

هـ-۶) پیشگیری و کنترل عفونت

هـ- ۶) پیشگیری و کنترل عفونت

افزایش روزافزون انتقال عفونت میان بیماران، مراجعین و کارکنان در بیمارستان‌ها همچنان از معضلات مراکز بهداشتی درمانی محسوب می‌شود، که علاوه بر افزایش میزان مرگ و میر و بروز عوارض جبران ناپذیر، منجر به افزایش هزینه‌های درمانی، طول مدت اقامت بیماران و مقاومت آنتی بیوتیکی نیز می‌گردد. پیشگیری و کنترل عفونت‌های ناشی از خدمات بهداشتی درمانی^۱ نیازمند برنامه ریزی دقیق، تدوین خط‌مشی‌ها و روش‌ها، تأمین امکانات و تسهیلات، اجرای دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها توسط نیروی انسانی آموزش دیده است. همچنین نقش رهبران سازمان در موفقیت برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی اهمیت ویژه‌ای دارد.

هـ	۶	۱
بهداشت دست‌ها مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.		
دست‌آورد استاندارد ساده‌ترین، کم‌هزینه‌ترین و موثرترین روش برای پیشگیری و کاهش خطر عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی کاهش هزینه‌های درمانی و مدت اقامت بیماران ارتقاء سلامت بیماران، مراجعین و کارکنان		

سنجه ۱. خط‌مشی و روش «ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند		
سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	استاندارد مرتبط
	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐	
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین خط‌مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط‌مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان در روش اجرایی **	بررسی مستند
۸	کسب اطمینان از ارزش‌گذاری بهداشت دست در محیط بیمارستان در روش اجرایی **	بررسی مستند
۹	پیش‌بینی روش‌های انگیزشی در جهت مشارکت کارکنان در ترویج و ارزش‌گذاری به اصول رعایت بهداشت دست	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط‌مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی در خصوص خط‌مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط‌مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

1. Health-Care Associated Infections (HAI)

توضیحات:

* در کمیته کنترل عفونت و با مشارکت مسئول ایمنی، مسئولان بخش‌ها/واحدها و نمایندگان گروه پزشکان تدوین می‌شود؛ طبق نامه شماره ۲۰۷۵/۲/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت در خصوص رعایت بهداشت دست.

** از طریق ارائه آموزش‌ها به کارکنان، بیماران و مراجعین و استفاده مؤثر از ابزارهای رسانه‌ای (پوستر، پمفلت آموزشی، فیلم و...)

*** از طریق ترویج رفتارهای اثربخش توسط افراد مؤثر و الگو در بین کارکنان

هدایت کننده: کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان**سنجه ۲. بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت دست‌ها توسط کارکنان مرتبط رعایت می‌شود.**

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلیژک ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	موجود و در دسترس بودن دستورالعمل بهداشت دست‌ها * برای کارکنان
۲	آموزش کلیه کارکنان در خصوص دستورالعمل بهداشت دست
۳	مطلع بودن کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست
۴	رعایت بهداشت دست توسط کارکنان بالینی **

توضیحات:

* نامه شماره ۲۰۷۵/۲/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت، درخصوص رعایت بهداشت دست

** اصول بهداشت دست توسط کارکنان در موارد ذیل رعایت می‌شود:

شستن دست‌ها با آب و صابون

ضدعفونی کردن دست‌ها

آماده‌سازی دست‌ها برای اعمال جراحی (تهاجمی و نیمه تهاجمی)

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، روسای بخش‌ها، سرپرستاران

سنجه ۳. براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست در تمام بخش ها / واحدهای درمانی ارزیابی می شود.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت از دستورالعمل، چک لیست تخصصی * و نحوه ارزیابی، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست ***
بررسی مستند	۲ انجام ارزیابی ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان بندی *** و ارائه گزارش ارزیابی ****
بررسی مستند	۳ بررسی نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته کنترل عفونت
بررسی مستند و مصاحبه	۴ ارائه نتایج ارزیابی به بخش‌ها/واحدهای مربوطه

توضیحات:

