

استاندارد

سطح	ب-۵-۱ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۱-۱* پاک‌سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی ارزیابی می‌شود.
۲	❖ پاک‌سازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول‌های آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر
۰.۵	❖ رعایت حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک‌سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل
۰.۵	❖ ارسال ابزار پاک‌سازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخش‌ها و اورژانس
۱.۵	❖ استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو
۱.۲۵	❖ استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخش‌های آندوسکوپی
۱.۷۵	❖ انجام کلیه گام‌های فرایند پاک‌سازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی
۱	❖ پایش کیفیت فرایند پاک‌سازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تست‌های موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاق‌های عمل
۱.۵	❖ نظارت بر نحوه پاک‌سازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش / مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم
سطح دو	ب-۵-۱-۲* صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
۲	❖ بکارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالای مورد تایید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده
۲	❖ پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تست‌های سوآپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول
۲	❖ آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون
۲.۵	❖ رعایت تکنیک آماده سازی محلول‌ها در محل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در ظروف مناسب درب دار
۱	❖ نگهداری ایمن و رقیق سازی محلول‌های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
۰.۵	❖ انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.
سطح دو	ب-۵-۱-۳* استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.
۲.۲۵	❖ شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به بخش‌ها/ واحدها
۲.۲۵	❖ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود
۳	❖ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده
۲.۵	❖ کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج
سطح	ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۲-۱* آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
۳	❖ وجود تست‌های پایش فرایند استریلیزاسیون و استفاده از آنها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن
۱.۵	❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم

۱.۵	استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم
۲	انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی
۲	انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
سطح دو	ب-۵-۲-۲* قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود.
۴.۲۵	اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل
۲.۷۵	عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم انطباق
۳	انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق
سطح دو	ب-۵-۲-۳* استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
۱.۵	شناسایی اقلام خاصی با احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری
۴	اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص
۲	پیش بینی فهرست انواع اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ در بیمارستان
۲.۵	پیش بینی تعداد اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای ته‌اجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین
سطح دو	ب-۵-۲-۴ سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.
۳.۲۵	وجود نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه‌های استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد
۱.۲۵	وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست‌های انجام شده برای هر دستگاه
۱	وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون‌های روزانه و آزمون‌های بیولوژیک/ پرینت دستگاه
۲.۲۵	ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالیبراسیون برای هر دستگاه
۲.۲۵	نگهداری مستندات حداقل برای یک سال
سطح سه	ب-۵-۲-۵ برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.
۵.۵	ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل
۴.۵	نظارت توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
سطح	ب-۵-۳ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.
سطح یک	ب-۵-۳-۱* در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.
۳	تفکیک، نشانه‌گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون
۱.۵	برنامه‌ریزی صحیح در نوبت‌های کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت
۱.۲۵	وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان
۲.۲۵	آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت

۲	❖ مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت
سطح دو	ب-۵-۳-۲★ الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
۱.۷۵	❖ وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل
۱.۲۵	❖ وجود دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل
۱.۵	❖ وجود فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل
۱.۲۵	❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف
۱.۵	❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های ارقام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری
۱.۷۵	❖ هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، توالی‌های کم‌مدار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها
۱	❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط
سطح سه	ب-۵-۳-۳* در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.
۵	❖ ساختار فیزیکی اتاق عمل / کت لب و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل
۵	❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت ورود به فضاهای پشتیبانی، تمیز و استریل اتاق عمل و تمامی فضاهای نیازمند رعایت موازین استریل
سطح	ب-۵-۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.
سطح یک	ب-۵-۴-۱* امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.
۳	❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها / واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره
۱	❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی
۲.۲۵	❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب
۱.۵	❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری
۲	❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست
۱.۲۵	❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضد عفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت /مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد / استفاده از افشانه جیبی
سطح دو	ب-۵-۴-۲* میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش‌های استاندارد اندازه‌گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
۲	❖ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری
۳	❖ انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی
۲.۵	❖ اندازه‌گیری انجام اسکراب دست در کلیه بخش‌های دارای پروسجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاق‌های عمل
۲.۵	❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت
سطح سه	ب-۵-۴-۳* ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
۴	❖ ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت

۲.۵	❖ فرهنگ سازی و ارزش گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
۳.۵	❖ رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش پایدار سازمانی در بیمارستان
سطح	ب-۵-۵ خطر انتقال عفونت های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل می شود.
سطح یک	ب-۵-۵-۱ بیمار یابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام می شود.
۲.۵	❖ وجود سامانه ثبت و گزارش دهی موارد بروز عفونتهای بیمارستانی
۲	❖ ثبت موارد ماهیانه عفونت های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت های بیمارستانی"
۳	❖ بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش
۲.۵	❖ برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونت های بیمارستانی و اپیدمی بیماری های واگیر به صورت فوری
سطح دو	ب-۵-۵-۲ * روش های پیشگیری و کنترل عفونت های شایع بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.
۳	❖ تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی" با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرایند
۳	❖ آگاهی کارکنان از روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی"
۴	❖ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی"
سطح دو	ب-۵-۵-۳ * بیمار یابی در موارد عفونت های بیمارستانی برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیمار یابی است.
۴	❖ تعیین روش های موثر شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در حین بستری بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری
۴	❖ تعیین روش های شناسایی فعال عفونت های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران
۲	❖ همخوانی نتایج بیمار یابی با آمار کشوری مورد انتظار در عفونت های بیمارستانی
سطح دو	ب-۵-۵-۴ * نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت های بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.
۳	❖ تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی
۴	❖ طرح موارد طغیان از طرف تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته
۳	❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونت های بیمارستانی
سطح سه	ب-۵-۵-۵ * اثربخشی برنامه های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ارزیابی می شود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.
۴	❖ خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت و طبق دستورالعمل ابلاغی
۳	❖ تعیین زمان بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس چک لیست مصوب کمیته
۳	❖ کاهش نرخ عفونت های بیمارستانی
ب-۵-۶	تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها در سطح بیمارستان برنامه ریزی و هدایت می شود.
سطح دو	ب-۵-۶-۱ * تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا می شود.
۲	❖ تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی

۳	❖ مدیریت مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی
۲.۲۵	❖ اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب
۲.۷۵	❖ تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل / پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر
سطح سه	ب-۵-۶-۲ حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد.
۳	❖ گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سه ماه یکبار
۳	❖ تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
۲.۲۵	❖ بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک‌ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان
۲.۷۵	❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود در زمینه روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک با مشارکت گروه‌های تخصصی بیمارستان
سطح	ب-۵-۷ بیمارستان از انتقال بیماری‌های قابل سرایت پیشگیری می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۷-۱ بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می‌شوند.
۱	❖ آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه
۱	❖ اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
۱	❖ سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی
۱	❖ تضمین اجرای پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط
۱.۵	❖ شناسایی موارد قابل گزارش بیماری‌های واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل
۱	❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
۱.۵	❖ آگاهی کارکنان ذربط از بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی و انطباق عملکرد آنان
۲	❖ گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت
سطح یک	ب-۵-۷-۲ برای کارکنان و افراد در معرض بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبت‌های لازم فراهم می‌شود.
۲.۵	❖ وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها / واحدها
۲.۲۵	❖ وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها / واحدها
۲.۷۵	❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی
۲.۵	❖ رعایت ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی
سطح یک	ب-۵-۷-۳ * جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
۳.۵	❖ جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخش‌ها / بخش اورژانس بر اساس استاندارد
۲	❖ شناسایی موارد گزارش بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل
۱.۲۵	❖ در دسترس بودن فهرست بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط

۱.۲۵	گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش‌دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح
۲.۵	آموزش مستمر کارکنان / پزشکان اورژانس و بخش‌های بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه
سطح یک	ب-۵-۷-۴* بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آن‌ها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می‌شوند.
۵	وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
۵	وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز

