

کتابچه توجیهی

قانون و مقررات کنترل عفونت

جهت کلیه پرسنل و کادر درمانی

تهیه و تنظیم :

زهرا شجاعی مهر

سوپروایزر کنترل عفونت

بیمارستان شهید دکتر چمران

۱۴۰۳

فهرست

- آشنایی با پرونده بهداشتی و تشکیل پرونده
- آشنایی با تعریف عفونت بیمارستانی و انواع عفونت حاد بیمارستانی
- رعایت بهداشت دست ها، شستن دست ها و **hand rub**
- تزریقات ایمن
- تجهیزات حفاظت فردی PPE
- انواع ایزولاسیون و رعایت احتیاطات لازم
- انواع زباله ها، جمع آوری و تفکیک زباله ها
- واکسیناسیون و انجام تیتراژ آنتی بادی
- مواجهات شغلی و نیدلینگ
- شیوه های گندزدایی، سترون سازی و استفاده از ضدعفونی کننده ها
- دستورالعمل ضدعفونی انواع تجهیزات پزشکی
- نحوه کشت گیری و نمونه گیری
- بیماری های واگیر مشمول مراقبت در کشور
- آگاهی از تعویض تاریخ اتصالات به بیمار
- آگاهی از تاریخ اعتبار استریلیتی وسایل

پرونده بهداشتی پرسنل پزشکی و پیراپزشکی شاغل در بیمارستان

به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی در بیمارستان لازم است پرسنل شاغل در بیمارستان پرونده بهداشتی داشته و خلاصه معاینات، سوابق و بویژه واکسیناسیون در آن ثبت شود داشتن این پرونده موجب حفظ سلامتی کارکنان از ابتلاء آنان به عفونت و سرایت عفونت به وسیله پرسنل به اعضاء خانواده و جامعه خواهد بود

پرونده بهداشتی پرسنل.....

نام و نام خانوادگی:	سال تولد:	جنس:	تحصیلات:
شغل:	محل کار:	سال شروع به کار:	مدت زمان اشتغال:
محل های خدمت از زمان شروع به کار تاکنون، با ذکر مدت خدمت (در واحدهای دولتی / خصوصی):			
-			

ابتلا به بیماری های عفونی:

A آبله مرغان / ز سرخ سرخ اور آنفلو هیپاتیت پولیومیلیت سایر عفونت های AIDS/HI سایر انواع C هیپاتیت B هیپاتیت

➤ اگر پاسخ هریک از موارد فوق مثبت است زمان ابتلا، درمان و عوارض آن توضیح داده شود.
آیا تاکنون تزریق خون داشته اید؟ (با ذکر تعداد واحدهای تزریق شده و زمان تزریق آنها)

سابقه واکسیناسیون و تاریخ آنها:

- واکسن هپاتیت B: تعداد دفعات تزریق: تاریخ آخرین نوبت تزریق:
- واکسن دیفتیری/کزاز: تعداد دفعات تزریق: تاریخ آخرین نوبت تزریق:
- واکسن اوریون/سرخک/سرخچه: تعداد دفعات تزریق: تاریخ آخرین نوبت تزریق:
- BCG: تعداد دفعات تزریق: تاریخ آخرین نوبت تزریق:

➤ سایر واکسن ها (آنفلوانزا/پنوموکوک/مننگوکوک/پولیو و...) با ذکر تعداد دفعات تزریق یا مصرف خوراکی و زمان آن:

➤ آیا سری کامل واکسن را در سنین طفولیت طبق برنامه کشوری دریافت داشته اید؟ (توضیح دهید)

وضعیت سلامت عمومی:

- آیا در حال حاضر داروهای سرکوب کننده ایمنی مصرف می کنید؟ بلی خیر
- سابقه مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی: بلی خیر

توضیح:

- سابقه ابتلا به بیماری های سرکوب کننده سیستم ایمنی: بلی خیر

توضیح:

- وجود حاملگی و تعداد فرزندان:
- وجود بیماری های پوستی: آگما در دست و... بلی خیر

توضیح:

- درمورد سابقه ابتلا به تیفوئید: بلی خیر

اقدامات آزمایشگاهی:

این قسمت با توجه به خط مشی های مربوطه و صلاحدید پزشک کنترل عفونت تکمیل می گردد.

- تست انجام HIV/HCV Ab/HBS Ag/HBS Ab/HBe Ab با ذکر تاریخ انجام آن
- PPD: فقط برای کارکنانی که تازه شروع به کار نموده اند حتی اگر واکسن BCG دریافت کرده اند (مگر اینکه قبلاً به سل مبتلا بوده یا تحت کموپروپیلاکسی قرار گرفته یا اینکه PPD وی مثبت باشد که در این موارد نیاز به انجام PPD نیست)
- S/C & S/E (اسمیر و کشت مدفوع): در موارد سابقه ابتلا به تیفوئید یا عفونت روده ای یا طبق صلاحدید پزشک (درخصوص کارکنان تهیه و توزیع غذا اجباری است)
- CXR: طبق شرح حال بیمار و صلاحدید پزشک (اگر PPD فرد منفی است و علائم بیماری تنفسی یا سل را ندارد نیازی به انجام CXR روتین نیست)
- سایر آزمایشات:

- اگر سوزن آلوده به بدن فرد فرورفته باشد این قسمت تکمیل شود :
 - نوع و زمان مواجهه:
 - منشا سوزن آلوده:
 - اقدامات پیشگیری و درمان:
 - پیگیری:

آیا مواجهه منجر به ابتلا به بیماری شده است؟ (توضیح دهید)

عفونت های بیمارستانی

➤ عفونت به معنی پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماریزای عفونی دچار آسیب می شود

عفونت بیمارستانی

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

۱- از نظر زمانی، روزی که رویدادی اتفاق می افتد (ایجاد عفونت، انجام پروسیجر جراحی، یا تعبیه ابزار) روز ۱ در نظر گرفته می شود و روزهای بعد نسبت به آن سنجیده می شود. بعنوان مثال اگر امروز ۱۳۹۷/۰۳/۱۰ باشد و برای بیمار کاتتر عروقی تعبیه شود دهم خرداد می شود "روز ۱" و لذا مثلاً روز ۳ می شود دوازدهم خرداد. این نکته از این جهت اهمیت دارد که بدانیم مثلاً روز ۳ کاملاً متفاوت است با سه روز (۷۲ ساعت)

۲- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد
۳- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد با توجه به اینکه بیشتر از ۸۰٪ عفونتهای بیمارستانی را عفونتهای ادراری، زخم های جراحی، تنفسی و خون تشکیل می دهد.

علائم عفونت تنفسی - عفونت ادراری - عفونت محل جراحی - عفونت خون به شرح زیر است:

علائم عفونت تنفسی:

افزایش ترشحات خلط، بی ثباتی استرنوم، تنگی نفس، رال / صداهای تنفسی برونکیال، سرفه، ویزینگ، هموپتزی

علائم عفونت ادراری:

اولیگوری (کمتر از ۲۰ سی سی در ساعت)، تکررادرار (frequency)، سوزش ادراری (dysuria)، فوریت ادراری (urgency)

عفونت محل جراحی:

عفونت مربوط به عمل جراحی که طی ۳۰ روز بروز کرده باشد در صورتی که هیچ جسم خارجی (implant) در محل قرار داده نشده باشد، یا طی سه ماه بروز کرده باشد در صورت وجود (implant)

علائم:

ترشح چرکی از محل برش، حساسیت محل، قرمزی، تورم، درد، تب بالای ۳۸ درجه

عفونت خونی یا سپسیس:

دمای بالای ۳۸ درجه یا کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد، افت فشار (فشار سیستولیک ۹۰)، اولیگوری کمتر از ۲۰ سی سی در ساعت، تاکی پنه و تاکی کاردیا

شستن دست ها

اهمیت دست ها در انتقال عفونتهای بیمارستانی کاملاً مشخص است و از طریق شستن دست ها به طریق صحیح، خطر انتقال عفونت ها به حداقل می رسد پوست طبیعی انسان با باکتری ها کلونیزه شده است. پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد. فلور موقت پوست (به طور مشخص Ecoli و پسودومونا آئروژینوزا) لایه های سطحی پوست را می پوشاند و توانایی بیمار یزایی بالایی دارد. در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران سطوح آلوده محیطی مجاور بیمار این دو نوع فلور اکتساب می گردد و اغلب موارد عفونت بیمارستانی ناشی از این نوع فلور است. فلور دائم پوست (بطور عمده استافیلوکوک کوآگولاز منفی، گونه های کورینه باکتریوم و گونه های میکروکوک) به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و توانایی بیماری زایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله تهاجمی بداخل بدن فرو روند. برخلاف فلور موقت، فلور دائم به سختی به طریق مکانیکی (شستن دست معمولی) از بین می رود.

موارد شستن دست و ضدعفونی دست

۱. در صورت رویت آلودگی دست ها با مواد پروتئینی یا کثیفی دست ها، دست ها را با آب و صابون غیرمیکروبی یا صابون حاوی مواد ضد میکروبی بشوید.
۲. چنانچه دست ها آلودگی قابل رویت ندارند، از ماده ضدعفونی کننده بدون آب حاوی الکل برای رفع آلودگی رویت دست ها استفاده گردد.
۳. قبل و بعد از تماس با پوست سالم بیمار (مانند گرفتن نبض یا فشار خون یا بلند کردن بیمار) رفع آلودگی دست ها (Decontaminate) صورت گیرد.
۴. قبل و بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن، مخاطات، پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم به شرط عدم آلودگی قابل رویت دست ها، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.
۵. حین مراقبت از بیمار در صورت حرکت دست از قسمت آلوده بدن به قسمت تمیز رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۶. بعد از تماس با اشیای بی جان (شامل وسایل و تجهیزات پزشکی) بلافاصله در مجاورت تخت بیمار، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۷. قبل از پوشیدن دستکش استریل برای کارگذاری کاتتر وریدی مرکزی رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۸. قبل از کارگذاری سوند ادراری یا کاتتروریدی محیطی یا سایر وسایل تهاجمی که به عمل جراحی نیاز ندارد، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۹. بعد از خروج دستکش ها از دست، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۱۰. برای پذیرش بهتر پرسنل جهت دست شستن در واحدها یا شرایطی که بار کاری زیاد است و بیماران زیادی باید مراقبت گردند، یک ضدعفونی کننده بدون آب حاوی الکل در محل ورود به اتاق بیمار یا کنار تخت بیمار یا جای مناسب دیگر در اختیار قرار گیرد و همچنین ماده فوق الذکر در اندازه کوچک جیبی و قابل حمل در اختیار هر یک از پرسنل قرار گیرد.

۱۱. قبل از تماس مستقیم با بیماران، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد.

۱۲. قبل از خوردن غذا و بعد از رفتن به دستشویی، دستها با آب و صابونی که ضد میکروبی نیست یا با آب و صابون حاوی ماده ضد میکروبی شسته شود.

روش بهداشتی نمودن دست ها

۱. در زمانی که رفع آلودگی دست ها با فرآورده حاوی الکل صورت می گیرد، این ماده را به کف یکی از دست ها ریخته و دست ها به یکدیگر مالیده شوند تا تمام سطوح دست ها (انگشتان) از ماده پوشیده شده و دست ها خشک گردند، برای مقدار مایع مورد مصرف به دستورالعمل کارخانه سازنده توجه شود.

۲. در زمان شستن دست ها با آب و صابون، ابتدا دست با آب خیس شده، مقداری از ماده روی دست ها ریخته شده (براساس دستورالعمل کارخانه) و دست ها به مدت حداقل ۳۰ ثانیه به شدت به یکدیگر مالیده می شوند، تمام سطوح دست ها و انگشتان با صابون پوشیده می شوند. دست ها با آب، آبکشی و با دستمال (حوله) یکبار مصرف کاملاً خشک می گردند. برای بستن شیر آب از دستمال استفاده شود. از مصرف آب داغ خودداری شود زیرا مواجهه مکرر با آب داغ ممکن است باعث افزایش خطر درماتیت گردد.

۳. صابون های معمولی با اشکال مختلف مایع، قالبی (جامد)، برگ (کاغذی) یا پودری در صورت شستن دست با آب و صابون معمولی (فاقد خاصیت ضد میکروبی) مورد قبول می باشند. در صورت استفاده از صابون قالبی (جامد)، از صابون های کوچک و جای صابونی که بتواند درناژ آب را تسهیل کند، استفاده گردد.

۴. حوله های پارچه های چند بار مصرف (Multiple – use cloth towels) آویزان یا دستمال کاغذی نواری شکل برای استفاده در مراکز بهداشتی درمانی توصیه نمی شوند.

نحوه شستن دست (دستورالعمل WHO)

برای شستن دست ها باید خط مشی مکتوب وجود داشته باشد. جواهرات و زینت آلات باید قبل از شستن، از دست ها خارج گردد. شستن معمولی دست به انگشتان و میچ محدود می گردد و شستن دست ها به طریق اسکراب جراحی شامل دست ها و ساعد می شود. بسته به میزان خطر بیمار، نحوه شستن دست متفاوت است.

شستن دست ها با صابون معمولی (غیر ضد عفونی کننده)

شستن روتین (معمولی) دست ها (حداقل مراقبت):

✓ یا ضد عفونی سریع و بهداشتی دست با محلول الکل (از طریق مالیدن دست ها به یکدیگر بدون استفاده از آب یا (rub

ضد عفونی دست ها (مراقبت متوسط) - مراقبت از بیماران عفونی در شرایط غیر عفونی:

- ✓ شستن بهداشتی دست ها با صابون ضد عفونی کننده براساس دستورالعمل کارخانه سازنده (یک دقیقه)
- ✓ ضد عفونی بهداشتی و سریع دست با محلول الکل (rub)

اسکراب جراحی (مراقبت جراحی):

✓ شستن دست ها و ساعد با صابون ضد عفونی کننده (جراحی) با مدت زمان تماس کافی (۳ تا ۵ دقیقه)
ضد عفونی جراحی دست ها و ساعد: شستن معمولی دست ها و خشک کردن آنها و به سپس دوبار استفاده از ماده ضد عفونی کننده دست، سپس مالیدن دست ها (rub) به یکدیگر برای مدت زمان کافی (براساس دستورالعمل نحوه استفاده از ماده ضد عفونی کننده) تا خشک شدن دست ها

دستورالعمل رعایت بهداشت دست ها به منظور پیشگیری از انتقال عفونت بیمارستانی

موارد شستن دست با آب و صابون :

- ۱- دست ها به صورت آشکارا کثیف باشند
- ۲- دست ها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشند
- ۳- دست ها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند
- ۴- شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت
- ۵- در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف نمی باشند ترجیحا با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی و بکارگیری روش Hand rub رعایت بهداشت دست ها را نمایند. توجه نمایید در صورتی که محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی جهت Hand rub در دسترس نیست دست ها را با آب و صابون بشوید
- ۶- قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران (مانند گرفتن نبض یا فشار خون یا بلند کردن بیمار)

- ۷- بعد از در آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود
- ۸- قبل از دست زدن یا هر گونه جابه جایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار و صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر
- ۹- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران
- ۱۰- در صورتیکه در حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی ، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت
- ۱۱- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)

با توجه به برخی مطالعات تجربی بالینی و اپیدمیولوژیک و دلایل قوی تئوریک ، رعایت بهداشت دست (شستن دست با آب و صابون ساده و یا صابون ضد میکروبی و یا استفاده از محلول های ضد عفونی دست با بنیان الکلی جهت (Hand rub) قبل از آماده نمودن، جابجایی و یا دادن غذا به بیماران و یا هر گونه جابجایی و یا آماده سازی داروهای بیماران به صورت اکید توصیه می شود

روش های رعایت بهداشت دست

الف (روش Hand rub :

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دست ها کاملا خشک شوند آن ها را بهم بمالید

ب (روش صحیح شستن دست با آب و صابون :

- ۱- در صورت امکان همیشه از آب تمیز ، روان و لوله کشی استفاده نمایید
- ۲- ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید ، سپس با استفاده از صابون دستشویی دست ها را بهم بمالید به نحوی که کلیه سطوح دست ها را بپوشانید
- ۳- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید
- ۴- دست ها را کاملا آبکشی نمایید
- ۵- با حوله ی پارچه ای تمیز و یا دستمال کاغذی یکبار مصرف دست ها را کاملا خشک نمایید
- ۶- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به لاندری و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید
- ۷- از آب داغ جهت شستن دست استفاده ننمایید

پوشیدن دستکش

- ۱- جهت پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگری در حین ارائه مراقبت یا خدمات
- ۲- جهت پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کارکنان

- ۳- ضرورت استفاده یا عدم استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمت و یا مراقبت از بیماران منطبق با موازین احتیاط های استاندارد و تماسی می باشد
- ۴- در زمانی که پیش بینی می نمائید در حین ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران احتمال آلودگی دست ها با خون و سایر ترشحات و مواد بالقوه عفونی بیمار و یا غشاء مخاطی و پوست ناسالم آنان وجود دارد دستکش بپوشید
- ۵- به یاد داشته باشید که به لحاظ رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت پوشیدن دستکش ضرورت رعایت بهداشت دست (با استفاده از آب و صابون و یا الکل Hand rub) را منتفی نمی نماید
- ۶- از یک جفت دستکش فقط برای ارائه ی خدمات و یا مراقبت از یک بیمار استفاده نمایید، در صورت گذر از یک قسمت آلوده بدن به قسمت تمیز بدن دستکش ها تعویض شوند.

نمونه هایی از موارد استفاده از دستکش استریل

- ✓ انجام هرگونه اقدام جراحی
- ✓ زایمان واژینال
- ✓ اقدامات رادیولوژی تهاجمی
- ✓ ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران
- ✓ آماده کردن محلول های تغذیه مکمل جهت انفوزیون
- ✓ آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق

نمونه هایی از موارد استفاده از دستکش تمیز

۱- تماس مستقیم با بیمار :

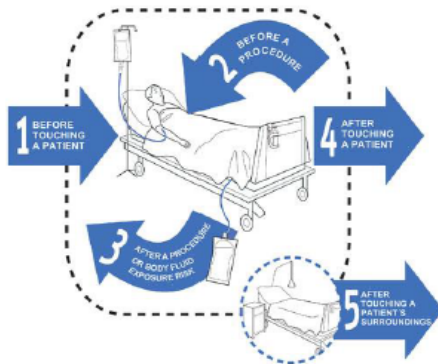
- ✓ تزریق خون
- ✓ قطع یا بستن راه وریدی
- ✓ گرفتن خون از بیمار
- ✓ گذاردن یا کشیدن آنژیوکت و ...
- ✓ تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار
- ✓ احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانسیم های شدیداً عفونی خطرناک
- ✓ احتمال قرار گرفتن در معرض خون ، مایعات بدن ، ترشحات و ...
- ✓ معاینات لگنی و واژینال در بیماران

۲- تماس غیر مستقیم با بیمار :

- ✓ تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار
- ✓ جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات
- ✓ جابجایی یا تخلیه پسماندها
- ✓ تمیز نمودن ترشحات و مایعات بدن پاشیده شده روی اشیاء

توجه : در هنگام گرفتن علائم حیاتی و فشار خون ، تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار ، لباس پوشاندن به بیمار ، انتقال بیمار ، هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون ، مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات ، پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد

پنج موقعیت مهم برای انجام بهداشت دست



شناسه پروتکل آموزشی	
موضوع	پنج موقعیت رعایت بهداشت دست
تهیه کننده	لیلا مسکنی
نوع سند	سوپروایزر کنترل عفونت
تاریخ تدوین	گیتا آموزش به بیمار
سال تهیه	۱۳۹۷
تایید کننده	
محل تایید	دکتر سید علی حسینی

موقعیت چهارم: پس از تماس با بیمار

رعایت بهداشت دست در هنگام ترک محدوده بیمار پس از انجام اعمال درمانی، قبل از لمس اشیاء موجود در خارج از محدوده بیمار و قبل از هرگونه تماس دست با فضای مراقبت بهداشتی ریسک گسترش آلودگی در فضاهای مراقبت بهداشتی را کاهش می دهد که سبب ایمنی بیشتر برای سایر بیماران و همچنین کارکنان می شود.

موقعیت پنجم: بعد از دست زدن به وسایل اطراف بیمار

موقعیت پنجم مستقی از موقعیت چهارم است، این مرحله بعد از تماس دست با هر سطحی در محدوده بیمار و قبل از تماس بعدی با هر سطحی در فضای مراقبت بهداشتی رخ می دهد. تفاوت آن با موقعیت چهارم در این است که در این مرحله تماس با بیمار صورت نمیگیرد بلکه با محیط اطراف وی صورت می گیرد. برای انجام اقدامات بهداشتی مناسب باید هرگونه وسیله ای که از محدوده بیمار خارج می شود آلودگی زدایی شده و یا اینکه دور انداخته شوند.

منابع:

کتاب بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی - دکتر کپارش ژروینی و همکاران

سطوح، حتی در محدوده بیمار و بلافاصله پس از ورود به منطقه بحرانی با خطر عفونت برای بیمار و تماس با بیمار است.

برای برخی اعمال بروی نواحی تمیز بدن استفاده از دستکش یک عمل استاندارد محسوب می شود. در این مورد باید بهداشت دست قبل از پوشیدن دستکش انجام شود چون دستکش به تنهایی نمی تواند مانع آلودگی شود.

موقعیت ششم: بعد از مواجهه با مایعات بدن بیمار

بعد از انجام هرگونه عملی که منجر به تماس دست با مایعات بدن شود و یا حتی احتمال تماس با مایعات بدن را داشته باشد باید بهداشت دست قبل از تماس با سطح دیگر انجام شود. انجام بهداشت دست در این مرحله دو هدف دارد: ۱-خطر کلونیزاسیون و یا عفونت پرسنل کاهش می یابد ۲-خطر انتقال میکروارگانیسم ها از نواحی کلونیزه به نواحی تمیز بدن کاهش می یابد. این مرحله از بهداشت دست همیشه باید انجام شود و ربطی به وجود و یا عدم وجود آلودگی مشهود و یا قابل مشاهده ندارد. در صورت استفاده از دستکش انجام بهداشت دست بعد از خارج کردن دستکش ها به شدت توصیه شده است؛

کلونیزاسیون و عفونت مرتبط با مراقبت های بهداشتی:

به طور خلاصه بهداشت دست به منظور پیشگیری از چهار رویداد انجام می شود که عبارتند از:

- ۱- کلونیزاسیون و عفونت برون زاد در بیماران
- ۲- عفونت های با منشأ درونی و بیرونی در بیماران
- ۳- عفونت در کارکنان مراقبت های بهداشتی
- ۴- کلونیزاسیون پرسنل و محیط مراقبت بهداشتی



عناصر کلیدی در انتقال آلودگی از طریق دست:

طی اعمال روزانه به طور طبیعی دست های پرسنل به کرات با سطوح و اجسام مختلف، شامل پوست بیماران، سطوح مغاطی، غذا، ترشحات بدن و بدن خود پرسنل تماس پیدا می کند. با هر بار تماس دست تبادل دو طرفه میکروب های مختلف بین دست و سطوح صورت می گیرد و به همین دلیل فلور میکروبی موقت دست دائماً در حال تغییر است. در این حالت طی مدت زمان کمی میکروارگانیسم ها می توانند بین بیماران و محیط جایجا شوند.

محدوده بیمار و جایگاه بحرانی:

با در نظر گرفتن یک بیمار می توان فضای اطراف وی را به دو قسمت مجازی تقسیم کرد:

۱- محدوده بیمار ۲- فضای مراقبت بهداشتی

محدوده بیمار:

محدوده بیمار شامل بیمار و اجسام اطراف وی است. اجسام معمولاً شامل تمامی سطوح بی تحرکی که در تماس مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار هستند (نظیر لبه های تخت، تجهیزات پزشکی و...)، سطوحی که معمولاً به وسیله پرسنل لمس می شوند نظیر مانتیورها، دکمه ها، دستگیره های دستگاه ها و سایر سطوح هستند. فرض بر این است که میکروارگانیسم های فلور بیمار به سرعت تمامی محدوده بیمار را آلوده می کنند اما این محدوده با هر بار تعویض بیمار تمیز می شوند. همچنین هرگونه وسیله ای که به محدوده بیمار وارد و یا از آن خارج می شود باید تمیز شود. اگر اینگونه نباشد این وسایل خود به عنوان منبعی برای انتقال آلودگی محسوب می شود.

فضای مراقبت بهداشتی:

شامل تمام سطوح در سیستم مراقبت بهداشتی خارج از محدوده بیمار است. این فضا شامل محدوده سایر بیماران نیز می شود. فضای مراقبت بهداشتی ممکن است

با میکروارگانیسم های روبرو شود که برای بیمار بیگانه و بیمارزنا باشند.

جایگاه های بحرانی می توانند: ۱- حفره های طبیعی بدن نظیر دهان، چشم و... باشند ۲- بطور تصادفی ایجاد شوند نظیر زخم و... ۳- مرتبط با فرآیندهای درمانی باشند نظیر جای تزریق، ورود کاتترها و... ۴- مرتبط با وسایل درمانی باشند.

مفهوم " پنج موقعیت مهم برای بهداشت دست من "

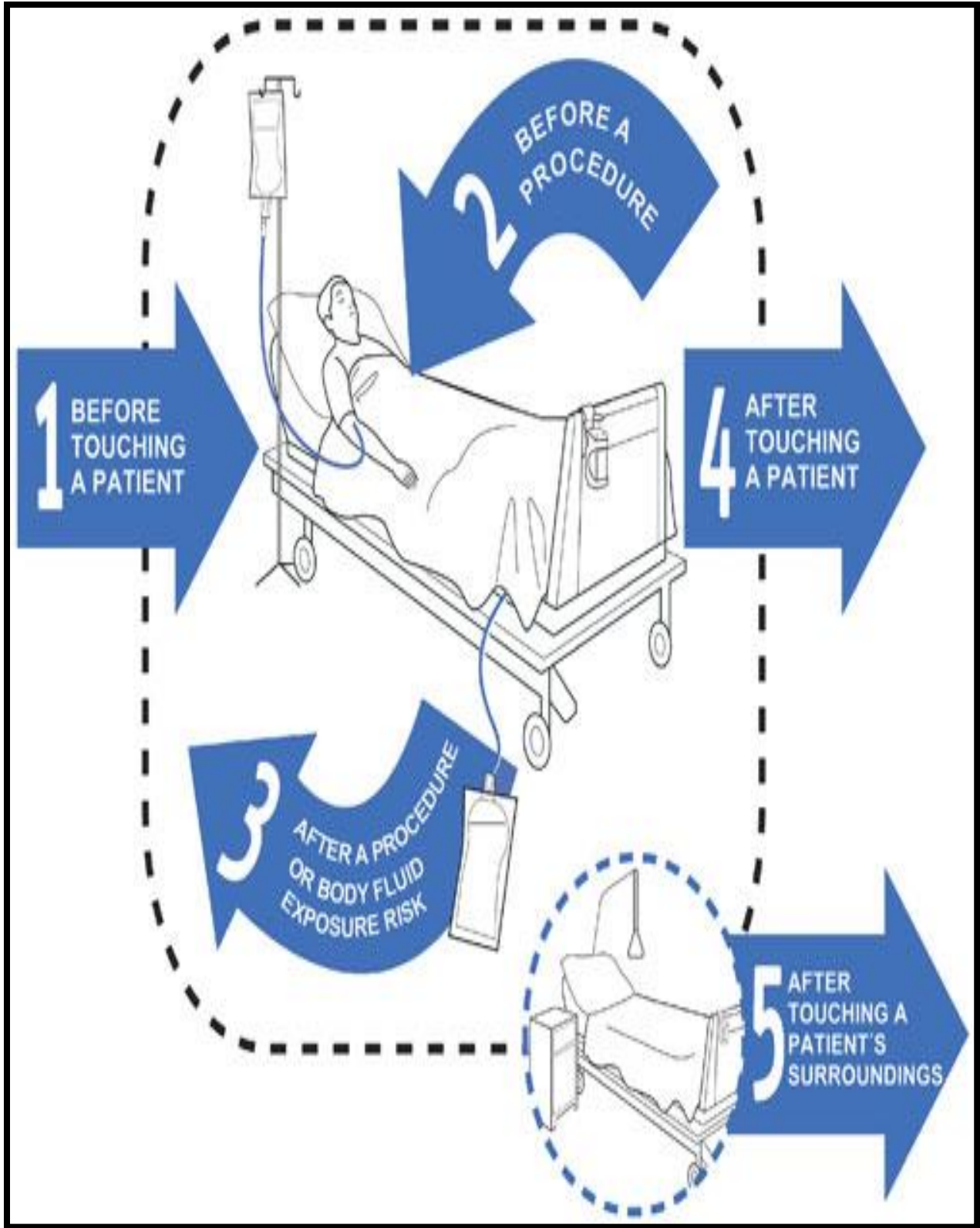
موقعیت یکم: قبل از لمس بیمار

بهداشت دست در این موقعیت از کلونیزاسیون بیمار با ارگانیسم های مرتبط با سیستم مراقبت های بهداشتی جلوگیری می کند. به عنوان مثال: زمان بین لمس دستگیره درب و دست دادن با بیمار. اگر هر شیئی در محدوده بیمار بعد از لمس دستگیره درب لمس شود، بهداشت دست باید انجام شود (بهداشت دست حتماً باید قبل از لمس بیمار انجام شود)

موقعیت دوم: قبل از انجام اقدامات درمانی برای بیمار

پرسنل باید پس از مواجهه با محدوده بیمار نظیر پوست وی، لباس ها یا اشیاء اطراف وی و... فرآیند ضد عفونی دست ها را در محدوده بحرانی که خطر عفونت برای بیمار را دارد انجام دهند. زمان مناسب برای انجام بهداشت دست در بین آخرین مواجهه با

پنج موقعیت مهم رعایت بهداشت دست



تزریقات ایمن

- هر سال تزریقات غیر ایمن موجب حدود ۱۶ - ۸ میلیون ابتلا به هپاتیت B، ۵-۲ میلیون ابتلا به هپاتیت C و ۱۶۰- ۸۰ هزار مورد HIV می گردد
- بیماری های انگلی - عفونت های باکتریال نظیر آسسه ها و عفونت های قارچی نیز حاصل تزریقات غیر ایمن می باشد.
- ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی می باشد:
- ۱- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی جهت پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده
 - ۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده
 - ۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر
 - ۴- تغییر نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی

- ✓ افزایش سطح آگاهی و مهارت شغلی به منظور پیش گیری از بروز جراحات

افزایش سطح ایمنی کارکنان

- ✓ استفاده از safety box
- ✓ وسایل حفاظتی نظیر دستکش - گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات - پیش بند پلاستیکی
- ✓ ماسک و عینک محافظ چشم
- ✓ استفاده از سرنگ AD

جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده

- ✓ بلافاصله وسایل تیز و برنده پس از استفاده در safety box جمع آوری شود
- ✓ ظروف جمع آوری مستحکم غیرقابل نفوذ - مقاوم به پارگی با ابعاد مناسب
- ✓ تعداد کافی بودن وسایل جمع آوری
- ✓ استفاده از برچسب هشداردهنده روی ظروف
- ✓ پرشدن ظروف حداکثر $\frac{3}{4}$

تغییر رفتار و نگرش اجتماعی

- ✓ آموزش توسط جامعه پزشکان به مراجعین
- ✓ ارتقاء سطح آگاهی جامعه در برنامه ریزی های دانشگاه قرار گیرد.
- ✓ برگزاری دوره آموزشی جهت گروه های بهداشتی
- ✓ آموزش پرسنل در ارتباط با داروهای تزریقی و عوارض احتمالی تزریقات

تزریقات غیر ایمن

- ۱- روش غلط تزریق
- ۲- محل نامناسب تزریق
- ۳- داروی ناصحیح
- ۴- حلال غلط
- ۵- دوز غلط دارو
- ۶- دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده

موازین تزریقات ایمن

- ✓ محل تمیز (Clean Work Plan)
- ✓ شستشوی دست
- ✓ سر سوزن و سرنگ استریل
- ✓ تمیز کردن محل تزریق
- ✓ جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز

واکسیناسیون کارکنان بیمارستان

- ✓ هر شخصی که در معرض خون و مایعات آلوده به خون و سایر مایعات بدن و یا اجسام تیز و برنده قرار گیرد لازم است علیه هپاتیت B واکسینه شود
- ✓ dt- توأم بزرگسالان
- ✓ واکسن هپاتیت B به صورت عضلانی در عضله دلتوئید و در سه نوبت صفر، یک و شش ماه تزریق می گردد
- ✓ اگر پس از واکسن اول برنامه واکسیناسیون قطع شود دوز دوم در اولین فرصت تزریق گردد
- ✓ ۱-۲ ماه پس از پایان واکسیناسیون انجام سرولوژی HBSAb جهت اطمینان از یافتن ایمنی لازم است
- ✓ بوستر دوز هپاتیت B یا انجام سرولوژی دوره ای اندیکاسیون ندارد
- ✓ اشخاصی که تیتراژ Ab کمتر از ۱۰ miu/ml دارند اول از نظر HBSAg چک گردند در صورت منفی بودن پروتکل خاص واکسیناسیون هپاتیت طبق نظر پزشک عفونی اجرا شود
- ✓ در نارسایی کلیه (دیالیزی ها) باید سالانه Ab چک شود و اگر $Ab < 10$ باشد بوستر سالانه زده شود

- ✓ اگر پرسنلی سه دوز واکسن دریافت نموده است اما چک تیترا Ab انجام نشده و پس از سال ها دچار مواجهه شغلی گردد، ابتدا سرو لوژی (HbSAb) چک شده و در صورت منفی بودن یک نوبت واکسن تجویز شود و یک ماه بعد Ab چک و اگر مثبت شده بود نیاز به دوزهای بعدی نیست
- ✓ اگر پرسنلی به دنبال مواجهه شغلی HBIG به همراه واکسن دریافت کرده باشد چک Ab برای وی ۶ - ۳ ماه بعد از دریافت انجام شود چرا که AntiHBS موجود در سرم ممکن است ناشی از Ab یا به دلیل HBIG باشد
- ✓ اگر پرسنلی بعد از سه دوز واکسن پاسخ ایمنی مناسب داشته باشد و در سال های بعد HBSAb چک و منفی شده باشد نیاز به واکسیناسیون مجدد ندارد
- ✓ زمان تجویز HBIG در زودترین زمان و حداکثر تا ۷ روز پس از مواجهه خواهد بود اما بهتراست قبل از ۴۸ ساعت تجویز شود.

ترتیب خارج کردن وسایل حفاظت فردی

کمیته کنترل عفونت
معاونت درمان سال ۹۴

ابتدا آورده ترین ایلام وسایل حفاظت فردی را خارج نمایید.
پلاکاسه پس از خارج کردن دستکش دستها را بشویید.
هرگز دستکش نمی تواند جایگزین شستشو و ضدعفونی دستها باشد.

دستکش/سطح خارجی دستکش آورده است آن را لمس نکنید.

✓ قسمت خارجی دستکش را با دست مخالف که هنوز دستکش دارد ترش آبر خارج کنید.
✓ دستکش دست مخالف را با باز کردن انگشت در سطح داخلی دستکش که نبراست خارج نمایید.
✓ دستکش ها را در سطل علوی دفع نمایید.
✓ دستها را شسته و خشک نمایید.

عینک یا محافظ صورت (شیلد)

✓ سطح خارجی عینک و شیلد آورده است آنرا لمس نکنید.
✓ جهت خارج کردن عینک یا شیلد آنرا از قسمت دسته بگیرید.
✓ عینک یا شیلد را جهت شستشو یا کنترلهایی در محل مناسب وسایل آورده قرار دهید و در صورتی که بکار مصرف است آنرا در سطل زرد دفع نمایید.
✓ دست ها را شسته یا ضدعفونی نمایید.

کان

✓ بندهای کان را باز کنید.
✓ کان را از ناحیه ی گردن و شانه طوری خارج کنید که فقط دست شما با سطح داخلی کان تماس داشته باشد.
✓ کان را طوری در زمین خارج کردن بپوشید که سطح خارجی کان داخل بپوشد، فرار کنید.
✓ دستها را شسته یا ضدعفونی نمایید.

ماسک یا سپراتور

✓ بند بپوشی را از پشت سر جلو آورده آنرا آزاد کنند و سپس بند بالایی را گرفته آنرا کامل خارج نمائید بدون تماس دسته یا قسمت خارجی ماسک آنرا در سطل زرد دفع نمایید.
✓ در صورتی که بند یا - یا گره پشت سر بپوشی شود - گره را باز نموده دستها را گرفته آن را در سطل زرد دفع نمایید.
✓ دست ها شسته یا ضدعفونی نمایید.

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

✓ نوع وسایل حفاظت فردی را بر اساس راه انتقال بیماری و احتیاطات مورد نیاز آن شامل استاندارد یا تقاسمی، فیلتره ای یا هواپرد انتخاب و رعایت نمایید.
✓ زیورات را خارج نمایید.
✓ دستها را شسته و خشک نمایید.

پوشیدن کان

✓ کان را طوری بپوشید که از جور کردن تا زیر زانوها دستها و مچ ها را کامل بپوشاند.
✓ بندهای کان را کامل ببندید.

پوشیدن ماسک یا سپراتور:

✓ توجه: در خصوص بیماریهای هوگرد استفاده از ماسک N95 الزامی می باشد.
✓ بندهای ماسک را در وسط پشت سر و پشت گردن کرده کنید.
✓ بالای ماسک را بطور کامل بالای بینی و زیر چشم ها و پایین ماسک را زیر چانه بپوشانید.

پوشیدن عینک یا محافظ صورت

✓ عینک را از دسته پشت گوشها و روی صورت قرار دهید.
✓ محافظ صورت یا شیلد را روی صورت طوری قرار دهید که تمام آن بالای پیشانی و محافظ کامل صورت را بپوشاند.

پوشیدن دستکش

✓ دستکش ها را طوری بپوشید که کامل روی کنیاف آستین کان قرار گرفته مچ ها را بپوشاند.



Isolation Precaution (IP) ✓

ایزولاسیون

انتخاب خط مشی های عملی جهت جلوگیری از انتقال عفونت در بیمارستان بر اساس راه های انتقال عفونت، پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران عفونی به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی و از آنجایی که فرایند جداسازی بیماران گران و زمان بر میباشد، لذا این امر باید تنها در مواقع ضروری صورت پذیرد همچنین از طرف دیگر عدم جداسازی بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر می تواند منجر به مرگ و میر و ایجاد بیماری در دیگران شود و گاهی باعث همه گیری، طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان و افزایش هزینه ها گردد

احتیاطات استاندارد

رعایت احتیاطات استاندارد می بایست جهت کلیه بیماران بدون در نظر گرفتن تشخیص عفونت و یا احتمال وقوع آن صورت پذیرد

Body Substance Isolation

هدف این سیستم محافظت بیماران از انتقال میکروارگانیسم ها توسط دستهای پرسنل و کادر درمانی می باشد، در این روش تمام مواد مرطوب و بالقوه عفونی بدن بیماران «ادرار، خون، مدفوع، بزاق و ...» آلوده کننده می باشد بنابراین کادر درمانی می بایست قبل از تماس با هر ماده مرطوب از دستکش جدید استفاده کنند

Universal Precautions

✓ رعایت احتیاط های عمومی مکمل اعمالی مثل شستن دست و پوشیدن دستکش می باشند ولی نباید جایگزین آنها شوند

✓ کلیه پرسنل و کادر درمانی در مواقعی که احتمال مواجهه پوست و یا مخاط بدن با خون یا هر نوع مایع بدن که حاوی خون قابل رویت است وجود دارد باید به صورت روتین از محافظ های مناسب استفاده کنند همچنین در مواقعی که احتمال ترشح، پاشیده شدن، اسپری شدن خون و یا سایر مایعات بدن وجود دارد باید از ماسک، گان و عینک محافظ استفاده کنند

✓ پس از تماس با هر بیمار دستکش ها باید تعویض شوند و بلافاصله پس از در آوردن دستکش، دست ها باید شسته شوند

✓ حین استفاده از سوزن ، اسکالپل و سایر وسایل یا لوازم نوک تیز باید احتیاط کرد تا دچار حادثه و آسیب نشده ، از ری کپ کردن سرنگ ها خوداری کرد و جهت دفع سر سوزن ، سرنگ و سایر لوازم نوک تیز باید از Safety-B استفاده کرد

✓ اگر پرسنل و یا کادر درمان زخم باز و یا ضایعات اگزوداتیو دارند باید از مراقبت مستقیم بیمار و نیز جمع آوری لوازم وی خودداری نمایند

Standard Precaution

احتیاط های استاندارد باید هنگام مراقبت از تمام بیماران بستری در بیمارستان بکار گرفته شود

✓ شستن دست

پس از تماس دست (با دستکش یا بدون دستکش) با خون و مایعات بدن دست ها را بشوئید دست ها باید بلافاصله پس از درآوردن دستکش و در فاصله بین تماس با بیماران شسته شوند

✓ دستکش

به هنگام دست زدن به خون و مایعات بدن و لوازم آلوده از دستکش استفاده نمائید و قبل از تماس با مخاط و پوست آسیب دیده بیمار ، دستکش را از دست خارج کنید و دست ها را بشوئید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران یا محیط جلوگیری شود

✓ ماسک ، محافظ چشم ، محافظ صورت

جهت محافظت از مخاط چشم ، بینی و دهان در حین انجام بعضی از اعمالی که احتمال پاشیده شدن خون و مایعات بدن وجود دارد باید از ماسک و محافظ چشم استفاده کرد

✓ گان

جهت محافظت پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس در حین انجام بعضی از اعمال که احتمال ترشح و پاشیده شدن خون و مایعات بدن وجود دارد باید از گان استفاده کرد و پس از اتمام کار، گان آلوده را خارج نموده و دستهای خود را بشوئید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری شود.

✓ لوازم و مراقبت از بیمار

لوازمی که برای مراقبت از بیمار مصرف شده و با خون و یا مایعات بدن آلوده شده است باید به نحوی جمع آوری شود که از مواجهه با پوست و مخاط با آنها و آلوده شدن لباس و انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری شود ، همچنین در خصوص لوازم چند بار مصرف باید قبل از استفاده جهت بیمار دیگر به شکل مناسب نظافت گردد و در مورد وسایل یکبار مصرف نیز باید به صورت مناسب معدوم گردد

✓ ملحفه و البسه

جمع آوری ، انتقال و انجام فرآیند های لازم جهت نظافت ملحفه های استفاده شده که با خون و مایعات بدن آلوده شده اند باید به گونه ای باشد که از مواجهه پوست و مخاط با آن ها و آلوده شدن لباس جلوگیری شود

✓ دفع سوزن

در هنگام دفع سوزنهای مصرف شده باید مراقب بود تا آسیبی وارد نشود ، هرگز درپوش سوزنهای مصرف شده را مجدداً بر روی سوزن قرار ندهید ، خم نکنید و یا آن را نشکنید و جهت دفع آن از Safety box استفاده نمائید

✓ محل استقرار بیمار

بیمار که محیط را آلوده می کند و یا در جهت حفظ و کنترل محیط مناسب کمک نمی کند بایستی در اتاق خصوصی جای گیرد ، اگر اتاق خصوصی در دسترس نیست با مسئولین کنترل عفونت مشاوره کرده تا مکان استقرار وی مشخص شود

Transmission-Based Precautions

Air borne precautions

الف – محل استقرار بیمار

استقرار بیمار در اتاق خصوصی به نحوی که فشار هوای منفی کنترل شده نسبت به محیط اطرافش داشته باشد و حداقل ۶ بار تبادل و تعویض هوا در ساعت انجام گیرد ، درب اتاق بسته باشد و بیمار در داخل اتاق باقی بماند ، اگر اتاق خصوصی در دسترس نیست ، بیمار را در اتاقی که بیمار دیگر با همان میکروارگانیسم دچار عفونت فعال شده و به جز آن عفونت دیگری ندارد بستری نمائید

ب - محافظت تنفسی

به هنگام ورود به اتاق بیماری که سل شناخته شده دارد و یا مضمون به آن می باشد از ماسک استفاده نمائید و اگر نسبت به وارسیلا یا سرخک حساس و آسیب پذیر هستید به اتاق این بیماران وارد نشوید

ج - انتقال و جابجایی بیمار

حرکت و جابجایی بیمار را به غیر از موارد ضروری محدود کنید و در صورت لزوم با پوشاندن ماسک جراحی به بیمار خطر انتشار قطرات را به حداقل برسانید

Droplet Precautions

الف - محل استقرار بیمار

استقرار بیمار در اتاق خصوصی یا در اتاقی که بیماری دیگر دچار عفونت فعال با همان میکروارگانیسم است و عفونت دیگری ندارد، اگر امکان تهیه اتاق خصوصی وجود ندارد باید حداقل حدود یک متر بین فرد عفونی و سایر بیماران و ملاقات کنندگان فاصله باشد

ب - محافظ تنفسی

استفاده از ماسک اگر در فاصله یک متری بیمار کار می کنید

ج - انتقال و جابجایی بیمار

حرکت و جابجایی بیمار را به غیر از موارد ضروری محدود کنید و در صورت لزوم با پوشاندن ماسک جراحی به بیمار خطر انتشار قطرات را به حداقل برسانید

Contact Precaution

الف - محل استقرار بیمار

استقرار بیمار در اتاق خصوصی یا در اتاقی که بیماری دیگر دچار عفونت فعال با همان میکروارگانیسم است و عفونت دیگری ندارد. اگر هیچ یک از این دو روش ممکن نیست با پرستار کنترل عفونت مشورت کنید

ب – دستکش و شستن دست

به هنگام ورود به اتاق بیمار دستکش بپوشید، قبل از ترک اتاق دستکش ها را در آورده و دست های خود را بشوئید

ج – گان

به هنگام ورود به اتاق بیمار گان بپوشید ، اگر احتمال ترشح و پاشیده شدن خون و مایعات بدن وجود دارد قبل از ترک اتاق بیمار گان را در آورید و مطمئن شوید که لباس شما با سطوح محیطی بالقوه آلوده تماس نمی یابد

د – انتقال و جابجایی بیمار

حرکت و جابجایی بیمار را به غیر از موارد ضروری محدود کنید ، اگر بیمار به خارج از اتاق منتقل می شود مطمئن شوید که رعایت احتیاط شده است

ه – کنترل عوامل محیطی و لوازم مراقبتی از بیمار

از نظافت روزانه لوازم مراقبتی بیمار ، تجهیزات و وسایل مربوط به تختخواب و ... مطمئن شوید ، در صورت امکان وسائلی مانند گوشی ، فشار سنج ، ترمومتر و ... برای هر بیمار اختصاصی باشد ، اگر چنین کاری ممکن نباشد این وسائل را باید کاملاً پاک و گندزدایی نمود و سپس برای بیمار دیگری مورد استفاده قرار داد .

دستور العمل ایمنی اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سر سوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HBV / HCV / HIV محسوب می شود . رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است.

