

# چک لیست ارزیابی نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

عناوین چک لیست:

1. مدیریت پسماند
2. مدیریت البسه
3. پاکسازی و استریلیزاسیون
4. بهداشت دست
5. بیماریابی و گزارش دهی
6. وسایل حفاظت فردی و احتیاطات استاندارد
7. جداسازی بیماران
8. مراقبت از کارکنان
9. مدیریت مواجهه شغلی
10. تزیینات ایمن

تهیه و تدوین : اداره پرستاری دانشگاه

بهار 1402

منابع:

- 1- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- 2- اصول مراقبت از بیماران و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- 3- بخشنامه " ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و وابسته "
- 4- استانداردهای اعتباربخشی



			<p>* باتل های سرم در صورتی که حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.</p> <p>* محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که به صورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم در پسماندهای عفونی قرار گیرند.</p>
			<p>* توضیح 1: پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم، اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده اند مانند قوطی ها و شیشه های دارویی است که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود.</p>
			<p>* توضیح 2: پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای ژنها هستند</p>
			<p>* توضیح 3: پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتریها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون، باتل های 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 کیسه های 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 سایت های 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 وضع و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا میشود.</p>
			<p>* تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو/پرتوزا در بیمارستان بر اساس دستورالعمل پسماند سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت، برنامه ریزی و انجام میشود. 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.</p>
			<p>* محل مناسب در بخش برای نگهداری، شستشو و گندزدایی سطل های زباله وجود دارد. 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 می باشد.</p>
			<p>* 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 می شود.</p>
			<p>* 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 می باشد.</p>
			<p>* زمان نگهداری پسماندها در جایگاه:</p> <p>- در شرایط آب و هوایی معتدل: 72 ساعت در فصل سرد و 48 ساعت در فصل گرم</p> <p>- در شرایط آب و هوایی گرم: 48 ساعت در فصل سرد و 24 ساعت در فصل گرم</p>
			<p>* در صورت عدم امکان رعایت زمان نگهداری، اتاقک نگهداری به سیستم خنک کننده مجهز گردد</p>
			<p>* پسماند داخل بین ها با رعایت کد بندی وبدون انباشتنی نگهداری می شوند. رفع آلودگی و گندزدایی تمام تسهیلات، تجهیزات و ظروف نگهدارنده پسماندها رعایت شود</p>
			<p>* اظهارنامه بیخطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منضم به نتایج میکروبی ماهیانه تکمیل می شود.</p>

				<p>* در خصوص نحوه امحاء جفت در بیمارستانها:</p> <p>- استفاده از زباله سوزهای استاندارد با شرایط خاص در خارج از شهر انجام گیرد</p> <p>- ذخیره در اتاق های دارای سیستم مبرد(سرمایشی) در بیمارستان و سپس انتقال به مرکز دفن پسماند و دفن بهداشتی در سلولهای جداگانه در محل دفن پسماند انجام می گیرد.</p> <p>- ذخیره در اتاق های دارای سیستم مبرد(سرمایشی) در بیمارستان و سپس انتقال به آرامستان و دفن بهداشتی در آرامستان انجام می گیرد.</p> <p>- حفر چاهک هایی با شرایط بهداشتی در محل بیمارستان، طوری که از آلودگی آبهای زیرزمینی و خاک جلوگیری نماید و انتقال جفت به داخل چاهک و پوشاندن با آهک صورت می گیرد.</p> <p>* اعضا و اندامهای قطع شده بدن و جنین مرده مطابق با "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" مجزا طبق احکام شرعی جمع آوری، بسته بندی و برای دفن به آرامستان محل حمل شده و به روش تعیین شده و با رعایت احکام شرعی دفن می گردد</p>
				<p>* بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بیخطر سازی انجام می شود و نتایج ارزیابی ها در کمیته مرتبط مطرح و در صورت لزوم اقدام اصلاحی به عمل می آید. همچنین مستندات مربوط به کالیبراسیون دستگاه در سوابق نگهداری می شود.</p>
توضیحات	نتیجه پایش			<b>موارد قابل ارزیابی/مدیریت البسه</b>
	تاریخ	متوسط	مجموعی	
				<p>* در هنگام جمع آوری البسه و ملحفه ها، کارکنان از برجای نماندن وسایل نوک تیز و برنده در داخل البسه و ملحفه ها اطمینان می یابند.</p>
				<p>* البسه و ملحفه آلوده عفونی و کثیف در ترالی ها و بین ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رختشویخانه منتقل می شود. انتقال البسه و ملحفه ها حتی المقدور در ساعاتی صورت می پذیرد که کمترین میزان تردد در بخش وجود دارد.</p>
				<p>* اتاق کثیف، محل دریافت و کنترل البسه و ملحفه های کثیف و آلوده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری البسه و ملحفه های تمیز به رختشویخانه وجود داشته و مستندات ثبت البسه کثیف و تمیز در بخشها و رختشویخانه وجود دارد.</p>
				<p>* به منظور ممانعت از تولید آئروسولها و پراکندگی میکروارگانیسمها، رخت ها با کمترین تکان دادن و بهم خوردگی و بدون شتابزدگی جمع آوری و جابجا می شوند.</p>
				<p>* بسته بندی و یا آبکشی رخت ها در محلی که آلوده شده اند (مانند بخشها) ممنوع است. رختهای آلوده عفونی در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت قرار گرفته و گره زده می شود. خروج رخت آلوده از بخش بدون قراردادن در کیسه پلاستیکی و برچسب گذاری ممنوع است.</p>
				<p>* رخت های 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 می باشند.</p>
				<p>* نحوه انتقال رخت های استفاده شده به واحد رختشویخانه میتواند به دو صورت شوتینگ (با طراحی، نگهداری و استفاده مناسب) و استفاده از ترالی باشد. سیستم شوتینگ رخت به منظور ممانعت از پراکندگی میکروارگانیسمها بایستی دارای فشار منفی باشد.</p> <p>* بین های انتقال البسه و ملحفه استفاده شده در زمانی که مورد استفاده نیستند، باید در اتاق کثیف نگهداری شوند.</p>
				<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 باشد.</p>
				<p>* محل نگهداری البسه تمیز در بخشها و انبار البسه و ملحفه تمیز در رختشویخانه باید به گونه ای باشد که البسه تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت گردد.</p>

				<p>البسه و ملحفه های تمیز میبایست در توالی های درب دار و یا کیسه های پلاستیکی سفیدرنگ بسته بندی شده حمل گردند. البسه و ملحفه های تمیز نباید در قسمتهایی که دارای آلودگی محیطی هستند، قرار گیرند.</p>
				<p>* محیط رختشویخانه باید از نور، تهویه و فضای کافی برخوردار باشد. تفکیک البسه آلوده، شستشو با ماشین لباسشویی مناسب و ضد عفونی و خشک کردن به روش مناسب انجام می شود.</p> <p>* کف و دیوارها قابل شستشو و از سیستم مناسب جمع آوری فاضلاب برخوردار می باشد.</p>
				<p>* در محل پذیرش لباسها و ملحفه های آلوده، نسبت به دیگر محلهای تمیز رختشویخانه فشار منفی وجود دارد.</p>
				<p>* همه پرسنل مرتبط، با مراحل جمع آوری، حمل و نقل، طبقه بندی، تفکیک و جداسازی و شستشوی ملحفه و لباس ها باید دوره های آموزشی لازم را طی کرده باشند و از وسایل حفاظتی مناسب برخوردار بوده و به تسهیلات شستشوی دست، دسترسی دارند.</p>
				<p>* لباس ها و ملحفه ها قبل از آماده شدن برای اتاق عمل و مناطق پرخطر مانند بخش های سوختگی و پیوند اعضا اتوکلاو می شوند.</p>
				<p>* رخت های آلوده ممکن است منبع عفونت برای بیماران و کارکنان باشد و باید در کیسه های غیر قابل نفوذ و غیر قابل نشت قرار داده شده و حمل و نقل گردند.</p>
				<p>* کیسه ها و ظروف محتوی رخت های آلوده با برچسب، کدهای رنگی یا هر روش مناسب دیگر مشخص می شوند.</p>
				<p>* ملحفه و لباس های تمیز را به گونه ای بسته بندی، حمل و انبار نمایند که از پاکیزگی و حفاظت آنها از گرد و غبار و آلودگی در طی مراحل بارگیری، حمل و تخلیه بار اطمینان حاصل شود.</p> <p>* رخت ها نباید در اتاق بیمار دسته بندی و آماده شستشو شوند.</p>
				<p>* رخت هایی که خطرات مخصوصی دارند و از بخشهای عفونی منتقل میگردند بعد از اتوکلاو شسته می شوند (طبق سنجح های اعتباربخشی عمل شود).</p>
توضیحات	نتیجه پایش			<b>موارد قابل ارزیابی/پاکسازی و استریلیزاسیون</b>
	ت.ب.ن.	متوسط	خ.ب.	
				<p>* پاک سازی و ضد عفونی تجهیزات پزشکی، اتاق و تختهای اتاق عمل در بیماران عفونی بلافاصله پس از خاتمه عمل جراحی الزامی است.</p>
				<p>* پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر 45 درجه سانتیگراد و دترجنت / محلولهای آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر انجام می گیرد.</p>
				<p>* حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاکسازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل رعایت می گردد.</p>
				<p>* ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخشها و اورژانس ارسال می گردد.</p>
				<p>* استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو صورت می گیرد.</p>
				<p>* استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخشهای آندوسکوپی انجام می شود.</p>
				<p>* انجام کلیه گامهای فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی انجام می گیرد.</p>
				<p>* پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده از تستهای موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاقهای عمل، انجام می شود.</p>
				<p>* نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش / مسئول واحد و اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم انجام می گیرد.</p>

			<p>* تست های ارزیابی آلودگی ابزار با مواد آلی/خون در پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده می شود. مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی برصحت 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 می نماید.</p>
			<p>* ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت، شستشوی دقیق دستی می شوند.</p>
			<p>* قسمتهای قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو جدا می شود و اتصال کارآمد آنها بعد از شستشو بررسی می شود.</p>
			<p>* در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده می شود.</p>
			<p>* در واحد استریلیزاسیون مرکزی از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده می شود.</p>
			<p>* شستشوی ابزار اسکویی در واحدهای ذیربط به صورت مکانیزه انجام می شود.</p>
			<p>* محلولهای گندزدای سطح بالای مورد تأیید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده بکارگیری می شود</p>
			<p>* پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلولهای سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده از تستهای سواپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول انجام می گیرد.</p>
			<p>* آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلولهای گندزدای سطح بالا توسط سرپرستار بخش/ واحد استریلیزاسیون انجام می گیرد.</p>
			<p>* رعایت تکنیک آماده سازی محلولها در محل استاندارد شامل تهیه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در ظروف مناسب درب دار صورت می پذیرد.</p>
			<p>* نگهداری ایمن و رقیق سازی محلولهای سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی انجام می شود.</p>
			<p>* انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.</p>
			<p>* شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به بخشها/ واحدها انجام می شود.</p>
			<p>* انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود و استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده صورت می گیرد.</p>
			<p>* کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج انجام می شود.</p>
			<p>* تستهای پایش فرایند استریلیزاسیون وجود و از آنها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن استفاده می شود.</p>
			<p>* انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی صورت می گیرد.</p>
			<p>* انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاههای پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی صورت می گیرد.</p>
			<p>* در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیسیمهای 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 میکروارگانیسیمهای 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 48 ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می شود.</p>
			<p>* 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 گراویتی</p>

			برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی ارجحیت دارد.
			*از نشانگرهای شیمیایی کلاس 4 برای تأیید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از 12 قلم مانند ست های پانسمان استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود
			*از نشانگرهای شیمیایی کلاس 6 برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیشتر از 12 قلم مانند ست های لاپاراتومی، سزارین، ایمپلنت ها و ... استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می شود.
			*نشانگر کلاس 6 یکی از مهمترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخص های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل حساس می باشد، به طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلبه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. نشانگر کلاس 6 حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می باشد. با استفاده از این نشانگرها و چسباندن آنها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ستهای استریل ایجاد می شود.
			* توجه به وضعیت ظاهری بسته اعم از صحت بسته بندی و عوامل مخل استریلیتی ظاهر آن ، علاوه بر بررسی تغییر رنگ مطلوب نشانگرهای شیمیایی اعم از کلاس 1 مانند وجود رطوبت و غیره اطمینان حاصل شود. در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر، به مبادی گزارش شده و متعاقباً انجام فراخوان توسط مسئول مربوطه انجام می شود. در صورت عدم تطابق عملکرد، کاربر اقدامات اصلاحی لازم مانند آموزش و صلاحیت بکارگیری کاربر در آن محل را بررسی می نماید.
			- 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
			*معمولاً استریلایزر اضطراری (سریع) در اتاق عمل قرار می گیرد. - استریلیزاسیون سریع در دمای 132-135 درجه سانتی گراد به مدت 3 تا 4 دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می شود. - استریلیزاسیون سریع در دمای 132 درجه سانتی گراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلخل تا 10 دقیقه زمان می برد. - وسیله بایستی بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع) قرار گیرد. - قبل از استفاده وسیله/ ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد.
			* نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاههای استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد وجود دارد. * مستندات اختصاصی هر دستگاه شامل تمامی تستهای انجام شده برای هر دستگاه، وجود دارد. * مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمونهای روزانه و آزمونهای بیولوژیک/ پرینت دستگاه، وجود دارد. * ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمونهای کالیبراسیون برای هر دستگاه وجود دارد. * مستندات حداقل برای یک سال نگهداری می شود.
			*مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل است : - شماره/کد مخصوص هر اتوکلاو - نتایج آزمون اسپور - نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد. - نام مسئول هر چرخه بارگذاری

			<p>آزمونهای کالیبراسیون</p> <p>*برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می گیرد. زمان انقضا استفاده از بسته های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه های 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 بسته های 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 ست های بخش مربوطه در صورت قبول رهگیری کلاس 4 صورت می پذیرد .</p> <p>*حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل :</p> <p>1- تاریخ و شیفت کاری 2.شماره/کد دستگاه استریل کننده 3.تاریخ انقضا مصرف بسته استریل 4. چرخه بارگذاری 5.نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل 6.نام ست</p>
			<p>*تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون انجام می شود.</p> <p>*برنامه ریزی صحیح در نوبتهای کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت انجام می شود.</p> <p>* امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان وجود دارد.</p> <p>* آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت می باشد.</p> <p>*مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت انجام می گیرد.</p>
			<p>* انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه انجام می شود.</p> <p>- تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت می شود.</p> <p>- فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی تفکیک می شود.</p> <p>-در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده می شود.</p> <p>- مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت می شود.</p> <p>- تحویل ستهای استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام می شود.</p>
			<p>* تسهیلات استاندارد شستشوی دست و ظروف ایمن در فضای کثیف وجود دارد. رعایت مصادیق این سنجه در بخش آنژیوگرافی، اسکوپها و سایر بخشهای مرتبط نیز الزامی است.</p>
			<p>* فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخشهای دارای بسته های استریل وجود دارد.</p> <p>* دمای کمتر از 24 درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از 70 درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل رعایت می شود.</p> <p>* فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل 6 بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل وجود دارد.</p> <p>*انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف انجام می شود.</p> <p>* مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری تعریف شده است.</p> <p>*هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، ترالی های کمدهار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها انجام می گیرد.</p> <p>*رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ستهای استریل بر اساس دستورالعمل مربوط انجام می شود.</p>



			<p>*جعبه های دربسته، تالی های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تالی های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار انجام می شود</p>
توضیحات	نتیجه پایش		<h2 style="text-align: center;">موارد قابل ارزیابی/بهداشت دست</h2>
	موسم	صحن	
			<p>* تسهیلات بهداشت دست متناسب با روشهای استاندارد در تمامی بخشها/ واحدها          -امکانات بهداشتی حداقل شامل صابون مایع، تجهیزات خشک کردن دستها و دستمال کاغذی ترجیحاً رولی و سطل زباله و هندراب موجود می باشد          - تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیتهای ارائه پروسیجرهای تهاجمی وجود دارد.          - حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب در دسترس می باشد.          - تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری وجود دارد.          -امکان دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست به آسانی وجود دارد.          -دسترسی آسان به محلولهای ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیتهای ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد / استفاده از افشانه جیبی وجود دارد.</p>
			<p>* اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری          - اقدام اصلاحی موثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی انجام می شود.          - اندازه گیری اسکراب دست در کلیه بخشهای دارای پروسیجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاقهای عمل انجام می گیرد.</p>
			<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 برنامه ریزی و انجام می شود</p>
			<p>* تکنیک صحیح و زمان شستن دست(60-40ثانیه) و هندراب (30-20 ثانیه) توسط پرسنل رعایت می شود          * در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف است، قبل از آماده نمودن دست ها برای اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی آن ها را با آب و صابون ساده شسته و مواد موجود در زیر ناخنها ترجیحاً در زیر آب روان شیر به وسیله ناخن شور خارج می گردد.          *درصورت عدم وجود آلودگی واضح در دست از روش ارجح ، هندراب (ضدعفونی کننده با پایه الکلی) استفاده می شود</p>
			<p>*رعایت بهداشت دست در 5 موقعیت صورت می گیرد :          1- قبل از تماس با بیمار          2-بعد از تماس با بیمار          3-قبل از انجام اقدامات تشخیصی درمانی تمیز / استریل          4-بعد از تماس با مایعات و ترشحات بدن ، غشای مخاطی، پوست آسیب دیده          5-بعد از تماس با فضای مجاور بیمار</p>
			<p>* پرسنل از مزایای هندراب اطلاع دارند( اثر سریع الکل-اثرپایا-زمان کمتر-عدم نیاز به آب و صابون و دستمال)</p>
			<p>*در هنگامی که با استفاده از محلول ضدعفونی مناسب مانند ترکیبات یددار یا کلرهگزیدین، دستها را برای اعمال جراحی آماده می نمایند، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده، معمولاً به مدت 5- 2 دقیقه دستها و آرنج را مطابق با مراحل موجود اسکراب می کنند. اسکراب طولانی مدت برای مثال به مدت 10 دقیقه توصیه نمی شود.          - در کل فرآیند اسکراب دست ها توجه نمائید که آب به لباس جراحی که بر تن دارید نپاشد.          -به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، استفاده از برس برای آماده نمودن دست ها برای</p>

			<p>جراحی توصیه نمی شود. در صورت لزوم از ناخن شوراستریل که قابلیت اتوکلاو شدن و استریلیتی مجدد را داشته، استفاده می شود</p> <p>- برای اعمال جراحی، قبل از پوشیدن دستکش استریل باید ضد عفونی دست با استفاده از محلول ضد عفونی مناسب مانند ترکیبات یددار یا کلرهگزیدین یا مالش دست با ترکیبات حاوی الکل (ترجیحاً با استفاده از محلولهایی با فعالیت پایدار) صورت می پذیرد</p>
			<p>*ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه های حرفه ای انجام می شود :</p> <p>- اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخشها/واحدهای درمانی با روشهای قابل اطمینان</p> <p>- انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج</p> <p>- مدیریت و برنامه ریزی ممیزی ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمانبندی</p> <p>- ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</p> <p>- بازخورد نتایج ممیزی به واحدها / بخشهای مربوطه</p>
			<p>* در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان، کلاه و دستکش استریل دستها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک می نمایند.</p>
			<p>* هنگامی که از محلول های جراحی مالش دست با بنیان الکلی با فعالیت پایدار استفاده می نمائید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده عمل نمایید. محلول را بر روی دست های خشک بریزید. قبل از مالش دست ها با ماده ضد عفونی کننده با بنیان الکلی، اسکراب دست با ترکیبات یددار یا کلرهگزیدین ضرورت ندارد.</p>
			<p>* در هنگام استفاده از محلول های مالش دست با بنیان الکلی مقدار محلول بایستی به حدی باشد که در کل مدت آماده سازی دست برای اعمال جراحی، دست ها و ساعد تا ناحیه آرنج ها کاملاً مرطوب باقی بمانند</p>
			<p>* بعد از استفاده از محلول های مالش دست با بنیان الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل، بگذارید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.</p>
			<p>* بعد از عمل و در هنگام درآوردن دستکش، بدلیل احتمال باقی ماندن پودر تالک و یا مایعات بیولوژیکی بر روی دست ها، باید آنها را با آب و صابون شست.</p>
توضیحات	نتیجه پایش		<b>موارد قابل ارزیابی/بیماریابی و گزارش دهی</b>
	م.توسط	ت.توسط	
			<p>* بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونتهای بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام می شود.</p>
			<p>*بیماریهای مشمول 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، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)</p>
			<p>*بیماریهای مشمول گزارش غیر فوری (کتبی): سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماریهای مقاربتی، انواع هپاتیت های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیاژیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیراز موارد فوری</p>
			<p>* احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی اجرا می شود.</p>

			<p>*جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخشها/ بخش اورژانس بر اساس استاندارد انجام می شود.</p> <p>*شناسایی موارد گزارش بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل انجام می شود.</p> <p>* فهرست بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک مشمول گزارشدهی برای کارکنان مرتبط در دسترس می باشد.</p> <p>* بیماریهای واگیر مشمول گزارشدهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح گزارش می گردد.</p> <p>*آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان اورژانس و بخشهای بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه انجام می گیرد.</p>
توضیحات	نتیجه پایش		<h2 style="text-align: center;">موارد قابل ارزیابی/وسایل حفاظت فردی</h2>
	ضعیف	متوسط	
			<p>*انواع دستکش:</p> <p>-معاینه: که استریل و غیراستریل و یک بار مصرف است.</p> <p>-جراحی: استریل بوده و دارای ویژگی هایی از نظر ضخامت، خاصیت ارتجاعی و استحکام می باشد.</p> <p>- شیمی درمانی</p> <p>-کار: که کلفت و قابل استفاده مجدد بوده و برای تمیزکردن یا گندزدایی وسایل و سطوح محیطی به کار می رود.</p>
			<p>* در صورتی که دستکش در حین ارائه خدمات مختلف برای یک بیمار یا ما بین بیماران گوناگون تعویض نشود، خود از عوامل تشدیدکننده بروز عفونت های ناشی از خدمات سلامت محسوب می گردد.</p>
			<p>*دو اندیکاسیون اصلی برای پوشیدن دستکش در مراکز خدمات سلامت وجود دارد:</p> <p>- حفاظت دست ها از آلودگی با مواد آلی و میکروارگانیسم ها</p> <p>- کاهش احتمال خطر انتقال میکروارگانیسم های عفونی به بیماران، کارکنان و سایرین</p>
			<p>*در موارد زیر باید دستکش پوشید:</p> <p>- در تمامی مواقعی که احتمال تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار وجود دارد.</p> <p>-قبل از انجام پروسیجر آسپتیک</p> <p>- در موارد تماس با بیماری که در زمان مراقبت یا تماس با محیط مجاور وی، رعایت احتیاط تماسی لازم است</p>
			<p>*در موارد زیر دستکش باید خارج شود:</p> <p>-پس از آسیب و پارگی دستکش یا شک به آن</p> <p>-پس از به پایان رسیدن تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار</p> <p>-پس از به پایان رسیدن تماس با بیمار و قسمت های آلوده بدن و محیط مجاور وی</p> <p>-در مواردی که رعایت بهداشت دست ضرورت دارد.</p>
			<p>*در موارد زیر، استفاده از دو جفت دستکش، اقدام مناسبی در نظر گرفته می شود:</p> <p>-برای اعمال جراحی طولانی مدت (بیشتر از 30 دقیقه)</p> <p>-برای پروسیجرهایی که احتمال تماس با مقادیر زیاد خون و مایعات بدن وجود دارد.</p> <p>-در بعضی از اعمال جراحی پرخطر ارتوپدی</p>
			<p>*ضرورت استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن(دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطهای استاندارد و احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (ایزولاسیون تماسی) می باشد. بدون توجه به اندیکاسیون های پوشیدن دستکش، بهداشت دست در زمان مناسب</p>

			بایستی رعایت شود.
			* به هیچ وجه دستکش، جایگزین شستن دست با آب و صابون یا ضد عفونی دست با محلول ضد عفونی دست با بنیان الکلی نمی شود.
			* در صورتی که دستکش پاره یا دچار هرگونه صدمه یا نشت شود، بایستی آن را درآورده و بهداشت دست را انجام داد. سپس دستکش جدیدی پوشید. بدیهی است بعد از انجام هر فعالیت، بایستی دستکش دفع و سپس دست ها را تمیز نمود.
			* پوشیدن دستکش در حین انجام پروسیجرهای تهاجمی، تماسهایی که نیاز به شرایط استریل دارد، تماس با پوست ناسالم یا غشاء مخاطی، حین انجام فعالیت هایی که خطر مواجهه با خون، ترشحات، مایعات بدن و مواد دفعی (به جز عرق) بیماران می رود و در حین جابجایی اشیاء تیز و برنده و وسایل آلوده الزامی است.
			* دستکش بلافاصله قبل از ارائه فعالیت مراقبتی پوشیده و فوراً پس از خاتمه کار درآورده میشود. دستکش ها باید مابین بیماران و دوره های مراقبتی تعویض شوند.
			* از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده می شود. ضروریست حین ارائه خدمت بالینی صرف نظر از نوع ارائه خدمت یا انجام مراقبت، دستکش ها مابین بیماران حتماً تعویض شوند.
			* دستکش ها به عنوان پسماند درمانی محسوب می شوند و پس از درآوردن دستکش باید بهداشت دست رعایت شود
			* در صورتی که در حین مراقبت از یک بیمار و بعد از اتمام یک پروسیجر تشخیصی درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز است که موضع دیگر همان بیمار مشتمل بر پوست آسیب دیده، غشاء مخاطی یا ابزار پزشکی یا محیط لمس شود، دستکش بایستی تعویض شود
			* بر اساس پروسیجرهای مختلف، نوع دستکش ضروری و مناسب ارائه خدمت استریل، غیر استریل برای معاینه و.. تعیین می شود.
			* استفاده از دستکش استریل برای انجام پروسیجرهای تهاجمی و هر فعالیت دیگری که نیاز به شرایط استریل دارد، ضروری است
			* برای غالب پروسیجرهای دیگر پوشیدن دستکش معاینه تمیز (غیر استریل) کفایت مینماید
			* در زمانی که با وسایل تیز و برنده، جابجایی پسماند های آلوده خاص یا بازیابی ابزار سرو کار دارید، باید از دستکش کار استفاده نمایید
			* مثالی از موارد مصرف دستکش استریل: - انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی یا اعمال جراحی - زایمان واژینال - اقدامات تهاجمی رادیولوژی - انجام پروسیجر و دسترسی به عروق خونی مانند تعبیه کاتتر عروقی مرکزی - آماده نمودن محلولهای تغذیه مکمل جهت انفوزیون - آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق

			<p>*منا لهایی از موارد مصرف دستکش معاینه(غیر استریل):</p> <p>*تماس مستقیم با بیمار:</p> <p>- احتمال قرار گرفتن در معرض خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیاء و مواردی که به صورت مشهود آلوده به مایعات دفعی و ترشحات بیمار می باشند.</p> <p>- تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار</p> <p>- احتمال قرار گرفتن در معرض تماس با ارگانیسم های عفونی و خطرناک</p> <p>- موقعیت های اورژانس یا اپیدمی</p> <p>-کارگذاری یا خروج کاتتر وریدی محیطی IV</p> <p>-گرفتن نمونه خون از بیمار</p> <p>- قطع راه وریدی</p> <p>- معاینات لگنی و واژینال در بیماران</p> <p>- ساکشن لوله تراشه با سیستم باز(اندوتراکئال)</p>
			<p>* تماس غیر مستقیم با بیمار:</p> <p>در موارد ذیل توصیه می شود، کاربر ذی ربط از دستکش کار استفاده نماید:</p> <p>- تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار</p> <p>- جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات</p> <p>- جابجایی یا تخلیه پسماند ها</p> <p>- تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیاء و یا در ضمن لکه گیری البسه</p>
			<p>*منا لهایی از مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد:</p> <p>در این موارد احتمال تماس مستقیم یا غیر مستقیم کارکنان خدمات سلامت با خون، مایعات بدن بیمار و یا محیط آلوده وجود ندارد</p> <p>*تماس مستقیم با بیماران:</p> <p>- گرفتن فشار خون، درجه حرارت و نبض بیمار</p> <p>- تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار</p> <p>- لباس پوشانیدن به بیمار</p> <p>- جابجایی بیمار</p> <p>- مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات</p> <p>- هرگونه دستکاری کاتتر عروقی در صورت عدم نشت خون</p> <p>*تماس غیر مستقیم با بیماران:</p> <p>- استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر</p> <p>- درج گزارش در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر بیمار</p> <p>- دادن داروی خوراکی به بیماران</p> <p>- توزیع یا جمع آوری سینی غذا بیمار</p> <p>- تعویض ملحفه بیمار در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی نباشد</p> <p>- گذاردن ماسک تنفسی و یا کانولای بینی به صورت غیر تهاجمی برای بیمار</p> <p>- جابجایی اثاثیه بیمار</p>
			<p>* استفاده از افشانه ها و ظروف یک بار مصرف ارجح است.</p>
			<p>*الکل موجود در محلول های ضد عفونی دست با بنیان الکلی در دمای 17.5 - 24.5 درجه سانتی گراد ، بسته به نوع و غلظت الکل، تبخیر میشوند، لذا به منظور اطمینان از اثر بخشی محلول با گذاردن دماسنج، دمای محیط را پایش نمایید.</p>

			<p>*در صورتی که افشانه یک بار مصرف نیست، به منظور پر کردن مطلوب و مجدد، رعایت مراحل ذیل ضروری است</p> <p>- افشانه خالی را با استفاده از پودر شوینده و آب بشوئید.</p> <p>- در صورت مقاوم بودن ظروف به حرارت، روش ارجح گندزدایی در ابتدا اتو کلاو، جوشانیدن و در نهایت گندزدایی شیمیایی می باشد.</p> <p>- برای گندزدایی شیمیایی بایستی ظروف رابه مدت 15 دقیقه در محلول حاوی کلرین با غلظت 1000 ppm خیس نمایید.</p> <p>- پس از گندزدایی، افشانه بایستی کاملاً خشک شود.</p> <p>- از افزودن محلول به افشانه های نیمه پر حاوی محلول اجتناب نمایید.</p>
			<p>-آب جاری ، صابون در کنار هر یک از سینکهای دستشویی-دستمال / حوله یکبار مصرف در کنار هر یک از سینک تمیز به طور دائمی موجود می باشد</p>
			<p>-محصولات ضد عفونی دست با پایه الکلی با کارآیی مطلوب ضد میکروبی محتوی 75 تا 85درصد اتانول، ایزوپروپانول و یا ان- پروپانول ، و یا ترکیبات این محصولات می باشند. فرمولاسیون توصیه شده ی، سازمان جهانی بهداشت محتوی نسبت حجمی 75 درصد ایزوپروپانول و یا نسبت حجمی 80 درصد اتانول است.</p>
			<p>- دسترسی به منابع آموزشی ویا موارد مشابه آنها با محتوای یکسان برای همه کارکنان خدمات بهداشتی درمانی، به سادگی مقدور می باشد.</p>
			<p>-پوستر تعریف اندیکاسیونهای رعایت بهداشت دست، روش صحیح استفاده از محلول ضد عفونی با پایه الکلی دست، روش صحیح شستشوی دست در بخش موجود می باشد.</p>
			<p>*دلایل رعایت احتیاط های استاندارد برای تمام بیماران چه عفونی و چه غیر عفونی عبارتند از:</p> <p>-خطر کسب عفونت برای افراد سالم از افراد حاوی عامل عفونی</p> <p>- احتمال آلودگی به عامل عفونی قبل از بروز علائم و مثبت شدن نتایج آزمایشات</p> <p>- احتمال کسب عفونت از سطوح، محیط و تجهیزات بیمار</p>
			<p><b>*احتیاط های استاندارد شامل موارد زیر است:</b></p> <p>-رعایت بهداشت دست</p> <p>- استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس ارزیابی خطر و نوع تماس مورد انتظار</p> <p>- پیشگیری از صدمه با سوزن و وسایل نوک تیز <b>needle stick</b></p> <p>-بهداشت تنفسی و آداب سرفه</p> <p>- بهداشت محیط (پاک کردن و گندزدایی محیط)</p> <p>- مدیریت پسماند</p> <p>- بسته بندی و انتقال وسایل مراقبت بیمار، ملحفه، لباس</p> <p>- محل استقرار بیمار</p>
			<p>*وسایل حفاظت فردی در احتیاط های استاندارد شامل دستکش، گان، ماسک، محافظ چشم و صورت، عینک، پیش بند، روکفشی و کلاه می باشند که برای محافظت پوست، لباس، غشاء مخاطی و راه هوایی در برابر عوامل عفونی به کار می روند.</p>
			<p>*برای خون گیری یا رگ گیری، استفاده ازدستکش و در صورت انتوباسیون، استفاده از دستکش، گان و محافظ صورت یا مجموع ماسک و عینک توصیه می شود.</p>
			<p>*برای انتخاب و استفاده از وسایل حفاظت فردی، نکات زیر باید در نظر گرفته شود:</p> <p>- قبل از ارائه هر نوع مراقبت برنامه ریزی شده برای بیمار، احتمال مواجهه با مواد، مایعات و ترشحات بدن یا سطوح آلوده ارزیابی شود.</p> <p>- به طور معمول وسیله حفاظت فردی بر اساس ارزیابی خطر و نوع مواجهه مورد انتظار انتخاب گردد.</p> <p>- از وجود وسایل حفاظت فردی در همه نوبت های کاری و زمانها اطمینان حاصل شود زیرا ممکن است</p>

			وسایل موجود، در یک رویداد غیر منتظره اورژانس مصرف شده باشند.
			<p>*توجه شود که وسایل حفاظت فردی:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- احتمال انتقال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملا از بین نمی برند.</li> <li>- فقط در صورتی که درست استفاده شوند موثرند.</li> <li>- جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت یعنی بهداشت دست ها نمی شوند.</li> <li>- بعد از خروج آنها، بهداشت دست رعایت گردد.</li> <li>- در زمان مراقبت از بیمار، بعد از تماس عضو آلوده بدن بیمار(ناحیه پرینه)دستکش تعویض گردد و سپس عضو تمیز بدن بیمار(صورت) لمس شود</li> </ul>
			<p>*در استفاده از دستکش باید نکات زیر رعایت گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-در تمامی مواقعی که احتمال تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی و پوست ناسالم وجود دارد دستکش پوشیده شود.</li> <li>-قبل از پوشیدن دستکش، بهداشت دستها رعایت شود.</li> <li>-برای جلوگیری از سوراخ شدن دستکش، ناخنها باید کوتاه نگهداشته شوند.</li> <li>-از حلقه، انگشتر و سایر جواهراتی که ممکن است دستکش ها را پاره کنند استفاده نشود.</li> <li>-در فواصل مراقبت از بیماری که حامل عوامل میکروبی است، تعویض شود.</li> <li>-پس از استفاده، قبل از تماس با اجسام و سطوح غیر آلوده و قبل از مراقبت از بیمار دیگر از دست خارج شود.</li> <li>-فقط برای یک بیمار استفاده گردد.</li> <li>-در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده، تعویض گردد.</li> <li>-در صورت استفاده با گان، روی مچ گان را بپوشاند</li> <li>-بلافاصله بعد از خروج دستکش دستها شسته شوند.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- هرگز صورت و سایر وسایل حفاظتی(عینک، ماسک و...) با دستکش آلوده لمس نشود.</li> <li>- در زمان مراقبت از بیمار، از منطقه تمیز بدن بیمار به سمت قسمت های کثیف بدن بیمار مراقبت و کار انجام شود.</li> <li>- بعد از خارج نمودن دستکش، دستها با آب و صابون شسته شوند.</li> <li>- دستکش نباید شسته و مورد استفاده مجدد قرار گیرد.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- دستکش های پزشکی اگر سالم بوده و استفاده نشده باشند، اثر محافظتی دارند، ولی دستکش های وینیل در مقایسه با انواع لاتکس و نیتریل، میزان خرابی بیشتری دارند و اگر اقدامات تهاجمی انجام می شود که فعالیت بیشتر و سریعتر دست ضرورت دارد و یا اگر زمان تماس با بیمار کوتاه نیست، استفاده از دستکش های لاتکس یا نیتریل ارجح است.</li> <li>- برای تمیز کردن یا گندزدایی وسایل و محیط باید از دستکش کار کلفت قابل استفاده مجدد استفاده گردد.</li> </ul>
			<p>*در آوردن دستکش</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- افراد راست دست: در نقطه ای پائین تر از لبه دستکش چپ، بخش خارجی دستکش چپ با انگشتان دست راست (که داخل دستکش است)گرفته شود و ضمن خارج کردن دستکش چپ به پشت وارونه شود.</li> <li>- انگشتان برهنه دست چپ در حد فاصل مچ دست راست و زیر دستکش راست لغزیده شود.</li> <li>- به کمک انگشتان دست چپ، دستکش راست را نیز خارج کرده و در حین خروج، آنرا وارونه کرده بر روی دستکش چپ کشیده شود.</li> <li>- هر دو دستکش وارونه شده درون سطل زباله عفونی انداخته شوند.</li> </ul>
			<p>*گان</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- هنگام انجام تمام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن بیمار وجود دارد، باید برای حفاظت پوست و جلوگیری از آلودگی پوست و لباس، گان پوشیده شود.</li> <li>-در زمان تماس مستقیم با بیمار، اگر ترشحات یا مایعات دفعی بدن بیمار با پانسمان پوشیده نمی شود،</li> </ul>

			<p>گان باید پوشیده شود.</p> <p>- روپوش سفید و پوشش های دیگر که نشان دهنده نوع مسئولیت کارکنان خدمات سلامت میباشد، گان محسوب نمی شوند.</p> <p>- نوع و جنس گان باید بر اساس نوع اقدام تهاجمی، حجم و مقدار مایعی که احتمال تماس با آن وجود دارد انتخاب شود. در مواردی، بدلیل نوع آلودگی بیمار یا میزان بالای آلودگی کارکنان خدمات سلامت با ترشحات، خون و ... بیمار، استفاده از گان ضد آب ضرورت دارد. چنانچه گان ضد آب در دسترس نباشد و احتمال آلودگی بدن کارکنان خدمات سلامت با خون، ترشحات و مایعات بدن بیمار زیاد است، یک پیش بند پلاستیکی باید روی گان انتخابی پوشیده شود.</p> <p>- گان باید، یکبار مصرف و یا از جنس قابل شستشو باشد. از یک گان یکبار مصرف، حتی برای تماس های مکرر با همان بیمار، استفاده مجدد نشود.</p> <p>- اندازه گان باید مناسب باشد طوری که دست و نواحی مورد مواجهه احتمالی بدن را بپوشاند. گان باید علاوه بر پوشش کامل دست ها، قسمت جلوی بدن از گردن تا ناحیه میانی یا زیر ران را بپوشاند.</p>
			<p>- گان باید در صورت آلودگی قابل مشاهده بلافاصله تعویض شود.</p> <p>- گان آلوده را باید بلافاصله پس از اتمام کار، خارج و در سطل پسماند عفونی قرار داد و پس از آن بهداشت و شستشوی دست را انجام داد تا انتقال میکروارگانیسم ها به بیماران دیگر و یا محیط رخ ندهد. اگر گان قابل شستشو است به طریق مناسبی بدون پراکنده شدن آلودگی، به رختشویخانه فرستاده شده و سپس دستها شسته شوند</p>
			<p>- پوشیدن گان به صورت روتین، قبل از ورود به بخشهای مراقبت ویژه یا سایر مناطق پرخطر مانند پیوند مغزاستخوان، از کلونیزاسیون میکروبی یا ابتلا به عفونت در بیماران بستری در این بخشها جلوگیری نمی کند و تأثیری ندارد.</p>
			<p>- برای رعایت احتیاط استاندارد، تنها در صورتی که تماس با خون و مایعات بدن قابل انتظار است، گان پوشیده شود.</p> <p>- چنانچه رعایت احتیاط تماسی ضرورت دارد (در مواردی که برای جلوگیری از انتقال عامل عفونی، رعایت احتیاط استاندارد به تنهایی نمی تواند مانع از انتقال عفونت شود و آلودگی محیط اتفاق می افتد)، در زمان ورود به اتاق، گان و دستکش هر دو پوشیده میشوند.</p>
			<p><b>محافظة صورت:</b></p> <p>- به منظور رعایت احتیاط استاندارد و قطرات، در صورت احتمال پاشیده شدن یا اسپری ترشحات تنفسی یا مایعات بدن بیمار، برای حفاظت از ملتحمه و غشاهای مخاطی بینی، چشم و دهان باید از محافظ صورت/ ماسک و عینک استفاده شود.</p> <p>* ماسک ها بسته به شکل، بند و نوع استفاده طبقه بندی می شوند. استفاده از ماسک در موارد زیر توصیه می شود:</p> <p>- توسط کارکنان خدمات سلامت به منظور رعایت احتیاط استاندارد یا قطرات، در تمام مواقعی که خطر تماس با مواد عفونی بیمار مانند ترشحات تنفسی و اسپری خون یا مایعات بدن وجود دارد.</p> <p>- توسط کارکنان خدمات سلامت در مواردی که اقدام تهاجمی استریل انجام میشود تا بیمار را از مواجهه با عوامل عفونی موجود در بینی یا دهان کارکنان خدمات سلامت محافظت کند.</p> <p>- توسط بیمار دارای علائم تنفسی (عطسه و سرفه) به منظور رعایت بهداشت تنفسی و آداب سرفه.</p>
			<p><b>ملاحظات مربوط به ماسک:</b></p> <p>- ماسک باید در صورت مرطوب یا آلوده شدن تعویض شود.</p> <p>- ماسک نباید بعد از درآوردن، مورد استفاده مجدد قرار گیرد.</p> <p>- ماسک هرگز از گردن آویزان نشود.</p> <p>- قسمت جلوی ماسک بعد از استفاده آلوده است و از دست زدن و لمس سطح بیرونی ماسک باید اجتناب گردد.</p>



			<p><b>*ملاحظات مربوط به عینک:</b></p> <p>-در صورت نیاز به استفاده از عینک، بالای سر قرار نگیرد.</p> <p>-در صورت چند بار مصرف بودن عینک و محافظ صورت، رعایت نکات لازم جهت جمع آوری و گندزدایی آن ضرورت دارد</p> <p>-قسمت خارجی عینک (یا محافظ صورت) آلوده است.</p> <p>-برای برداشتن عینک، دسته های آن گرفته شود (محافظ صورت از قسمت بند آن گرفته شود).</p> <p>-محافظ صورت، می تواند به عنوان جایگزین عینک محافظ استفاده شود و علاوه بر چشم، بقیه قسمت های صورت را نیز بپوشاند. اگر از ناحیه پیشانی تا چانه را پوشش دهد، اثر محافظتی بیشتری در مقابل پاشیده شدن ترشحات دارد. همچنین اگر از انواعی استفاده شود که کناره های صورت را بپوشاند، باعث کاهش آلودگی و پاشیده شدن ترشحات به کناره های محافظ می گردد.</p>
			<p>-در زمان انجام اقدامات تهاجمی (مانند انتوباسیون، ساکشن باز ترشحات داخل تراشه، برونکوسکوپی یا اقدامات تهاجمی عروقی) که باعث پاشیده شدن یا اسپری خون، ترشحات، مایعات یا مواد دفعی بیمار می شود (به جز برای میکروب های مشخص مانند سل، و بروس های تب خونریزی دهنده و SARS که احتیاط های مبتنی بر روش انتقال ضرورت دارد) علاوه بر دستکش و گان، استفاده از "محافظ صورت به تنهایی" یا "ماسک همراه با عینک" یا "ماسک متصل به محافظ صورت" توصیه می شود</p>
			<p><b>*ترتیب پوشیدن:</b></p> <p>- شستن یا الکل راب دست</p> <p>- گان</p> <p>- ماسک</p> <p>- محافظ صورت یا عینک</p> <p>- دستکش</p>
			<p><b>*ترتیب درآوردن:</b></p> <p>- دستکش</p> <p>- عینک یا محافظ صورت</p> <p>- گان</p> <p>- ماسک</p> <p>- شستن دست</p>
			<p><b>*روش دیگر به ویژه در صورت شک به عفونت تنفسی:</b></p> <p>- دستکش و گان باهم</p> <p>- عینک و یا محافظ صورت</p> <p>- ماسک</p> <p>- بهداشت دست</p>
			<p><b>* پیشگیری از صدمه با سوزن و وسایل نوک تیز needle stick</b></p> <p>-جراحات ناشی از وسایل نوک تیز اغلب در مواقع زیر رخ می دهد:</p> <p>- هنگام کارگذاری یک وسیله برنده (سرسوزن، اسکالپ وین و...) بر روی بدن بیمار</p> <p>- بعد از استفاده و قبل از معدوم کردن وسایل برنده</p>
			<p>-در صورت ضرورت کار با اجسام نوک تیز، قبل از شروع فعالیت، ظروف ایمن مخصوص اجسام نوک تیز (سفتی باکس) فراهم شود.</p> <p>- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده اجتناب شود.</p> <p>- هرگز در پوش سوزن های مصرف شده مجدداً بر روی سوزن قرار نگیرد یا دستکاری نشود</p>
			<p><b>*در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن، از روش یک دست Scoop استفاده گردد.</b></p> <p>- هرگز نوک سر سوزن مستقیماً به سمت خود و هیچ یک از اعضای بدن قرار نگیرد.</p> <p>- هرگز سرسوزن استفاده شده، قبل از دفع با دست از سرنگ جدا یا خم نشود، شکسته یا دستکاری نیز</p>

			<p>نشود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سرنگ، سرسوزن واسکالپ وین پس از استفاده در سفتی باکس قرار گیرد و تا حد امکان این ظروف باید در نزدیکترین محل استفاده از سرنگ، سرسوزن، اسکالپ وین و.. قرار داده شوند.</li> <li>- تمامی سفتی باکس باید بطور صحیح و بر اساس دستورالعمل های ابلاغی مهر و موم و معدوم شوند.</li> <li>- از استفاده مجدد سرنگ خودداری گردد.</li> <li>- در زمان تزریق، روش آسپتیک به کار رود تا از آلودگی تجهیزات استریل تزریق اجتناب گردد.</li> <li>- با یک سرنگ، دارو برای چند بیمار تزریق نشود، حتی اگر سوزن یا کانول آن تعویض گردد. سوزن، سرنگ و کانول، وسایل استریل و یکبار مصرف هستند.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ست های انفوزیون مایعات و ضمائم آنها(کیسه تزریق داخل وریدی، لوله ها و رابط ها) فقط باید برای یک بیمار به کار روند و بعد از استفاده معدوم شوند. بعد از ورود یا اتصال سرنگ یا سوزن و کانول به داخل کیسه تزریق داخل وریدی یا ست ضمائم، این وسایل آلوده در نظر گرفته می شوند.</li> <li>- برای تزریق داروها، در صورت امکان از ویال های تک دوز استفاده گردد.</li> <li>- از داروی داخل یک آمپول یا ویال تک دوز برای چند بیمار استفاده نشود، همچنین اضافه داروها روی هم ریخته نشود تا بعد مورد استفاده مجدد قرار گیرند.</li> <li>- اگر باید از ویالهای چند دوز استفاده گردد، برای کشیدن دارو از این ویالهای چند دوزی، سوزن یا سرنگ و کانول باید هر دو استریل باشند.</li> <li>- ویالهای چند دوزی نباید در مجاور بیمار و محل درمان وی نگهداری شوند، آنها باید بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده نگهداری شوند. اگر در مورد استریل بودن آنها شک وجود داشته باشد یا غیر استریل شوند، باید معدوم گردند.</li> <li>- از سرم ها و محلول های داخل وریدی نباید به صورت مشترک برای چند بیمار استفاده نمود.</li> <li>- جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ آره نداشته باشد و در صورت نیاز، از تیغ آره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند</li> <li>- هرگونه مواجهه و صدمه کارکنان با اجسام تیز و برنده پزشکی باید در اسرع وقت برای دریافت مراقبتهای مربوط به مواجهه شغلی به پرستار کنترل عفونت گزارش شود.</li> </ul>
			<p style="text-align: center;"><b>*بهداشت تنفسی و آداب سرفه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* آموزش کارکنان خدمات سلامت، بیماران، خانواده و ملاقات کنندگان در خصوص اهمیت محدود کردن آئروسل و ترشحات تنفسی در پیشگیری از انتقال پاتوژن های بیماری های حاد تنفسی</li> <li>* نصب علائم، پوستر و تهیه جزوات آموزشی برای بیماران، اعضای خانواده یا دوستان همراه بیمار در مکان هایی مانند آسانسور یا رستوران</li> <li>* کنترل منابع آلودگی</li> <li>- پوشاندن دهان و بینی با دستمال کاغذی در هنگام عطسه و سرفه</li> <li>- انداختن دستمال کاغذی استفاده شده در نزدیک ترین سطل زباله</li> <li>- در صورت تحمل، استفاده از ماسک استاندارد جراحی برای بیماری که سرفه می کند</li> <li>- رعایت بهداشت دست بعد از تماس با ترشحات تنفسی و مواد آلوده</li> <li>- رعایت حفظ فاصله یک متری (ایده آل) از افرادی که عفونت تنفسی دارند، در مناطق تجمع بیماران و ملاقات کنندگان مانند سالن های انتظار</li> <li>- تامین منابع برای بهداشت دست (مواد شوینده دست، مواد ضد عفونی کننده با پایه الکل) و بهداشت تنفسی بویژه در مناطق تجمع بیماران و ملاقات کنندگان مانند سالن های انتظار برای دسترسی به موارد فوق ضرورت دارد.</li> <li>- برای دفع دستمال کاغذی، از سطل زباله دارای پدال پایی که بدون تماس دست درب آن باز می شود یا سطل درباز دارای کیسه پلاستیکی استفاده شود.</li> </ul>
			<p>*برای استفاده از مواد گندزدا به توصیه های کارخانه سازنده توجه شود.</p>

			<p><b>* بهداشت محیط (پاک کردن و گندزدایی محیط)</b></p> <p><b>* تمیز کردن محل استقرار بیمار</b></p> <p>- سطوح افقی اتاق ها و سطوحی که در زمان بستری بیمار مکررا لمس شده اند و همچنین نواحی مجاور تخت بیمار، بطور روتین پس از ترخیص باید تمیز شوند.</p> <p>- نواحی در معرض آلودگی مانند وسایل مجاور بیمار (محافظ کنار تخت بیمار، میز روی تخت بیمار) و سطوح با تماس مکرر (دستگیره در، سطوح اطراف توالت داخل اتاق بیمار) باید بطور مکرر و بیش از سطوح دیگر (سطوح افقی اتاق های انتظار) تمیز و گندزدایی شوند.</p> <p>- برای پیشگیری از تولید ذرات آئروسول، از روش نظافت مرطوب (دستمال و تی مرطوب) به جای گردگیری استفاده شود.</p> <p>- با توجه به آلودگی سریع محلول و وسایل تمیز کننده در زمان نظافت معمول به صورت مکرر، محلول، دستمال و سر تی عوض شوند.</p> <p>- اطمینان حاصل گردد که تمام وسایل استفاده شده برای تمیز کردن و گندزدایی، بعد از استفاده، تمیز و خشک شده باشند.</p> <p>- سر تی های شستشو باید حداقل روزانه شسته و قبل از نگهداری در انبار و استفاده مجدد کاملا خشک شوند. تی های مجزا و با رنگ های متفاوت برای قسمت های مختلف بخش وجود دارد و به صورت خشک و آویزان نگهداری می شود.</p> <p>- برای تسهیل امر نظافت و گندزدایی، تا حد امکان وسایل اطراف بیمار به حداقل برسد.</p>
			<p><b>* در مراکزی که در اتاق های انتظار برای اطفال اسباب بازی گذاشته شده مثل کلینیک های زنان و مامایی، باید خط مشی مشخص برای تمیز کردن و گندزدایی اسباب بازی وجود داشته باشد:</b></p> <p>- حتی المقدور، اسباب بازی هایی بکار روند که تمیز و گندزدایی کردن آنها آسان است.</p> <p>- اگر استفاده مشترک می شوند، پرز و کرک نداشته باشند.</p> <p>- اگر بزرگ بوده و حالت ایستا دارند مانند وسایل بالا رفت، حداقل هفته ای یکبار و نیز در صورت آلوده شدن، تمیز و گندزدایی گردند</p> <p>- اگر احتمال دارد که داخل دهان گذاشته شوند بعد از گندزدایی آب کشی گردند یا با ماشین ظرف شویی شسته شوند.</p> <p>- اسباب بازی کثیف، فوراً تمیز و گندزدایی گردد یا داخل ظرف مشخص علامت دار قرار گیرد و اسباب بازی تمیز جدا شود.</p> <p>- خط مشی مشخص برای تمیز کردن و گندزدایی مرتب وسایل الکترونیکی با قابلیت استفاده مجدد آلوده باید وجود داشته باشد، به ویژه برای وسایل الکترونیکی قابل حمل به داخل و خارج از اتاق بیمار، وسایل مراقبت از بیمار و وسایل مورد استفاده توسط بیمار مثلاً روزانه</p> <p>- برای پاک کردن سطوحی که با بیمار مشکوک یا مبتلا به بیماری حاد تنفسی تماس داشته اند از مواد گندزدا استفاده شود.</p> <p>- مواد گندزدا در اتاق های بستری بیماران یا اتاق های خالی اسپری نشوند زیرا این روش اقدام خطرناکی است.</p>
			<p><b>* وسایل مراقبت از بیمار</b></p> <p>به طور کلی مراکز ارائه دهنده خدمات / مراقبت سلامت، حاوی انواع متعدد ارگانسیم ها می باشند. وسایل مراقبتی بیمار که شامل وسایل غیر تهاجمی و قابل استفاده مجدد از قبیل گوشی معاینه، پمپ انفوزیون، ترمومتر و.. می باشند می توانند با خون، مایعات و ترشحات بدن آلوده شوند، لذا این وسایل باید به شیوه ای مورد استفاده قرار گیرند که خطر آلودگی به عوامل عفونی و میکروارگانسیم ها در آنها به حداقل برسد.</p> <p>- تجهیزات و وسایل پزشکی و مراقبتی مورد استفاده باید طبق دستور کارخانه سازنده تمیز و نگه داری شوند.</p> <p>- تمام وسایل مراقبت بیمار باید پس از استفاده تمیز و خشک شوند.</p>

			<p>- وسایل مراقبت باید قبل از استفاده نیز مجدداً از نظر تمیزی بررسی شوند.</p> <p><b>* مدیریت (اقدامات مربوط به پاکسازی و گندزدایی) وسایل مراقبت بیمار باید در مواقع زیر انجام شود:</b></p> <p>- در فواصل منظم و طبق یک برنامه زمان بندی شده مشخص شده</p> <p>- در صورت وجود آلودگی قابل مشاهده</p> <p>- بلافاصله پس از آلودگی با خون، مایعات و ترشحات بدن</p> <p>- بلافاصله پس از ترخیص بیمار (تمامی وسایل استفاده شده و استفاده نشده اطراف بیمار)</p> <p><b>* در صورت چند بار مصرف بودن وسایل مراقبتی برای گندزدایی و سترون سازی وسایل از دستورالعمل های ابلاغی پیروی شود.</b></p> <p><b>* در صورت نبود آلودگی مشهود بر روی سطوح خارجی تجهیزات بزرگ پرتابل که در اتاق های ایزوله یا سایر نواحی مراقبت استفاده شده اند، آن سطوح بلافاصله بعد از خروج از اتاق مراقبت بیمار با مواد گندزدای مناسب، گندزدایی شوند.</b></p> <p><b>* وسایل چند بار مصرف تنفسی که برای مراقبت از بیماران حاد تنفسی ضروری هستند باید بر اساس دستورالعمل های مربوطه تمیز و گندزدایی شوند.</b></p> <p><b>* در محلهایی که نیاز به عمل احیای بیمار قابل پیش بینی است به جای تنفس دهان به دهان از وسایل احیاء و ونتیلاسیون استفاده شود.</b></p> <p><b>* وسایل یکبارمصرف باید به صورت مناسب و بر اساس دستورالعمل های ابلاغی معدوم شوند.</b></p>
			<p><b>* ظروف و وسایل غذا خوری</b></p> <p>- ظروف و وسایل غذاخوری بیمار باید بعد از هر وعده غذا شسته شوند.</p> <p>- حتی الامکان ظروف غذا در ماشین ظرفشویی شسته شوند. در صورت عدم وجود ماشین ظرفشویی، ظروف با دست و با استفاده از مواد شوینده شسته شده و حتماً از دستکش کلفت مخصوص کار برای شستن آنها استفاده گردد.</p> <p>- برای رفع آلودگی ظروف و وسایل غذاخوری بیمار، استفاده از آب داغ و مواد شوینده کافی است. بنابراین برای ظروف مثل بشقاب، لیوان و فنجان یا لوازم آشپزخانه، رعایت احتیاط خاصی ضرورت ندارد.</p>
			<p><b>* ملحفه و لباس بیمار</b></p> <p>- فرایند جمع آوری، انتقال، تمیز کردن و شستشوی ملحفه و البسه مورد استفاده بیمار باید به گونه ای باشد که از مواجهه با پوست و البسه تمام کارکنان دخیل جلوگیری شود.</p> <p>- مواد آلوده حجیم و پسماند ها از روی ملحفه و لباس بیمار برداشته شوند در حالی که فرد وسیله حفاظت فردی مناسب پوشیده است، سپس ملحفه یا لباس بیمار در بین یا سطل مخصوص آن قرار گیرد.</p> <p>- از نگهداری لباس و ملحفه آلوده در محل استقرار یا اتاق بیمار خودداری گردد.</p> <p>- برای پیشگیری از آلودگی محیط و سطوح، ملحفه کثیف و آلوده مستقیماً و با حداقل دستکاری و بدون تکان دادن (برای پیشگیری از تولید آئروسول) داخل ظرف مخصوص البسه و ملحفه قرار گیرد.</p> <p>- در صورت وجود آلودگی قابل مشاهده در ملحفه که ممکن است موجب آلوده شدن لباس گردد، از یک پیش بند پلاستیکی در زمان تعویض ملحفه استفاده شود.</p> <p>- پس از تعویض ملحفه و البسه و درآوردن پیش بند پلاستیکی، بهداشت دست رعایت گردد.</p> <p>- برای پیشگیری از آلودگی لباس ها، همیشه ملحفه و لباس های استفاده شده، از بدن دور نگه داشته شود.</p> <p>- ملحفه و لباسها بر اساس دستورالعمل های ابلاغی شسته و خشک شوند.</p> <p>- در صورت شستشوی البسه و ملحفه در خارج از مرکز درمانی، بعد از شستشو و خشک شدن، باید آنها را به طور صحیح بسته بندی نموده تا در حین انتقال به مرکز درمانی آلوده نشوند.</p> <p><b>* توجه:</b> لباس کارکنان خدمات سلامت و وسایل حفاظت فردی آلوده به خون و مواد عفونی، در بیمارستان شسته شوند، گرچه شستن آنها در منزل با افزایش میزان عفونت همراه نبوده است.</p>

			<p><b>*بسته بندی و انتقال وسایل مراقبت بیمار، ملحفه، لباس:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- لوازمی که برای مراقبت از بیمار استفاده شده و با خون، مایعات بدن و ترشحات یا مواد دفعی آلوده شده اند، باید به نحوی جمع آوری گردند که از مواجهه پوست و مخاط با آنها، آلوده شدن لباس و انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید.</li> <li>- وسایل، لباس، ملحفه استفاده شده و پسماند مستقیماً در کیسه یا سطل اتاق بیمار قرار گیرند.</li> <li>- وسایل، لباس، ملحفه استفاده شده و پسماند به گونه ای حمل و جابجا شوند که در طول انتقال، کیسه حاوی آنها باز یا پاره نشود.</li> <li>- یک کیسه برای بسته بندی کافی است مشروط بر اینکه وسایل، لباس، ملحفه استفاده شده و پسماند طوری در کیسه قرار داده شوند که سطح بیرونی کیسه آلوده نگردد.</li> <li>- از این که کلیه کادر دخیل در امر مدیریت پسماند، احتیاطهای استاندارد را رعایت نموده و بهداشت دست را بعد از در آوردن وسایل حفاظت فردی به کار میگیرند باید اطمینان حاصل نمود.</li> </ul>
			<p><b>*محل استقرار بیمار</b></p> <p>در زمان بستری بیمار، به احتمال انتقال عوامل عفونی توجه شود. چنانچه بیماری خطر انتقال عفونت به سایرین را دارد، در صورت امکان در موارد زیر در اتاق تک تختی بستری گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ترشحات غیر قابل کنترل با پانسمان</li> <li>- مواد دفعی بدن غیر قابل کنترل با پانسمان</li> <li>- ترشح زخم غیر قابل کنترل با پانسمان</li> <li>- شک به عفونت تنفسی و بروسی در شیرخواران</li> <li>- شک به عفونت گوارشی و بروسی در شیرخواران</li> </ul> <p>انتخاب محل بستری بر اساس راه انتقال عامل عفونی، عوامل خطر انتقال بیمار دچار عفونت، عوامل خطر منجر به پیامدهای ناخواسته ناشی از انتقال عفونت مرتبط با خدمات/مراقبت سلامت به سایر بیماران، در دسترس بودن اتاق های تک تختی و امکان بستری چند بیمار مبتلا به یک نوع عفونت در یک اتاق cohorting می باشد.</p>
توضیحات	نتیجه پایش		<p><b>موارد قابل ارزیابی / ایزولاسیون یا جداسازی</b></p>
	<p>نتیجه پایش</p> <p>ملاحظات</p> <p>توضیحات</p>		<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 ماکد می شود .</p>
			<p>* دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت وجود دارد.</p>
			<p>*دستورالعملی در خصوص بیماران مبتلا به عفونتهای مسری نیازمند اعمال جراحی با کمک متخصص بیماریهای عفونی مرکز تنظیم و اجرایی گردد. در این دستورالعمل ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی (به تفکیک روز، تخت عمل جراحی و ساعت انجام عمل جراحی) و لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی و قطره ای و نیز مراعات ملاحظات پیشگیری و کنترل عفونتها در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان در زمان قبل، حین و ریکاوری لحاظ می گردد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- جداسازی بیماران عفونی و غیر عفونی انجام می شود</li> <li>- پرسنل از دستورالعمل های رعایت احتیاطات ایزولاسیون آگاهی دارند</li> <li>- اتاق ایزولاسیون ، برای جداسازی بیماران عفونی وجود دارد.</li> </ul>
			<p>*طراحی و تامین تهویه استاندارد با کمترین میزان اتلاف انرژی و در نظر گرفتن فشارهای مثبت و منفی و میزان Air Change مورد نیاز انجام شده است</p>

			*در قسمت ورودی اتاق بیماران عفونی وسایل حفاظتی (گان و ماسک و دستکش، شیلد) وجود دارد.
			*در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی، فشار منفی برقرار بوده. گردش / تغییر هوای اتاق ایزوله تنفسی بیش و یا مساوی 12 بار در ساعت بوده. بالای درب ورودی، دستگاه فشارسنج نصب میباشد. تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلارم و اطلاع مسئول بخش می شود.
			*گردش/تغییر هوای اتاق/ اتاقهای عمل بیش /مساوی 20 بار در ساعت صورت می پذیرد. دهانه خروجی مکش اتاق/ اتاق های عمل مستقیم به خارج باز نمی شود.
			*رعایت احتیاط نوع هوایی (Airborne p): علاوه بر رعایت احتیاط های استاندارد، برای بیماران دچار عفونت های مشکوک به عفونت با میکروارگانیسم های منتقله از راه قطرات هوایی با اندازه 5 میکرون یا کمتر، رعایت این نوع احتیاط توصیه می شود. * محل استقرار بیمار قرار دادن در اتاق تک تختی دارای شرایط ذیل: - وجود فشار هوای منفی در داخل اتاق در مقایسه با محیط اطراف - حداقل 12 بار تعویض هوا در ساعت (برای اتاق هایی که قبلا ساخته شده اند حداقل 6 بار) - خروج مناسب هوا به سمت هوای آزاد بیرون یا اگر مقدور نباشد، تمام هوای اتاق قبل از راه یابی به سایر قسمت های بیمارستان، تهویه و در حد بالا فیلتر شود. - پایش روزانه فشار هوا با شاخص های بینایی (تست دود، نوار لرزان) بدون در نظر گرفتن وجود مانومتر - بستن درب اتاق و استقرار بیمار در داخل اتاق - در صورت عدم دسترسی به اتاق تک تختی، قرار دادن چند بیمار دارای عفونت مشترک و فاقد آلودگی یا عفونت با سایر میکروارگانیسم ها در یک اتاق
			*در موارد همه گیری که اتاق تک تختی به تعداد کافی وجود ندارد: - بستری بیماران در اتاق دور از سایر قسمتها به ویژه دور از بیماران دچار نقص ایمنی - راه حل موقت: استفاده از فن قابل حمل برای ایجاد فشار هوای منفی در محیط، خروج هوا به طور مستقیم به بیرون و دور از هوای ورودی و افراد، یا انتقال تمام هوا به داخل فیلتر هپا قبل از ورود به فضای سایر قسمت ها
			*در مراکز سرپایی: -استقرار بیمار در اتاق تک تختی - اگر اتاق تک تختی در دسترس نیست، پوشیدن ماسک استاندارد جراحی توسط بیمار - هدایت سریع بیمار به اتاق معاینه، ادامه استفاده از ماسک و رعایت بهداشت تنفسی و آداب سرفه توسط بیمار تا زمان انتقال به تک تختی -چنانچه بیمار به اتاق تک تختی منتقل شود، میتواند ماسک خود را در آورد، در غیراین صورت همچنان از ماسک استفاده نماید. - بعد از ترک اتاق توسط بیمار، خالی نگهداشتن اتاق به مدت یک ساعت برای تعویض هوا - پوشیدن محافظ تنفسی هنگام ورود به اتاق بیمار دچار عفونت شناخته شده سلی یا مظنون به آن - عدم ورود کارکنان حساس و غیرایمن به اتاق بیماران دچار سرخک یا آبله مرغان یا مظنون به آنها (به شرط وجود کارکنان ایمن به این ویروسها در آن بخش). در صورتی که ورود کارکنان غیرایمن به داخل اتاق بیمار اجتناب ناپذیراست، استفاده از ماسک الزامی است. * انتقال و جابجایی بیمار - محدود کردن حرکت و جابجایی بیمار به موارد ضروری - در صورت نیاز به حرکت یا جابجایی بیمار، به حداقل رسانیدن پخش کردن قطرات هوایی از طریق پوشیدن ماسک جراحی توسط بیمار و رعایت بهداشت تنفسی و آداب سرفه - استفاده از پوشش یا پانسمان غیر قابل نفوذ برای ضایعات پوستی یا ترشحات ناشی از آبله مرغان، آبله یا سل پوستی دارای ترشح - استفاده از ماسک یا رسپیراتور برای کارکنان خدمات سلامتی که بیمار نیازمند احتیاط هوایی را جابجا و

			منتقل می کند، ضرورت ندارد مشروط بر این که بیمار از ماسک استاندارد استفاده کند و ضایعه جلدی پوشیده شده باشد.
			<p>*محافظة تنفسی:</p> <p>- به منظور رعایت احتیاط هوایی، استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95 توصیه می شود. ماسک N95 ماسکی است که در مقابل چربی مقاوم نبوده می تواند ذرات آلوده به اندازه کوچک تر از 5 میکرومتر (بزرگ تر از 0/3 میکرون) را با کارایی 95 درصد فیلتر کند و از آلوده شدن کارکنان با میکروب هایی مانند باسیل سل جلوگیری نماید. کارکنان خدمات سلامت باید جهت استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95 آموزش داده شوند.</p> <p>*استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95 در موارد مراقبت از بیماران زیر توصیه می شود:</p> <p>- سل ریوی اسمیر مثبت یا سل حنجره</p> <p>- وجود سل پوستی فعال و انجام اقداماتی مانند شستشو، ایجاد برش و تخلیه ترشحات یا روش های درمانی که باعث ایجاد آئروسول های حاوی باسیل سل زنده می گردند.</p> <p>- در زمان انجام اقدامات مراقبتی که آئروسول تولید میکنند مانند برونکوسکوپی، انتوباسیون و ساکشن باز ترشحات تنفسی، برای بیماران مبتلا به سل، انفلوآنزای پرندگان، انفلوآنزای پاندمیک یا سندرم تنفسی شدید حاد با کوروناویروس</p>
			- جهت استفاده از رسپیراتور یا ماسک N95، باید نحوه قرارگیری صحیح ماسک روی صورت، بعد از پوشیدن این نوع محافظ کنترل شود، به این صورت که ابتدا با فشار انگشتان روی پل بینی و انجام یک دم عمیق، ماسک باید به صورت بچسبد و پس از یک بازدم عمیق، ماسک باید از نظر نشست هوا به اطراف صورت بررسی شود
			<p>*ملاحظات مربوط به رسپیراتور یا ماسک N95:</p> <p>- باید در صورت مرطوب یا آلوده شدن تعویض شود.</p> <p>- در صورت دشواری تنفس، تعویض شود.</p> <p>- هرگز از گردن آویزان نشود.</p> <p>- قسمت جلوی ماسک بعد از استفاده آلوده است و از دست زدن و لمس سطح بیرونی ماسک باید اجتناب گردد.</p>
			<p>*رسپیراتور یا ماسک N95 بعد از درآوردن، می تواند مورد استفاده مجدد همان کارکنان قرار گیرد، به شرطی که:</p> <p>- فیلتر آن پر نشده باشد و تنفس فرد استفاده کننده با اشکال مواجه نشده باشد.</p> <p>- شکل آن تغییر نکرده باشد و همچنان بتواند روی صورت، درست قرار گیرد.</p> <p>- آلوده به ترشحات یا مایعات نشده باشد.</p> <p>- پاره یا خراب نشده باشد.</p> <p>- در شرایط معمول، فیلتر ماسک N95 تا 8 ساعت می تواند کارایی داشته باشد. لذا پس از هر بار استفاده از ماسک برای مراقبت از بیمار مسلول ریوی، آن را در داخل کیسه پلاستیکی که درب آن بسته می شود قرار داده و مدت زمان استفاده از ماسک ثبت گردد</p>
			<p>با توجه به آلودگی قسمت خارجی ماسک N95، برای درآوردن آن ترتیب زیر رعایت گردد:</p> <p>- ابتدا بند تحتانی را گرفته و از پشت سر خارج شود.</p> <p>- سپس بند فوقانی را گرفته از پشت سر خارج گردد.</p> <p>- بهداشت دست رعایت گردد.</p>
			<p>* لزوم رعایت احتیاط قطرات Droplet p.</p> <p>علاوه بر رعایت احتیاط های استاندارد، برای بیمار دچار عفونت یا مظنون به عفونت با میکروارگانیسم های منتقله از طریق قطرات با اندازه بزرگتر از 5 میکرون که از طریق سرفه، عطسه، صحبت، یا انجام اعمالی مانند ساکشن کردن منتقل می گردند رعایت احتیاط قطرات ضروری است.</p>

			<p><b>*استقرار بیمار:</b></p> <p>- بیمار در اتاق تک تختی استقرار یابد.</p> <p>- در صورتی که تعداد اتاق های تک تختی کم باشد اولویت با بیمارانی است که سرفه و تولید خلط بیش از حد دارند.</p> <p>- اگر اتاق تک تختی در دسترس نباشد، بیماران همگن در اتاق مشترک بستری شوند (افراد دارای بیماری مشترک و فاقد عفونت با میکروارگانیسم دیگر)</p> <p>* اگر قرار است در اتاق بیماری بستری شود که آن بیمار عفونت مشابه ندارد نکات ذیل رعایت شود:</p> <p>- پرهیز از بستری بیمار نیازمند احتیاط قطرات در اتاق مشترک با بیمارانی که با خطر بروز عوارض همراه بوده یا احتمال انتقال بیماری در ایشان آسان است (مانند بیمار دچار نقص ایمنی، احتمال اقامت طولانی مدت)</p> <p>- جداسازی فیزیکی فضا بین تختها با رعایت فاصله حداقل یک متر از طریق کشیدن پرده بین آنها</p> <p>- تعویض وسایل محافظت فردی در فاصله تماس بین بیماران و رعایت بهداشت دست توسط کارکنان خدمات سلامت، بدون در نظر گرفتن این که برای یک بیمار یا هر دو بیمار احتیاط قطرات باید رعایت گردد یا خیر.</p>
			<p>*در مواقعی که امکان بستری بیمار دچار عفونت در اتاق تک تختی یا اتاق مشترک با سایر بیماران همگن وجود ندارد و بیمار در یک اتاق چند تختی بستری می شود، باید فاصله حداقل یک متر بین تخت بیمار دچار عفونت و تخت های سایر بیماران و همچنین ملاقات کنندگان رعایت شود</p> <p>* پوشیدن ماسک در زمان ورود به اتاق بیمار در صورت تماس نزدیک با بیمار دچار عفونت</p>
			<p><b>* جابجایی و انتقال بیمار</b></p> <p>- حرکت و انتقال بیمار باید به موارد کاملاً ضروری محدود گردد.</p> <p>- در صورت نیاز به حرکت و انتقال بیمار، باید به جهت به حداقل رساندن احتمال ایجاد قطرات توسط بیمار و رعایت بهداشت تنفسی و آداب سرفه، برای بیمار از ماسک جراحی (در صورت تحمل) استفاده شود</p> <p>- فردی که بیمار مبتلا یا کلونیزه را جابجا می کند، نیاز به پوشیدن ماسک ندارد</p>
			<p><b>* رعایت احتیاط های تماسی Contact P</b></p> <p>برای بیمار دچار عفونت یا مشکوک به عفونت یا کلونیزاسیون با میکروارگانیسم های با اهمیت همه گیرشناسی که می توانند از طریق دست یا تماس پوست با پوست یا تماس غیرمستقیم با سطوح محیطی یا وسایل مراقبت از بیمار در اتاق بیمار منتقل شوند علاوه بر رعایت احتیاط های استاندارد، رعایت احتیاط های تماسی ضروری است. علاوه بر موارد عفونت یا کلونیزه شدن بیمار با میکروارگانیسم های مقاوم به چند آنتی بیوتیک، رعایت احتیاط تماسی در موارد وجود ترشح بیش از حد زخم که با پانسمان کنترل نشود، بی اختیاری مدفوع و مواجهه با سایر مایعات بدن بیمار توصیه می شود.</p>
			<p><b>* محل استقرار بیمار</b></p> <p>- بیمار در اتاق تک تختی استقرار یابد.</p> <p>- در صورت کمبود اتاق تک تختی، اولویت بستری در اتاق تک تختی برای بیمارانی است که انتقال عفونت، راحت تر است (عدم کنترل ترشح با پانسمان، بیمار با بی اختیاری مدفوع)</p> <p>- اگر بستری بیمار در اتاق تک تختی مقدور نیست، در اتاق مشترک با بیماران دچار عفونت همگن و مشابه و فاقد عفونت دیگر قرار گیرند. در صورت ناگزیر بودن از بستری بیمار در اتاق چند تختی، رعایت فاصله بیش از یک متر بین تخت های بیماران توصیه می شود.</p> <p>* اگر بیمار عفونتی دارد که احتیاط تماسی لازم است و قرار است در داخل اتاقی بستری شود که بیمار دیگر، کلونیزاسیون یا عفونت با همان میکروب را ندارد موارد ذیل رعایت شود:</p> <p>- پرهیز از بستری بیمار نیازمند احتیاط تماسی در یک اتاق مشترک با بیمارانی که با خطر بروز عوارض همراه بوده یا احتمال انتقال بیماری در ایشان آسان است (مانند نقص ایمنی، دارای زخم باز، مدت اقامت</p>



			<p>طولانی)</p> <p>– جداسازی فیزیکی فضای بین تختها با رعایت فاصله حداقل یک متر از طریق کشیدن پرده بین آنها</p> <p>– تعویض وسایل محافظت فردی در فاصله تماس بین بیماران و رعایت بهداشت دست توسط کارکنان، بدون در نظر گرفتن این که برای یک بیمار یا هر دو بیمار احتیاط تماسی باید رعایت گردد یا خیر.</p> <p>– تماس و مشورت با تیم کنترل عفونت در مواقعی که هیچ یک از موارد فوق در دسترس نباشد.</p>
			<p><b>* دستکش و شستن دست</b></p> <p>– هرگاه احتمال تماس با پوست سالم بیمار، سطوح و وسایل نزدیک بیمار مانند محافظ تخت و پرونده بیمار وجود دارد، پوشیدن دستکش توصیه می شود. لذا دستکش هنگام ورود به اتاق بیمار پوشیده شود.</p> <p>– خروج دستکشها از دست قبل از ترک اتاق بیمار و رعایت بهداشت دست ها</p> <p>– اطمینان یافتن از عدم تماس دستها با سطوح بالقوه آلوده محیطی، بعد از درآوردن دستکشها از دست و شستن دستها</p>
			<p><b>* گان</b></p> <p>– پوشیدن گان حین ورود به اتاق بیمار در مواقعی که احتمال تماس قابل ملاحظه لباس با بیمار، سطوح محیطی یا وسایل اتاق بیمار وجود دارد یا در مواقع وجود بی اختیاری مدفوع یا اسهال در بیمار ایلتوستومی یا زخم دارای ترشحاتی که با پانسمان کنترل نشود.</p> <p>– اطمینان یافتن از عدم تماس لباس با سطوح بالقوه آلوده محیطی بعد از خروج دستکشها از دست</p>
			<p><b>* انتقال و جابجایی بیمار</b></p> <p>– محدود نمودن حرکت و جابجایی بیمار به موارد کاملاً ضروری</p> <p>– رعایت احتیاط های لازم در صورت انتقال بیمار به خارج از اتاق شامل پوشانیدن قسمت های آلوده بدن بیمار، درآوردن وسایل محافظت فردی آلوده، معدوم کردن آنها و رعایت بهداشت دست قبل از انتقال بیمار، پوشیدن وسایل محافظت فردی تمیز برای تماس با بیمار در مقصد</p>
			<p><b>* کنترل محیط</b></p> <p>– وسایل مراقبت از بیمار، وسایل کنار تخت بیمار و سطوح در تماس مکرر (محافظ کنار تخت، دستگیره در، میز روی تخت، کمد و دستشویی قابل حمل کنار تخت بیمار، سطوح دستشویی داخل سرویس بهداشتی حداقل روزی یک بار نظافت و گندزدایی گردند</p>
			<p><b>* تجهیزات مراقبت از بیمار</b></p> <p>– اختصاص دادن وسایل غیربحرانی یک بار مصرف مراقبت از بیمار (یا وسایلی که با پوست سالم و محیط تماس دارند) مانند گوشی، دستگاه اندازه گیری فشار خون یا اختصاص این وسایل به هر یک از بیماران به صورت مجزا (یا برای بیماران دچار عفونت یکسان) و عدم استفاده مشترک از آنان توسط سایر بیماران.</p> <p>– در مواردی که استفاده از وسایل مشترک اجتناب ناپذیراست، نظافت و گندزدایی مناسب وسایل قبل از استفاده جهت بیمار دیگر باید انجام شود.</p>
			<p><b>* دستورالعمل خاص برای استافیلوکوک طلایی با مقاومت نسبی و کامل به وانکومايسين :</b></p> <p>– برای بیمارانی که کلونیزاسیون یا عفونت با اینگونه استافیلوکوکها <b>VRSA, VISA</b> دارند باید احتیاط تماسی رعایت گردد.</p> <p>– توصیه می شود تعداد کارکنان پزشکی که از این بیماران مراقبت میکنند محدود گردد و نام آنها ثبت گردد تا در زمان پیگیری و مراقبت <b>surveillance</b>، امکان تهیه کشت بینی فراهم گردد.</p> <p>– کارکنانی که مستعد کلونیزاسیون یا عفونت با استافیلوکوک طلایی هستند (مانند کسانی که به درماتیت وسیع مبتلا هستند، مبتلایان به دیابت وابسته به انسولین) از مراقبت این گونه بیماران اجتناب نمایند.</p> <p>– حداکثر تلاش باید صورت گیرد که اقدامات تشخیصی و درمانی این بیماران در اتاق آن ها صورت گیرد تا جابجایی و ترک اتاق ایزوله به حداقل ممکن برسد.</p> <p>– توصیه می شود یک پوستر بر روی درب ورودی اتاق این بیماران نصب گردد تا جنبه های کنترل عفونت</p>

			<p>را به کارکنان گوشزد نماید.</p> <p>- رعایت احتیاط های ایزولاسیون (تماسی) در طول مدت بستری بیمار باید ادامه یابد.</p> <p>- پس از ترخیص بیمار، اتاق باید گندزدایی نهایی گردد و کشت از محیط تهیه شود. تنها در صورت منفی شدن نمونه های کشت محیطی، پذیرش جدید بیماران مقدور میگردد و تا زمان منفی شدن کشتها، باید از پذیرش جدید خودداری نمود.</p> <p>- در صورت اثبات انتقال عفونت بیمارستانی با اینگونه میکروارگانیسمها، آن بخش باید از پذیرش بیماران جدید خودداری نماید</p>
			<p><b>*دستورالعملهای خاص برای بیماران دچار سندرم تنفسی حاد شدید SARS:</b></p> <p>- جهت بیماران با SARS اثبات شده یا مشکوک به آن باید احتیاط هوایی Airborne P و تماسی . Contact P صورت گیرد.</p> <p>- احتیاط های استاندارد و به ویژه استفاده از محافظ چشم باید حتماً مراعات گردند.</p> <p>- در صورت بستری چندین بیمار مشکوک به SARS در بیمارستان، ترجیحاً در یک قسمت محدود بیمارستان بستری گردند تا مواجهه کارکنان و احتمال انتقال عفونت به حداقل ممکن برسد.</p> <p>- ملاقات بیماران محدود گردد.</p> <p>- به گندزدایی اتاق بیمار توجه خاص شود.</p> <p>- کارکنانی که بدون استفاده از وسایل محافظتی با بیماران دچار SARS مواجهه داشته اند باید از روز دوم تا دهم بعد از مواجهه در خانه قرنطینه شوند. در طول مدت قرنطینه مورد مواجهه دیده در منزل، قویاً ترغیب می نمایند که تمام اعضای خانواده و هم خانه ای ها، خانه را ترک نمایند و به جای دیگری منتقل شوند تا خطر انتقال به حداقل برسد.</p> <p>توجه: این دستورالعمل ها براساس اطلاعات موجود در مورد بیماری SARS بوده و ممکن است در آینده براساس شواهد همه گیرشناسی مورد تجدید نظر قرار گیرد.</p>
			<p><b>*ویژگی های پیش اتاق در اتاق های ایزوله و نوع کاربری آنها:</b></p> <p>- اتاق کنترل شده ای که انتقال وسایل و تجهیزات پزشکی، افراد و کارکنان خدمات سلامت به داخل اتاق ایزوله، بدون آلودگی اطراف ممکن میگردد.</p> <p>- به عنوان سد محافظ در قبال افت/ افزایش فشار فضای ایزوله بستری (مثبت و یا منفی) عمل می نماید.</p> <p>- ورود / خروج هوای آلوده را در هنگامی که در پیش اتاق باز است، کنترل می نماید.</p> <p>- در هنگامی که کارکنان خدمات سلامت ملزم به پوشیدن و / یا خارج نمودن وسایل حفاظت فردی می باشند، به عنوان اتاق کنترل شده عمل می نماید.</p>
			<p><b>*لازم به ذکر است که پیش اتاق بایستی:</b></p> <p>- دارای فضای کافی جهت ذخیره و انبارش وسایل مصرفی و تجهیزات پزشکی و وسایل حفاظت فردی، نصب محفظه صابون/ محلول مورد نیاز جهت بهداشت دست ، دیسپنسر، سینک دستشویی، ظرف ایمن، سطل پسماندهای عفونی و امکان تردد کارکنان خدمات سلامت و پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی توسط آنان باشد.</p> <p>- برای هر اتاق ایزوله چه مثبت و چه منفی، پیش اتاق اختصاصی تعبیه گردد و بین دواتاق بستری ایزوله (ایزوله فشار مثبت و یا منفی) نبایستی پیش اتاق مشترک باشد.</p> <p>- در صورت جانمایی حمام و توالی در اتاق ایزوله بستری، درب توالی و دستشویی نباید به پیش اتاق باز شود</p>
			<p><b>* اتاقهای ایزوله با فشار استاندارد</b></p> <p>اتاق ایزوله با فشار استاندارد برای بیماران نیازمند ایزولاسیون تماسی و یا قطره ای می تواند مورد استفاده قرار گیرد.</p> <p>الف - استانداردهای الزامی اتاق های ایزوله با فشار استاندارد/ قطره ای / تماسی:</p>

		<p>روشویی واجد شیر (الکترونیک/بازویی و یا پدالی) در اتاق ایزوله فشار استاندارد تماسی / قطره ای و ترجیحا پیش اتاق برای استفاده ارائه کنندگان خدمات سلامت تعبیه شده باشد. پیش اتاق از الزامات ساختاری اتاق های ایزوله با فشار استاندارد/ قطره ای / تماسی نمی باشد، لیکن با توجه به لزوم رعایت حریم خصوصی کادر ارائه دهنده خدمت در زمان خارج نمودن وسایل حفاظت فردی واجتناب از آلودگی اتاق با گان و سایر اجزای PPE ، تعبیه پیش اتاق در فضاهای ایزوله تماسی و قطره ای ترجیحا پیشنهاد می شود</p> <p>- درب اتاق ایزوله فشار استاندارد تماسی / قطره ای به صورت اتومات بسته شود.</p> <p>- اتاق ایزوله فشار استاندارد تماسی / قطره ای دارای توالیت، روشویی و حمام اختصاصی برای استفاده بیمار بستری باشد.</p> <p>- برچسب تعیین کننده نوع ایزولاسیون بر روی درب ورودی اتاق ایزوله با فشار استاندارد/ قطره ای / تماسی نصب گردد</p> <p>*استانداردهای اختیاری اتاق های ایزوله با فشار استاندارد/ قطره ای / تماسی:</p> <p>- وجود لگن شوی اتومات در نزدیکی اتاق ایزوله</p>
		<p>*استانداردهای اتاق ایزوله فشار منفی / هوابرد / تنفسی:</p> <p>اتاق ایزوله فشار منفی برای بیماران نیازمند ایزولاسیون هوایی قابلیت استفاده دارد. ایزولاسیون بیماران در اتاق ایزوله فشار منفی منجر به کاهش احتمال انتقال بیماری از طریق راه هوایی میگردد.</p> <p>توصیه می شود اتاق ایزوله فشار منفی در بخش ها و واحد های ذیل در بیمارستان موجود باشد:</p> <p>- بخش اورژانس</p> <p>-بخش بیماری های عفونی</p> <p>- بخش های مراقبت ویژه بالغین، اطفال و نوزادان</p> <p>- واحدهای ارائه دهنده خدمات برونکوسکوپی و فضاهای نمونه گیری خلط القایی</p>
		<p>*استانداردهای الزامی اتاق های ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی:</p> <p>- فشار هوای توالیت، حمام و دستشویی، اتاق بستری و پیش اتاق ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی به نحوی تنظیم شود که جریان هوا از فضای مجاور به سمت پیش اتاق و سپس اتاق بستری بیمار برقرار گردد.</p> <p>- حداقل تفاوت فشار هوای بین اتاق ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی با راهروها (فضای مجاور) در صورتی که اتاق بستری دارای پیش اتاق است منفی 30 پاسکال می باشد. در صورت فقدان پیش اتاق، حداقل تفاوت فشار، منفی 15 پاسکال می باشد. بدین معنا که فشار هوای اتاق بستری بیمار به نحوی تنظیم شده است که از فشار نسبی پیش اتاق 15 پاسکال کمتر باشد و فشار هوای پیش اتاق نسبت به فضای مجاور (راهروها) حداقل 15 پاسکال کمتر است. به منظور اجتناب از برگشت هوای آلوده در سیستم تهویه عمومی بیمارستان، کانالهای مکش هر یک از اتاقهای ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی به صورت جداگانه از یکدیگر و منفک از سیستم عمومی تهویه بیمارستان تعبیه شده است.</p> <p>- حجم مکش هوای اتاق های ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی بیش از حجم دمش هوا می باشد.</p> <p>- گردش / جریان هوای اتاق ایزوله فشار منفی در حد 12 بار در ساعت تنظیم می شود.</p> <p>- در صورت تعبیه پیش اتاق، هر یک از اتاقهای ایزوله فشار منفی / هوایی / تنفسی بایستی دارای پیش اتاق اختصاصی باشد. فشار پیش اتاق از فشار فضای مجاور کمتر باشد. این تفاوت فشار بایستی از 15 پاسکال کمتر نباشد.</p> <p>-اتاق ایزوله فشار منفی دارای توالیت، روشویی و حمام اختصاصی است (در صورت وجود اتاق ایزوله فشار منفی در بخش اورژانس، وجود توالیت، روشویی و حمام اختصاصی جزء الزامات نیست). درب سرویس بهداشتی به نحوی طراحی گردد که به فضای پیش اتاق باز نشود.</p> <p>-مدخل / دریچه کانال مکش توالیت، روشویی و حمام اختصاصی نبایستی با سیستم تهویه عمومی بیمارستان مرتبط باشد.</p> <p>-صد درصد هوای اتاق ایزوله فشار منفی از هوای تازه تامین شود.</p> <p>-در صورت عدم وجود فیلتر HEPA در مدخل دریچه هوای خروجی اتاق ایزوله فشار منفی، دریچه هوای</p>

		<p>خروجی اتاق ایزوله فشار منفی در ارتفاع 10 متری نسبت به بالاترین بام مجاور قرار دارد.</p> <p>- مخرج کانال های مکش مجهز به فیلتر هپا می باشد از فیلترهای HEPA مرکزی یا در محل استقرار بیمار که 99.97 درصد کارآیی دارد و توانایی برداشتن اجزای با قطر 0/3 میکرومتر و یا بیشتر هوای ورودی اتاق را دارند استفاده می شود.</p> <p>-مانیتور فشار در خارج از اتاق ایزوله و در دسترس کارکنان قرار دارد.</p> <p>-در صورت خرابی اگزاست فن، بایستی از خاموش شدن خودکار فن های دمنده (تامین کننده هوای ورودی) اطمینان حاصل شود.</p> <p>-مخرج کانال های مکش در فاصله 300 - 150 میلیمتری از کف اتاق تعبیه می شود.</p> <p>-اتاق ایزوله فشار منفی واجد پنجره دو جداره باشد.</p> <p>-منافذ و درزهای اتاق ایزوله فشار منفی به صورت مطمئن و دقیق درزگیری شده است.</p> <p>-به منظور پایش و کنترل فشار اتاق ایزوله فشار منفی، در صورت خرابی / از کار افتادن تهویه، هشدار شنیداری فعال شود.</p> <p>-در پیش اتاق و همچنین ترجیحاً اتاق بستری، روشویی و تسهیلات برای شستشوی دست (شیربازویی و یا تومات) موجود باشد.</p> <p>-مانیتور فشار، رطوبت و دما به نحوی نصب شده است که در خارج از فضای ایزوله فشار منفی، برای کارکنان قابلیت دسترسی دارد.</p> <p>-به منظور ممنوعیت تردد مراجعین و بیماران به اتاق ایزوله، بر روی درب اتاق بیمار، برجسب ایزوله فشار منفی/ هوایی/ تنفسی نصب شده است</p>
		<p>※استانداردهای اختیاری اتاق های ایزوله فشار منفی/ هوایی/ تنفسی:</p> <p>- وجود پیش اتاق. در صورت عدم تعبیه پیش اتاق، باید فضایی جهت رعایت بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی در مجاورت درب ورودی اتاق اختصاص یابد.</p> <p>-وجود لگن شوی اتومات در نزدیکی اتاق ایزوله.</p> <p>- در صورتی که در بخش اورژانس اتاق ایزوله فشار منفی ایجاد می شود، وجود توالت، روشویی و حمام اختصاصی برای اتاق ایزوله اختیاری است و براساس ارزیابی خطر در خصوص تعبیه توالت، روشویی و حمام اختصاصی در فضای ایزوله فشار منفی تصمیم گیری می شود</p>
		<p>※اتاق ایزوله کلاس Q و یا شرایط قرنطیه کامل / تشدید شده:</p> <p>در صورت بستری بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی بسیار خطرناک نظیر " تب خونریزی دهنده حاد " و یا "طاعون ریوی"، اتاق ایزوله ای به کار میرود که علاوه بر استانداردهای قید شده برای اتاق ایزوله فشار منفی/ هوایی/ تنفسی، بایستی واجد استانداردهای ذیل نیز باشد و تحت عنوان اتاق ایزوله کلاس Q و یا شرایط قرنطیه کامل / تشدید شده طبقه بندی می شود:</p> <p>- وجود پیش اتاق با شرایط کامل " airlock " و درب هایی که به صورت متقابل به هم عمل کرده و بسته می شوند (یک درب به فضای مجاور در راهروی بیمارستان و درب دیگر که به فضای بستری اتاق ایزوله باز می شود). درب ها همزمان با هم باز نمی شوند. پیش اتاق دارای فضای کافی برای جابجایی تجهیزات پزشکی است.</p> <p>-در صورت تغییر فشار، سیستم هشداربایستی به صورت خودکار فعال شود. جهت رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت، ممکن است لازم باشد ورود و خروج افراد به / از اتاق ایزوله با تاخیر انجام شود.</p> <p>-درب ها به صورت خودکار با توجه به وضعیت درب مقابل، باز و یا بسته شوند.</p> <p>-توالت، دستشویی و حمام اختصاصی در داخل اتاق ایزوله بستری برای بیمار فراهم باشد.</p> <p>-در پیش اتاق و فضای ایزوله بستری سینک دستشویی یا شیراتومات، بدالی ویا بازویی برای استفاده کادرارائه کننده خدمات فراهم گردد.</p> <p>- هوای اتاق 100 درصد از خارج فراهم شود و هیچگونه چرخش مجدد هوا صورت نپذیرد. مداخل خروج هوا (کانال های مکش ها) در 150 تا 300 میلیمتری از کف اتاق تعبیه گردد تا امکان تخلیه هوا به صورت عمودی برقرار گردد. مداخل خروجی (کانال های مکش) بایستی دارای فیلتر هپا باشد. از فیلترهای HEPA</p>

		<p>مرکزی یا در محل استقرار بیمار که 99.97 درصد کارآیی دارد و توانایی برداشتن اجزای با قطر 0/3 میکرومتر هوای ورودی اتاق را دارند، استفاده شود.</p>
		<p><b>* اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس:</b></p> <p>- اتاق های ایزوله دارای فشار مثبت جهت ایزولاسیون بیماران با نقص ایمنی نظیر بیماران انکولوژی و بیماران پیوندی مورد استفاده قرار می گیرند. هدف از بستری بیماران در این فضا کاهش احتمال خطر انتقال عفونت از طریق هوایی به موارد حساس است.</p> <p>- بیماران تحت پیوند سلولهای بنیادی خون ساز در اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس بستری شوند. جهت بیمارانی که اتاق حفاظت شده نیاز دارند، موارد زیر توصیه می شوند:</p> <p>- به حداقل رسانیدن زمان حضور در خارج از اتاق آنها برای انجام پروسیجرهای تشخیصی و سایر اقدامات</p> <p>- در زمان ساختمان سازی، در موارد ضرورت ترک اتاق حفاظت شده، جهت جلوگیری از استنشاق اجزای قابل تنفس که ممکن است حاوی اسپور عفونی باشند، در صورت تحمل رسیپراتور، استفاده از محافظ تنفسی (استفاده از رسیپراتور N95) برای بیمار در زمان ترک اتاق حفاظت شده،</p> <p>- اشکال در بستری بیماران نیازمند ایزولاسیون حفاظتی زمانی با ابهام مواجه می شود که بیمار علاوه بر وضعیت یاد شده، مبتلا به بیماری عفونی است که قابل سرایت از طریق هوایی به سایر بیماران و مراجعین نیز می باشد. به عنوان مثال می توان از بیماران پیوند کلیوی نام برد که دچار زونا نیز شده اند.</p>
		<p><b>* استانداردهای الزامی اتاق های ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس:</b></p> <p>- فشار هوای اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس به نحوی تنظیم می شود که جریان هوا از اتاق بستری به سمت پیش اتاق و فضای مجاور (راهروها) برقرار می گردد. پایش و ثبت روزانه نتایج الگوی جریان هوا با استفاده از روش های بصری (تست دود) توصیه می شود</p> <p>- حداقل تفاوت فشار هوای بین اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس با راهروها (فضای مجاور) در صورتی که اتاق بستری دارای پیش اتاق است 30 + پاسکال و در صورت فقدان پیش اتاق 15 + پاسکال می باشد. بدین معنا که فشار هوای اتاق بستری بیمار به نحوی تنظیم شده است که از فشار نسبی پیش اتاق، 15 پاسکال بیشتر باشد و فشار هوای پیش اتاق نسبت به اتاق مجاور (راهروها) حداقل 15 پاسکال بیشتر است.</p> <p>- گردش / جریان هوای اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس به میزان 12 بار در ساعت تنظیم شود.</p> <p>- اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس دارای توالت، روشویی و حمام اختصاصی است.</p> <p>- سیستم تامین تهویه اتاق های ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس می تواند مشترک باشد.</p> <p>- به منظور پایش و کنترل فشار اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس، در صورت خرابی / از کار افتادن تهویه، هشدار شنیداری فعال می شود.</p> <p>- مخرج کانالهای ورودی هوا (دمش) مجهز به فیلتر هپا باشد.</p> <p>- مانیتور فشار در خارج از اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس و در دسترس کارکنان قرار دارد.</p> <p>- در صورت خرابی فن تامین هوای ورودی، از خاموش شدن خودکار فن مکش هوا (اگزاست فن) اطمینان حاصل شود.</p> <p>- اتاق ایزوله فشار مثبت / حفاظتی / معکوس واجد پنجره دو جداره باشد.</p> <p>- درب اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس به صورت اتومات بسته می شود.</p> <p>- منافذ و درزهای اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس به طرز مطمئن و دقیق درزگیری شده باشد.</p> <p>- در پیش اتاق و ترجیحاً اتاق بستری، روشویی و تسهیلات برای شستشوی دست (شیر بازویی و یا اتومات) موجود باشد.</p> <p>- مخرج کانال های اگزاست در فاصله 150 الی 300 میلیمتری از کف اتاق تعبیه می شود</p>
		<p>- سطوح افقی اتاق و پیش اتاق بیمار بستری در اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس با استفاده از دستمالهای آغشته به ماده گندزدا / دترجنت بیمارستانی دارای مجوز، روزانه گرد گیری مرطوب شود.</p> <p>- از روش های گردگیری که باعث پخش شدن گرد و غبار میشود، اجتناب گردد.</p> <p>- از فرش در اتاق ها یا راهروها استفاده نشود.</p>

			<p>از مبلمان و وسایل پارچه ای (پرده و ....) استفاده نشود.</p> <p>-از گل (تازه یا خشک) یا گیاهان گلدانی در اتاق ها یا اتاق ایزوله فشار مثبت/ حفاظتی / معکوس استفاده نشود.</p> <p>- به منظور کاهش گرد و غبار هوا، به جای استفاده از ائاثیه با جنس پارچه (مانند پرده و ...)، از سطوح نرم بدون سوراخ و مبلمان و ائاثیه ای که بتوانند به خوبی تمیز و اسکراب شوند استفاده گردد؛ در هر زمانی که گرد و غبار روی سطوح افقی رویت گردد، گردگیری مرطوب انجام شود و شکاف ها که محل تجمع گرد و غبار می باشند به صورت روتین پاک شوند.</p>
			<p>- استانداردهای اتاقهای ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس، برای بستری بیماران با نقص ایمنی و مبتلا به بیماریهای مسری در اتاق های ایزوله فشار مثبت/ حفاظتی / معکوس، رعایت احتیاط های مبتنی بر روش انتقال بیماری ها بر اساس نوع بیماری ضرورت دارد.</p>
			<p>§الزام رعایت احتیاط ها در زمان ارائه خدمات به بیماران بستری در اتاق ایزوله فشار مثبت/حفاظتی / معکوس</p> <p>- به کارگیری و رعایت احتیاط های استاندارد برای تمام بیماران</p> <p>- رعایت بهداشت دست قبل و بعد از تماس با بیمار</p> <p>§ شرایط استفاده از وسایل حفاظت فردی:</p> <p>- استفاده از دستکش، گان، ماسک برای پرسنل یا ملاقات کنندگان برای ورود روتین به اتاق لازم نیست. اگر استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس رعایت احتیاط های استاندارد لازم نباشد، بکارگیری وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان، دستکش) ضرورت ندارد.</p> <p>- استفاده از گان، دستکش، ماسک توسط کارکنان خدمات سلامت بر اساس احتیاط های استاندارد، احتیاط های مبتنی بر روش انتقال در موارد عفونت قطعی یا مشکوک توصیه می شود.</p> <p>- برای بیمارانی که اتاق حفاظت شده لازم دارند و به بیماری عفونی منتقله از راه هوا نیز مبتلا هستند (سل ریوی یا حنجره، واریسلا - زوستر حاد)، به کارگیری و رعایت احتیاط هوایی توصیه می شود. به منظور پیشگیری از انتشار / سرایت بیماری های مسری نظیر سل ریوی و یا آبله مرغان از بیماران با نقص ایمنی به سایر بیماران و مراجعین، ضروری است که اتاق ایزوله فشار مثبت/ حفاظتی / معکوس، دارای پیش اتاق با فشار منفی باشد.</p> <p>- به کارگیری احتیاطهای قطرات و تماسی بر اساس نوع بیماری</p>
			<p>§لباس کار کارکنان خدمات سلامت</p> <p>1- برای جلوگیری از عفونت های مرتبط با ارائه خدمات / مراقبت سلامت، رعایت بهداشت دست ها، کارگذاری و مراقبت صحیح ابزار، ایزولاسیون و گندزدایی محیط، ضروری می باشد.</p> <p>2- به منظور استفاده کارکنان خدمات سلامت از لباس مخصوص در زمان مراقبت از بیماران، برقراری ارتباط مؤثر با کارکنان و آموزش کارکنان و حتی بیماران، سودمند است. لذا بسته به شرایط هر یک از مراکز ارائه خدمات / مراقبت سلامت، موارد زیر باید در نظر گرفته شوند:</p>
			<p>الف-توصیه های کلی در زمان انجام کارهای بالینی برای بیماران بستری:</p> <p>- عدم استفاده از ساعت مچی</p> <p>- عدم استفاده از جواهرات</p> <p>- عدم استفاده از کراوات</p> <p>- عدم استفاده از لاک و کاشت ناخن</p>
			<p>ب-روپوش سفید/ لباس کار:</p> <p>در هنگام استفاده از روپوش سفید/ لباس کار، موارد زیر رعایت شود:</p> <p>- پرسنلی که از بیمار به صورت مستقیم مراقبت میکنند (دانشجویان و ارائه دهندگان خدمات سلامت)، دو سری یا بیشتر روپوش سفید/ لباس کار در دسترس داشته باشند.</p> <p>- برای شستن روپوش سفید/ لباس کار، دسترسی راحت و اقتصادی به لنز (رختشویخانه) داشته باشند.</p> <p>توصیه میشود در بیمارستانها، شرایطی فراهم آید تا به صورت رایگان یا با هزینه کم، روپوش / لباس کار</p>

				شسته شود. -در نظر گرفتن مکانی برای روپوش پرسنل که بتوانند قبل از تماس با بیماران یا محیط پیرامون بیمار، روپوش سفید خود (یا هر روپوش آستین بلند دیگر) را در آورند.
				ج-شستشوی لباس کارکنان خدمات سلامت 1- تعداد دفعات شستشو: اگرچه ایده آل است لباس پرسنل که در کنار تخت بیمار در تماس مستقیم با بیمار یا پیرامون وی قرار دارد بعداً از استفاده روزانه شسته شود، با توجه به شرایط هر مرکز، روپوش سفیدی که حین مراقبت بیمار پوشیده شده، حداقل هفته ای یکبار و نیز هر زمانی که آلودگی قابل رویت دارد شسته شود.
				2- شستشوی لباس کارکنان خدمات سلامت در خانه: درمورد ارجحیت شستشوی لباس پرسنل که برای مصارف غیر جراحی استفاده شده در خانه یا در محل کار، فعلاً توصیه ای وجود ندارد ولی اگر در خانه شسته می شود، روش ارجح این است که با آب داغ (و اگر همراه با محلول سفید کننده باشد، ایده آل است) شسته شود و بعد از آن با اطو یا خشک کن، خشک گردد تا میکروب های گرم مثبت و منفی از بین بروند.
				د-کفش: تمام کفش هایی که توسط کارکنان خدمات سلامت در مراکز ارائه خدمات سلامت، پوشیده می شود باید جلو بسته و پاشنه کوتاه بوده و کف آن سر نخورد
				ه-کارت شناسایی: به منظور شناسایی افراد، کارت شناسایی باید روی لباس های کارکنان خدمات سلامت به طور مشخص، قابل رؤیت باشد
				*تجهیزات مشترک شامل گوشی معاینه باید در بین بیماران تمیز شود. *در مورد ممنوعیت وسایلی مانند بند کارت شناسایی، کارت شناسایی و آستین، موبایل، پیجر و جواهرات گرچه دستورالعملی وجود ندارد ولی وسایلی که در تماس مستقیم با بیمار یا محیط قرار می گیرند باید گند زدایی، تعویض یا معدوم شوند.
			نتیجه پایش	موارد قابل ارزیابی/مراقبت از کارکنان
			توضیحات	
			توضیحات	
				*ارزیابی پرسنل براساس وظایف محوله <b>placement evaluation</b> الف: قبل از شروع به کار در کارکنان حرف پزشکی و یا محول نمودن مسئولیت جدید به آنان لازم است ارزیابی پرسنل به شرح ذیل صورت گیرد: - ارزیابی وضعیت واکسیناسیون پرسنل و یا سابقه ابتلا به بیماری های قابل پیشگیری با واکسن مانند هپاتیت B. - دانستن سابقه هر بیماری یا شرایطی که ممکن است فرد را مستعد کسب عفونت و یا انتقال بیماری عفونی نماید. ب: انجام معاینات بالینی و بررسی های آزمایشگاهی برای پرسنل براساس ارزیابی اولیه آنها ج: ارزیابی پرسنل از لحاظ سایر موارد (بجز مسئولیت محوله) مثل ارزیابی بیماری های مرتبط با کار یا مواجهه با بیماری های عفونی (انجام سرولوژی برای هپاتیت B) در پرسنلی که احتمال مواجهه آنها با بیماری سل وجود دارد، با استفاده از آزمون جلدی توپرکولین PPD، غربالگری برای بیماری سل انجام میشود. در حال حاضر در کشور ما توصیه ی قطعی در این خصوص وجود ندارد و در صورت تدوین دستورالعمل کشوری، مطابق با توصیه های مندرج در آن اقدام گردد. - انجام سرولوژی برای بعضی بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن مانند سرخک، اوریون، سرخچه و یا واریسلا بر حسب تصمیم گیری های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت هر مرکز

			<p><b>بیماریها و مواجهه های شغلی</b></p> <p>الف: تهیه و نگهداری پرونده کارکنان خدمات سلامت، شامل اطلاعات حاصل از ارزیابی آنان، کارت واکسیناسیون، نتایج آزمایشات غربالگری، گزارشات موارد مواجهه یا بیماری مرتبط با شغل آنان که احتمال اکتساب یا انتقال عفونت به بیماران وجود دارد.</p> <p>ب: به کارگیری روشی برای دریافت اطلاعات و مشاوره پزشکی در مورد بیماری های قابل انتقال و یا اکتساب از بیماران.</p> <p>ج: تهیه پروتکل مکتوب در خصوص عفونت های مرتبط با شغل و اکتسابی از جامعه یا مواجهه های با اهمیت و ثبت موارد وقوع بیماری عفونی مرتبط با شغل یا مواجهه مهم در پرونده فرد و مطلع ساختن کارکنان خدمات سلامت کنترل عفونت</p>
			<p><b>نگهداری اطلاعات مربوط به کارکنان خدمات سلامت</b></p> <p>الف: اطلاعات مربوط به مواجهه شغلی به صورت محرمانه نگهداری شود.</p> <p>ب: این اطلاعات به صورت محرمانه و فقط در قالب آمار و ارقام ارائه گردد.</p> <p>ج: نگهداری این اطلاعات ترجیحاً بصورت رایانه ای باشد تا امکان پیگیری وضعیت واکسیناسیون، آزمون های غربالگری و روند عفونت و بیماری در پرسنل به راحتی فراهم گردد.</p> <p>د: یک نسخه از خلاصه پرونده کارکنان خدمات سلامت در اختیار وی قرار داده شود.</p> <p>ه: بررسی دوره ای اطلاعات مربوط به سلامت پرسنل به منظور تعیین نیاز به اقدام خاص صورت گیرد.</p> <p>و: کلیه قوانین جاری داخل مرکز و کشوری در مورد پرونده پزشکی شاغلین و مراقبت از کارکنان خدمات سلامت و سایر بیماران در مقابل بیماری های عفونی و دستورالعمل های جداسازی رعایت گردند</p>
			<p><b>توصیه های کلی در مورد واکسیناسیون کارکنان مراکز ارائه خدمات / مراقبت سلامت</b></p> <p>- مکتوب نمودن خط مشی در مورد واکسیناسیون کارکنان خدمات سلامت</p> <p>- اطمینان یافتن از آشنایی با دستورالعمل های واکسیناسیون از لحاظ موارد مصرف، نحوه نگهداری، دوز، عوارض</p> <p>- دانستن اطلاعاتی در مورد سابقه آلرژی و موارد منع مصرف واکسن برای کارکنان خدمات سلامت، قبل از ایمن سازی</p> <p>- تهیه لیست واکسن های مورد نیاز برای هر کی از کارکنان خدمات سلامت حین برنامه غربالگری</p> <p>- واکسیناسیون کارکنان خدمات سلامت، طبق دستورالعملهای کشوری انجام و کارت واکسن در اختیار آنها قرار داده شود.</p> <p>- فراهم بودن واکسن برای مواجهه های شغلی و یا ارجاع کارکنان خدمات سلامت برای واکسیناسیون در صورت مواجهه با بیماری های غیر شایع</p> <p>- برای کلیه کارکنان خدمات سلامت پزشکی، سابقه واکسیناسیون و وضعیت ایمنی با ذکر تاریخ آن در محل مشخص در پرونده پزشکی شاغلین و کارت واکسیناسیون، ثبت شود و کارکنان خدمات سلامت باید جهت نگهداری کارت واکسن تشویق شوند</p>
توضیحات	نتیجه پایش		موارد قابل ارزیابی /مدیدیت مواجهه
	ضعیف	متوسط	<p><b>توضیحات</b></p> <p>توضیحات</p>
			<p><b>موارد قابل ارزیابی /مدیدیت مواجهه</b></p> <p>* تماس از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شی تیز (نیدل استیک)، تماس مخاطات یا پوست ناسالم (مانند پوست ترک خورده یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت) با:</p> <p>- خون، مایعات آلوده به خون و سایر مایعات و بافت ها که بالقوه عفونی هستند</p> <p>- سایر مایعات عفونی شامل مایع مغزی نخاعی، مایع پریکارد، مایع پریتونئ، مایع آمنیون، مایع پلور، مایع سینوویال، مایع منی، مایع واژینال و شیر مادر</p> <p>- ادرار، بزاق، مدفوع، خلط، عرق، اشک، مواد معده، استفراغ و ترشحات بینی باعث انتقال و بروسها نمی شوند مگر خونی باشند</p>



			<p>در مواجهه شغلی توجه به دو نکته زیر اهمیت دارد:</p> <p>- اطمینان یافتن از دریافت داروهای پیشگیری کننده لازم، واکسن یا ایمون گلوبولین برای کارکنان خدمات سلامت</p> <p>- اطمینان یافتن از این که به دنبال مواجهه پرسنل با عوامل عفونی مشخص، آنان از نحوه درمان، خطر انتقال عفونت به سایرین (بیماران و سایر کارکنان) و روش های پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران اطلاع دارند.</p>
			<p>فاکتورهایی که بدنبال مواجهه شغلی با ویروس HIV خطر انتقال را می توانند افزایش دهند شامل:</p> <p>- وجود خون قابل رویت بر روی وسایل</p> <p>- وسیله قبلاً بطور مستقیم در شریان یا ورید استفاده شده باشد</p> <p>- آسیب عمقی (بیمار در مراحل انتهایی عفونت HIV باشد)</p> <p>- فرو رفتن سوزنهای توخالی (سوزن تزریق، آنژیوکت و ...) در مقایسه با سوزنهای توپر (سوزن بخیه)</p>
			<p><b>مدیریت مواجهه شغلی:</b></p> <p>مراحل PEP شامل مداوای محل مواجهه، ثبت و گزارش دهی، ارزیابی خطر مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه، ارزیابی فرد مواجهه یافته، پیشگیری از عفونت ها، پیگیری و مشاوره می باشد</p>
			<p>1- اقدامات پس از مواجهه</p> <p>- تمیز کردن سریع محل آسیب</p> <p>- شستن پوست با آب و صابون</p> <p>- شستن مخاطات با آب فراوان</p> <p>- عدم فشار محل آسیب</p> <p>- عدم استفاده از الکل، بتادین، هیدروژن پراکسید و سایر مواد شیمیایی</p>
			<p>2 گزارش مواجهه به سوپروایزر کنترل عفونت</p> <p>ثبت گزارش دهی موارد زیر:</p> <p>- تاریخ و زمان مواجهه</p> <p>- جزئیات مواجهه و همچنین استفاده از وسایل محافظت شخصی در زمان مواجهه</p> <p>- نوع، شدت و مقدار مایع که با آن مواجهه صورت گرفته</p> <p>- جزئیات منبع مواجهه از نظر نوع آلودگی به ویروسها و رفتارهای پرخطر</p> <p>- سابقه قبلی واکسیناسیون هیپاتیت B سوال شود.</p> <p>- سطح قبلی HBs Ab سوال شود</p>
			<p>3- انجام آزمایشات سرولوژی برای ویروسهای هیپاتیت B, C و HIV</p> <p>4- انجام مشاوره:</p> <p>* چگونگی مدیریت مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه:</p> <p>- باید در پرونده پزشکی کارکنان مواجهه یافته ثبت شود.</p> <p>- به محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده پزشکی توجه گردد.</p>
			<p>5- شروع پروفیلاکسی در صورت لزوم</p> <p>- در صورتیکه فرد مواجهه یافته دریافت PEP را نپذیرد، باید در پرونده پزشکی ثبت شود.</p> <p>- در صورت عدم دریافت پروفیلاکسی علیرغم ضرورت دریافت آن، انجام آزمایشات سرولوژی باید پیگیری شود</p> <p>6- پیگیری آزمایشات در هفته های بعد</p>
			<p>* ارزیابی منبع مواجهه</p> <p>- در صورت مشخص و در دسترس بودن منبع مواجهه، بیمار از نظر HBS Ag ، HCV Ab و HIV Ab</p>

			<p>بررسی شود.</p> <p>-در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست، برای اطلاع از وضعیت منبع جهت انجام آزمایشات فوق پس از کسب رضایت آگاهانه هرچه سریعتر اقدام شود.</p> <p>- توصیه میشود با در نظر گرفتن پروتکل کشوری تشخیص HIV از آزمایش های تشخیص سریع یا الایزای نسل چهار مورد تایید وزارت بهداشت استفاده شود.</p> <p>-در صورت منفی بودن آزمایش HIV منبع تماس، پروفیلاکسی قطع شود.</p> <p>- در صورت مثبت بودن آزمون سریع منبع، ضمن شروع پروفیلاکسی کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، آزمایشات تکمیلی منبع برای تایید تشخیص انجام شود.</p> <p>- در صورتی که به هر علتی نتوان آزمایشات مورد نیاز را برای منبع مواجهه انجام داد، باید تشخیص طبی، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر را در نظر گرفت.</p> <p>- زمانی که منبع مشخص یا در دسترس نیست، با توجه به شیوع پاتوژنهای منتقل شونده از راه خون در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده، خطر مواجهه با این پاتوژنها ارزیابی گردد.</p>
			<p><b>*ارزیابی پرسنل مواجهه یافته:</b></p> <p>- در صورتیکه وضعیت کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته از نظر HCV ، HBV یا HIV مشخص نیست، آزمایش پایه برای HBs Ag ، HBs Ab ، HCV Ab ، HIV Ab در اسرع وقت و در صورت موافقت وی درخواست شود (ترجیحاً طی 72 ساعت) در خانمها ارزیابی از نظر حاملگی نیز ضرورت دارد.</p> <p>-آزمایش پایه Baseline برای فرد مواجهه یافته انجام شود. آزمایش پایه برای اطمینان از این است که فرد مواجهه یافته، از قبل مبتلا به HIV نبوده باشد که در این صورت جهت بررسی بیشتر برای درمان معرفی شود.</p> <p>- اگر کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، سابقه ابتلاء به یکی از عوامل HBV ، HCV یا HIV را داشته و با همان عامل مواجهه یافته باشد، نیازی به PEP ندارد</p> <p>- اگر کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، قبلاً مبتلا نبوده یا بررسی نشده است، باید از نظر نیاز به PEP ارزیابی شود.</p>
			<p><b>*معیارهای شروع پروفیلاکسی HIV</b></p> <p>- مواجهه در 72 ساعت اخیر اتفاق افتاده باشد.</p> <p>- فرد مواجهه یافته، به عفونت HIV مبتلا نیست یا در زمان تصمیم گیری وضعیت نامشخص دارد.</p> <p>- مخاط یا پوست آسیب دیده یا ناسالم در تماس با مایعات بالقوه عفونی بدن قرار گرفته اند.</p> <p>- منبع مواجهه، به عفونت HIV مبتلا می باشد یا جزء گروه های پر خطر قرار دارد.</p> <p>*پروفیلاکسی بعد از تماس با HIV باید «بلافاصله» شروع شود و زمان ایده ال برای شروع پروفیلاکسی بعد از مواجهه، 2ساعت اول پس از مواجهه است.</p> <p>*طول مدت دریافت پروفیلاکسی، 4 هفته می باشد.</p> <p>* شروع پروفیلاکسی بعد از 72 ساعت باید طبق مشاوره با متخصص بیماری های عفونی صورت گیرد.</p> <p>*در صورت مواجهه با فرد HIV مثبت، جهت فرد مواجهه یافته تجویز سه داروی ضد ویروسی توصیه می شود.</p>
			<p>*موقعیت هایی که حتماً لازم است با متخصص بیماری های عفونی قبل از شروع PEP مشورت شود:</p> <p>-مراجعه بعد از 72 ساعت از مواجهه</p> <p>- منبع ناشناس: در این موارد با توجه به شدت مواجهه، اپیدمیولوژی و احتمال مثبت بودن HIV منبع، شروع PEP موردی خواهد بود.</p> <p>-شک حاملگی در فرد مواجهه یافته</p> <p>- شیر دهی</p> <p>- احتمال مقاومت یا مقاومت شناخته شده منبع</p>

			<p>- عوارض دارویی</p> <p>- بیماری های زمینه ای فرد مواجهه یافته مانند بیماری کلبوی یا مصرف دارویی که احتمال خطر عوارض دارویی با PEP را افزایش دهد.</p>
			<p>* پیگیری فرد مواجهه یافته:</p> <p>* کارکنان خدمات سلامتی که مواجهه شغلی با ویروس HIV داشته اند صرف نظر از آنکه پروفیلاکسی دریافت کرده اند یا نه، باید به رعایت موارد زیر توصیه شوند:</p> <p>- از اهدای خون، پلاسما، اعضا، بافت، منی و شیردهی اجتناب گردد.</p> <p>- در طی 12 - 6 هفته پس از مواجهه، هنگام تماس جنسی از محافظ استفاده شود.</p> <p>- به عوارض دارویی و احتمال تداخل دارویی توجه شود.</p> <p>- پابندی به مصرف صحیح دارو تاکید شود.</p> <p>- 72 ساعت و 2 هفته پس از مواجهه، جهت ارزیابی مجدد، به پزشک مراجعه نماید.</p> <p>- در همه مواجهه یافتگان، آزمایش (نسل چهارم HIV Ag/Ab) در هفته چهارم تا ششم و ماه سوم تا چهارم بعد از مواجهه توصیه شود.</p> <p>- در مواردی که تماس با منبع مبتلا به عفونت همزمان HIV و HCV رخ داده است، توصیه میشود آزمایش HIV Ab یکسال بعد از مواجهه نیز تکرار شود.</p> <p>- در صورتی که برای پیگیری از آزمون سریع HIV استفاده می شود، تواتر آزمایشات در هفته چهارم تا ششم و ماه سوم و ماه ششم بعد از مواجهه خواهد بود.</p> <p>- سایر آزمایشات شامل شمارش خون محیطی (CBC)، کراتینین و آنزیم های کبدی، در زمان شروع پروفیلاکسی و 2 هفته بعد انجام شوند</p>
			<p>* کارکنان خدمات سلامت واکسینه (دارای مستندات کتبی تزریق سری کامل واکسن) و HBs Ab بیشتر یا مساوی 10 mIU/mL</p> <p>- آزمایش منبع مواجهه برای HBsAg ضرورت ندارد.</p> <p>- پروفیلاکسی بعد از مواجهه کارکنان خدمات سلامت برای HBV، ضرورت ندارد (بدون در نظر گرفتن وضعیت HBsAg بیمار)</p>
			<p>* کارکنان خدمات سلامت واکسینه (دارای مستندات کتبی تزریق سه دوز واکسن) بدون انجام آزمایش HBsAb قبلی:</p> <p>- آزمایش کارکنان خدمات سلامت برای HBsAb</p> <p>- آزمایش منبع مواجهه (اگر شناخته شده و مشخص است) برای HBsAg</p>
			<p>* اگر کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، HBsAb کمتر از 10 mIU/mL دارد و بیمار منبع HBsAg مثبت یا نامشخص است:</p> <p>- هرچه سریعتر برای این پرسنل HBIG تزریق شود.</p> <p>- در خصوص زمان انجام آزمایش HIV Ab پس از مواجهه؛ توصیه میشود به آخرین دستورالعمل کشوری به روز رسانی شده مراقبت HIV/AIDS نیز مراجعه شود.</p> <p>- هرچه سریعتر برای این کارکنان خدمات سلامت واکسیناسیون شروع شود.</p> <p>- واکسن وایمونوگلوبولین می تواند همزمان و در دو اندام متفاوت تزریق شود.</p> <p>- سپس دوره واکسیناسیون 3توبتی ادامه یابد یعنی با محاسبه سری اول واکسیناسیون، در مجموع 6 دوز واکسن دریافت کرده است.</p> <p>1-2 ماه بعد از تزریق آخرین دوز واکسن، سطح HBsAb ارزیابی و نتیجه ثبت شود</p>
			<p>* اگر کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، HBsAb کمتر از 10 mIU/mL دارد و بیمار منبع HBsAg منفی است:</p> <p>- یک دوز واکسن HBV به پرسنل تزریق شود.</p> <p>1-2 ماه بعد از تزریق این دوز واکسن، سطح HBs Ab بررسی شود: اگر مجدداً کمتر از 10 mIU/mL باشد، دو دوز دیگر واکسن تزریق شود و 1-2 ماه بعد از تزریق آخرین دوز، عیار HBs Ab بررسی شود</p>

