

خط مشی و روش، روش اجرایی، دستورالعمل بهداشت محیط

ردیف	خط مشی و روش	صفحه
۱	کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها	۳
ردیف	دستورالعمل	صفحه
۱	نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها / واحدها	۷
۲	نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس	۱۱
ردیف	روش اجرایی	صفحه
۱	نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد اولیه غذایی	۱۴
۲	نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ	۱۶
۳	نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا	۱۸
۴	رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخشهای ویژه	۲۰
۵	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	۲۲

خط مشی و روش

خط مشی و روش: کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها	دامنه: تصویربرداری، آنژیوگرافی، سنگ شکن
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PP-۰۱ صفحه: ۱ از ۳

دینفعان:

پرسنل شاغل در بخش های دارای اشعه (تصویربرداری، آنژیوگرافی، سنگ شکن)

فرد پاسخگو:

مسئول بهداشت محیط

تعاریف:

پرتو ها: شکلی از انرژی هستند که در خلاء یا ماده منتشر می شوند .
 پرتوهای یونساز : دسته ای از پرتو ها هستند که قابلیت یونسازی (تبدیل اتم به یون) دارند . پرتوهای X ، گاما ، آلفا ، بتا و از پرتوهای یونساز می باشند . این پرتوها در صورت برخورد با بافت زنده می توانند تغییراتی در مولکولهای DNA بدن ایجاد نموده و حتی می توانند منجر به بیماریهایی چون سرطان ، آب مروارید و مرگ گردند .
 پرتوهای غیر یونساز : این پرتوهای دارای انرژی کافی برای یونیزاسیون نمی باشند و شامل پرتوهای ماوراء بنفش ، نور مرئی ، اشعه مادون قرمز ، امواج ماکروویو و امواج رادیویی می گردند .
 اثرات احتمالی: به اثراتی گفته می شود که به میزان دز پرتو بستگی ندارد و تنها احتمال وقوع آن وجود دارد که این اثرات می توان به سرطانها اشاره نمود .
 اثرات قطعی: عوارضی هستند که اگر بدن بیش از یک دز معین از اشعه را دریافت کند حتما آن عوارض ظاهر خواهند شد . مانند اثرات خونی ، قرمز شدن پوست و
 پرتوگیری بالقوه: پرتوگیری که در شرایط عادی انتظار آن نمی رود ولی ممکن است در اثر وقوع سانحه در منبع و یا پیامد وقایع محتمل نظیر نقص فنی تجهیزات یا اشتباه انسانی رخ دهد .
 پرتوگیری پزشکی: پرتو گیری بیمار بواسطه تشخیص یا درمان در پزشکی و دندانپزشکی و همچنین پرتوگیری افرادی که داوطلب مراقبت یا پرستاری از بیمار هستند (به استثنای کارکنان) و یا پرتوگیری افرادی که داوطلب شرکت در برنامه تحقیقاتی پزشکی می باشد .
 پرتوگیری شغلی: مربوط به پرتوگیری کارکنان می باشد .
 پرتوگیری طبیعی: پرتوگیری ناشی از منابع طبیعی می باشد .
 پرتوگیری عادی: پرتوگیری قابل انتظار در شرایط عادی کار با منابع یا تأسیسات ، با در نظر گرفتن پرتو گیرهای ناشی از سوانح جزئی قابل کنترل .
 پرتوگیری مردم: پرتوگیری افراد جامعه ناشی از فعالیت پرتوی و منابع مجاز . پرتوگیری مردم شامل پرتوگیری شغلی ، پزشکی و یا زمینه طبیعی محیط نمی باشد .

خط مشی و روش: کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها	دامنه: تصویربرداری، آنژیوگرافی، سنگ شکن
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PP-۰۱ صفحه: ۲ از ۳

بیانیه خط مشی و روش:

با توجه به اینکه پرتوهای یونساز مانند یک شمشیر دولبه بوده و در صورت عدم استفاده صحیح از آنها می تواند برای سلامتی کارکنان و بیماران خطر ناک باشد لذا رعایت اصول بهداشتی و حفاظتی در مراکز کار با پرتوهای یونساز ضروری و اجتناب ناپذیر است. بر این اساس کنترل حفاظتی و بهداشتی مراکز پرتویزشکی به عهده واحد بهداشت پرتوهای گروه بهداشت محیط مرکز بهداشت استان می باشد

شیوه انجام کار: (شیوه انجام کار بصورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجرا)

- ۱- وضعیت ساختمانی بخش رادیولوژی توسط مرکز بهداشت استان تایید شده است.
- ۲- اتاق عکسبرداری به طرز مناسب حفاظ گذاری (به وسیله سرب کوبی) گردیده تا از نشر هر گونه اشعه به بیرون جلوگیری گردد.
- ۳- مسئول فیزیک بهداشت مرکز بهداشت استان هر سال جهت انجام دزیمتری بخش رادیولوژی مراجعه و نتیجه گزارش مربوطه را به بیمارستان ارسال می نماید.
- ۴- وسایل حفاظت فردی مورد نیاز توسط مسول بخش تهیه و در اختیار کارکنان بخش رادیولوژی قرار گرفته است.
- ۵- مسول فنی و مسول بخش آموزش لازم را در مورد حفاظت در برابر اشعه به کارکنان آرایه می دهند.
- ۶- جهت حفاظت فردی پرسنل مسول بخش در هنگام ورود پرسنل جدید یک دوزیمتر فردی (فیلم بج) در اختیار وی قرار می دهد.
- ۷- نتیجه پرتوگیری هر دو ماه یکبار توسط مسول بخش برای مراکز کار با اشعه ارسال می گردد.
- ۸- در صورتی که پرتوگیری فرد بیش از حد مجاز باشد علت آن باید توسط مسول بخش و مسول فیزیک بهداشت بررسی و نتیجه آن به امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران ارسال گردد تا اقدامات لازم در این زمینه انجام گیرد.
- ۹- کارکنان بخش رادیولوژی معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری مسول بهداشت حرفه ای بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز اقدامات مداخله ای توسط مسول بهداشت حرفه ای انجام می پذیرد.

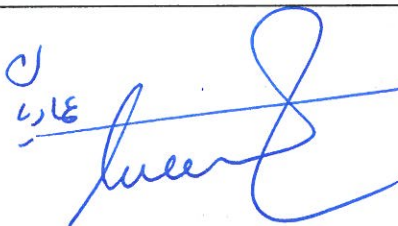
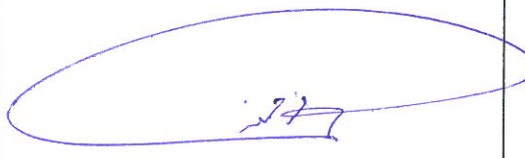
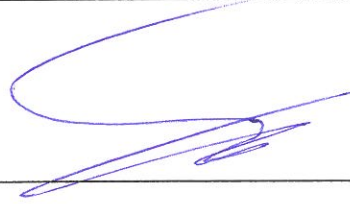
نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

سرب کوبی دیوار ها ، فیلم بج
مسئول بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای ، پرسنل رادیولوژی

منابع:

دستورالعمل کار با پرتوها مربوط به سازمان انرژی اتمی

خط مشی و روش: کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پر توها	دامنه: تصویربرداری، آنژیوگرافی، سنگ شکن
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PP-۰۱ صفحه: ۳ از ۳

تهیه کنندگان: خانم مهندس عمادیان آقای فرحمند	سمت: کارشناس مسئول بهداشت محیط سوپروایزر رادیولوژی	امضاء: 
		
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستور العمل

دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۱	کد سند: EH-WI-۰۱
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۱ از ۴
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

باتوجه به اهمیت نظافت و گندزدایی در بیمارستان و ارتباط مستقیم آن بر کلیه بیماران پرسنل و عفونتهای بیمارستانی و با هدف رعایت اصول و دستورالعملهای گندزدایی و نظافت و اجرای صحیح آن در بیمارستان

تعاریف:

پاک کردن : زدودن تمام مواد خارجی از روی اشیاء که به طور معمول با استفاده از آب همراه یا بدون ماده دترجنت یا محصولات آنزیمی ممکن می شود .
رفع آلودگی : زدودن میکروارگانیسم های پاتوژن از روی اشیاء در حدی که در زمان جمع آوری و دست زدن به این اشیاء مشکلی پیش نیاید(بی خطر باشند).
گندزدایی : حذف تعداد زیاد یا همه میکروارگانیسم های پاتوژنی که بر روی اشیاء بی جان وجود دارند بجز اسپور باکتری ها
پاک کننده :موادی هستند که باعث زدودن چرک و کثافات می گردند . این مواد از نظر گندزدایی دارای اثر خوبی نبوده ولی سطوح را از مواد چربی و میکروب های حاوی موجود پاک می کنند .
مواد گندزدا: موادی هستند که به وسیله فرمول شیمیایی خود عوامل بیماریزای زنده را از روی سطوح حذف و یا غیر فعال میکنند(شامل مواد گندزای low level, intermediate level و high level می باشند .

شرح اقدامات:

- ۱- بیمارستان با تدوین کتابچه راهنمای گندزدایی، دستورالعملهای نظافت و گندزدایی تمامی سطوح و تجهیزات بیمارستانی را تعریف نماید.
- ۲- شستشوی هفتگی شامل شستشو دیوار تا سقف، کف و تمامی تجهیزات و قسمتهای مختلف بخشها برای بخشهای ویژه مانند ICU, G, NICU, CSSD باتوجه به روتین بخش انجام گردد
- ۳- هر بخشبرنامه نظافت روتین وهفتگی مخصوص به خود دارد که از روی کتابچه راهنمای موجود در بخش اقتباس شده است.
- ۴- درمورد تهویه و دریچه های مطبوع با توجه به نوع بخش بصورت ماهیانه یا فصلی نظافت و گندزدایی صورت گیرد.
- ۵- کلیه پرسنل خدمات موظف به انجام گندزدایی و نظافت روتین بخشها و واحدها بر طبق کتابچه راهنمای گندزدایی ابلاغ شده موجود در بخش میباشد.
- ۶- چک لیست درخصوص بهداشت محیط جهت تمام قسمت ها توسط مسئول بهداشت محیط تهیه گردد.
- ۷- چک لیست نظافت دوره ای در هر بخش موجود و توسط مسئول هر بخش تکمیل و توسط کارشناس بهداشت محیط کنترل گردد.
- ۸- برنامه واشینگ و مدت هر برنامه در چک لیست موجود بوده توسط بهداشت محیط در بدو ورود و جلسات درون بخشی و عمومی آموزش داده شود
- ۹- گزارش بهداشتی به مدیربیمارستان توسط مسئول بهداشت محیط داده شودبررسی موارد ومشکلات موجود درکمیته کنترل عفونت وبهداشت محیط توسط مسئول بهداشت محیط ارائه شود.
- ۱۰- آموزش مداوم به پرسنل توسط مسئول بهداشت محیط داده شود.
- ۱۱- نظارت وبررسی روزانه توسط مسئول خدمات صورت گیرد.

دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۱ صفحه: ۲ از ۴

۱۲- نظارت بر استفاده بهینه از مواد شوینده و گندزدا توسط مسئولین بخش ها و مسئول بهداشت محیط و مسئول خدمات صورت گیرد.

۱۳- کتابچه راهنمای گندزدایی بیمارستان و بهداشت محیط و آموزش به پرسنل هدفیه و موجود بودن یک نسخه در بخش

۱۴- نظارت بر میزان اثربخشی آموزش های داده شده توسط مسئول بهداشت محیط و مسئول خدمات انجام شود.

بر اساس احتمال آلودگی و سطح ضد عفونی لازم روش های زیر بکار گرفته شود :

۱. مناطق اداری که تماسی با بیماران ندارند نظافت معمولی کافی است .

۲. مناطق مراقبت از بیمار :

✓ تی کشی مرطوب با استفاده از محلول های گندزدایی موجود در بیمارستان توسط خدمات انجام گیرد.

✓ نظافت و دستمال کشی کلیه سطوح با استفاده از محلول های گندزدایی موجود انجام گیرد.

۳. مناطق پر خطر مثل اتاق های ایزوله و بخش های ویژه که با بیماران عفونی سرو کار دارند :

✓ تمیز کردن با محلول های پاک کننده و گندزدا

✓ نظافت و دستمال کشی کلیه سطوح با استفاده از محلول های موجود

۴. نظافت روزانه سرویس های بهداشتی در چند نوبت و در کلیه نوبتهای کاری

۵. کنترل و نظافت روزانه سطوح زباله موجود در بخشها

۶. کنترل و نظافت کلیه دریچه های تهویه هوای مطبوع

۷. کنترل و نظافت کلیه تجهیزات الکتریکی شامل، تجهیزات مراقبت از بیمار، تجهیزات مصرفی الکتریکی موجود در بخش مانند

تلویزیون، کنترل و تلفن و مانیتور،

۸. نظافت پرده های اتاق بیماران

۹. نظافت و گندزدایی ترالی های حمل غذا، نظافت بین های پسماند و لنژری

۱۰. نظافت ایستگاه پرستاری، انبارها و آبدارخانه

لکه زدایی خون و مایعات بدن:

۱- لیست موادشیمیایی، خطرناک و گندزدا توسط مسئول بهداشت محیط در اختیار بخشها به تفکیک هر بخش قرار داده شود.

۲- دستورالعمل ایمنی موادشیمیایی و گندزدا توسط مسئول بهداشت محیط به بخش ها داده شود

۳- به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا ، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولا کافی است ولی اگر

ترشحات، حاوی ارگانسیم های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گند زدا استفاده کرد.

۴- برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بار مصرف پوشید و اگر خطر آلودگی

لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یک بار مصرف) استفاده گردد .

۵- در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون در محیط (به دلیل احتمال آلودگی با عوامل بیماری زا منتقله از راه خون

مانند HIV و ...) انجام مراحل زیر ضروری است:

۱- دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها توسط خدمات پوشیده شود.

۲- خون و مواد آلوده با حوله یک بار مصرف جمع آوری و پاک شود . (حوله یک بار مصرف به دستمال کاغذی و یا ساخته شده از الیاف

پنبه گفته می شود که فقط یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس همانند دیگر زباله ها از بین می رود.)

۳- محل مورد نظر را با محلول پاک کننده پاک نو شسته تا آلودگی حذف و پاک گردد.

۴- برای گندزدایی با استفاده از محلول گندزدایی سطوح و کف موجود در بخشها با رقت (۲الی ۳٪) بر روی محل مورد نظر اسپری نموده

و پس از ۳۰ ثانیه تا ۱ دقیقه با دستمال نظیف انجا را پاک نمایید. در نهایت تی کشی به صورت دورانی انجام گردد.

دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۱	کد سند: EH-WI-۰۱
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۳ از ۴
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

- در صورتی که حجم خون زیاد بوده و دارای اشیا نوک تیز مانند شیشه شکسته باشد:
- دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها توسط خدمات پوشیده شود.
 - قراردادن دستمال نظیف یکبار مصرف و یا کاغذی بر روی مایع ریخته شده جهت جلوگیری از انتشار بیشتر و ریختن ماده گندزدای ۲٪ بر روی آن
 - جمع کردن دستمال پس از ۱۰ دقیقه و اشیا نوک تیز با جارو و دفع شیشه های شکسته در سفتی باکس و دستمال در سطل عفونی
 - پاک کردن محل بوسیله ماده شوینده (پاکتو) و دستمال نظیف
 - گندزدایی محل مورد نظر بوسیله ماده گندزدای سطوح با رقت ۲٪
- در صورتی که لکه مورد نظر خون خشک باشد مراحل زیر طی گردد:
- دستکش توسط خدمات پوشیده شود.
 - مقداری از محلول پاک کننده پاکتو بر روی لکه اسپری گردد و سپس آن را با دستمال پاک کنید.
 - برای گندزدایی از محلول موجود در بخش با رقت (۲ الی ۳٪) استفاده نموده و آن را بر روی محل مورد نظر اسپری نمایید و پس از ۱ دقیقه آن را پاک نمایید.
- ریخته شدن مواد شیمیایی در محیط :
- از ماسک ، دستکش و دیگر تجهیزات حفاظت فردی توصیه شده استفاده نمائید (به برگه اطلاعات ایمنی ماده مورد نظر مراجعه کنید).
 - ماده شیمیایی را با حوله یکبار مصرف جمع آوری کرده و در کیسه زباله سفید رنگ مخصوص جمع آوری زباله های شیمیایی و دارویی بریزید .
 - محل مورد نظر را با آب شسته و یا با تی نخی نمدار به صورت دایره ای آنرا پاک می نماییم.

منابع و امکانات و گارگنان مرتبط:

کتابچه راهنمای گندزدایی بیمارستان
لیست گندزداهای موجود در بیمارستان و جداول رقیق سازی
چک لیست ها و برنامه های نظافت روتین و هفتگی
بروشور لکه زدایی خون و مایعات بدن نصب شده در بخش ها و واحدها
کلیه خدمات ، مسئول خدمات ، کارشناس بهداشت محیط ، مسئول بخش

منابع:

کتابچه راهنمای گندزدایی بیمارستان

دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۱	کد سند: EH-WI-۰۱
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۴ از ۴
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

تهیه کنندگان: خانم عمادیان آقای نقبی	سمت: کارشناس مسئول بهداشت محیط مسئول خدمات	امضاء: 
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستورالعمل: نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۲ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با هدف اجرای صحیح موازین بهداشتی در آمبولانس های مستقر در بیمارستان برای جلوگیری از انتشار آلودگی ها بیمارستان سیاست خود را در تدوین این دستورالعمل قرار داده است .

تعاریف:

شرح اقدامات:

- ۱- تجهیزات آلوده در حداقل زمان و قبل از ماموریت بعدی باید تمیز و ضدعفونی شود.
- ۲- برای جلوگیری از سرایت بیماریهای عفونی حتماً برای تمیز کردن و ضدعفونی آمبولانس دستکش استفاده شود و بعد از درآوردن دستکش، مالش و ضدعفونی دستها انجام گیرد.
- ۳- سطح تشک های آمبولانس و سایر سطوح، باید با محلول گندزدای رایج در بیمارستان روزانه، ضدعفونی گردد.
- ۴- زباله های عفونی باید در محفظه هایی که نشان دهنده وجود ماده ضدعفونی (کیسه های زرد رنگ) جمع آوری و دفع گردد.
- ۵- اشیاء نوک تیز و برنده مانند سرسوزن، تیغه بیستوری، شیشه های شکسته در سفتی باکس دفع گردد.
- ۶- تجهیزات تنفسی و ساکشن باید گندزدایی در سطح بالا انجام شود.
- ۷- تمام سطوح آغشته با مایعات بدن بیمار و تجهیزات، بایستی تمیز و گندزدایی گردد.
- ۸- برای تهیه آمبولانس در صورت نیاز اگر بیمار دارای بیماری مسری بوده پنجره های کابین نیمه باز باشد و در صورت بسته بودن تصفیه کننده هوا یا سیستم تهویه فعال شود.
- ۹- وسایل حفاظت فردی (ماسک، دستکش، گان، عینک یا محافظ صورت) باید در آمبولانس موجود باشد و بهتر است یک دست لباس، برای تعویض لباسهای آلوده داخل آمبولانس باشد.