* بخشنامه ۴۰۹/۱۳۳۳۱ د مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۲۳ مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
 ** رابطین کنترل عفونت و سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت مطابق با دستورالعمل «اندازه گیری میزان رعایت پذیرش بهداشت دست» وزارت بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی میزان رعایت بهداشت دست، آموزش دیده و آگاهی دارند.
 *** در کمیته کنترل عفونت بر اساس رسالت هر بخش و تعداد تخت بیمارستان زمان بندی انجام ارزیابی ها مشخص شده است. بازه ارزیابی حداقل سالیانه و در مقطع چهار هفته ای می باشد.
 **** گزارش ارزیابی شامل میزان پذیرش براساس گروه های حرفه ای و اندیکاسیون های بهداشت دست (۵ موقعیت) است.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت

سنجه ۴. اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می شود.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی جراحان، پرستاران اسکراب، ماماها، در اتاق های عمل بستری و سرپایی از مفاد راهنمای بهداشت دست *
مشاهده و مصاحبه	۲ وجود امکانات لازم جهت اسکراب جراحی مطابق با راهنمای رعایت بهداشت دست در اتاق های عمل بستری و سرپایی
بررسی مستند	۳ وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش های بستری و سرپایی مطابق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت **
مصاحبه	۴ آگاهی کارکنان بالینی از لیست اقدامات تهاجمی اختصاصی بخش مربوط
مشاهده	۵ انجام اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین ها قبل از اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی ***

توضیحات:

* دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۱۰۷۵۷ / ۴۰۹ د مورخ ۱۳۹۳ / ۶ / ۱۲ درخصوص راهنماهای ایمنی بیمار
 ** نامه شماره ۱۲۸۴۳ / ۴۰۰ د مورخ ۱۳۹۵ / ۴ / ۲۷ درخصوص دستورالعمل راهنماهای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی
 *** در بخش های آنژیوگرافی، آندوسکوپی و بخش های بستری که اقدامات تهاجمی در آن انجام می شود.

هدایت کننده: روسا و سرپرستاران بخش های اتاق عمل، اسکوپي ها و آنژیوگرافی

کارکنان از وسایل حفاظت فردی به صورت ایمن استفاده می‌کنند.

۲

۶

هـ

دست‌آورد استاندارد

■ ارتقاء ایمنی کارکنان

■ کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان و ایمنی بیماران و مراجعین

سنجه ۱. دستورالعمل «استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه □ الزامی ■ اساسی □ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**
مشاهده	۳ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۵ آگاهی کارکنان مرتبط *** از دستورالعمل
مشاهده	۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* با توجه به کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و آخرین دستورالعمل‌های وزارت بهداشت طی نامه شماره ۲۶۸۷/۳۰۴ مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸ کوروناویروس و راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (فصل ۴) تدوین گردد. در دستورالعمل با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره‌ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی لازم ذکر شده و ترتیب و نحوه پوشیدن و خارج کردن وسایل نیز ذکر شود. این دستورالعمل با مشارکت اعضای کمیته کنترل عفونت تدوین می‌شود.

** با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره‌ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی شناسایی و در بخش‌های بستری با توجه به نوع مراقبت موجود، ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های بستری بیماران با نقص سیستم ایمنی / پیوند / شیمی درمانی برای کارکنان و مراقبت‌دهندگان بیماران تأمین شده است.

*** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات

هدایت‌کننده: اعضای کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا / مسئولان و سرپرستاران، مسئول بهداشت حرفه‌ای

سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند، طبق دستورالعمل «استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت» اصول حفاظت فردی را رعایت می کنند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی برای تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند	مصاحبه و مشاهده		
۲	آگاهی افراد در تماس با بیمار در خصوص استفاده از وسایل حفاظت فردی	مصاحبه		
۳	رعایت احتیاطات استاندارد و احتیاطات ایزولاسیون طبق مفاد دستورالعمل توسط افراد در تماس با بیمار	مشاهده		

توضیحات:

* افرادی که با بیمار در تماس هستند شامل مراقبت دهندگان به بیمار و ملاقات کنندگان هستند. مراقبت دهندگان می توانند حرفه ای (کارکنان بالینی) و یا غیر حرفه ای مانند همراهان بیمار باشند.

توصیه ۱. موقعیت های استفاده از ماسک N95 برای مراقبت از بیماران و قبل از انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول در کمیته کنترل عفونت تعیین شده است و به تعداد کافی در دسترس بخش ها / واحدها قرار دارد و کارکنان و افرادی که با بیمار در تماس هستند قبل از مواجهه با بیمار از آن استفاده می کنند.

توصیه ۲. در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی در ورودی اتاق های ایزوله و بخش های بیماران با نقص سیستم ایمنی / پیوند / شیمی درمانی / رادیودرمانی و بخش های بستری با توجه به نوع بیماری و مراقبت موجود برای مراقبت کنندگان / ملاقات کنندگان بیمار

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، سرپرستاران و مسئولان بخش های تشخیصی و درمانی، مسئول بهداشت حرفه ای

مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

۳

۶

هـ

دست‌آورد استاندارد

■ ارتقاء ایمنی کارکنان

■ کاهش هزینه‌های بیمارستان

■ حمایت از بیماران با سابقه مواجهه شغلی

سنجه ۱. روش اجرایی «مدیریت مواجهه شغلی» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه		الزامی ■	اساسی ■	ایده آل ■
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	تدوین روش اجرایی			بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند * در تدوین روش اجرایی			مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی			بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی			بررسی مستند
۶	پیش بینی اقدامات پیشگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی			بررسی مستند
۷	پیش بینی اقدامات درمان مواجهه شغلی در روش اجرایی			بررسی مستند
۸	پیش بینی اقدامات پیگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی			بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط * از روش اجرایی			مصاحبه
۱۱	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ			مشاهده

توضیحات:

* با مشارکت اعضا، کمیته کنترل عفونت بیمارستان و مسئول بهداشت حرفه ای تدوین می شود.

** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات

اقدامات پیشگیری شامل: ارزیابی تیتراژ آنتی بادی و تعیین افرادی که به واکسیناسیون پاسخ نداده اند و اتخاذ تمهیدات لازم برای چپش نیروها و کسانی که تیتراژ پایین آنتی بادی (ایمنی کمتر) دارند- آموزش کارکنان - تشکیل پرونده بهداشتی و معاینات شغلی در بدو شروع به کار - دسترسی کارکنان به آخرین دستورالعمل ها - وجود پوستر / فلوجارت و سایر روش های آموزشی و اطلاع رسانی مدیریت مواجهه شغلی - تأمین امکانات کافی حفاظت فردی و Safety Box

اقدامات درمان شامل: پیش بینی فرآیند ارزیابی متخصص عفونی بلافاصله پس از مواجهه های پرخطر و تأمین ویال های ایمونوگلوبولین مورد نیاز آنها جهت مدیریت مواجهه شغلی افراد non-response و کسانی که تیتراژ پایین آنتی بادی دارند.

اقدامات پیگیری شامل: اقدامات بعد از مواجهه شغلی در خصوص نحوه انجام آزمایشات / استفاده از آنتی ویروس ها
مواجهه شغلی، کارکنان با خطر سرایت عفونت های HBV، HCV یا HIV با یکی از سه احتمال تماس زیر رخ می دهد:

- ۱- مواجهه از راه پوست (مثلاً فرو رفتن سوزن به پوست یا انسان گزیدگی ها)
- ۲- مواجهه غشاهای مخاطی (مثلاً پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان)
- ۳- مواجهه پوست ناسالم (مثلاً پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است)

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، مسئول بهداشت حرفه ای

سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می کند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	بررسی و تحلیل موارد ثبت شده مواجهه شغلی در جلسات کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند		
۲	طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه*	بررسی مستند		
۳	ابلاغ برنامه تدوین شده جهت اجرا به بخش ها/ واحدهای مرتبط	بررسی مستند		
۴	مطلع بودن مسئولان بخش ها/ واحدها از برنامه و نقش واحد مربوط	مصاحبه		
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان بندی	مشاهده و مصاحبه		

توضیحات:

* اعضا، کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان، نتایج مواجهه شغلی را در کمیته بررسی کرده و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه را طراحی و توسط کمیته به بخش ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می شود.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، مسئول بهداشت حرفه ای

هـ	۶	۴	خطر انتقال شایع عفونت به بیماران، ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.
----	---	---	---

دست‌آورد استاندارد
■ ارتقاء ایمنی بیماران
■ کاهش هزینه‌های درمانی
■ کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

سنجه ۰۱. روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت‌های موضع جراحی یا محل نمونه برداری» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه	الزامی ■ اساسی ■ ایده آل ■	استاندارد مرتبط	آموزش ■ ایمنی بیمار ■ هتلینگ ■ دوستدار مادر ■ دوستدار کودک ■ ارتقاء سلامت ■ سایر ■
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی	
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند	
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان** در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند	
۳	شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند	
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند	
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط*** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه	
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه	
۸	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده	
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده	

توضیحات:

* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود.

** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌های جراحی و اتاق عمل

*** کارکنان بالینی

هدایت‌کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی و اتاق عمل

سنجه ۲. روش اجرایی «پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود»، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه		الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط		آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات:

* در تدوین روش های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود.
 ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت با مشارکت متخصصین بیهوشی و مسئولان بخش های ویژه
 *** کارکنان بالینی

هدایت کننده: اعضا کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۳: روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت های کتنرهای عروقی» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام میکنند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی*
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط*** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	۸ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* در تدوین روش های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود.
 ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش ها/ واحدها
 *** کارکنان بالینی

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا و سرپرستاران بخش های مرتبط

سنجه ۴. روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت های کتترهای ادراری» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان *** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	۸ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* در تدوین روش های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود.
 ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت رؤسا و مسئولان بخش ها / واحدها
 *** کارکنان بالینی

هدایت کننده: اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت، رؤسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۵. روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپ‌ها» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی*
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط*** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	۸ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* در تدوین روش اجرایی حداقل در مورد نحوه پاک سازی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات اسکوپ، ضرورت استفاده از وسایل یکبار مصرف در حین اسکوپ‌ها (با توجه به نامه شماره ۳۵۰۵/۴۰۰ د مورخ ۱۳/۳/۱۳۹۱ وزارت بهداشت در خصوص ضرورت نظارت بر استفاده مجدد از وسایل یک بار مصرف)، نحوه نگهداری تجهیزات اسکوپ و پایش فرایندهای ضدعفونی و استریلیزاسیون با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت های بیمارستانی اشاره شود.

** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها و مسئولان بخش های اسکوپ

*** کارکنان بالینی

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا و سرپرستاران بخش های مرتبط

سنجه ۶. روش اجرایی «مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها» حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل های مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	۸ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* در تدوین روش اجرایی از کتاب نظام کنترل عفونت های بیمارستانی استفاده شود و حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل های مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد.

** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مدیر دارویی و پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و رؤسا و مسئولان بخش ها/ واحدها تدوین می شود.

*** کارکنان بالینی

هدایت کننده: معاون درمان، اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، رؤسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۷. روش اجرایی «حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مشاهده	۸ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات:

* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود و حداقل شامل موارد رعایت احتیاطات استاندارد، آموزش کارکنان و بیماران و شرایط خاص استفاده از اتاق ایزوله فشار مثبت، جهت بیماران پیوند اعضا، تدوین شود.

** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت رؤسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها
*** کارکنان بالینی

هدایت کننده: معاون درمان، اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، رؤسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی مرتبط

سنجه ۸. در موارد الزام برای انجام کشت براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *		
۲	رعایت نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه ها طبق مفاد دستورالعمل		
	بررسی مستند	مصاحبه و مشاهده	

توضیحات:

* براساس بخشنامه ابلاغی ۱۳۸۷/۱/۱۲ مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ ب مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه ها به صورت روتین انجام نمی شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام شود.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی و سوپروایزر آزمایشگاه

سنجه ۹. معیارهای «ایزولاسیون بیماران با بیماری های واگیردار احتمالی» طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *		
۲	آگاهی کارکنان بالینی از دستورالعمل		
۳	وجود اتاق ایزوله معمولی و امکانات و تجهیزات لازم		
۴	وجود اتاق ایزوله فشار منفی و امکانات و تجهیزات لازم		
۵	استفاده صحیح از اتاق ایزوله معمولی و فشار منفی براساس شرایط بیماران		
	مشاهده	مشاهده	مصاحبه و بررسی مستند

توضیحات:

* بخشنامه ۲۳۱۷/۳۰۴ مورخ ۱۳۹۳/۷/۲۹ رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر و چک لیست مربوطه

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی

هـ | ۶ | ۵ | بیمارستان از نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت پیروی می‌کند.

دستآورد استاندارد

- کاهش میزان خطر عفونت‌های بیمارستانی
- ارتقاء ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه‌های درمانی
- کاهش مقاومت میکروبی

سنجه ۱. روش اجرایی «شناسایی و گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن اقدام میکنند.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی			گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند			
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند			
۳	شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند			
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند			
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند			
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه			
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه			
۸	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده			
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده			

توضیحات:

- * روش اجرایی با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تدوین شود.
- ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها
- *** کارکنان بالینی

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

سنجه ۲. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در ایران^۱ به صورت ماهیانه گزارش دهی می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	نصب نرم افزار گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در ایران بر روی کامپیوتر سوپروایزر / پرستار کنترل عفونت های بیمارستانی	مصاحبه و مشاهده		
۲	ورود اطلاعات مربوط به عفونت های بیمارستانی به نرم افزار	مشاهده		
۳	گزارش گیری ماهیانه از خروجی نرم افزار و گزارش دهی ماهیانه میزان عفونت های بیمارستانی	مشاهده		

هدایت کننده: مدیر پرستاری، سوپروایزر / پرستار کنترل عفونت های بیمارستانی

سنجه ۳. بررسی و تحلیل روند عفونت های بیمارستانی در کمیته کنترل عفونت به صورت منظم انجام می شود و اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونت های بیمارستانی ارزیابی می شود و اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	گزارش منظم میزان عفونت های بیمارستانی* توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند		
۲	بررسی و تحلیل نتایج عفونت های بیمارستانی	بررسی مستند		
۳	تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت در کمیته کنترل عفونت و ابلاغ برنامه به مسئولان مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند		
۴	مطلع بودن مسئولان بخش ها / واحدها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه		
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان بندی	مشاهده و مصاحبه		

توضیحات:

* حداقل سه ماه یک بار و به تفکیک ۴ نوع عفونت شایع بیمارستانی

هدایت کننده: مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران

سنجه ۴. نتایج مقاومت های میکروبی توسط آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت گزارش شده و بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی به صورت منظم انجام و براساس آن اقدامات اصلاحی/بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	گزارش نتایج مقاومت های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین *	بررسی مستند		
۲	بررسی و تحلیل گزارشات و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته کنترل عفونت **	بررسی مستند		
۳	ابلاغ برنامه های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند		
۴	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه		
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان بندی	مشاهده و مصاحبه		

توضیحات:

* حداقل سه ماه یک بار

** با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی

توصیه. در صورت شیوع مقاومت های میکروبی در یک بیمارستان و جهت هشدار با سایر بیمارستان های منطقه، گزارش آن و نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه ارائه شود.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی آزمایشگاه

سنجه ۵. کمیته کنترل عفونت با محوریت کنترل عفونت بر رعایت دستورالعمل ها و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و بر اجرای آن نظارت می کند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تدوین چک لیست براساس دستورالعمل های ابلاغی توسط تیم کنترل عفونت بیمارستان و تصویب کمیته کنترل عفونت *	بررسی مستند		
۲	انجام ارزیابی بخش ها / واحدهای مرتبط براساس چک لیست و برنامه زمان بندی انجام شده	بررسی مستند		
۳	بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی ها در کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند و مصاحبه		
۴	تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ برنامه به بخش ها / واحدهای مرتبط	بررسی مستند		
۵	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه		
۶	نظارت تیم کنترل عفونت بر اجرای برنامه طبق زمان بندی و گزارش پایش برنامه به کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

* چک لیست با هدف ارزیابی دستورالعمل های ابلاغی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل تدوین شده توسط بیمارستان موضوع استانداردهای این محور تدوین می شوند.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت، مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران

سنجه ۶. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می کند.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	شناسایی موارد قابل گزارش بیماری های واگیردار توسط کمیته کنترل عفونت براساس دستورالعمل	بررسی مستند	
۲	در دسترس بودن لیست بیماری های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط	مصاحبه	
۳	گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان مرتبط	بررسی مستند	
۴	گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند	

توضیحات:

فهرست بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماری ها و چگونگی گزارشدهی آنها که توسط مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح زیر است :

الف. بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل: وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخچه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب های خونریزی دهنده ویروسی (CHFF)، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)

ب. بیماری های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری های مقاربتی، انواع هپاتیت های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیاژیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت

ه | ۶ | ۶ | ممیزی کنترل عفونت از بخش‌ها/ واحدها انجام شده و نتایج به واحدها و مدیران ارشد گزارش می‌شود.