			در این حالت، پرسنل مواجهه یافته در مجموع 2 دوره، 6 دوز واکسن دریافت کرده است.
			* اگر کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته، HBsAb بیشتر یا مساوی 10 mIU/mL دارد: - عدم نیاز به اقدام خاص، بدون در نظر گرفتن وضعیت HBsAg بیمار
			* اگر کارکنان خدمات سلامت پس از دریافت 2 سری کامل واکسن (6 دوز)، HBs Ab کمتر از 10 mIU/mL دارد و مواجهه یافته: - منبع مواجهه باید از نظر HBsAg هر چه سریع تر بررسی شود: * اگر منبع مواجهه، HBsAg مثبت یا نامشخص است: - به کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته دو دوز HBIG به فاصله 1 ماه تزریق شود. نوبت اول باید فوری و هرچه سریع تر و نوبت دوم به فاصله 1 ماه تزریق شود. - واکسیناسیون این پرسنل مواجهه یافته توصیه نمی شود.
			* اگر منبع مواجهه، HBsAg منفی است: HBIG - ضرورت ندارد. - واکسن ضرورت ندارد. - بررسی HBsAg پرسنل مواجهه یافته
			* کارکنان خدمات سلامت غیر واکسینه برای کارکنان خدمات سلامت غیر واکسینه یا با واکسیناسیون ناقص که مواجهه یافته: - بررسی HBsAg منبع، هرچه سریعتر - بررسی HBsAb در پرسنل مواجهه یافته انجام نمی شود
			* اگر منبع مواجهه، HBsAg مثبت یا نامشخص است: - پرسنل باید یک دوز HBIG را هرچه سریعتر بعد از تماس دریافت کند. - پرسنل باید یک دوز واکسن HBV را هرچه سریعتر بعد از تماس دریافت کند. * واکسن و ایمونوگلوبولین می تواند همزمان و در دو اندام متفاوت تزریق شود. - ادامه واکسیناسیون پرسنل تا تکمیل سری کامل واکسن (در مجموع 3 دوز) و حدود 2-1 ماه بعد از تزریق دوز سوم واکسن، HBsAb پرسنل اندازه گیری شود
			* پیگیری این پرسنل مواجهه یافته بعد از تکمیل سه دوز واکسن: - اگر بعد از دریافت سری کامل واکسن، HBsAb بیشتر یا مساوی 10 mIU/mL باشد، این پرسنل ایمن بوده و در صورت وجود سیستم ایمنی سالم محافظت طولانی مدت داشته و آزمایش دوره ای بعدی برای تعیین سطح HBsAb ضرورت ندارد. - اگر بعد از دریافت سری کامل واکسن، HBsAb کمتر از 10 mIU/mL باشد، واکسیناسیون مجدد سری دوم به طور کامل انجام شود و 2-1 ماه بعد، HBsAb تکرار شود. توجه: تزریق سری دوم واکسن به طور کامل (سه دوز مجدد) و سپس تعیین عیار HBsAb، روشی عملی تر می باشد تا تعیین HBsAb بعد از تزریق هر یک دوز اضافه واکسن
			* جهت کارکنان خدمات سلامت با HBsAb کمتر از 10 mIU/mL یا کارکنان خدمات سلامتی که واکسن نزده یا واکسن را به صورت ناقص دریافت کرده که با بیمار منبع HBsAg مثبت یا نامشخص مواجهه داشته، باید: - هر چه سریعتر بعد از مواجهه، آزمایشات پایه برای عفونت HBV شامل Total anti-HBc انجام شود. - حدود 6 ماه بعد، آزمایشات پیگیری شامل HBsAg و Total anti-HBc انجام شود
			* کارکنان خدمات سلامت مواجهه یافته با بیمار HBsAg مثبت یا نامشخص، در دوره پیگیری، رعایت احتیاط خاصی لازم ندارد تا از انتقال ثانویه جلوگیری کند به جز: - از اهدای خون، پلاسما، بافت، عضو یا مایع منی، پرهیز نماید. - در صورت تماس جنسی، از محافظ استفاده نماید. - لازم نیست از حاملگی جلوگیری کند. - اگر به بچه شیر میدهد لازم نیست شیر دهی را قطع کند.

			<p>صرفاً به دلیل مواجهه پرسنل با بیمار منبع HBSAg مثبت یا نامشخص و به منظور جلوگیری از انتقال عفونت به بیماران دیگر، لازم نیست وظایف مراقبت از بیمار، در پرسنل مواجهه یافته تعدیل شود. توجه: صرف نظر از وضعیت هپاتیت B منبع مواجهه، باید به تمام افراد مواجهه یافته که سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و یا مصونیت ندارند، واکسن هپاتیت B تجویز شود.</p>
			<p>*مدیریت مواجهه با ویروس هپاتیت C          - در هر مواجهه شغلی، بررسی HCV برای منبع مواجهه و پرسنل مواجهه یافته ضرورت دارد.          - داروی ضد ویروسی وایمونوگلوبین جهت پروفیلاکسی HCV وجود ندارد</p>
			<p>*پیگیری:          - بررسی آنزیم های کبدی پایه و HCV Ab          - در صورت امکان، HCV RNA 4 تا 6 هفته بعد          - بررسی آنزیم های کبدی و HCV Ab ۲۴ هفته بعد</p>
			<p>* برای پیشگیری از انتقال هپاتیت C به اطرافیان، اجتناب از موارد زیر توصیه میشود:          - استفاده از وسایل مشترک که منجر به آسیب جلدی-مخاطی و خونریزی شود مانند مسواک          - استفاده از سرنگ مشترک          - اهداء خون و بافت          نکته: در حال حاضر توصیه ای برای تغییر در فعالیت جنسی، بارداری، شیردهی و یا فعالیت های حرفه ای وجود ندارد</p>
			<p>* پیگیری برای هپاتیت C:          - اگر در هر زمانی آنزیم های کبدی افزایش پیدا کرد HCV RNA برای تایید هپاتیت حاد انجام شود.          - در هر زمانی HCV RNA فرد مواجهه یافته مثبت شود باید به پزشک متخصص جهت تصمیم گیری برای درمان هپاتیت معرفی شود.          برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه دستورالعمل های کشوری مراقبت و درمان HIV/AIDS مراجعه شود</p>
			<p>*محدودیت کار پرسنل به دلیل ابتلا به بیمار یهای خاص عفونی و یا شرایط خاص (توصیه های کلی)          - بیماری پرسنل، محدودیت کار و عدم حضور به دنبال اکتساب بیماری که محدودیت کار لازم دارد.          *مشخص کردن فردی برای صدور گواهی استعلاجی:          -در مراکز ارائه خدمات سلامت بستری، این امر به عهده "پزشک کنترل عفونت" یا "پزشک معتمد و با هماهنگی پزشک کنترل عفونت" می باشد.          -در مراکز ارائه خدمات سلامت سرپایی، این امر به عهده "پزشک معتمد" می باشد.          - آموزش همه پرسنل به خصوص سرپرستاران و رؤسای بخشها و سوپروایزرها و تشویق آنان به گزارش دهی فوری به مسئولین مربوطه در زمان بروز علائم و نشانه های بیماری قابل انتقال و سرایت          - آموزش پرسنل در مورد رعایت بهداشت بویژه بهداشت دست ها، پوشانیدن دهان و بینی در موقع عطسه و سرفه کردن</p>
			<p>*در موارد مواجهه پرسنل پزشکی با بیمار دچار سیاه سرفه، توصیه میشود:          - اگر این پرسنل با افراد در معرض خطر بیماری شدید (مانند نوزاد بستری، نوزاد شیرخوار یا افراد دچار مشکلات تنفسی مزمن) تماس دارند، آنتی بیوتیک پیشگیری بعد از مواجهه دریافت کنند.          - در صورت عدم تماس پرسنل با افراد در معرض خطر بیماری شدید، دو انتخاب وجود دارد:          1- دریافت آنتی بیوتیک پیشگیری بعد از مواجهه          2- پایش دقیق تا 21 روز بعد از مواجهه از نظر بروز علائم سیاه سرفه          -در صورت بروز علائم و نشانه های سیاه سرفه در پرسنل، درمان با آنتی بیوتیک ماکرولید، باید فوری شروع شود و در ۵روز اول، کارکردن و مراقبت از بیمار ممنوع است.</p>

توضیحات	نتیجه پایش			موارد قابل ارزیابی / تزریقات ایمن
	ضعیف	متوسط	خوب	
				<p>* پرسنل هدف از تزریقات ایمن را می داند :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.</li> <li>- به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.</li> <li>- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.</li> </ul>
				<p>* پرسنل خط مشی های پیشگیرانه تزریقات ایمن را می داند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- حذف تزریقات غیر ضروری</li> <li>- رعایت استاندارد های تزریقات ایمن</li> <li>- عدم مصرف مجدد لوازم و وسایل تزریقات</li> <li>- دفع مطلوب پسماندهای تیز و برنده</li> </ul>
				<p>* پرسنل استانداردهای تزریقات ایمن را رعایت می کند:</p> <p>* اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- رعایت بهداشت دست</li> <li>- پوشیدن دستکش در مواقع ضروری</li> <li>- استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف</li> <li>- آماده سازی و ضدعفونی موضع تزریق</li> </ul>
				<p>* رعایت بهداشت دست:</p> <p>بهداشت دست واژه ای کلی است که به شستشوی دست ها با آب و صابون و یا استفاده از محلول های ضدعفونی با پایه الکلی اطلاق می شود.</p>
				<p>* پرسنل از اندیکاسیون پوشیدن دستکش اطلاع دارند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق بیماران</li> <li>- انجام تزریق وریدی و یا خون گیری</li> <li>- در صورتی که پوست دست فرد ارائه دهنده خدمت به دلیل ابتلاء به اگزما و یا خشکی و ترک خوردگی سالم نیست.</li> <li>- در صورتی که پوست بیمار به دلیل ابتلاء به اگزما و یا سوختگی و یا عفونت سالم نیست.</li> </ul>
				<p>* استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف:</p> <p>برای انجام تزریقات استفاده از ماسک، حفاظ چشمی و یا سایر موارد حفاظتی توصیه نمی شود، مگر در مواقعی که احتمال آلودگی با خون و یا پاشیده شده خون و ترشحات بیمار به فرد ارائه کننده خدمت پیش بینی می شود.</p>
				<p>* راهنمای عملی برای ضدعفونی و آماده سازی پوست:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- از سوآپ پنبه یک بار مصرف آغشته به محلول های ضد عفونی با پایه الکلی 70 - 60 درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) برای ضدعفونی موضع تزریق استفاده نمایید. از متیل الکل و یا اتانول جهت تزریق استفاده ننمایید.</li> <li>- موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکل ضد عفونی نمایید.</li> <li>- پنبه الکل را به مدت 30 ثانیه در موضع تزریق به روش فوق الذکر بمالید.</li> </ul>
				<p>* راهنمای عملی برای استفاده از وسایل تزریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- برای هر تزریق من جمله آماده نمودن یک واحد تزریقی دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.</li> <li>- قبل از استفاده از سرنگ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.</li> </ul>

			<p>به هیچ وجه جهت تزریق از سرنگ و سرسوزن تاریخ منقضی و یا با بسته بندی نا سالم، استفاده ننمایید.</p> <p>*راهنمای عملیاتی در دادن دارو به بیمار:</p> <p>-هرگز از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید (برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید).</p> <p>- از تعویض صرفاً سرسوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.</p> <p>- از یک سرنگ و سرسوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.</p> <p>- از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.</p> <p>- به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده ننمایید</p> <p>- استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه میشود که راه حل منحصر به فرد باشد.</p> <p>- به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.</p> <p>- در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری ننمایید.</p> <p>- ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.</p> <p>* ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع ننمایید:</p> <p>- در صورتی که شرایط استریل بودن و یا محتوی ویال خراب شده است.</p> <p>- در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد).</p> <p>- در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.</p> <p>- در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، 24 ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.</p> <p>- صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.</p> <p>- تا حد امکان از ویال های snap که برای شکستن سر آن ها نیاز به اره نمی باشد استفاده ننمایید. در صورتی که برای باز نمودن یک آمپول نیاز به اره فلزی می باشد برای حفاظت انگشتان خود از یک پد کوچک استفاده ننمایید.</p>
			<p>*راهنمای عملیاتی برای آماده نمودن تزریقات:</p> <p>- فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.</p> <p>- قبل از اقدام برای آماده سازی داروها و یا در صورت آلودگی به خون و یا ترشحات بدن، سطح میز کار را با الکل 70 درصد (ایزوپروپیل الکل و یا اتانول) تمیز نموده و اجازه دهید تا کاملاً خشک شود.</p> <p>- کلیه وسایل مورد نیاز برای تزریقات را بچینید (سرنگ و سر سوزن استریل یک بار مصرف، حلال نظیر آب مقطر و یا حلال های خاص، سواب پنبه الکل، سفتی باکس</p>
			<p>* ویال های دارویی سپتوم دار</p> <p>- سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل 70 درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک ننمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.</p> <p>- در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید، برای کشیدن هر بار دارو، از سرسوزن و سرنگ استریل استفاده ننمایید.</p> <p>- هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز، سرسوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها ننمایید.</p>

			<p>در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.</p>
			<p>*برچسب زدن ویالهای دارویی آماده شده:          *پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز، الصاق برچسب با مشخصات ذیل بر روی ویال ضروری است:          -تاریخ و زمان آماده نمودن دارو          - غلظت نهایی          - تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو          -برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند، درج تاریخ و زمان مصرف اولیه از ویال الزامی است.</p>
			<p>*راهنمای عملیاتی برای تجویز تزریقات:          احتیاطهای عمومی:          - نام و دوز دارو را قبل از تجویز کنترل نمایید.          - بهداشت دست را رعایت نمایید.          - سر ویال را با پنبه آغشته به الکل 70 درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید.          - از سر سوزن و سرنگ استریل یک بار مصرف برای کشیدن دارو استفاده نماید</p>
			<p>*روش آماده سازی:          - برای آماده سازی ویال از سرنگ استریل استفاده نمایید.          - پس از تزریق میزان کافی از مایع حلال به داخل آمپول و یا ویال، تا از بین رفتن ذرات جامد قابل مشاهده در ویال کاملاً آن را تکان دهید.          -بعد از آماده نمودن سر سوزن و سرنگ را از داخل ویال در آورده و بدون جدا نمودن آن ها از یکدیگر، آن را در ظروف ایمن دفع نمایید.          - در صورتی که فوراً دارو تزریق نمی شود، به روش یک دستی درپوش آن را بگذارید و آن را در جای مطمئنی قرار دهید</p>
			<p>نکات مهم:          -از تماس سرسوزن با سطوح آلوده اجتناب نمایید.          -از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.          -از لمس دیافراگم پلاستیکی سر ویال دارویی پس از ضدعفونی با الکل 70 درصد اجتناب نمایید.          -از داخل نمودن یک سرسوزن و سرنگ به داخل چندین ویال مولتی دوز خودداری نمایید.          -برای یک بیمار و یا چندین بیمار مختلف از سرسوزن و سرنگی که یک بار جهت تزریق دارو از آن استفاده شده است، استفاده ننمایید.          -از یک کیسه و یا شیشه مایعات وریدی برای تزریق به بیماران متعدد استفاده ننمایید</p>
			<p>- جهت رعایت اصول ایمنی برای شکستن ویال های دارویی با استفاده از یک محافظ مثل پد از تیغ اره استفاده شود.          - پس از تزریق، از گذاشتن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی بایستی انجام شود.          - از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.          - الزامی است سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانست، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماند های خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند.          - دراولویت است که به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) انجام شود.          - به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف ایمن دفع گردند، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه</p>



دهندگان خدمات در کلیه واحدهای ذی ربط قرار داشته باشند.

-به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر 3/4 حجم ظروف مزبور پر شده باشد، ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند

- جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسوراستفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

- ضروری است ظروف جمع آوری پسماندهای نوک تیز و برنده مستحکم، غیر قابل نفوذ، دهانه گشاد، دارای قفل و ضامن ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

- استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی " به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیشگیری از آلودگی آنان الزامی است.

- ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگه داشت پسماندها ، مهر و موم نمائید. بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سر سوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید.

-وجود این ظروف در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمت الزامی است

نام ارزیاب:

تاریخ ارزیابی: