



2021
1400

کتابچه کنترل عفونت

فصل اول



تهیه کننده: الهام پورشهبازی

سوپروایزر کنترل عفونت

BSN-MSN

فهرست مطالب

فصل اول:

- ❖ مقدمه
- ❖ تاریخچه
- ❖ هدف از رعایت اصول کنترل عفونت
- ❖ بهداشت دست
- ❖ پیشگیری از پنومونی مرتبط با ونتیلاتورهای مکانیکی (VAP)
- ❖ پیشگیری از عفونتهای خون BSI
- ❖ پیشگیری از عفونت محل عمل جراحی (SSI)
- ❖ پیشگیری از عفونتهای ادراری (UTI)
- ❖ ایزولاسیون
- ❖ استریلیتی ست ها
- ❖ تزریقات ایمن
 - تعریف مواجهه شغلی
 - اقدامات پیشگیری از مواجهه شغلی
- ❖ ترتیب پوشیدن وسایل محافظت شخصی
 - اندیکاسیون پوشیدن دستکش
- ❖ مقایسه ویژگیهای محلولهای ضد عفونی سطح بالا
- ❖ محلولهای ضد عفونی دست و ابزار موجود در مرکز
- ❖ پیوست ها

مقدمه

همکار گرامی از اینکه در این مرکز شروع بکار نموده اید خرسندیم، شایسته است حال که در مرکزی با رتبه درجه یک مشغول به انجام وظیفه می‌باشید، با خط مشی ها، دستورالعمل ها و روشهای اجرایی واحد پیشگیری و کنترل عفونت مرکز آشنا گردید. امید داریم که با یاد گیری و به کار بستن نکات موجود در این بسته آموزشی ما را در خدمت رسانی هر چه بهتر به مددجویان یاری نمایید. قابل ذکر است از آنجاییکه مطالب علمی با سرعت در حال پیشرفت می‌باشد، هر سال یکبار کتابچه ویرایش جدید می‌گردد.

تاریخچه

مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید مدنی یکی از اولین مراکز در کشور بوده که به لحاظ کنترل عفونت بیمارستانی از سال 1375 رسماً یک نفر از سوپروایزران بالینی با درجه علمی کارشناس را به عنوان سوپروایزر کنترل عفونت و بهداشت منصوب کرد (خانم رقیه محمودیان، سپس خانم الهام پورشهبازی) و از سال 1379 نیز یک نفر عضو هیات علمی و متخصص بیماریهای عفونی را بطور دائم به عنوان مشاور در نظر گرفت (آقای دکتر ورشوچی). در حال حاضر در تیم کنترل عفونت فعالیت مینمایند.

با توجه به اینکه تعداد تختهای مرکز بیش از 300 عدد بوده و به جهت یاری در انجام امور مربوط به کنترل عفونت، از هر بخش یک نفر با احراز شرایط مورد نظر، به عنوان رابط کنترل عفونت در نظر گرفته می‌شود که هر فرد بر اساس نوع بخش وظایف خاص و برخی امور عمومی را عهده دار می‌گردد که در شرح وظایف رابطین کنترل عفونت به آن اشاره شده است.

اموری که توسط واحد پیشگیری و کنترل عفونت این مرکز به انجام میرسد به صورت کلی شامل بیماریابی با عفونتهای بیمارستانی، شناخت و بررسی علل ایجاد out break در بیمارستان و انجام پژوهش در این زمینه، آموزش در زمینه راههای پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی، تدوین دستورالعملها و خط مشی‌های مربوطه و نظارت بر اجرای آن، نظارت عالی بر بهداشت مرکز جهت پیشگیری از عفونتها، برنامه ریزی جهت سلامت کارکنان در زمینه پیشگیری از ابتلا به بیماریهای منتقله و مواجهات شغلی و انجام مشاوره در زمینه محافظت کارکنان یا بیماران در برابر عفونتهای بیمارستانی است، به همین منظور از سال 95 سوپروایزر کنترل عفونت فردی با تحصیلات کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری و گرایش داخلی جراحی در این پست منصوب گردید تا با اشراف کامل بر مسائل مربوطه، خدمات لازم را ارائه نماید.

از آنجاییکه رعایت بهداشت در انجام تمام امور درمانی، جهت پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی از الزامات هر مرکز درمانی محسوب می‌شود، ارتباط واحد کنترل عفونت با واحد آموزش پزشکی، پرستاری و کارکنان (ارتباط تنگاتنگی می‌باشد، به همین جهت پس از هماهنگی‌های لازم کلاس‌های آموزشی کنترل عفونت از طریق واحدهای مربوطه به اطلاع کلیه کارکنان رسانده خواهد شد.

هدف از رعایت اصول کنترل عفونت

به جهت پیشگیری از انتقال عفونت‌های بیمارستانی مرکز کنترل بیماریها (CDC) از سال ۱۹۸۷ دستورالعملی مبنی بر رعایت حداقل‌ها به نام احتیاطات استاندارد (Universal standard precautions) جهت کنترل عفونت برای تمامی کشورها صادر نمود. این موارد شامل:

۱. بهداشت دستها
۲. استفاده از محافظت‌کننده‌های شخصی (مثل: دستکش، گان، ماسک، کلاه، عینک و چکمه)
۳. روشهای تزریقات ایمن
۴. پاکسازی، ضد عفونی و استریلیزاسیون ابزار پزشکی
۵. بهداشت لوازم و محیط بیمار،
- ۶ بهداشت تنفسی، و به شکل تخصصی تر آن در انواع ایزولاسیون‌ها مطرح گردیده است.

بهداشت دستها:

شستشوی اصولی دستها، مهمترین راه کنترل عفونت است. طبق گزارشات اخیر CDC بهداشتی نمودن اصولی دستها، یکی از مهمترین راههای کنترل عفونت بیمارستانی است. به طور خلاصه بهداشت دست به منظور پیشگیری از ۴ رویداد انجام می‌شود که عبارتند از: (۱) کلونیزاسیون در بیماران (۲) عفونتها با منشاء درونی و بیرونی در بیماران (۳) عفونت در کارکنان مراقبتهای بهداشتی (۴) کلونیزاسیون پرسنل و محیط مراقبتی

اصول کلی در شستن دستها عبارتست از:

۱. موقعیتهایی که دستها باید بهداشتی شود:

* شستن دستها **قبل** و **بعد** از هر بار تماس با بیمار

* **قبل** و **بعد** از انجام هر پروسیجر

* پس از تماس با محیط اطراف بیمار

۲. رعایت کلیه مراحل شستشوی دستها (تصاویر شماره ۱ تا ۵)

۳. استفاده از محلول‌های ضد عفونی کننده با پایه الکلی

۴. کوتاه نمودن ناخن‌ها و عدم استفاده از ناخنهای مصنوعی

۵. عدم استفاده از زیورالات و جواهرت خصوصا در بخشهای ویژه

طبق خط مشی و روش شماره M/POI/11 صفحه 26 واحد کنترل عفونت

پیشگیری از پنومونی مرتبط با ونتیلاتورهای مکانیکی (VAP)

پنومونی دومین علت شایع عفونت‌های بیمارستانی می باشد در این مرکز اولین که مورتالیتی و موربیدیتی زیادی را به همراه دارد. بیمارانی که به علت ضعف سیستم تنفسی، عفونتها و ... دچار مشکل شده اند در برخی موارد نیاز به حمایت تنفسی با دستگاههای کمک تنفسی می باشد که شانس ابتلا به عفونت‌های ثانویه تنفسی را در آنها افزایش میدهد. ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران تحت ونتیلاسیون مکانیکی دچار عفونت‌های تنفسی می شوند و همین امر سبب طولانی تر شدن مدت اقامت بیمار در بیمارستان، اشغال تخت بخش ویژه، افزایش بار مالی به سیستم بهداشتی و خانواده بیمار می گردد. لذا با بکار بستن اقدامات پیشگیری کننده می توان از بروز این عفونتها و یا عوارض آنها جلوگیری نمود.

اصول کلی در پیشگیری از عبات تست از:

- بالا بردن سر تخت بیمار (۳۰ تا ۴۵ درجه) در صورتیکه کنترااندیکاسیون درمانی نداشته باشد.
- کاهش کلونیزاسیون دهانی، حلقی از طریق استفاده از محلول‌های دهانشویه
- ارزیابی روزانه بیمار جهت جدا نمودن هر چه سریعتر وی از دستگاه (طبق دستورالعمل جداسازی بیمار از ونتیلاتور)
- مراقبت‌های دهانی حلقی (دهانشویه و ساکشن دهان)
- تنظیم فشار کاف لوله داخل تراشه به میزان ۲۰ سانتی متر آب (حدود ۴-۲ سی سی هوا تا حدی که از اطراف لوله نشت هوا نداشته باشد).
- شستن دستها قبل و بعد از تماس با هر قسمت از ونتیلاتور
- لوله گذاری داخل دهانی به لوله گذاری از طریق بینی ارجح است.



طبق روش اجرایی شماره M/PRO/53 صفحه 138 واحد کنترل عفونت

پیشگیری از عفونت‌های خون (BSI)

اغلب بیماران بستری در بیمارستان و اکثر بیماران بستری در ICU دارای کاتتر ورید مرکزی و دیگر وسایل دسترسی عروقی می باشند. عفونت‌های خونی عامل مهمی در ایجاد مرگ و میر در بخش‌های مراقبت ویژه میباشند. این عفونتها با افزایش طول مدت اقامت در بیمارستان هزینه زیادی بر بیمار و جامعه تحمیل می کنند. اصول کلی پیشگیری از عفونت‌های خونی در کلیه بخش ها عبارتست از:

- شستن دستها **قبل** و **بعد** از تماس با کاتترهای ورید مرکزی و شریانی و یا **پانسمان** آن
- استفاده از ماسک، دستکش استریل، گان استریل و شان استریل حین کارگذاری کاتتر مرکزی
- استفاده از، دستکش تمیز، حین کارگذاری کاتتر محیطی
- ضد عفونی محل کارگذاری کاتتر با ماده ضد عفونی کننده (الکل ۷۰٪ یا بتادین، محلول کلرهگزیدین در الکل) و خشک شدن پوست قبل از کار گذاری کاتتر
- عدم تماس محل کارگذاری کاتتر با دست



- در کاتترهای مرکزی، کاتتر ساب کلاوین ارجحیت دارد.
- کنترل و ارزیابی روزانه کاتتر
- رعایت نکات آسپتیک بهنگام تزریق مایعات داخل وریدی و داروها از طریق CVC
- توصیه می‌شود محل کاتتر در بزرگسالان زودتر از ۷۲ الی ۹۶ ساعت تعویض نشود.
- کاتترهایی که از رعایت تکنیک آسپتیک در تعبیه آنها اطمینان نداریم باید در اولین فرصت و در عرض ۴۸ ساعت تعویض شوند.
- در کودکان فقط زمانیکه اندیکاسیون بالینی وجود داشته باشد کاتتر تعویض می‌گردد.
- تیوپ‌ها در زمان دریافت محلولهای امولوسیون چربی ۲۴ ساعت بعد از تزریق تعویض می‌شوند.
- وقتی عوض می‌شود ست‌ها و تمامی اتصالات هم تعویض شود.
- ست‌هایی که از طریق آن محلول پروپوفل* تزریق میشوند هر ۱۲-۶ ساعت تعویض گردد. همزمان با تعویض ویال نیز تعویض گردد.
- استفاده از پماد آنتی بیوتیک در محل گذاشتن کاتتر توصیه نمی‌شود.
- کاتتر نباید در آب غوطه‌ور شود مگر اینکه با پوشش ضد آب محافظت شده باشد.
- برای پانسمان محل کاتتر می‌توان از گاز یا پانسمان شفاف استفاده نمود.
- در بیمارانی که تعریق فراوان و یا خونریزی دارند استفاده از گاز توصیه می‌شود.

زمان تعویض پانسمان محل کاتتر:

- در زمان تعویض کاتتر
 - وقتی که پانسمان مرطوب و خونی، شل و کثیف شود.
 - وقتی نیاز به بررسی محل وجود داشته باشد.
- مگر در کودکان که در صورت تعویض پانسمان خطر جابجایی کاتتر وجود خواهد داشت. پانسمانهای شفاف تا ۷ روز و پانسمان با گاز تا ۲ روز ماندگاری دارند.

به جهت تکمیل اطلاعات به روش اجرایی شماره M/PRO/54 صفحه 140 واحد کنترل عفونت مراجعه نمایید.

* پروپوفول داروی sedative است که به رنگ شیری می‌باشد و برای القای بیهوشی به صورت وریدی استفاده می‌شود. سریع‌الاثرو کوتاه‌اثر بوده و حاوی مواد نگهدارنده نمی‌باشد و عفونت سیستمیک ناشی از رشد باکتری در این دارو دیده می‌شود.

پیشگیری از عفونت محل عمل جراحی (SSI)

عفونت‌های محل عمل جراحی بخش مهمی از عفونت‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهند. سن، دیابت، چاقی، مصرف سیگار، طول مدت بستری قبل از عمل، تزریق فراورده‌های خونی و ...، بیماران را مستعد عفونت محل عمل می‌کند. اصول کلی پیشگیری از عفونت محل عمل جراحی عبارتست از:

- کنترل قند خون بیماران به ویژه در بیماران کاندید CABG
 - کاهش مدت زمان بستری قبل از جراحی
 - آموزش به بیمار جهت ترک سیگار
 - کوتاه نمودن موهای محل جراحی در کوتاهترین زمان قبل از عمل توصیه می‌شود فقط با استفاده از ماشین ریش تراش این کار انجام گردد. (استفاده از تیغ ممنوعیت دارد)
 - دوش گرفتن شب قبل از جراحی سبب کاهش کلونی میکروارگانسیم‌ها روی پوست می‌گردد.
 - شستن محل‌هایی که قرار است برش جراحی در آنجا صورت گیرد با محلول کلرهگزیدین قبل از عمل
 - 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
 - پاکسازی و ضد عفونی محیط و تجهیزات بکار رفته در اتاق عمل
 - کنترل تردد در مناطق سه گانه اتاق عمل
- به جهت تکمیل اطلاعات به روش اجرایی شماره M/PRO/52 صفحه 133 واحد کنترل عفونت مراجعه گردد.

پیشگیری از عفونت‌های ادراری (UTI)

شایعترین عفونت بیمارستانی عفونت‌های ادراری می‌باشد که بیش از ۳۰٪ درصد عفونت‌های گزارش شده در بخش‌های ویژه را شامل می‌گردد.

اصول کلی پیشگیری از عفونت‌های ادراری عبارتست از :

- کارگذاری کاتتر ادراری فقط در صورت لزوم
- رعایت تکنیک آسپتیک هنگام کارگذاری کاتتر ادراری
- رعایت بهداشت دست بلافاصله قبل و بعد از سوند گذاری یا دستکاری محل و یا خود کاتتر برقراری
- جریان ادراری و جلوگیری از توقف و انسداد ادراری
- حفظ سیستم تخلیه ادراری بشکل بسته
- استفاده از کاتتر با سایز کوچکتر از مجرای ادراری .
- نیازی به استفاده روتین از لوبریکنت آنتی سپتیک نیست.
- بگ ادرار در تمام مدت پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد هیچگاه روی زمین قرار نگیرد.

- پرهیز از نفوذ آب به سیستم تخلیه ادراری
 - عدم تعویض خارج از معمول و استاندارد کاتتر ادراری
 - تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود یعنی زمانیکه اندیکاسیون بالینی داشته باشد تعویض گردد مثلا عفونت، انسداد یا وقتی که سیستم بسته از بین برود.
 - تمیز کردن نواحی پرینه حداقل روزانه و در موارد نیاز، استفاده از آنتی سپتیک جهت پیشگیری از عفونت ضروری نیست لذا، رعایت بهداشت معمولی توصیه می شود.
 - در حین انتقال بیمار بهتر است یورین بگ خالی شده و باید پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد.
- به جهت دریافت اطلاعات کاملتر به روش اجرایی شماره M/PRO/55 صفحه 154 کنترل عفونت مراجعه نمایید.

نکته:

تعویض NGT به صورت روتین توصیه نمی شود. فقط توصیه شده اگر بیمار نیاز به داشتن NGT دارد بهتر است تبدیل به OGT شود.

ایزولاسیون

احتیاط هایی که باید براساس راه انتقال عفونت ها رعایت گردند (Transmission-Based Precautions):

این نوع احتیاط ها باید برای بیمارانی در نظر گرفته شوند که دچار عفونت مشکوک یا قطعی، تشخیص بیماری خاص، کلونیزاسیون یا عفونت با ارگانیزم مهم از لحاظ اصول همه گیری شده اند. ذکر این نکته ضروریست که رعایت این نوع احتیاط ها باید با رعایت اصول احتیاط های استاندارد توام گردد. سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ه ا وجود دارد که عبارتند از:

۱. قطرات (Droplet)

۲. هوایی (Airborne)

۳. تماسی (Contact)

جداسازی قطرات (Droplet precaution)

در بیمارانی که دچار، آنفلوانزا، مننژیت، اوریون، سرخجه مخملک و... شده اند از این نوع جداسازی استفاده می گردد.



- فاصله حداقل ۱ متر بین بیمار مبتلا و سایر افراد سالم رعایت گردد.
- اگر در فاصله یک متری از این بیمار قرار دارید از ماسک جراحی (ماسک معمولی استفاده کنید).
- در صورت نیاز به جابجایی بیمار، بیمار حتما ماسک جراحی بپوشد.

جدا سازی هوایی (Airborne precaution)



در بیمارانی که دچار سرخک، سل، سارس، آبله مرغان، زونا و.. شده اند از این نوع جداسازی استفاده می گردد.

هنگام ورود به اتاق از ماسک مخصوص (N95) استفاده کنید. و بلافاصله پس از خروج از اتاق ماسک خارج گردد. درب اتاق بسته باشد پنجره به سمت هوای آزاد باز شود و حداقل ۶ بار در ساعت تعویض هوا صورت گیرد. بیمار داخل اتاق بماند در صورت جابجایی حتما ماسک بپوشد. در صورت عدم وجود ماسک از دو عدد گاز به همراه ماسک جراحی استفاده نمایید.

جدا سازی تماسی (Contact Precaution)

در بیمارانی که دچار عفونتهای مقاوم به دارو، ابله های با ترشح، زخم بستر عفونی، عفونت شیگلایی، شپش استفاده می گردد:



- هنگام ورود به اتاق بیمار دستکش و گان بپوشید.
- قبل از ترک اتاق دستکش و گان را در آورده دستها را بشویید .
- گوشی، فشار سنج، ترمومتر و وسایل بیمار از اتاق خارج نشود.

ایزولاسیون بیماران با نوتروپنی

بیماری که نوتروفیل ۱۰۰۰ داشته باشد باید در این دسته از ایزولاسیون قرار گیرد.

- جداسازی اتاق با لیبل احتیاطات نوتروپنیک و تخصیص برچسب روی چارت و پرونده بیمار
- رعایت احتیاطات استاندارد به ویژه شستن دستها
- عدم اجازه ورود پرسنل غیر درمانگر بیمار، یا ملاقات کننده بیمار به اتاق
- عدم اجازه ورود میوه و سبزیجات و گل و گیاه به اتاق بیمار
- بیمار داخل اتاق بماند و در صورت الزام در جابجایی حتما ماسک جراحی بپوشد و پس از مدت کوتاهی به اتاق برگردد.
- بیمارانی که تحت پیوند مغز استخوان هستند بایستی توسط واحد مربوطه آموزش لازم را دریافت نمایند.

نکته:

1. در بیماران HIV+ رعایت احتیاطات استاندارد عمومی کفایت مینماید اما در صورت بروز عوارض، بسته به نوع مشکل ایجاد شده تصمیم گیری انجام خواهد شد.
 2. در برخی از بیماریها چند نوع ایزولاسیون با هم اجرا خواهد شد.
- به جهت دریافت اطلاعات کاملتر به روش اجرایی شماره M/PRO/10 صفحه 33مراقبت عمومی بالینی مراجعه نمایید.

کارتهای ایزولاسیون

ایزوله

احتیاطات قطره‌ای

ملاقات کنندگان گرامی قبل از ورود به اتاق، ایستگاه پرستاری را مطلع کنید.





قبل و بعد از ورود به اتاق، دستها را با محلول الکلی ضد عفونی کنید.

در فاصله یک متری بیمار از محافظه یا شیک صورت استفاده کنید.

در فاصله یک متری بیمار ماسک جراحی بپوشید.

برگرفته از CDC2007
www.cdc.gov/guidelines/isolation2007

ایزوله

احتیاطات هوایی

ملاقات کنندگان گرامی قبل از ورود به اتاق، ایستگاه پرستاری را مطلع کنید.





قبل و بعد از ورود به اتاق، دستها را با محلول الکلی ضد عفونی کنید.

هنگام ورود به اتاق ماسک N95 استفاده کنید.

درب اتاق را بسته نگه دارید.

برگرفته از CDC2007
www.cdc.gov/guidelines/isolation2007

ایزوله

در بیماران نوتروپنی

ملاقات کنندگان گرامی قبل از ورود به اتاق، ایستگاه پرستاری را مطلع کنید.





قبل و بعد از ورود به اتاق، دستها را با محلول الکلی ضد عفونی کنید.

هنگام تماس مستقیم با بیمار دستکش بپوشید.

هنگام تماس مستقیم با بیمار ماسک جراحی بپوشید.

برگرفته از CDC2007
www.cdc.gov/guidelines/isolation2007

ایزوله

احتیاطات تماسی

ملاقات کنندگان گرامی قبل از ورود به اتاق، ایستگاه پرستاری را مطلع کنید.





قبل و بعد از ورود به اتاق، دستها را با محلول الکلی ضد عفونی کنید.

هنگام تماس مستقیم با بیمار دستکش بپوشید.

هنگام تماس مستقیم با بیمار ماسک جراحی بپوشید.

برگرفته از CDC2007
www.cdc.gov/guidelines/isolation2007

استریلیتی ست‌ها

هنگام باز کردن ستهای استریل به تغییر رنگ اندیکاتور داخل ست (تغییر رنگ روی اندیکاتور با فلش مشخص شده است) توجه فرمایید. در صورتیکه این تغییر رنگ مشاهده **نشد** ست پانسمان استریل نبوده، مجدداً جهت استریل شدن، ست به واحد CSR ارسال شود.



پس از اتمام کار اندیکاتور در برگه پرونده بیمار الصاق گردد. برچسب مشخصات هر ست بر روی آن قرار دارد پس از باز شدن، این برچسب در برگه پرونده بیمار الصاق گردد.

بعد از اتمام هر پروسیجری که نیاز به پک استریل داشته باشد وسایل اضافه داخل پک از جمله سوزن‌ها، پنبه، گاز و ... از داخل پک برداشته شده، دور ریخته شود سپس وسایل ابتدا با آب ولرم و یک دترجنت (صابون) شسته میشوند بعد در محلول ضد عفونی موجود در بخش قرار میگیرد و در نهایت پس از گذشت زمان لازم که در دستورالعمل ماده ضد عفونی قید شده آبکشی شده و خشک میگردد و جهت استریلیزاسیون به بخش CSR منتقل میگردد (تصویر شماره 5). در صورتیکه هرگونه صدمه سبب از بین رفتن پوشش ست گردد **غیر استریل** تلقی شده پس از تعویض پوشش مجدداً استریل گردد.

نکته:

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

به جهت دریافت اطلاعات کاملتر به خط مشی و روش شماره M/PRO/47 و M/PRO/48 صفحه 119-121 مدیریت استریلیزاسیون مراجعه نمایید.

تزریقات ایمن

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.
- به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.
- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

قبل از آماده کردن دارو و تزریق آن دستها را با آب و صابون بشوئید و یا با استفاده از محلولهای ضد عفونی با پایه الکل ضد عفونی کنید. در روی یک میز و یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات است وسایل تزریق را آماده نمائید

در صورتی که موضع تزریق بصورت مشهود کثیف است پوست را بشوئید.

در صورتی که ویالهای چند دوزی دارو استفاده میشود برای هر بار کشیدن دارو از ویال، از سر سوزن استریل استفاده شود.

در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل به نحو صحیح (داخل Safety box) دفع گردد.
در صورت نیاز به پاک کردن سر ویال از سوآب تمیز یکبار مصرف با توجه به زمان تماس مورد توصیه استفاده شود.

جهت ورود سر سوزن بداخل سیستم وریدی متصل به بیمار فقط از پورت تزریق استفاده شود. برای ورود سر سوزن بداخل سیستم وریدی متصل به بیمار محل ورود سر سوزن بداخل سیستم با استفاده از الکل 70% و یا کلر هگزیدین 2% تمیز گردد.

هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها **ننماید.**

از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی موجود در ظرف پنبه الکل اجتناب نماید. جهت تزریق از گلوله پنبه خشک که توسط الکل اسپری می شود استفاده نمائید. خشک شدن پوست قبل از تزریق الزامی است.

به جهت تکمیل اطلاعات به روش اجرایی شماره M/PRO/54 صفحه 140-153 واحد کنترل عفونت مراجعه **نمایید.**

تعریف مواجهه شغلی:

تماس از هر یک از طرق زیر:

- آسیب پرکوتائوس (نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده)
- مخاطات (مانند چشم و دهان)
- پوست غیر سالم

اقدامات پیشگیری از مواجهه شغلی:

باتوجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهم ترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

- جهت شکستن ویال های ترجیحا از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز به استفاده از تیغ اره و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.
- پس از تزریق از گذاردن در پوش سرسوزن اکیدا خوداری نمایید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون



- در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانه یکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمایید و یا از یک دست به روش Scoop (مطابق شکل مقابل) جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.
- از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمایید.

- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده واز حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفورم خودداری نمایید.
 - از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و.....) اجتناب نمایید.
- احتیاطات عمومی در حین انجام هر گونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون وسایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:
- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دست ها وجود دارد، بایستی از دستکش استفاده نمود وموضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.
 - جهت حفاظت کارکنان بهداشتی درمانی در قبال آلودگی با خون ویا ترشحات بدن استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.
 - در صورتیکه احتمال پاشیده شدن خون ویا قطعاتی از نسوج ویا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک وعینک محافظ ضروری است.
 - در صورتیکه بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.
 - در صورتیکه کارکنان دچار آگزما ویا زخم های باز می باشند، معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.

ب: کمک های اولیه فوری به کارکنان بلا فاصله بعد از مواجهه شغلی

- باتوجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی در موارد ذیل اتفاق می افتد اقدامات کمک های اولیه فوری بایستی انجام شود.
- فرو رفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
 - پاشیده شدن خون ویا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به
 - بریدگی های باز
 - ملتحمه (چشم ها)
 - غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)
 - گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

ب-1 کمک های فوری:

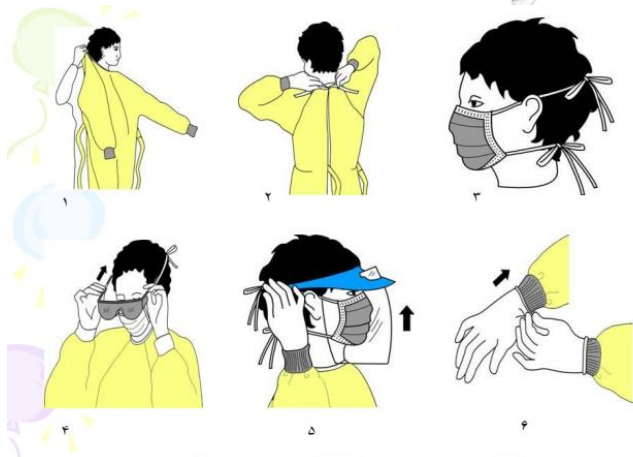
- 1 - شستشوی محل زخم با صابون و آب ولرم
- 2 - خودداری از مالش موضعی چشمها
- 3 - شستشوی چشمها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ب-2- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر:

- در صورت حضور سوپروایزر کنترل عفونت با ایشان تماس حاصل گردد. (3134)
- در صورت عدم حضور سوپروایزر کنترل عفونت با سوپروایزر با لینی تماس حاصل گردد . (2171/2203)

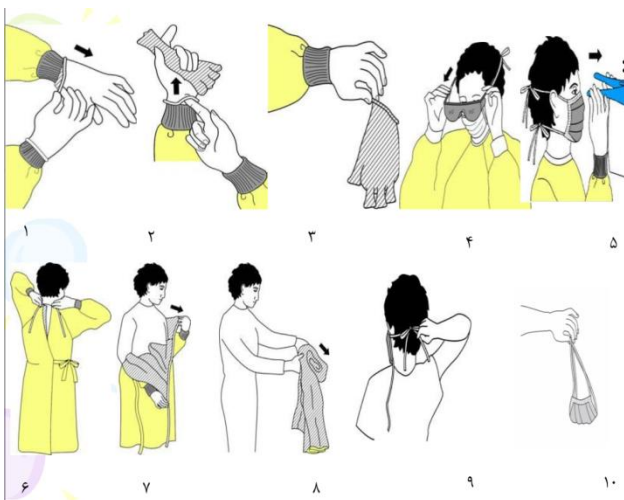
- سوپروایزر بالینی جهت اتخاذ تصمیم نهایی با سوپروایزر کنترل عفونت تماس می گیرد. (مرکز تلفن)
- 1- تکمیل دقیق فرم گزارش دهی مواجهه شغلی بلافاصله بعد از بروز سانحه (فرم در سایت بیمارستان، معاونت درمان کنترل عفونت، فرمها موجود است).
 - 2- درج سانحه گزارش شده در واحد کنترل عفونت
 - 3- ارائه فرم های تکمیل شده ارسالی به آزمایشگاه به دفتر کنترل عفونت

جهت اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان برای عفونت های، HBV، HIV، HCV به روش اجرایی شماره M/PRO/51 صفحه 127-132 کنترل عفونت مراجعه نمایید.



ترتیب پوشیدن وسایل محافظت شخصی:

1. انجام بهداشت دست بر اساس خط مشی و روش شماره PPC33/2
2. گان
3. ماسک
4. کلاه (در صورت نیاز)
5. عینک یا محافظ چشم یا صورت
6. دستکش استریل



ترتیب خروج وسایل محافظتی بعد از اتمام کار

1. دستکش
2. محافظ چشم یا صورت
3. کلاه (در صورتی که استفاده شده باشد)
4. گان
5. ماسک
6. شستن دستها

و یا:

1. دستکش و گان
2. شستن دست
3. کلاه (در صورت استفاده)
4. محافظ چشم یا صورت
5. ماسک
6. شستن دستها

به لحاظ اهمیت مصرف دستکش در کارکنان درمان توضیحات زیر لازم الاجرا میباشد:



- دستکش

دستکش یک نقش محافظتی دارد و از تماس دست با خون و ترشحات جلوگیری می‌نماید. پوشیدن دستکش احتمال تماس دستها با میکرو ارگانیسمها را کاهش می‌دهد ولی جایگزین شستشوی دستها **نمی‌باشد**.

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

- 1- پیشگیری از انتقال میکروارگانیسمها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگری در حین ارائه مراقبت یا خدمات.
- 2- پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کارکنان

✓ توجه به نکات ذیل ضروریست:

1- ضرورت استفاده یا عدم استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل در موقعیت های مختلف ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و می‌باشد).

2- در زمانی که پیش بینی میشود در حین ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران، احتمال آلودگی دستها با خون و سایر ترشحات و مواد بالقوه عفونی بیمار و یا غشاء مخاطی و پوست ناسالم آنان وجود دارد دستکش پوشیده شود.

3- از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات و یا مراقبت از یک بیمار استفاده گردد.

4- در هنگامی که دستکش پوشیده شده است، در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده بیمار، نیاز است موضع تمیز همان بیمار و یا محیط لمس شود دستکش در آورده شود و یا تعویض گردد. شدیداً توصیه می‌شود که از استفاده مجدد دستکشها اجتناب شود.

❖ مثالهایی از موارد استفاده از دستکش استریل:

1. انجام هر گونه اقدامات جراحی و آسپتیک
2. اقدامات رادیولوژیکی تهاجمی
3. برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط به راه های عروقی (ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران)
4. آماده نمودن محلول های تغذیه مکمل جهت انفوزیون

❖ مثالهایی از موارد استفاده از دستکش تمیز:

- 1 - تماس مستقیم با بیمار
- 1-1- احتمال قرار گرفتن در معرض خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیاء و مواردی که بصورت مشهود آلوده به مایعات دفعی بیمار می‌باشد.
- 1-2- تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار
- 1-3- احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانسیم های شدیداً عفونی و خطرناک
- 1-4- موقعیت های اورژانس یا اپیدمی
- 1-5- گذاردن و یا کشیدن آنژیوکت و...
- 1-6- گرفتن خون از بیمار
- 1-7- قطع یا بستن راه وریدی

2- تماس غیر مستقیم با بیمار

- 2-1- تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار.
- 2-2- جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات
- 2-3- جابجایی یا تخلیه پسماندها
- 2-4- تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیاء و یا در ضمن لکه گیری البسه

❖ مثالهایی از مواردی که پوشیدن دستکش ضروری **نمی‌باشد**:

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

1 - تماس مستقیم با بیمار.

1-1- گرفتن فشار خون، درجه حرارت و نبض بیمار

1-2- تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار

1-3- لباس پوشانیدن به بیمار

1-4- انتقال بیمار

1-5- مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات

1-6- هر گونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون

2-تماس غیر مستقیم با بیماران

1-2- استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر بخش

2-2- درج گزارش بیمار در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر بیمار

3-2- دادن داروی خوراکی به بیماران

4-2- جمع نمودن سینی غذای بیمار و یا قطع لوله تغذیه ای بیمار

5-2- تعویض ملحفه بیمار (در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به

ترشحات و مواد دفعی بیمار نباشد).

6-2- گذاردن ماسک تنفسی و یا کانولای بینی بصورت غیر تهاجمی برای بیمار

7-2- جابجایی اثاثیه بیمار.

مقایسه ویژگی‌های محلول‌های ضد عفونی سطح بالا

پروکسید هیدروژن / پراستیک اسید 0/33% - 7/35%	اورتوفتالدئید 0/55%	پلوتارالدئید $\leq 2\%$	پراستیک اسید 0/2%	پروکسید هیدروژن	
ضد عفونی سطح بالا	30 دقیقه / 20 درجه سانتیگراد	20-90 دقیقه / 20-25 درجه سانتیگراد	قابل اجرا نیست	15 دقیقه / 20 درجه سانتیگراد	12 دقیقه / 20 درجه سانتیگراد
استریل	6 ساعت / 20 درجه سانتیگراد	10 ساعت / 20-25 درجه سانتیگراد	12 دقیقه / 50-56 درجه سانتیگراد	3 ساعت / 20 درجه سانتیگراد	
فعال کننده	خیر	بله	خیر	خیر	خیر
طول زمان مصرف	21 روز	یکبار مصرف	14-30 روز	14 روز	14 روز
عمر مفید محصول	2 سال	6 ماه	2 سال	2 سال	2 سال
سازگاری مواد	خوب	خوب	خوب	اطلاعاتی در دست نیست	عالی
ایمنی	صدمه جدی به چشم (از عینک محافظ استفاده شود.)	صدمه به چشم و پوست (محلول غلیظ)	دستگاه تنفس	صدمه به چشم	محرک چشم و لکه در پوست
روش استفاده	دستی / اتوماتیک	دستی / اتوماتیک	دستی / اتوماتیک	دستی	دستی / اتوماتیک
مقاومت در برابر مواد آلی	بله	بله	بله	بله	بله
محدودیت دفع	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	برخی کشورها دستورالعمل دارند

محلولهای ضدعفونی دست و ابزار مورد استفاده در مرکز

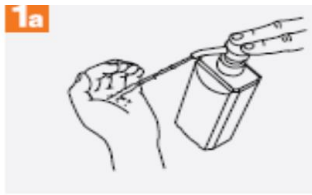
ردیف	نام محلول	مورد استفاده	رقیق‌سازی و مدت زمان جهت ضدعفونی / استریل
1	مانوسید	دست	نیازی ندارد
2	سپتی سیدین	دست	نیازی ندارد
3	درمانیوس (اسکراپ)	دست	نیازی ندارد
4	بتادین اسکراپ 7/5%	دست	نیازی ندارد
5	سارفوسپت ک / سپتی سرفیس	سطوح / تخت / لاکر	نیازی ندارد (به شکل اسپری)
6	ایزی کلنز 0/5%	ابزار بحرانی (قبل از استریل)	15cc-1/5% محلول غلیظ در 985cc آب / پایداری تا 7 روز
7	ایزی کلنز 2/5%	ابزار نیمه بحرانی	آماده به مصرف پایداری تا 14-7 روز
8	Meliseptol foam Rihosept	پروپ اکو	نیازی ندارد (به شکل فوم)
9	گلو تارالدئید $\leq 2\%$ (بهسادکس)	ابزار نیمه بحرانی	به مدت حداقل 20 دقیقه جهت ضدعفونی 10-6 ساعت جهت استریل نمودن
10	Neodisher LM2	شستشوی ماشینی ابزار	در ماشین شستشو استفاده می‌شود
11	پرسیدین	ضدعفونی واحد بیمار عفونی پس از ترخیص	10% به مدت 30 دقیقه جهت ضدعفونی / 20% در مدت 15 دقیقه جهت استریل نمودن جهت محیط با غلظت 4-2% به مدت 5-3 دقیقه
12	پرسیدین 3%	ضدعفونی ماشین دیالیز	در ماشین دیالیز طبق برنامه استفاده می‌شود
13	پراکسید هیدروژن 7/5%	ابزار بحرانی	به مدت 30 دقیقه / 6 ساعت جهت استریل نمودن
14	نانوسیل D6	محیط‌های بحرانی	به صورت کارتریج دستگاه استریل‌نیس / دستگاه نوکواسپری
15	قرص هیپوکلریت سدیم (وایتکس، ژاول پارت)	ابزار	1 قرص در 1 لیتر آب (محلول تازه باشد)
		وسایل نظافت	1 قرص در 2 لیتر آب (محلول تازه باشد)
		البسه	1 قرص در 10 لیتر آب (محلول تازه باشد)
		خون	8 قرص در 1 لیتر آب (محلول تازه باشد)

نکته

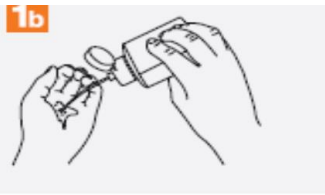
- جهت آشنایی با لوازم بحرانی، نیمه بحرانی، غیر بحرانی به دستورالعمل شماره 15 کنترل WIC33-16 و WIC33 - عفونت مراجعه نمایید.
- در زمان استفاده به توصیه های شرکت تولید کننده توجه شود.
- موارد رقیق شده در صورتی قابل استفاده مجدد است که عاری از آلودگی قابل رویت باشد.
- به دستورات کمیته کنترل عفونت در بکارگیری مواد جهت ضدعفونی ابزار نیز توجه شود.

تصویر شماره 1





1a Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;



2 Rub hands palm to palm;



3 Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



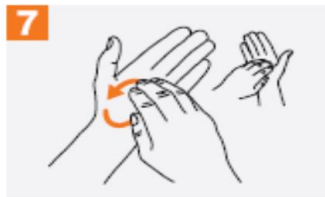
4 Palm to palm with fingers interlaced;



5 Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



6 Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



7 Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



8 Once dry, your hands are safe.



تصویر شماره 2



تصویر شماره 3



ناخن‌ها با استفاده از تمیز کننده ناخن زیر آب پاک گردند



انگشتان حدوداً ۲۰-۳۰ بار برس کشیده شود. و سایر قسمتها ۱۰-۲۰ بار کافی است. این پروسه ۲ دقیقه طول میکشد.



زمانی که ضد عفونی کردن دست ها با استفاده از صابون های ضد میکروبی انجام می شود، دست ها و ساعدها را به مدت پیشنهاد شده یعنی بین ۲ تا ۵ دقیقه مالش دهید




با حرکت یک سویه دستها و آرنج (از نوک انگشتان تا آرنج) بطور کامل از میان جریان آب آبکشی انجام شود. (بدون حرکت دست ها به عقب و جلو)





در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان و دستکش استریل دستها و ساعد با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک شود.





۵ موقعیت برای بهداشت دست





۱ چه وقت: دست‌ها را قبل از تماس با بیمار و محیط اطراف وی تمیز کنید.

چرا: به جهت حفاظت بیمار از میکروارگانیسم‌های خطرناک از دست‌های کارکنان بهداشتی.

۲ چه وقت: دست‌ها را بلافاصله قبل از انجام پروسیجر تمیز کنید.

چرا: به جهت حفاظت بیمار از میکروارگانیسم‌های خطرناک که در زمان انجام پروسیجر وارد بدن وی می‌شود.

۳ چه وقت: دست‌ها را بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و خروج دستکش تمیز کنید.

چرا: به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک.


۴ چه وقت: دست‌ها را بلافاصله پس از تماس با بیمار و محیط بیمار تمیز کنید.

چرا: به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک.

۵ چه وقت: دست‌ها را پس از تماس با اشیا اطراف بیمار حتی وقتی بیمار را لمس نکرده باشید تمیز کنید.

چرا: به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک.

کمیته کنترل عفونت
مرکز قلب و عروق شهید بهائی



تصویر شماره 5



1 لوازم محافظتی و دستکش بپوشید

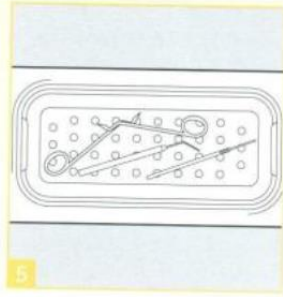
2 ظرف را با آب حدود ۲۰ درجه تا محل نشاگر پر کنید

3 بر اساس درصد مورد نظر از محلول ضدعفونی کننده داخل ظرف ریخته شود مثلا برای ۴ لیتر آب حدود ۸۰ سی سی محلول ریخته شود تا غلظت ۲٪ گردد

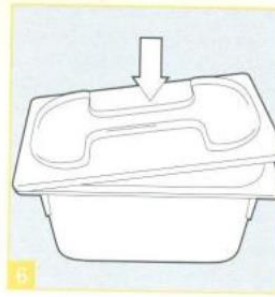
4 جهت مینکس شدن ظرف را به طرفین و بالا و پایین تکان دهید

Rajal Heart Centre
www.rhc.ir

Rajal Heart Centre
www.rhc.ir



ابزارهای پزشکی را در محلول به شکل غوطه وری قرار دهید



درب ظرف را ببندید



اجازه دهید مدت زمان لازم در محلول بماند (مثلا ۱۵ دقیقه) تا ضدعفونی شود



در زیر آب سرد آبکشی نموده و سپس کاملا خشک نمایید



2021
1400

کتابچه کنترل عفونت

فصل دوم



تهیه کننده: الهام پورشهبازی

سوپروایزر کنترل عفونت

BSN-MSN

فهرست فصل دوم

- ❖ دستورالعمل تعویض کاتترها
- ❖ دستورالعمل اصول و قوانین مربوط به قبل و حین و بعد از انجام پانسمان
- ❖ دستورالعمل نحوه جداسازی، اصول مراقبت و ضدعفونی اتاق بیمار عفونی
- ❖ دستورالعمل نگهداری و ضدعفونی لوازم و تجهیزات پزشکی
- ❖ دستورالعمل نحوه گندزدایی و کنترل عملکرد دستگاه دیالیز
- ❖ کنترل عفونت در آزمایشگاه

۱- دستورالعمل تعویض سوند ادراری:

تعویض سوند ادراری بصورت روتین (مثلا هر ۲-۳ هفته یکبار) توصیه نمی‌شود.

• فقط در موارد زیر تعویض سوند ادراری ضرورت دارد.

- اختلال عملکرد یا نشت (Leakage) سوند

- انسداد سوند ادراری

- از بین رفتن سیستم بسته (جدا شدن مکرر سوند از کیسه ادرار، آلودگی سوند و کیسه ادرار بویژه حین تهیه

نمونه ادرار یا پارگی در محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار).

- عفونت ادراری با دستور پزشک

پیشگیری از عفونت کاتترهای وریدی و شریانی

شستن دستها

- لمس محل ورود کاتتر به پوست بعد از انجام ضدعفونی بدون رعایت تکنیک آسپتیک نباید انجام گردد.

- استفاده از دستکش نیاز به شستن دست را مرتفع نمی‌کند.

- دستکش استریل جهت کارگذاری کاتترهای ورید مرکزی، شریانی و میدلاین ضروری می‌باشد

ضدعفونی پوست

- قبل از کاتتر گذاری و تعویض پانسمان ضدعفونی کردن پوست با الکل ۷۰ درصد یا بتادین و یا کلرهگزیدین ۲٪

پیشنهاد می‌شود (در کودکان کمتر از دو ماه کلرهگزیدین توصیه نمی‌شود)

- قبل از کاتتر گذاری محلول آنتی سپتیک روی پوست خشک شود سپس اقدام گردد

۱. تعویض و جابجایی کاتتر:

- کاتترهای وریدی محیطی (IV LINE)

- در بزرگسالان تعویض محل کاتتر زودتر از ۷۲ الی ۹۶ ساعت توصیه نمی‌شود.

- در کودکان با اندیکاسیونهای بالینی تعویض انجام می‌شود.

- در کاتترهای میدلاین فقط در زمان بروز علائم اختصاصی تعویض صورت گیرد.

کاتترهای محیطی شریانی (PAC):

تعویض و جابجایی کاتتر:

- تعویض و جابجایی محل کاتترهای شریانی فقط با بروز علائم کلینیکی توصیه می‌شود.

- کاتترهای ورید مرکزی CVC:

- نیاز به تعویض روتین ندارد.
- اگر عفونت مرتبط با کاتتر ثابت نشده بود در صورت عدم کارکرد کاتتر میتوان با تعویض گاید وایر مشکل را حل کرد.

- کاتترهای شریان مرکزی (کاتترهای شریان ریوی) CAC:

توصیه به تعویض روتین نمی‌شود.

- کاتتر مرکزی همودیالیز:

تعویض کاتتر همودیالیز به جهت پیشگیری از عفونت توصیه نمی‌شود.

- کاتترهای ناف:

- در صورتیکه علائمی از عفونت جریان خون، عدم خورسانی به اندامهای تحتانی، یا ترومبوز دیده شد کاتتر نافی شریانی و یا وریدی خارج شود و تعویض نمی‌شود
- کاتتر شریانی نافی هرچه زودتر در صورت عدم نیاز باید خارج شود لیکن بیش از ۵ روز باقی نماند.
- کاتتر وریدی نافی در صورت عدم نیاز باید هرچه زودتر خارج شود، در صورتی که به صورت آسپتیک نگهداری شود تا ۱۴ روز قابلیت استفاده دارد.
- در صورتی کاتتر وریدی و شریانی نافی قابلیت تعویض پیدا می‌کنند که فقط مالفاکشن داشته باشند و سایر اندیکاسیون خروج کاتتر که در ایتیم بالا ذکر شد را نداشته باشند.

۲. تعویض پانسمان محل انواع کاتتر:

- از پانسمان استریل، گاز یا شفاف یا نیمه تراوا استفاده شود.
- در بیمارانی که تعریق یا ترشح دارند از گاز استریل استفاده شود تا مشکل برطرف شود. وقتی که پانسمان شل، مرطوب و خونی، شل و کثیف باشد چسب یا پانسمان تعویض گردد.
- پانسمانهای شفاف تا ۷ روز و پانسمان با گاز تا ۲ روز ماندگاری دارند. (مگر در کودکان که در صورت تعویض پانسمان خطر جابجایی کاتتر وجود خواهد داشت).
- زمان مشاهده محل کاتتر (هنگام تعویض پانسمان محل کاتتر را بخوبی بررسی نمایید از طریق مشاهده و لمس در صورت وجود درد، تب و یا علائم التهابی و عفونی پانسمان برداشته تا امکان معاینه کامل محل فراهم گردد).
- در بیمارانی که پانسمانهای حجیم دارند که مانع لمس و مشاهده مستقیم محل کاتتر می‌شود، جهت مشاهده محل کاتتر حداقل روزانه پانسمان را تعویض نمایید.

۳. تعویض ست‌ها:

- در بیمارانی که خون و فراورده‌های خونی و محلولهای امولسیون حاوی چربی استفاده نمی‌کنند، ستهایی که بطور دائم جهت انفوزیون استفاده می‌شود و تمام متعلقات آنها (لوله کا، سه راهی؛ لاک) زودتر از ۹۶ ساعت تعویض نشود. اما ستهای سرم که منقطع استفاده می‌گردند و تمام متعلقات آنها (لوله کا، سه راهی؛ لاک) هر ۲۴ ساعت یکبار تعویض گردند.
- میکروست هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض گردد در بخش NICU و بیماران دچار نقص ایمنی، هر ۲۴ ساعت یکبار - پس از تزریق فرآورده‌های چربی و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود.
- سرنگ متصل به پمپ انفوزیون با اتمام داروی داخل سرنگ
- هیچ توصیه‌ای در مورد تناوب در تعویض سوزن پورت‌های قابل کاشت وجود ندارد
- تعویض ستهای امولسیونهای چربی (با نسبت آمینو اسید به گلوکز ۳ به ۱ چه بشکل ترکیبی چه هر دو بطور جداگانه) استفاده شود. زمان شروع انفوزیون تا خاتمه بایستی حداکثر در عرض ۲۴ ساعت باشد.
- محلول لیپیدی خالص باید در عرض ۱۲ ساعت تزریق شود.
- در کاتترهای بدون سوزن (Needleless) تعویض ست و لوله رابط زودتر از ۷۲ ساعت توصیه نمی‌شود.
- ستهایی که از طریق آن محلول پروپوفول تزریق می‌شوند هر ۶ یا ۱۲ ساعت تعویض گردد. همزمان با تعویض ویال نیز تعویض گردد. (و بر اساس توصیه شرکت سازنده)
- ست خون با هر بار ترنسفوزیون تعویض گردد.
- ترانسدیوسرهای یکبار مصرف و یا چند بار مصرف هر ۴ روز تعویض گردند. (این شامل تمام متعلقات آن سرم شستشو، ست، لوله رابط و .. می‌باشد).
- در صورتی که ترانسدیوسر چند بار مصرف استفاده می‌شود بر اساس روش توصیه شده شرکت سازنده عمل گردد.

نکته:

لازم به ذکر است یادآوری شود در گایدلاینهای اخیر بیشتر به رعایت اصول اسپتیک توصیه شده و ماندگاری طولانی دیوایس‌ها، در صورت رعایت اصول اسپتیک در کارگذاری و حین مراقبت مشکلی را ایجاد نخواهد کرد.

دستورالعمل اصول و قوانین مربوط به قبل و حین و بعد از انجام پانسمان:

هدف از اجرای این دستورالعمل ایجاد نظم و یکسان سازی در کلیه بخشها، ارتقاء کیفیت مراقبتهای پرستاری و استانداردسازی آنها، آموزش به پرسنل جدیدالورود، ارتقاء رعایت اصول احتیاطات همه جانبه و روشهای ارزیابی مراقبت از بیماران در مقابل عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد.

مراحل اجرای دستورالعمل:

الف- اصول و قوانین مربوط به قبل از انجام پانسمان

ب- اصول و قوانین مربوط به حین پانسمان

ج- اصول و قوانین مربوط به پس از پانسمان

الف - اصول و قوانین مربوط به قبل از انجام پانسمان:

- کلیه پرسنل موظف هستند قبل از شروع پانسمان نکات زیر را رعایت کنند
 ۱. چک کردن دستور پزشک جهت پانسمان (در صورت وجود)
 ۲. کنترل شرایط فیزیکی لازم [نور C- ۸۰-۱۰۰)، دما (۲۲-۱۸ درجه)، رطوبت (۴۰-۵۰٪)، صدا (۳۰ دسی بل)]
 ۳. پوشاندن تخت پانسمان بیمار با ملحفه تمیز قبل از انجام هر پانسمان.
 ۴. کنترل توالی پانسمان بیمار.
 ۵. آماده کردن وسایل و تجهیزات مورد نیاز (ماسک، دستکش استریل و معاینه و یکبار مصرف، محلول ضدعفونی کننده، پگ پانسمان استریل، نرمال سالین استریل، چسب ضد حساسیت، باند، لیبل مخصوص پانسمان)
 ۶. کنترل تاریخ انقضاء وسایل استریل
 ۷. بستن درب و پنجره اتاق پانسمان
 ۸. راهنمایی مددجو به اتاق پانسمان.
 ۹. شستن دستها با آب و صابون و یا راب با ماده ضدعفونی.
 ۱۰. پوشیدن گان چنانچه ترشح یا مواد دفعی بدن با پانسمان پوشیده نمی‌شود، در صورت تماس مستقیم با بیمار باید گان پوشیده شود
 ۱۱. پوشیدن دستکش.
 ۱۲. پوشیدن ماسک.
 ۱۳. استفاده از عینک یا شیلد محافظ چشم در صورت پاشیدن خون و ترشحات
 ۱۴. در صورت وجود دستور پزشک مبنی بر استفاده از مسکن و استفاده از آن ۲۰ الی ۳۰ دقیقه قبل از انجام پانسمان
- × جهت پیشگیری از انتقال عفونت بهتر است بیماران براساس تمیز بودن زخم به اتاق پانسمان هدایت شوند

ب اصول و قوانین مربوط به حین پانسمان:

۱. حفظ حریم بیمار.
۲. ارائه توضیحات لازم به مددجو در مورد پانسمان محل جراحی.
۳. پوشاندن سایر قسمتهای بدن بجز ناحیه پانسمان.
۴. قرار دادن بیمار در وضعیت راحت با در نظر گرفتن ناحیه پانسمان (ترجیحا به دلیل افت فشار خوابیده باشد)
۵. برداشتن پانسمان قبلی و آلوده از روی پوست بیمار با دستکش یکبار مصرف.
۶. در صورت نیاز و چسبیدن لایه پانسمان به زخم خیس کردن ناحیه زخم در ظرف استریل برای جلوگیری از صدمه به بافت ترمیم شده
۷. قراردادن پانسمان آلوده در سطل زباله با کیسه زرد.
۸. خروج دستکش و بهداشت دست با ماده ضدعفونی
۹. باز کردن ست پانسمان استریل با رعایت اصول استریل (اطمینان از استریل بودن ست)
۱۰. استفاده از دستکش استریل جهت شستشوی زخم.
۱۱. جدا کردن لایه آخر با زاویه مماس پوست با پنس استریل (جهت پیشگیری از آسیب به بافت)

۱۲. بررسی و مشاهده زخم از نظر وسعت، عمق، ترشحات، رنگ و بو.
۱۳. استفاده از پنبه و پنس استریل جهت شستشوی زخم.
۱۴. استفاده از هر پنبه فقط در یک نوبت
۱۵. شستشوی زخم با نرمال سالین استریل از محیط تمیز به آلوده.
۱۶. در صورت وجود درن (هموواگ، پن روز ...) شستشوی آن به صورت دایره‌ای از داخل به خارج
۱۷. در صورت وجود دستور پزشکی مبنی بر استفاده از پماد یا ماده ضد عفونی خاص استعمال آن بر اساس دستورالعمل مربوطه.
۱۸. گذاشتن گاز استریل خشک یا مرطوب بر اساس نوع زخم (پانسمانهای پیشرفته جهت درمان زخم بر اساس نوع زخم)
۱۹. فیکس کردن و بستن پانسمان زخم جراحی با باند و یا چسب ضد حساسیت یا پانسمانهای پیشرفته.
۲۰. ثبت کردن تاریخ و ساعت و کد (نام خانوادگی فرد) پانسمان کننده روی پانسمان.
۲۱. خارج کردن دستکش استریل و شستشوی دست با آب و صابون و ضد عفونی دستها
- ج- اصول و قوانین مربوط به پس از پانسمان:**
۱. کمک به بیمار در مرتب کردن لباس.
۲. قراردادن بیمار در وضعیت راحت.
۳. راهنمایی بیمار به اتاق خود توسط کمک پرستار).
۴. استفاده از دستکش یکبار مصرف
۵. دفع وسایل استفاده شده (گان و ماسک یکبار مصرف) با رعایت اصول احتیاطات همه جانبه در سطل زرد پدال دار و در صورت اجسام تیز و برنده در سفتی باکس.
۶. شستشو و جمع آوری وسایل فلزی استفاده شده و ضد عفونی آنها با ماده ضد عفونی ابزار با محلول ضد عفونی موجود در مرکز (زمان ورقه محلول طبق دستورالعمل شرکت سازنده)
۷. در صورت وجود زخم عفونی، انتقال وسایل آلوده به CSR در کیسه زرد با برچسب عفونی.
۸. خارج کردن دستکشها پس از اتمام کار.
۸. بهداشت دستها با ماده ضد عفونی.
۱۰. در صورت ریختن خون و ترشحات در محیط، طبق دستورالعمل شماره در مورد پاکسازی محیط آلوده شده با خون اقدام گردد.

۱۱. ثبت اقدامات انجام شده (بررسی به عمل آمده از وضعیت زخم و عکس العمل بیمار و اجرای پانسمان استریل و امضای فرد پانسمان کننده) در انتهای پرونده.

۱۲. چسباندن تاییدیه استریل بودن ست پانسمان کوچک (اندیکاتور کلاس ۴) و پانسمان بزرگ (اندیکاتور کلاس ۶) در انتهای گزارش در پرونده بیمار.

۱۳. ضدعفونی تخت و تریالی پانسمان با ماده ضدعفونی سطوح با محلول ضدعفونی موجود در مرکز و در صورت عفونی بودن زخم بیمار برای جلوگیری از انتقال میکروب به بیمار دیگر با محلول (high level) (زمان و غلظت محلول ضدعفونی کننده طبق دستورالعمل شرکت سازنده)

نکته: پس از شستشوی تمام ابزار پانسمان و با توجه به نیاز به ضدعفونی ابزار بر اساس دستورالعمل ضدعفونی کمک بهیاری کنترل عفونت، اقدام گردد.

دستورالعمل نحوه جداسازی، اصول مراقبت و ضدعفونی اتاق بیمار عفونی

مراقبت کلی در زمان ایزولاسیون:

- ✓ استفاده از لوازم محافظت فردی (گان، ماسک، دستکش) بر حسب نوع عفونت
- ✓ جداسازی اتاق بیمار بر حسب نوع عفونت
- ✓ نصب کارت ایزولاسیون با توجه به نوع عفونت

اتاق بیمار، وسایل موجود در اتاق، دستشویی، توالت و حمام پس از ترخیص بیمار پاکسازی و ضدعفونی شود در این موارد با نظر تیم کنترل عفونت با محلولهای سطح بالا محل ضدعفونی میگردد که به شکل استفاده از دستگاه مثل نوکواسپری و در صورت حضور سایر بیماران در بخش و عدم مسدود سازی اتاق یا unit بیمار، مستقیم با دستمال آغشته به محلول انجام می‌گیرد در صورت استفاده از روش دستی:

ابتدا محلول از داروخانه تهیه شده و بعد از پوشیدن دستکش و ماسک محلول را به غلظت ۰.۲٪ (۲ سی سی در ۹۸ سی سی) آب رسانده و با استفاده از دستمال آغشته به محلول محل گندزدایی می‌گردد. در صورت عدم جداسازی دستشویی، توالت و حمام پس از هر بار استفاده ضدعفونی گردد.

۱) مراقبت از بیمار با مقاومت آنتی بیوتیکی (MDR)

جداسازی اتاق بیمار

نصب کارت ایزولاسیون تماسی

رعایت کامل بهداشت دست

استفاده از دستکش در حین مراقبت

ضدعفونی نمودن یورین باتل، بدین، دستشویی، توالت و حمام استفاده از یورین باتل و بدین مجزا (یا یک بار مصرف)

۱-۱ عفونت ادراری مقاوم

جداسازی اتاق بیمار
استفاده از گان، ماسک، دستکش در حین پانسمان
ضد عفونی نمودن وسایل پانسمان، دستشویی، توالت و حمام

1-2 عفونت زخم مقاوم

استفاده از دستکش در حین مراقبت
در صورت امکان جداسازی
ضد عفونی نمودن وسایل و اتاق بیمار

۲) عفونت پوست، سلولیت

استفاده از دستکش در حین مراقبت
در صورت امکان جداسازی اتاق بیمار
ضد عفونی نمودن وسایل و اتاق بیمار

1-2) زخم در حال درناژ

استفاده از دستکش و گان در حین مراقبت
در صورت امکان جداسازی اتاق بیمار
ضد عفونی نمودن وسایل و اتاق بیمار

۲-2) زخم بستر بزرگ

جداسازی اتاق بیمار استفاده از ماسک و دستکش در حین مراقبت (چنانچه زخم عفونی باشد از گان نیز استفاده شود)

ضد عفونی نمودن کلیه وسایلی که به نحوی با بیمار ارتباط دارند

۳) پنومونی ویرال

در صورت امکان جداسازی اتاق بیمار
استفاده از ماسک و استفاده از لوله‌های تنفسی یکبار مصرف
ضد عفونی نمودن کلیه وسایلی که به نحوی با سیستم تنفسی ارتباط دارند

۴) پنومونی باکتریال جداسازی اتاق بیمار.

استفاده از ماسک، دستکش، گان
ضد عفونی نمودن کلیه وسایل و تجهیزاتی که به نحوی با بیمار ارتباط دارند

۵) سل ریوی اثبات شده و سل حنجره

جداسازی اتاق بیمار (Air borne precaution)
استفاده از ماسک و استفاده از لوله‌های تنفسی یکبار مصرف
ضد عفونی نمودن کلیه وسایلی که به نحوی با سیستم تنفسی ارتباط دارند.

۶) سل با تست PPD مثبت، سل خارج ریوی

رعایت احتیاطات استاندارد
ایزولاسیون لازم نیست.

۷) هپاتیت A

استفاده از دستکش در حین مراقبت
ضد عفونی نمودن کلیه وسایل غذاخوری، دستشویی و توالت و حمام پس از هر بار استفاده
آموزش لازم به بیمار جهت رعایت مسائل بهداشتی
ایزولاسیون لازم نیست.

۸) هپاتیت B, C و ایدز

رعایت احتیاطات استاندارد
ایزولاسیون لازم نیست

۹) انواع کرمها و انگلها، توکسوپلاسموز

رعایت احتیاطات استاندارد
ضد عفونی کلیه لوازم پانسمان
ایزولاسیون گوارشی
جدا سازی اتاق لازم نیست.

نکته: نمونه کارتهای ایزولاسیون در فصل اول صفحه ۱۱-۱۰ موجود است.
نحوه پوشیدن و خارج نمودن لوازم محافظت فردی در فصل اول صفحه ۱۶-۱۵ موجود است.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی تجهیزات بیمارستانی

تعاریف:

دترجنت: مواد دترجنت ترکیباتی هستند که اثر پاک کنندگی دارند گاهی اوقات بجای دترجنت از واژه صابون هم استفاده می شود.

گندزدایی (Disinfection)

فرایند حذف تعداد یا همه میکروارگانیسمهای بیماریزای موجود در اشیاء بیجان بجز اسپور باکتریها می باشد.

دسته بندی مواد ضد عفونی کننده:

Low- level disinfection

. ماده گندزدا در سطح پایین

Intermediate- level disinfection

ماده گندزدا در سطح متوسط

High- level disinfection

ماده گندزدا در سطح بالا

دسته‌بندی لوازم از نظر سطح ضدعفونی:

• وسایل بحرانی critical Items

مانند ابزار جراحی، فورسپس‌های بیوپسی، کاتترهای ادراری و قلبی، ایمپلنتها می‌باشند که از روش استریلیزاسیون جهت ضدعفونی آنها استفاده می‌گردد مگر لوازمی که آسیب ببینند، با مواد High level ضدعفونی می‌شوند.

• وسایل نیمه بحرانی Semi-critical Items

مانند وسایل درمان تنفسی، تجهیزات بیهوشی، اندوسکوپها، تیغه‌های لارنگوسکوپ، پروپ‌های مری، کاتترهای مانومتر آنورکتال می‌باشند که جهت این لوازم از گند زدایی با مواد سطح بالا (High level) استفاده می‌شود. نوع ماده استفاده شده بر اساس تصمیمات کمیته کنترل عفونت می‌باشد.

• وسایل غیر بحرانی Non-critical Items

مانند دستگاه فشار خون سنج، ملحفه‌های تخت، وسایل غذا، میز کنار تخت بیمار، مبلمان بیمار، کف زمین می‌باشد که بایستی از گند زدایی در سطح متوسط و پایین بر اساس مصوبات کمیته کنترل عفونت استفاده شود.

نکاتی در مورد برطرف نمودن آلودگی محیط و تجهیزات

روش منتخب برای گند زدایی (شستشو و تمیز نمودن Cleaning، ضدعفونی Disinfection و یا استریلیزاسیون Sterilization) به عوامل متعددی بستگی داشته ولی انتخاب اولیه می‌تواند براساس میزان خطر انتقال عفونت به بیماران صورت گیرد.

دستورالعمل نگهداری و ضدعفونی ترمومتر

- ترمومترهای دهانی باید به صورت خشک و تمیز نگهداری شود.
- نگهداری دائم ترمومتر در مواد ضدعفونی کننده باعث افزایش احتمال رشد باسیل‌های گرم منفی خواهد شد. در صورتیکه برای بیمار از ترمومتر اختصاصی استفاده می‌شود بایستی پس از هر بار استفاده، توسط پنبه یا گاز آغشته به الکل اتیلیک یا ایزوپروپیل 70% - 90% تمیز شده، سپس با آب شستشو و بصورت خشک برای دفعات بعدی نگهداری شود. در زمان گند زدایی درجه حرارت دهانی و مقعدی نباید با یکدیگر مخلوط شوند.

دستورالعمل نگهداری و ضدعفونی لارنگوسکوپ

ابتدا شستشو با آب ساده و ماده دترجنت، سپس با محلول ضدعفونی سطح بالای موجود در مرکز (سایدکس) و سپس آبکشی و خشک نمودن الزامی است. در موارد ابتلا بیمار به سل و هیپاتیت و ایدز بایستی استریل شوند.

دستورالعمل ضدعفونی استوتوسکوپ

جهت استفاده و معاینه هر بیمار صفحه استوتوسکوپ باید با الکل 70% یا مواد ضدعفونی کننده سطح متوسط disinfection Intermediate موجود در مرکز ضدعفونی گردد.

دستورالعمل ضدعفونی اتوسکوپ

پس از استفاده با مواد ضدعفونی کننده در سطح متوسط Intermediate ضدعفونی گردد.

دستورالعمل شستشو و نگهداری ونتیلاتور:

مثل اجزای داخلی ونتیلاتورها IPPB, CPAP و به عنوان یک منبع مهم عفونت بیمارستانی شناخته می‌شوند. اجزای خارجی بایستی به طور مرتب تمیز و گندزدایی شوند

در مورد استفاده از فیلتر باید به موارد زیر توجه داشت:

برای هر بیمار فیلتر جداگانه استفاده شده و پس از جدا شدن بیمار از ونتیلاتور فیلتر دور انداخته شده و برای بیمار بعدی فیلتر مجدد گذاشته شود.

در صورت اختلال عملکرد لوله با آلودگی واضح، بایستی لوله‌ها تعویض گردند. تعویض مرطوب کننده‌ها زودتر از ۴۸ ساعت نباید صورت گیرد.

وسایل Semi- Critical مثل Cricuits تنفسی ماشینهای تهویه مکانیکی، باید استریل شوند یا گندزدایی با مواد ضدعفونی کننده با سطح بالا انجام شود. پس از جدا کردن قطعه از دستگاه، قسمت‌های قابل شستشوی دستگاه از یکدیگر جدا شده و بر اساس فرایند شستشو (شستشو با آب ساده، شستشو با دترجنت و نهایتاً غوطه ور کردن در محلول ضدعفونی و سپس آبکشی) در انتها تمامی قطعات بصورت وارونه قرار داده شده و لوله‌ها آویزان کردند تا بطور کامل خشک شوند.

توجه: خشک شدن تمامی قسمت‌ها برای استفاده مجدد ضروری بوده و رشد میکرو ارگانیسم‌ها بطور قابل توجهی کاهش می دهد.

نکته مهم: امروزه استفاده از لوله‌ها و رابط‌های مربوط به ونتیلاتور در بخش‌های ICU-NICU و اتاق عمل بصورت یکبار مصرف توصیه می گردد. بدیهی است تحت این شرایط نیاز به انجام فرایند شستشو و ضدعفونی نمی باشد.

کلیه لوازم Semi- Critical مانند تیوبهای تست تنفس، air way، آمبویگ باید استریل یا گند زدایی با مواد سطح بالای موجود در مرکز شوند. سپس آب کشی و خشک و بسته بندی شوند تا مجدداً آلوده نشوند.

دستورالعمل شستشو و نگهداری فلومتر اکسیژن:

با توجه به اینکه فلومتر اکسیژن همیشه مرطوب بوده و در تماس مستقیم با مجرای تنفسی بیمار است، ضدعفونی و تمیز کردن آن ضروری می باشد. محیط‌های مرطوب مکان مناسبی برای رشد انواع میکرو ارگانیسم‌ها و بخصوص باکتری‌های گرم منفی می باشد.

دستگاه اکسیژن تراپی از دو قسمت مجزا شامل مانومتر و محفظه آب تشکیل شده است. مانومتر: این قسمت از دستگاه غیر قابل شستشو بوده و برای ضدعفونی آن بایستی از یک دستمال تمیز آغشته به ماده ضده عفونی کننده موجود در مرکز (اسپری سارفوسپت یا سیتی سرفیس) استفاده کرد.

محفظه آب: این قسمت از دستگاه قابل شستشو بوده و برای ضدعفونی و تمیز کردن آن بایستی ابتدا کاملاً از مانومتر جدا شده و سپس با مواد دترجنت معمولی و برس، جرم زدایی و در انتها شسته و در محلول ضدعفونی غوطه ور و آبکشی و خشک شوند.

شستشوی دستگاه در حالت عادی هفته‌ای یک بار ضروری بوده و در صورتیکه بیمار ترخیص می‌گردد، برای بیمار بعدی فلومتر باید شسته و تمیز گردد.

توجه: برای مرطوب کردن دستگاه فقط بایستی از آب مقطر استفاده شده و از مرطوب کردن آن با آب معمولی پرهیز شود. زیرا باعث تشکیل جرم در داخل فلومتر می گردد. در زمان عدم استفاده محفظه خالی از آب نگهداری شود.

ضدعفونی تجهیزاتی مثل انواع مانیتورها، دستگاه الکترو شوک، ECG، ... بر اساس توصیه شرکت سازنده باید صورت گیرد.

«به جدول ۲ انتهای فصل دو مراجعه شود.»

ضد عفونی موزر Mozer & Cipper

از آنجایی که موزر با سطح پوست در تماس می‌باشد پس از استفاده ابتدا سر دستگاه جدا گردد با آب و ماده دترجنت (صابون) شسته شود سپس در محلول ضد عفونی سطح متوسط قرار داده شود. بعد از اتمام زمان مورد نیاز بر اساس توصیه کارخانه تولید کننده آبکشی و خشک شود.

(محلول ضد عفونی سطح متوسط ابزار موجود در مرکز ایزی کلن می‌باشد).
دستورالعمل شستشو و ضد عفونی بدین (لگن):

برای جلوگیری از انتقال عفونت، پس از استفاده یا جابجایی بدین (لگن) حتماً بایستی دستها شسته شوند، حتی اگر ظرف مورد نظر ظاهراً تمیز باشد. لگن‌ها بایستی در ماشین شستشوی لگن شستشو و ضد عفونی گردند.

ضد عفونی توسط حرارت بایستی با رسیدن به درجه حرارت ۹۰ درجه سانتی گراد و باقی ماندن در این درجه حرارت برای حداقل زمان (یک دقیقه) انجام پذیرد. این سیکل بایستی به صورت منظم چک شده و از رسیدن به این درجه حرارت اطمینان حاصل گردد.

در صورت خرابی یا عدم وجود دستگاه شستشو در بخش، بصورت جایگزین می‌توان از محلول هیپوکلریت سدیم (آب ژاول 1٪) استفاده نمود.

نحوه شستشو: ابتدا بدین را با آب ساده شسته سپس به مدت ۱۰ دقیقه در محلول هیپوکلریت سدیم 1٪ (آب ژاول 1٪) قرار داده و دوباره با آب شستشو گردد.

دستورالعمل شستشو و ضد عفونی ظرف ادرار (یورین باتل):

برای شستشو و ضد عفونی این ظروف استفاده از دستگاه شستشو و ضد عفونی کننده همراه با حرارت توصیه می‌شود. ظروف ادراری که با حرارت ضد عفونی نشده باشند، حتماً بایستی بعنوان ظرف آلوده تلقی گردند و دستها پس از تماس با آن حتماً شسته شود. در صورت عدم استفاده از روش ضد عفونی توسط حرارت، بایستی از محلول هیپوکلریت سدیم (آب ژاول) 1٪ استفاده نمود. پس از ترخیص بیمار ظرف مزبور با محلول ضد عفونی کننده رایج در مرکز ضد عفونی گردد.

توصیه‌های لازم جهت دستگاه آندوسکوپی

به دستورالعمل‌های کارخانه سازنده آندوسکوپ درباره تمیز کردن و ضد عفونی نمودن مراجعه گردد. بعد از هر بار استفاده از آندوسکوپ تمیز نمودن و ضد عفونی کامل برای پیشگیری از گسترش عفونت انجام گیرد. پرسنل اتاق آندوسکوپی بایستی آموزش کافی در این مورد ببینند.

1- بررسی دستگاه آندوسکوپی

- در تمام مراحل جابه جایی آندوسکوپ باید از نظر وجود آسیب دیدگی بررسی شوند. تست نشست آندوسکوپ قبل از شروع پروسه تمیز کردن انجام گیرد.

- از گذاشتن درپوش در تمام ویدئو آندوسکوپ‌ها در هنگام فرو بردن در آب مطمئن شوید. در صورت وجود اشکال به سرویس کار مربوطه ارجاع دهید.

2- تمیز کردن Cleaning

تمیز کردن دستی مهمترین بخش در فرآیند تمیز کردن است. ضروری است که تمام لوله‌ها، اجزاء قابل جدا کردن و قسمت‌های قابل فرو رفتن در آب آندوسکوپ تمیز گردد. بلافاصله بعد از در آوردن آندوسکوپ از دهان بیمار با گاز آغشته به محلول آنزیمی سطوح خارجی آندوسکوپ را پاک کنید.

(a) اگر بلافاصله نتوانید آندوسکوپ را بطور دستی پاک کنید آن را شستشو داده و با محلول آنزیمی آغشته کنید.

(b) مطابق دستورالعمل کارخانه سازنده آندوسکوپ تست نشست انجام گیرد.

(c) آندوسکوپ را برای پیشگیری از خشک شدن ترشحات در یک محلول دارای تمیز کننده آنزیمی بطور کامل فرو ببرید. تمام لوله‌ها را بخاطر زدودن مواد آلی و کاستن تعداد ارگانسیم موجود برس بزنید، از دسترسی به لوله‌های هوا، آب و که برای تمیز کردن خیلی مشکل هستند مطمئن شوید.

(d) از تمیز شدن کامل سطوح خارجی آندوسکوپ مطمئن شوید. استفاده از یک برس نرم برای تمیز کردن عدسی‌ها قابل قبول است.

(e) تمام لوله‌ها بایستی برس زده شده و برای از بین بردن خرده‌های مواد شستشو داده شود. یک نفر لوله شور برای تمیز کردن کامل لوله‌ها استفاده شود.

(f) تمام لوله‌ها و آندوسکوپ را بعد از تمیز کردن برای از بین بردن اجزای آنزیمی با آب بشوید.

(g) تمام آب اضافی را از لوله‌ها با تفنگ هوا بخاطر کاهش احتمال رقیق شدن محلول ضدعفونی کننده از بین ببرید.

(h) تمام قسمت‌های غیر قابل فرو بردن در آب آندوسکوپ را با یک ضدعفونی کننده سطحی بیمارستانی تمیز کنید.

(i) حتی‌الامکان آندوسکوپ‌های غیر قابل فرو بردن در آب را به علت مشکلات تمیز کردن و ضدعفونی کردن آنها جایگزین کنید.

۳- استریل کردن و ضدعفونی کردن Sterilization & Disinfection

مراحل زیر باید انجام گیرد:

(a) ضدعفونی کامل قسمت داخلی و خارجی آندوسکوپ بعد از استفاده و پس از تمیز کردن مکانیکی بایستی تکمیل گردد.

(b) برای اطمینان از تاثیر مواد ضدعفونی بایستی دستورات کارخانه سازنده دستگاه مدنظر قرار گیرد.

(c) تمام سطوح داخلی و خارجی و لوله‌های آندوسکوپ بایستی حداقل به مدت ۲۰ دقیقه با مواد ضدعفونی کننده (دکونکس 54 پلاس) در تماس باشند

(d) مواد ضدعفونی کننده بایستی بطور دقیق انتخاب شده و بر اساس دستورالعمل تولید کننده بکار گرفته شوند.

(e) سیستم خودکار peracetic acid برای لوازم و وسایلی که امکان فرو بردن در آب را ندارند مناسب بوده و با آب استریل شستشو داده می شوند.

- شستشو دادن

برای از بین بردن اجزاء مواد ضدعفونی کننده شستشوی کافی بعد از ضدعفونی باید انجام گیرد. هر جزء شیمیایی باقیمانده می تواند در مریض بعدی آسیب دیدگی ایجاد نماید. استفاده از آب استریل برای شستشو توصیه می گردد. اگر آب شیر استفاده شود با الکل ۷۰٪ شستشو داده و با هوای فشرده خشک کنید.

۵- خشک کردن

خشک کردن با هوای فشرده بعد از ضدعفونی کردن و قبل از انبار گذاشتن انجام گیرد. تمام لوله‌ها را با الکل ایزوپروپیل ۷۰٪ شستشو و با هوای فشرده خشک نمایید. محیط مرطوب باعث رشد باکتری‌ها می شود. دریچه‌ها برای تسهیل در خشک کردن خارج از آندوسکوپ قرار گیرد.

۶- انبار کردن آندوسکوپ‌ها

آندوسکوپ‌ها بایستی بطور عمودی در اتاقی که از تهویه کافی برخوردار است نگهداشته شوند. آنها نباید به پارچه پیچیده شده و یا در قفسه گذاشته شود. قفسه انبار هفته‌ای یکبار با محلول ضدعفونی کننده از بالا به پایین تمیز گردد.

۷- توصیه‌های لازم برای لوازم یدکی

دستگاه لوازم یدکی چند بار مصرف نیاز به تمیز کردن کافی و ضدعفونی کردن و استریل نمودن بعد از هر بار استفاده طبق دستورالعمل کارخانه سازنده و سیاست مرکز دارد. برس‌های تمیز کننده بایستی بیرون انداخته شده یا کاملاً تمیز گردیده و برای هر بار استفاده ضدعفونی کامل گردد.

الف) فورسپس‌های بیوپسی

شستن کامل با برس و یک ماده آنزیمی بلافاصله بعد از استفاده لازم است. تمیز کردن فرا صوتی (Ultrasonic) برای از بین بردن اجزای بافت که با دست قابل تمیز کردن نیست لازم است از آنجاییکه فورسپس بیوپسی سد مخاطی را می‌شکند جزو لوازم critical دسته‌بندی شده و استریلیزاسیون لازم دارند.

تنها روشی که به شیارهای دستگاه نفوذ کرده آنها را استریل می‌کند بخار تحت فشار است. استریل کردن با مواد شیمیایی نمی‌تواند به پیچ و خم‌ها نفوذ بکند، بنابراین موثر نیستند.

ب) تمیز کردن برس‌های دستگاه

برس‌ها بایستی دور انداخته شوند و یا کاملاً بعد از هر بار استفاده ضدعفونی گردند.

ج) بطری‌های آب

بر اساس دستورالعمل سازندگان بطری‌های آب استریل و یا ضدعفونی کامل بطور روزانه انجام گیرد. برای شستشوی آندوسکوپ بطری‌ها را با آب استریل پر کنید. در مورد ERCP بطری جدید که با آب تازه پر شده لازم است کلونیزه شدن لوازم ERCP و عفونت بعد با پسودوموناس آئروژینوزا همرا است.

د) سایر لوازم یدکی تمامی وسایل چند بار مصرف را تمیز کنید (trepods و فورسپس‌های اجسام خارجی). آنها را بعد از شستشوی کامل با آب با یک ماده آنزیمی تمیز کنید. قبل از اتوکلاو با بخار از تمیز کننده اولترا سونیک استفاده کنید. لوازم یدکی Critical سر سوزن‌های اسکلوترایی، پروب‌های الکتروکوترو فورسپس‌های بیوپسی) بایستی استریل شده یا بعد از مصرف دور انداخته شوند.

ه) لوازم پزشکی

تمام لوازم پزشکی غیر Critical را (تخت‌های آموزشی، منابع نور و دوربین‌ها) با آب و صابون یا طبق توصیه موسسه ضدعفونی کنید. اگر آلودگی جدی باشد بعد از تمیز کردن از یک ضدعفونی کننده متوسط استفاده کنید. و محیط عمومی برای هر کدام از وسایل نظیر برانکارها، ظرفشویی‌ها و غیره بعد از هر بار استفاده جهت تمیز نمودن از محلول ضدعفونی سطوح رایج در مرکز استفاده نمایید.

نحوه گندزدایی و کنترل عملکرد دستگاه دیالیز:

گندزدایی صحیح دستگاه دیالیز به منظور پیشگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه خون به بیماران و بررسی کنترل عملکرد دستگاه دیالیز می‌باشد.

الف- دستورالعمل نحوه تمیز کردن و گندزدایی تجهیزات و محیط اطراف بیمار:

- کلیه سطوح می‌بایست با استفاده از آب و یک ماده شستشو پس از پایان دیالیز هر بیمار شسته شوند.
- جهت شروع فرآیند شستشو و گندزدایی محیط می‌بایست شستشوی دست قبل و بعد از تمیز کردن محیط بیمار انجام گردد.
- قبل از استفاده از مواد شوینده و گندزدا دستکش پوشیده شود.
- از یک دستمال تمیز جهت امور نظافتی استفاده شود. مکانهایی که تماس دست با آنها بیشتر است از جمله دسته صندلی، بالابرنده تخت و .. توجه بیشتری در مرحله نظافت شوند.
- از یک دستمال جهت تمیز کردن همه قسمت‌ها استفاده نشود.
- دستمال کثیف در محلول گندزدا غوطه ور نشود.

- پس از پایان هر شیفت کاری دیالیز کف زمین با استفاده از آب و محلول گندزدای بیمارستان (سارفوسپت یا آب ژاول)، گندزدایی شود.

- تجهیزات اطراف بیمار می بایست پس از پایان دیالیز هر بیمار مرتب شوند و قبل از استفاده جهت بیمار دیگر تمیز و گندزدایی شوند. (تجهیزات پزشکی با سارفوسپت کوئیک یا سپتی سرفیس اسپری و سایر لوازم با سارفوسپت ۲)

- تجهیزاتی که قابل تمیز کردن و گندزدایی نیستند مانند نوار چسب و ... می بایست جهت یک بیمار استفاده شوند.
- فیلترهای ترانسدیوسر شریانی و وریدی خارجی بعد از اتمام دیالیز هر بیمار می بایست تعویض شوند. فیلترهای ترانسدیوسر داخلی نیاز به تعویض روتین بین بیماران ندارند.

- هنگام Reprocess یا دفع دیالیزر، پورتهای دیالیزر باید Cap شوند (کلاهک گذاشته شود) و تیوبها کلامپ شوند و دیالیزر مصرف شده در یک ظرف مقاوم به نشت ریخته شود و به محل دفع یا Reprocess برده شود. هنگام کار دستکش و در صورت احتمال آلودگی لباسها، گان پوشیده شود.

- تجهیزاتی که یک بار مصرف نیستند مانند هموستات، کلمپ و ... که تماس با بافت یا مخاط ندارند، می بایست ابتدا تمیز شوند و فرآیند تمیز کردن با یک ماده شوینده آنزیماتیک انجام شود و پس از آبکشی و خشک شدن به واحد CSR جهت استریل شدن فرستاده شوند.

ب - دستورالعمل گندزدایی دستگاه دیالیز:

سطوح خارجی دستگاه دیالیز بین بیماران براساس دستورالعمل شرکت سازنده تمیز شوند.

- جهت گندزدایی داخل دستگاه دیالیز دو روش حرارتی و شیمیایی وجود دارد. استاندارد توصیه شده توسط شرکت های سازنده دستگاه دیالیز استفاده از حرارت ۸۰ درجه سانتی گراد برای تقریباً ۳۰ دقیقه در پایان هر دیالیز می باشد. گندزدایی شیمیایی نیز با استفاده از انواع محلولها شامل هیپو کلریت سدیم و پروکسی استیک اسید (ترکیب پر استیک اسید و هیدروژن پروکساید "پرسیدین") بر اساس دستورالعمل شرکت سازنده دستگاه می باشد.

- در جاهایی که دیالیز روزانه انجام نمی شود و دستگاه برای مدت طولانی بدون استفاده است، قبل از استفاده باید گندزدایی شیمیایی صورت گیرد.

ج- دستورالعمل نحوه مانیتورینگ گندزدایی دستگاه دیالیز:

گندزدایی موثر قسمت داخلی دستگاه دیالیز می تواند بوسیله آنالیزهای اندوتوکسین و باکتریولوژیک تعیین شود. تست دستگاه دیالیز و اسموز معکوس (RO) آب جهت تعیین باکتری و اندوتوکسین می بایست حداقل ماهانه انجام شود که شامل تست آب ورودی حداقل دو دستگاه دیالیز به صورت تصادفی در هر ماه می باشد. تست مایع دیالیز باید در پایان روز درمانی صورت گیرد.

حد مجاز ماکزیمم جهت باکتری آب دیالیز ۲۰۰cfu/ml با یک حداقل ۵۰cfu/ml می باشد.

حد مجاز برای اندوتوکسین: ۲ واحد اندوتوکسین در میلی لیتر با سطح فعالیت ۱ EU/ML اندوتوکسین است

د- نحوه بایگانی نتایج کشت ها:

- نتایج حاصل از کشت های آب دستگاه دیالیز می بایست در داخل بخش و کنترل عفونت بایگانی شوند.

دقت شود گزارش اشکال در نتیجه کشت آب دستگاه دیالیز باید اطلاع داده شود تا بر حسب شرایط نوع اقدامات لازم صورت گیرد.

کنترل عفونت در آزمایشگاه.

- استفاده از دستکش، روپوش، ماسک (در موارد لزوم) الزامی است.
- از زیور آلات، ساعت، موبایل، لپ تاب شخصی، خودکار شخصی در حین کار (و محیط کار) استفاده نشود.
- از خودکار و لوازم اداری مختص محیط کار استفاده شود. بهتر است بر روی لوازم اداری هر بخش لیبل زده شود تا به بخش‌های دیگر منتقل نشود.
- روپوش تا آخرین تکه بسته باشد.
- کفش: روباز نباشد، بدون بند
- خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن، در داخل آزمایشگاه و نگهداشتن مواد خوراکی در یخچال نگهداری مواد آزمایشگاهی، ممنوع می‌باشد.
- در بخش‌های هماتولوژی، بیوشیمی، سرولوژی:
 - احتمال آلوده شدن به عفونت‌های منتقله از خون وجود دارد
 - حتما از دستکش مناسب و روپوش با ضخامت مناسب استفاده شود.
 - از پوار برای پر نمودن پیپت‌ها استفاده شود.
 - از وسایل شیشه‌ای که بعد از شسته شدن، استریل شده اند استفاده شود.
 - تدابیر امنیتی برای نمونه‌هایی که دارای لیبل خطر از نظر عوامل عفونی خاص هستند بکار گرفته شود.
 - از ایجاد آئروسول‌ها حین سانتریفوژ یا کار با نمونه‌ها اجتناب گردد.
- در بخش انگل شناسی و قارچ شناسی
 - احتمال آلوده شدن به عوامل انگلی و قارچی وجود دارد.
 - از هود مناسب استفاده شود.
 - از وسایل شیشه‌ای که بعد از شسته شدن، استریل شده اند استفاده شود.
 - حتما از دستکش مناسب و روپوش با ضخامت مناسب استفاده شود.
 - از ایجاد آئروسول‌ها حین سانتریفوژ یا کار با نمونه‌ها اجتناب گردد.
- بخش میکروب
 - ابتدا به عفونت‌های مختلف میکروبی وجود دارد.
 - کار در کنار شعله و زیر هود انجام گیرد.
 - از ماسک مناسب در صورت لزوم استفاده شود.
- ارسال نتایج
 - از آلوده نمودن برگه‌های آزمایش در حین کنترل و امضاء جواب‌های آزمایش، پرهیز شود.
 - بهتر است برگه‌های آزمایش در بخش جوابدهی در داخل جلد گذاشته شده به مراجعین تحویل گردد.
- وسایل شخصی کارکنان:
 - از آلوده نمودن وسایل شخصی به عوامل عفونی در حین کار پرهیز شود تا مانع انتقال این عوامل به همکاران، خانواده و جامعه شود.
 - استفاده از موبایل، خودکار شخصی، کلیدها، کتاب، لپ تاب شخصی در محل کار میتواند موجب آلودگی این وسایل با عوامل عفونی و گسترش و انتقال آن به همکاران، خانواده و دوستان گردد.

... ادامه در فصل سوم



2021
1400

کتابچه کنترل عفونت

فصل سوم



تهیه کننده: الهام پورشهبازی
سوپروایزر کنترل عفونت

BSN-MSN



فهرست فصل سوم:

❖ دستورالعمل نظافت و پاکسازی محیط

- دستورالعمل ضدعفونی مواد آلوده بر روی سطوح
- دستورالعمل نظافت لوازم بخش
- دستورالعمل جمع آوری و تفکیک البسه
- دستورالعمل تعبیه پایه جهت جاسازی محلول ضدعفونی دست و نگهداری آن
- دستورالعمل استفاده از دستگاههای پاششی

❖ پیوستها

❖ منابع

شهباز
مدیر

دستورالعمل نظافت و پاکسازی محیط

بطور عمومی استفاده از مواد ضدعفونی لازم نبوده و تنها بصورت کنترل شده و تحت سیاست خاصی بایستی مورد استفاده قرار گیرند. در صورت استفاده از مواد ضدعفونی بایستی حتما بصورت صحیح رقیق شده بکار روند و مدت زمان نگهداری محلول رقیق شده باید بر اساس توصیه شرکت تولید کننده محلول و با هماهنگی کمیته کنترل عفونت بیمارستان صورت پذیرد انجام مراحل نظافت در بخش‌ها به عهده پرسنل خدمات بوده و بایستی بر طبق برنامه مشخصی کلیه لوازمی که نیاز به نظافت داشته مشخص گردیده و تناوب این نظافت و نوع آن از نظر استفاده از مواد ضدعفونی برای هر بخش بصورت کامل مشخص گردد. آموزش موارد ذکر شده بعهدہ کارشناس بهداشت محیط هر مرکز می‌باشد.

در مواردی که خطر انتقال عفونت افزایش می‌یابد از قبیل ریختن خون یا خون آلوده به ویروس HIV و HBV، یا وجود بیمار با خطرات بالا در بخش، مراحل نظافت و ضدعفونی حتما بایستی با نظارت پرستار مسئول بخش صورت گیرد. تنظیم برنامه نظافت هر بخش بایستی با موافقت مسئول پرستاری همان بخش و در بخش‌های پرخطر از قبیل اتاق عمل، ICU و نوزادان و CSR و یا وجود بیماران با خطرات بالا مانند مبتلا به میکروارگانیزم‌های مقاوم و غیر قابل درمان حتما بایستی با هماهنگی کمیته کنترل عفونت انجام گیرد.

دستورالعمل ضدعفونی مواد آلوده بر روی سطوح

در مورد بیشتر موادی که بر روی سطوح پخش می‌شوند (از جمله مواد غذایی)، تمیز نمودن با آب و مواد شوینده کافی بنظر می‌رسد. در مورد موادی که بطور بالقوه می‌توانند حاوی ارگانیزم مضر باشند (مانند ادرار یا استفراغ) بایست از مواد ضدعفونی کننده استفاده شود.

استفاده از دستکش‌های یکبار مصرف جهت تمیز نمودن این مواد الزامیست. در مواردی که خطر آلوده شدن لباسها وجود دارد پوشش محافظ نیز باید استفاده گردد.

در صورت ریخته شدن خون و یا مایعات و یا هر گونه مایع آغشته به خون بایستی ماده ضدعفونی کننده (هیپوکلریت سدیم) جهت پاک کردن و ضدعفونی مورد استفاده قرار گیرد. در برخی از موارد میزان خون را از نظر حجم به دو بخش تقسیم مینمایند:

❖ خون و مواد آلوده بدن که کمتر از ۳۰ سی سی باشد:

- دستکش پوشیده شود
- با دستمال پارچه ای یا دستمال کاغذی حوله ای خون و مواد جمع آوری گردد
- محل با مواد دترجنت پاک شود

❖ سپس با محلول آب ژاول گند زدایی شود

❖ خون و مواد آلوده بدن که بیشتر از ۳۰ سی سی باشد:

1. دستکش و در صورت لزوم عینک و گان پوشیده شود.

2. دستمال پارچه ای یا دستمال کاغذی حوله ای را بر روی مایع آلوده ریخته شده انداخته، تا مواد آلوده جذب شده و سپس مایع آب ژاول ۱۰٪ را روی آن ریخته و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به همان حال باقی بماند و سپس تمام پارچه ها، دستمال، دستکش و احتمالا پوشش مورد استفاده بایست به نحو مطلوب دور انداخته شوند.

3. محل با آب و مواد شوینده تمیز گردد.

۴. با محلول ضدعفونی رایج محل را تمیز نمایید.

نکته: در مواردی که استفاده از هیپوکلریت سدیم موجب آسیب رساندن به سطوح می گردند، استفاده از ماده جایگزین مانند (ریوسپت اف دی پلاس با آب اکسیژنه ۳٪) مناسب می باشد. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضدعفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه گردد.

دستورالعمل شستشوی تخت و لاکر

تخته‌ها و لاکرهای بیماران را باید بعد از ترخیص هر بیمار با ماده دترجنت شسته و سپس خشک کرد. در مورد بیماران عفونی از یک ماده ضدعفونی کننده در سطح بالا استفاده و سپس با یک ماده دترجنت شسته و آبکشی و خشک شود. در صورت امکان میتوان از ضدعفونی کامل هوا، سطح زمین با دستگاههای اسپری کننده مواد ضدعفونی کننده استفاده نمود. لازم به ذکر است واحد هر بیمار ابتدا تمیز شده پس از تعویض یا ضدعفونی دستمال، واحد بیمار بعدی تمیز گردد.

در هنگام حضور بیمار در تخت می توان با یک دستمال آغشته به مواد ضدعفونی کننده تخت و لاکر را ضدعفونی کرد. یخچالها به صورت هفتگی تمیز شوند و باید دقت شود از گذاشتن پلاستیک سیاه داخل آن خودداری شود.

دستورالعمل شستشوی تشک و بالش بیمار

تشک و بالش بیمار باید از روکش غیر قابل نفوذ به آب باشد تا هنگام شستشو و نظافت آب به داخل آن نرود. روکش تشک و بالش بیمار بعد از ترخیص هر بیمار با دستمال آغشته به دترجنت تمیز و سپس با دستمال دیگر که آغشته به محلول ضدعفونی کننده سطح متوسط می باشد ضدعفونی شود و بعد از خشک شدن جهت بیمار بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

شستشوی پرده‌ها

شستشوی پرده‌های پارچه ای بهتر است هر ماه یکبار با آب و شوینده کافی صورت پذیرد. پرده‌های کرکره هر دو هفته یکبار با یک دستمال محتوی مواد شوینده گرد و غبار آن برطرف شود و هر سه ماه یکبار بطور کامل با آب و شوینده شسته شود و سپس نصب شوند. در صورت آلوده شدن پرده‌ها با ترشحات عفونی بیماران باید گندزدایی نیز انجام گیرد.

نظافت قاب عکس‌ها و تلویزیون:

با دستمال مرطوب به صورت هفتگی گردگیری شود.

نظافت هواکشها:

سطح خارجی هواکشها با دستمال نم دار تمیز گردد و هر ۶ ماه یکبار با همکاری واحد تاسیسات قاب بیرونی هواکش برداشته و با آب داغ و دترجنت شسته شود و با آب ژاول ۱٪ ضدعفونی گردد.

نظافت چراغهای مهتابی:

با همکاری واحد تاسیسات قاب بیرونی آن برداشته و با آب ولرم و دترجنت شسته شود و نصب گردد. سطح خارجی آن با دستمال نم دار تمیز شود.

نظافت اسباب بازی:

انواع پارچه ای اسباب بازی با هماهنگی در واحد رختشویخانه شسته شود. سایر اسباب بازی های غیر پارچه ای با پودر دترجنت شسته و آب کشی و خشک گردد و با الکل پاک شود. جهت بیماران عفونی از اسباب بازی مشترک استفاده نشود.

دستورالعمل نکات بهداشتی در مورد جمع آوری و تفکیک البسه در بخشها

۱. اگر ملحفه ها به خون و سایر مایعات بدن آلوده باشد بایستی از وسایل حفاظتی مثل دستکش و ماسک استفاده شود.
 ۲. پرسنل مسئول جمع آوری البسه بایستی بر علیه بیمای هیپاتیت واکسینه شده باشند.
 ۳. در هنگام جمع آوری البسه باید آرامش کامل داشت و از شتابزدگی اجتناب نمود.
 ۴. ملحفه های غیر عفونی بایستی در کیسه های پارچه ای (بین) قرار داده شود.
 ۵. ملحفه های آلوده شده با خون و یا سایر مایعات بدن بایستی در کیسه های پلاستیکی زرد رنگ قرار داده شود.
 ۶. در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده با خون و سایر مایعات بدن بایستی ملحفه بصورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود.
 ۷. در حین جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه باید از عدم باقی مانده وسایل نوک تیز و سوزن در داخل ملحفه ها اطمینان حاصل نمود.
 ۸. البسه بعد از جمع آوری باید روزانه به لنزری منتقل گردد.
 ۹. انتقال البسه تمیز باید با ترالی مخصوص حمل البسه تمیز انجام گیرد.
- کیسه های پارچه ای (بین ها) هفته ای ۱ بار و در صورت وجود آلودگی جهت شستشو به لنزری منتقل گردد.

دستورالعمل تعبیه پایه جهت جاسازی محلول ضد عفونی دست و نگهداری آن

در کنار هر پایه (دیسپنسر) دیواری یک عدد پوستر نحوه ضد عفونی نمودن دستها (در اندازه تهیه شده توسط کمیته کنترل عفونت) به دیوار نصب باشد و در نوع دیسپنسر (پایه) های تختی پوستر مذکور پانچ و به کنار پایه آویزان گردد. تمامی پایه ها بایستی با فاصله ۱۳۰ سانتی متر از زمین بر روی دیوار در محلی که کاربر بدون حایل به آن دسترسی داشته باشد نصب گردد. از آنجاییکه پمپ مورد استفاده در باتل ها قابلیت چند بار استفاده را دارا می باشد مسئول واحد (بخش) موظف است برنامه دوره ای جهت پاکسازی، تدوین و در اختیار کارکنان خود قرار دهد و توسط چک لیست امور جاری بخش بر آن نظارت نماید.

دستورالعمل استفاده از دستگاههای پاششی

با توجه به نیاز مراکز درمانی به پاکسازی و ضدعفونی محیط به ویژه در موارد اتاقهای ایزوله، بخشهای critical مانند اتاقهای عمل و با توجه به انتقای عوامل بیماریزایی که برخی تا مدتها در محیط باقی میمانند و موارد مقاومتهای دارویی و همچنین وجود تکنولوژی در ضدعفونی هوا و محیط به جهت کاهش آسیب به کارکنان و موثر بودن در حذف میکروارگانیسیمهای محیط بخصوص در موارد طغیانها، این مرکز بر خود لازم دید تا در شرایط خاص از دستگاههای پاششی جهت ضدعفونی توام هوا و محیط استفاده نماید.

موارد استفاده از دستگاههای پاششی:

1. ضدعفونی سالانه بخش
2. ضدعفونی هفتگی اتاقهای پانسمان، اتاق عمل، اتاق ایزوله، Cath lab, Ep lab, CSR، آزمایشگاه دستگاههای مورد استفاده

1. نوکواسپری محلول: نانوسیل

2. استرینیس محلول: نانوسیل

3. نوکواسپری (تنفس): نانوسیل

نحوه کاربرد دستگاههای پاششی:

آمادگی قبل از استفاده:

1. هماهنگی با کارشناس بهداشت محیط و یا کنترل عفونت مرکز
2. دریافت دستگاه مورد نظر در بخشهایی که دستگاه ندارند از کارشناس بهداشت محیط
3. تهیه محلول متناسب با دستگاه از داروخانه مرکز
4. پاکسازی محیط و لوازم موجود طبق دستورالعمل بیمارستان
5. خروج ملحفه، پتو و کلیه منسوجات از محل مورد نظر
6. تمامی پنجره ها، کانالهای هوا، دریچه ها، کف شورها و منافذ دربها با پوشش مناسب بسته شود.



7. اطمینان از اینکه در زمان بکارگیری دستگاه محل مورد نظر دارای شرایط لازم باشد که این شرایط شامل:



- امکان بسته شدن درب اتاق
- عدم حضور کارکنان یا بیمار در محل
- در صورتیکه امکان بسته شدن درب اتاق فراهم نیست و یا از طریق سقف، یونیتها به یکدیگر مرتبط هستند به جهت ایجاد مشکلات و عوارض تنفسی از بکارگیری دستگاه پاششی خودداری نماید.



- در صورت نیاز به کشت محیط، هماهنگی با کارشناس بهداشت محیط یا سوپروایزر کنترل عفونت

8. اطمینان از وجود فرد آموزش دیده جهت کاربری دستگاه

9. استفاده از لوازم محافظت فردی در زمان راه اندازی دستگاه

10. پس از اتمام مراحل پاشش، حدود دو ساعت بعد، محیط برای شروع بکار آماده می باشد.

11. در صورت نیاز به کشت طبق مورد 4، تماس با نمونه گیر بعد از بازگشایی اتاق یعنی دو ساعت بعد

به جهت ایجاد شرایط بهداشتی در بخش‌ها باید نکات زیر رعایت گردد:

1. کف کلیه اتاقها و راهروها، بایستی روزانه نظافت و سپس با تی آغشته به ماده ضدعفونی کننده ضدعفونی گردد.
2. کلیه توالتها و حمامها و دستشویی‌های بخش باید بطور روزانه، تمیز و با ماده ضدعفونی کننده ضدعفونی گردند. ضمناً در هنگام شستشو کلیه شیر آلات و اتصالات نیز بایستی شستشو شود.
3. کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل تشک، پتو، ملحفه‌ها و روتختی و... باید بطور مرتب تعویض گردد بنحویکه پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشد.
4. در هنگام تعویض لنز بایستی از دستکش و ترجیحاً "ماسک استفاده شود.
5. جهت نظافت قسمتهای مختلف بخش از جمله استیشن، یخچال، میز بیمار، تلفن، تخت و... باید از نظیفهای جداگانه استفاده شود. نظیفها بعد از هر بار استفاده بایستی دور انداخته شوند.
6. سطلهای زباله درب دار، مجهز به کیسه زباله مناسب در کلیه اتاقها و سرویسهای بهداشتی قرار داشته باشند.
7. کلیه وسایل برنده و نوک تیز بایستی در جمع آوری و بعد از پرشدن $3/4$ آن، درب آن بسته و جهت امحا به بخش مربوطه منتقل شود.
8. کلیه کشورهای موجود در قسمتهای مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه نظافت شوند.
9. الف) سر مایهای مورد استفاده جمع آوری شده جهت شستشو و ضدعفونی به لنز ارسال می گردد.
9. ب) تی‌های مورد استفاده در هر بخش بایستی بعد از هر بار استفاده کاملاً شسته و بوسیله دستگاه تی شوی خشک و سپس آویزان شود. از قرار دادن تی‌ها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود.
10. ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی شده بایستی شسته و خشک شود سپس اقدام به پر نمودن آن نمود.
11. خدمه بایستی در هنگام شستشوی سرویسهای بهداشتی از دستکش مخصوص و چکمه استفاده نمایند.
12. از قرار دادن گلدانهای خاکدار در بخش خودداری شود.
13. میز مخصوص غذای بیمار بایستی بعد از هر بار استفاده با دستمال مخصوص نظافت شود.
14. تخت بیمار بایستی بطور مرتب و بعد از ترخیص بیمار کاملاً ضدعفونی شود.
15. داخل کابینتها بایستی بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود.
16. باقیمانده نان غذای پرسنل بایستی روزانه از بخش خارج شود.

دستورالعمل تعویض یا پاکسازی و گند زدایی برخی تجهیزات

ردیف	لوازم	محلول
	ترمومتر	الکل
	لارنگوسکوپ	سایدکس - پودر استریل سی -
	استتوسکوپ، اتوسکوپ	سارفوسپت، سپتی سرفیس
	واحد تنفس: لوازم Semi - Critical مانند تیوبهای تست تنفس، air way، آمبویگ، لارنگوسکوپ	گندزدایی با مواد سطح بالا یا استریل
	فلومتر اکسیژن	مانومتر: دستمال تمیز آغشته به ماده ضده عفونی، محفظه آب: دترجنت در حالت عادی هفته ای یک بارو بعد از ترخیص بیمار، در زمان عدم استفاده محفظه خالی از آب نگهداری شود
	موزر Mozer & Cliper	دترجنت (صابون) شسته ضدعفونی با ایزی کلنیز
	پروب اکو TTE	ملیسپتول و ریوسپت
	پروب اکو TEE	سایدکس
	اندوسکوپ، کلونوسکوپ، برونکوسکوپ	ایزی کلینز 2/5٪ یا ویوساید (مدیزایم)
	ساکشن	اگر یکبار مصرف نبود با ایزی کلن
	تخت و لاکر	بعد از ترخیص محلول سارفوسپت، سپتی سرفیس
	تخت و لاکر بیماران عفونی	پرسیدین یا نانو سیل
	شستشوی پرده‌ها	ترجیحاً هر ماه یکبار و در صورت آلودگی
	پرده کرکره	هر دو هفته یکبار با یک دستمال محتوی مواد شوینده
	پرده‌های عفونی	گندزدایی (شستشو و ضدعفونی)
	نظافت قاب عکس‌ها و تلویزیون	با دستمال مرطوب به صورت هفتگی گردگیری شود
	نظافت هواکشها	سطح خارجی هواکش‌ها با دستمال نم دار تمیز گردد و هر ۶ ماه یکبار با همکاری واحد تاسیسات قاب بیرونی هواکش برداشته و با آب داغ و دترجنت شسته شود و با آب ژاول ۱٪ یا محلول ضدعفونی موجود ضدعفونی گردد
	نظافت چراغهای مهتابی	با همکاری واحد تاسیسات قاب بیرونی آن برداشته و با آب ولرم و دترجنت شسته شود و نصب گردد. سطح خارجی آن با دستمال نم دار تمیز شود.
	نظافت گلهای مصنوعی	با آب و پودر دترجنت هر ۳ ماه یکبار شسته شوند.
	نظافت اسباب بازی	انواع پارچه ای اسباب بازی با هماهنگی در واحد رختشویخانه شسته شود. سایر اسباب بازی‌های غیر پارچه ای با پودر دترجنت شسته و آب کشی و خشک گردد و با الکل پاک شود. جهت بیماران عفونی از اسباب بازی مشترک استفاده نشود.
	نبولایزر	در فواصل بیماران محفظه آن شستشو و ضدعفونی شود یا از انواع یکبار مصرف استفاده شود سپس با آب استریل پر شود.

پیوست ۲ دستورالعمل تعویض کاتترها و تجهیزات

ردیف	عنوان	مدت
1	کاتترهای وریدی محیطی	در بزرگسالان کاتتر زودتر از ۷۲ الی ۹۶ ساعت تعویض نشود. در کودکان در صورت وجود اندیکاسیون بالینی انجام گردد.
2	کاتترهای ورید مرکزی کاتتر مرکزی همودیالیز کاتترهای شریان مرکزی	نیاز به تعویض روتین ندارد. در صورت بروز علائم و نظر پزشک
3	کاتترهای شریانی محیطی	در بزرگسالان، تعویض و جابجایی محل کاتترهای مذکور به جهت کنترل عفونت زودتر از ۴ روز توصیه نمیشود
4	کاتترهای نافی	کاتتر شریان نافی نباید بیش از ۵ روز و کاتتر ورید نافی نباید بیش از ۱۴ روز در محل کاتترهای نافی بماند.
5	ستها و متعلقات آن	در بیمارانیکه خون و فراورده‌های خونی و محلولهای امولسیون حاوی چربی استفاده نمیکنند، ستهایی که بطور دائم جهت انفوزیون استفاده میشود و تمام متعلقات آنها زودتر از ۹۶ ساعت تعویض نشود.
6	لوله رابط و سه راهی	لوله رابط و سه راهی هر ۷۲-۹۶ ساعت یکبار تعویض می شوند مگر اینکه اندیکاسیون کلینیکی بوجود آمده باشد. وقتی IV عوض می شود ست‌ها و اتصالات هم تعویض شود.
7	ترانسدبوسرها	ترانسدبوسرهای یکبار مصرف و یا چند بار مصرف هر ۴ روز تعویض گردند.
9	پروپفل	ست هایی که از طریق آن محلول پروپفل تزریق میشوند هر ۶-۱۲ ساعت تعویض گردد. همزمان با تعویض ویال نیز تعویض گردند.
10	آمینوفیوژن	اگر از محلولهای لیپیدی (با نسبت آمینو اسید به گلوکز ۳ به ۱) استفاده شود. زمان شروع انفوزیون تا خاتمه بایستی حداکثر در عرض ۲۴ ساعت باشد.
11	اینترالیپید	اگر امولسیون لیپیدی تنها استفاده شود شروع انفوزیون تا خاتمه آن ۱۲ ساعت باشد.
12	تعویض پانسمان محل کاتتر	پانسمانهای شفاف تا ۷ روز و پانسمان با گاز تا ۲ روز ماندگاری دارند. وقتی که پانسمان مرطوب و خونی، شل و کثیف شود و وقتی نیاز به بررسی محل وجود داشته باشد.
13	کاتتر ادراری	اختلال عملکرد یا نشت سوند، انسداد سوند ادراری، از بین رفتن سیستم بسته، پیوری و نظر پزشک
14	سرنگ انفوزیون دارو	پس از اتمام دارو
15	سوند معده	در صورت اندیکاسیون بالینی (در موارد طولانی به OGT تبدیل گردد)
16	باتل سرم (تزریقی، شستشو)	در صورت انفوزیون دائم هر ۹۶ ساعت در غیر اینصورت هر ۲۴ ساعت یکبار
17	کاتتر ساکشن	یکبار مصرف
18	سوند اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار

1. **REVISED INJECTION SAFETYASSESSMENT TOOL(TOOL C - REVISED): Tool for the Assessment of Injection Safety and the Safety of Phlebotomy, Lancet Procedures, Intravenous Injections and Infusions ;SIGN WHO / Essential Health Technologies ;16 July 2007**
2. **Patient Safety Solutions: Single Use of Injection Devices. The Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organization. volume 1, solution 8 | May 2007.**
3. [www.WHO.int/Vaccines-access/injection safety/Disposal](http://www.WHO.int/Vaccines-access/injection%20safety/Disposal)
4. **Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals infection control and hospital epidemiology October 2008**
5. **MMWR-Recommendations and Reports March 26,2004/vol.53/No. RR3 ,PP8-9**
6. **Guideline for Preventing Health Care Associated Pneumonia 2003(CDC)**
7. **Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals1998**
8. **2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings**
9. **CDC, Guideline for Prevention of Surgical site Infection, 1999 , infection control and Hospital Eepidemiology, 1999**
10. **Center for health protection Hongkong, Recommendations on prevention of Surgical site Infection 2009.**
11. www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdfs/presskit/ps-solution1pd
12. **Abrutyn goldmann schecker, *Infection control*, second Ed, Saunders, 2005. p 260**
13. **Guideline for prevention of intravascular Device –Related infection control, CDC, 2017**
14. **Guideline for prevention of intravascular Device –Related infection control 2002 pp.47-52**

- 1- راهنمای کشوری نظام مراقبت‌های بیمارستانی مرکز مدیریت بیماریها معاونت سلامت وزارت بهداشت 1386
- 2- راهنمای سازمان بهداشت جهانی در مورد بهداشت دست در مراکز بهداشتی و درمانی
- 3- کتابچه‌های خلاصه دستورالعمل بهداشت دست، راهنمای ناظرین، راهنمای اجرایی بهداشت دست سازمان بهداشت جهانی
- 4- راهنمای کاربرد کنترل عفونت در بیمارستان سال 1387
- 5- دستورالعمل بهداشت دست ارسالی از وزارت بهداشت، سال 88-89.
- 6- کتابچه کنترل عفونت بیمارستان شهید رجایی (سرکار خانم رستمی)