود داشته باشد.	

سطح یک	الف-۲-۲ نحوه نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار و سردخانه به صورت ایمن و با رعایت اصول بهداشتی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود انبار/ سردخانه‌های اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی با شرایط بهداشتی ❖ وجود مکانیسم‌های ایمن برای ورود و خروج به سردخانه‌ها ❖ نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار/ سردخانه با رعایت اصول بهداشتی
	<p>در تمام یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی، دماسنج وجود داشته و روزانه درجه حرارت یخچال‌ها/ فریزرها و سردخانه‌های نگهداری مواد غذایی در دو نوبت صبح و عصر کنترل و ثبت شود. مکانیسم‌های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچال‌ها و فریزرها و سردخانه‌ها وجود داشته و درب یخچال از خارج قفل نشود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده باشد. مکانیسم عملکرد قفل در تمام سردخانه باید از داخل و خارج، قابل باز شدن باشند. تمام مواد و فراورده‌های مواد غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری می شود، برای مواد غذایی پالت و قفسه بندی وجود دارد. مواد غذایی پخته و خام و مواد غذایی شسته شده و شسته نشده جدا از هم نگهداری شود. زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت شده، مواد غذایی فاسد شدنی در یخچال و یا سردخانه قرار گیرد، مواد غذایی فاسد شدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه سلسیوس نگهداری شود و لازم است در دمای پایین تر از ۵ درجه و بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس در شرایط پخت نگهداری شود. برای تامین و افزایش ایمنی، تجهیزاتی از قبیل سیستم هشدار(اعلام خطر/آژیر) نیز می‌توان در سردخانه استفاده کرد.</p>
سطح یک	الف-۲-۳ انبار، سردخانه، محل آماده‌سازی، پخت، ظرفشویی در آشپزخانه چیدمان مناسب داشته و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان ساختار و اجزای آشپزخانه ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان فرایندهای کاری شپزخانه ❖ استفاده از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی در مسیرهای آشپزخانه ❖ محدودیت تردد و ممنوعیت ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه
	<p>برای جلوگیری از انتقال آلودگی توالی استقرار فضای انبار، سردخانه، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی به نحوی است که مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می شود. از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها از قبیل وجود خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه، جا کفشی، در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سرد خانه در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سردخانه مواد غذایی استفاده می‌شود. محدودیت تردد برنامه‌ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری شود.</p>
سطح یک	الف-۲-۴ مراحل آماده‌سازی طبخ غذا با رعایت اصول بهداشتی و تحت نظارت کارشناس بهداشت محیط صورت می‌پذیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی متناسب با فعالیت آشپزخانه ❖ آماده سازی، طبخ مواد غذایی با رعایت اصول بهداشتی
	<p>ابزار، لوازم و ظروف سالم بدون شکستگی، زنگ زدگی و دارای جنس مورد تایید وزارت بهداشت، مطابق با مواد ۲۵ الی ۲۸ و سایر بندهای مرتبط در دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشت از مراکز تهیه، تولید، توزیع و نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی باشد. میوه و سبزیجات خام مصرفی بایستی مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده مصرف شوند. سالم سازی میوه و سبزیجات در چهار مرحله شامل شستشو، انگل زدایی، گندزدایی و شستشوی نهایی با آب است. برای این منظور تجهیزات و مواد لازم در آشپزخانه موجود باشد. طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده‌سازی صورت پذیرد. آماده‌سازی مواد مصرفی جهت تهیه غذا مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت انجام شود. آماده‌سازی مواد غذایی شامل یخ زدایی مواد پروتئینی، سرد کردن و گرم کردن مواد غذایی آماده مصرف به صورت بهداشتی است. برای این منظور تجهیزات مورد نیاز برای آماده‌سازی مواد مصرفی موجود باشد^۱.</p>

^۱ دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت‌های مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی

سطح یک	الف-۲-۵ توزیع و سرو غذا در بیمارستان با رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم برنامه‌ریزی می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین دستورالعمل " نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا" با حداقل‌های مورد انتظار ❖ آگاهی کارکنان مرتبط در زمینه دستورالعمل ❖ توزیع و سرو غذا رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم
	<p>حمل و نقل و سرو غذا بر بالین بیماران با رعایت شرایط بهداشتی استفاده از ظروف یک بار مصرف برای سرو غذای بیماران اتاق‌های ایزوله، واحدهای عفونی و بخش‌های ویژه و اورژانس الزامی است. در مورد سایر بیماران با تشخیص بیمارستان است. ظروف و وسایل یکبار مصرف سالم، تمیز، عاری از رگه و سوراخ ریز ذرات یا اجسام خارجی، خراش، پارگی، جمع شدگی، لبه‌های تیز، بو و حباب باشد و دارای پروانه ساخت یا پروانه ورود به کشور معتبر باشد. متناسب با نوع پروانه برای مواد غذایی سرد یا گرم بوده و در داخل کیسه‌های تمیز و مستحکم و در بسته و به دور از نور مستقیم خورشید نگهداری می‌شود. بیمارستان از ترالی‌های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش‌ها برخوردار باشد. کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط مسئول واحد بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام شود. شرایط برای تامین زنجیره گرم و رسیدن به دمای بالای ۶۰ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد، فراهم شود. اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره سرد و رسیدن به دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد، فراهم شود. استفاده از آسانسور مخصوص حمل غذا در بیمارستان برای تامین زنجیره گرم توصیه می‌شود..</p>
سطح یک	الف-۲-۶ صلاحیت بهداشتی کارکنان در واحدهای مرتبط با مواد غذایی ارزیابی و احراز می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دریافت کارت معاینه پزشکی معتبر برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی ❖ عدم بکارگیری کارکنان شاغل در مراحل مختلف مدیریت پسماند در فرایندهای تهیه مواد غذایی، طبخ، توزیع و سرو غذا <p>کارت معاینه پزشکی دارای اعتبار از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان فعالیت دارند، دریافت شده است و تصویر آن در محل آن‌ها نصب شده باشد. در تمامی مراحل تهیه و توزیع مواد غذایی کارکنان پسماند بکارگیری نمی‌شوند. و کارکنان فعال در مراحل تهیه توزیع مواد غذایی نیز در فرایند مدیریت پسماند هیچگونه دخالتی نداشته باشند.</p>
سطح دو	الف-۲-۷ آبدارخانه بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان دارای شرایط بهداشتی و ایمن است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شرایط بهداشتی آبدارخانه بخش‌ها و واحدهای مختلف مطابق آیین نامه و ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ اطمینان از رعایت اصول ایمنی برای کارکنان و مراجعین استفاده کننده از امکانات آبدارخانه <p>نظافت و نگهداری آبدارخانه با رعایت اصول بهداشت و ایمنی بایستی داری تولید و نظارت مستمر باشد. رعایت اصول ایمنی از جمله پیشگیری از سوختگی، برق گرفتگی و سایر حوادث احتمالی بایستی کنترل شوند.</p>
سطح دو	الف-۲-۸ سالن‌های غذا خوری و محل سرو غذا مطابق ضوابط مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مطابقت شرایط فیزیکی و محیطی سالن‌های غذاخوری و محل سرو غذا با شرایط بهداشتی ❖ رعایت اصول بهداشتی در مراحل سرو غذا <p>شرایط فیزیکی و محیطی از قبیل کف، دیوار، سقف، سیستم تهویه، درو پنجره و شرایط محیطی از قبیل دما رطوبت و نور و تهویه مطابق با دستورالعمل‌های مرتبط باشد. جهت دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>
سطح دو	الف-۲-۹ محل فروش مواد غذایی یا بوفه بیمارستان مطابق با ضوابط بهداشتی مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ محل/ مکان و ساختار فیزیکی فروش مواد غذایی یا بوفه در داخل بیمارستان مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارائه مواد غذایی و کالاهای مجاز مطابق ضوابط مربوط <p>جهت دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>

سطح	الف-۶-۳ مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می پذیرد.
سطح یک	الف-۶-۳-۱ کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ کیفیت فیزیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است. ❖ کیفیت شیمیایی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است. ❖ کیفیت بیولوژیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است. <p>متغیرهای فیزیکی شامل جامدات معلق، کدورت، طعم، بو و درجه حرارت خصوصیتی هستند که بوسیله حواس بینایی، لامسه، چشایی و بویایی قابل تشخیص است. مخزن اختصاصی آب با گردش دائم و ذخیره آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۷۲ ساعت وجود داشته و آزمایشات لازم با تناوب زمانی تعیین شده انجام شود. کیت کلرسنج و معرف های مورد تایید وزارت بهداشت با تاریخ مصرف معتبر برای انجام کلر سنجی حداقل در سه نقطه به صورت روزانه و متناوب، همچنین کلرسنجی روزانه کلر آزاد باقیمانده آب مخزن ذخیره برنامه ریزی و انجام شود. نتایج کلرسنجی بایستی با استاندارد مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج با استاندارد ملی ۱۰۵۳ حتی در یک مورد، پیگیری و اقدام اصلاحی انجام شود. نمونه برداری آزمایشات شیمیایی حداقل هر شش ماه یک بار انجام و سوابق آزمایشات شیمیایی آب شش ماهه موجود باشد. برای نمونه برداری شیمیایی از دستورالعمل تواتر نمونه برداری برای آزمون های شیمیایی در شبکه توزیع آب آشامیدنی اعلام شده از سوی معاونت بهداشت استفاده شود و حداقل دو بار در سال ارزیابی کیفیت شیمیایی آزمایش شود. نمونه برداری آزمایشات میکروبی حداقل در هر ماه یک بار انجام شود و سوابق آزمایشات میکروبی برای تمامی ماه های سال موجود باشد. بر اساس استاندارد شماره ۴۲۰۸ تحت عنوان "کیفیت آب-نمونه برداری از آب برای آزمون های میکروبی" حداقل تعداد نمونه برای آزمون باکتری های نشانگر آلودگی مدفوعی برای جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر ۱۲ نمونه در سال در نظر گرفته شده است. سوابق حداقل ۱۲ نمونه در سال وجود داشته باشد. تمامی نتایج انجام آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد ملی ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ و ۴۲۰۷ مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد، پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می گیرد. جهت دسترسی به دستورالعمل های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>
سطح یک	الف-۶-۳-۲ مدیریت فاضلاب بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط برنامه ریزی و اجرا می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تطابق عملکرد مدیریت فاضلاب بیمارستان با استانداردهای مرتبط ❖ تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای مرتبط <p>وضعیت مدیریت فاضلاب بیمارستان و عملکرد کارکنان مرتبط با تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی مطابقت داشته و طبق این تفاهم نامه بیمارستان دارای تصفیه خانه فعال فاضلاب، متناسب با تخت های بیمارستان می باشد یا در صورت وجود شبکه جمع آوری متصل به تصفیه خانه فعال و کارآمد فاضلاب شهری، به شبکه فوق متصل است. کارکنان مرتبط از مفاد تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی از قبیل عدم تخلیه مواد شیمیایی خطرناک، داروهای خطرناک، داروهای رادیواکتیو در بیمارستان آگاهی دارند و رعایت می کنند. نتایج آزمایشات پساب خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق با استاندارد پیگیری و اقدامات اصلاحی صورت می گیرد. در صورت وجود تصفیه خانه، استاندارد خروجی و تواتر نمونه برداری فاضلاب بیمارستانی رعایت شود. در صورت اتصال به آگو، تصویر قرارداد یا مستندات اشتراک فاضلاب قابل ارائه و در دسترس باشد. سیستم جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به نحوی است که بدبو و بد منظره نبوده و موجب جلب و تکثیر حشرات و حیوانات موزی نشود.</p>

سطح	الف-۶-۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
سطح یک	الف-۶-۴-۱ ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می‌شود.
<p>❖ پیش بینی روش‌های مراقبت از پسماندهای پزشکی از مرحله تولید تا امحاء، بی‌خطر سازی و دفع در خصوص عدم ورود به فرایندهای بازیافت</p> <p>❖ عدم بازیافت هر گونه پسماند پزشکی در بیمارستان</p>	
<p>مقدمه و گام اول رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی وجود نظارت‌های دقیق و مستمر بر روند نگهداری، حمل و نقل، بی‌خطر سازی و دفع بهداشتی پسماندهای پزشکی توسط کارشناس بهداشت با مشارکت سایر مدیران و مسئولان است.</p>	
سطح یک	الف-۶-۴-۲ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می‌شود.
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای عادی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>پسماندهای عادی، ناشی از کارکردهای خانه‌داری و مدیریت اجرایی مراکز است که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه‌های پرستاری، باغبانی و پسماندهای بی‌خطر شده است.</p> <p>امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع‌آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطل‌های آبی و کیسه‌های با رنگ بندی مشکی، با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" تامین شود. دفع پسماندهای عادی بر اساس قرارداد معتبر با شهرداری انجام شود. ویژگی‌های برچسب گذاری مطابق ماده ۳۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته است. پسماندهای عادی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ مشکی با برچسب پسماند عادی جمع‌آوری می‌شود. در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی، شیمیایی، رادیواکتیو و نظایر آن خارج کردن آن ممنوع بوده و پسماند غیر عادی محسوب می‌شود. در خصوص وضعیت پسماندهای ایستگاه پرستاری بخش دیالیز و اورژانس و قسمت اداری آزمایشگاه مانند سایر ایستگاه‌های پرستاری، در صورتیکه قرار دادن کیسه‌های پسماند عادی در ایستگاه‌های پرستاری باعث اختلال در فرآیند تفکیک نشود، پسماندهای تولید شده در این قسمت‌ها عادی و سایر پسماند بخش‌های فوق مطابق پسماند پزشکی ویژه مدیریت می‌شوند.</p>	
سطح یک	الف-۶-۴-۳ <input checked="" type="checkbox"/> تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می‌شود.
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، است.</p> <p>پسماندهای عفونی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ زرد با برچسب پسماند عفونی جمع‌آوری و در سطل‌ها و یا کانتینرهای زرد رنگ نگهداری می‌شوند. ظروف نگهداری و ظروف جمع‌آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی به جز در بخش‌های مشخص شده در دستورالعمل یکسان سازی قرار نمی‌گیرند. پسماندهای اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب شده و در این بخش‌ها کیسه و سطل زرد استفاده می‌شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری شود. در بخش‌های درمانی- تشخیصی بیمارستان‌های سوانح سوختگی و بخش‌های سوختگی تمامی پسماندها عفونی محسوب می‌شوند. بی‌خطر سازی، تصفیه و دفع بهداشتی پسماندهای عفونی مطابق ضوابط ابلاغی توسط دستگاه بی‌خطر ساز فعال و با حجم متناسب مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولیدی دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو انجام می‌شود.</p>	

سطح یک	الف-۴-۴-۴-۴ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای تیز و برنده، بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می‌شود.
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می‌توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شوند این اجسام شامل سوزن‌ها، سوزن‌های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه‌ها، چاقو، ست انفوزیون، اره‌ها، شیشه شکسته‌ها، لام و لامل و سایر اقلام شیشه‌ای آزمایشگاه و ناخن بیماران و هر شیء برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیر عفونی باشند اما در هر دو شکل به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می‌آیند.</p> <p>پسماندهای تیزو برنده در ظروف مستحکم و ایمن^۱ استاندارد زرد رنگ با درب قرمز رنگ و برچسب پسماند تیز و برنده دارای خطر زیستی جمع آوری می‌شوند. ظروف مستحکم و ایمن به آسانی سوراخ یا پاره نمی‌شود، درب آن به آسانی بسته و مهر و موم می‌گردد. دهانه ظرف باید به اندازه ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست، در ظروف انداخت و خارج کردن آن‌ها از ظرف ممکن نباشد، دیواره‌های ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند، پس از بستن درب، از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود، حمل و نقل ظرف آسان و راحت باشد، به هیچ عنوان از کیسه‌های پلاستیکی برای جمع آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود و مطابق یا ماده ۲۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته جمع آوری شوند. ترالی‌ها به ظروف مستحکم و ایمن مجهز بوده و ظروف نگهداری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماند تیز و برنده در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی به جز در بخش‌های مشخص شده در دستورالعمل یکسان سازی قرار نمی‌گیرند. همچنین نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاق‌های بستری و تحت نظر مانند اورژانس، ممنوع است. امکانات مذکور در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها در داخل ظروف مستحکم و ایمن که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، جمع آوری می‌شوند. در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون‌گیری آزمایشگاه و اتاق عمل به جز بخش‌های دیالیز، مراقبت‌های ویژه قلب و مراقبت‌های ویژه کودکان، در یونیت هر بیمار می‌توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد. پس از پر شدن ۳/۴ ظرف مستحکم و ایمن جمع‌آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده، و سپس بی خطر سازی شوند. سوزن سرنگ نیابتی مجدداً در پوش گذاری^۲ شود و بایستی بدون هر گونه دستکاری داخل ظروف مستحکم و ایمن رها و جمع آوری شود. سوزن و سرنگ تواماً در ظروف مستحکم و ایمن جمع آوری شود. از جداسازی آن اجتناب گردد. در مورد سوزن و سرنگ آزمایش‌های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل نمایند. سوزن ست‌سرم، جدا شده و در ظروف مستحکم و ایمن قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شده و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.</p>	
سطح یک	الف-۴-۴-۵-۴ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می‌شود.
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده‌اند مانند قوطی‌ها و شیشه‌های دارویی است که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود. پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای ژن‌ها هستند. پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری‌ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون، باتل‌های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می‌شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.</p> <p>پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه ای با برچسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع آوری می‌شوند. روش‌های مجاز دفع بهداشتی از قبیل محفظه سازی و نحوه استفاده و انعقاد قرارداد از شرکت و سایت‌های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا می‌شود.</p>	

^۱ Safety Box

^۲ ReCap



الف-۴-۶- تفکیک، نگهداری و دفع پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک در مبدا پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری ❖ دفع پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت 	
پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا شامل داروهای شیمی درمانی، پسماندهای اقدامات تشخیصی و درمانی است. تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو/پرتوزا در بیمارستان بر اساس دستورالعمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت برنامه ریزی و انجام می شود. همچنین لازم است امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری پسماند رادیواکتیو/پرتوزا فراهم شده و کد بندی و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رادیواکتیو/پرتوزا رعایت شود.	
الف-۴-۶- جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل انواع پسماندها از بخش ها /واحدها تا جایگاه موقت نگهداری طبق ضوابط مربوط اجرا می شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش ها /واحدها تا جایگاه موقت نگهداری ❖ وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی 	
محل مناسب در بخش برای نگهداری، شستشو و گندزدایی سطوح زباله محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب گرم و سرد، سیستم تهویه مناسب، متصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف باشد. از محل مذکور جهت شستشو و گندزدایی سطوح زباله در بخش استفاده شود. امکانات و تسهیلات لازم از قبیل کانتینر چرخ دار و یا چرخ دستی جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی و مناسب پسماند به تعداد کافی جهت انتقال پسماند به جایگاه موقت وجود داشته و ترالی در انتهای بخش تعویض شود.	
الف-۴-۶- شرایط جایگاه موقت نگهداری انواع پسماندها بر اساس ضوابط مربوط است.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود محل نگهداری موقت پسماندها با شرایط بهداشتی ❖ شرایط نگهداری انواع پسماندها مطابق ضوابط مربوط 	
محل نگهداری موقت پسماندها دارای سرویس بهداشتی، حمام و دستشویی و محل استراحت با شرایط بهداشتی و مجزا برای کاربر دستگاه بی خطر ساز پسماند و استفاده اختصاصی کاربر باشد. زمان نگهداری پسماندها در جایگاه، مطابق ماده ۴۵ در شرایط آب و هوایی معتدل ۷۲ ساعت در فصل سرد ۴۸ ساعت در فصل گرم ۲۴ ساعت است. در صورت عدم امکان رعایت زمان نگهداری اتافک نگهداری به سیستم خنک کننده مجهز گردد. پسماندها داخل بین ها با رعایت کد بندی بدون انباشتگی نگهداری شوند. رفع آلودگی و گندزدایی تمام تسهیلات، تجهیزات و ظروف نگهدارنده پسماندها مطابق ماده ۳۰ ضوابط رعایت شود.	
الف-۴-۶- اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماندهای عفونی و تیز و برنده بر اساس ضوابط مربوط تکمیل و ثبت می شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تکمیل و ثبت اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماندهای عفونی ❖ تکمیل و ثبت اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماندهای تیز و برنده 	
اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منضم به نتایج میکروبی ماهیانه تکمیل شود. اظهار نامه دارای دو فرم است فرم شماره ۱ توسط بیمارستان تکمیل و به امضاء کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تجهیزات پزشکی و رئیس بیمارستان می رسد. این فرم به انضمام نتایج آزمون های میکروبی است که توسط آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام داده است تکمیل و همراه یکبار به مرکز بهداشت مربوطه ارسال می شود. فرم شماره ۲ پس از بررسی و احراز صحت فرم شماره ۱ توسط مرکز بهداشت تکمیل و در پایان هر فصل به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می شود.	
الف-۴-۶- تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده بر اساس ضوابط مربوط انجام می شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن ❖ تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع جفت و جنین مرده 	
اعضا و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده مطابق با "ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" مجزا جمع آوری، بسته بندی و برای دفع به آرامستان محل حمل شده و به روش تعیین شده و با رعایت احکام شرعی دفع می گردد.	

سطح یک	الف-۴-۱۱ جمع آوری و امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران، بر اساس ضوابط مربوط و رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ جمع آوری تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران با نظارت و مدیریت رئیس/ سرپرستار اتاق عمل ❖ امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی <p>ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت مد نظر قرار گیرد.</p>
سطح دو	الف-۴-۱۲ عملکرد دستگاه‌های بی خطر ساز پسماندها از نظر مکانیکی، میکروبی و شیمیایی طبق ضوابط مربوط کنترل و ارزیابی می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی دستگاه‌های غیرسوز بی خطر ساز پسماند ❖ ارزیابی عملکرد و پایش شیمیایی دستگاه‌های غیرسوز بی خطر ساز پسماند ❖ ارزیابی عملکرد و پایش مکانیکی دستگاه‌های غیرسوز بی خطر ساز پسماند <p>بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی‌خطر ساز انجام شود و نتایج ارزیابی‌ها در کمیته مرتبط مطرح و در صورت لزوم اقدام اصلاحی به عمل آید. همچنین لازم است مستندات مربوط به کالیبراسیون دستگاه در سوابق نگهداری شود.</p>
سطح دو	الف-۴-۱۳ برنامه عملیاتی پسماندها تدوین و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ❖ اجرای برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی
	<p>برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی با توجه به مشکلات و اولویت‌های بومی بیمارستان تدوین می‌شود. اهداف این برنامه عملیاتی که همسو با برنامه استراتژیک تدوین می‌شود شامل بهبود نحوه تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و نگهداری، بی‌خطر سازی و دفع نهایی، افزایش آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول مدیریت پسماند، مدیریت حجم پسماندهای پزشکی و سایر اولویت‌های بومی بیمارستان است. این برنامه با توجه به ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی همسو با برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین می‌شود. توصیه می‌شود انواع پسماندها به تفکیک روزانه وزن شده، فهرستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه یا خطر ناک شامل تمامی پسماندهای عفونی و زبان آور که به دلیل بالا بودن یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و عوامل مشابه، نیاز به مدیریت خاص دارند با ذکر محل تولید آن‌ها تهیه شود. فهرست مذکور به تفکیک محل تولید در اختیار بخش‌ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می‌شود. در خصوص کاهش میزان تولید پسماند و مدیریت انواع پسماند در بیمارستان لازم است برنامه‌ریزی لازم به عمل آید.</p>

سطح	الف-۶-۵- فرایندهای رختشویخانه با رعایت ضوابط و شرایط استاندارد برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
سطح یک	الف-۶-۵-۱- اصول بهداشتی ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه رعایت می‌شود.
<p>❖ وجود ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه با اصول بهداشتی</p>	
<p>تاسیسات آبرسانی و توزیع آب باید مطابق دستور العمل‌های ابلاغی مرکز سلامت محیط و کار و به تایید معاونت‌های بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برسد.^۱ آب با فشار کافی و درجه حرارت موردنیاز در تمام تاسیسات و تجهیزات استفاده کننده از آب در دسترس باشد. شبکه جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به تایید معاونت‌های بهداشتی برسد. رختشویخانه بیمارستان بایستی از دو بخش اصلی (بخش تمیز، بخش کثیف) و بخش‌های پشتیبان پذیرش رخت، رختکن، محل استراحت، دست شویی، توالی، حمام، دفتر مدیریت، انبار مواد شیمیایی شوینده و گندزدا، انبار رخت تمیز، انبار رخت کثیف، خیاط خانه، محل شستشوی توالی، تی شویخانه تشکیل شود. بخش کثیف، محل دریافت و کنترل رخت‌های کثیف و آلوده است. بخش تمیز، محل پردازش رخت‌های شسته شده است. درب ورودی به بخش کثیف بایستی بعد از بخش پذیرش رخت و مستقل از درب خروجی بخش تمیز باشد. در ابتدای بخش‌های کثیف و تمیز می بایست جاکفشی به همراه تعداد کافی دمپایی وجود داشته باشد. مسیرهای کثیف و تمیز محیط رختشویخانه شامل محوطه ورودی، محوطه خروجی توسط خط قرمز جدا گردد. مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار بیمارستان و حداقل ۰/۵-۰/۶ متر مربع به ازای هر تخت بیمارستان است. برای بیمارستان‌های با تعداد تخت کمتر حداقل فضای مورد نیاز ۳۸ متر مربع است. در محل استقرار رختشویخانه و ارتباط آن با بخش‌های مختلف بیمارستان مواردی از قبیل عدم ایجاد مزاحمت برای بیماران و مردم لحاظ شده است. کف واحد رختشویخانه از سنگ یا سرامیک سالم، بادوام، قابل شستشو، غیرقابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی و مقاوم به مواد گندزدا و خوردگی باشد. کف بخش کثیف دارای تعداد کافی کف شو ر با توری ریز و مجهز به شتر گلو بوده و شیب بندی کف بخش به طرف کف شور باشد. دیوار رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و گندزدایی، بدون منفذ و خلل و فرج و از کف تا زیر سقف از جنس مقاوم و صیقلی مانند سنگ، کاشی و یا سرامیک باشد. سقف باید بدون درز و شکاف، به رنگ روشن، صاف و قابل نظافت تعبیه شده در سقف، برای مثال لامپ باید به گونه‌ای باشد که تجمع کثیفی، تراکم بخار آب و ریزش ذرات به حداقل برسد. در صورت وجود سقف کاذب، باید بدون درز و شکاف، صاف، به رنگ روشن، ضدحریق، رطوبت و قابل نظافت باشد. درب و پنجره‌ها باید از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی باشد. در صورت وجود پنجره در رختشویخانه، تمامی پنجره‌های باز شو مجهز به توری سیمی زنگ نزن، بدون پارگی، متحرک و قابل تعویض یا شستشو باشند. در صورت وجود سیستم تهویه مطبوع مطابق ضوابط و مقررات آن سیستم عمل شود. انبار رخت تمیز دارای دیوار از جنس کاشی، سنگ یا سرامیک مقاوم تا سقف، کف از جنس سنگ یا سرامیک مقاوم، قابلیت شستشو و گندزدایی کف و دیوارها، و تهویه مناسب باشد. قفسه بندی انبار رخت تمیز، ضد زنگ، و باید به گونه‌ای باشد که رخت تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت گردد. انبار مواد شیمیایی و انبار نگهداری و ذخیره مواد شوینده و گندزدا دارای شرایط بهداشتی انبارهای کوچک مطابق با "دستورالعمل شرایط و ویژگی‌های انبارهای مواد شیمیایی و سموم" باشد. قفسه‌هایی که برای نگهداری رخت‌های تمیز در بخش‌ها استفاده می‌شوند عاری از گرد و غبار، حشرات ناقل و دور از محل رفت و آمد باشند. تهویه رختشویخانه به نحوی صورت گیرد که همواره هوای داخل تازه، کافی و بدون بو و سالم باشد. به منظور کاهش پتانسیل آلودگی مجدد رخت‌های شسته شده توسط آئروسل‌های آلوده، بخش کثیف رختشویخانه همواره دارای فشار منفی نسبت به بخش تمیز بوده و اگزاست فن‌ها در این بخش نصب شوند. جریان هوا در رختشویخانه همواره از بخش تمیز به طرف بخش کثیف باشد. طراحی سیستم تهویه رختشویخانه باید به گونه‌ای باشد که از اختلاط هوای بخش تمیز و بخش کثیف جلوگیری شود. هوای خروجی هود و هواکش نباید برای مکان‌های مجاور ایجاد مزاحمت نماید. چرخش هوای رختشویخانه مجاز نیست. رطوبت در رختشویخانه حداکثر بین ۵۵-۵۰ درصد باشد. نصب رطوبت سنج در محل رختشویخانه الزامی است. حداکثر دمای محیط رختشویخانه میبایست همواره کمتر از ۳۰ درجه سانتیگراد باشد. کنترل دما در محوطه رختشویخانه الزامی است. میزان صدا در محیط رختشویخانه نمیبایست از ۸۵ دسیبل^۲ تجاوز نماید. نور در محیط رختشویخانه میبایست بین ۲۵۰-۲۰۰ لوکس باشد. میزان نور برای کار دوخت و دوز در خیاط خانه حداقل ۵۰۰ لوکس باشد. توالی و حمام به صورت مجزا از هم و تمیز و از کف تا زیر سقف از سنگ، سرامیک یا کاشی سالم، قابل شستشو و بدون شکستگی و ترک خوردگی و به رنگ روشن باشد. رختکن کارکنان زن و مرد جدا و امکانات لازم جهت نگهداری لباس و وسایل شخصی کارگران کمد اختصاصی سالم و فاقد زنگ زدگی در آن فراهم شده باشد. محل استراحت کارکنان رختشویخانه از لحاظ نور، تهویه، دما، رطوبت، و صدا دارای شرایط بهداشتی بوده و مجهز به تسهیلاتی مانند تخت خواب، کمد، جاکفشی باشد. در واحد رختشویخانه تسهیلات بهداشتی شستشوی دست مجهز به صابون مایع و دستمال کاغذی و سطل زباله پدالدار با تعداد مناسب در دسترس کارگران وجود داشته باشد. محل شستشوی توالی در واحد رختشویخانه مجهز به آب گرم و سرد، متصل به سیستم فاضلاب و دارای تهویه مناسب بوده و دیوارها و کف آن دارای معیارهای بهداشتی باشد. تی شورخانه باید در قسمت کثیف احداث شده و دارای ضوابط و معیارهای بهداشتی باشد. خیاط خانه باید در مجاورت قسمت تمیز رختشویخانه احداث شده و دارای ضوابط و معیارهای بهداشتی باشد. مدیریت پسماند در رختشویخانه مانند سایر قسمت‌های بیمارستان و برابر ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته است. در واحد رختشویخانه به منظور جمع آوری وسایل تیز و برنده احتمالی باقیمانده در رخت‌ها ظروف مستحکم و ایمن^۳ موجود باشد.</p>	

^۱ آب مورد استفاده باید سالم و کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب، مطابق استاندارد ملی به شماره ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ باشد.

^۲ db

^۳ Safety Box

سطح یک	الف-۵-۲ ★ تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه‌های تمیز، کثیف و آلوده به رختشویخانه، جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه‌های تمیز، کثیف و آلوده عفونی به رختشویخانه به صورت جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی ❖ خروج رخت‌های آلوده عفونی از بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت گره زده شده ❖ برچسب گذاری البسه آلوده عفونی
	<p>در هنگام جمع آوری البسه و ملحفه‌ها کارکنان باید از برجای نماندن وسایل نوک تیز و برنده در داخل البسه و ملحفه‌ها اطمینان یابند. البسه و ملحفه آلوده عفونی و کثیف (چرک) در تالی‌ها و بین‌ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رختشویخانه منتقل شود. انتقال البسه و ملحفه‌ها حتی المقدور در ساعاتی صورت پذیرد که کمترین میزان تردد در بخش وجود دارد. اتاق کثیف، محل دریافت و کنترل البسه و ملحفه‌های کثیف و آلوده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری البسه و ملحفه‌های تمیز به رختشویخانه وجود داشته و مستندات ثبت البسه کثیف و تمیز در بخش‌ها و رختشویخانه وجود داشته باشد. همچنین برچسب گذاری البسه عفونی انجام شود. به منظور ممانعت از تولید آئروسول‌ها و پراکندگی میکروارگانیسم‌ها، رخت‌ها با کمترین تکان دادن و بهم خوردگی و بدون شتابزدگی جمع آوری و جابجا شوند. دسته بندی و یا آبکشی رخت‌ها در محلی که آلوده شده‌اند (مانند بخش‌ها) ممنوع است. رخت‌های آلوده عفونی در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت قرار گرفته و گره زده شود. خروج رخت آلوده از بخش بدون قراردادن در کیسه پلاستیکی و برچسب گذاری ممنوع است. حداکثر سه چهارم ظرفیت کیسه‌های پلاستیکی بایستی پر شود. فشردن کیسه‌های پلاستیکی حاوی رخت ممنوع است. رخت‌های آلوده (عفونی) قبل از خروج از محل تولید به طور واضح دارای کدبندی رنگی و برچسب شامل نام بخش، تاریخ، شیفت و علامت یا عبارت خطر زیستی باشند. رعایت اقدامات احتیاطی مطابق کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در هنگام کار بارخت‌هایی که منشاء آن، بخش‌های ایزوله بیمارستان الزامی است. نحوه انتقال رخت‌های استفاده شده به واحد رختشویخانه می‌تواند به دو صورت شوتینگ (با طراحی، نگهداری و استفاده مناسب) و استفاده از تالی باشد. سیستم شوتینگ رخت به منظور ممانعت از پراکندگی میکروارگانیسم‌ها بایستی دارای فشار منفی باشد. بین‌های انتقال البسه و ملحفه استفاده شده در زمانی که مورد استفاده نیستند باید در اتاق کثیف نگهداری شوند. مستندات جمع آوری به تفکیک هر بخش بر اساس دفتر جمع آوری (پیوست ۱ دستورالعمل) درج شده باشد و یک نسخه از آن در بخش و نسخه دیگر در رختشویخانه موجود باشد. ارسال لباس شخصی بیماران/کارکنان به رختشویخانه اکیدا ممنوع است.</p>
سطح یک	الف-۵-۳ ★ انتقال البسه و ملحفه تمیز از رختشویخانه به بخش‌ها با رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی انجام می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی به البسه و ملحفه تمیز در مسیر تردد ❖ رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی به البسه و ملحفه تمیز در اتاق تمیز <p>امکانات و تسهیلات لازم برای انتقال البسه و ملحفه تمیز از رختشویخانه به بخش‌ها وجود دارد، در رختشویخانه محلی مناسب برای شستشو و گندزدایی تجهیزات انتقال البسه در نظر گرفته شده است. محل نگهداری البسه تمیز در بخش‌ها و انبار البسه و ملحفه تمیز در رختشویخانه باید به گونه‌ای باشد که البسه تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت گردد. البسه و ملحفه‌های تمیز میبایست در تالی‌های در دار و یا کیسه‌های پلاستیکی سفیدرنگ بسته بندی شده حمل گردند. البسه و ملحفه‌های تمیز نباید در قسمت‌هایی که دارای آلودگی محیطی هستند مانند صندلی‌ها و تهویه مطبوع قرار گیرند.</p>

سطح یک	<p>الف-۵-۶* البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی با ماشین لباسشویی جداگانه و محلول‌های مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز شستشو می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود ماشین لباسشویی جداگانه برای البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی ❖ وجود محلول‌های مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز شستشو ❖ انجام صحیح شستشو البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی <p>دستورالعمل شستشوی انواع البسه تدوین شود و ضمن آگاهی کارکنان بر اساس آن اقدام نمایند. حداقل دو دستگاه لباسشویی اتوماتیک و صنعتی متناسب با ظرفیت البسه ورودی روزانه در رختشویخانه وجود دارد. برگه راهنمای کار با دستگاه در دسترس کارکنان مرتبط بوده و کارکنان از مفاد ضوابط و دستورالعمل اطلاع دارند. دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه نصب و در معرض دید کارکنان می باشد برای اطمینان از عملکرد صحیح گند زدایی، از مواد گندزداها، سفیدکننده‌ها و دترجنت‌های دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد. مراحل شستشو عبارتست از ۱- شستشو با آب سرد (در صورتی که رخت‌ها آغشته به خون باشند برای زدودن خون آن‌ها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند ۲- شستشوی اصلی با آب داغ ۳- افزودن سفیدکننده ۴- آبکشی، البسه و محفه باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شستشو گردند. استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم)، مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود. میزان که کلر باقیمانده در دسترس در محلول ۵۰-۱۵۰ ppm می‌باشد. در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به ۷۱ درجه سانتی گراد، باید از محلول‌های گندزدا مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل‌های مربوطه استفاده کرد. البسه و ملحفه آلوده و البسه و ملحفه کثیف باید با ماشین‌های لباسشویی جداگانه شستشو گردند. البسه و ملحفه‌های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند. (قرار دادن البسه و ملحفه‌ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است). در صورت استفاده از دستگاه غیر اتوماتیک حداقل دو ترالی مخصوص جهت حمل البسه و ملحفه خیس از ماشین لباسشویی به آبگیر و بعد از آن به خشک کن (ترالی البسه و ملحفه خیس) و حمل البسه و ملحفه خشک شده به اطوها (ترالی البسه و ملحفه خشک) باشد. در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک برای لباسشویی با توجه به البسه و ملحفه آلوده یا کثیف و میزان مقاومت البسه و ملحفه‌ها به حرارت از برنامه‌های دستگاه‌ها برای شستشو استفاده شود. مستندات دمای شستشو میبایست در محل مناسب نگهداری گردد. هر البسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر شود باید مجدد شستشو گردد. تمامی البسه و ملحفه‌های اتاق عمل و بخش‌های با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا باید بعد از شستشو، اتوکلاو شوند. البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم باید قبل از شستشو اتوکلاو شوند (بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس یا سیاه زخم از البسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف البسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد). البسه آلوده به ایدز و تیفوئید باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شسته شود. بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید از البسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف البسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد). در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک تو صیه می شود مواد شوینده و گندزدا به صورت خودکار به دستگاه اضافه شود. همچنین از مواد شوینده فاقد ترکیبات فسفات استفاده شود و شوینده‌هایی مانند زئولیت A جایگزین آن‌ها شود.</p>
سطح یک	<p>الف-۵-۶* محل ذخیره البسه و ملحفه تمیز هیچ گونه تداخلی با البسه کثیف ندارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم تداخل محل ذخیره البسه و ملحفه تمیز با البسه کثیف <p>فضایی برای نگهداری و ذخیره البسه تمیز با شرایط بهداشتی و متناسب با ظرفیت منسوجات شسته شده روزانه وجود دارد.</p>
سطح دو	<p>الف-۵-۶ رختشویخانه دارای تجهیزات خشک‌کن و اتوی غلطکی یا پرس برقی بوده و دستگاه‌ها سالم هستند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تجهیزات خشک‌کن اتوی غلطکی یا پرس برقی سالم و فعال <p>تجهیزات خشک‌کن و اطوی غلطکی یا برقی برای خشک کردن و اطو کشی متناسب با میزان البسه ورودی روزانه وجود دارد، دستگاه‌ها ایمن بوده مجهز به سوئیچ خودکار قطع جریان برق می باشند، در بخش تمیز رختشویخانه نصب شده اند .</p>
سطح دو	<p>الف-۵-۶-۷ البسه و ملحفه‌های مورد نیاز بیماران با شرایط بهداشتی تامین می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود البسه در گردش و ذخیره در بخش‌ها/ واحدها و انبار ❖ تامین البسه به میزان کافی برای شرایط اضطرار و بلایا <p>تامین البسه و ملحفه در گردش و ذخیره بر اساس ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان‌ها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت، وجود مستندات (ترجیحاً الکترونیک) از جمله دفتر ثبت رخت جمع آوری شده، رخت شسته شده و رخت توزیع شده به تفکیک هر بخش بر اساس جداول مندرج در دستورالعمل مطابق ضوابط به صورت روزانه ثبت که حداقل برای یک سال نگهداری گردد، مستندات شستشوی روزانه در رختشویخانه بر اساس تعداد و کیلوگرم به تفکیک هر یک از ماشین‌های، دفتر سرجمع اموال برای تفکیک رخت ذخیره شده و رخت در گردش بر اساس جداول مطابق ضوابط موجود. برای اطمینان از برآورد آمار می‌توان از میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه ای مورد نیاز</p>

سطح	الف-۶-۶ اصول بهداشت حفاظت در برابر پرتوها رعایت می شود.
سطح یک	الف-۶-۶-۱ * تجهیزات و منابع مولد پرتو در بیمارستان دارای مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی و کنترل کیفی معتبر است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی ❖ مدارک و تاییدیه های کنترل کیفی معتبر
	<p>مجوز کار با اشعه شامل وجود شناسنامه منابع مولد اشعه (دستگاهها و چشمهها)، وجود گواهی نامه کنترل کیفی معتبر برای تمام منابع مولد اشعه مشمول وجود مجوز معتبر کار با اشعه برای تمام منابع مولد اشعه مشمول، وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه می باشد. مدارک و تاییدیه های واحدهای پرتوپزشکی شامل مستندات کنترل کیفی، مجوز کار با اشعه، پرونده های بهداشتی پرسنل پرتوکار، قرارداد فی ما بین بیمارستان و واحد پسمانداری سازمان انرژی اتمی، نتایج بازدیدها و دزیمتری های ادواری و مستمر انجام شده و ... با بهره گیری از آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب ۱۳۶۸/۰۲/۰۲ می باشند. توصیه می شود کنترل و گزارش تحلیلی مستندات مذکور همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه گردد.</p>
سطح یک	الف-۶-۶-۲ * حدود مجاز پرتو، ساختار فیزیکی و تجهیزات حفاظت در برابر اشعه مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و رعایت می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص حدود مجاز پرتو ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص ساختار فیزیکی ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص تجهیزات
	<p>اصول بهداشت پرتوها و حفاظت پرتوها مطابق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران شامل الزامات و اقدامات مختلفی می باشد، از جمله می توان به موارد ذیل اشاره نمود؛</p> <p>اطلاع مسئول فیزیک بهداشت از شرح وظایف قانونی و عمل به آن</p> <p>انتطابق نقشه های مصوب با جانمایی منابع مولد اشعه یونساز</p> <p>وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه</p> <p>وجود تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاهها (پرتوکاران و بیماران)</p> <p>استفاده از فیلم بیج اختصاصی توسط پرتوکاران</p> <p>کاربرد تجهیزات نگهدارنده کمکی در وضعیت بیماران در هنگام تصویربرداری</p> <p>استفاده مستمر از تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاهها (پرتوکاران و بیماران)</p> <p>وجود دستورالعمل های پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی</p> <p>اطلاع کلیه کارکنان مرتبط از مفاد دستورالعمل</p> <p>آمادگی برای اجرای کامل دستورالعمل توسط کارکنان مرتبط در صورت بروز اتفاق یا سانحه پرتویی</p> <p>وجود تابلوهای راهنما و علائم هشدار دهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه</p> <p>در صورت وجود مدیریت پسماندهای رادیواکتیو</p> <p>وجود پرونده حفاظتی پرتوکاران</p> <p>مانیتورینگ فردی و بنا به نوع کار با اشعه مانیتورینگ محیطی</p> <p>نصب آیفون جهت ارتباط بین پرتوکار و بیمار</p> <p>رعایت شرایط حفاظتی از جمله (درها، شیشه های سربی و دیوارها) در بخش تصویر برداری و بخش های دارای تجهیزات مولد اشعه</p>

ب-۵ پیشگیری و کنترل عفونت

سطح یک	ب-۵-۱-۱ * پاک سازی 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 یک	ب-۵-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.

ب-۵-۱-۱ * پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی ارزیابی می‌شود.

- ❖ پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول‌های آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر رعایت حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخش‌ها و اورژانس استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخش‌های آندوسکوپی انجام کلیه گام‌های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تست‌های موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاق‌های عمل نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش/ مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم

تست‌های ارزیابی آلودگی ابزار با مواد آلی/خون در پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده می‌شود. مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی بر صحت پاکسازی ابزار ارسال شده از هر بخش/واحد به واحد استریلیزاسیون مرکزی نظارت نموده و موارد عدم انطباق را گزارش و از مسئولان مربوط پیگیری نماید.

➤ چند نکته در خصوص پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی

۱. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دقیق دستی شوند.
۲. قسمت‌های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آن‌ها بعد از شستشو جدا شود.
۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده شود.
۴. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده شود.
۵. شستشوی ابزار اسکویی در واحدهای ذیربط به صورت مکانیزه انجام شود.

ب-۵-۱-۲ * صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- ❖ بکارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالای مورد تأیید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده
- ❖ پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تست‌های سوآپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا توسط سرپرستار بخش/ واحد استریلیزاسیون رعایت تکنیک آماده سازی محلول‌ها در محل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در ظروف مناسب درب دار نگهداری ایمن و رقیق سازی محلول‌های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.

ابزار سوآپینگ هر محلول، ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت‌های سازنده مشخص می‌گردد.

ب-۵-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- ❖ شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به بخش‌ها/ واحدها
- ❖ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود
- ❖ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده
- ❖ کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به‌کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج

برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد کاملاً ضروری است.

سطح	ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۲-۱* آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تست‌های پایش فرایند استریلیزاسیون^۱ و استفاده از آن‌ها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم ❖ انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی ❖ انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی <p>در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیسم‌های مقاوم به صورت اسپور / استاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفوتوس استفاده می‌شود و این ویال‌ها به صورت هفتگی و به تعداد مناسب با توجه به اندازه اتوکلاو (سه عدد) در آن جای‌گذاری می‌گردد. هدف از استفاده از آن‌ها سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکروارگانیسم‌های زنده و مقاوم است. در پایان چرخه، ویال‌ها از اتوکلاو خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت، و در غیر این صورت ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می‌شود. همچنین در صورت جابجایی دستگاه استریلایزر، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، باید آزمون‌های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد.</p> <p>استفاده از دستگاه‌های اتوکلاو پری و کیوم بر دستگاه‌های گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی ارجحیت دارد.</p>
سطح دو	ب-۵-۲-۲* قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل ❖ عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم انطباق ❖ انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق <p>از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تأیید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های پانسمان استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود. از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های لاپاراتومی، سزارین، ایمپلنت‌ها و ... استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود.</p> <p>نشانگر کلاس ۶ یکی از مهمترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل حساس می‌باشد، به طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. نشانگر کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می‌باشد. با استفاده از این نشانگرها و چسبانیدن آن‌ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود.</p> <p>علاوه بر بررسی تغییر رنگ مطلوب نشانگرهای شیمیایی اعم از کلاس ۱، ۴ و ۶ و توجه به وضعیت ظاهری بسته اعم از صحت بسته بندی و عوامل مخل استریلیتی ظاهر آن مانند وجود رطوبت و غیره اطمینان حاصل شود. در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر، گزارش به مبادی تعریف شده و متعاقباً انجام فراخوان توسط مسئول مربوطه انجام می‌شود. در صورت عدم تطابق عملکرد، کاربر اقدامات اصلاحی لازم مانند آموزش و صلاحیت بکارگیری کاربر در آن محل را بررسی می‌نماید.</p>

^۱ نشانگرهای شیمیایی و بیولوژیک



سطح دو	ب-۵-۲-۳ ★ استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی اقلام خاصی با احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری ❖ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص ❖ پیش بینی فهرست انواع اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ در بیمارستان ❖ پیش بینی تعداد اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین 	
<p>➤ شرایط استریلیزاسیون فوری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. معمولاً استریلایزر اضطراری (سریع) در اتاق عمل قرار می‌گیرد. ۲. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۵-۱۳۲ درجه سانتی گراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می‌شود. ۳. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۲ درجه سانتی گراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلخل تا ۱۰ دقیقه زمان می‌برد. ۴. وسیله بایستی بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع) قرار گیرد. ۵. قبل از استفاده وسیله/ ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد. 	
سطح دو	ب-۵-۲-۴ سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه‌های استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد ❖ وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست‌های انجام شده برای هر دستگاه ❖ وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون‌های روزانه و آزمون‌های بیولوژیک/ پرینت دستگاه ❖ ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالیبراسیون برای هر دستگاه ❖ نگهداری مستندات حداقل برای یک سال 	
<p>➤ مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شماره/کد مخصوص هر اتوکلاو ۲. نتایج آزمون اسپور ۳. نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد. ۴. نام مسئول هر چرخه بارگذاری ۵. هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون‌های کالیبراسیون <p>ارزیابی این سنجه شامل استریلایزر فوری و پلاسما نیز می‌گردد.</p>	



سطح سه	ب-۵-۲-۵ برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل ❖ نظارت توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم 	
<p>برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می‌گیرد. زمان انقضاء استفاده از بسته‌های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه‌های بسته بندی متفاوت است که کارکنان بر اساس روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند. الصاق نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته‌های استریل، پس از باز نمودن بسته توسط پرسنل در اتاق عمل و بایگانی در پرونده بیمار و در موارد سرپایی در دفتر ثبت مستندات استریل ست‌های بخش مربوطه در صورت قبول رهگیری کلاس ۴ صورت می‌پذیرد.</p>	
<p>➤ حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تاریخ و شیفت کاری ۲. شماره/کد دستگاه استریل کننده ۳. تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل ۴. چرخه بارگذاری ۵. نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل ۶. نام ست 	
سطح	ب-۵-۳-۵ 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.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون ❖ برنامه‌ریزی صحیح در نوبت‌های کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت ❖ وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت ❖ مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت 	
<p>➤ چند نکته در خصوص واحد استریلیزاسیون</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه انجام شود. ۲. مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت شود. ۳. فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی تفکیک شود. ۴. در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده شود. ۵. مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود. ۶. تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود. 	
<p>امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها پیش بینی شود و در دسترس مستمر کارکنان باشد. همچنین تسهیلات استاندارد شستشوی دست و ظروف ایمن^۱ در فضای کثیف وجود داشته باشد. رعایت مصادیق این سنجه در بخش آنژیوگرافی، اسکوپ‌ها و سایر بخش‌های مرتبط نیز الزامی است.</p>	



سطح دو	ب-۳-۵-۲ ☆ الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل ❖ وجود دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل ❖ وجود فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل ❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف ❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری ❖ هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها ❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط
	<p>هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و سازمان بهداشت جهانی انجام شود.</p> <p>جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار انجام شود.</p>
سطح سه	ب-۳-۳-۳* در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ساختار فیزیکی اتاق عمل/ کت لب و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل ❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت ورود به فضاهای پشتیبانی، تمیز و استریل اتاق عمل و تمامی فضاهای نیازمند رعایت موازین استریل
	<p>در صورت وجود ساختار فیزیکی اتاق عمل/ کت لب و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل در بیمارستان هم موضوع مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت اهمیت خود را داشته و بایستی بر رعایت دقیق آن نظارت شود.</p>
سطح	ب-۴-۵-۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.
سطح یک	ب-۴-۵-۱* امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها/ واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره ❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه^۱ پروسیجرهای تهاجمی ❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب ❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری ❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست ❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد^۲ / استفاده از افشانه جیبی
	<p>تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تامین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی‌کنندگی محلول استفاده شود. در اتاق‌های یک تخته هم وجود حداقل یک افشانه با دسترسی آسان ضروری است.</p>

^۱Point of Care^۲Arm reach



سطح دو	ب-۴-۵ * میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش‌های استاندارد اندازه‌گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری ❖ انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی ❖ اندازه‌گیری انجام اسکراب دست در کلیه بخش‌های دارای پرسنل نیازمند اسکراب جراحی و اتاق‌های عمل ❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت ❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. ➤ ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه‌های حرفه‌ای <ol style="list-style-type: none"> ۱. اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخش‌ها/واحدهای درمانی با روش‌های قابل اطمینان ۲. انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج ۳. مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی ۴. ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ۵. بازخورد نتایج ممیزی به واحدها / بخش‌های مربوطه 	
سطح سه	ب-۴-۵ * ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت ❖ فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری ❖ رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش‌پایدار سازمانی در بیمارستان 	
<p>فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست با رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقاء بهداشت دست <ol style="list-style-type: none"> ۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری ۲. تغییر سیستم ۳. آموزش ۴. ارزشیابی و بازخورد ۵. استفاده از یادآورها در محیط کار 	

سطح	ب-۵-۵ خطر انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.
سطح یک	ب-۵-۵-۱  بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سامانه ثبت و گزارش دهی موارد بروز عفونت‌های بیمارستانی^۱ ❖ ثبت موارد ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" ❖ بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش ❖ برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونت‌های بیمارستانی و اپیدمی بیماری‌های واگیر به صورت فوری
	<p>کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بایستی بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرای آن را پایش می‌نماید. همچنین اطلاعات "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" دریافت و در بازنگری برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت مورد استفاده قرار گیرد. تعریف "بیمار روز" و "ابزار روز" طبق تعاریف و دستورالعمل "نحوه ثبت و گزارش دهی" و تعاریف "عفونت‌های بیمارستانی" طبق تعاریف و دستورالعمل نحوه ثبت و گزارش دهی موجود در سامانه با اهمیت بوده و بایستی مد نظر قرار گیرد.</p>
سطح دو	ب-۵-۵-۲ * روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی" با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی کارکنان از روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی" ❖ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی"
	<p>چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شامل عفونت ادراری، عفونت خون، عفونت سیستم تنفسی و عفونت موضع جراحی است. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در عفونت‌های شایع بیمارستانی توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت با مشارکت صاحبان فرایند تدوین و ابلاغ شود. در تدوین این روش اجرایی از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود و پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد. اخذ مشارکت فعال از مدیر دارویی، پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها برای تدوین روش اجرایی به عنوان صاحبان فرایند، همچنین تدوین روش‌های شناسایی فعال عفونت بیمارستانی توصیه می‌شود.</p>
سطح دو	ب-۵-۵-۳ * بیماریابی در موارد عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان‌دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین روش‌های موثر شناسایی و گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی در حین بستری بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری ❖ تعیین روش‌های شناسایی فعال عفونت‌های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران ❖ همخوانی نتایج بیماریابی با آمار کشوری مورد انتظار در عفونت‌های بیمارستانی
	<p>عوامل مداخله‌گر مانند تجویز بی رویه آنتی‌بیوتیک با شیوه‌های پروفیلاکسی و نیز عدم پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص و برخی عوامل دیگر موجب شده آمار بیماریابی در بیمارستان‌ها با آمار واقعی عفونت‌های بیمارستانی مورد انتظار، تفاوت فاحش داشته باشد. این سنج همخوانی نتایج بیماریابی در بیمارستان را با آمار مورد انتظار در کشور از عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌نماید. برای تحقق این مهم شناسایی فعال عفونت‌های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران کمک کننده است. براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.</p>

سطح دو	ب-۵-۴* نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی ❖ طرح موارد طغیان از طرف تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی
	بر اساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.
سطح سه	ب-۵-۵* اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت^۱ و طبق دستورالعمل ابلاغی ❖ تعیین زمان‌بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس چک لیست مصوب کمیته ❖ کاهش نرخ عفونت‌های بیمارستانی
	ارائه بازخورد نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه در اثربخشی برنامه‌ها و اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت نقش تعیین کننده ای دارد. شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته با مشارکت اعضاء کمیته و توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تعیین و تدوین می‌شود.
	<p>➤ حداقل شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. میزان عفونت‌های بیمارستانی بر اساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش ۲. به تفکیک بخش و رسته شغلی و برنامه‌های تدوین شده در جهت کاهش تعداد مواجهات شغلی ۳. میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی ۴. میزان رعایت/استفاده از وسایل حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی
سطح	ب-۵-۶* تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک‌ها در سطح بیمارستان برنامه‌ریزی و هدایت می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۶-۱* تجویز و مصرف آنتی بیوتیک‌ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی ❖ مدیریت مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی ❖ اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب ❖ تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل/ پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر
	تجویز و مصرف آنتی بیوتیک‌ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص با محوریت کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مشارکت فعال مدیر دارویی، پزشکان متخصص عفونی، داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. همچنین برگزاری جلسات مشترک با کمیته درمان، دارو و تجهیزات در اخذ تصمیمات همسو توصیه می‌شود.
سطح سه	ب-۵-۶-۲ حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سه ماه یکبار ❖ تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ❖ بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک‌ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک با مشارکت گروه‌های تخصصی بیمارستان
	در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستان‌های تحت پوشش، بایستی نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش شود. روش‌های آنتی بیوگرام در آزمایشگاه حداقل برای میکروب‌های مقاوم شناسایی شده بایستی استاندارد بوده ^۲ و خطاهای احتمالی به دلیل عدم دقت روش‌های مرسوم ^۳ در شناسایی الگوی مقاومتی تاثیر نگذارد.

^۱ IPC

^۲ T.test method/ MIC method

^۳ Disk Difusion method

سطح	ب-۵-۷ بیمارستان از انتقال بیماری‌های قابل سرایت پیشگیری می‌نماید.
سطح یک	<p>ب-۵-۷-۱ بیماری‌های واگیر مضمون نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه ❖ اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ❖ سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی^۱ ❖ تضمین اجرای پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط ❖ شناسایی موارد قابل گزارش بیماری‌های واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل ❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیردار مضمون گزارش‌دهی برای کارکنان مرتبط ❖ آگاهی کارکنان ذیربط از بیماری‌های واگیر مضمون گزارش‌دهی و انطباق عملکرد آنان ❖ گزارش بیماری‌های واگیر مضمون گزارش‌دهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت <p>فهرست بیماری‌های واگیر مضمون گزارش‌دهی نظام مراقبت بیماری‌ها و چگونگی گزارش‌دهی آن‌ها که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد:</p> <p>الف - بیماری‌های مضمون گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی دهنده ویروسی^۲، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)</p> <p>ب - بیماری‌های مضمون گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های مقاربتی، انواع هپاتیت‌های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالازار، سالک، تب مالت، فاسیولیاویس، شیستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.</p>
سطح یک	<p>ب-۵-۷-۲ برای کارکنان و افراد در معرض بیماری‌های واگیر مضمون نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبت‌های لازم فراهم می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها/واحدها ❖ وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها/واحدها ❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی ❖ رعایت ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی <p>موقعیت‌های استفاده از ماسک N95 (که کارآیی آن بررسی شده باشد) را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول به نحوه صحیح در واحد اورژانس و تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک/محمتمل/مبتلا کارکنان به ماسک N95 دسترسی داشته و از آن استفاده نمایند.</p> <p>تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و کارشناس بهداشت حرفه‌ای و مسئولان بخش‌ها/واحدها و تأیید آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت و سلامت محیط کار توصیه می‌شود.</p>

¹ PPE

² CHFF



سطح یک	ب-۵-۷-۳ * جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخش‌ها/ بخش اورژانس بر اساس استاندارد ❖ شناسایی موارد گزارش بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل ❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک مشمول گزارش‌دهی برای کارکنان مرتبط ❖ گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش‌دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح ❖ آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان اورژانس و بخش‌های بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه
	<p>اتاق/ اتاق‌های ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت پیش بینی شده باشند. اتاق از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی موجود باشد.</p> <p>وجود اتاق ایزوله تماسی/ قطره ای و ترجیحاً فضای ایزوله فشار منفی در اورژانس/کلیه بخش‌ها و واحدهای درمانی و جدا سازی بیماران مشکوک و محتمل به بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت در بخش‌های غیر بستری با حداقل امکانات توصیه موکد می‌شود.</p>
سطح یک	ب-۵-۷-۴ * بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آن‌ها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز
	ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت مد نظر قرار گیرد.