

هـ - ۳) مدیریت استریلیزاسیون

هـ - ۳) مدیریت استریلیزاسیون

هـ	۳	۱	بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه های استریل کننده اطمینان حاصل می کند.
دستورالعمل استاندارد اطمینان از عملکرد استریلیزاسیون به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش عفونت بیمارستانی در بیماران			

سنج ۱. چرخه زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده توسط کاربران استریلیزاسیون مرکزی به صورت دوره ای ارزیابی و کنترل می شود.			
سطح سنج ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل			
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند و مشاهده		ارزیابی و ثبت روزانه نتایج مربوط به چرخه زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده *	۱
مصاحبه		آگاهی کارکنان از چگونگی و صحت عملکرد دستگاه های استریل کننده	۲

توضیحات: * براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی سال ۱۳۸۷ و کتابچه راهنمای دستگاه که توسط شرکت سازنده ارائه شده است.	
هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۲. آزمون اسپور به صورت هفتگی برای استریل کننده ها انجام می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی از نحوه انجام آزمون اسپور برای استریل کننده ها	مصاحبه		
۲	انجام و ثبت نتایج هفتگی آزمون اسپور * استریل کننده ها در واحد استریلیزاسیون مرکزی	بررسی مستند		

توضیحات:

* دستورالعمل چگونگی استفاده از تست اسپور توسط شرکت سازنده

➤ در ویال اندیکاتور بیولوژیک (تست اسپور) از میکروارگانیسم های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفتوس استفاده می شود و به صورت هفتگی و به تعداد مناسب (سه عدد) در اتوکلاو جای گذاری می گردد. مکانیسم عملکرد آن بر اساس توانایی از بین بردن میکروارگانیسم های زنده و مقاوم توسط دستگاه اتوکلاو است.

➤ پس از اتوکلاو ویال ها خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت و در غیر این صورت ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی شود.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۳. آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی انجام می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ارزیابی و ثبت نتایج آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی *	بررسی مستند		

توضیحات:

* دستورالعمل چگونگی استفاده از تست اسپور توسط شرکت سازنده

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۴. آزمون بووی-دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه بر روی استریل کننده های دارای سیکل پری وکیوم انجام می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی از زمان و نحوه انجام صحیح آزمون بووی-دیک	مصاحبه		
۲	انجام و ثبت نتایج آزمون بووی-دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه در واحد استریلیزاسیون مرکزی	بررسی مستند		

توضیحات:

توصیه. وجود دستگاههای اتوکلاو پری وکیوم و عدم استفاده از دستگاه گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۵. آزمون اسپور در هر بار جایگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده، انجام می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی از لزوم انجام آزمون اسپور برای استریل کننده ها در هر بار جایگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده	مصاحبه		
۲	انجام و ثبت آزمون اسپور در هر بار جایگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده در این بخش و در پرونده بیمار *	بررسی مستند		
۳	آگاهی کارکنان اتاق عمل از نتیجه تست اسپور و ثبت در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

* دستورالعمل چگونگی ارزیابی تست اسپور توسط شرکت سازنده تست

هدایت کننده: مسئول فنی، مسئول بهداشت محیط، تیم کنترل عفونت، مسئول واحد مهندسی پزشکی، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۶. شاخص های شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.

سطح سنجه		الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل و بخش های بستری درخصوص کاربرد شاخص شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) *	مصاحبه	
۲	انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) **	بررسی مستند	
۳	ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) در پرونده بیمار ***	بررسی مستند	

توضیحات:

* بسته یا پک استریل کمتر از ۵ قلم شامل پک های استریل کوچک مانند ست پانسمان

** ثبت در فرم مخصوص طراحی شده توسط بیمارستان

*** با استفاده از اندیکاتور شیمیایی کلاس ۴ پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و ثبت آن در پرونده بیماران سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون، رئیس اتاق عمل، سرپرستار اتاق عمل

سنجه ۷. شاخص های شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی			گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل و بخش های بستری درخصوص کاربرد شاخص شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) *	مصاحبه			
۲	انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) **	بررسی مستند			
۳	ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) در پرونده بیمار ***	بررسی مستند			

توضیحات:

* بسته یا پک استریل بیش از ۵ قلم شامل ست هایی مانند ست های لاپاراتومی، سزارین و ... است.

** ثبت در فرم مخصوص طراحی شده توسط بیمارستان

*** با استفاده از اندیکاتور شیمیایی کلاس ۶ پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و ثبت آن در پرونده بیماران سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

اندیکاتور شیمیایی کلاس ۶ یکی از مهمترین اندیکاتورهای شیمیایی است که به عوامل فشار، میزان دما، غلظت بخار، وکیوم و زمان استریل حساس می باشد، به طوری که این اندیکاتور برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای مؤثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است.

اندیکاتور شیمیایی کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می باشد. با استفاده از این اندیکاتور و چسبانیدن آنها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می شود.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون، رئیس اتاق عمل، سرپرستار اتاق عمل

سنجه ۸. ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمون های روزانه، نتایج آزمون های اسپور، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص کرده باشد، نام مسئول هر مرحله بارگذاری، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون های کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری 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			
بررسی مستند	۱ وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست های انجام شده برای هر دستگاه با مشخصات مندرج در سنجه *			
بررسی مستند	۲ وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون های روزانه و آزمون های اسپور یا پرینت هر دستگاه *			
مشاهده	۳ ثبت نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون های کالیبراسیون برای هر دستگاه			
بررسی مستند و مصاحبه	۴ نگهداری مستندات مذکور حداقل برای یک سال			
مشاهده	۵ وجود شاخص های شیمیایی پایش فرایند استریلیزاسیون در بسته ها و پک های استریل			

توضیحات:

* بایستی مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در بخش وجود داشته و حداقل شامل موارد زیر باشد:

- شماره کد مخصوص هر اتوکلاو
- نتایج آزمون اسپور
- نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد.
- نام مسئول هر بار بارگذاری
- هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون های کالیبراسیون

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

هـ	۳	۲	بیمارستان از گندزدایی و استریل کردن اقلام حساس به حرارت اطمینان حاصل می‌کند
دست‌آورد استاندارد ■ حفظ و ایمنی وسایل حساس به حرارت ■ کسب اطمینان از استریلیزاسیون ابزار حساس به حرارت			

سنجه ۱. روش اجرایی «گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت» تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل 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	مشاهده	
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	
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه	
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده	

توضیحات: توصیه. تدوین روش اجرایی «گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت» با استفاده از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۲. در صورت استفاده از محلول استریل کننده، جهت اطمینان از صحت عملکرد و اعتبار محلول، از سواپینگ استفاده می شود و تاریخ آماده سازی محلول و تاریخ انقضای مصرف محلول حاضر روی ظرف حاوی آن ثبت شده است

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ثبت تاریخ آماده سازی و تاریخ انقضای مصرف محلول و زمان لازم جهت استریلیزاسیون ضد عفونی کننده * بر روی ظرف حاوی آن			بررسی مستند
۲	وجود محلول هایی که ابزار سواپینگ آنها توسط شرکت سازنده تهیه و در اختیار مصرف کنندگان قرار گرفته **			مشاهده
۳	آگاهی کارکنان بخش های مذکور از روش سواپینگ جهت ارزیابی صحت عملکرد و اعتبار محلول			مصاحبه
۴	عملکرد مجریان واحد استریلیزاسیون مرکزی و بخش های مرتبط همانند اتاق عمل، آندوسکوپی و ... منطبق بر دستورالعمل در انجام سواپینگ			مشاهده

توضیحات:

* ضد عفونی کننده سطح بالا با قابلیت استریلیزاسیون
 ** ابزار سواپینگ هر محلول ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت های سازنده مشخص می شود.
 توصیه: ظرف حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا باید از جنسی انتخاب شود که پس از استفاده دچار خوردگی و ... نشود و شفاف بوده و در دار باشد.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۳. آماده سازی محلول استریل کننده و به کارگیری آن توسط کارکنان آموزش دیده و در شرایط تهویه مناسب و ایمن انجام می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	وجود فضایی با تهویه مناسب و شرایط ایمن جهت آماده سازی محلول			مشاهده
۲	استفاده از محلول های استریل کننده توسط افراد آموزش دیده *			مشاهده و مصاحبه

توضیحات:

* آگاهی کارکنان در خصوص نحوه آماده سازی محلول و محدوده به کارگیری آن ارزیابی می شود.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

هـ	۳	۳	بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریلیزاسیون اطمینان حاصل می‌کند.
----	---	---	--

دست‌آورد استاندارد

■ حصول اطمینان از ضد عفونی موثر و ارسال ایمن و مطلوب ابزار و وسایل قبل از استریلیزاسیون

■ حذف و کاهش میزان میزان میکروارگانیسم‌های موجود بر روی وسایل قبل از استریلیزاسیون

سنجه ۱. دستورالعمل شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک‌سازی، ابزار و وسایل تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند	
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند	
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه	
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده	

توضیحات:

توصیه. رعایت حداقل زمان برای پاک‌سازی قبل از خشک شدن بافت بر روی ابزار و وسایل

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۲. تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در دسترس و قابل استفاده است.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	وجود و در دسترس کارکنان بودن تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن	مشاهده			
۲	استفاده از تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در استریلیزاسیون مرکزی / اتاق عمل و سایر بخش های مرتبط مانند اسکوپ ها و سایر مداخلات تهاجمی در بیمارستان	مشاهده			

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۳. بسته بندی براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت انجام می شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	بسته بندی براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت *	بررسی مستند			
۲	آگاهی پرسنل از روش بسته بندی ابزار منطبق بر دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت	مصاحبه و مشاهده			
۳	استفاده از لفافه های استاندارد و عدم استفاده از کاغذ گرفت و پارچه های مستهلک به عنوان ابزار بسته بندی اقلام استریل	مشاهده			

توضیحات:

* دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی سال ۱۳۸۷

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۴. دستورالعمل «گندزدایی ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد» تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل 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		
۱	تدوین * دستورالعمل	بررسی مستند	
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند	
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه	
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده	

توضیحات:

* در تدوین دستورالعمل از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی استفاده شود.

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۵. برچسب هر بسته ای که استریل می‌شود، حاوی حداقل شماره‌ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده، تاریخ استریل، شماره چرخه بارگذاری استریل کننده، فرد مسئول پاک سازی، بسته بندی، جمع کردن و بارگذاری بسته، تاریخ انقضاء، استریل و محتوای بسته، ست یا وسیله است.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تجهیزات مرتبط با ثبت برچسب بسته استریل در دسترس کارکنان مرتبط	مشاهده	
۲	برچسب هر بسته استریل دارای شماره ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده است	مشاهده	
۳	برچسب هر بسته استریل دارای تاریخ استریل است	مشاهده	
۴	برچسب هر بسته استریل دارای شماره چرخه بارگذاری استریل کننده، فرد مسئول پاک سازی، بسته بندی، جمع کردن و بارگذاری بسته است.	مشاهده	
۵	برچسب هر بسته استریل دارای تاریخ انقضاء، استریل و محتوای بسته، ست یا وسیله	مشاهده	

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۶. کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی مطابق دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشور انجام می شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	انجام و ثبت نتایج کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی توسط واحد بهداشت محیط *	بررسی مستند			
۲	پی گیری کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی در صورت عدم انطباق با دستورالعمل در کمیته بهداشت **	بررسی مستند			

توضیحات:

* بر اساس کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
** صورت جلسه کمیته بهداشت محیط