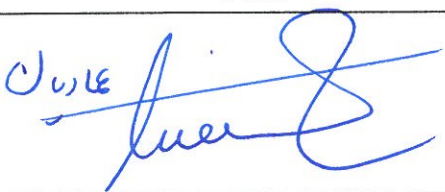
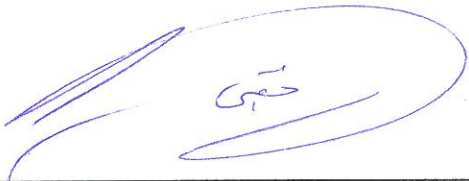
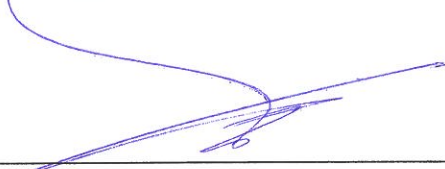
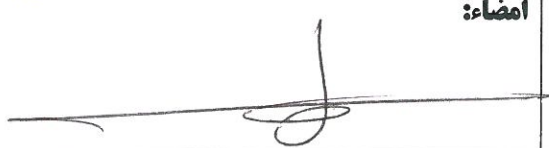
منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

چک لیست نظافت آمبولانس ، نامه ابلاغ شده دستورالعمل
دفتر پرستاری ، مسئول خدمات ، کارشناس بهداشت محیط

منابع:

کتابچه راهنمای گندزدایی بیمارستان

دستورالعمل: نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۲ صفحه: ۲ از ۲

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم عمادیان آقای نقبی	کارشناس مسئول بهداشت محیط مسئول خدمات	
		
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی

روش اجرایی: نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد غذایی	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۱ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت ارائه خدمات مناسب به بیماران و کارکنان و با هدف اطمینان از رعایت اصول بهداشت مواد غذایی

تعاریف:

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- کلیه مواد غذایی با نظر کارشناس تغذیه بیمارستان تهیه میگردد.
- ۲- نظارت بر مواد غذایی از نظر استانداردهای بهداشتی از قبیل بسته بندی، پروانه بهداشتی، دارا بودن مهر استاندارد و سیب سلامت و داشتن تاریخ تولید و انقضا توسط کارشناس بهداشت محیط در بازدیدهای هفتگی انجام میگردد
- ۳- مواد پروتیینی باید از مراکز معتبر و مورد تایید خریداری شده و مهر دامپزشکی بر روی گوشت ها موجود باشد.
- ۴- حمل مرغ و گوشت از محل خریداری تا بیمارستان به وسیله ماشین مخصوص دارای کد بهداشتی انجام میگردد و زنجیره سرد آن ها رعایت میگردد.
- ۵- خریداری اقلام غذایی فله و بدون بسته بندی مناسب و خانگی ممنوع می باشد.
- ۶- مواد غذایی مصرفی باید به مقدار مناسب خریداری شده تا از انبار کردن بیش از حد آنها جلوگیری شده و تازگی آنها حفظ می گردد.
- ۷- خرید در بیمارستان بر عهده مسئول خرید آشپزخانه و با نظارت مسئول آشپزخانه، کارشناس تغذیه و کارشناس بهداشت محیط انجام می گیرد.
- ۸- اطلاعات ماشین های حمل مواد پروتیینی در اسناد آشپزخانه توسط مسئول آشپزخانه نگهداری گردد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

ماشین مخصوص دارای کد بهداشتی
ماشین های حمل مواد پروتیینی
کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تغذیه، پرسنل آشپزخانه

منابع:

دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع و نگهداری و حمل و نقل و فروش مواد غذایی و آشامیدنی، تجربه بیمارستان

روش اجرایی: نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد غذایی	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۱ صفحه: ۲ از ۲

تهیه کنندگان: خانم عمادیان خانم نصیری خانم کریم زاد حق	سمت: کارشناس مسئول بهداشت محیط کارشناس تغذیه مسئول آشپزخانه	امضاء:
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روشی اجرایی: نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۲ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت ضوابط مربوط به آماده سازی و طبخ مواد غذایی و با هدف رعایت اصولی آن در واحد آشپزخانه بیمارستان سیاست خود را بر تدوین این روش اجرایی قرار داده است.

تعاریف:

گواهینامه آموزش بهداشت عمومی:

این گواهینامه پس از گذراندن دوره های تخصصی کلاس با توجه به صنف مورد نظر در آموزشگاه های بهداشت اصناف تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان به فرد اعطا میگردد و ۳ سال اعتبار دارد و برای کلیه پرسنلی که در اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی مشغول به کارند الزامی می باشد.

کارت تندرستی :

برای کلیه پرسنل شاغل در اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی الزامی است و پس از دادن آزمایشات سه نوبته کشت مدفوع و در صورت تایید پزشک معتمد مراکز بهداشتی درمانی توسط بازرس بهداشت محیط آن مرکز صادر و مدت اعتبار آن ۶ یا ۱ ساله می باشد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- کلیه پرسنل شاغل در آشپزخانه دارای کارت تندرستی و گواهینامه آموزش بهداشت عمومی دارای اعتبار می باشند. و از اشتغالی که دارای این الزامات نبوده و یا تاریخ آن اتمام یافته جلوگیری میگردد.
- ۲- پرسنل شاغل آموزش دیده و آگاه به مسئولیت های خود می باشند.
- ۳- برای هر کار و فرآیند پرسنل مشخص شده می باشد.
- ۴- محل آماده سازی و طبخ غذا از یکدیگر جدا میباشد.
- ۵- کلیه سبزیجات در اتاق آماده سازی مخصوص توسط فرد مشخص آماده سازی میگردد.
- ۶- شستشو و سالم سازی سبزیجات بر طبق دستورالعمل آن که در محل نصب شده و توسط پرسنل مسئول همین کار انجام میگردد.
- ۷- آماده سازی مواد پروتینی در اتاق آماده سازی مخصوص و توسط پرسنل مسئول همین کار انجام میگردد.
- ۸- کلیه ابزار و میزهای کار آماده سازی جداگانه می باشد.
- ۹- پرسنل آشپزخانه جهت آماده سازی از دستکش، کلاه و پیش بند و لباس کار مناسب و تمیز استفاده می نمایند.
- ۱۰- از اشتغال پرسنلی که دارای بیماری های رده ای و واگیر دار بوده جلوگیری می گردد و تا تایید پزشک اجازه کار در آشپزخانه ندارند.
- ۱۱- نگهداری مواد غذایی با توجه به دمای مورد نیاز با نوع ماده غذایی انجام میگردد.
- ۱۲- یخچال های نگهداری سبزیجات، مواد پروتینی جداگانه و مشخص می باشد.
- ۱۳- دمای نگهداری مواد غذایی فاسد شدنی توسط دماسنج روزانه در دو دونوبت کنترل می گردد.
- ۱۴- مواد پروتینی پس از پاک و قطعه شدن باید تاریخ انقضا و تاریخ خرید آنها بر روی بسته بندی نصب درج گردد.

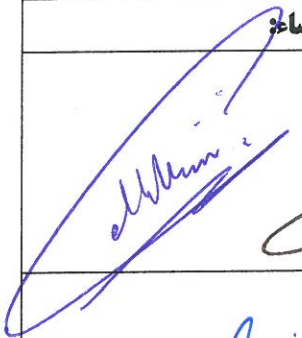
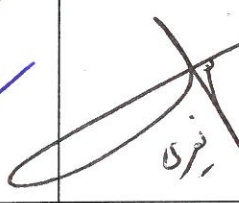
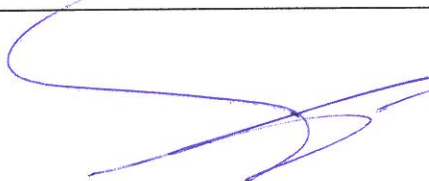
روش اجرایی: نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۲ صفحه: ۲ از ۲

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

ابزار و میزهای کار، دستکش، کلاه و پیش بند و لباس کار، یخچال، دماسنج روزانه
 کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تغذیه، پرسنل آشپزخانه

منابع:

تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان: خانم عمادیان خانم نصیری خانم کریم زاد حق	سمت: کارشناس مسئول بهداشت محیط کارشناس تغذیه مسئول آشپزخانه	امضاء:  	
			
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 	

روش اجرایی: نظارت بر ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۳ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت ارائه خدمات بهداشتی و اصولی تغذیه و باتوزیع مناسب و درست و سالم مواد غذایی تهیه شده در کلیه وعده های غذایی بین بیماران و کارکنان

تعاریف:

گواهینامه آموزش بهداشت عمومی:
این گواهینامه پس از گذراندن دوره های تخصصی کلاس با توجه به صنف مورد نظر در آموزشگاه های بهداشت اصناف تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان به فرد اعطا میگردد و ۳ سال اعتبار دارد و برای کلیه پرسنلی که در اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی مشغول به کارند الزامی می باشد.
کارت تندرستی:
برای کلیه پرسنل شاغل در اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی الزامی است و پس از دادن آزمایشات سه نوبته کشت مدفوع و در صورت تایید پزشک معتمد مراکز بهداشتی درمانی توسط بازرس بهداشت محیط آن مرکز صادر و مدت اعتبار آن ۶ یا ۱ ساله می باشد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- توزیع غذا در کلیه بخش ها و واحدها تنها توسط پرسنل توزیع غذا انجام میگردد و انجام این کار توسط سایر پرسنل و خدمات در بیمارستان ممنوع می باشد.
- ۲- در هنگام توزیع غذا استفاده از پوشش تمیز و مناسب و دستکش توسط پرسنل توزیع غذا استفاده میگردد.
حمل مواد غذایی در هنگام توزیع توسط ترالی های مخصوص حمل مواد غذایی و یا وارمرهای مخصوص توزیع غذا توسط پرسنل توزیع غذا انجام میگردد.
- ۳- جهت جابجایی ترالی ها و وارمرهای مواد غذایی صرفا از آسانسور حمل غذا استفاده میگردد و استفاده از سایر آسانسورها ممنوع می باشد.
- ۴- پرسنل در هنگام سرو غذا باید از دستکش، کلاه، ساق بند برای آقایان و پیش بند مناسب و تمیز استفاده نمایند.
- ۵- پرسنل در هنگام سرو غذا باید از خازاندن صورت، چشم و بینی خود اجتناب نمایند.
- ۶- عطسه و سرفه در هنگام سرو غذا باید با رعایت مواردی مانند استفاده از دستمال و یا تکنیک آرنج انجام گیرد.
- ۷- برای سرو غذا از ظروف مناسب از نظر سالم بودن و عدم شکستگی و مورد تایید وزارت بهداشت انجام گیرد.
- ۸- سرو غذا در ظروف یکبار مصرف غیر استاندارد و غیر گیاهی ممنوع می باشد.
- ۹- سرو مایعات داغ در ظروف یکبار مصرف پلاستیکی ممنوع میباشد.

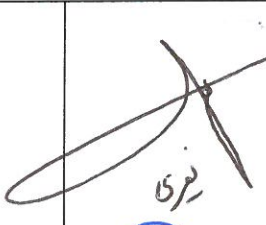
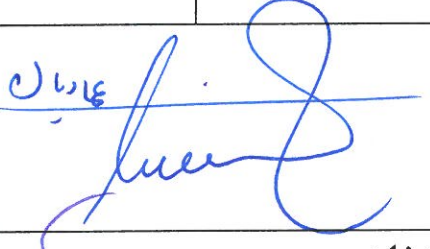
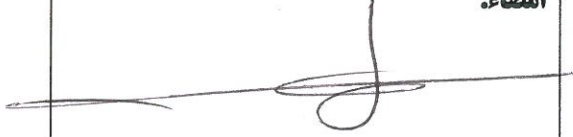
روشی اجرایی: نظارت بر ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا	دامنه: واحد آشپزخانه
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۳ صفحه: ۲ از ۲

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

ترالی های گرم/ ترالی های انتقال غذا به داخل بخشها / آسانسورهای تغذیه/ ظروف سرو غذا
کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تغذیه، پرسنل آشپزخانه

منابع:

تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان: خانم عمادیان خانم نصیری خانم کریم زاد حق	سمت: کارشناس مسئول بهداشت محیط کارشناس تغذیه مسئول آشپزخانه	امضاء: 
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روشن اجرایی: رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری	دامنه: بخش های ویژه، آشپزخانه
در بخش های ویژه	
شماره ویرایش: ۰	کد سند: EH-PR-۰۴
تاریخ بازنگری: ۰	صفحه: ۱ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

با توجه به اهمیت عدم استفاده مجدد از اقلام یکبار مصرف در جلوگیری از شیوع و انتقال بیماریهای عفونی، با هدف جلوگیری از انتقال عفونت و ارتقا سطح سلامت

تعاریف:

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- پرسنل توزیع غذا موظفند برای بیماران بستری در بخش های ویژه مانند (اورژانس، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز و شیمی درمانی) از ظروف یکبار مصرف مورد تأیید و دارای مجوز استفاده نموده (پایه گیاهی) کیسه زباله جهت بیخطر سازی توسط خدمات به واحد پسماند انتقال مییابد
- ۲- پرستاران و یا مسئول بخش ها موظفند در هنگام دادن آمار غذایی به فرد آمارگیر در صورت وجود بیمار خاص نیازمند به گرفتن سرویس در ظروف یکبار مصرف این امر را اطلاع دهند.
- ۳- پرسنل توزیع غذا برای ورود به اتاق های ایزوله و سرو غذا به این بیماران موظفند کلیه ضوابط مربوط به ورود به این اتاق ها از قبیل پوشیدن کاور کفش و گان و دستکش را رعایت نمایند.
- ۴- کلیه باقیمانده مواد غذایی بخش های ویژه به عنوان پسماند عفونی شناخته شده و نباید با سایر باقیمانده های مواد غذایی یکجا جمع آوری گردند.
- ۵- باقیمانده مواد غذایی بخش های ویژه به همراه ظروف، لیوان و قاشق و چنگال یکبار مصرف در کیسه زرد دفع شده و سپس بیخطر سازی میگردند.
- ۶- به هیچ وجه نباید برای بیماران دارای مشکل عفونی شناخته شده از ظروف عمومی بیمارستان استفاده نمود و استفاده از ظروف یکبار مصرف الزامی می باشد.
- ۷- ظرف مورد استفاده یکبار مصرف بر پایه گیاهی و مورد تایید می باشد.
- ۸- مسئولین بخشها در بخش عفونی بودن بیمار و بستری در اتاق ایزوله موظف اند به کارشناس تغذیه و پرسنل توزیع غذا اطلاع دهند.
- ۹- برای توزیع چای و آب جوش حتما از فنجان و یا لیوان شیشه ای و یا چینی استفاده شده و در صورت استفاده از لیوان یکبار مصرف حتما گیاهی و یا کاغذی باشد و استفاده از لیوان های پلاستیکی معمولی جهت سرو مایعات داغ ممنوع می باشد.
- ۱۰- همواره در انبار ظروف آشپزخانه ظروف یکبار مصرف گیاهی موجود بوده و وجود یکبار مصرفی غیر از آن ممنوع می باشد.

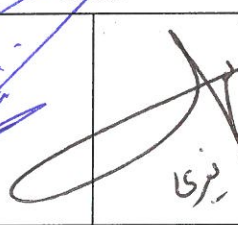
روشن اجرایی: رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری	دامنه: بخش های ویژه، آشپزخانه
در بخش های ویژه	
شماره ویرایش: ۱	کد سند: EH-PR-۰۴
تاریخ ابلاغ: ۹۵/۹/۱	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۹/۱	

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

ظروف یکبار مصرف، کیسه زباله، کاور کفش و گان و دستکش
کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تغذیه، پرسنل توزیع غذا

منابع:

تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم عمادیان خانم نصیری خانم کریم زاد حق	کارشناس مسئول بهداشت محیط کارشناس تغذیه مسئول آشپزخانه	
نایب کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روشی اجرایی: پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	دامنه: کلیه واحدها و بخش ها
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۵ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت انجام فرآیند اصولی جهت کاهش صدمات ناشی از ساخت و ساز باهدف جلوگیری از مشکلات ثانویه در پرسنل و مراجعه کنندگان، کاهش مخاطرات و آلودگیها یناشی از اقدامات عمرانی (ساخت و ساز ، بنایی ، تعمیرات و...) ، بیمارستان سیاست خود را کاهش مخاطرات و صدمات برای کارکنان قرار داده است.

تعاریف:

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- برگزاری کمیته بهداشت محیط در مورد استانداردهای مکان ساخت و رعایت الزامات با حضور مدیریت و اعضای کمیته بهداشت محیط
- ۲- انتقال بیماران و ویرامراجعین از محیطهای در حال ساخت و ساز بانظارت کارشناسان بهداشت محیط و کنترل عفونت توسط خدمات انجام میگردد.
- ۳- کاهش تردد غیر ضروری در قسمتهای در حال ساخت و ساز.
- ۴- نصب علائم هشدار دهنده با توجه به نوع ساخت و ساز و آلاینده های احتمالی ایجاد شده توسط کارشناس بهداشت محیط انجام میشود.
- ۵- در صورت امکان جداسازی (از طریق پاراوانهای ازپیش ساخته و محصور نمودن محیط) بخشها و واحدها در حال بهسازی از سایر قسمتهای بیمارستان .
- ۶- ارائه راهکارها و پیشنهادات در صورتیکه امکان ساخت و ساز در زمانهای خارج از پیک کاری توسط کارشناس بهداشت محیط
- ۷- نظارت و پیگیری مستمر در راستای تسریع فعالیتهای ساخت و ساز توسط کارشناس بهداشت محیط انجام میگردد.
- ۸- اعلام و ارائه مستندات و پایش در کمیته بهداشت محیط صورت میگردد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

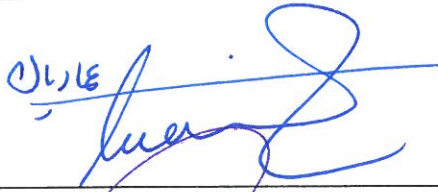
- طراحی و نصب تابلوهای هشدار مرتبط
- صورتجلسات کمیته بهداشت محیط

کارشناس بهداشت محیط ، مسئول تاسیسات ، مسئول ساختمان ، خدمات

منابع:

تجربه بیمارستان

روشن اجرایی: پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	دائمه: کلبه واحدها و بخش ها
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-PR-۰۵ صفحه: ۲ از ۲

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم عمادیان آقای صاحبی	کارشناس مسئول بهداشت محیط مسئول پشتیبانی	
تاییدکننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	