

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش مدیریت کنترل عفونت نام مرکز: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

امتیازدهی: %۲۵<=۰ %۲۶-۵۰=۱ %۵۱-۷۵=۲ %۷۶-۹۰=۳ %۹۱-۱۰۰=۴

ردیف	عناوین	توضیحات
مدیریت کنترل عفونت		
۱	سوپروایزر کنترل عفونت از کلیه شاخص های کنترل عفونت آگاهی داشته و به صورت فصلی شاخص ها را مقایسه و به ریاست و مدیریت پرستاری بیمارستان گزارش کرده و در کمیته های کنترل عفونت بررسی می کند.	
۲	برنامه عملیاتی بر اساس شاخص های کنترل عفونت تعیین و میزان تحقق آنها به صورت فصلی پایش و گزارش شده است.	
۳	برنامه آموزشی ماهانه جهت پرسنل زیر مجموعه و پرسنل جدیدالورود تدوین شده و بر اساس تقویم آموزشی، کلاسهای آموزشی برگزار شده است.	
۴	کمیته های کنترل عفونت به صورت ماهانه برگزار شده و نتیجه پایش روزانه بخش ها، وضعیت شاخص ها، نتایج کشت های محیطی و ... در آن بررسی و مصوبات کاربردی اتخاذ می گردد (زیر کمیته ها شامل کمیته طغیان و مصرف منطقی آنتی بیوتیک تشکیل شده است).	
۵	سوپروایزر کنترل عفونت در کارگروه ها شرکت فعال داشته و گزارش اقدامات صورت گرفته و نتایج حاصل از کمیته های کنترل عفونت و وضعیت شاخص های کنترل عفونت، به صورت فصلی به مدیریت پرستاری ارسال می گردد.	
۶	سوپروایزر کنترل عفونت در برگزاری کمپین ها مشارکت فعال داشته و گزارش را در زمان مقرر به دانشگاه ارسال می نماید.	
۷	ثبت عفونت های بیمارستانی در سامانه INIS طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی انجام می گردد.	
جمع کل: ۲۸		امتیاز مکتسبه
مدیریت کنترل عفونت در بخش ها		
۱	سرپرستار و پرسنل بخش از شاخصهای کنترل عفونت بخش (شاخص عفونت بیمارستانی، مواجهه شغلی، بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی، استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی، مقاومت آنتی بیوتیکی و ...) و بیماری مشمول نظام سندرمیک آگاهی دارند.	
۲	شستشوی دست توسط کلیه کادر درمان در ۵ حیطه مراقبتی رعایت می گردد.	
۳	امکانات ساختاری مناسب بهداشت دست شامل سینک روشویی (به ازای هر ۶ تخت یک سینک)، صابون مایع، دستمال کاغذی و محلول هندراب (پایه الکلی) متناسب با تعداد تختها (به ازای هر دو تخت یک محلول یا استفاده از افشانه های جیبی) موجود می باشد.	
۴	سفتی باکس ها بر روی پایه یا تالی قرار دارند و زباله های نوک تیز و برنده داخل سفتی باکس وجود دارد و با در نظر گرفتن میزان مصرف، ظرفیت سفتی باکس به گونه ای انتخاب شود که نهایتاً تا یک هفته تعویض شود.	
۵	سفتی باکس با درب قرمز جهت سر سوزن با درب قهوه ای برای پوک های دارویی تیز و برنده وجود دارد.	
۶	تفکیک زباله ها به درستی انجام میشود و سطل های زباله به تفکیک رنگ وجود دارد (سطل زرد مخصوص زباله های عفونی، سطل سفید مخصوص زباله های شیمیایی و سطل آبی مخصوص زباله های غیر عفونی).	
۷	*** کلیه زباله ها در بخش اورژانس، آزمایشگاه، اتاق های ایزوله، اتاق های عمل و دیالیز عفونی محسوب شده، در بخشهای ویژه تفکیک پسماند رعایت می گردد.	
۷	پگ ها و ست ها سالم بوده، لیبل بر روی ست های استریل وجود دارد و حداقل اطلاعات ثبت شده بر روی ست ها شامل تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.	
۸	اندیکاتور کلاس چهار (کمتر از ۱۲ قلم) و کلاس شش (بیش از ۱۲ قلم) در ست ها موجود است و پرسنل از تفاوت آنها مطلع هستند.	
۹	اندیکاتور حاوی اطلاعات ست مورد نظر، در گزارش پرستاری بیمار ضمیمه می شود (در صورت عدم ثبت اطلاعات ست روی اندیکاتور، پرستار می تواند تست کلاس یک که حاوی اطلاعات ست است را ضمیمه گزارش خود نماید)	
۱۰	محل نگهداری ست های استریل مجهز به دماسنج و رطوبت سنج است و چارت دما و رطوبت به صورت روزانه انجام می شود (دما کمتر از ۲۴ درجه و رطوبت کمتر از ۷۰ درصد)	
۱۱	زمان نگهداری ستها بستگی به متریکال مورد استفاده و محل نگهداری ستها قابل تغییر است (چهار لایه پارچه به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری ۲ هفته، ۲ لایه کرب به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری تا یک ماه است، وی پک تا یک ماه و اسپان باند تا یک ماه) در صورت کم شدن لایه ها و استاندارد نبودن محل نگهداری ست ها و ظاهر نامناسب ست ها، از تعداد روزها کاسته می شود.	
۱۲	ستها در محل مناسب و به دور از رفت و آمد، جریان هوا، نور مستقیم بوده و در قفسه های دور از رفت و آمد نگهداری می شوند و جا به جایی وسایل استریل و غیر استریل از CSR به بخش و بالعکس در تالی درب دار جداگانه انجام می گیرد	

۱۳	فضای اتاق کار کثیف، مرتب و تمیز است و دستورالعمل نحوه گندزدایی ابزار و تجهیزات وجود دارد (نحوه تهیه محلول گندزدا، نوع و غلظت محلول مورد استفاده) و سرپرستار بر استفاده صحیح از محلولها نظارت دارد. وسایل حفاظت فردی در دسترس می باشد.	
۱۴	خدمات و کمک پرستار فرآیند پاکسازی، شستشو و گندزدایی را به درستی برای ابزار و تجهیزات انجام می دهد (بررسی آگاهی و عملکرد پرسنل پرستاری و خدمات در خصوص اجرای صحیح فرآیند).	
۱۵	فضای اتاق تی شویی تمیز است، تی ها آویزان و تفکیک شده می باشند (تفکیک بر اساس نظر بهداشت محیط انجام می شود) و دستورالعمل نحوه تهیه محلول گندزدا و نحوه گندزدایی سطوح نصب می باشد و سرپرستار بر روند کار نظارت دارد.	
۱۶	برنامه مدون برای واشینگ بخش و گندزدایی ابزار، تجهیزات و سطوح در بخش موجود است، پرسنل خدمات و کمک پرستار از آن آگاهی داشته و سرپرستار بر روند اجرای آن نظارت دارد.	
۱۷	محل نگهداری محلول سطح بالا دارای تهویه مناسب بوده و در دکوباکس های مخصوص (دارای در، شیر تخلیه و سبد) نگهداری می شود. سوآپینگ جهت اطمینان از صحت عملکرد محلولهای سطح بالا انجام می شود.	
۱۸	تاریخ تعویض اتصالات در بخش نصب و پرسنل از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	
۱۹	مخزن فلومتر در حال استفاده، به صورت روزانه گندزدایی می شود (محلول سطح متوسط)، آب مقطر آن تعویض و در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی شستشو و گندزدایی شده و خشک نگه داشته می شود. فلومترها دارای تاریخ شستشو بوده و محل اتصال سوند نازال به مانومتر نیز به صورت هفتگی واشینگ می شود.	
۲۰	باتل ساکشن در پایان هر شیفت تخلیه شده، شستشو و گندزدایی می شود (با محلول سطح متوسط) و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی در محلول گندزدایی سطح متوسط قرار داده می شود.	
۲۱	تیغه های لارنگوسکوپ و آمیوبگ بعد از استفاده در محلول سطح بالا که مورد تایید سازمان غذا و دارو می باشد، غوطه ور می گردد و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی گندزدایی شده و هر تیغه به صورت جداگانه در زیپ کیپ نگهداری می شود.	
۲۲	گایدهای لوله تراشه یکبار مصرف است و در صورت استفاده مجدد، بعد از هر بار مصرف شستشو می شود. در صورت حساس نبودن به گرما داخل اتوکلاو و در صورت حساس بودن به گرما مانند لارنگوسکوپ گندزدایی و نگهداری می شود.	
۲۳	پس از باز شدن محلولهای ضد عفونی مانند بتادین، داروهای باز شده یخچالی مانند انسولین، انواع شربت ها و ... تاریخ روی بدنه آن قید می گردد و مدت نگه داری آن مطابق با شرکت سازنده دارو و دستورالعمل تعویض اتصالات ابلاغی می باشد.	
۲۴	تابلوی ایزولاسیون در بخش ها به تفکیک انواع ایزوله وجود دارد و استفاده می شود. پیش ورودی اتاق ایزوله دارای امکانات بهداشت دست و وسایل حفاظت فردی می باشد.	
۲۵	بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس انواع ایزولاسیون در هنگام ورود رعایت می شود و در زمان خروج به شکل صحیح خارج می گردد و پرسنل از انواع ایزولاسیون آگاهی دارند.	
۲۶	پرسنل خدمات در خصوص نحوه دفع پسماند عفونی و نیز انتقال ملحفه و لباس های عفونی به واحد لنژی آگاهی دارند.	
جمع کل: ۱۰۴		امتیاز مکتسبه

مهر و امضای ارزیابی شونده:

مهر و امضای ارزیاب:

منابع:

- Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008, Update: May 2019
- Guideline WHO guidelines on hand hygiene in health care, 15 January 2009
- Kozier & Erb Fundamentals of Nursing Australian Edition, 2015

نقاط قوت:

موارد قابل ارتقاء: