



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

تهیه و گردآوری :

تیم کنترل عفونت - دکتر مسعود مردانی - فاطمه نصیری مطلق

دفتر پرستاری

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

زیر نظر:

مدیرعامل

۱۳۹۵



فهرست مطالب

- فصل اول: کمیته کنترل عفونت بیمارستانی ۳
- فصل دوم : تعاریف نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی NNIS ۵
- فصل سوم : ایزولاسیون و انواع احتیاطات کنترل عفونت..... ۶
- فصل چهارم : دستورالعمل رعایت بهداشت دست..... ۱۸
- فصل پنجم : دستورالعمل تزریقات ایمن..... ۲۷
- فصل ششم : استریلیزاسیون و روشهای آن و اصول پکینگ..... ۳۵
- فصل هفتم : کنترل عفونت در اتاق عمل..... ۳۶
- فصل هشتم : گزارش بیماری های فوری و غیر فوری..... ۴۲
- فصل نهم : دستورالعمل شستشو و نظافت وسایل و محیط..... ۴۵
- منابع و ماخذ ۵۰



فصل اول: کمیته کنترل عفونت

ساختار کمیته کنترل عفونت

الف) تیم کنترل عفونت بیمارستان

- ۱- پزشک کنترل عفونت (رئیس تیم - آقای دکتر مسعود مردانی متخصص بیماری های عفونی)
- ۲- سوپروایزر کنترل عفونت (فاطمه نصیری مطلق کارشناس پرستاری)

ب) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی

- ۱- ریاست بیمارستان/ نماینده تام الاختیار ریاست
- ۲- تیم کنترل عفونت بیمارستانی (پزشک کنترل عفونت - سوپروایزر کنترل عفونت)
- ۳- معاونت درمان
- ۴- سرپرست بخش آزمایشگاه بالینی
- ۵- نماینده ای از واحد داروخانه
- ۶- مدیر بیمارستان
- ۷- مدیر خدمات پرستاری
- ۸- سه نفر از پزشکان متخصص جراحی داخلی
- ۹- مسئول بهبود کیفیت
- ۱۱- کارشناس بهداشت محیط
- ۱۲- کارشناس بهداشت حرفه ای
- ۱۳- سرپرستاران بخش های ویژه



اهداف و وظایف کمیته کنترل عفونت

- نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان
- نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان
- بررسی عفونت های بیمارستانی بصورت روتین
- کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط های بیمارستانی بر اساس استانداردهای موجود
- بررسی صحیح انجام شدن روش های استریلیزاسیون بیمارستان
- انجام واکسیناسیون ضروری برای کلیه پرسنل و حفظ سلامت کارکنان
- آموزش نحوه ی تماس و حفاظت در مقابل بیماری های مسری
- برقراری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی (Surveillance)
- تدوین برنامه های آموزشی در جهت کنترل عفونت
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در رابطه با کنترل عفونت مانند استفاده از آنتی بیوتیک ها و مواد جدید گندزدا و دفع زباله



فصل دوم: تعاریف نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی NNIS

عفونت های بیمارستانی (Nosocomial Infection)

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زا مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:

- حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود .
- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفته خود نباشد .
- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی (کد مربوطه) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد .

چهار نوع عفونت بر اساس تعاریف استاندارد NNIS (National Nosocomial Infection System Surveillance)

الف) عفونت ادراری

- ۱- عفونت ادراری علامت دار UTI-SUTI - عفونت در زمان پذیرش در بیمارستان وجود نداشته و یکی از موارد زیر را دارا باشد:
 - دمای بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد
 - تکرر و سوزش ادرار و درد فوق آنه شدید
 - وجود دو کشت ادرار مثبت
 - پزشک آنتی بیوتیک مناسبی جهت عفونت ادراری شروع کرده باشد.



۲- عفونت ادراری بدون علامت UTI-ASB:

-بیمار دست کم مدت ۷ روز قبل از انجام کشت از سوند فولی استفاده کرده باشد دارای کشت مثبت ادراری
-دارای دمای بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد، فوریت در ادرار کردن ، تکرر، سوزش ادرار و درد سوپراپوبیک نباشد

ب) عفونت محل جراحی

۱- عفونت عفونت سطحی (SSI-(SKIN : عفونت ناشی از عمل جراحی که طی ۳۰ روز پس از جراحی روی داده باشد و تنها پوست و بافت زیر پوستی را درگیر کرده باشد یا طی یکسال پس از جراحی ایمپلنت(کارگذاری جسم خارجی) اتفاق بیفتد و دست کم یکی از موارد زیر را دارا باشد:

-خروج ترشح چرکی از پوست محل برش سطحی

-دست کم یکی از غلائم یا نشانه های دردناکی ،ورم موضعی، قرمزی یا گرمی وجود داشته باشد(مگر آنکه جواب کشت منفی باشد)

-تشخیص عفونت سطحی توسط پزشک مربوطه مطرح شده باشد

-بازکردن برش سطحی به عمدی توسط جراح مگر آنکه جواب کشت منفی باشد

۲- عفونت عمقی SSI-ST: عفونت مربوط به عمل جراحی که طی ۳۰ روز بروز کرده باشد و بافت های عمقی(فاسیا و لایه های عضلانی) را درگیر کرده باشد و بیمار دست کم یکی از ویژگی های زیر را داشته باشد

-ترشح چرکی از عمق محل برش به شرطی که مربوط به ارگان یا فضای دیگر نباشد

-عفونت عمقی محل جراحی که خود به خود یا توسط جراح (و یا زمانیکه علائمی مثل دمای بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد، حساسیت و دردناکی و قرمزی باشد) باز می شود مگر اینکه زخم دارای کشت منفی باشد

ج) ذات الریه (پنومونی) PNEU-PNEU : بیمار در معاینه بالینی باید رال dullness داشته باشد و در کنار آن دست کم یکی از موارد زیر را داشته باشد

-شروع خلط چرکی یا تغییر ویژگی خلط

-وجود ارگانیزم در کشت خون

-وجود ارگانیزم در نمونه حاصل از آسپیراسیون از طریق تراشهف برس کشیدن داخل برونش و یا بیوپسی



-افزایش میزان ترشحات تنفسی ، شروع خلط چرکی با تغییر ویژگی خلط

(د) عفونت دستگاه گردش خون BSI : عفونت گردش خون تایید شده توسط آزمایشگاه که در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی آن نیز قرار نداشته و حین یا بعد از اقامت در بیمارستان رخ داده است:

الف) عفونت خونی ثابت ثابت شده در آزمایشگاه BSI- L CBL: دست کم یکی از ویژگی های زیر را داشته باشد:

-رشد پاتوژن در یک کشت خون یا از چند کشت خون ، پاتوژن مشابهی رشد کرده باشد و ارگانسیم کشت داده شده از خون مربوط به عفونت محل دیگری نباشد
-تب-دمای بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد و لرز

ب) سپسیس بالینی BS I-CSEP: بیمار دست کم یکی از علائم و نشانه های بالینی زیر را داشته باشد

-تب ، هیپوتانسیون یا اولیگوری

کشت خون انجام نشده باشد و یا هیچ ارگانسیم یا آنتی ژنی در خون یافت نشده باشد و عفونت واضحی در محل دیگری وجود نداشته باشد و پزشک درمان برای سپسیس را شروع کرده باشد



راههای کنترل عفونتهای ریوی در بیمارستان

- بالا بردن سر تخت بیمار (۳۰ تا ۴۰ درجه) در صورتیکه کنتراندیکاسیون نداشته باشند
- کاهش کلونیزاسیون دهانی، حلقی از طریق استفاده از محلولهای دهانشویه
- ارزیابی روزانه بیمار جهت جدانمودن هرچه سریعتر وی از دستگاه (طبق دستورالعمل جداسازی بیمار از ونتیلاتور)
- تنظیم فشار کاف داخل تراشه به میزان ۲۰ سانتی متر آب (حدود ۲-۴ سی سی هوا تا حدی که از اطراف لوله نشت هوانداشته باشیم)
- اجتناب از آلودگی وسایلی که در تماس با دستگاه تنفس هستند
- شستشوی دست ها و پوشیدن دستکش
- وسایل تنفسی یکبار مصرف و در صورت چندبار مصرف بودن بایستی به طور کامل ضدعفونی و یا استریلیزه شوند
- تمرین تنفس عمیق، اسپرومتری و تنفس با فشار مثبت متناوب و کنترل درد (که مانع سرفه و تنفس عمیق می شود) خطر پنومونی بعد از عمل جراحی را کاهش می دهد
- بعد از عمل جراحی از هرگونه لوله گذاری غیر واجب بپرهیزید
- ساکشن لوله تراشه با رعایت نکات استریل انجام گردد
- پس از هر بار استفاده از ونتیلاتور تجهیزات یکبار مصرف تعویض و کل سیستم ضدعفونی گردد

راههای کنترل عفونت ادراری

- کارگذاری کاتتر ادراری فقط در صورت لزوم
- در پیشگیری از عفونت بیمارستانی دستگاه ادراری مهمترین اقدام آموزش صحیح نحوه سوندگذاری استریل است



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- رعایت تکنیک آسپتیک هنگام کارگذاری کاتتر ادراری
- رعایت بهداشت دست بلافاصله قبل و بعد از سوندگذاری یا دستکاری محل و یا خود کاتتر
- حفظ سیستم تخلیه ادراری به شکل بسته
- شستشوی پرینه دو بار در روز با آب و صابون برای بیماران انجام شود
- کیسه جمع آوری ادرار در سطحی پایین تر از مجاری ادرار قرار گیرد
- کیسه های تخلیه ادرار نباید با زمین تماس داشته باشند. بوسیله چسب یا گیره از لبه تخت آویزان باشند
- تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود. یعنی زمانیکه اندیکاسیون بالینی داشته باشد تعویض گردد، مثلاً عفونت، انسداد

راههای کنترل عفونتهای خون در بیمارستان

- در صورت وجود اندیکاسیون توسط پزشک برای بیمار کاتتر ورید مرکزی گذاشته شود.
- شستن دستها قبل و بعد از تماس با کاتتر های ورید مرکزی، شریانی و یا پانسمان آن
- استفاده از ماسک، دستکش استریل، گان و شان استریل حین کارگذاری کاتتر مرکزی
- استفاده از دستکش تمییز حین کارگذاری کاتتر محیطی
- ضد عفونی محل کارگذاری کاتتر با ماده ضد عفونی کننده
- عدم تماس محل کارگذاری کاتتر با دست
- روزانه علائم سیستمیک عفونت کاتتر ورید مرکزی در بیمار بررسی و مورد ارزیابی قرار گیرد.
- رعایت نکات اسپتیک به هنگام تزریق مایعات داخل وریدی و دارو از طریق CVC
- در بزرگسالان کاتترهای وریدهای محیطی هر ۷۲ ساعت تعویض ولی در بچه ها نیاز به تعویض روتین نیست مگر عارضه فلبیت اتفاق بیافتد.



-ست هایی که از طریق آن پروپوفل تزریق می شود هر ۶-۱۲ ساعت تعویض گردد.

-برای پانسمان محل کاتتر می توان از گاز یا پانسمان شفاف استفاده نمود(در بیمارانی که تعریق فراوان و یا خونریزی دارند استفاده از گاز توصیه می شود).

راههای کنترل عفونت محل جراحی

-سن، وضعیت تغذیه، دیابت، سیگار، چاقی، نقص سیستم ایمنی، شدت بیماری زمینه ای

افزایش اقامت در بیمارستان قبل عمل جراحی، تزریق فراورده های خونی و... بیمار را مستعد به عفونت محل عمل می کنند.

اصول کلی پیشگیری از عفونت محل عمل جراحی عبارتست از:

-کنترل قند خون بیماران به ویژه در بیماران کاندید جراحی باز قلب

-کاهش مدت زمان بستری قبل از جراحی

-کوتاه نمودن موهای محل جراحی در کوتاهترین زمان قبل از عمل توصیه می شود. فقط با استفاده از ماشین ریش تراش این کار انجام شود.

-دوش گرفتن قبل از جراحی سبب کاهش کلونی میکروارکانیسم های روی پوست میگردد. شستن محل جراحی قبل از عمل با محلول کلر هگرایدین ۰.۴٪ توصیه میگردد.

-آماده سازی پوست در اتاق عمل

-رعایت اصول بهداشت دست در اتاق عمل

-استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی

-رعایت نکات آسپتیک حین عمل جراحی و حین تعویض پانسمان

فصل سوم: ایزولاسیون و انواع احتیاطات کنترل عفونت



هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران به سایر بیماران - عیادت کنندگان - پرسنل پزشکی است .

اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت « احتیاط های استاندارد » و « احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری » می باشد.

در احتیاط های استاندارد رعایت موازین زیر ضروری است :

۱- پوشیدن دستکش

۲- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش - در فواصل تماس بین بیماران

۳- استفاده از گان - محافظ چشم- همراه با ماسک یا محافظت صورت

۴- عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز

۵- جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

در احتیاط هایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت ها صورت گیرند رعایت موارد زیر ضروری است :

الف) اصول احتیاط های هوایی Air borne precautions



- ۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده در مقایسه با فضای بیرون و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد. (این بیمارستان فاقد امکانات تهویه منفی است)
- ۲- درب اتاق بیمار بسته باشد .
- ۳- خروج هوا از اتاق بیمار به طور مستقیم به فضای بیرون و خارج باشد نه داخل بخش
- ۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیمار می شوند باید از ماسک N95 استفاده کنند .

۵- جابجایی بیمار محدود باشد و قبل از ترک اتاق ، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد . عوامل عفونی که بدین طریق منتقل می شوند میکوباکتریوم توپر کلوزیس ، سرخک- واریسلازوستر (آبله مرغان) یا زونای منتشر، HIV همراه با زونای منتشر، SARS، CCHF، کروناویروس

(ب) اصول احتیاط قطرات Droplet precautions



انتقال از آئروسل درشت (قطره) است و به دلیل درشتی اندازه قطرات است که در هوا معلق نمی ماند و تا فاصله زیاد نمی توانند حرکت کنند (حداکثر یک متر)

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی می باشد ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد . در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود .

۲- درب اتاق می تواند باز بماند .

۳- در صورت انتقال و یا جداسازی بیمار به خارج از اتاق ایزوله ، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد .



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۴- تمام افراد قبل از ورود به اتاق از ماسک جراحی استفاده نمایند و بعد از خروج از اتاق ، ماسک را برداشته و به عنوان زباله عفونی دفع نمایند .

مثال هایی از عوامل عفونت زا که از طریق قطرات سرایت می کنند شامل :

ویروس آنفولانزا ، پنومونی ، مننژیت، سیاه سرفه، اوریون ، سرخجه، پنوموکوک مقاوم به چند دارو ، ادنوویروس ها

ج) اصول احتیاط های تماسی Contact precaution



۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی و یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق (در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی)

استفاده از وسایل حفاظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل :



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- الف) پوشیدن دستکش زمان ورود به اتاق و درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق
- ب) شستشوی دست ها بلافاصله بعد از در آوردن دستکش و یا استفاده از هند راب جهت رفع آلودگی دست ها انجام شود.
- ج) در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار از گان استفاده شود.
- د) وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی - دستگاه فشارسنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و یا در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل باید آنها را ابتدا گندزدایی نمود و سپس مورد استفاده قرار گیرد.
- ه) انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد .
- مثال هایی از سرایت از طریق تماس مستقیم : کرم های گال (mite) از بیمار آلوده می توانند به پوست مراقبت دهنده به خصوص زمانی که تماس مستقیم بدون دستکش با پوست بیمار دارد نفوذ کند .
- انتقال ویروس های هرپس از بیمار به مراقبت کننده بدون دستکش در هنگام ارائه مراقبت های درمانی
- هپاتیت A، بیماریهای اسهالی حاد، زخم بستر عفونی ، زرد زخم ،
- مثال هایی از سرایت از طریق تماس غیر مستقیم :
- دست های آلوده پرسنل مراقبت سلامت در سرایت تماس غیر مستقیم اهمیت به سزایی دارد .
- وسایل مراقبت (از قبیل ترمومتر - وسایل کنترل قند خون) در صورتی که آلوده به خون و مایعات بدن باشند .
- ابزارهایی که به طور نامناسب تمیز ، ضدعفونی و استریل می شوند (مثل وسایل اندوسکوپی و ابزارهای جراحی)
- پوشش ها ، یونیفرم ها ، لباس های آزمایشگاهی یا گان های ایزوله که به عنوان وسایل حفاظت شخصی به کار می روند .
- ایزولاسیون معکوس (بیماران با نوتروپنی



- بیماری که نوتروفیلی > 1000 داشته باشد باید در این دسته از ایزولاسیون قرار گیرد:
- جداسازی اتاق بیمار با لیبل احتیاطات نوتروپیک و تخصیص برچسب روی چارت و پرونده بیمار
 - رعایت احتیاطات استاندارد بویژه شستن دست
 - عدم اجازه ورود پرسنل غیردرمانگر بیمار یا ملاقات کننده بیمار به اتاق بیمار
 - عدم اجازه میوه ، سبزیجات و گل و گیاه به اتاق بیمار
 - بیمار در اتاق بماند در صورت الزام در جابجایی حتما ماسک جراحی بپوشد و در مدت کوتاهی به اتاق برگردد
 - بیمارانیکه تحت پیوند مغز استخوان هستند بایستی توسط واحد مربوطه آموزش لازم را دریافت کنند

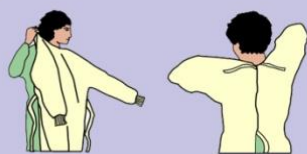


*احتیاطات استاندارد تجهیزات حفاظت فردی

Personal Protective Equipment (PPE) Level D

پوشیدن وسایل حفاظت فردی

الف) طریقه پوشیدن گان:



۱. با یک دست قسمت بالای گان را بگیرید و انتهای گان را به گونه‌ای که به جایی برخورد نکند رها کنید.
۲. قسمت پشت گان را بگیرید و به صورتی که دستان به روی گان برخورد نکند آن را باز کنید.
۳. آستین های گان را از پشت پیدا کرده و با احتیاط آن را بپوشید.
۴. پرستار سیرکولار از زیر گان، گان را می‌گیرد و بندهای آن را می‌بندد.

ب) طریقه پوشیدن ماسک:



۱. لبه بالای ماسک را مشخص کنید و آن را از بند لبه بالا به دست بگیرید.
۲. لبه بالای ماسک را روی پل بینی قرار داده و ابتدا بند بالایی را پشت سر قرار دهید.
۳. لبه پائینی ماسک را زیر چانه قرار داده و بند پائینی را در قسمت بالای گردن قرار دهید.

ج) استفاده از عینک یا محافظ صورت:



۱. در صورت نیاز (احتمال پاشیده شدن ترشحات یا خون بیمار) از محافظ صورت یا عینک استفاده نمایید.
۲. لبه بالای ماسک باید زیر عینک قرار گیرد.

د) طریقه پوشیدن دستکش:



۱. ابتدا دست ها را شسته و خشک کنید و سپس پوشش دستکش را باز کنید.
۲. هنگام پوشیدن دستکش توجه داشته باشد که قسمت داخلی دستکش با دست ها تماس داشته باشد.
۳. با دست چپ، دستکش مربوط به دست راست را از قسمت داخلی آن گرفته و دست راست را داخل دستکش کنید.
۴. با دست راست، دستکش چپ را از قسمت تالی خارجی آن گرفته و دست چپ را داخل آن کنید.



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

خارج کردن وسایل حفاظت فردی

الف) طریقه خارج کردن دستکش



۱. ابتدا توسط دست چپ، دستکش سمت راست را از ناحیه زیر مچ گرفته، دستکش را از دست خارج کنید.
۲. دستکش آلوده را کف دست چپ نگه دارید.
۳. توسط دست راست، سمت داخلی دستکش چپ را گرفته، آن را به طرف بیرون برگردانید و از دست خارج کنید، به طوری که دستکش آلوده دست چپ نیز درون آن قرار گیرد.
۴. دستکش های آلوده را در سطل زباله عفونی بیاندازید.

ب) طریقه خارج کردن عینک/ محافظ صورت



۱. قسمت خارجی عینک یا محافظ آلوده محسوب میگردد.
۲. دسته عینک را از پشت گوش و محافظ صورت را از پشت سر رها کنید.
۳. آن ها را در ظرف مشخصی جهت شستشو و استفاده مجدد و یا جهت امحاء قرار دهید.

ج) طریقه خارج کردن گان



- ۱- دست ها را با آب و صابون بشویید.
- ۲- بند پشت کمر گان را باز کنید.
۳. بند گان را در قسمت پشت گردن باز کنید.
۴. گان را درآورده و طوری جمع کنید که دست فقط با قسمت داخلی آن در تماس باشد و سپس آن را داخل کیسه مخصوص لباس های عفونی قرار دهید.

د) طریقه خارج کردن ماسک



۱. ابتدا بند قسمت پائین را خارج نمایید.
۲. سپس بند قسمت بالایی ماسک را خارج نموده و با گرفتن آن ماسک را از روی صورت بردارید.
۳. ماسک مستعمل را در داخل سطل زباله عفونی بیاندازید.
۴. دست ها را بشویید.

فصل چهارم: دستورالعمل رعایت بهداشت دست



رعایت بهداشت دست برای انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی و مراقبتی توسط کلیه اعضاء تیم درمانی به عنوان مهمترین و اصلی ترین اقدام در پیشگیری از عفونت بیمارستانی الزامی است .

قبل از شستشو یا راب کردن، انگشتر یا ساعت از دست خارج شود .



Hand wash

(۱) شستن دست با آب و صابون

با مقدار کافی مایع صابون (حدود ۲ تا ۳ سی سی که در گودی کف دست جای می گیرد) کلیه سطوح دست، لابلای انگشتان، دور انگشت شصت، روی ناخن ها، زیر ناخن ها، دور مچ به مدت ۴۰-۶۰ ثانیه شسته و سپس آبکشی می شود.

- با حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملا خشک نمایید.

- با همان دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس آنرا در سطل آشغال بیندازید.

چگونه از محلول مالش دست استفاده کنیم؟



برای بهداشت دستها از مواد مالش دهنده دست استفاده کنید. دستها را فقط زمانی با آب و صابون بشویید که بطور قابل مشاهده کثیف باشند!

مدت زمان برای مالش دستها ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.



چگونه دستها را بشوئیم؟





۲- ضد عفونی دست با محلول الکلی HAND RUB



- با مقدار کافی محلول کلیه سطوح دست ، لابلائی انگشتان ، دور انگشت شست ، روی ناخن ها و دور مچ به مدت ۲۰-۳۰ ثانیه ضد عفونی می شود .

محلول Hand rub فقط روی دست خشک استفاده می شود .

نکته : به طور همزمان از محلول پایه الکلی و صابون استفاده نمی شود .

مزایای استفاده از محلول الکلی : Hand rub

- فعالیت سریع

- وسیع الطیف بودن

- ویژگی های میکروب شناسی عالی

- عدم احتمال بروز مقاومت میکروبی

- سهولت رعایت بهداشت دست ها را در مواردی که محدودیت دسترسی به آب و سینک دستشویی وجود دارد .

- کاهش هزینه ها با توجه به صرفه جویی حاصل از عدم ضرورت استفاده از حوله و دستمال یکبار مصرف .

- Hand rub به نسبت شستشوی دست با آب و صابون زمان کمتری می برد .

موارد شستن دست با آب و صابون

۱- در صورت رویت آلودگی واضح دستها با مواد پروتئینی یا کثیفی دست ها

۲- قبل از غذا خوردن

۳- بعد از رفتن به دستشویی



۴- در صورت شک مواجهه با هر باکتری اسپورزا

۵- پس از هر ۵ یا ۶ بار راب کردن دست با محلول الکلی ، یکبار شستشوی دست مفید است .

آماده سازی دست برای عمل جراحی:

اسکراب با صابون ضد میکروبی (طبی)

کلیه زیور آلات و جواهرات قبل از ورود به اتاق عمل از دست خارج شود .

در صورتیکه دست ها آلودگی واضح دارند قبل از اسکراب با آب و صابون شسته می شوند .

زیر ناخن ها با ناخن شور (قابل استریل کردن یا یکبار مصرف) شسته می شود .

با بالا نگه داشتن دست از ساعد اسکراب شروع می شود . (جهت جلوگیری از آلودگی مجدد دست ها بوسیله آب ناحیه آرنج)

به مدت ۱ تا ۳ دقیقه هر طرف هریک از انگشتان ، بین انگشتان و پشت و روی هر دست اسکراب می شود . (زمان بیشتر توصیه نمی شود)

رویه قدام و خلف ساعد از ناحیه مچ تا آرنج به مدت ۱ دقیقه شستشو می شود . اقدامات فوق برای دست دیگر نیز انجام می شود .

هر زمان دست با هر چیزی به جز ناخن شور یا برس تماس داشت ناحیه آلوده شده ۱ دقیقه بیشتر اسکراب می شود . (بدون حرکت دست ها به عقب و جلو)

در هنگام ورود به اتاق عمل دست ها بالاتر از آرنج نگه داشته می شود.

در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان ، کلاه ، دستکش استریل دست ها و ساعد با استفاده از حوله استریل و تکنیک اسپتیک خشک می شود .

اسکراب با محلول ضد عفونی کننده پایه الکلی

با مقدار کافی و لازم محلول (حدود ۱۶ سی سی) دست ها و ساعد تا ناحیه آرنج تا زمان خشک شدن کامل به صورت چرخشی مالش داده می شود .

هنگام ورود به اتاق عمل دست ها بالاتر از آرنج نگه داشته می شود.

ضدعفونی دستها قبل از انجام جراحی



نکات قابل توجه در ضدعفونی دستها با محلول های الکلی قبل از انجام جراحی:

- ۱- شستشوی دستها با آب و صابون به مدت ۶۰ الی ۹۰ ثانیه قبل از اسکراب با محلول الکلی الزامی است
- ۲- می بایست فقط زیر ناخنها با استفاده از برس های خاص کاملا پاک شود
- ۳- پس از اتمام مرحله شستشو می بایست پوست دست کاملا خشک شود تا آماده استفاده از محلول ضدعفونی الکلی گردد
- ۴- در اسکراب جراحی با ضدعفونی کننده های الکلی می بایست از ۱۰۰ میلی لیتر محلول ضدعفونی کننده در ۲ یا ۳ حجم منقسم استفاده کرد.
- ۵- در اسکراب جراحی تمام نقاط پوست دست از آرنج تا نوک انگشتان می بایست ۱۰۰ ثانیه با ضدعفونی کننده الکلی در تماس باشد
- ۶- پس از شستشو، خشک کردن و اسکراب صحیح جراحی دست ها برای پوشیدن دستکش استریل آماده



85

NGEL

پوشیدن دستکش



پوشیدن دستکش توسط کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در حین مراقبت از بیماران با توجه به دو هدف زیر صورت می گیرد :



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۱- پیشگیری از انتقال میکرو ارگانیسم ها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگری در حین ارائه مراقبت یا خدمات

۲- پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کارکنان

مواردی که استفاده از دستکش استریل الزامی است :

۱- انجام هرگونه اقدامات جراحی

۲- زایمان واژنیال

۳- اقدامات رادیولوژی تهاجمی

۴- برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط به راه های عروقی (ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران)

۵- آماده نمودن محلول های تغذیه مکمل جهت انفوزیون

۶- آماده نمودن دارو های شیمی درمانی جهت تزریق

مواردی که استفاده از دستکش تمیز الزامی است :

۱- تماس مستقیم با بیماران عفونی

۲- احتمال قرار گرفتن در معرض خون ، مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیا و موادی که به صورت مشهود آلوده به مواد دفعی بیمار می باشد .

۳- تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده

۴- احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانیسم های شدید عفونی و خطرناک

۵- موقعیت های اورژانس یا اپیدمی

۶- گذاردن یا کشیدن آنژیوکت

۷- گرفتن خون از بیمار

۸- قطع یا بستن راه وریدی

۹- کشیدن خون



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- ۱۰- معاینات لگنی و واژنیال در بیماران
- ۱۱- ساکشن سیستم های آندوتراشیاال باز
- ۱۲- تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار
- ۱۳- جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات
- ۱۴- جابجایی یا تخلیه پسماندها
- ۱۵- تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیا

مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد :

در این موارد احتمال تماس مستقیم یا غیر مستقیم کارکنان بهداشتی درمانی با خون ، مایعات بدن بیمار و یا محیط آلوده وجود ندارد .

- ۱- گرفتن فشار خون ، درجه حرارت و نبض بیمار
- ۲- تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار
- ۳- لباس پوشانیدن به بیمار
- ۴- انتقال بیمار
- ۵- مراقبت از گوش یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات
- ۶- هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون
- ۷- استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کار بخش
- ۸- درج گزارش بیمار در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر بیمار
- ۹- دادن داروی خوراکی به بیمار
- ۱۰- جمع نمودن سینی غذای بیمار و یا قطع لوله تغذیه ای بیمار



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۱۱- تعویض ملحفه (در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی بیمار نباشد)

۱۲- گذاردن ماسک تنفسی و کانولای بینی به صورت غیر تهاجمی برای بیمار

۱۳- جابجایی اثاثیه بیمار

فصل پنجم: تزریقات ایمن



تزریقات ایمن safe injection

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند .

- به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نشود.

۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود .

ایمنی در تزریقات بر ۵ محور بنیادی ذیل صورت می پذیرد :

۱- انجام تزریقات ، فلیوترمی ، زدن لانست ، تزریقات داخل وریدی و یا انفوزیون بر اساس استاندارد ها به منظور کنترل و پیشگیری از بروز عفونت و آسیب به بیماران

۲- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده (وسایل تیز و برنده شامل کلیه وسایل تیز مصرف شده و نشده تمیز نظیر بیستوری ، انژیوکت ها ، شیشه های شکسته سرم ، گایدهای جراحی ، پنسه های شکسته ، سر سوزن و ... می باشد)



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۳- افزایش سطح ایمنی کارکنان در ضمن کار با وسایل تیز و برنده درمانی

۴- جمع آوری ، نگهداری ، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی پسماندهای آلوده و پرخطر

۵- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مدد جویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

بهترین روش مورد توصیه برای انجام تزریقات جهت پیشگیری و کنترل از عفونت و صدمه به بیمار و کارکنان



- استفاده از وسایل استریل
- از آلودگی وسایل ، دارو ها و مایعات وریدی پیشگیری نمایید
- برای هر تزریق از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید
- از یک سرنگ و سر سوزن یکبار مصرف جدید برای هر بار تلقیح هر واحد واکسن و یا تزریق دارو استفاده کنید
- قبل از استفاده از سرنگ و سر سوزن به تاریخ انقضای آن توجه نمایید و بسته بندی سرنگ و سر سوزن را به لحاظ وجود پارگی و صدمه مورد بررسی قرار دهید
- در روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن با خون ، مایعات بدن و یا سواپ های کثیف وجود ندارد تزریق را آماده کنید .
- هیچ گاه تلاشی برای بستن در پوش سوزن نکنید (recap) نکنید . مگر در موارد خاص که لازم است این کار انجام شود (مانند نمونه ABG)
- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی استفاده کنید و در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی هستید برای هر بار کشیدن دارو از ویال از سر سوزن استریل استفاده کنید .
- در هنگامی که سر آمپول را اصطلاحاً می شکنید با قرار دادن لایه نازک گاز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول ، انگشتان را از آسیب محافظت نمایید.

مواجهه شغلی



مواجهه ای که ممکن است HCP (Health Care Personel/Provider) - کارکنان مراقبت بهداشتی) را در معرض عفونت HIV ، HBV و HCV قرار دهد یعنی تماس خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرورفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (مانند پوست ترک خورده، یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت)

مایعات بالقوه عفونت زا:

- خون مهمترین مایع بدن است که می تواند عفونت زا باشد. مایعاتی مثل مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی ، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک نیز بالقوه عفونت زا محسوب می شوند ولی میزان خطر انتقال عفونت HIV ، HBV و hcv مشخص نیست
- ادرار ، بزاق ، خلط، مدفوع، مواد استفراغی ، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونت زا نیستند مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود
- تماس مستقیم (مانند تماس بدون محافظ) با ویروس تغلیظ شده در آزمایشگاه تحقیقاتی یا تولیدی، مواجهه محسوب شده، نیازمند ارزیابی بالینی است

تعریف منبع

- منظور بیمار مبتلا و یا مشکوک به ابتلا به یکی از ویروسهای منتقله از خون می باشد که پرسنل حرف پزشکی در تماس با مایعات بالقوه عفونت زای وی قرار گرفته اند



مراحل PEP (POST EXPOSURE PROPHYLAXI)

○ مراحل PEP شامل مداوای محل مواجههٔ ثبت و گزارش دهی، ارزیابی خطر مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه، ارزیابی فرد مواجهه یافته، پیشگیری از عفونت‌ها، پیگیری و مشاوره می‌باشد

مرحله اول PEP: مداوای محل مواجهه

• در صورت بریدگی پوست یا سرسوزن یا شیئی تیز و برنده:

(۱) فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویید (پوست آسیب دیده حداقل به مدت ۲ دقیقه شسته شود و مخاطات به مدت ۵ دقیقه شسته شود)

(۲) محل ورود شیئی را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود

(۳) از محلولهای قوی مانند الکل - بتادین یا مایع سفید کننده استفاده نکنید

(۴) از فشردن یا مکیدن محل آسیب خوداری کنید

• در صورت پاشیده شدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست ناسالم:

(۱) فوراً محل را با آب روان بشویید

(۲) اگر آب روان در دسترس نیست از مواد شوینده ضد عفونی کننده ضعیف مثل کلر هگزیدین ۰.۲٪ استفاده کنید

• در صورت پاشیده به چشم:

(۱) فوراً چشم‌های مواجهه یافته را با آب روان یا نرمال سالین بشوئید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک‌ها را به بالا و پایین بکشید)

(۲) در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کنید و طبق روش معمول آنها را بشوئید

(۳) در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید

• در صورت پاشیدن به دهان:



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۱) فوراً مایع را به بیرون بریزید

۲) با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشوئید و بیرون بریزید و چندین بار تکرار کنید. در دهان صابون یا ماده ضد عفونی کننده استفاده نکنید

مرحله دوم PEP: ثبت و گزارش دهی

۱) موارد مواجهه شغلی را به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش دهید. چگونگی مدیریت مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP) در پرونده پزشکی مواجهه یافته ثبت شود

۲) تاریخ و زمان مواجهه

۳) جزئیات مواجهه (چگونگی مواجهه، محل وقوی حادثه، منطقه مواجهه یافته روی بدن، نوع ترشحات، حجم ترشحات، در صورت تماس با ابزار تیز عمق تماس و...)

۴) وضعیت منبع مواجهه:

- فرد منبع مبتلا به HIV، HBV و HCV است یا نه؟
- اگر فرد مبتلا به HIV باشد، مرحله بیماری، تعداد سلول CD4، بار ویروسی HIV، تاریخچه درمان ضد رتروویروسی و در صورت دسترسی اطلاعاتی در باره مقاومت به داروهای ضد رتروویروسی

مرحله سوم PEP: ارزیابی مواجهه

- احتمال انتقال HIV، HBV یا HCV با توجه به نوع ترشحاتی که مواجهه با آن اتفاق افتاده، راه و شدت مواجهه ارزیابی شود
- عواملی که باید در ارزیابی مد نظر باشند عبارتند از:

۱) نوع مواجهه

تماسهایی که نیاز به مداخله و پیگیری دارند شامل موارد زیر هستند:

- آسیب پوستی
- مواجهه غشای مخاطی



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- مواجهه پوست ناسالم
- گازگرفتگی توسط بیمار مبتلا به HIV که خونریزی قابل رویت در دهان دارد و منجر به خونریزی در فرد مواجهه یافته می شود

۲) نوع مایع / بافت

- خون
- مایعات حاوی خون قابل رویت
- مایع یا بافت بالقوه عفونی (منی ، ترشحات واژینال، مایع مغزی نخاعی ، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمینوتیک)
- تماس مستقیم با ویروس در آزمایشگاه

۳) شدت مواجهه

- شامل مقداری خون یا ترشحات
- عمق مواجهه در تماس های پوستی
- حجم ترشحات در تماسهای مخاطی

۴) ارزیابی اولیه فردی که دچار مواجهه شده است

- سابق عفونت HBV، HCV یا HIV
- سابق واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به آن
- در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV، HBV یا HIV مشخص نیست، آزمایش پایه برای HBS Ag، HBS Ab titer، HBS Ab ، HCV Ab و HIV Ab را در اسرع وقت و در صورت موافقت فرد مواجهه یافته در خواست کنید (ترجیحا طی ۷۲ ساعت)

مرحله چهارم PEP: ارزیابی منبع مواجهه

- در صورت مشخص بودن منبع مواجهه:
 - بیمار از نظر HBS Ag ، HCV Ab و HIV Ab بررسی شود. در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست برای اطلاع از وضعیت منبع هر چه سریعتر اقدام شود.
 - استفاده از HIV PCR، برای غربالگری روتین منبع مواجهه توصیه نمی شود



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مadaan

- در صورت منفی بودن منبع مواجهه از نظر HIV، HBV، HCV، آزمایش پایه، تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری بعدی HCP ضرورت ندارد
- در صورتی که به علتی امکان انجام آزمایشات مورد نیاز برای منبع مواجهه مقدور نباشد، تشخیص طبی، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر در نظر گرفته شود. افرادی که در گروههای پرخطر قرار می گیرند شامل:

- ❖ مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی
- ❖ افرادی که سابقه زندان داشته اند
- ❖ افرادی که سابقه رفتارهای جنسی پرخطر دارند
- ❖ همسر یا شریک جنسی هر یک از گروههای فوق

زمانی که منبع مشخص نیست:

- با توجه به شیوع پاتوژن های منتقل شونده از راه خون در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده، خطر مواجهه با این پاتوژن ها ارزیابی شود
- آزمایش سوزنهای دورریخته شده برای پاتوژنهای خونی ارزش تشخیصی ندارد و ممنوع است
-

مرحله پنجم PEP: مدیریت عفونت های مختلف در PEP

- مشاوره باید به همه افرادی که با مواد عفونت زا مواجهه داشته اند، ارائه شود. اگر فرد مواجهه یافته، سابق ابتلا به یکی از عوامل HBV، HCV یا HIV را داشته و با همان عامل مواجهه یافته باشد، نیازی به PEP ندارد. ولی اگر قبلا مبتلا نبوده و یا بررسی نشده است باید از نظر نیاز به PEP ارزیابی شود

محافظت نخستین اقدام پیشگیری است!

کارکنان مراقبت بهداشتی باید اقدامات احتیاطات استاندارد را بکار برند:

- دستها را به دفعات و به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشویند
- از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار استفاده نمایند (استفاده از دستکش، گان، چکمه، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد)
- در زمان هرگونه رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند
- در هنگام کار با وسایل تیز به موارد زیر توجه شود:



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- فراهم کردن فضای امن با دسترسی راحت به ظرف مخصوص دورانداختن وسایل تیز
- دور انداختن وسایل نوک تیز استفاده شده در Safety Box
- عدم درپوش گذاری مجدد سوزنها
- استفاده از وسایل ایمنی مناسب
- همه کارکنان مراقبت پزشکی باید مجموعه واکسیناسیون HBV را دریافت کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام دهند

فصل ششم: استریلیتی ست ها



هنگام باز کردن ست های استریل به تغییر رنگ اندیکاتور داخل ست (تغییر رنگ روی اندیکاتور مشخص شده است) توجه فرمایید. در صورتیکه این تغییر رنگ مشاهده نشد ست پانسمان استریل نبوده و مجددا جهت استریل شدن، ست به واحد CSSD ارسال شود. پس از اتمام کار اندیکاتور در برگه پرونده بیمار الصاق گردد

بعد از اتمام هر پرسجری که نیاز به پگ استریل داشته باشد وسایل اضافه داخل پگ از جمله سوزن ها، پنبه، کاز و.. از داخل پگ برداشته شده، دور ریخته شود سایر وسایل با سبد مخصوص جهت شستشو، گندزدایی و استریلیزاسیون به واحد CSSD فرستاده شود

*در صورتیکه هرگونه صدمه سبب از بین رفتن پوشش ست گردد، غیراستریل تلقی شده پس از تعویض پوشش مجددا استریل گردد

*محل نگهداری ستها باید در قفسه در بسته باشد و حمل و نقل آن بسیار با دقت صورت گیرد. از دست زدن به ست ها با دست های خیس اجتناب گردد

فصل هفتم: کنترل عفونت در اتاق عمل



در کنترل و پیشگیری از عفونت ناشی از اتاق عمل بر اساس نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی توجه به سه مورد زیر به عنوان منشاء ایجاد عفونت باید مدنظر باشد:

بیمار، پرسنل اتاق عمل ، محیط اتاق عمل.

الف (بیمار: در مورد بیمار باید مراقبت های قبل از عمل و آمادگی بیمار مد نظر باشد که با فرآیند های زیر قابل اعمال است.

(۱) ارزیابی از نظر وجود عفونت :

(a) قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل مشخص و تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت به تأخیر انداخته می شود.

(b) کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت

(c) از دادن محصولات خونی لازم برای بیمار دریغ نمی شود

(d) وضعیت بیمار قبل از عمل از نظر هیپاتیت B و (HIV اختیاری) مشخص می شود.

(۲) دوش گرفتن با آنتی سپتیک قبل از عمل جراحی:

(a) لازم است بیمار بلافاصله قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید.

(۳) چیدن موی محل عمل :

(a) موهای محل عمل را مگر اینکه ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی نماید اصلاح نمی کنند.

(b) در صورت نیاز به اصلاح این کار بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراش انجام می گیرد.

(۴) آماده نمودن پوست بیمار در اتاق عمل:

(a) قبل از آماده کردن پوست بیمار با مواد آنتی سپتیک بطور کامل محل و اطراف محل برش



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

جراحی را شسته و تمیز می نمایند.

(b) ماده آنتی سپتیک مناسب برای آماده کردن پوست استفاده می شود.

(c) این مواد را دایره وار از محل عمل به طرف محیط جهت آماده کردن پوست بکار می برند.

(d) حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان را به حداقل می رسانند.

۵) درمان پرسنل آلوده یا عفونی:

(a) از شرکت پرسنل جراحی آلوده یا عفونت یافته تا زمان بهبودی در عمل خودداری می شود.

۶) پیشگیری با آنتی بیوتیک قبل از عمل:

(a) دادن آنتی بیوتیک به هیچ عنوان به معنی جایگزینی اقدامات مناسب کنترل عفونت در انجام جراحی نیست.

(b) آنتی بیوتیک را فقط در مواردی بکار می برند که مشخص شده است از عفونت محل عمل جلوگیری خواهد کرد.

(c) از آنتی بیوتیک های بی خطر (safe)، ارزان و باکتریسید با طیف وسیع استفاده می شود.

(d) اولین دوز آنتی بیوتیک را در شروع جراحی تجویز می کنند.

(e) سطح درمانی آنتی بیوتیک را در سرم و بافت محل عمل تا پایان دوره عمل و چند ساعت بعد از عمل در سطح درمانی نگه می دارند.

(f) پروفیلاکسی را برای مدت طولانی بعد از عمل ادامه نمی دهند .

(g) برای عمل سزارین پر خطر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را بلافاصله بعد از کلمپ کردن بند ناف بکار می برند.

(h) قبل از جراحی های انتخابی کولورکتال ، با استفاده از تنقیه و مسهل کولون را از نظر مکانیکی آماده می سازند و روز قبل از عمل از مواد ضد میکروبی خوراکی غیر قابل جذب در دوزهای منقسم استفاده می نمایند.

(i) برای پروفیلاکسی ضد میکروبی بطور روتین از وانکوماسین استفاده نمی نمایند.

ب) پرسنل اتاق عمل

۱) شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دست (Surgical handrub) باید قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل اجرا شود. شستشوی جراحی دست در تمام اعمال جراحی تهاجمی و برای تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان، متخصصین بیهوشی و پرستاران لازم است .



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

۲) ماسک جراحی استاندارد استفاده شود. در صورت مرطوب شدن، و در بین اعمال جراحی باید عوض شود. ماسک را نباید از گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد. ماسک های با کارایی بالا در موارد احتمال بیماری سل استفاده می شود.

۳) گان و آپرونهاي ضد آب (پيش بند) از آلودگي بازوها، سينه و لباس پرسنل با خون و ساير مايعات بدن جلوگیری نموده و نیز از انتشار ارگانيسم از پرسنل به بیمارپيشگيري می کند. تمام پرسنل اتاق عمل باید از گان استریل استفاده نمایند.

۴) شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری استفاده می گردد.

۵) تیم جراحی باید لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان بپوشند.

۶) کلاه مخصوص اتاق عمل باید استفاده شود.

۷) برای پیشگیری از انتشار قطرات آلوده به چشم و بینی از محافظ چشم و صورت استفاده می گردد.

۸) تعویض کفش انجام می گیرد در صورت احتمال آلودگی با خون یا مايعات بدن چکمه غير قابل نفوذ آب پوشیده می شود.

۹) ناخن ها کوتاه شده و نباید از ناخن مصنوعی استفاده گردد و از آویزان کردن جواهرات به دست و انگشتان و ساعد اجتناب کرد.

۱۰) دستکش لاتکس استریل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل پوشیده می شود و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض می شود. پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مايعات بدن را کاهش می دهد.

۱۱) در مواردیکه دستکش آلوده شده یا با دست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غير استریل یا سوراخ شدن، نشت داشتن یا پارگی آن را تعویض می نمایند.

۱۲) محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل استریل نگه می دارند.

۱۳) مناسب ترین راه تکنیک جراحی را به بهترین روش به اجرا می گذارند. کنترل خونریزی حین عمل و جابجائی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل مؤثر خواهد بود.

۱۴) در جراحی های پیوند و نیز در جراحی بیماران HBV، HCV و HIV مثبت از دو جفت دستکش استفاده می شود.

ج) کنترل محیط اتاق عمل

۱) حفظ سالم ترین محیط در محل انجام عمل:

a) اتاق اختصاصی برای انجام عمل جراحی و اقدامات تهاجمی یا وسایل و تجهیزات استریل مشخص می گردد.



(b) ورود پرسنل به اتاق عمل محدود می گردد.

(۲) موقعیت اتاق عمل:

- (a) اتاق عمل باید از محل اصلی رفت و آمد بیمارستان و کریدور های آن مجزا باشد.
- (b) امکان دسترسی آسان به بخش های جراحی و اورژانس داشته باشد.
- (c) کف اتاق عمل از مواد مقاوم و دیوارهای آن از مواد قابل شستشوی غیر قابل جذب پوشیده شود.
- (d) اتاق عمل در ناحیه Aseptic قرار گیرد.

(۳) دما و رطوبت اتاق عمل:

- (a) مناسب ترین میزان رطوبت ۵۵-۵۱٪.
- (b) مناسب ترین دما یک درجه سرد تر از محیط خارج از اتاق عمل می باشد. (۲۴-۱۸ درجه سانتی گراد)

(۴) تهویه اتاق عمل:

- (a) در اتاق عمل سیستم تهویه فشار مثبت برقرار می شود.
- (b) حداقل ۱۵ بار تعویض هوا در ساعت انجام شده و حداقل ۸ بار آن باید هوای تازه باشد.
- (c) ورود کل جریان هوا از سمت سقف و خروج آن نزدیک به کف زمین است.
- (d) تمام هوا باید فیلتر شده گردش مجدد داشته و تازه باشد.
- (e) به منظور پیشگیری از عفونت زخم جراحی از اشعه ماورای بنفش استفاده نمی شود.
- (f) بجز در مواقع عبور وسایل، پرسنل، و بیمار، درب های اتاق عمل بسته است.
- (g) برای انجام جراحی های ایمپلمنت، ارتوپدی، استفاده از اتاق عمل های مجهز به هوای مافوق تمیز مورد رسیدگی و مطالعه قرار دارد.

(۵) لوازم اتاق عمل:

- وسایلی نظیر دستگاه ساکشن و ونتیلاتور باید برای پیشگیری از آلودگی بطور متناسب انتخاب شود. وسایل بکار رفته باید شمرده شود، کمتر مورد دستکاری قرار گیرد و برای استریل کردن به واحد استریل اتاق عمل فرستاده شود.
- (a) تمام وسایل اتاق عمل بر اساس دستورالعمل باید استریل شود.



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

(b) فقط در مواقعی که باید از وسایل مراقبت از بیمار استفاده شود از روش فلاش برای استریل نمودن استفاده می شود.

۶) پاک کردن و گندزدائی سطوح محیطی:

- (a) در مواقعی که در حین عمل جراحی، آلودگی قابل رویت سطوح یا تجهیزات با خون یا سایر مایعات بدن ایجاد شود قبل از عمل جراحی بعدی از گندزدائی مناسب برای تمیز کردن محل آلوده استفاده می شود.
- (b) بعد از آخرین عمل جراحی کف اتاق عمل با ماده گندزدای مناسب تمیز می گردد.

۷) دفع زباله های اتاق عمل:

- (a) به علت خطر انتقال بیماری های منتقله از طریق خون زباله های اتاق عمل با کمترین دستکاری دفع می گردد.
- (b) مایعات بدن با پوشش حفاظتی مناسب مثل گان، اپرون و محافظ چشم دفع می شود.
- (c) بقیه زباله های آلوده طبق امکانات موجود جابجا می شود.

۸) نمونه گیری میکروبیولوژیک:

- (a) نمونه گیری بصورت روتین از محیط اتاق عمل توصیه نمی شود. فقط تحت عنوان تحقیقات اپیدمیولوژیک از سطوح محیطی یا هوای اتاق عمل نمونه میکروبیولوژیک تهیه می شود.

۹) آسپسی و تکنیک جراحی:

- (a) در زمان کار گذاشتن وسایل داخل عروقی (کاتتر مرکزی) یا کاتترهای بیهوشی نخاعی یا اپیدورال یا در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپسی رعایت شود.
- (b) وسایل و محلول های استریل را بلافاصله قبل از مصرف روی یکدیگر سوار یا مخلوط نمی کنند.
- (c) به بافت ها به آرامی دست می زنند، هموستاز مؤثری بر قرار می کنند، نسوج مرده و جسم خارجی را به حداقل می رسانند و فضای مرده در محل جراحی را از بین می برند.
- (d) در صورتیکه محل جراحی به شدت آلوده باشد بستن پوست را در مرحله اول به تأخیر می اندازند یا محل انسزیون را باز می گزارند تا در مرحله بعدی ترمیم گردد.



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

e) اگر درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته (هموواگ) استفاده می شود. درن را در محل انسزیون جداگانه و دور از انسزیون محل عمل جراحی قرار می دهند. هر چه سریعتر درن را خارج می نمایند.

۱۰) مراقبت از انسزیون بعد از عمل جراحی:

a) اگر انسزیون در مرحله اول (زمان جراحی) بسته (بخیه) شده است، بعد از عمل به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت از پانسمان استریل استفاده می نمایند.

b) قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هر گونه تماس با محل جراحی دست ها شسته می شود.

c) اگر نیاز به تعویض پانسمان محل انسزیون باشد از روش استریل استفاده می شود.

d) در رابطه با مراقبت صحیح از محل انسزیون علائم عفونت زخم و لزوم گزارش دهی چنین علایمی، به بیمار و خانواده وی آموزش داده میشود.

فصل هشتم: گزارش بیماری های فوری و غیر فوری

- تعدادی از بیماری ها از نظر شیوع و بروز حائز اهمیت می باشند و جزء موارد فوری اطلاع تلفنی به مرکز بهداشت می باشند .

- کلیه همکاران (کادر پرستاری) موظفند در هر ساعتی از شبانه روز (به صورت ۲۴ ساعته) این موارد را به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر شیفت اعلام و ایشان موارد را به واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر مرکز بهداشت جنوب ۱۳۴۰۶۶۴۸ اطلاع دهند .

راهنمای نظام گزارش دهی بیماری ها به شرح زیر می باشد :



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

بیماری هایی که بایستی سریعاً به صورت فوری (تلفنی) گزارش شوند :

شک به :

- **فلج شل حاد:** هر مورد فلج شل حاد ناگهانی بدون سابقه تروما در افراد زیر ۱۵ سال باید گزارش شود.
- **سرخک:** هر شخص با تب و بثورات سرخک تلقی شده و باید گزارش شود.
- **سیاه سرفه:** داشتن سرفه مداوم به مدت ۲ هفته یا بیشتر ، سرفه های مخصوص هوپ و وجود استفراغ متعاقب سرفه مشکوک به سیاه سرفه تلقی شده و باید گزارش شود.
- **سرخجه:** هر بیمار با تب و بثورات مشکوک به سرخجه تلقی شده و باید گزارش شود.
- **سندرم سرخچه مادر زادی:** هر شیرخوار کمتر از یک سال دارای تاریخچه مادرزادی مشکوک یا تایید شده ابتلا به سرخجه در دوران حاملگی و یا نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به اختلال شنوایی و یا یک یا چند علامت چشمی مثل کاتاراکت ، کاهش بینایی ، نیستاگموس، میکروفتالمی و گلوکوم مادرزادی مشکوک به سندروم سرخجه مادرزادی تلقی شده و باید گزارش شود.
- **دیفتری:** بیمار با درگیری های لوزه ها ، گلو و بینی با غشایسبندنده مشکوک به دیفتری تلقی شده و باید گزارش شود.
- **مننژیت:** هر فردی در هر سنی با شروع ناگهانی تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد و یکی از علائم سفتی گردن ، کاهش سطح هوشیاری و علائم مننژیال (سردرد، استفراغ و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی) فونتانل برجسته (در اطفال) مشکوک به مننژیت تلقی شده و باید گزارش شوند.
- **وبا (التور):** تک گیر: در موارد اسهال ، هر فرد بالای ۲ سال که در اثر اسهال حاد آبکی دچار کم آبی شدید شده و یا فوت نماید. *افزایش ناگهانی: در هر مورد طغیان (افزایش ناگهانی) بیماری اسهال حاد آبکی بدون توجه به سن بیماران و یا شدت کم آبی
- **بوتولیسم:** بیمار با چهار مشخصه ، مسمومیت غذایی بدون تب ، قلج شل پایین رونده قرینه ، درگیری اعصاب حرکتی کرانیال و دیلاتاسیون پاپی مشکوک به بوتولیسم تلقی شده و باید گزارش شود.
- **سیاه زخم تنفسی:** ۱- سیاه زخم جلدی: وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم جلدی (وجود پاپول پوستی خارش دار در نواحی باز بدن که ظرف یک یا دو روز به وزیکول تبدیل می شود) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم با محصولات آلوده دامی.
- **۲- سیاه زخم تنفسی:** وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم تنفسی (شروع علائم ریوی) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم با محصولات آلوده دامی.
- **کزاز نوزادان:** مرگ نوزاد در سن ۳ تا ۲۸ روز که علت مرگ مشخص نباشد و هر نوزادی که طبق گزارش به علت کزاز نوزادی فوت کرده و مورد بررسی قرار نگرفته باید گزارش شود.



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- **مالاریا:** در برخورد با فرد تب دار که سابقه مسافرت به استانهای سیستان ، بلوچستان ، کرمان و هرمزگان در یک ماه اخیر و مهاجرین خارجی به خصوص افغانی ، پاکستانی و بنگلادشی داشته است بیماری مالاریا را مد نظر قرارداددهو جهت تهیه لام خون محیطی نامبرده را به نزدیکترین مرکز بهداشت درمانی راهنمایی نمایید.
- **آنفلوآنزای پرندگان:** تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد با حداقل یکی از علائم سرفه ، گلودرد و یکی از یافته های :سابقه تماس با پرندگان در طی ۱۰ روز قبل ، سابقه تماس با موردتایید شده آنفلوآنزای A طی ۱۰ روز قبل، سابقه تماس با سطوح و محیط آلوده به آنفلوآنزای پرندگان در طی ۱۰ روز قبل ، سابقه فعالیت در آزمایشگاههایی که نمونه های انسانی یا حیوانی مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان را می بینند.
- **تب زرد:** بیمار با تب ، سردرد، درد شکم ،استفراغ و بعد از یک دوره کوتاه مدت بهبودی آسیب عروروق و خونریزی ، زردی و انسفالوپاتی.
- طاعون :بیمار با تب و لرز ، بی حالی ، سرفه ، لنفادنوپاتی زیر بغل، گردن و ناحیه اینگوئینال.
- **تیفوس :** هر بیمار با شروع ناگهانی ضعف شدید، سردرد شدید، لرز، تب بالا، بثورات جلدی روی قسمت فوقانی تنه و سپس در کل بدن، قتوفوبی، درد چشم و قرمزی ملتحمه.
- **هر نوع حیوان گزیدگی:** هرگونه حیوان گزیدگی توسط حیوانات گوشتخوار اهلی و وحشی و حیوانات خونگرم پستاندار بایستی گزارش شود.
- **تب های خونریزی دهنده ی ویروسی:** هر فرد با علائم خونریزی ، تب و درد عضلانی به همراه سابقه اپیدمیولوژیک(سابق گزش با کنه و یا له کردن کنه با دست ، تماس مستقیم باخون تازه یا سایر بافتهای دام یا حیوانات بیمار ، تماس مستقیم با خون و ترشحات یا مواد دفعی بیمار قطعی یا مشکوک CCHF و اقامت یا مسافرت در محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها یا کنه وجود داشته باشد.
- **عوارض متعاقب ایمن سازی:** کلیه شوک ها که در مدت ۲۴ ساعت پس از واکسیناسیون رخ دهد،آبسه های محل تزریق در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون، لنفادنیت های ناشی از واکسن BCG، عوارض موضعی شدید که در ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آید،بروز تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون،فلج متعاقب دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال که در مدت یک ماه پس از واکسیناسیون رخ دهد،تشنج در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون ، درد مفاصل متعاقب واکسیناسیون،جیغ زدن مداوم یا بقراری بیش از سه ساعت ، بروز استفراغ مکرر، کلیه موارد مرگ در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون که هیچ دلیل قابل قبول دیگری وجود ندارد، سایر رویدادهای غیر معمول مربوط به واکسیناسیون طی ۴هفته پس از واکسیناسیون ، بروز عوارضی مثل حساسیت های پوست، تنگی نفس،بیقراری و کاهش سطح هوشیاری بعد از انجام واکسیناسیون.



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مادن

- سایر بیماری های واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد
- کم کاری تیروئید در نوزادان: $TSH > 5 \text{ mIU/L}$ در آزمون غربالگری نوزادان مشکوک به کم کاری تیروئید بوده و باید گزارش گردد

بیماری هایی که بایستی سریعا به صورت کتبی گزارش شوند :

بیماری های واگیر

سل، تیفوئید ، انواع هپاتیت های ویروسی ، ایدز و عفونت HIV ، بیماری های آمیزشی ، سالک و کلاآزار ، تب مالت ، سیاه زخم جلدی ، جذام ، کزاز بالغین ، شیگلوز ، پدیکولوز ، لپتوسپیروز ، فاسیولازیس ، کیست هیداتیک ، تب راجعه ، عوارض متعاقب ایمن سازی (غیر از موارد فوری) و ...

فصل نهم: دستورالعمل شستشو و ضد عفونی وسایل و محیط



دستورالعمل ضد عفونی در بخش ها

در هر بخش برنامه نظافت هفتگی توسط سرپرستار مشخص گردد. نظافت سطوح شامل تخت ، کمد و میز غذاخوری بیمار ، دستگیره درها ، میز و صندلی ، تلفن ، شیرآلات ، قاب ها ، کلید برق ها ، در بخش ها با استفاده از مواد شوینده (پودر دستی) و دستمال نرده پله ها ، قفسه ها



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

ترالین ۲٪ (محلول ضد عفونی

تمیز انجام ، خشک و سپس توسط مایع ضد عفونی کننده سطح متوسط)گندزدایی صورت گیرد.

دستور العمل نظافت کف زمین

برای ضد عفونی کف از محلول ترالین (ضد عفونی با سطح متوسط)استفاده می شود به نسبت ۲٪ بدین صورت که در هر یک لیتر آب ۲۰ سی سی محلول ریخته می شود روزی حداقل سه بار تی کشی با این محلول صورت می گیرد.

در صورتی که در کف زمین مقداری خون یا ادرار (بیش از ۳۰ سی سی) ریخته باشد حتماً جهت ضد عفونی از وایتکس استفاده شود:

ابتدا بایک پارچه اسقاط خشک خون را پاک کرده ،مقداری از وایتکس رقیق شده را روی منطقه الوده ریخته سپس پارچه را به مدت ۲۰ دقیقه روی باقیمانده خون قرار داده تا خون جذب پارچه شود. پارچه خونی را برداشته انرا دور انداخته در نهایت با تی اغشته به وایتکس باقیمانده اثر خون را پاک می کنند.

دستور العمل نظافت دیوارها

هر روز قسمت سنگی دیوارها با محلول ترالین (ضد عفونی با سطح متوسط) به نسبت ۲۰ سی سی در یک لیتر آب تمیز و ضد عفونی می گردد . ماهی یکبار نیز عمل واشینگ انجام می شود.

دستور العمل استفاده از تی ها

دو نوع تی در بخش ها استفاده می شود:

۱- تی پلاستیکی برای سرویس های بهداشتی

۲- تی نخی برای کف زمین

در بخش ها از سه رنگ تی استفاده می شود:

۱- تی قرمز برای اتاق ایزوله

۲- تی زرد برای اتاق بیماران

۳- تی مشکی برای استیشن و راهروها

دستور العمل سرویس های بهداشتی



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

دستشویی ها حداقل روزانه یکبار با آب وپودردستی بایستی نظافت شوند و جهت ضدعفونی از وایتکس ۱٪ (۱۰ سی سی در یک لیتر آب) یا ۲ قرص ژاول پارت را در ۴ لیتر آب حل کرده سپس ۴۰ سی سی از ظرف اول را در ۴ لیتر آب ریخته و جهت گندزدایی سرویس بهداشتی استفاده شوداستفاده شود.

*محل نشستن بیمار بایستی ضدعفونی و با آب شستشو شده و قبل از استفاده خشک گردد.

برای شستشوی کف سرویس بهداشتی از آب، پودر دستی، جرم گیر (رخشا)، و تی پلاستیکی استفاده شود.

دستورالعمل ظروف مایع صابون

ظروف مایع صابون پس از خالی شدن حتماً شسته و خشک گردیده، سپس پرمی شود و از ریختن مایع صابون مجدد در صورتیکه هنوز مایع صابون در ظرف وجود داشته خودداری میگردد.

*شستشو و ضدعفونی کردن جای مایع صابون در وایتکس ۱٪ به مدت ده دقیقه هر دو هفته یکبار الزامی است.

دستورالعمل شستشوی بدپن

ابتدا بدپن ها با اب ۷۰ درجه و دترجنت شسته و سپس در آب ژاول ۱۰٪ ضدعفونی شده و پس از شستشو و ضد عفونی خشک می گردند.

دستورالعمل نظافت و ضد عفونی تجهیزات و وسایل بخش ها

تخت ، لاکر و پایه سرم

نظافت و ضدعفونی تختها و لاکرهای بیماران روزانه انجام می شود. بدین صورت که محلول رقیق شده ترالین (محلول با ضدعفونی سطح متوسط) را به دستمال آغشته و بر روی سطوح کشیده شود و بعد از زمان ۱۰ دقیقه با دستمال آبی رنگ پاک گردد.

پرده ها

شستشوی پرده های هر بخش بر حسب نوع آن متفاوت است.

- شستشوی پرده های پارچه ای هر سه ماه یکبار با آب و دترجنت انجام می شود.
- شستشوی پرده های کرکره ای هر پانزده روز با دستمال محتوی دترجنت ، گردوغبار آن برطرف شده و هر سه ماه یکبار به طور کامل با آب و دترجنت شسته و سپس نصب می شود.



نظافت ماشین های اصلاح

پس استفاده از ماشین قطعات آن جدا، موهای را خارج و به خوبی تمییز نموده سپس با محلول ضدعفونی سطح متوسط (دی دی اس اچ) یا الکل ۷۰٪ ضدعفونی گردد.

انکوباتور

نظافت و ضدعفونی انکوباتورها روزانه انجام می شود. بدین صورت که محلول آماده مصرف دی دی اس اچ را روی سطوح اسپری کرده و پس از ۵ دقیقه با استفاده از دستمال تمییز یکبارمصرف پاک کنید .

تشک و بالش

تشک و بالش در بخش ها دارای روکش می باشند که در صورت الوده شدن زمان بستری و بعد از ترخیص به لنژری فرستاده و تشک با محلول ترالین ۲٪ نیز ضدعفونی می گردد.

سطلهای اشغال

در سطل ها هرروزصبح با آب و پودر دستی شسته می شود . هفته ای یکبار (شنبه ها)سطل ها و بین ها تخلیه شده و با آب و دترجنت شسته می شوند.

ترالی دارو ،تلفن ،مانیتور و تلوزیون

هر روز صبح ابتدا گردگیری و سپس با میکروزید یا دی دی اس اچ(محلول آماده مصرف با سطح متوسط) ضدعفونی صورت می گیرد . دستگاه ECGوالکترو شوک ابتدا گردگیری شده و سپس با استفاده از محلول میکروزید یا دی دی اس اچ(محلول آماده مصرف با سطح متوسط) ضد عفونی صورت می گیرد .

میز ها و صندلی ها

هر روز گردگیری و جهت ضدعفونی نیز از محلول ترالین ۲٪(محلول ضدعفونی با سطح متوسط) استفاده گردد .

دستور العمل استفاده از وایتکس جهت گندزدایی نخ تی



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- ابتدا نخ تی با استفاده از اب گرم و پودر شسته شود
- مقدار ۲۰۰ سی سی اب ژاول را به ده لیتر اب اضافه نمایید.(۲٪)
- نخ تی شسته شده را به مدت ۲۰ دقیقه داخل محلول گذاشته و سپس آبکشی کرده و آویزان نمایید.

فلومتر اکسیژن

- فلومتر شسته و خشک شود .
- فلومتر را داخل محلول گیگاسپت ۲٪ (محلول ضد عفونی ابزار با سطح متوسط) به مدت ۲۰ دقیقه گذاشته و سپس آبکشی و خشک گردد . (۲۰ سی سی محلول در یک لیتر آب)
- *در صورت عدم استفاده ، مخزن فلومتر باید همیشه خشک باشد .

*در زمان استفاده از اکسیژن در مخزن فلومتر آب مقطر ریخته و تاریخ آب مقطر ریخته شده روی آن ثبت گردد.

لارنگوسکوپ

تیغه لارنگوسکوپ بعد از استفاده باید:

- باید شسته و خشک شود .
- قرار دادن تیغه در محلول ویویساید ۰۱ آماده مصرف بدون نیاز به رقیق سازی (محلول با ضد عفونی سطح بالا) به مدت ۱۰-۲۰ دقیقه
- سپس آبکشی و خشک گردد.

* در صورت عدم استفاده روزانه با پنبه الکل ضد عفونی گردد

باتل ساکشن

- باتل شسته و خشک شود .
- قرار دادن باتل داخل محلول گیگاسپت ۲٪ (محلول ضد عفونی ابزار با سطح متوسط) به مدت ۲۰ دقیقه .
- سپس آبکشی و خشک گردد .

آمبوبگ



کتابچه کنترل عفونت بیمارستان مدائن

- امبوگ شسته خشک شود .

- قرار دادن امبوگ داخل محلول ۲٪ پودر پرفورم (محلول شستشوی ابزار با سطح بالا)) به مدت ۳۰ دقیقه (یک پیمانه ۲۰ گرمی در یک لیتر آب)

- سپس آبکشی و خشک گردد

دستورالعمل استفاده از دستمالها

*دستمال آبی جهت نظافت تخت و محیط اطراف بیمار

*دستمال صورتی جهت نظافت یخچال و میز غذاخوری بیمار

*پارچه زرد جهت نظافت آئینه و سرویس بهداشتی

*پارچه سفید جهت نظافت استی شن و آبدارخانه

نحوه ی جمع کردن خون و ترشحات آلوده از روی سطح زمین(بیشتر از ۳۰ سی سی)

جهت این کار ابتدا دستکش و ماسک پوشیده آلودگی را با دستمال یکبارمصرف از سطح زمین برداشته ،سپس آب ژاول رقیق شده ۲۰٪ (۵۰۰ سی سی آب ژاول در دو لیتر آب) یا ژاول پارت (۸ قزص در یک لیتر آب)را روی محل آلوده ریخته و حوله کاغذی یکبارمصرف یا دستمال را روی آن پهن کرده و ۱۵ دقیقه با پوشیدن دستکش تمامی مواد آلوده را از سطح برداشته و در سطل قرار دهید سپس منطقه شسته و خشک گردد

منابع و ماخذ

-for infection control 2010 CDC guidelines

- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

-Sterile Processing University, LLC. Selection of Packaging Materials and Methods, Sterile

Processing University Website. ۲۰۰۷; ۱-۸.

