

خط مشی ،دستور العمل، روشهای اجرایی

□ ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست بین
پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی

- دستور العمل بهداشت دست در بخش موجود است؟ (راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران درایو Z)
- لیست اقدامات تهاجمی کوتاه مدت و بلند مدت (پروسیجر آسپتیک و استریل) در بخش موجود است؟ (درایو Z)
- محل مناسب شستشوی دست مجهز به تابلوی راهنما / مایع صابون / اسطل پدال دار / و حوله کاغذی وجود دارد واز سینک شستشوی ابزار جدا می باشد؟
- دیسپنسر و مایع hand rub به تعداد کافی همراه با پوستره‌های راهنما موجود است (به ازای هر دو تخت حداقل یک دیسپنسر و در بخش ICU در ورودی بخش)؟
- پوستر ۵ موقعیت بهداشت دست در محل مناسب نصب شده است؟
- امکانات بهداشت دست در اتاق ایزوله وجود دارد؟
- امکانات اسکراب در محل مشخص (محلول اسکراب / پوستر، ناخن شوی استریل) دست در بخش هایی که اقدامات تهاجمی در آن انجام می شود ، وجود دارد ؟

□ آموزش راهنمای بهداشت دست - فیلم های آموزشی در درایو Z

□ کلیه پرسنل (پرستار - بهیار - کمک بهیار - خدمات - بیماربر)

□ مستند با امضا

□ آموزش بیماران براساس پمفلت آموزشی بیماران در برنامه آموزش به بیمار
گنجانده شود

عملکرد:

پرسنل بهداشت فردی (کوتاه بودن ناخن، عدم استفاده از لاک و ناخن مصنوعی، زیورآلات خصوصاً هنگام انجام بهداشت و اسکراب دست) رعایت میکنند؟

پرسنل نسبت به پنج موقعیت بهداشت دست آگاهی داشته و به آن عمل می کنند؟

پرسنل قبل از ورود و خروج به بخش و کنترل وسایل گندزدایی شده سطح بالا (لارنگوسکوپ، آمبوبگ) بهداشت دست را رعایت می کنند؟

نظارت بر شستشوی دست پزشکان و پرسنل توسط سرپرستار انجام می شود؟

جهت اقدامات تهاجمی اسکراب دست صورت می گیرد؟

ظروف مایع صابون بعد از هر بار استفاده (پس از هر بار خالی شدن) شستشو و گند زدایی می گردند؟

پایش بهداشت دست طبق برنامه ای مشخص توسط سرپرستار و کنترل عفونت انجام و اقدامات اصلاحی انجام می شود و پرسنل از نتیجه پایش ماهانه اطلاع دارند؟

اتاق عمل

□ مکان مناسب جهت اسکراب مجهز به تسهیلات : پوستر اسکراب ، سینک، شیر اسکراب چشمی ، پدالی ، آرنجی ، محلول -، ناخن شوی استریل یا یکبار مصرف و... وجود دارد؟

□ بهداشت دست (شستشوی دست با آب و صابون) بعد از تعویض کفش و لباس در ورودی اتاق عمل انجام می شود؟

دستور العمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت

- احتیاطات استاندارد (**standard precautions**) : رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است.
- وسایل حفاظت فردی با توجه به احتمال آلودگی پوشیده می شود.
- در صورت تماس با خون ، تمام مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق ، پوست آسیب دیده و مخاطها انجام اقدامات ذیل ضروری است این اقدامات شامل : پوشیدن دستکش، بهداشت دست ، استفاده از گان، عینک ، ماسک یا محافظ صورت و روکشی است.
- پیشگیری از آسیب تیز یا ورود سوزن آلوده، دفع بی خطر زباله ها، تمیز نمودن و ضد عفونی کردن وسایل و تمیز کردن محیط و ایزولاسیون همچنین بهداشت تنفسی و آداب عطسه و سرفه جزئی از احتیاطات استاندارد می باشند.
- استفاده از وسایل حفاظت فردی احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملاً از بین نمی برند و فقط در صورتیکه درست استفاده شوند موثرند و جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت (شستن دست) نمی شوند.

بهداشت تنفسی - آداب عطسه و سرفه

Stop the spread of germs that make you and others sick!

Cover your Cough



Put your used tissue in the waste basket.



Cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze

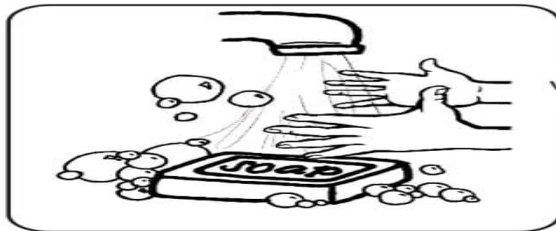
or

cough or sneeze into your upper sleeve, not your hands.



Clean your Hands

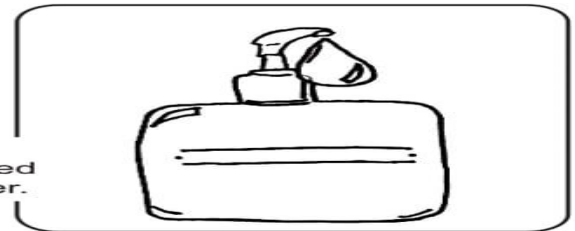
after coughing or sneezing.



Wash hands with soap and warm water

or

clean with alcohol-based hand cleaner.



□ توجه: بعضی از بیماری ها به بیش از یک نوع احتیاط نیاز دارند.

□ و در صورت نیاز به رعایت احتیاطات بیشتر از موارد فوق به صورت موردی به بخش مربوطه ابلاغ می گردد.

□ مانند: CCHF

ارزیابی

- دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است؟ (درایو Z)
- وسایل حفاظت فردی در مکان مشخص در بخش (پرسنل از آن مطلع باشند) و به تعداد کافی در دسترس پرسنل است؟
- راهنمای مصور نحوه استاندارد پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی موجود است ؟
- جهت اتاق ایزوله کیت وسایل حفاظت فردی به صورت کامل موجود است؟
- راهنماهای تصویری احتیاطات استاندارد تماسی-قطرات -هوایی موجود است؟
- راهنما یا پوستر موقعیت های استفاده از ماسک N95 در بخش یا اتاق ایزوله موجود است؟
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند؟(مستند با امضا پرستار -بهبهار -کمکبهبهار-خدمات-بیماربر)
- پرسنل نسبت به نحوه صحیح پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی عملاً آگاهی دارند؟
- پرسنل عملاً نسبت به وسایل حفاظت فردی مورد نیاز در احتیاطات استاندارد تماسی-قطرات -هوایی آگاهی دارند؟
- پرسنل نسبت به موقعیت های ماسک N95 و نحوه نگهداری و پوشیدن آن آگاهی دارند؟
- جهت بیماران از وسایل حفاظت فردی استاندارد بر اساس اندیکاسیون (دستکش، ماسک، شیلد و....) استفاده میشود؟
- در هنگام تماس با قسمت های آلوده بدن در یک بیمار ، دستکش عوض و بهداشت دست رعایت می شود؟
- وسایل حفاظت فردی بعد از استفاده به روش صحیح گندزدایی یا دور ریخته می شود؟

اتاق عمل

- جهت بیماران از وسایل حفاظت فردی بر اساس اندیکاسیون دستکش، ماسک، شیلد، عینک و.... استفاده میشود ؟
- پرسنل از دو جفت دستکش جراحی هنگام کار با بیماران - HIV,HBV,HCV یا عملهای فوق تمیز استفاده و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض می شود؟
- وسایل حفاظت فردی بعد از استفاده به روش صحیح گندزدایی یا دور ریخته می شود ؟
- در صورت حضور پرسنل در کد - CPR مجدداً لباس ها تعویض میگردد؟

□ روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی

در زمان هر گونه رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند.

□ همه کارکنان مراقبت پزشکی باید واکسیناسیون HBV را دریافت کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک یا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام دهند.

□ اقدامات بعد از مواجهه و اقدامات پیگیری:

- کلیه کارکنان بالینی در صورت مواجهه شغلی بلافاصله باید اقدامات ذیل را انجام دهند :
- شستشوی زخم با صابون و آب
- محل ورود شیء تیز را زیر فشار آب روان قرار دهند تا زمانی که خونریزی متوقف گردد. اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلول ها یا ژل شوینده دست تمیز کنند و از محلول های سفید کننده استفاده نکنند.
- در صورت آلودگی چشم یا مخاط، خودداری از مالش موضعی چشم و شستشوی چشم ها و غشا مخاطی با مقادیر زیاد آب تمیز یا اگر آب روان در دسترس نبود از سرم نرمال سالین استفاده کنند. روش کار به این شکل است : در صورت داشتن لنز روی چشم آن را خارج کنید و مواجهه یافته روی یک صندلی نشسته، او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید..
- خودداری از هر گونه دست کاری و فشردن یا مکیدن محل مواجهه یا پانسمان آن
- در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان: فوراً خون یا مایع را به بیرون بریزند. با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشویند و بیرون بریزند و چندین بار تکرار کنند. از صابون یا مواد ضد عفونی استفاده نکنند.
- سانحه را به صورت فوری به سوپروایزر بالینی در شیفتهای عصر و شب و ایام تعطیل و واحد بهداشت حرفه ای در شیفت های اداری گزارش می نمایند.

ارزیابی

- دستور العمل تزریقات ایمن ، روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی در بخش موجود است؟
- سفتی باکس به تعداد کافی با کیفیت مطلوب در جایگاه مناسب (ترالی دارو ،پانسمان و....) در دسترس می باشد؟
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند ؟ کلیه پرسنل درگیر به صورت مستند وبا امضا
- پرسنل طبق دستورالعمل تزریقات ایمن (نحوه استفاده از ویال های مولتی دوز، تکنیک استریل، حفظ زنجیره سرد در داروهای خاص ،عدم درپوش گذاری سرنگ مگر با روش خاص scoop ، عدم استفاده از سواب پنبه الکل از قبل آماده شده ،استفاده از وسایل یکبار مصرف با تاریخ معتبر بدون پارگی ، عدم خم نمودن و شکستن سرسوزن، استفاده از رسیور هنگام جابجایی وسایل نوک تیز و.....)عمل می نمایند؟
- پرسنل آگاهی لازم را در هنگام مواجهه با آسیب های شغلی دارند؟
- پیگیری از نظر انجام واکسن هیپاتیت و تعیین تیتر آنتی بادی پرسنل انجام شده است؟
- پرسنل از نحوه استفاده از سفتی باکس (عدم پرشدن بیش از $4/3$ و دفع همزمان سرنگ و سرسوزن ، ریختن بلافاصله وسایل نوک تیز ، جداسازی سوزن با درب سفتی باکس..) اطلاع دارند به آن عمل می کنند؟
- پرسنل از میزان مواجهات شغلی بخش خود و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه جهت کاهش مواجهات شغلی، آگاه و به آن عمل می کنند؟

روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت مجاری تنفسی

- روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت مجاری تنفسی در بخش موجود می باشد؟ (کلیه پرسنل مطلع باشند در ایو z)
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند؟
- پوزیشن سر بیمار در صورت کنترل اندیکه نبودن 30-45 درجه است؟
- ترشحات ریه ، بسته به نیاز بیمار ساکشن میشود؟
- از وسایل حفاظت فردی مناسب جهت انجام ساکشن استفاده می شود؟
- جهت هر بیمار ساکشن مجزا وجود دارد؟
- ساکشن با روش استریل انجام و کاتتر بعد از هر ساکشن تعویض و در صورت نیاز از سرم نمکی غیر قابل تزریق استریل استفاده میشود ؟
- جهت انجام بخور و همدیفایر از آب استریل استفاده میشود.؟
- بهداشت دهان (دهانشویه هر شیف-مسواک هر روز) انجام میشود.؟
- لوله های خرطومی در صورت وجود آلودگی بر اساس دستور العمل کمیته کنترل عفونت تعویض و فیلتر های یکبار مصرف و سایر فیلترها بر اساس دستور العمل کمیته کنترل عفونت تعویض یا اتوکلاو می شوند و بر روی لوله ها و فیلتر ها تاریخ نصب ، درج می گردد؟
- T-pic یکبار مصرف و طبق دستور العمل کمیته کنترل عفونت تعویض می شود؟

- رابط و بگ ساکشن یکبار مصرف بر اساس دستور العمل تعویض می شوند؟ باتل های چند بار مصرف، طبق دستور العمل بیمارستان گندزدایی و استفاده می شوند ؟
- از ماسک و کانول اکسیژن یکبار مصرف استفاده میشود؟ در صورت چند بار مصرف بودن بعد از هر بیمار گند زدایی می شوند ؟
- دستگاه ونتیلاتور و تجهیزات مرتبط (سطح دستگاه - فیلترها -لوله های خرطومی و ...) بر اساس دستور العمل گند زدایی و یا تعویض میشوند؟
- مخزن فلومتر اکسیژن/دستگاه بخور بر اساس دستور العمل شسته و گندزدایی و خشک نگهداری می شود ؟
- ترشحات غیر طبیعی تراشه ، در گزارش پرستاری ثبت و به پزشک معالج اطلاع داده می شود ؟
- در اولین زمان ممکن NG با دستور پزشک خارج میگردد؟
- سرنگ گاوآژ تاریخ دارد و در صورت آلودگی یا بر اساس دستور العمل کمیته کنترل عفونت تعویض می گردد ؟
- فشار کاف آندوتراکئال روزانه کنترل می شود؟

روش اجرایی پیشگیری و کنترل کتترهای عروقی

- محل ورود کاتتر با استفاده از الکل یا بتادین یا کلر هگزیدین توسط پزشک یا پرستار از **مرکز به خارج** به صورت دورانی ضد عفونی می گردد.
- رعایت نکات استریل و احتیاطهای استاندارد (کلاه، ماسک جراحی، دستکش استریل، گان استریل) و شان درپ استریل بزرگ و **اسکراپ جراحی** حین کارگذاری کاتتر مرکزی توسط پزشک رعایت می گردد.
- کاتترها توسط پرستار مسئول در محل خودفیکس و کاتترهای مرکزی در صورت لزوم پانسمان میگردند. هر زمان پانسمان آلودگی یا خیسی و... داشت بلافاصله با تکنیک آسپتیک و دستکش استریل تعویض می گردد. در غیر این صورت معمولاً "پانسمان گازی 48 ساعت و پانسمان شفاف هر 7 روز عوض می شود. (تعویض پانسمان و وضعیت آن در گزارش پرستاری ثبت می گردد)
- (استفاده از آنژیوکت فقط یک بار و در صورت عدم موفقیت آنژیوکت جدید)

ارزیابی

- روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای عروقی در بخش موجود می باشد؟
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند ؟
- پرسنل از روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای عروقی آگاهی دارند؟
- حین کار گذاری کاتتر مرکزی نکات استریل (اسکراب - پوشیدن گان استریل - کلاه و...) رعایت و تاریخ کاتتر گذاری ثبت می شود ؟
- تعویض کاتترهای محیطی و مرکزی و اتصالات آن طبق دستور العمل است ؟
- پانسمان کاتتر طبق دستور العمل تعویض می گردد ؟
- وضعیت کاتتر روزانه کنترل و در گزارش ثبت می گردد ؟

روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت کترهای ادراری

□ در مورد افراد پیر و ناتوان که توانایی مراقبت از خود را ندارند و بیماران غیر هوشیار بهداشت ناحیه پرینه و ناحیه تناسلی در هر شیفت توسط کمک بهیار بخش و با نظارت پرستار مسئول رعایت میشود. (ثبت گزارش با آب-سرم نمکی -یا آب و صابون یا استحمام بیمار)

□ تعویض کاتتر ادراری به صورت روتین توصیه نمی شود مگر در صورت اختلال در عملکرد، نشت یا انسداد سوند ادراری، آلودگی سوند و کیسه ادرار یا پارگی در محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار و بروز علائم بالینی عفونت بر اساس دستور پزشک کاتتر خارج و در صورت نیاز به تهیه نمونه کشت ادرار بعد از گذشت 2 هفته از کاتتریزاسیون ادراری مراتب به پزشک معالج یا متخصص عفونی اطلاع و در صورت تجویز پزشک بعد از تعویض سوند گرفته می شود .

□ عدم تعویض روتین بگ ادرار

□ هنگام تعویض بگ ادراری محل اتصال کاتتر به بگ با محلول
الکل - کلر هگزیدین ضد عفونی شود

- روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای ادراری در بخش موجود می باشد؟
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند؟
- کاتتر ادراری با رعایت نکات استریل جایگذاری و فیکس و تاریخ آن ثبت می گردد؟
- تعویض فولی و یورین بگ بر اساس دستور العمل کمیته کنترل عفونت است ؟
- کیسه های ادراری بالاتر از سطح زمین و پایین تر از سطح بدن بیمار حتی هنگام جابجایی ، قرار دارد و از خم و مسدود شدن و پیچ خوردگی جلوگیری می شود ؟
- شستشوی پرینه در هر شیفت یا حد اقل روزانه صورت می گیرد و در گزارش پرستاری ثبت می گردد؟
- بیمار دارای سوند روزانه از نظر علایم عفونت ادراری (سوزش،علائم عفونت و.... (کنترل می شود و در گزارش پرستاری ثبت و به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود ؟

روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی

- عفونت محل جراحی به دو دسته سطحی و عمقی تقسیم می شود:
- عفونت سطحی طی 30 روز پس از عمل جراحی روی داده و تتهاپوست و بافت زیر جلدی را درگیر کرده و با احتمال ترشح چرکی، دردناکی، ورم موضعی، قرمزی یا گرمی همراه است.
- عفونت عمقی طی 30 تا 90 روز بعد از جراحی بروز کرده و بافت های نرم عمق برش جراحی (فاسیا و لایه عضلانی) را درگیر کرده باشد. این نوع عفونت می تواند با ترشح چرکی، تب، حساسیت و دردناکی موضع و آبسه همراه باشد.
- عفونت ارگان یا فضای خاص متعاقب عمل جراحی طی 30 تا 90 روز بعد از جراحی بروز کرده و هر قسمت غیر از پوست را درگیر کرده است.

□ محدودیت ورود و خروج افراد در اتاق عمل و بسته بودن درب اتاق ها حین عمل

□ کنترل دما (23C - 20) و رطوبت (30-60%)

□ سرپرستار در صورت مغایرت اقدامات لازم با هماهنگی واحد بهداشت محیط را انجام می دهد .

- روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت موضع جراحی در بخش موجود می باشد؟
- پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند؟
- پرسنل از مفاد روش اجرایی کنترل عفونت های موضع جراحی در حیطه بیمار (شیو محل عمل در نزدیک ترین زمان عمل و ...) اطلاع دارند و به آن عمل می کنند؟
- پانسمان با وسایل استریل و تکنیک آسپتیک انجام می شود؟
- مشخصات زخم و هر گونه تغییرات غیر عادی در گزارش ثبت می گردد؟
- ستهای استریل لیبل با تاریخ معتبر و اندیکاتور داشته و بعد از کنترل در پرونده ثبت می گردند؟
- حمل ستهای استریل و غیر استریل در ظروف جدا با رنگ بندی متمایز می باشد؟
-
- محل نگهداری ستهای استریل مناسب است (در کابینت در بسته دور از رفت و آمد و گرد و غبار ، رطوبت -فاصله از سطح زمین و ...)؟

اتاق عمل

- کارکنان از مفاد روش اجرایی کنترل عفونت های موضع جراحی در حیطه پرسنل و محیط (عدم حضور پرسنل -
- دارای بیماری عفونی سر عمل، رعایت اصول آسپتیک حین عمل و کارگذاری وسایل داخل عروقی ، کاتترهای بیهوشی، بسته بودن درب اتاق عمل ،کنترل ورود و خروج ، استفاده از شان استریل جهت جداسازی فیلد جراحی وبیهوشی،تعویض مشمع و شان روی تخت بعد از عمل ، تفکیک عمل های عفونی و غیر از هم ، صحت فراینداستریلیزاسیون اندیکاتورها و ثبت در پرونده ، و .. به طور کامل اطلاع دارندو به آن عمل می کنند؟

روش اجرایی شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی

- روش اجرایی شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی ، دستورالعمل بیماری های واگیردار و پوستر بیماری های واگیردار فوری و غیر فوری ، موجود می باشد؟
- کلیه پرسنل در این خصوص آموزش دیده اند ؟
- بیماریهای مشمول گزارش (فوری و غیرفوری) طبق دستورالعمل به اطلاع سوپروایزر کنترل عفونت بالینی و کشیک مرکز بهداشت رسانده می شود ؟
- موارد مشکوک به عفونتهای بیمارستانی(تب -تغییر ظاهر زخم، ترشحات تنفسی، مشکلات ادراری شروع آنتی بیوتیک و.....) به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می گردد؟
- پرسنل از درصد میزان عفونتهای بیمارستانی و اقدامات اصلاحی جهت کاهش آن اطلاع دارند ؟

□ سرپرستار یا مسئول شیفت بخشهایی که بیمار بیش از 24 ساعت در آن بستری است روزانه در صورت تب بیماران ، تغییر زخم جراحی به نفع عفونت ، شروع آنتی بیوتیک جدید یا نظر پزشک مبنی بر عفونت بیمارستانی یا مراجعه مجدد بیمار با تب و عفونت از این مرکز و **سایر مراکز** ، مراتب را به سوپروایزرکنترل عفونت به صورت تلفنی یا توسط شبکه اطلاع میدهد.

روش اجرایی حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی

- بیماران که به دلایل مختلف دارای سیستم ایمنی ضعیف هستند یا از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی
- استفاده می کنند که فرد را مستعد ابتلا به انواع عفونت ها می کنند. مانند HIV ، نوتروپنی شدید کمتر از 500 / UL ، مایگنسیهای خونی و پیشرفته ، سوختگیهای شدید و...

- روش اجرایی حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی ، دستورالعمل حفاظت فردی و ایزولاسیون (قطرات-هوایی-تماسی-نقص ایمنی) در بخش موجود می باشد؟
- اتاق ایزوله معمولی یا فشار منفی و تجهیزات اختصاصی آن به ویژه موجود است؟
- پرسنل در خصوص آن آموزش دیده اند؟
- بیماران عفونی بر اساس راه انتقال و مقاومت انتی بیوتیکی ، جداسازی شده اند ؟
- بیماران دچار نقص ایمنی ، بر اساس روش اجرایی ایزوله شده و مراقبت صورت می گیرد؟
- وسایل حفاظت فردی اتاق ایزوله فقط برای همان اتاق استفاده می شود ؟
- رعایت نکات ایزولاسیون توسط تمامی رده ها منجمله خدمات یا همراه احتمالی صورت می گیرد ؟
- پرستار بیمار عفونی از غیر عفونی جدا می باشد ؟

روش اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک

- لیست آنتی بیوتیک فارماکوپه بیمارستان با نظر اعضاء کمیته کنترل عفونت و دستور العملهای کنترل عفونت به دو گروه تقسیم بندی می شود .
- یک گروه : آنتی بیوتیک هایی که بصورت روتین توسط کلیه پزشکان بیمارستان قابل تجویز هستند.
- گروه دیگر : آنتی بیوتیک هایی که تجویز آنها فقط بوسیله پزشکان متخصص عفونی (دستور العمل آنتی بیوتیک های پرهزینه) بیمارستان مورد قبول است. و این لیست در اختیار بخش ها قرار می گیرد.

- روش اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک، فایل مقاومت های میکروبی ، دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی و عفونتهای شایع در بخش موجود می باشد؟
- پرسنل در خصوص آن آموزش دیده اند؟
- هر نوع مقاومت آنتی بیوتیکی در پرونده بیماران ثبت میشود؟ (جواب کشت های بالینی همراه با آنتی بیوگرام)؟
- بیماران با مقاومت های آنتی بیوتیکی (MDR (Multiple drug resistance ایزوله می شوند ؟
- پرسنل از اجرام مقاوم بخش اطلاع دارند (نتیجه مقاومت های میکروبی)؟
- پرسنل از لیست آنتی بیوتیک های پرهزینه و استوارد شیب آنتی بیوتیکی (روش اجرایی) اطلاع و طبق آن عمل می کنند ؟
- اجرای آنتی بیوتیک پروفیلاکسی متناسب در بخش های جراحی یا در اتاق عمل ، قبل از عمل در زمان مناسب با دارو و دوز مناسب توسط سرپرستار نظارت و عدم انطباق ها به کمیته کنترل عفونت گزارش می شود ؟

اندوسکوپی

□ رفرنس آخرین دستورالعمل who

□ مراحل باز فراوری اندوسکوپ های انعطاف پذیر :

□ آماده سازی در بالین بیمار (پیش تمیز کاری):

□ تست نشت:

□ تمیز کردن دستی

□ آبکشی (اولین):

□ ضد عفونی: (اندوسکوپهای تهاجمی مانند آرتروسکوپ باید استریل شوند و غیر تهاجمی مانند برونکوسکوپ باید گندزدایی سطح بالا صورت گیرد .)

□ آبکشی (دومین آبکشی) :

□ خشک کردن

□ انبار کردن

دستور العمل اتصالات

- لیست اقدامات تهاجمی (درایو z)
- دستور العمل اتصالات