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون، مسئول بهداشت محیط

هـ	۳	۴	مراقبت از وسایل استریل شده با شرایط ایمن انجام می‌شود
دست‌آورد استاندارد پیشگیری از آلودگی مجدد وسایل استریل از طریق نگهداشت ایمن و تحت کنترل رهگیری و بازخوانی لوازم استریل به صورت برنامه‌ریزی شده			

سنجه ۱. هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، تریالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای در دار انجام می‌شود.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	آگاهی پرسنل از روش جابجایی وسایل استریل شده استاندارد ابزار منطبق بر دستورالعمل		
۲	وجود جعبه‌های دربسته، تریالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای در دار از جنس استیل یا آلومینیوم *		
۳	جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، تریالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای در دار		

توضیحات:
* از جنس استیل یا آلومینیوم

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۲. نگهداری و انبار داری تمام وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل، در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف است براساس دستورالعمل اتوکلاو انجام می‌شوند.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	نگهداری و انبار داری تمام وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل، در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف *		
۲	وجود فضاهایی محصور، دارای فشار مثبت، تهویه، دما، نور مناسب و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در CSSD و اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل		

توضیحات:
* رعایت گام‌های سنجه در بخش آنژیوگرافی، اسکوپ‌ها، بخش‌های بستری جراحی و سایر بخش‌های مرتبط

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط، تیم کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنگه ۳. دستور العمل «نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	کام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	تدوین دستورالعمل			بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			بررسی مستند
۳	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل			مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ			مشاهده

هدایت کننده: کمیته کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۴. روش اجرایی «نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل به کار رفته بیمار» تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌شود

سطح سنجش		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			مشاهده
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
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی			مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ			مشاهده

توضیحات:
توصیه. شاخص‌های شیمیایی موجود در تمامی بسته‌های استریل، پس از باز نمودن بسته توسط پرسنل در فرمی مخصوص (طراحی شده توسط بیمارستان) الصاق شده و در پرونده بیمار بایگانی می‌شود.

هدایت کننده: کمیته کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون

شرایط و تفکیک فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، در بخش استریلیزاسیون مرکزی انجام می شود.

۵

۳

۵

دستآورد استاندارد

کنترل عوامل محیطی در ایجاد اخلاص در روند استریلیزاسیون در فضای فیزیکی بخش

سنجه ۱. حداقل گردش هوا ۶ تا ۱۰ بار در ساعت صورت می پذیرد.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی			گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ارزیابی وضعیت هوای قسمت های مختلف استریلیزاسیون مرکزی براساس تفکیک فضاهای مختلف این واحد به صورت منظم*	بررسی مستند			
۲	حداقل گردش هوا ۶ تا ۱۰ بار ^۱ در ساعت	بررسی مستند و مشاهده			

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط ، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۲. به منظور تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام و نشانه گذاری شده است، به نحوی که وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصرأ در همان قسمت استفاده می شوند.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی			گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل با رعایت توالی انجام	بررسی مستند			
۲	نشانه گذاری فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام	مشاهده			
۳	چیدمان و استفاده از وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصرأ در همان قسمت	مشاهده			

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی مسیر عبور یک طرفه از محیط کثیف به تمیز و استریل، نشانه گذاری شده و جداسازی آنها رعایت می‌شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	رعایت مسیر عبور یک طرفه براساس نشانه گذاری‌ها و توالی انجام در فضاهای فیزیکی قسمت‌های کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان		مشاهده		
۲	تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه		مصاحبه		

هدایت کننده: مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۴. فضایی که اتوکلاو / استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیت‌های بخش در آن انجام می‌شود مستقل است.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	جانمایی اتوکلاو بین دو فضای تمیز و استریل به نحوی که اقلام استریل شده، از سمت فضای استریل خارج شود		مشاهده		
۲	مستقل بودن مکان استقرار اتوکلاوها از سایر فعالیت‌های بخش		مشاهده		

هدایت کننده: مسئول واحد مهندسی پزشکی، مسئول بخش استریلیزاسیون