

خط مشی و روش، روش اجرایی، دستورالعمل

پیشگیری و کنترل عفونت

ردیف	خط مشی و روش	صفحه
۱	ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	۳
ردیف	دستورالعمل	صفحه
۱	استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت	۱۰
ردیف	روش اجرایی	صفحه
۱	مدیریت مواجهه شغلی	۱۶
۲	پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی یا محل نمونه برداری	۲۱
۳	پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد میشود	۲۴
۴	پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای عروقی	۲۷
۵	پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای ادراری	۳۰
۶	پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپها	۳۲
۷	"مصرف منطقی آنتی بیوتیکها" حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعملهای مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی	۳۴
۸	حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی	۳۸
۹	شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی	۴۱

خط مشی و روش

خط مشی و روش : ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و باراکلینیکی
در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	
شماره ویرایش: ۰	کد سند: IC-PP-01
تاریخ بازنگری: ۰۰	صفحه: ۱ از ۶
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

صاحبان فرآیند و ذینفعان:

پزشکان ، پرستاران و سایر کارکنان بالینی و بیمار

فرد پاسخگو:

سوپروایزر کنترل عفونت

تعاریف:

هندراب (Handrub) : ضدعفونی دست ها بوسیله محلول ضدعفونی با پایه الکلی به روش مالش دو دست بر یکدیگر . در این خط مشی از کلمه هندراب استفاده می گردد .
هندواش (Handwash) : شستشوی دست ها بوسیله آب و صابون در این خط مشی از کلمه هندواش استفاده می گردد .
اسکراب (Scrub) : روش شستشو و ضدعفونی دست ها تا بالای بازو (آرنج) برای آمادگی قبل از انجام هر نوع پروسیجر تهاجمی . در این خط مشی از کلمه اسکراب استفاده می گردد .
اسکراب جراحی (Scrub surgical) : شستشو و ضدعفونی دست ها بوسیله محلول دارای پایه کلرهگزیدین 4% یا ترکیبات ید به روش اسکراب .
هندراب به روش اسکراب (Alcohol-based Scrub) : ضدعفونی دست ها بوسیله محلول ضدعفونی با پایه الکلی به روش اسکراب

بیانیه سیاست / خط مشی:

ساده ترین، کم هزینه ترین و موثرترین روش برای پیشگیری و کاهش خطر عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام بهداشت دست می باشد . این عمل باعث کاهش هزینه های درمانی و مدت اقامت بیماران، همچنین ارتقاء سلامت بیماران، مراجعین و کارکنان می شود
با توجه به اهمیت موضوع در سلامت بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری های واگیر و عفونت های بیمارستانی در مبحث ایمنی بیمار و کارکنان، فرهنگ سازی و رعایت بهداشت دست جزو سیاست های اصلی بیمارستان قرار گرفته و کلیه مخاطبین این خط مشی موظف به اجرای آن می باشند .

شیوه انجام کار:

- ۱- سوپروایزر کنترل عفونت دستورالعمل های رعایت بهداشت دست را به کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستانی از طریق اتوماسیون و کتبی با دستور رئیس بیمارستان ابلاغ میکند .
- ۲- سوپروایزر کنترل عفونت پوسترهای آموزشی و محلول های بهداشت دست (مصوب کمیته کنترل عفونت) را پس از تهیه توسط واحد تدارکات به کلیه بخش ها و واحد ها تحویل میدهد .

خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و باراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PP-01 صفحه: ۲ از ۶

۳- رابطین کنترل عفونت پوسترهای هندوآش را کنار هر سینک روشویی، پوسترهای هندراب را کنار هر پایه هندراب، پوسترهای اسکراب را کنار سینک های اسکراب و پوسترهای ۵ موقعیت بهداشت دست را در جاهای پرتردد بخش و واحد مربوطه نصب می کنند.

۴- سرپرستار و مسئول واحد پایه های دستمال کاغذی و سطل زباله کنار هر سینک روشویی و اسکراب و ظروف دیواری مایع صابون را به تعداد هر روشویی و پایه های هندراب تختی و دیواری را به تعداد مورد نیاز بخش و واحد مربوطه از انبار تحویل می گیرد و نسبت به نصب آن ها توسط واحد تاسیسات اقدام می کند.

۵- سوپروایزر کنترل عفونت بر خرید ملزومات بهداشت دست از نظر کیفیت و استاندارد نظارت دارد

۶- سوپروایزر کنترل عفونت بوسیله فرم پایش ملزومات بهداشت دست سالانه ملزومات بهداشت دست بخش ها و واحدها را آمارگیری کرده و نسبت به درخواست کمبودها و تکمیل ملزومات در بخش ها و واحدها اقدام می کند.

۷- سوپروایزر کنترل عفونت جهت آموزش بیماران و همراهیان پمفلت بهداشت دست و پخش فیلم آموزشی بهداشت دست در لابی و بخش ها را تهیه کرده ، در اختیار کلیه بخش ها و واحدها قرار می دهد.

۸- رابطین کنترل عفونت لزوم انجام بهداشت دست را به بیماران آموزش میدهند و در این رابطه فرهنگ سازی می کنند.

۹- سوپروایزر کنترل عفونت روش پایش بهداشت را به تمام رابطین کنترل عفونت آموزش می دهد.

۱۰- سوپروایزر کنترل عفونت بر اساس جدول پایش بهداشت دست (مصوب کمیته کنترل عفونت)، آمار پایش شده را بصورت ماهیانه به واحد بهبود کیفیت گزارش می کند

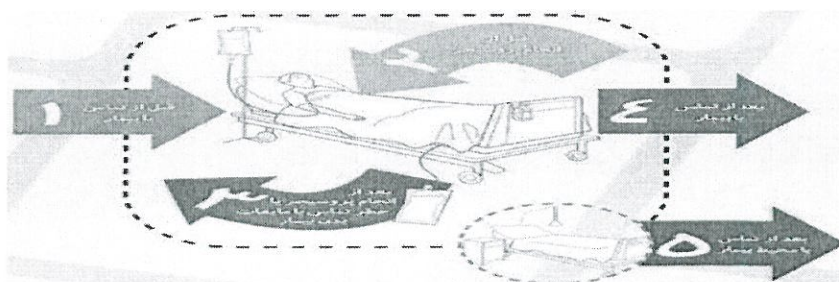
۱۱- سوپروایزر کنترل عفونت گزارش پایش بهداشت دست بصورت مقایسه ای را در پایان هر فصل به اطلاع کمیته کنترل عفونت می رساند و در جلسه مذکور نسبت به اقدامات اصلاحی، انگیزشی و تشویقی تصمیم گیری میکنند.

۱۲- سوپروایزر کنترل عفونت نتایج فصلی پایش بهداشت دست را به کلیه بخش ها و واحد های مرتبط با پایش ارسال می کند.

اصول عمومی بهداشت دست

۱. در صورت آلودگی آشکاردست ها، آلودگی با مواد پروتئینی مانند خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از سرویس بهداشتی پرسنل هندوآش می کنند.

۲. برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست، سازمان بهداشت جهانی WHO مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست "را ارائه نموده است. که این پوستر توسط سوپروایزر کنترل عفونت به بخش ها جهت نصب داده شده است



خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و پاراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PP-01 صفحه: ۳ از ۶

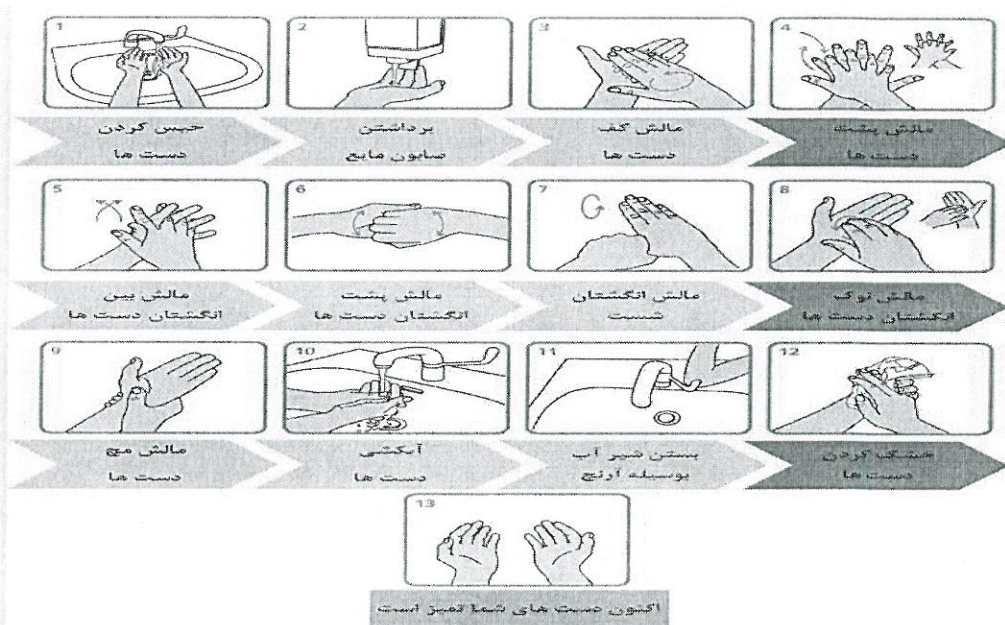
۱. پرسنل برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول هندراب و آب و صابون استفاده نمی کنند.
۲. پرسنل از استفاده لاک و ناخن مصنوعی در بیمارستان خودداری می کنند.
۳. به منظور افزایش میزان رعایت بهداشت دست، افشانه های محلول ضد عفونی کننده را در اطاق بیماران قرار می دهند.
۴. با توجه به افزایش احتمال آسیب پوست در طی تماس مکرر با آب داغ، جهت شستن دست ها از آب نیم گرم استفاده می کنند.
۵. به هیچ وجه دستکش را جایگزین هندراب و هندواش نمی کنند.
۶. در زمان تعویض پانسمان و سونداز بیمار پرسنل از دستکش استریل استفاده می کنند.

روش صحیح هندواش

پرسنل برای هندواش کردن نکات ذیل را رعایت میکنند:

- ۱- ۴۰ تا ۶۰ ثانیه وقت صرف میکنند.
 - ۲- همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده می کنند.
 - ۳- هندواش را پرسنل طبق اصول WHO و پوسترهای آموزشی انجام می دهند
 - ۴- پس از هندواش کردن دست ها را با دستمال کاغذی یکبار مصرف یا کاغذ خشک کن کاملاً خشک می کنند
 - ۵- با همان دستمال کاغذی یکبار مصرف ، شیر آب را بسته و دستمال را در سطل زباله می اندازند . در صورتی که شیر آب اهرمی باشد، با آرنج آن را می بندند.
- به این نکته توجه می کنند که دست مرطوب به سهولت آلوده می شود و میکروارگانیسم ها را گسترش می دهد بنابراین، خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست می باشد.

