

خط مشی و روش، روش اجرایی، دستورالعمل مدیریت پسماند

ردیف	دستورالعمل	صفحه
۱	تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی	۳
۲	تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده	۵
۳	تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی	۶
۴	تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی	۷
۵	تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو و پرتوزا	۸
۶	جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخشها	۹
۷	بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده	۱۱
۸	دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی	۱۳
۹	نظارت بر عملکرد دستگاههای بی خطر ساز پسماند	۱۵
۱۰	کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها	۱۷

دستور العمل

دستورالعمل: تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۶ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

جلوگیری از انتقال بیماری عفونی و افزایش ایمنی کارکنان

تعاریف:

پسماند عفونی: به کلیه پسماندهای مظنون به داشتن عوامل بیماریزای زنده که میتواند برای انسان ایجاد بیماری نماید پسماندهای عفونی گفته میشود.

شرح اقدامات:

- ۱- لیست انواع پسماندهای عفونی تولیدی در بخش ها و واحد ها تهیه و نصب گردد
- ۲- رنگ بندی (color coding) پسماندهای عفونی بر طبق دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط مربوط به آن در بیمارستان تعریف گردد.
- ۳- تجهیزات مورد نیاز از قبیل سطل های سالم ، قابل شستشو و زرد رنگ در مکان های مجاز تعبیه گردد.
- ۴- داخل همه ی سطل ها کیسه های زرد رنگ مقاوم قرار داده شود.
- ۵- برچسب (پسماند / زباله) عفونی بر روی سطل ها نصب گردد.
- ۶- آموزش های لازم بر طبق آخرین ضوابط و ابلاغ های وزارت خانه در خصوص تفکیک پسماندهای عفونی به کلیه بخش ها ابلاغ و آموزش های لازم توسط کارشناس بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت به کلیه پرسنل تولید کننده به صورت دوره ای داده شود.
- ۷- بروشورها و پوستر های آموزش انواع پسماند عفونی در بیمارستان موجود باشد.
- ۸- از قرار دادن سطل های عفونی در قسمت های عمومی مانند راهرو ها و بخش های جنرال خود داری گردد.
- ۹- جانمایی سطل های عفونی بر طبق آخرین دستورالعمل انجام گیرد (اورژانس ، اتاق های ایزوله ، بخش های ویژه، دیالیز و آزمایشگاه)
- ۱۰- بر روی هر ترالی دارو و خدمات یک عدد سطل زرد جهت تسهیل تفکیک پرستاران در حین خدمات بالینی نصب کرد

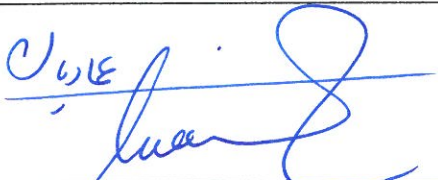
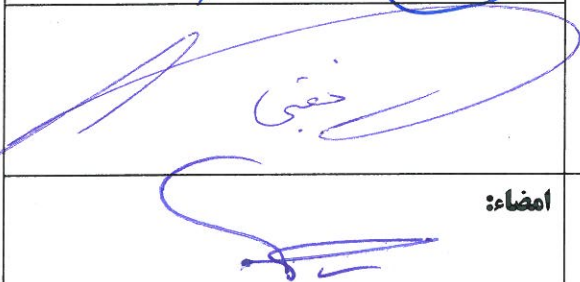
منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

کیسه های زرد ، سطل زباله ، پوستر های آموزشی
کلیه پرسنل پرستاری ، خدمات

منابع:

دستورالعمل تفکیک پسماند/ استانداردهای اعتبار بخشی

دستورالعمل: تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۶ صفحه: ۲ از ۲

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

دستور العمل: تفکیک در مبداء پسماندهای تیز و برنده	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۷ صفحه: ۱ از ۱

هدف:

جلوگیری از انتقال عفونت و کاهش مخاطرات شغلی و نیدل استیک شدن پرسنل درمان و غیر درمان

تعاریف:

شرح اقدامات:

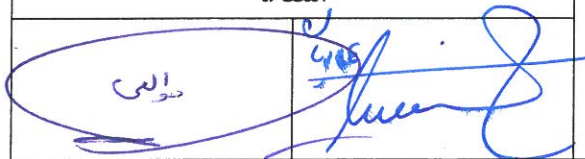
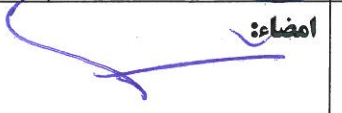
- آموزش های لازم در خصوص پسماندهای تیز و برنده و لزوم تفکیک در مبداء به کلیه پرسنل به ویژه پرسنل تولید کننده به صورت دوره ای و سالیانه داده شود.
- ظرف های مقاوم استاندارد (safty box) مورد تایید وزارتخانه در بخش ها و واحدهایی که این پسماندها تولید میگردد تعبیه گردد.
- در هنگام نصب با توجه به دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط مربوط به آن تاریخ و شیفت بخش / واحد مربوطه با مژیک قید گردد.
- نصب در بخش های ویژه با رعایت شرایط قید شده در دستورالعمل مانند فیکس شدن safty box باشد.
- آموزش های لازم در خصوص عدم درپوش گذاری مجعد به پرسنل تولید کننده به ویژه درمانی داده شود.
- بروشورها و پوسترهای مناسب در کنار سفتی باکس جهت اطلاع و افزایش آگاهی نصب گردد.
- قوانین مربوط به جمع آوری سفتی باکس آموزش و توسط پرسنل خدمات رعایت گردد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

safty box ، پوستر های آموزشی
کلیه پرسنل پرستاری ، خدمات

منابع:

دستورالعمل تفکیک پسماند/ استانداردهای اعتبار بخشی

تهیه کنندگان: خانم عمادیان خانم طولمی	سمت: کارشناس بهداشت محیط سوپروایزر کنترل عفونت	امضاء: 
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
ابلاغ کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستورالعمل: تفکیک در مبداء پسماندهای شیمیایی و دارویی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۸ صفحه: ۱ از ۱

هدف:

کاهش آلودگی های ناشی از داروهای شیمیایی و دارویی

تعاریف:

شرح اقدامات:

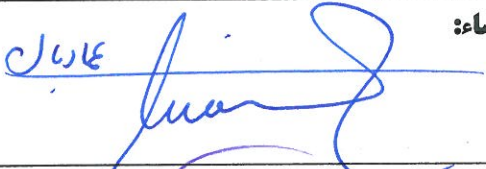
- ۱- لیست انواع پسماندهای شیمیایی و دارویی تهیه و در کلیه واحدها و بخش ها نصب گردد.
- ۲- آموزش های مورد نیاز دوره ای و سالیانه در خصوص انواع ، چگونگی تفکیک آن ها به کلیه پرسنل به ویژه پرسنل تولید کننده داده شود.
- ۳- رنگبندی مربوط به پسماندهای دارویی شیمیایی جهت تهیه ظروف جمع آوری رعایت گردد
- ۴- سطل های موجود در بخش ها جهت تفکیک صرفا سفید رنگ با کیسه سفید مقاوم باشد.
- ۵- در کلیه بخش ها و واحدها در اتاق تزریق دارو سطل سفید و بر روی توالی درمان سطل سفید در صورت نیاز موجود باشد.
- ۶- بخش شیمی درمانی کلیه پسماندها دارویی شیمیایی بوده و باید صرفا سطل سفید موجود باشد. در این بخش پسماندها دارویی شیمیایی خطر ناک میباشند و باید مطابق دستورالعمل این پسماندها تفکیک ، دفع و جمع آوری گردند.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط :

سطل سفید
کلیه پرسنل پرستاری ، خدمات

منابع:

دستورالعمل تفکیک پسماند/ استانداردهای اعتبار بخشی

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

دستورالعمل: تفکیک در مبدا پسماند عادی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۰۹ صفحه: ۱ از ۱

هدف:

تعاریف:

پسماندهای ناشی از کارکردهای خانهداری و مدیریت اجرایی این مراکز میباشند که شامل: پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری، ایستگاههای پرستاری، باغبانی و بخش های عمومی و از این قبیل است. این پسماندها بخش بزرگی از پسماندهای تولیدشده در مراکز بهداشتی درمانی را تشکیل میدهد و باید نسبت به جداسازی آنها درمبدا تولید اقدام شود. مدیریت این دسته از پسماندها مربوط به شهرداریها، دهیاریها و بخشداریهامیباشد.

شرح اقدامات:

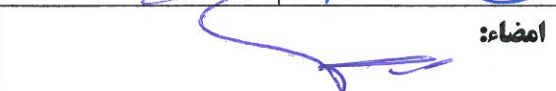
۱. تجهیزات مورد نیاز تفکیک صحیح از قبیل سطل مخصوص پسماندهای عادی در بخش ها موجود باشد.
۲. رنگ سطل با توجه به دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته آبی رنگ باشد.
۳. کیسه مناسب و مقاوم مشکی رنگ درون همه سطل ها وجود باشد.
۴. آموزش های لازم مدیریت این قبیل پسماندها به صورت دوره ای و سالیانه به کلیه پرسنل داده شود و نتایج آزمون موجود باشد.
۵. بروشورهای آموزشی و لیبل پسماندهای عادی بر روی کلیه سطل ها موجود باشد
۶. تعداد کافی سطل عادی در مبدا و محل تولید پسماند موجود و در دسترس باشد.
۷. بسته بندی کلیه اقلام پزشکی مصرفی در بخش ها پسماند عادی محسوب شده ودر سطل آبی رنگ دفع گردد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

وجود جزوات آموزشی، کتابچه ایمنی سلامت شغلی و بهداشت محیط، برجسب و لیبل های آموزشی، مستندات مربوط به آموزش به پرسنل کلیه پرسنل خدمات، مسئول خدمات

منابع:

دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته

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

دستورالعمل: تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو و پرتوزا	دامنه: بخش های شیمی درمانی و رادیوتراپی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۰ صفحه: ۱ از ۱

هدف:

جلوگیری از انتقال مواد شیمیایی و ایجاد آلودگی

تعاریف:

تعریف پسماندهای رادیواکتیو: پسماندهای رادیواکتیو شامل کلیه پسماندهای تولیدشده در مراکز پزشکی هسته‌ای

شرح اقدامات:

- ۱- تهیه لیست انواع پسماندهای پزشکی و ویژه و نصب در محل های تولید و شناسایی انواع این پسماند
- ۲- استفاده از تجهیزات مراقبت فردی مناسب در هنگام دفع
- ۳- تهیه ظروف مخصوص جمع آوری پسماندهای رادیواکتیو و زئوتوکسیک
- ۴- جانمایی سطل های با رنگبندی سفید مطابق دستورالعمل پسماندهای پزشکی و ضوابط وابسته
- ۵- نصب برچسب بر روی سطل های سفید موجود
- ۶- برگزاری کلاس های آموزشی پسماندهای پزشکی برای کلیه پرسنل به صورت دوره ای و سالیانه
- ۷- تهیه کتابچه دستورالعمل و ابلاغ آن به واحدهای درگیر و تولید کننده
- ۸- تهیه ظروف مخصوص حمل

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

کتابچه های دستورالعمل ، تجهیزات مناسب دفع و جمع آوری و حفاظت شخصی ، لیست انواع پسماندها
کلیه پرسنل پرستاری و خدمات

منابع:

دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
تجارب بیمارستانی

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

دستورالعمل: جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخشها	دامنه: کلیه بخشها بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۱ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت مدیریت پسماندهای پزشکی تولیدی در مبدا جهت اجرای هر چه اصولی تر ضوابط مربوط به پسماندهای پزشکی

تعاریف:

شرح اقدامات:

- ۱- کلیه پرسنل بیمارستان به ویژه پرسنل خدمات و شاغل در قسمت پسماندهای بیمارستانی موظف به شرکت در کلاس های آموزشی دوره ای و توانمندی سالیانه مرتبط با مدیریت تفکیک ، و جمع آوری پسماندها باشند.
- ۲- وسایل و تجهیزات مورد نیاز حفاظتی مناسب جهت جمع آوری انواع پسماندها موجود و در دسترس باشد
- ۳- تهیه فرآیند جمع آوری پسماندهای مختلف و نصب در بخش ها
- ۴- جمع آوری کلیه پسماندها هنگامی که پسماند به ۳/۴ مقدار ظرف و یا کیسه رسیده باشد توسط خدمات بخش انجام گیرد
- ۵- کیسه های حاوی پسماند با احتیاط گره زده و داخل بین حمل داخل بخش موجود بر روی تریالی نظاف قرار داده شود.
- ۶- سفتی باکس ها پس از رسیدن به ۳/۴ مقدار خود بر طبق دستورالعمل جمع آوری سفتی باکس جمع آوری و در کیسه های زرد دفع گردد.
- ۷- پسماندهای جمع آوری شده به اتاق های کار کثیف منتقل و داخل بین های مخصوص نگهداری موقت منتقل شود.
- ۸- پسماندهای عفونی و سفتی باکس ها داخل بین های چرخ دار زرد دفع و قبل از قرار دادن داخل بین برچسب مشخصات پسماند بر روی آن توسط خدمات نصب گردد.
- ۹- برچسب مشخصات پسماند شامل نوع پسماند ، تاریخ ، شیفت و بخش و فرد حمل کننده پسماند به طرز کامل توسط خدمات پر گردد.
- ۱۰- پسماندهای موجود در بخش در انتهای هر شیفت از بخش توسط خدمات خارج گردد و به وسیله آسانسورهای حمل کثیف شرقی و غربی به جایگاه موقت پسماندهای بیمارستان (عفونی و غیر عفونی) منتقل گردد

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

کتابچه ایمنی سلامت شغلی و بهداشت محیط، دستورالعمل ها ، بروشورها
 خدمات ، مسئول خدمات

منابع:

دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
 تجارب بیمارستانی

دستورالعمل: جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخشها	دامنه: کلیه بخشها بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۱ صفحه: ۲ از ۲

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

دستورالعمل: بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیزو برنده	دامنه: امحاء زباله
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۲ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت مدیریت پسماندهای پزشکی تولیدی در مبدا به ویژه پسماندهای عفونی و تیزو برنده و با جهت مدیریت هر چه اصولی تر این پسماندها

تعاریف:

شرح اقدامات:

- ۱۱- پسماندهای عفونی و تیزو برنده بر طبق دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته باید در محل تولید مدیریت و بیخطر گردند.
- ۱۲- استفاده از وسایل حفاظت فردی مانند کلاه، دستکش، ماسک مناسب (نسوز و مقاتوم) توسط اپراتور دستگاه الزامیست
- ۱۳- استفاده از دستگاه اتوکلاو مجهز به خورده کن جهت تغییر شکل از حالت اولیه و جلوگیری از استفاده مجدد این پسماندها الزامیست.
- ۱۴- عدم فشردن پسماندهای عفونی و تیزو برنده با دست، پا و یا هر ابزاری توسط اپراتور رعایت گردد
- ۱۵- کنترل کیسه های جهت نصب برچسب مشخصات پسماند الزامیست.
- ۱۶- کیسه های عفونی نباید نشت خونابه داشته باشند.
- ۱۷- باتوجه به الزامات تفکیک در صورتی که داخل کیسه های عفونی در بخش های غیر ویژه پسماند عادی مشاهده شد توسط اپراتور دستگاه کتبا گزارش گردد.
- ۱۸- انتقال کیسه های حاوی این پسماندها به داخل مخزن اتوکلاو مخصوص بیخطر سازی پسماند و بیخطر سازی توسط بخار همزمان با خرد شدن.
- ۱۹- خارج شدن پسماند پس از بیخطر سازی از خروجی دستگاه و دفع در کیسه های مشکی و نصب برچسب بیخطر سازی شده بر روی آن توسط اپراتور دستگاه
- ۲۰- نگهداری در بین مخصوص پسماندهای بیخطر سازی شده
- ۲۱- انتقال به جایگاه موقت پسماند و تحویل به شهرداری جهت دفن بهداشتی در سایت مخصوص
- ۲۲- کلیه پسماندهای عفونی باید حداکثر تا ۴۸ ساعت بیخطر سازی گردد.
- ۲۳- در صورتی که دستگاه بی خطر ساز زباله بیمارستان به دلیلی دچار خرابی بی از ۴۸ ساعت و از کار افتادگی گردد بیمارستان زباله های عفونی خویش را از طریق عقد قرار داد با شرکتهای بیرونی دارای مجوز حمل و دفع زباله های عفونی، به آنها تحویل می نماید. و همزمان جهت تعمیر دستگاه و برطرف نمودن نقص اقدامات سریع انجام گیرد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

کتابچه ایمنی سلامت شغلی و بهداشت محیط، دستورالعمل ها، بروشورها
خدمات، مسئول خدمات

دستورالعمل: بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده	دامنه: امحاء زباله
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۲ صفحه: ۲ از ۲

منابع:

دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
تجارب بیمارستانی

تهیه کنندگان: خانم عمادیان جواد صادقی	سمت: کارشناس بهداشت محیط اپراتور دستگاه بیخطر ساز پسماند	امضاء:
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
ابلاغ کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

دستورالعمل: دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۳ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت دفع صحیح و اصولی پسماندهای دارویی و شیمیایی، با هدف پیشگیری از مخاطرات دفع ناصحیح این گونه پسماندها

تعاریف:

شرح اقدامات:

- ۱- کلیه پرسنل بیمارستان به ویژه پرسنل خدمات و شاغل در قسمت پسماندهای بیمارستانی موظف به شرکت در کلاس های آموزشی دوره ای و توانمندی سالیانه مرتبط با مدیریت تفکیک، و جمع آوری پسماندها باشند.
- ۲- وسایل و تجهیزات مورد نیاز حفاظتی مناسب جهت جمع آوری انواع پسماندها موجود و در دسترس باشد
- ۳- تهیه فرآیند جمع آوری پسماندهای مختلف و نصب در بخش ها
- ۴- جمع آوری کلیه پسماندها هنگامی که پسماند به ۳/۴ مقدار ظرف و یا کیسه رسیده باشد توسط خدمات بخش انجام گیرد
- ۵- کیسه های حاوی پسماند با احتیاط گره زده و داخل بین حمل داخل بخش موجود بر روی تریالی نظاف قرار داده شود.
- ۶- سفتی باکس ها پس از رسیدن به ۳/۴ مقدار خود بر طبق دستورالعمل جمع آوری سفتی باکس جمع آوری و در کیسه های زرد دفع گردد.
- ۷- پسماندهای جمع آوری شده به اتاق های کار کثیف منتقل و داخل بین های مخصوص نگهداری موقت منتقل شود.
- ۸- پسماندهای عفونی و سفتی باکس ها داخل بین های چرخ دار زرد دفع و قبل از قرار دادن داخل بین برچسب مشخصات پسماند بر روی آن توسط خدمات نصب گردد.
- ۹- برچسب مشخصات پسماند شامل نوع پسماند، تاریخ، شیفت و بخش و فرد حمل کننده پسماند به طرز کامل توسط خدمات پر گردد.
- ۱۰- پسماندهای موجود در بخش در انتهای هر شیفت از بخش توسط خدمات خارج گردد و به وسیله آسانسورهای حمل کثیف شرقی و غربی به جایگاه موقت پسماندهای بیمارستان (عفونی و غیر عفونی) منتقل گردد

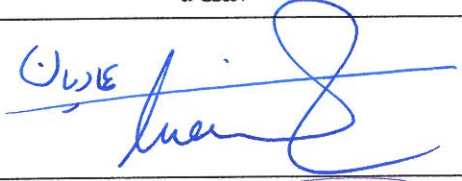
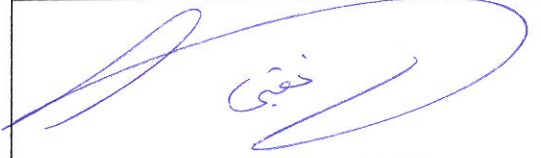
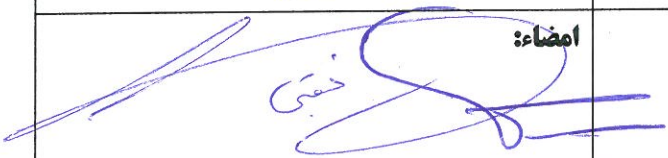
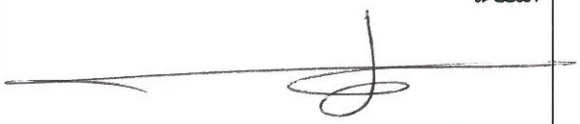
منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

اتاق کار کثیف، وسایل حفاظت فردی، برچسب مشخصات پسماند، سطل و کیسه زباله
خدمات، مسئول خدمات

منابع:

دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
تجارب بیمارستانی

دستورالعمل: دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی	دامنه: کلیه بخشهای بستری و سرپایی
شماره ویرایش: *	کد سند: EH-WI-۱۳
تاریخ بازنگری: *	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

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

دستورالعمل: نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند	دامنه: امحاء زباله
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۴ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت عملکرد دستگاه های بیخطر ساز پسماندها، باهدف بررسی و کنترل بر سیکل های کاری دستگاه بیخطر ساز و انجام امور براساس استانداردهای دفع صحیح پسماندهای بیمارستانی

تعاریف:

دستگاه بیخطر ساز زباله: دستگاهی که خطرناک بودن پسماند پزشکی را از طریق یک روش غیرسوز ایمن رفع می نماید

شرح اقدامات:

دستگاه موجود در بیمارستان از نوع اتوکلاو است. اپراتور دوره دیده دستگاه بی خطر ساز پسماند موظف است طبق فرمهایی که از طرف مسئول پسماند بیمارستان در اختیار وی قرار داده می شود عملکرد دستگاه را براساس دستورالعمل عملکرد و پایش وزارت بهداشت کنترل نماید: پایش مکانیکی دستگاه:

۱. پایش مکانیکی دستگاه شامل کنترل درجه دما و فشار و نظافت، چک کردن مسیرها و شیرهای مختلف، و دقت به ورود دستگاه بی خطر ساز باشد. پایش شیمیایی دستگاه:

۱. استفاده از تست کلاس ۶ دما و فشار دستگاه در هر سیکل کاری که نشان دهنده صحت عملکرد دستگاه در هنگام اتوکلاو کردن می باشد (تغییر رنگ تست های کلاس ۶ به رنگ مشکی) (سیاه) نشان دهنده صحت فرایند است.

۲. اپراتور دستگاه بی خطر ساز موظف است تست کلاس ۶ را بر روی فرم آمار بی خطر سازی روزانه در جایگاه در هر سیکل بچسباند و به صورت هفتگی به مسئول پسماند تحویل و اتصل ان را نزد خود بایگانی نماید.

پایش میکروبی:

۱. پایش بصورت ماهانه توسط اپراتور دستگاه بی خطر ساز انجام و با نظارت مسئول پسماند بیمارستان پس از انجام فرایند سترون سازی به آزمایشگاه بیمارستان تحویل و پوکه شکسته بمدت حداکثر ۷۲ ساعت در اتکوباتور انکوبه شده و جواب آن به همراه سایر پایش ها بصورت ماهیانه به انضمام اظهار نامه بی خطر سازی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.

منابع و امکانات و کارکنان مرتبط:

سوابق تست های شیمیایی، میکروبی و فنی دستگاه
دستورالعمل پایش و روش کار دستگاه
بیمارستانی کتابچه ایمنی سلامت شغلی و بهداشت محیط، دستورالعمل ها، بروشورها
پرسنل اپراتور دستگاه بی خطر ساز پسماند

منابع:

- دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
- تجارب بیمارستان

دستورالعمل: نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند	دامنه: امحاء زباله
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۴ صفحه: ۲ از ۲

تهیه کنندگان: خانم عمادیان جواد صادقی	سمت: کارشناس بهداشت محیط اپراتور دستگاه بیخطر ساز پسماند	امضاء:
تاییدکننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
ابلاغ کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

دستورالعمل: کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها	دامنه: بخش ها و اماکن زباله
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۵ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

با توجه به اهمیت رعایت اصول و ضوابط در دفع پسماندها به ویژه پسماندهای بیمارستانی با هدف جلوگیری از انتشار آلودگی در بیمارستان و نگهداری ظروف و انتقال صحیح آنها

تعاریف:

شرح اقدامات:

کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها:

۱. وقتی سه چهارم ظروف و کیسه های محتوی پسماند پزشکی پر شد پس از بستن جمع آوری شود. این کار توسط پرسنل آموزش دیده خدمات زیر نظر مسئول پسماند و کارشناس بهداشت محیط صورت گیرد.
 ۲. کیسه های زباله نباید بیش از اندازه پر شوند و قسمتی از حجم آنها برای گره زدن باقی مانده و حتما درب کیسه پس از پر شدن گره زده شود و زمانی که سه چهارم حجم کیسه های زباله و سفتی باکسها پر شد نسبت به جمع آوری آنها اقدام گردد.
 ۳. به جای کیسه ها و ظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها و ظروف از همان نوع قرار داده شود این کار توسط پرسنل خدمات آموزش دیده صورت گیرد.
- درخصوص سطلها و کیسه های زباله رعایت نکات ذیل الزامی است:
- کلیه سطلها باید دارای کیسه های زباله متناسب با حجم سطل بوده و کیسه ها کوچک یا نازک نباشند.
 - جنس سطل باید قابل شستشو و مقاوم بوده و دارای درب باشد، در برابر نشت، ضربه، شکستگی و خوردگی مقاوم باشد.
 - سطلها باید پس از هر بار استفاده بررسی و کنترل گردد تا از تمیز و سالم بودن و عدم نشت آنها اطمینان حاصل گردد. (پرسنل آموزش دیده خدمات زیر نظر مسئولین بخش و کارشناس بهداشت محیط)
 - حمل پسماندها به طریقی صورت گیرد که کیسه ها دچار پارگی، شکستگی، و بیرون ریزی پسماند نگردند و نظارت بر این امر برعهده مسئول پسماند بیمارستان باشد.
 - پسماندها نباید به هیچ عنوان در بخشها دپو گردد و باید بلافاصله پس از جمع آوری به محل نگهداری موقت انتقال داده شود. (پرسنل خدمات)
 - ظروف معیوب نباید مجددا مورد استفاده قرار گیرد. نظارت بر سطلها برعهده کارشناس بهداشت محیط باشد.
 - کلیه سطلهای زباله باید روزانه پس از جمع آوری کیسه های حاوی پسماند با محلول آب ژاول (وایتکس) گندزدایی گردند (توسط پرسنل خدمات).
- یکی از روش های گندزدایی به شرح ذیل می باشد:
۱. شستشو با آب داغ حداقل ۸۲ درجه سانتی گراد (۱۸۰ درجه فارنهایت) حداقل ۱۵ ثانیه
 ۲. گندزدایی با مواد شیمیایی مانند محلول آب ژاول یا وایتکس خانگی با رقت ۱۰٪
 ۳. سایر مواد گندزدادارای مجوز با طیف متوسط (برگرفته از ماده ۳۰ قانون مدیریت پسماندهای خطرناک)
- روشهای شستن بینهای مخصوص حمل زباله:

دستورالعمل: کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها	دامنه: کلیه بخشها و واحدها
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: EH-WI-۱۵ صفحه: ۲ از ۲

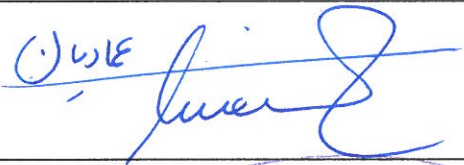
بین های مخصوص حمل زباله بایستی پس از هر بار تخلیه با یک برس مخصوص آغشته به مواد شوینده و محلول آب زاول (وایتکس) ۱۰٪ شستشو و گندزدایی گردند به گونه ای که کلیه سطوح داخلی و خارجی آنها کاملاً تمیز شوند. این کار باید بصورت مرتب توسط پرسنل خدمات آموزش دیده صورت گیرد.

منابع وامکانات و کارکنان مرتبط:

برنامه نظافت ظروف
 برنامه شستشو و جمع آوری ظروف پسماند
 کتابچه ایمنی سلامت شغلی و بهداشت محیط
 پرسنل خدمات

منابع:

- دستورالعمل پسماندهای پزشکی ویژه و ضوابط وابسته
- تجارب بیمارستانی

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