دستاورد استاندارد

- بررسی عملکرد بخش‌ها و دستیابی به مشکلات و چالش‌های اجرای برنامه‌های کنترل عفونت در بخش‌ها/ واحدها
- تدوین برنامه بهبود جهت کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی

سنجه ۱. ممیزی بخش‌ها / واحدها در موضوع اصول کنترل عفونت براساس چک لیست‌های معین × انجام می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین چک لیست ممیزی جهت بخش‌ها / واحدهای بیمارستان توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند		
۲	تایید چک لیست‌ها در کمیته کنترل عفونت و تعیین زمان بندی انجام ممیزی	بررسی مستند		
۳	انجام ممیزی توسط تیم کنترل عفونت براساس چک لیست‌ها طبق زمان بندی مصوب کمیته	بررسی مستند		

توضیحات:

توصیه ۱. براساس فعالیت‌های اختصاصی برای هر بخش/ واحد چک لیست‌های اختصاصی تدوین شود.
توصیه ۲. در طراحی چک لیست بر ارزیابی ساختارهای لازم برای اجرای فرایندهای کنترل عفونت (امکانات و تجهیزات، منابع انسانی، دستورالعمل‌ها و روش‌های لازم) مد نظر باشد.
توصیه ۳. در طراحی چک لیست بر ارزیابی اجرای صحیح فرایندها به تفکیک نوع مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان و براساس آخرین دستورالعمل‌های کنترل عفونت مد نظر باشد

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت

سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده را به کمیته کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌دهند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و نتایج ممیزی‌های انجام شده به کمیته توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند		
۲	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به بخش‌ها/ واحدهای مربوطه	بررسی مستند		
۳	در دسترس بودن نتایج عفونت‌های بیمارستانی و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود	بررسی مستند و مصاحبه		
۴	در دسترس بودن نتایج ممیزی کنترل عفونت و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود	بررسی مستند و مصاحبه		

هدایت کننده: اعضا، کمیته و تیم کنترل عفونت

هـ | ۶ | ۷ | شاخص‌های لازم برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی انجام می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

پایش عملکرد بیمارستان در خصوص کنترل عفونت‌های بیمارستانی و بررسی وضعیت موجود
ارتقاء شاخص‌ها و ایمنی بیمار، کارکنان، مراجعین

سنجه ۱. کمیته کنترل عفونت شاخص‌هایی برای پایش عملکرد فعالیت‌های کنترل عفونت تعیین و با نظارت تیم کنترل عفونت پایش و ارزیابی شده و نتایج به این کمیته گزارش می‌شود.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده‌آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	تعیین شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت توسط کمیته کنترل عفونت با مشارکت اعضاء کمیته *
بررسی مستند	پایش شاخص‌ها در محدوده زمانی تعیین شده توسط مسئول جمع‌آوری نتایج شاخص‌ها
بررسی مستند	گزارش نتایج شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت طبق زمان بندی توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت

توضیحات:

* با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی شاخص‌ها تدوین می‌شود و حداقل شامل موارد زیر است:

- میزان عفونت‌های بیمارستانی براساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش
- تعداد مواجهات شغلی
- میزان رعایت بهداشت دست
- میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی

هدایت کننده: اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت

سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت براساس گزارش نتایج شاخص‌های عملکرد کنترل عفونت اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌کند و تیم کنترل عفونت بر اجرای آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده‌آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	بررسی و تحلیل نتایج شاخص‌ها در کمیته کنترل عفونت
بررسی مستند	تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط
مصاحبه	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط از برنامه‌ها و نقش واحد خود
مصاحبه	اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت طبق زمان بندی و نظارت کمیته کنترل عفونت بر اجرای صحیح آن‌ها

هدایت کننده: اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت، مسئولان بخش‌ها/ واحدها