پرسنل به روش تصویری ذیل هندواش می کنند و مراحل را برای هر دو دست اجرا می کنند:



خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و پاراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PP-01 صفحه: ۴ از ۶

روش صحیح هندراب

پرسنل برای هندراب کردن نکات ذیل را رعایت میکنند:

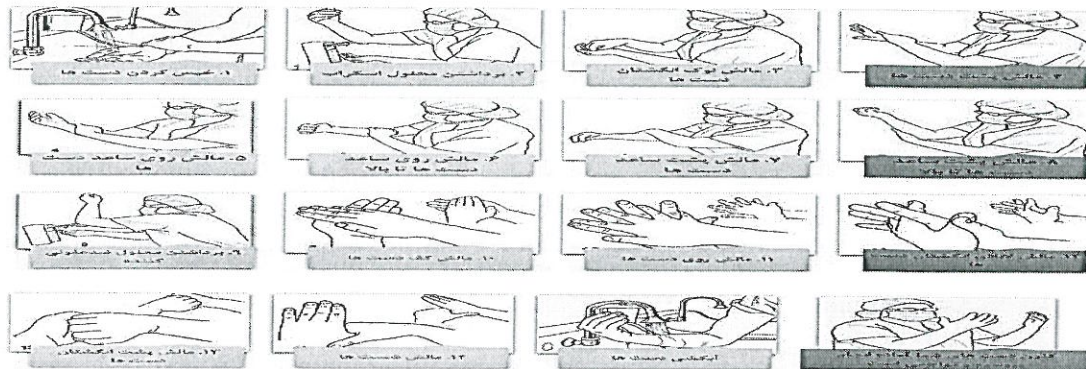
- ۱- ۳۰ تا ۴۰ ثانیه وقت صرف میکنند.
 - ۲- مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا میکنند.
 - ۳- مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه میدهند.
 - ۴- حداکثر بعد از ۷-۸ بار انجام هندراب، یک نوبت هندواش می کنند.
 - ۵- پرسنل با دستان خیس هندراب نمی کنند.
- پرسنل به روش تصویری ذیل هندواش می کنند و مراحل را برای هر دو دست اجرا می کنند:



روش صحیح اسکراب جراحی

۱. برای انجام اسکراب به روش جراحی ۲ تا ۵ دقیقه وقت صرف می کنند.
 ۲. قبل از اسکراب، انگشتر، ساعت مچی و دستبند را از دست خود خارج می کنند.
 ۳. برای اسکراب جراحی، با حرکت یک سویه دست ها و آرنج از میان جریان آب، دست ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی می کنند و دست را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت نمی دهند.
 ۴. قبل از پوشیدن گان و دستکش استریل، زیر ناخن ها را در زیر آب روان به وسیله ناخن شوی یکبار مصرف استریل تمیز می کنند و سپس اسکراب جراحی انجام می دهند و دست ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک می کنند.
 ۵. به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، از برس کشی دست ها برای اسکراب جراحی خودداری می کنند و در صورت لزوم از برس یکبار مصرف استریل استفاده می کنند.
- پرسنل به روش تصویری ذیل اسکراب جراحی می کنند و مراحل را برای هر دو دست اجرا می کنند:

خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و باراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PP-01 صفحه: ۵ از ۶



روش صحیح هندراب به روش اسکراب

- پرسنل برای هندراب کردن به روش اسکراب کردن نکات ذیل را رعایت می کنند:
 ۱. برای هندراب به روش اسکراب مطابق با زمان توصیه شده توسط شرکت سازنده محلول وقت صرف می کنند.
 ۲. قبل از هندراب به روش اسکراب، انگشتر، ساعت مچی و دستبند را از دست خود خارج می کنند.
 ۳. قبل از هندراب به روش اسکراب، از تمیز و خشک بودن دست ها، اطمینان حاصل می کنند.
 ۴. هنگام هندراب به روش اسکراب، از محلول ضدعفونی کننده به اندازه ای استفاده می کنند که درکل مدت اسکراب، دست ها و ساعد تا ناحیه آرنج کاملاً مرطوب باقی بمانند. مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه می دهند.
 ۵. قبل از پوشیدن دستکش استریل، هندراب به روش اسکراب انجام می دهند.
 ۶. بعد از جراحی و پس از خارج کردن دستکش، هندراب می کنند و در صورت باقی ماندن پودر یا مایعات بیولوژیک روی دست ها، هندواش می کنند.
 ۷. در صورت اجرای صحیح کلیه نکات، پروسیجرهای جراحی را می توانند یکی بعد از دیگری بدون نیاز به اسکراب جراحی مجدد، فقط با انجام هندراب به روش اسکراب بین اعمال جراحی، انجام دهند.
- پرسنل به روش تصویری ذیل هندراب به روش اسکراب جراحی می کنند و مراحل را برای هر دو دست اجرا می کنند:



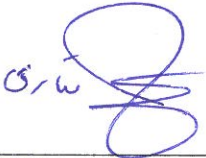
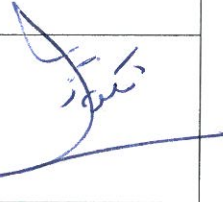
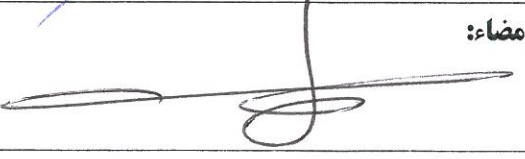
خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی	دامنه: کلیه بخش ها و واحد های بالینی و پاراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PP-01 صفحه: ۶ از ۶

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش

راند روزانه در بخش ها و پایش بهداشت دست به صورت ماهانه و فصلی

منابع و امکانات:

- استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت - راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- شیر آب پدالی - آب پاکیزه لوله کشی شده - روشویی - سینک اسکراب - پایه دیواری محلول هندیاب - محلول هندیاب - ظرف دیواری مایع صابون - ناخن شوی و برس استریل یک بار مصرف - دستمال کاغذی - حوله استریل - دستگاه خشک کن - مایع صابون - محلول اسکراب - سطل زباله پدالی - پایه دستمال کاغذی دیواری - سطل زباله

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم ستاری	مسئول ایمنی مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستور العمل

دستورالعمل: استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت	دامنه: کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-WI-01 صفحه: ۱ از ۵

هدف:

۱. ارتقای ایمنی کارکنان
۲. کاهش خطر انتقال میکرو ارگانیسمها در بیمارستان و کاهش خطر انتقال سرایت بیماریهای واگیر از بیمار به پرسنل و بالعکس
۳. جهت حفظ و جلوگیری از سرایت یک بیماری واگیر از بیمار به سایر بیماران و همراهان

تعاریف:

- **PPE**^۱: منظور استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی در برابر بیماریهاست که شامل: دستکش، گان، عینک یا شیلد محافظ صورت، کلاه و روکفشی می باشد.
- احتیاطات استاندارد جایگزین احتیاطات عمومی یا همه جانبه شده و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است. این اقدامات شامل: پوشیدن دستکش، شستن دستها بلافاصله بعد از خروج دستکش و قبل و بعد از تماس با هر بیمار، استفاده از گان، محافظ چشم، ماسک یا محافظ صورت، پیشگیری از آسیب تیز یا ورود سوزن آلوده، دفع بی خطر زباله ها، تمیز نمودن و تمیز نمودن و ضدعفونی کردن وسایل و تمیز کردن محیط را شامل می شود.
- احتیاطها بر اساس راه انتقال بیماری شامل: ۱. احتیاط های هوایی (Air borne Precautions) ۲. احتیاط های قطره ای (Droplet Precautions) ۳. احتیاط تماسی (Contact Precautions) می باشد.
- بیماریهایی که احتیاط هوابرد لازم دارند شامل:
 - سل ریه یا حنجره، سرخک، آبله مرغان، زونا، منتشر، بیماران دچار عفونت HIV همراه با سرفه و ارتشاح ریوی، بیماران دارای زخم باز پوستی ناشی از سل، سندرم حاد شدید تنفسی (SARS)، آنفلوآنزای H1N1، تب خونریزی دهنده ویروسی (VHF)، پنومونی مشکوک ناشی از جرم میکروبی عامل پنومونی مشکوک ناشی از سیاه زخم، پنومونی ناشی از عامل طاعون و عفونتهای نوظهور که بنا به دستورالعمل وزارت بهداشت یا تصمیمات کمیته کنترل عفونت احتیاج به رعایت این احتیاط داشته باشد.
- توجه: در این احتیاط پوشیدن ماسک با کارایی ۹۵ درصد (n95) و بالاتر الزامی میباشد و خود بیمار ماسک جراحی استاندارد می پوشد.
- بیماریهایی که احتیاط قطرات لازم دارند شامل:
 - هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B، مننگوکوک، پنومونی مقاوم به چند دارو، آنفلوآنزای ساده، اوریون، میکوپلازما پنومونیه، سیاه سرفه، سرخچه، پارو ویروس B19، دیفتری حلقی، مخرمک با عامل استرپتوکوک گروه A
- توجه: بعضی از این بیماران که وضعیت حاد و همراه با پروسسهای تولید آئروسول مانند ساکشن، برونکوسکپی و یا احتیاج به CPR دارند نیز جزو احتیاطات هوایی در نظر گرفته شوند.
- بیماریهایی که احتیاط تماسی لازم دارند شامل:
 - آدنو ویروس اطفال و نوزادان، سلولیت همراه با ترشح، زخم بستر عفونی، هیپاتیت A، زرد زخم، عفونتهای انترو ویروسی، آنها با عامل شیگلا و کلتیریديوم دیفیسل، دیفتری جلدی، گال، شپش، سرخچه، آبله، تب خونریزی دهنده ویروسی و....
- توجه: بعضی از عفونتها به بیش از یک نوع احتیاط نیاز دارند مانند: آبله مرغان، زونا، آنفلوآنزا که هم نیاز به احتیاط هوایی و هم تماسی دارند

دستورالعمل: استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع	دامنه: کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات
مراقبت	
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-WI-01
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

شرح اقدامات:

- این مرکز دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی را با توجه به این اصل مهم که استفاده از این وسایل 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، را بصورت ذیل تدوین نموده و کلیه پرسنل درگیر با بیمار را ملزم به رعایت مستندات این دستورالعمل می داند:
۱. کمیته کنترل عفونت بیمارستان با توجه به ویژگی و شرایط این بیمارستان موظف هستند که تجهیزات و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز جهت مراقبت از بیماران با احتمال ریسک آلودگی را درخواست و با هماهنگی مسئول انبار تجهیزات پزشکی و مسئول تدارکات تهیه و در اختیار کلیه بخشها بستری و واحدهای پاراکلینیک قرار دهد.
 ۲. مسئولین بخشها و واحدها باید وسایل حفاظت فردی مورد نیاز پرسنل را به تعداد کافی از انبار درخواست و در اختیار پرسنل خود قرار دهند.
 ۳. سوپروایزر کنترل عفونت باید نحوه صحیح استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل نحوه پوشیدن و نحوه خارج کردن آنها را به کارکنان بالینی و مراقبین بیمار و افراد مرتبط با بیمار، آموزش دهد.
 ۴. سوپروایزر کنترل عفونت باید پوسترها و راهنماهای نحوه صحیح استفاده از وسایل حفاظت فردی را تهیه و در اختیار کلیه بخشهای بالینی و واحدهای پاراکلینیک قرار دهد تا در محلهای مناسب بویژه ورودی اتاقهای ایزوله نصب نمایند.
 ۵. کمیته کنترل عفونت باید آموزشهای خود به پرسنل را در قالب آموزش چهره به چهره، آموزش در جلسات کار گروهی، دوره های بازآموزی سالیانه کنترل عفونت پوستر و بروشور ارائه نماید.
 ۶. سوپروایزر کنترل عفونت باید رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت " احتیاطات استاندارد " و " احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری " را به پرسنل آموزش دهد.
 ۷. موقعیتهای استفاده از ماسک N95 که در کمیته کنترل عفونت بیمارستان به تصویب رسیده، توسط مسئولین بخشها در ورودی کلیه اتاقهای ایزوله باید نصب گردد.
 ۸. تابلوی احتیاط بر اساس نوع بیماری بر روی درب پیش اتاق ایزوله باید نصب گردد و لیست افرادی که مراقب بیمار هستند در ورودی اتاق بیمار نصب شود و افرادی که از بیمار مراقبت میکنند نام خود را در این لیست ثبت نمایند.
 ۹. مسئولین بخشها باید تجهیزات و کلیه وسایل مورد نیاز جهت مراقبت از بیمار را در داخل پیش اتاق تهیه نمایند و در اختیار پرسنل قرار دهند.
 ۱۰. کلیه پرسنل و افراد مراقبت کننده از بیمار باید وسایل حفاظت فردی خود را در پیش اتاق یا Changing Room تعویض نمایند و بدون امکانات حفاظت فردی وارد اتاق بیمار نشوند.
 ۱۱. خارج کردن وسایل اتاق ایزوله تنفسی و انتقال به سایر بخشها به هر شکل ممنوع است و مسئولیت اجرای آن به عهده سر پرستار بخش می باشد.
 ۱۲. اصول مراقبت از این بیماران با توجه به نوع احتیاط، توسط کلیه کارکنان مسئول مراقبت از بیمار به صورت ذیل باید رعایت گردد:
- درخصوص احتیاط هوایی:**
- بیمار در اتاق خصوصی با فشار منفی بستری گردد. اگر فن ها روشن شود (اتاقهای ایزوله بخش های ویژه این مرکز فیلتر HEPA دارند و امکان خروج هوا به صورت مستقیم به بیرون وجود ندارد)

دامنه: کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات	دستورالعمل: استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت
کد سند: IC-WI-01 صفحه: ۳ از ۵	شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- درب اتاق همیشه باید بسته باشد
- ورود کلیه افراد مراقب بیمار و همراهان بر بالین بیمار با ماسک N95 باشد.
- درمورد بیمارانی که نقص سیستم ایمنی، پیوند و شیمی درمانی هستند باید پرسنل درمان و ملاقات کنندگان قبل از ورود به اتاق بیمار حتما باید از ماسک و دستکش استفاده نمایند که این بیمار هم در اطاق خصوصی با فشار مثبت (ایزوله معکوس) قرار می گیرند.
- جابجایی بیمار مگر در موارد ضروری محدود شود در صورت نیاز به جابجایی بیمار حتما ماسک جراحی استاندارد بپوشد و مسیر تردد بیمار خلوت شود.
- ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل محافظ فردی را پرسنل و گروه درمان باید طبق دستورالعمل استاندارد که هم به صورت پوستر در ورودی اتاق ایزوله (پیش اتاق) نصب شده و در کلاس آموزش داده شده است، انجام دهند.

در خصوص احتیاط قطرات:

- بیمار در اتاق خصوصی بستری شود، در صورت لزوم چند بیمار با یک بیماری را می توان در یک اتاق بستری کرد.
- نیازی به بستن درب اتاق نیست.
- پرسنل در صورت ورود به فاصله کمتر از یک متر از بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشند.
- رعایت سایر اصول احتیاطات استاندارد بر بالین بیمار از جانب پرسنل ضروری می باشد.
- در صورت نیاز به جابجایی بیمار، بیمار ماسک جراحی استاندارد بپوشد.

در خصوص احتیاط تماسی:

- بیمار در اتاق خصوصی باشد همچنین چند بیمار با یک عفونت یکسان را می توان در یک اتاق بستری نمود.
- پرسنل حتما باید استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل پوشیدن دستکش، ضد عفونی و بهداشت دست، استفاده از گان، درآوردن وسایل حفاظت فردی قبل از ترک اتاق بیمار و گندزدایی وسایل اتاق بیمار را رعایت کنند.
- تا حد امکان از جابجایی و حمل و نقل بیمار اجتناب شود.

طریقه پوشیدن:

- رعایت بهداشت دست با آب و صابون یا محلول الکلی
- پوشیدن گان
- پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر
- پوشیدن ماسک جراحی استاندارد (ولی اگر کاری مانند اینتوباسیون، آسپیره کردن ناحیه تنفسی، برونکوسکوپی، اتوپسی یا احیاء انجام می دهید که منجر به تولید آئروسول (قطرات ریز معلق در هوا) می شود باید ماسک N95، یا ماسک معادل آن را بپوشید.
- پوشانیدن صورت ترجیحا با شیلد محافظ صورت یا عینک.
- پوشیدن دستکش تا مچ دست به صورتی که آستین گان را بپوشاند.

طریقه درآوردن وسایل حفاظت فردی:

- مواظب باشید خودتان، بیمار و محیط را آلوده نکنید. وسایلی که بیشتر آلوده شده است را اول درآورید.
- گان و دستکش را از بدن خود طوری جدا کنید که گان و دستکش را رو به بیرون بچپه پیچ شود به صورتی که بخش داخلی آن رو به خارج قرار گیرد، سپس داخل سطل زباله عفونی بیندازید.

دستورالعمل: استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع	دامنه: کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات
مراقبت	کد سند: IC-WI-01
شماره ویرایش: ۱	صفحه: ۴ از ۵
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

- بلافاصله پس از درآوردن دستکش و انداختن آن در سطل زباله با کیسه زرد رنگ دست ها را باید بشویید.
- درآوردن عینک یا محافظ صورت و قرار دادن آن در یک ظرف جدا جهت ضد عفونی و استفاده مجدد و در صورتیکه شیلد پوشیده اید آن را با کمک دسته یا بندی که در پشت دارد بردارید و داخل ظرفی که باید ضد عفونی شود قرار دهید و بهداشت دست را رعایت نمایید.
- در آوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده که در زباله عفونی انداخته و دستها را ضد عفونی نمایید.
- در آوردن ماسک از پشت سر و دور انداختن آن در سطل زباله عفونی با کیسه زرد و سپس دستها را ضد عفونی نمایید.
- شستن دستها

روش استاندارد پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی

SEQUENCE FOR DONNING AND REMOVING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

استفاده از وسایل حفاظت فردی پایه رعایت احتیاطات استاندارد بوده و مانع از انتقال آلودگی ها از طریق تماس، قطرات و هوا می شود

پوشیدن

- ۱. کلاه**
ابتدا قسمت بالایی کلاه و آستین ها را به طور کامل پوشیده و قسمت پشت را کاملاً بپوشانید بند های داخلی گردن و کمر را ببندید.
- ۲. ماسک یا فیلتر تنفسی**
بندهای نگهدارنده باید در ناحیه پایین سر و گردن بسته شوند. قسمتی که روی بینی قرار می گیرد را به خوبی ثابت نمایید. مطمئن شوید که قسمت های دیگر به خوبی بر روی صورت و زیر چانه قرار گرفته اند. در مورد فیلتر تنفسی نیز از پوشیده بودن تمامی قسمت ها اطمینان حاصل نمایید.
- ۳. عینک یا شیلد**
عینک یا شیلد را بر روی صورت قرار داده و بخوبی آن را ثابت نمایید.
- ۴. دستکش ها**
دستکش را باید طوری بپوشید که بر روی آستین کلاه قرار بگیرد.

مواردی که پرسنل باید برای حفاظت خود و کاهش احتمال انتشار آلودگی ها رعایت کنند:
تماس با سطوح را به حداقل برسانند
زمانی که دستکش ها پاره یا آلوده می شوند باید تعویض شوند
همواره دستها را دور از قسمت سر و صورت نگه دارید

درآوردن

- ۱. دستکش ها**
ابتدا قسمت بالایی دستکش را توسط دست مخالف گرفته و دوری آن را در بازوید که پشت و رو شود. دستکش در آورده شده را در جیبی که دارای دستکش می باشد نگه دارید. انگشتان دستی که بدون دستکش می باشد را زیر دستکش دست مخالف ببرید. از قسمت بالایی دستکش را دوری درآورید که پشت و رو شود و سپس داخل سطل زباله بهداشتی بپاشید.
- ۲. عینک یا شیلد**
عینک یا شیلد را بر روی صورت قرار داده و بخوبی آن را ثابت نمایید.
- ۳. کلاه**
کلاه بند ها را باز کنید. از قسمت گردن و شانه شروع به درآوردن کلاه کنید و فقط با قسمت داخلی کلاه تماس داشته باشید. دوری کلاه را درآورید که پشت و رو شده و آلودگی ها داخل قرار گیرد.
- ۴. ماسک یا فیلتر تنفسی**
ماسک یا فیلتر تنفسی را از گردن کرده و ماسک را درآورید و داخل سطل زباله بهداشتی بپاشید. بند ها یا کش ها را از گردن کرده و ماسک یا فیلتر تنفسی را به علت آلوده بودن لمس نکنید. احتیاط کنید که هرگز قسمت جلویی ماسک یا فیلتر تنفسی را به علت آلوده بودن لمس نکنید.

بلافاصله پس از درآوردن وسایل حفاظت فردی (PPE) بهداشت دست را بجا آورید

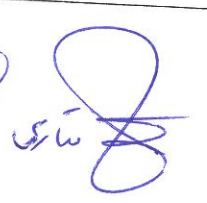
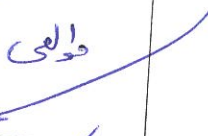
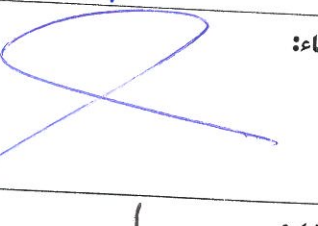
دستورالعمل: استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع	دامنه: کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات
مراقبت	کد سند: IC-WI-01
شماره ویرایش: ۱	صفحه: ۵ از ۵
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط :

ماسک ، دستکش ، گان ، شیلد ، کلاه و رو کفشی
پزشکان ، کلیه پرسنل پرستاری، خدمات، پرسنل پاراکلینیکی

منابع:

۱. راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی /تالیف و تدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران . 1386 چاپ دوم صفحات 82-101.
۲. دستورالعمل وزارت بهداشت به نامه شماره 304/2687 د مورخ 1392/03/18.

تهیه کنندگان: خانم قربانی خانم طولمی خانم ستاری خانم عمادیان خانم صادقی نیا	سمت: مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئول بهداشت محیط مسئول بهداشت حرفه ای	امضاء:    
تایید کننده: آقای دکتر رضازاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی

روش اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-01
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۱ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

۱. ارتقای ایمنی کارکنان
۲. کاهش هزینه های بیمارستانی
۳. ارتقای مهارت پرسنل در راستای محافظت از خود
۴. پیشگیری از عفونت های منتقله از راه خون و دفع صحیح پسماندهای تیز و پرنده
۵. حمایت از بیماران با سابقه مواجهه شغلی

تعاریف:

مواجهه شغلی عبارت است از تماس پوست ، چشم ، بینی و دهان ، مخاط یا تماس درون پوستی یعنی پوستی که بریده یا خراشیده یا ترک خورده باشد با خون و دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ دهد و انتظار رخداد آن منطقی به نظر می رسد که این تماس از سه راه اتفاق می افتد:

۱. مواجهه از راه پوست (فرو رفتن سوزن به پوست یا انسان گزیدگی)
 ۲. مواجهه غشاهای مخاطی (مثلا پاشیدگی مایعات آلوده به چشم ، بینی و دهان)
 ۳. مواجهه پوست ناسالم (مثلا پوستی که بریده یا خراشیده ، ترک خورده یا دچار درماتیت است)
- کارکنان مراقبتی بهداشتی:** به تمامی افرادی گفته می شود که مراقبت بالینی در بخش ها به بیماران ارائه می دهد و احتمال مواجهه با مواد عفونی (خون ، بافت ها ، مایعات خاص بدن و وسایل پزشکی و تجهیزات و یا سطوح محیطی آلوده به این مواد را دارند)
- مایعات عفونت زا:** خون مهمترین مایع بدن است که می تواند عفونت را باشد . سایر ترشحات عبارتند از: مایع مغزی و نخاعی ، مایع سینوویال ، مایع پلور ، مایع صفاقی ، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک و ویزان خطر انتقال عفونت HIV ، HCV و HBV از این مایعات مشخص نیست.
- ادرار ، بزاق ، خلط ، مدفوع ، مواد استفراغی ، ترشحات بینی ، اشک و عرق عفونت زا نیستند. مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود.

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

این مرکز روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی را با تاکید بر پیشگیری در سه قسمت به شرح ذیل تدوین نموده است .
درارزبایی خطر انتقال بدنال تماس شغلی به نکات زیر توجه می شود :

نوع مایع-راه و شدت تماس- وضعیت-HBSAg و HCVAb و HIV فرد منبع-وضعیت واکسیناسیون و سرولوژی هپاتیت B فرد تماس یافته

- اقدامات پیشگیرانه
- اقدامات درمانی
- اقدامات پیگیری پس از تماس
- در اقدامات پیشگیرانه بهداشتی تشکیل

روش اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-01
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

۱. مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان با همکاری واحد طب کار موظف است جهت کلیه پرسنل جدیدالورود پرونده بهداشتی تشکیل دهد و بر انجام معاینات شغلی بدو ورود آنها نظارت داشته باشد.
۲. پرسنل جدیدالورود بعد از گرفتن نامه شروع به کار در بیمارستان از طریق کارگزینی باید سریعاً آزمایشات بدو ورود از جمله تیتراژ آنتی بادی هپاتیت را انجام دهند و سپس قبل از شروع به کار در بخش باید از طریق واحد بهداشت حرفه ای به سوپروایزر کنترل عفونت جهت بررسی تیتراژ هپاتیت B معرفی شوند.
۳. سوپروایزر کنترل عفونت پرسنل جدیدالورودی را که تیتراژ آنتی بادی آنها زیر ۱۰ باشد سریعاً به واحد واکسیناسیون شهرستان گزارش نموده و آنها جهت تزریق واکسن هپاتیت B به آن مرکز ارجاع می دهد (این پرسنل باید سه دوز واکسن را در فواصل صفر، ۱ و ۶ ماه بعد دریافت نمایند اگر اصلاً تزریق واکسن نداشته اند) یک تا دو ماه بعد از آخرین تزریق باید تیتراژ آنتی بادی هپاتیت B چک نمایند یا اگر تزریق سه نوبت انجام شده باشد ولی تیتراژ کمتر از ۱۰ باشد یک نوبت تزریق واکسن داشته سپس بعد از آخرین تزریق تا یک ماه باید تیتراژ مجدد چک کنند.
۴. سوپروایزر کنترل عفونت باید پوسترها و فلوچارت ها و پیامدهای آموزشی در خصوص نحوه مدیریت مواجهه شغلی و پیشگیری از نیدل استیک (شامل دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۱۴) را تهیه و در بخش ها قرار دهد.
۵. سوپروایزر کنترل عفونت به نمایندگی از کمیته کنترل عفونت باید از تامین امکانات محافظ فردی و وجود سفتی باکس ها با کیفیت به تعداد کافی در محل های ایمن و مناسب و فیکس شده با نصب دستورالعمل اطمینان حاصل نماید.
۶. کلیه کارکنان مراقبت بهداشتی باید اقدامات احتیاطات استاندارد را حین مراقبت از بیمار به کار برند. دستها را به دفعات به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشوید.
۷. کلیه کارکنان درمان باید اقدامات احتیاطات استاندارد را حین مراقبت از بیمار بکار برند.
- دست ها را به دفعات و به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشوید.
- از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار طبق دستورالعمل استفاده نمایند. در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.
- در زمان هرگونه رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند.
- در زمان کارکردن با وسایل دیگر به موارد زیر توجه کنند:
- استفاده از ترالی دارویی به همراه سطل زباله عفونی و سفتی باکس فیکس شده که حین انجام پروسیجر مانند رگ گیری که سرنگ ها و وسایل نوک تیز را بلافاصله داخل سفتی باکس بیاندازند و یا حتماً باید از سینی تزریقات استفاده نمایند و از قراردادن وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمایند.
- جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اهر نداشته باشد و در صورت نیاز به استفاده از تیغ اهر و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل (Pad) گذاشته شود.
- پس از تزریق از گذاردن درپوش (سر سوزن Recop) اکیدا خودداری نمایند. مگر در شرایط خاص از جمله نمونه خون جهت ABG یا کشت خون که در این مورد خاص جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله تکنیک یک دست به روش Scoop استفاده نمایند.
- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (تیغ بیستوری، سرسوزن و...) اجتناب نمایند.

روشن اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-01 صفحه: ۳ از ۵

- ۸- سوپروایزر کنترل عفونت باید پوسترهای آموزشی نیدل استیک شدن را در بخش ها جهت نصب ارائه دهد اقدامات بعد از مواجهه و پیگیری:
- کلیه کارکنان بالینی در صورت مواجهه شغلی بلافاصله باید اقدامات ذیل را انجام دهند:
۱. کمک به خون روش محل نیدل استیک شدن (از فشار دادن محل خودداری شود)
 ۲. شستشوی زخم با صابون و آب ولرم و عدم استفاده از مواد گندزدا یا ضدعفونی کننده که می توانند باعث ایجاد سوزاندگی و التهاب شوند. سپس از پانسمان ضد آب استفاده گردد.
 ۳. سانحه را به صورت فوری به سوپروایزر کنترل عفونت در صبح و بعد سوپروایزر بالین در عصر و شب گزارش شود.

چهار اقدام ساده اولیه در زمانی که بوسیله وسایل تیز و برنده آسیب می بینید
THE FIRST FOUR EASY STEPS TO TAKE IF YOU RECEIVE A SHARPS INJURY

- 1 ALLOW IT TO BLEED**
اجازه دهید خونریزی طبیعی انجام شود

- 2 WASH IT**
With soap, under running water
محل جراحت را زیر جریان آب بوسیله صابون بشوئید

- 3 COVER IT**
With a waterproof dressing
محل جراحت را بوسیله پانسمان ضد آب بپوشانید

- 4 REPORT IT**
وقوع حادثه را گزارش بدهید


۴. خودداری از مالش موضعی چشم و شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب تمیز یا سرم نرمال سالین در صورت آلودگی.
۵. در صورتی که منبع آلوده به عنوان موارد شناخته شده HIV ، HBV ، و یا HCV باشند ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پیگیری آتی ذخیره شود و مورد آزمایش قرار می گیرد.
۶. برای فری که مواجهه شده است باید یک نمونه جهت آزمایش تیتر آ AbHBS انجام شود.
۷. افرادی که پس از انجام کامل سه دوره واکسیناسیون زیر ۱۰ باشند ، پس از هر بار تماس شغلی با بیمار آنتی ژن مثبت باید یک ویال ایمنوگلوبولین در دو نوبت با فاصله یک ماه به همراه واکسن دریافت کنند که حتما هم باید مشاوره عفونی انجام شود. ولی اگر میزان AbHBS بالای ۱۰ باشد نیاز به واکسیناسیون و اقدامات بعدی نخواهد داشت.

روشی اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-01 صفحه: ۴ از ۵

۸. در صورت مواجهه پرسنل با بیمار مبتلا به HCV استفاده از ایمنوگلوبین توصیه نمی شود و هر سه ماه و ۶ ماه ولی باید بلافاصله آزمایشات سرولوژی هپاتیت انجام دهد که توسط پزشک عفونی کنترل عفونت درخواست شود.
۹. در صورتی که عفونت HIV بیمار محرز باشد باید پروفیلاکسی دارویی با داروهای ضد ایدز در طی ترجیحا کمتر از ۲۴ ساعت اول پس از تماس برای فرد مواجهه بعد از مشاوره با متخصص عفونی طبق الگوریتم های موجود باید شروع شود و مدت پروفیلاکسی آن هم ۴ هفته می باشد.
۱۰. کمیته کنترل عفونت (پزشک و سوپروایزر کنترل عفونت) پیگیری مشاوره افراد و انجام آزمایشات فرد مواجهه یافته می باشد که هزینه انجام آزمایشات به عهده بیمارستان می باشد.
۱۱. مواجهات شغلی پرسنل پس از بررسی و انجام اقدامات توسط سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته های کنترل عفونت به صورت ماهیانه مطرح می گردد.
۱۲. در رابطه با پروفیلاکسی HIV ، HCV و HBS پس از تماس حتما بعد از اقدامات اولیه باید شروع کمو پروفیلاکسی در صورت وجود اندیکاسیون و مانیتورینگ مصرف دارو و عوارض دارویی و مشاوره با متخصص عفونی حتما باید طبق الگوریتم موجود تصمیم گیری شود.
۱۳. در صورت مواجهه پرسنل با بیمار که مورد شناخته شده HCV_HBV_HIV نباشد حتما ۵ تا ۱۰ سی سی خون جهت بررسی آزمایشات ویروسی انجام می شود

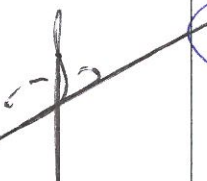
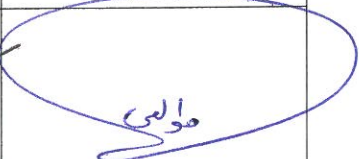
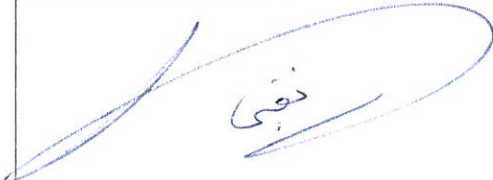
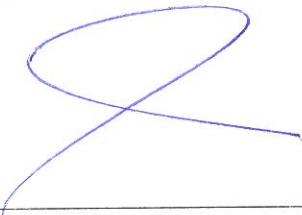
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

- وجود کیت های انجام تیتر آنتی بادی و آزمایش های ویروس در آزمایشگاه و واکسن هپاتیت B در واحد واکسیناسیون و فیکس سفتی باکس و امکانات وسایل حفاظت فردی و امکانات بهداشت دست
- سوابق فرم های انفرادی نیدل استیک کارکنان ، فرم خلاصه اطلاعات موارد جرامات و صدمات ناشی از سوزن و وسایل تیز و برنده ارسالی به مرکز بهداشت و سوابق آزمایشات فرد مواجهه یافته و منبع تماس و آزمایشات تیتر اژ بدو ورود پرسنل برای کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات

منابع/مراجع:

- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- مدیریت مواجهه شغلی با HIV ، ویروس هپاتیت B و V وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت مرکز بیماری ها

روش اجرایی: مدیریت مواجهه شغلی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-01
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۵ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی	مدیر پرستاری	
خانم طولمی	سوپروایزر کنترل عفونت	
خانم شرافت	مسئول آموزش	
خانم صادق نیا	کارشناس بهداشت حرفه ای	
آقای نقبی	مسئول خدمات	
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری	دامنه: کلبه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-02 صفحه: ۱ از ۳

هدف:

۱- ارتقا ایمنی بیماران ۲- کاهش هزینه های درمانی ۳- کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان ۴- کاهش مخاطرات برای بیماران

تعاریف:

عفونت موضع جراحی یا محل نمونه برداری یکی از عفونت های بیمارستان است که طی ۳۰ روز پس از عمل جراحی روی داده باشد. که علائمی نظیر: ترشح چرکی، درد، تب، ورم موضعی و قرمزی یا گرمی وجود داشته باشد.

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

قبل از عمل جراحی: بررسی عواملی مانند سن، دیابت، چاقی، مصرف سیگار، طول مدت بستری بیماران را مستعد عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری می کند. که باید تا حد امکان بررسی شود

۱. پیش از جراحی توصیه به حمام و رعایت اصول نظافت شخصی برای بیماران می گردد (درخصوص بیمارانی که برحسب نوبت به پذیرش جهت نوبت گیری مراجعه می نمایند).

۲. کوتاه نمودن موهای محل عمل جراحی توسط پرسنل خدمات همگن و کنترل و نظارت توسط پرسنل پرستار بخش انجام می شود که تا حد امکان از نظر خراش و آسیب محل عمل جلوگیری شود که این کار با استفاده از ماشین ریش تراش انجام گردد (استفاده از تیغ ممنوعیت دارد).

۳. کنترل سطح گلوکز خون بیماران دیابتی (بیمار قبل از جراحی هیپر گلیسمی نباشد) توسط پرستاران

۴. اسکراب و شستشو ناحیه جراحی توسط اسکراب جراحی در اتاق عمل و استفاده از ستهای جراحی که تأیید استریل آنها توسط تست کلاس ۶ اثبات می گردد. و شستشوی و آماده سازی محل برش با محلول های ضد عفونی توسط اسکراب جراحی

۵. رعایت اصول شستشوی صحیح دستها و رعایت نکات استریل توسط پرسنل اسکراب و جراح پیش از جراحی

۶. تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی برای بیماران مستعد توسط پزشک و باید زمانی داده شود که بیشترین غلظت را در هنگام جراحی برای فرد ایجاد کند و تا مدتی پس از شروع جراحی باقی بماند

۷. آموزش به پرسنل جراحی اطاق عمل جهت رعایت نکات آسپتیک و ضد عفونی صحیح ابزار جراحی توسط سوپر وایزر کنترل عفونت با همکاری رابط کنترل عفونت

۸. در صورت امکان تمام عفونت های بیمار قبل از جراحی و اعمال غیر اورژانس درمان شوند و جراحی حد امکان تا درمان عفونت ها به تعویق افتد بنابر این کنترل دمای بدن بیمار توسط پرستار بخش انجام می شود

روش اجرایی: شگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-02 صفحه: ۲ از ۳

حین جراحی:

- تهویه فشار مثبت اتاق عمل به طرف راهروها و مناطق مجاور توسط تاسیسات ایجاد شود
- درهای اتاق عمل باید جز در موارد جابجایی وسایل و پرسنل بسته باشند که نظارت آن بر عهده مسئول اتاق عمل می باشد
- تعداد افراد حاضر در اتاق عمل تا حد امکان محدود باشند. که نظارت بر عهده مسئول اتاق عمل می باشد
- قبل از شروع جراحی بعدی آلودگی با خون و مایعات بدن از روی سطوح و وسایل می بایست پاک شده و توسط خدمات گندزدایی و سپس ضد عفونی گردد.
- پوشیدن گان و ماسک به روش آسپتیک توسط پرسنل و جراح

مراقبت بعد از جراحی:

- انجام پانسمان تمیز و استریل بر روی موضع جراحی توسط پرسنل اتاق عمل و ممارست و کنترل مستمر آن ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از عمل در بخش توسط پرسنل پرستاری بخش
- پیش از انجام پانسمان رعایت بهداشت دست توسط پرسنل پرستاری الزامی است و در صورت الزام استفاده از ماسک یا عینک توسط پرستار بخش
- استفاده از ست های پانسمان ایمن (دارای تائید تست کلاس ۴) جهت پانسمان موضع جراحی و یا در انسزیون های کوچک استفاده از پانسمان های آماده توسط پرستار
- بررسی و مراقبت از پانسمان و اطراف و محیط پانسمان در هر نوبت کاری توسط پرستار شیف که باید تمام پانسمان های بیمار تاریخ داشته باشند
- ارائه آموزشهای لازم درخصوص مراقبت از زخم و علائم عفونت و گزارش علائم به سوپر وایزر کنترل عفونت توسط رابط کنترل عفونت یا مسئول شیف
- تمیز نگه داشتن لباس و محیط اطراف زخم توسط پرسنل خدمات
- کنترل پانسمان و زخم عمل جراحی یا نمونه برداری بیمار در هر شیف از نظر علائم عفونت و ترشح و تب در بیمار توسط پرستار که در صورت رویت سریعاً باید به پزشک مربوطه اطلاع داده شود که در صورت نیاز کشت برداشته شود

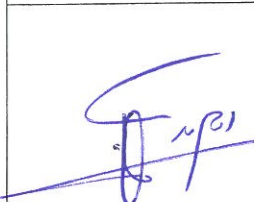
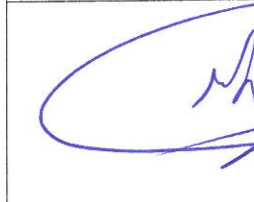
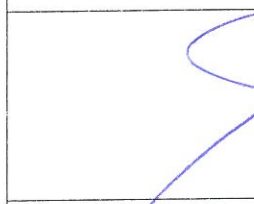
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

کلیه وسایل احتیاطات استاندارد- محلول های ضد عفونی دست و موضع عمل جراحی-وجود دستگاه شیور در بخش های مربوطه-تست کلاس ۴-پانسمان های آماده به مصرف و ایجاد امکانات بهداشت دست برای کلیه پرستاران و پزشکان

منابع/مراجع:

دستورالعمل های کنترل عفونت راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

روش اجرایی: پشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-02 صفحه: ۳ از ۳

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم امام دوست آقای قلی زاده	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت سرپرستار جراحی زنان مسئول اتاق عمل	     
تایید کننده: دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-03 صفحه: ۱ از ۳

هدف:

۱- ارتقاء ایمنی بیمار ۲- پیشگیری از بروز عفونت های تنفسی ۳- کاهش زمان بستری و اقامت بیماران ۴- جلوگیری از افزایش بار مالی به سیستم بهداشتی و خانوادگی بیماران

تعاریف:

یکی از کشنده ترین عفونت های بیمارستانی پنومونی است که این در بیماران بخش ICU و به دستگاه ونتیلاتور و حمایت تنفسی وصل می باشند. چون دسترسی راه هوایی این بیماران به محیط اطراف زیادی باشد. در نتیجه عفونت مجاری تنفسی در حین مراقبت از این بیماران توسط کادر درمان و پزشک نیز ایجاد می شود.

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

- سرپرستار بخش ویژه جهت بیماران اینتوبه با ونتیلاتور و تراکئوستومی در بخش های ویژه باید نظارت بر رعایت نکات آسپتیک این بیماران از جمله انجام ساکشن ترشحات، کنترل و تعویض پانسمان تراکئوستومی به صورت روزانه توسط پرستار و در صورتی که پانسمان تراکئوستومی کثیف شود، باید بلافاصله تعویض گردد در این نظارت نمایند.
- بالا بردن سر تخت بیمار (۳۰-۴۵ درجه) در صورتی که کنترااندیکاسیون درمانی نداشته باشد. توسط خدمات و با نظارت پرستار
- فیزیوتراپی تنفسی و چست فیزیو توسط فیزیوتراپ به منظور تحریک ترشحات قاعده ریه این بیماران در بخش های ویژه به دستور پزشک
- پاکیزه سازی مجاری هوایی در بیماران اینتوبه و رعایت بهداشت دست قبل از ساکشن این بیماران توسط پرستاران.
- کاهش کلونیزاسیون دهانی و حلقی از طریق استفاده از محلول دهانشویه در بیماران توسط پرستاران.
- ارزیابی روزانه بیمار جهت جدا نمودن هرچه سریعتر وی از دستگاه توسط سرپرستار و پزشک ICU.
- تنظیم فشار کاف لوله داخل تراشه به میزان (۲۰ سانتی متر) حدود ۲-۴ سی سی هوا تا حدی که از اطراف لوله نشت هوا نداشته باشد.
- شستن دست ها قبل و بعد از تماس با هر قسمت ونتیلاتور توسط کادر درمان در بخش مراقبت های ویژه
- سوپر وایزر کنترل عفونت بیمارستان موظف به نظارت بر پرسنل درمان برای رعایت موارد پیشگیری از عفونت های بیمارستانی در بیمارانی که مبتلا به بیماری های نارسایی تنفسی و تهویه مصنوعی هستند میباشد این مورد شامل ضدعفونی تجهیزات تنفسی و گرفتن کشت ماهیانه از این تجهیزات می باشد
- نظارت رندومی بر رعایت اقدامات بهداشتی پرسنل در زمان کار از در دسترس بودن دستکش استریل - کاتترهای یکبار مصرف ساکشن، ظروف یکبار مصرف ساکشن و ضرورت تعویض دستکش مابین بیماران و یا ضدعفونی دست و شستشوی آن توسط پرسنل درمانی و آموزش به پرسنل در خصوص مراقبت از بیماران توسط سوپر وایزر کنترل عفونت می باشد
- آموزش نکات زیر به گروه های درمانی مخصوصا در بخش ICU الزامی است توسط (سوپر وایزر کنترل عفونت) و با رابط کنترل عفونت

روش اجرایی: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-03 صفحه: ۲ از ۳

- (a) شستن دستها مطابق با دستورالعمل شستن دستها (برای گروه درمانی و همراه بیمار) با رعایت پنج موقعیت شستشوی دست توسط پرسنل درمانی
- (b) برای جابجایی ترشحات و لوازم مورد استفاده ساکشن ترشحات از دستکش استفاده شود توسط خدمات و سپس شستشوی دستها
- (c) ورود همراه و ملاقات در بخشهای مراقبتهای ویژه بسیار محدود می باشد که نظارت آن بر عهده مسئول بخش و انتظامات می باشد
- (d) ورود تمامی افراد از خارج به داخل باید با رعایت کامل اصول بهداشتی مانند شستشوی دست و پوشیدن گان یکبار مصرف و پوشیدن روکش (کاور کفش اتوماتیک) باشد. که (نظارت توسط مسئول بخش)
- (e) تعویض پانسمان روزانه بیماران تراکئوستومی و در صورت ساکشن مجاری تنفسی استفاده از دو نلاتون مجزا برای بیماران اینتوبه توسط پرستار بخش برای ساکشن لوله تراشه و دهان در بخش ویژه
- (f) استفاده از ساکشنهای یکبار مصرف جهت جلوگیری از عفونتهای تنفسی بین بیمار و انجام ساکشن چرخشی به صورت اصولی و آسپتیک توسط پرستار بخش
- (g) انجام کشت روتین از ترشحات تنفسی به جهت جلوگیری از کلونی و عفونت بیمارستانی در بدو ورود و زمان بستری بیمار توسط پرستار بخش ویژه و بررسی آن در کمیته کنترل عفونت توسط سوپر وایزر کنترل عفونت
۱۲. فیلترهای آنتی باکتریال یکبار مصرف هر ۲۴ ساعت یکبار برای دستگاه ونتیلاتور در ICU تعویض می گردد و در صورتی که بیمار ترشحات فراوان داشته باشد در همان شیفت توسط پرستار بخش تعویض می شود
۱۳. ست ها و لوله های یکبار مصرف ونتیلاتور در ICU هر ده روز یکبار تعویض شده و در بیمارانی که ترشحات فراوان دارند هر یک هفته توسط پرستار تعویض می شود
۱۴. پس از ترخیص هر بیمار در بخش ICU دستگاه ونتیلاتور توسط خدمات بخش به صورت کاملاً اصولی ضد عفونی می شود

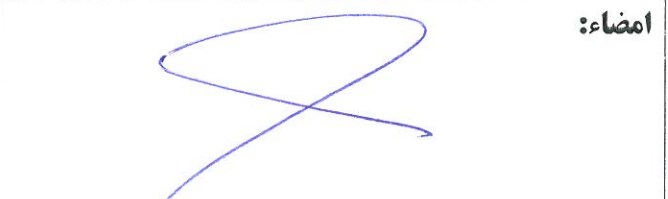
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

کلیه امکانات و وسایل یکبار مصرف دستگاه ونتیلاتور - نلاتون - دستکش - تسهیلات بهداشت دست برای کلیه کارکنان درمانی اعم از پزشک - پرستار - خدمات و برگه کشت بیماران بخش ویژه و ایجاد امکانات بهداشت دست و محافظ فردی برای همراهان

منابع/مراجع:

راهنمای کشوری - نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

روش اجرایی: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-03 صفحه: ۳ از ۳

تهیه کنندگان: آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم شهمیری آقای هادی	سمت: معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت سرپرستار ICU سوپروایزر آزمایشگاه	امضاء: 
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روشن اجرائی: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر های عروقی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-04 صفحه: ۱ از ۳

هدف:

۱. ارتقای ایمنی بیماران
۲. کاهش هزینه های درمانی
۳. کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان
۴. کاهش میزان بروز عفونت مرتبط با کاتترهای عروقی

تعاریف:

کاتترهای عروقی: شامل کاتترهای عروق محیطی و کاتترهای عروق مرکزی که هم از طریق ورید و هم از طریق شریان تعبیه می شوند.

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

۱. پرسنل پرستاری جهت ارائه صحیح مراقبت و نگهداری از کاتترها و اتصالات مربوط به آنها و انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب جهت پیشگیری از عفونت مربوط به این وسایل را باید توسط سوپر وایزر کنترل عفونت آموزش ببینند.
۲. دفتر پرستاری در بخش های ویژه ترجیحا پرسنل مجرب و آموزش دیده را جهت مراقبت از کاتترهای عروق مرکزی به کار گیرد.
۳. پرسنل پرستاری باید کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را از قبیل گارو، چسب، پد الکلی، آنژیوکت با سایز مناسب، دستکش لاتکس، سفتی باکس و ماژیک را در سینی مخصوص رگ گیری آماده نموده و ترجیحا در اتاق رگ گیری مخصوص (در بخش اطفال) و در بالین حتما از سینی تزریقات یا ترالی دارویی به همراه سفتی باکس فیکس شده و سطل زباله عفونی حاضر شود.
۴. پرسنل پرستاری قبل از جاگذاری کاتتر عروق محیطی حتما باید بهداشت دست و پوشیدن دستکش را رعایت نمایند.
۵. پرسنل پرستاری جهت آماده سازی و ضد عفونی پوست محل رگ گیری بیماران از پد الکلی استفاده کرده و موضع تزریق را از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز نماید (حداقل به مدت ۳۰ ثانیه)
۶. پرسنل درمانی هرگز از سواپ پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکلی که در الکلی خیس خورده اند استفاده نشود.
۷. از هر آنژیوکت فقط یکبار استفاده شود و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری از آنژیوکت جدید استفاده شود.
۸. پرستار بعد از اتمام کار بر روی چسب آنژیوکت بیمار باید تاریخ، ساعت، شیفت و نام خود را درج نماید، سپس دستهای خود را ضد عفونی کند.
۹. پرسنل پرستاری باید نحوه مراقبت از آنژیوکت بیمار را از نظر تمیزی و نظافت چسب و علائم عفونت محل آنژیوکت مثل درد، حساسیت، گرمی، قرمزی، خروج ترشح و تورم چک نماید.
۱۰. پرستاران باید بدانند که آنژیوکت تعبیه شده را می تواند تا ۴۸ ساعت نگه داشت و بعد از این مدت نسبت به تعویض آن اقدام نمود و در صورت نشستی و قرمزی و فیلیت زودتر تعویض گردد.

رویش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر های عروقی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-04
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

۱. در خصوص اتصالات مربوطه به بیمار از قبیل میکروست ، ست سرم ، سه راهی و آنژیوکت بایدپرستاران به دستورالعمل ارائه شده تاریخ تعویض اتصالات مربوط به بیمار را توجه نمایند .
کاتتریزاسیون ورید و شریان های مرکزی:
۱. اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی برای بیماران حتما باید توسط پزشک تعیین گردد.
۲. قبل از انجام پروسیجر برای بیماران توسط پزشک کلیه وسایل مورد نیاز مانند: دستکش استریل ، شان استریل ، ست CVC یا کت داوون ، کلاه ، ماسک ، عینک محافظ صورت و گان ، سرنگ استریل در اندازه های مختلف ، لیدوکائین بتادین ، گاز استریل و کاتتر CVC با سایز تعیین شده توسط پزشک بر بالین توسط پرسنل پرستاری آماده گردد.
۳. پزشکان و پرستاران جهت ضدعفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از محلول بتادین و کلرهگزیدین استفاده کنند
۴. در هنگام جاگذاری کاتترهای مرکزی (وریدی و شریانی) توسط پزشک حداکثر حفاظت را جهت ایجاد شرایط آسپتیک به کار ببرند یعنی پزشک باید اسکراب جراحی دست را انجام داده و دستکش و گان استریل بپوشند و از کلاه و ماسک استفاده کنند.
۵. تکنیک آسپتیک در حین کاتترگذاری و تا پایان آن توسط پرستار و پزشک معالج باید رعایت گردد.
۶. کاتتر ورید مرکزی نیاز به تعویض روتین ندارد ، مگر در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت و انسداد) که باید توسط پزشک تعویض گردد
۷. پانسمان کاتتر ورید مرکزی اگر به صورت پوشش گازی استریل باشد ، هر ۲۴ ساعت یکبار و اگر به صورت پوشش شفاف استریل باشد هر ۷ روز یکبار و در صورت آلودگی و خیس شدن یا شل شدن در اسرع وقت باید توسط پرستار تعویض شود.
۸. پرستاران در محل کاتتر بیمار نباید از پماد آنتی بیوتیک استفاده کنند . چون باعث عفونت قارچی و مقاومت آنتی بیوتیکی می شود.
۹. به دستور پزشک معالج کتتر ورید نافی فقط در صورت عدم کارکرد باید به دستور پزشک معالج جایگزین شود و به محض رفع اندیکاسیون به دستور پزشک معالج باید خارج شود.
۱۰. پرستار مراقبت بیمار باید در صورت مشاهده علائم حساسیت در محل کتتر ، قرمزی ، تب بدون علامت یا ترومبوز را سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده تا نسبت به خروج کتتر اقدام شود.
۱۱. کاتتر شالدون فمورال به مدت ۲-۳ هفته و کاتتر شالدون ساب کلاوین ۴-۶ دقیقه قابل نگهداری است و بعد از آن باید تعویض شود.

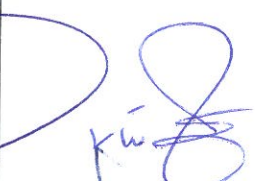
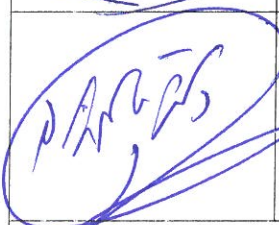
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

کمیته کنترل عفونت ، سرپرستاران کلیه بخش های بستری محلول های آنتی سبتیک - وسایل محافظ فردی - تجهیزات پزشکی مانند آنژیوکت ، کاتتر کت دان ، کاتتر شالدون و وسایل پانسمان و امکانات بهداشت دست

روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر های عروقی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-04
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۳ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع/مراجع:

کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم ستاری	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	 
تأیید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: پیشگیری از عفونت کاتتر ادراری	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-05
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۱ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

۱- ارتقاء ایمنی بیماران ۲- رعایت استانداردهای اصولی ۳- ارتقاء علمی پرستاران ۴- پیشگیری از عفونت و عارضه در بیماران

تعاریف:

شایع ترین عفونت ها در بیمارستان عفونت ادراری ناشی از کاتتر ادراری می باشد که خود عفونت ادراری بر اساس تعاریف استاندارد به دو نوع عفونت ادراری علامت دار و عفونت ادراری بدون علامت تعریف می شود.

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

سوپروایز کنترل عفونت بیمارستان موظف است:

۱. نظارت لازم را بر اجرا و انجام دستورالعملهای مربوط به رعایت بهداشت فردی و شستشوی دستها و ضد عفونی دست در ۵ موقعیت تماس در کارکنان درمانی در بخش انجام دهد
۲. نظارت بر استفاده از الزامات لازم در جلوگیری از عفونتهای ادراری شامل رعایت بهداشت دست، شیو کردن پیرینه و ضد عفونی ناحیه پیرینه و اطراف مجاری ادراری قبل از وارد کردن کاتتر استریل، رعایت الزامات بهداشتی مثل وارد نمودن صحیح کاتترهای ادراری و شستشو دستها، استفاده از دستکش استریل توسط پرستار، انجام پروسه سونداز به روش آسپتیک توسط پرستار و به حداقل رساندن دوره زمانی استفاده از کاتتر ادراری توسط پرستار برای بیماران در بخش ها رعایت کند و در پایان کار هم باید پرستار پس از خروج دستکش بهداشت دستها را رعایت نماید.
۳. پرستار باید قبل از انجام سونداز در سینی ست پانسمان استریل دستکش استریل، سرنگ ۱۰ سی سی، ژل لیدوکائین، بتادین، سوند ادراری مورد نظر، کیسه ادراری، چسب و مژیک را در سینی قرار داده، سپس در بالین بیمار حاضر شود.
۴. بررسی و ارزیابی منظم بیمار از نظر علائم جنرال و عمومی عفونت کاتتر های ادراری توسط پرستار بخش انجام شود
۵. پایین تر قراردادن کیسه ادراری بیماران از مثانه توسط خدمات که هیچگاه نباید کیسه ادراری بیماران روی زمین قرار گیرد.
۶. تعویض کاتتر ادراری در دوره های زمانی منظم توسط پرستار و تعویض آن به محض بروز علائم و نشانه های عفونت با تشخیص پزشک
۷. تعویض هر ۷۲ ساعت کیسه های ادراری جهت جلوگیری از بروز عفونتهای ادراری در بیماران توسط خدمات
۸. آموزش پرستاران جهت تعویض سوند فولی داخلی بیمار آن در صورت اندیکاسیون بالینی حداکثر ۱۴ روز (در هر شیفت کاری حداقل یکبار بیمار مراقبت از فولی بگیرد) و فولی اکسترنال هر ۴۸ یکبار صورت گیرد.
۹. حتما باید تاریخ - کشیک بر روی سوند فولی بیمار درج گردد و رنگ ادرار از نظر شفافیت و کدر بودن توسط پرستار کنترل شود.
۱۰. کارگذاری کاتتر ادراری در بیمار فقط در صورت لزوم با دستور پزشک باید توسط پرستار انجام شود.
۱۱. پرستار بعد از قرار دادن کاتتر ادراری بیمار حتما باید از برقراری جریان ادراری و جلوگیری از توقف و انسداد ادراری مطمئن شود.
۱۲. در حین انتقال بیمار بهتر است یورین بگ خالی شده و باید پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد. که این کار توسط خدمات و با نظارت پرستار انجام می شود

روش اجرایی: پیشگیری از عفونت کاتتر ادراری	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-05
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

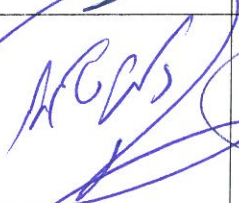
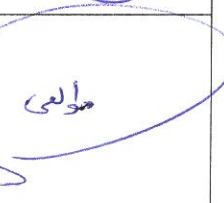
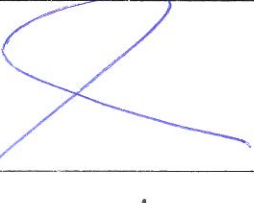
۱۳. پرستاران باید به علائم عفونت ادراری علامت دار با نشانه های تب بالای ۳۸ درجه ، تکرر و سوزش ادرار و درد فوق عانه شدید با لمس موضعی و فوریت ادراری توجه نمایند. که در صورت مشاهده باید سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده شود

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

ست های پانسمان-سوند های فولی -محلول های ضد عفونی و بتادین و امکانات بهداشت دست برای کلیه پرسنل پرستاری و درمان

منابع/مراجع:

راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم ستاری	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	   
تایید کننده:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر رضا زاده	پزشک کنترل عفونت	
تصویب کننده:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر کریم زادحق	مدیر عامل بیمارستان	

روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپ‌ها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-06 صفحه: ۱ از ۲

هدف:

۱. ارتقا ایمنی بیماران
۲. کاهش هزینه های درمانی
۳. کاهش اقدامات بیماران در بیمارستان

تعاریف:

در بیمارستان محیط ها و بخش های اتاق عمل و آندوسکوپی جز اقدامات تهاجمی برای بیماران تعریف شده است که در این بخش ها هم به جهت تشخیص و هم درمان برای بیماران نیاز به برداشتن بیوسی هم ممکن است داشته باشد. پس الزاما رعایت نکات آسپتیک توسط کادر درمان الزامی است.

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

۱. کلیه پرسنل پرستاری خصوصا پرسنل آندوسکوپی و اتاق عمل باید در برابر هیپاتیت B ایمن شده باشند.
۲. پرستاران باید از وسایل حفاظت فردی چشمی و ماسک استاندارد جراحی و شیلد صورت و گان به هنگام کار با بیماران استفاده کنند.
۳. پرستاران باید از گان های ضد آب برای محافظت در برابر پاشیدگی خون و ترشحات بیماران استفاده کنند.
۴. پرستاران باید بهداشت دست را قبل از انجام و شروع پروسیجر بیمار به صورت اسکراب رعایت کنند.
۵. پرستاران باید از وسایل یکبار مصرف برای بیماران تنها یکبار استفاده کنند و از به کار بردن برای چند بیمار خودداری کنند.
۶. پرستار مسئول واحد آندوسکوپی و اتاق عمل باید قبل از انجام کار برای بیمار و استفاده از اسکوپ ها از ضد عفونی کردن دستگاه مطمئن باشند.
۷. پرستار باید بین انجام آندوسکوپی های بیماران جهت ضد عفونی صحیح اسکوپ ها زمان معین را طبق دستورالعمل موجود در بخش رعایت نمایند و برای پیشگیری از سوراخ شدن دستکشها، ناخن ها کوتاه شوند.
۸. پرستار باید بعد از آخرین بیمار اسکوپ ها را کاملا با دقت شستشو و پاکسازی نموده، سپس در محلول ضد عفونی طبق دستورالعمل بخش غوطه ور نموده و سپس با سرنگ به تست نشت یابی اسکوپ ها پرداخته و سپس با آب فیلتر شده شستشو و اقدام به خشک کردن نموده و بعد از قرار دادن اسکوپ ها به صورت عمودی در کمد درب دار نگهداری نمایید.
۹. کمد ها و قفسه های نگهداری اسکوپ ها باید با توجه به دستورالعمل داخل بخش ضد عفونی شوند.
۱۰. پرستار اتاق عمل باید لاپاراسکوپ ها و آرتروسکوپ ها و یوروتوسکوپی ها را مطابق دستورالعمل موجود در واحد تمیز و ضد عفونی نمایند. با محلول (های لول) بر پایه پر استیک اسید غوطه وری در محلول با رعایت زمان استاندارد استفاده کنند.
۱۱. پرستار اتاق عمل باید برای ضد عفونی لنزهای اسکوپ ها طبق دستورالعمل شرکت از اسپری ضد عفونی با پایه الکلی استفاده کنند و پس از خشک کردن در محفظه مربوطه قرار دهد

روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-06
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

۱۲. سایر وسایل اتاقهای آندوسکوپی مانند کمدها ، تخت آندوسکوپی و قفسه ها طبق طبقه بندی بحرانی ، نیمه بحرانی و غیر بحرانی باید توسط خدمات تمیز و ضد عفونی شوند.

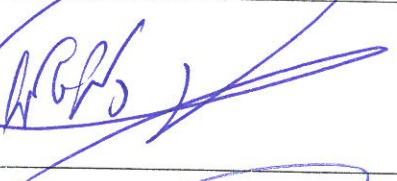
۱۳. پرستار اطاق عمل و یا آندوسکوپی در پایان کار باید پس از خروج دستکش ها و گان حتما دستها را بشویند. و شروع به ضد عفونی نمودن دستگاه طبق دستور العمل تا قبل از پذیرش بیمار بعدی اقدام نماید

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

آندوسکوپ ها و سایر اسکوپها ، مواد و تجهیزات ضد عفونی کننده ، وسایل حفاظت فردی و امکانات شستشوی دست برای کلیه پرسنل درمانی بخش ها و پزشکان

منابع/مراجع:

کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم ستاری خانم شیرین پور	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار آندوسکوپی	 
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-07 صفحه: ۱ از ۴

هدف:

۱. متناسب ساختن نحوه انتخاب و مدت درمان های آنتی بیوتیک پیشگیرانه
۲. کاهش مصرف غیر منطقی و بی رویه آنتی بیوتیک ها
۳. تدوین دستورالعمل آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
۴. تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان
۵. کاهش میزان هزینه های بیمارستانی
۶. ایجاد سیستمی جهت پایش و مراقبت که بتواند بازخورد لازم را نسبت به میزان روند مقاومت آنتی بیوتیک بدهد

تعاریف:

عفونت محل جراحی که شامل عفونت انسزیون ، عفونت عضو و عفونت سایر اعضا و مکان های آشکار شده حین عمل می باشد.

WHONET: نرم افزار پیشنهادی سازمان

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

از آنجایی که عفونت محل عمل منبع عمده عفونت در بیماران جراحی به حساب می آید و استفاده از آنتی بیوتیک ها پیش از اعمال جراحی در صورت اندیکاسیون حیز اصلی مراقبت استاندارد در اکثر اعمال جراحی به شمار می آید که منجر به کاهش میزان بروز عفونت های پس از عمل می گردد. لذا این بیمارستان این روش اجرایی را با تاکید بر اجرای صحیح پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی و یا فتن راهکاری مناسب جهت جلوگیری از مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها و با نظر پزشکان متخصص رشته های مختلف جراحی تدوین نموده است.

۱. تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرم های جدا شده از نمونه های کشت را انجام می دهد.
۲. واحد آزمایشگاه نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه و تحلیلی به صورت هر سه ماه یکبار به کمیته کنترل عفونت اطلاع می دهد.
۳. تیم کنترل عفونت با همکاری رئیس کمیته و معاون درمان و استفاده از نظرات پزشکان متخصص عفونی ، جراحی ، عمومی ، ارولوژی ، جراحی زنان پروتکل استفاده از داروهای پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی را تدوین نموده و به کلیه بخش های بستری پروتکل ابلاغ می نماید.
۴. تیم کنترل عفونت در این مرکز نصب و راه اندازی نرم افزار WHONET جهت آنالیز و تجزیه و تحلیل مقاومت های میکروبی در واحد آزمایشگاه و با همکاری متخصص پاتولوژی و سوپروایزر آزمایشگاه اقدام نماید که به صورت فصلی در اختیار کمیته کنترل عفونت قرار دهد.
۵. در خصوص پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بعد از نظر خواهی از جراحان محترم و پزشکان عفونی و استفاده از دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۸ پروتکل نوشته شده است.

روش اجرایی: مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-07 صفحه: ۲ از ۴

۶. سوپروایزر آزمایشگاه به بررسی و نظارت اطلاعات نرم افزار WHONET می پردازد که الگوهای غیر طبیعی مهم مانند مقاومت استافیلوکوک های اورئوس به وانکومایسین را به کمیته کنترل عفونت گزارش دهد.
 ۷. کمیته کنترل عفونت نتایج مقاومت میکروبی را در اختیار پزشکان معالج جهت تجویز آنتی بیوتیک صحیح قرار دهد.
 ۸. کمیته کنترل عفونت پروتکل پروفیلاکسی آنتی بیوتیک ها و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را در اختیار گروه های مختلف پزشکی قرار می دهد.
 ۹. سرپرستاران بخش های مربوطه باید به صورت ماهیانه میزان مصرف آنتی بیوتیک ها را در فرم های که کمیته کنترل عفونت در اختیار آنان قرار داده پر نمایند
 ۱۰. لیست آنتی بیوتیک های موجود در بیمارستان توسط مسئول فنی داروخانه بیمارستان تهیه می شود و در کمیته کنترل عفونت ارائه می گردد. این لیست سالانه توسط ایشان بازنگری می گردد.
 ۱۱. گزارش جمع بندی آنتی بیوتیک ها و مقاومت های آنتی بیوتیکی پس از جمع بندی در کمیته هر سه ماه یکبار به مدیر گروه بخش ها و سرپرستاران اعلام می گردد.
 ۱۲. کلیه بخش های جراحی و بخش های پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای بیماران اجراء می کنند آمار آنتی بیوتیک مصرفی بیماران به تعداد و نوع آنتی بیوتیک به سوپروایزر کنترل عفونت ارائه می دهند که بعد از جمع آوری به صورت شاخص هر ماه توسط سوپروایزر کنترل عفونت به دفتر بهبود کیفیت ارائه می شود.
- در خصوص پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بعد از نظرخواهی از پزشکان مربوطه به شرح ذیل می باشد:
۱. اعمال جراحی تمیز نیاز به پروفیلاکسی ندارند مگر در مواردی که خطر بالقوه ذاتی عفونی وجود داشته باشد.
 ۲. در اعمال جراحی قسمت فوقانی دستگاه گوارش و اعمال اکتیو روده کوچک (یک گرم سفتریاکسون به همراه ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول یا ۶۰۰ میلی گرم کلیندامایسین) (در صورت شک به عفونت بی هوازی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و دوز دوم و در صورتیکه عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد تزریق شود.
 ۳. در اعمال جراحی کله سیستکتومی در بیماران کم خطر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی توصیه نمی شود ولی در بیماران پرخطر مانند سنین بالای ۶۰ سال و یا عوامل خطر دیگر تزریق یک گرم سفتریاکسون در ۳ روز ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از القاء بیهوشی و ۱۲ ساعت بعد از عمل و ۱۴ ساعت بعد از عمل اندیکاسیون دارد.
 ۴. در اعمال روده بزرگ: روز قبل از عمل پرپ مکانیکال انجام می شود و سپس یک گرم سفتریاکسون به همراه ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و دوز دوم در صورتیکه عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد تزریق می شود.
 ۵. در آپاندکتومی حاد غیر پرفوره تنها یک آنتی بیوتیک مانند سفتریاکسون یک گرم ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و دوز دوم در صورتی که عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد تزریق می شود.
 ۶. در عمل هرنی اینگوینال ، ماستکتومی پروفیلاکسی توصیه نشده است.
 ۷. در ترومای نافذ شکم دو گرم سفتریاکسون به همراه ۵۰۰ یا ۶۰۰ میلی گرم کلیندامایسین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و تکرار دوز دوم در صورتی که بیش از ۳ ساعت عمل جراحی طول بکشد باید تزریق شود.

روشن اجرائی: مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-07 صفحه: ۳ از ۴

۸. در اعمال زنان و مامایی مانند هیستریکتومی واژینال یا از راه شکم دو گرم سفتریاکسون به همراه ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول و در صورت شک به عفونت بی هوازی ۶۰۰ میلی گرم کلیندامایسین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از عمل انسزیون پوست تزریق شود.
۹. در اعمال سزارین ، هیستریکتومی یک گرم سفازولین و یا زوکسیم ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و در بیماران پرخطر ممکن است سفازولین دو گرم پس از کلامپ و قطع بند ناف لازم باشد.
۱۰. در اعمال جراحی ارولوژی یک گرم سفازولین و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از عمل تزریق شود. (پروستاتکتومی ، سنگ حالب ، سیستوسکپی و هرنی)
۱۱. در اعمال جراحی تمیز سر و گردن نیاز به پروفیلاکسی نمی باشد مگر نظر پزشک معالج که در این صورت یک گرم سفازولین و یا سفتریاکسون ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست تزریق شود.
۱۲. در شکستگی های باز تروماتیک دو میلیون واحد پنی سیلین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از عمل جراحی تزریق شود و در سایر شکستگی نیاز به تزریق آنتی بیوتیک ندارد.
۱۳. در عمل جراحی لارنگتومی و دیگر اعمال جراحی کانسره های سر و گردن یک گرم سفازولین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست تزریق گردد.
۱۴. در تونسیلکتومی با و یا بدون آدنوئیدکتومی پروفیلاکسی توصیه نمی شود.
۱۵. در اعمال جراحی ارتوپدی مانند تعویض کامل مفصل یک گرم سفازولین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست تزریق گردد.
۱۶. در اعمال جراحی با آرتروسکوپی ، لامینکتومی به روش اسپاینال پروفیلاکسی توصیه نمی شود.
۱۷. در آمپوتاسیون اندام تحتانی دو گرم سفازولین یا سفتریاکسون ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول یا ۶۰۰ میلی گرم کلیندامایسین در صورت شک به عفونت بی هوازی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پس از انسزیون و سپس هر ۶ ساعت تا ۴ دوز تزریق شود.
۱۸. در اعمال جراحی مغز و اعصاب یک گرم سفازولین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه قبل از انسزیون پوست و در صورتی که عمل بیش از سه ساعت طول بکشد تزریق شود.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

انبار نگهداری و ذخیره دارو ، یخچال های دارویی ، دپو دارویی بخش ها ، انواع ویال های آنتی بیوتیک ، سیستم کامپیوتر ، پرینت های داروهای مصرفی

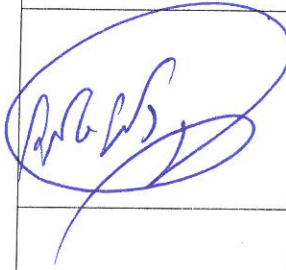
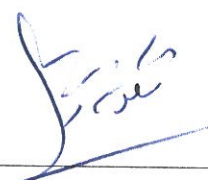
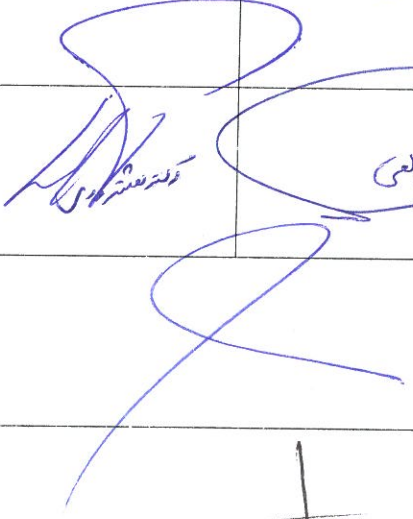
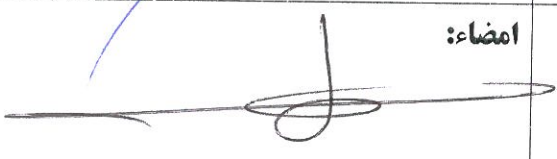
پزشکان ، داروساز ، پرسنل کادر پرستاری

آمار عفونت های بیمارستانی عمل جراحی ، فرم آنتی بیوتیک های مصرفی ، برنامه WHONET در آزمایشگاه

منابع/مراجع:

- کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۸ وزارت بهداشت سال ۱۳۸۳

روش اجرایی: مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	دامنه: کلیه بخش های بالینی
شماره ویرایش: ۰	کد سند: IC-PR-07
تاریخ بازنگری: ۰	صفحه: ۴ از ۴
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم دکتر مهر افزا آقای دکتر قاسم زاده آقای دکتر نیر ثابتی خانم قربانی خانم طولمی خانم دکتر هشترودی	مدیر گروه جراحی زنان معاون درمان/رئیس بخش ICU جراح ارتوپدی مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت مسئول فنی داروخانه	 
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی	دامنه: بخش شیمی درمانی و کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: IC-PR-08 صفحه: ۱ از ۳

هدف:

۱- ارتقاء ایمنی بیماران دچار نقص سیستم ایمنی ۲- پیشگیری از انتقال عفونت های بیمارستانی از جانب کادر بهداشتی و مراقبتی به این بیماران ۳- کاهش اقامت بیماران دچار نقص ایمنی در بیمارستان

تعاریف:

نقص ایمنی: بیمارانی که دچار کاهش سطح ایمنی بدن می باشند لذا امکان انتقال عفونت به آنها بیش از سایر افراد می باشد. این افراد شامل HIV، پیوند اعضا، آلرژی، بیمارانی که عفونت های پی در پی دارند، مننژیت و انواع سرطان ها و ... که در این بیماری ها سیستم دفاعی بدن دچار نقص یا کاهش عملکرد می شوند و دستگاه ایمنی بدن نمی تواند در برابر میکروب ها اعم از باکتری و ویروس و قارچ و هرگونه جسم خارجی دیگر از خود محافظت کنند که به دو صورت نقص ایمنی اولیه و ثانویه بروز می کند.

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

- تمام بخشهای بیمارستان دارای اتاق ایزوله با پیش اتاق است که در بخش های ویژه و اورژانس و دارای سیستم هپا می باشد
- شناسایی صحیح بیماران دارای نقص ایمنی و قراردادن آنها در اتاقهای ایزوله ترجیحا با فشار مثبت براساس استانداردهای دانشگاه توسط مسئول بخش با همکاری سوپر وایزر کنترل عفونت بستری می شوند
- آموزش روش ایزوله معکوس به بیمار و همراهان وی برای کاهش مخاطرات و سطح استرس و فشارهای روانی باید توسط سوپر وایزر کنترل عفونت و یا رابطین کنترل عفونت در بخش های مربوطه انجام شود
- ملاقات این بیماران باید محدود باشد و کلیه افرادی که به ملاقات بیمار می روند قبل از ورود به اتاق بیمار باید بهداشت دست خود را رعایت نمایند و از وسایل حفاظت فردی خصوصا ماسک و گان استفاده نمایند.
- رعایت الزامات و استانداردهای بهداشت دست و اصول احتیاطات استاندارد و اصول استفاده از وسایل حفاظت فردی که باید توسط رابطین کنترل عفونت هر بخش نظارت و کنترل شود که برای کلیه کارکنان و همراهان الزام دارد
- رعایت و الزام به انجام نکات اسپتیک در هنگام انجام پروسیجرهای درمانی توسط پزشکان و پرستاران برای بیمارانی که نقص سیستم ایمنی دارند
- ارائه غذا در ظروف یکبار مصرف با رعایت الزامات و استانداردهای اتاق های ایزوله توسط توزیع غذا.
- ارائه وسایل حفاظت فردی ماندگان و ماسک و روکشی برای کارکنان و همراهان توسط مسئولین بخش یا رابطین کنترل عفونت در بخش های ویژه.
- قرار دادن بیمار در اتاق ایزوله با فشار مثبت توسط مسئول شیفت (ایزوله معکوس) و فقط در بیمارانی که مبتلا به سل می باشند که از طریق هوایی منتقل می شوند، احتیاج به ایزوله فشار منفی دارند.
- کنترل و نظارت بر الزام ثبت فشار منفی در اتاق ایزوله توسط راند تاسیسات.
- آموزش و نظارت پوشیدن و درآوردن صحیح و استاندارد محافظ فردی در اتاق ایزوله توسط سوپروایزر کنترل عفونت.
- به بیماران در مورد رعایت بهداشت دست و سایر نکات بهداشتی و رعایت بهداشت ناحیه تناسلی و دوری از افرادی که دارای بیماری های واگیر هستند آموزش داده شود توسط رابطین کنترل عفونت در بخش ها یا سوپروایزر کنترل عفونت.
- پرستل پرستاری باید قبل و بعد از هر اقدامی برای بیمار بهداشت دست ها را رعایت نمایند.

روش اجرایی: حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-08
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

۱۳. در صورت عدم وجود اتاق ایزوله و یا پر بودن آن اطاق این بیماران باید با هماهنگی سوپر وایزر کنترل عفونت و مسئول بخش در اتاق های خصوصی بستری شوند
۱۴. پرستار مسئول مراقبت از این بیماران باید به بیماران و همراهان آن ها علائم عفونت مانند تب بیشتر از ۳۸ ، لرز ، سرفه های خلط دار ، اشکال در تنفس ، تهوع ، تغییر رنگ ادرار ، لکه سفید در دهان ، ترشح واژن ، قرمزی یا تورم و ترشح در ضایعات پوستی را آموزش دهند.
۱۵. محل ورود کاتترهای ادراری و کاتترهای عروقی از نظر بروز علائم عفونت توسط پرستار در بیماران دچار نقص ایمنی باید بررسی شود.
۱۶. رعایت بهداشت دهان در بیماران دارای نقص ایمنی به دلیل موکوزیت مخصوصا بعد از شیمی درمانی به کاهش درد و سوزش و التهاب آنان کمک می کند و پرستار باید از دهانشویه های معمولی مانند نرمال سالین و بی کربنات برای این بیماران استفاده شود و از دهانشویه های تجاری ترجیحا استفاده نشود
۱۷. پرستاران از گذاشتن ترمومتر در ناحیه مقعد یا شیاف کردن این بیماران خودداری شود

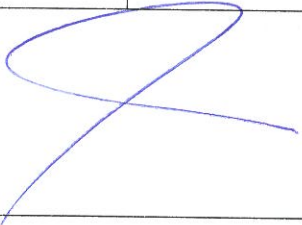
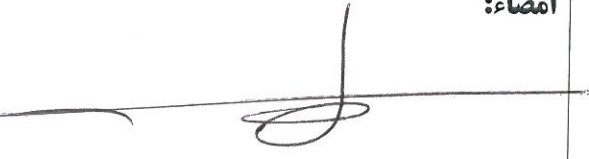
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

امکانات: وجود اتاقهای ایزوله در بخش های بستری و وجود امکانات وسایل حفاظت فردی و امکانات شستشوی دست برای کلیه پرسنل پرستاری و پزشکان و پرسنل در رابطه با بیمار دارای نقص ایمنی

منابع / مراجع:

دستورالعمل های کنترل عفونت (راهنمای مراقبتهای کشوری)

روش اجرایی: حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-08
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طولمی خانم شهیمهری	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت سرپرستار ICU	
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	

روشن اجرایی: شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی	دامنه: کلیه بخش ها و آزمایشگاه
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-09
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۱ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

۱. کاهش میزان خطر عفونت های بیمارستانی
۲. ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان و مراجعین
۳. کاهش هزینه های درمان
۴. کاهش مقاومت میکروبی

تعاریف:

NNIS: (National Guideline of Nosocomial Infections Surveillance) راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

عفونت: پدیده ای که میزان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماری زای عفونی دچار آسیب می شود.
عفونت بیمارستانی: عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:
حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.
در زمان پذیرش فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی کد (NNIS) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.
کد NNIS چهار نوع عفونت را تعریف نموده است:

۱. عفونت ادراری UTI
۲. عفونت محل زخم جراحی SSI
۳. عفونت ریه PNEU
۴. عفونت خون BSI

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

۱. سوپروایزر کنترل عفونت در سطح بیمارستان با همکاری پزشک، سرپرستار و رابطین کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت ملزم به بررسی عفونت های بیمارستان می باشد.
۲. سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری واحد آزمایشگاه کشت های مثبت بیماران را در کمیته کنترل عفونت مطرح نموده و در مورد گزارش دهی در سیستم NNIS تصمیم گیری می شود.
۳. سوپروایزر کنترل عفونت بعد از دریافت کشت های مثبت از آزمایشگاه و یا بعد از اعلام رابطین کنترل عفونت و یا مسئولین بخش ها در بازدید از بیمار و پرونده اش احتمال عفونت را بررسی می کند. سپس با مستندات بیمار به کمیته کنترل عفونت اطلاع رسانی نموده تا درمورد گزارش دهی آن تصمیم گیری شود.
۴. سوپروایزر کنترل عفونت در بازدیدهای دوره ای موارد احتمالی عفونت بیمارستانی را مورد بررسی قرار می دهد.
۵. سوپروایزر کنترل عفونت بعد از شناخت و بررسی بیمار با عفونت بیمارستانی و تصمیم گیری در کمیته فرم مورد به بیمار (شماره ۱) فرم بیماریابی را پر نموده و سپس در سیستم NNIS ارسال و در نتیجه فرم شماره ۲ لیست خطی موارد عفونت بیمارستانی می باشد را به صورت ماهیانه ارسال می نماید.

روش اجرایی: شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی	دامنه: کلیه بخش ها و آزمایشگاه
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-09
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۲ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

۶. سوپروایزر کنترل عفونت با بررسی کشت های اولیه و بدو ورود برای بیماران اعزامی خصوصا انجام کشت حلق در بیماران اینتوبه در ICUها عفونت بیمارستانی سایر مراکز را در فرم شماره ۲ برای استان ارسال می نماید.
۷. سوپروایزر کنترل عفونت به صورت ماهیانه فرم شماره ۲ گزارش عفونت بیمارستانی INIS را در پرتال کشوری گزارش دهی عفونت بیمارستانی ارسال می نماید.
۸. سوپروایزر کنترل عفونت آمار ماهانه عفونت بیمارستانی را به تفکیک تشخیص و بخش در فرم همراه جهت اطلاع به مدیران و دفتر بهبود کیفیت و کمیته اعلام می گردد.
۹. سوپروایزر کنترل عفونت اقدام اصلاحی مصوب کمیته کنترل عفونت را به بخش و واحد مربوطه اطلاع رسانی می کند و همراه با سرپرستار نسبت به اجرای آن اقدام می کند.
۱۰. سوپروایزر کنترل عفونت آمار فصلی عفونت های بیمارستانی را به تفکیک بخش به واحد بهبود کیفیت و بخش ها ابلاغ می نماید.

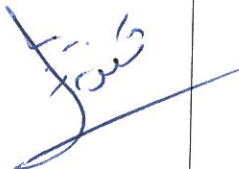
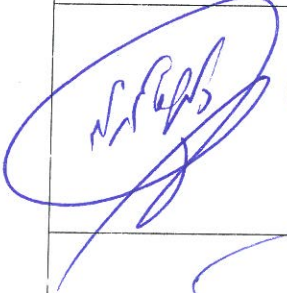
منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم های موجود شماره ۱ و ۲ و نصب نرم افزار NNIS و ارسال گزارش ماهیانه کارکنان مرتبط ، سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران بخش ها و رابطین و سوپروایزر آزمایشگاه

منابع/مراجع:

کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

روش اجرایی: شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی	دامنه: کلیه بخش ها و آزمایشگاه
شماره ویرایش: ۱	کد سند: IC-PR-09
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه: ۳ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر قاسم زاده خانم قربانی خانم طرامی خانم ستاری	معاون درمان مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	 
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء:  
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل	امضاء: 