

# راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود و سرپایی

نسخه مورد استناد اعتباربخشی مراکز جراحی محدود  
دور اول - تابستان ۱۴۰۱



## فهرست

### صفحه

- الف- مدیریت و رهبری ..... - ۴ -
- الف- ۱ رهبری و مدیریت کیفیت ..... - ۴ -
- الف- ۲ مدیریت منابع انسانی ..... - ۱۴ -
- الف- ۳ مدیریت خطر حوادث و بلایا ..... - ۱۹ -
- الف- ۴ ساختار فیزیکی و تسهیلات ایمن ..... - ۲۵ -
- ب- مراقبتها و مدیریت امور بالینی ..... - ۳۷ -
- ب- ۱ مراقبتهای عمومی بالینی ..... - ۳۷ -
- ب- ۲ پیشگیری و مدیریت آسیبهای ناشی از جراحی ..... - ۴۹ -
- ب- ۳ مراقبت های بیهوشی و جراحی ..... - ۵۶ -
- ب- ۴ پیشگیری و کنترل عفونت ..... - ۶۰ -
- ب- ۵ مدیریت خدمات پاراکلینیک و دارویی ..... - ۶۵ -
- ج- حمایت از گیرنده خدمت ..... - ۷۳ -
- ج- ۱ حقوق گیرندگان خدمت ..... - ۷۳ -

## راهنمای استفاده از کتاب جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود و سرپایی

راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود که به منظور شفاف و عینی شدن سنجش استانداردهای مذکور تدوین شده است، پس از اجرای اعتباربخشی آزمایشی ۲۰ مرکز جراحی محدود در سال ۱۳۹۹، و کسب بازخوردها و نظرات محیطی و ستادی؛ با اندکی تغییرات به شرح ذیل برای **اولین دور اعتباربخشی** مراکز جراحی محدود کل کشور قابل استناد خواهد بود:

- در نسخه مورد استناد از راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود، ۳ محور به عنوان مولفه های اصلی، ۳۹ استاندارد کیفی و ۱۴۷ سنجه به تفکیک ۷۶ سنجه سطح یک، ۵۳ سنجه سطح دو و ۱۸ سنجه سطح سه وجود دارد. در ذیل هر استاندارد، سنجه های 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 سنجه ها ارائه شده است. همچنین سنجه ها در سه سطح به شرح ذیل طبقه بندی شده اند:
- **سنجه های سطح یک:** سنجه هایی که اهمیت، حساسیت و امکان تحقق آن ها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر مرکز جراحی محدود می باشند.
- **سنجه های سطح دو:** سنجه هایی که امکان تحقق آن ها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی مراکز جراحی محدود می باشند.
- **سنجه های سطح سه:** سنجه هایی که امکان تحقق آن ها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی مراکز جراحی محدود می باشند.

## ب-۴ پیشگیری و کنترل عفونت

سطح	ب ۴-۱ مرکز جراحی از روش های پاک سازی، استریلیزاسیون و گندزدایی ابزار و وسایل اطمینان حاصل می نماید.
سطح یک	<p>ب ۴-۱-۱ * پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون های کنترل کیفی ارزیابی می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول های 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</li> <li>❖ ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی</li> <li>❖ استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو</li> <li>❖ استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار</li> <li>❖ انجام کلیه گام های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون</li> <li>❖ پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تست های موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاق های عمل</li> <li>❖ نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم</li> </ul> <p>تست های ارزیابی آلودگی ابزار با مواد آلی/خون در پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده می شود. مسئول واحد استریلیزاسیون بر صحت پاک سازی ابزار ارسال شده از هر بخش/واحد به واحد استریلیزاسیون نظارت نموده و موارد عدم انطباق را گزارش و از مسئولان مربوط پیگیری نماید.</p> <p>➤ چند نکته در خصوص پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دقیق دستی شوند.</li> <li>۲. قسمت های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آنها بعد از شستشو جدا شود.</li> <li>۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده شود.</li> <li>۴. در واحد استریلیزاسیون از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده شود.</li> </ol>
سطح دو	<p>ب ۴-۱-۲ * صحت عملکرد و کیفیت محلول های گندزدای سطح بالا، با روش های کنترل کیفی برنامه ریزی و اجرا می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ استفاده از محلول های گندزدای سطح بالای مورد تایید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده</li> <li>❖ پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول های سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تست های سوابینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول</li> <li>❖ آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلول های گندزدای سطح بالا</li> <li>❖ رعایت تکنیک آماده سازی محلول ها در محل استاندارد شامل تهیه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در طرف ظروف مناسب درب دار</li> <li>❖ نگهداری ایمن و رقیق سازی محلول های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی</li> <li>❖ انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.</li> </ul> <p>ابزار سوابینگ هر محلول، ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت های سازنده مشخص می گردد.</p>
سطح دو	<p>ب ۴-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در مرکز جراحی</li> <li>❖ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود</li> <li>❖ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده</li> <li>❖ کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج</li> </ul> <p>برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد کاملا ضروری است.</p>

سطح یک	<p>ب ۴-۱* آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود تست‌های پایش فرآیند استریلیزاسیون، و استفاده از آن‌ها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن</li> <li>❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای از ۱۲ قلم و کمتر</li> <li>❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم</li> <li>❖ انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده، پس از هر بار انجام تعمیرات کلی</li> <li>❖ انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی</li> </ul>
	<p>در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیزم‌های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس 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 میکروارگانیزم‌های 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. استفاده از دستگاه‌های اتوکلاو پری و کیوم بر دستگاه‌های گرویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی ارجحیت دارد.</p>
سطح دو	<p>ب ۴-۱* قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل شده و الزامات و ملاحظات بسته‌های استریل شده برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل</li> <li>❖ عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم تطابق</li> <li>❖ انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم تطابق</li> <li>❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف</li> <li>❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری</li> <li>❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط</li> </ul>
	<p>از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تأیید صحت فرآیند 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 فرآیند استریلیزاسیون بسته‌های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم 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 نشانگر و چسباندن آن‌ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود. 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 شامل 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 به‌کارگیری کاربر در آن محل را بررسی می‌نماید.</p> <p>هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمک‌دار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و سازمان بهداشت جهانی انجام شود.</p>

سطح دو	<p>ب ۴-۱-۶* استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی اقلام خاصی که احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری دارند.</li> <li>❖ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص</li> <li>❖ پیش بینی فهرست انواع اقلامی مورد نیاز به صورت تک پیچ در اتاق عمل</li> <li>❖ پیش بینی تعداد اقلامی مورد نیاز که به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی و جراحی مرکز جراحی و آمار مراجعین</li> </ul> <p>➤ شرایط استریلیزاسیون فوری</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. معمولاً استریلایزر اضطراری (سریع) در اتاق عمل قرار می‌گیرد.</li> <li>۲. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۵-۱۳۲ درجه سانتیگراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می‌شود.</li> <li>۳. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۲ درجه سانتیگراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلخل تا ۱۰ دقیقه نیز زمان می‌برد.</li> <li>۴. وسیله بایستی بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع) قرار گیرد.</li> </ol> <p>قبل از استفاده دمای وسیله/ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد.</p>
سطح	<p>ب ۴-۲-۲ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ب ۴-۲-۱* امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها/ واحدها فراهم شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها/ واحدها</li> <li>❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه<sup>۱</sup> پروسیجرهای تهاجمی</li> <li>❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب</li> <li>❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری</li> <li>❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست</li> <li>❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضدعفونی<sup>۲</sup> با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد / استفاده از افشانه جیبی</li> </ul> <p>تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تامین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین 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>
سطح یک	<p>ب ۴-۲-۲* اسکراب دست در اتاق عمل بر اساس ضوابط و استانداردهای مربوط انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود امکانات اسکراب مانند سینک و شیرهای آب با شرایط استاندارد</li> <li>❖ وجود محلول‌های ضدعفونی لازم طبق ضوابط</li> <li>❖ تبعیت کلیه کارکنان بالینی در اتاق عمل از ضوابط استاندارد اسکراب دست برای هر عمل جراحی</li> </ul> <p>زیرساخت‌ها و امکانات و نیز عملکرد کارکنان اتاق عمل برای انجام اسکراب استاندارد مد نظر این سنجش است.</p>

<sup>1</sup> Point of Care

<sup>2</sup> Arm reach

سطح دو	ب ۴-۳-۲ * 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"> <li>❖ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری</li> <li>❖ انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی</li> <li>❖ اندازه‌گیری انجام اسکراب دست در اتاق‌های عمل</li> <li>❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت</li> </ul> <p>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.</p> <p>➤ ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه‌های حرفه‌ای</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست با روش‌های قابل اطمینان</li> <li>۲. انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج</li> <li>۳. مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی</li> <li>۴. ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در تیم مدیریت و رهبری مرکز جراحی</li> <li>۵. بازخورد نتایج ممیزی به ارائه دهندگان خدمت</li> </ol>
سطح سه	ب ۴-۲-۴ * 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"> <li>❖ ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت</li> <li>❖ فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری</li> <li>❖ رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش پایدار سازمانی در مرکز جراحی</li> </ul> <p>فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست با رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد.</p> <p>➤ معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقاء بهداشت دست</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل کشوری</li> <li>۲. تغییر سیستم</li> <li>۳. آموزش</li> <li>۴. ارزشیابی و بازخورد</li> <li>۵. استفاده از یادآورها در محیط کار</li> </ol>
سطح	ب ۴-۳-۲ خطری انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.
سطح دو	ب ۴-۳-۱ * روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع در مرکز جراحی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ پیشگیری و کنترل عفونت‌های به دنبال انجام جراحی با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرآیند بر اساس روشی معین</li> <li>❖ آگاهی کارکنان از نحوه و عملکرد مؤثر در زمینه "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بدنال انجام جراحی"</li> </ul> <p>چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شامل عفونت ادرای، عفونت خون، عفونت سیستم تنفسی و عفونت موضع جراحی است.</p> <p>برای استقرار این استاندارد از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بدنال انجام جراحی 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. توجه و برنامه‌ریزی در خصوص استفاده ایمن از اتصالات بیماران بایستی مد نظر باشد.</p>

سطح دو	ب ۲-۳-۴ * بیماریابی در موارد عفونت‌های پس از جراحی برنامه‌ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان‌دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین روش‌های شناسایی فعال عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران</li> <li>❖ پیگیری عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران</li> </ul>	
<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 واقعی از عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت در مراکز جراحی در دسترس نباشد. برای تحقق این مهم شناسایی فعال عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران کمک کننده است.</p> <p>براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص مسئول کنترل عفونت مرکز جراحی در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.</p> <p>با توجه به این که نوعاً بیماران مراکز جراحی برای پیگیری درمان به مطب یا کلینیک محل اشتغال پزشکان معالج خود مراجعه می‌کنند گزارش موارد عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت عمدتاً بر عهده پزشکان معالج خواهد بود.</p>	