- جهت شکستن ویال های دارویی 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 محفظه مثل Pad گرفته شوند
 - پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیدا خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون
 - از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری کنید
 - در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از یک دست به روش SCOOP جهت گذاردن درپوش استفاده نمائید
 - جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسپور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید
 - از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (سرسوزن و...) اجتناب نمائید
 - احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:
 - در صورتیکه بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد از دستکش استفاده نموده و موضع یا پانسمان ضد آب پوشانده شود
 - در صورتیکه احتمال پاشیده شدن خون و یا قطراتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشا مخاطی وجود دارد استفاده از فاسک و مینک محفظه ضروری است
 - در صورتیکه بیمار دچار خونریزی وسیع است استفاده از گان ضدآب ضروری است
- استفاده از Safety Box جهت دفع سرسوزن و وسایل تیز و برنده

پسماند های بیمارستانی

پسماند های تولید شده در بیمارستان به دو دسته عمده ی زیر تقسیم می شوند

- گروه ۱- پسماند های عادی (خانگی - معمولی) : که از کارکرد های خانه داری و مدیریت اجرایی این مراکز تولید می شوند
- گروه ۲ - پسماند های خطرناک : که می تواند مجموعه ای از مخاطرات بهداشتی را ایجاد کند و به ۹ دسته تقسیم می شوند. این ۹ دسته عبارت اند از :
- پسماند های عفونی ، پاتولوژیک ، برنده و نوک تیز ، دارویی ، شیمیایی ، ژنوتوکسیک ، فلزات سنگین ، ظروف تحت فشار و پسماند های پرتوز

نام رده پسماند	شرح و مثال
پسماندهای عفونی	پسماندهای مظنون به داشتن عوامل زنده بیماری مانند کشت های میکروبی آزمایشگاه ، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی ، بافت ها ، مواد و تجهیزاتی که با بیمار عفونی تماس داشته باشند ، مواد دفع شده این بیماران
پسماندهای آسیب شناختی	مانند بافت ها و آبگونه های انسانی ، تکه های بدن انسان ، خون و سایر آبگونه های بدن ، جنین
پسماندهای برنده و نوک تیز	مانند سوزن تزریق ، دستگاه (ست) انفوزیون ، تیغه چاقو ، چاقو ، تیغ و شیشه های شکسته
پسماندهای دارویی	داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم ، اقلامی که به دارو آلوده شده یا دارو دارند (مانند قوطی ها و شیشه های دارویی)
پسماندهای ژنوتوکسیک	مانند پسماندهای دارای مواد با خصوصیات سمی برای ژن ها ، از جمله پسماند های دارای مواد سایتوتوکسیک که بیشتر در درمان سرطان بکار می روند و مواد شیمیایی سمی برای ژن ها
پسماندهای شیمیایی	که محتوی مواد شیمیایی مانند معرف های آزمایشگاهی ، داروی ثبوت و ظهور فیلم ، مواد گندزای تاریخ گذشته یا غیر لازم و حلال ها می باشند
پسماندهای دارای فلزات سنگین	مانند باتری ها ، ترمومترهای شکسته ، اسباب های جیوه ای اندازه گیری فشار خون و ...
ظرف های تحت فشار	سیلندر های گاز ، کارتریج گاز و قوطی افشانه ها

راهنمای عمومی جمع آوری ، انبار و انتقال زباله های بیمارستان ها

توصیه های سازمان جهانی بهداشت

تمام فعالیت هایی که در زمینه دفع زباله انجام می شود باید با در نظر گرفتن آیین نامه های ملی باشد. اقدامات زیر به عنوان یک راهنمای عمومی توصیه می شود :

- ✓ به دلایل ایمنی و اقتصادی ، درمانگاه ها و بیمارستان ها باید یک سیستم ویژه را برای جمع آوری زباله های بیمارستانی سازمان دهند و زباله های طبی ، زباله های معمولی و بعضی زباله های خاص (مثل وسایل تیز ، زباله های شدیداً عفونی و زباله های سایتوتوکسیک) را از یکدیگر جدا کنند
- ✓ زباله های عادی درمانگاه ها و بیمارستان ها را می توان در قالب سیستم زباله خانگی دفع کرد
- ✓ اشیاء تیز را باید در همان محلی که مورد استفاده قرار می گیرند داخل محفظه های سوراخ نشدنی که معمولاً از جنس فلز یا پلاستیک متراکم ساخته می شوند و دارای درپوش محکم می باشند جمع آوری کرد. محفظه ها باید سخت ، نفوذناپذیر و مقاوم به سوراخ شدگی باشند
- ✓ کیسه ها و دیگر محفظه هایی که برای زباله های عفونی استفاده می شوند باید دارای آرم بین المللی که نشان دهنده ی وجود ماده ی عفونی است ، باشند
- ✓ زباله های عفونی درمانگاه ها و بیمارستان ها باید در یک مکان محفوظ که دسترسی به آن محدود باشد انبار شوند. زباله های آزمایشگاه های میکروب شناسی باید توسط اتوکلاو استریل شوند. این زباله ها باید در کیسه هایی بسته بندی شوند که با این روند سازگاری داشته باشند
- ✓ زباله های سایتوتوکسیک که اکثراً در بیمارستان ها یا مراکز تحقیقاتی بزرگ تولید می شوند باید در محفظه هایی محکم مقاوم به نشت همراه با علامت مشخص (زباله های سایتوتوکسیک) جمع آوری شوند
- ✓ مقادیر کم زباله های شیمیایی و دارویی را می توان همراه زباله های عفونی جمع آوری کرد
- ✓ مواد دارویی غیر مستعمل یا تاریخ گذشته که در بخش ها یا دپارتمان های بیمارستان به مقدار زیاد انبار شده اند باید جهت دور ریخته شدن به داروخانه برگشت داده شوند. سایر زباله های دارویی بخش ها نظیر داروهای آلوده یا دور ریخته شده یا بسته های حاوی بقایای دارو نباید به داروخانه برگردانده شوند چون خطر آلودگی داروخانه را به همراه دارند لذا باید در یک محفظه مناسب در همان بخش ذخیره گردند
- ✓ مقادیر زیاد زباله های شیمیایی باید در محفظه های مقاوم به مواد شیمیایی بسته بندی و در صورت امکان به تسهیلات ویژه پالایش ارسال شود چرا که انواع مختلف زباله های خطرناک شیمیایی هرگز نباید با هم مخلوط شوند
- ✓ زباله های حاوی مقادیر زیاد فلزات سنگین مثل کادمیوم یا جیوه باید جداگانه جمع آوری و دفع شوند

✓ زباله های عفونی که رادیواکتیویته کمی دارند مثل سواب ها ، سرنگ های دارای کاربری تشخیصی و درمانی را می توان در کیسه های زرد یا محفظه های زباله عفونی نگهداری کرد به شرط اینکه موارد تاخیر برای امحاء در نظر گرفته شده باشد

- ✓ زباله های عادی در کیسه های زباله و سطل آبی رنگ نگهداری و جمع آوری می گردد
- ✓ زباله های عفونی در کیسه های زباله و سطل زرد رنگ نگهداری و جمع آوری می گردد
- ✓

واکسیناسیون کارکنان بیمارستان

توصیه می شود کارکنان مراکز مراقبتهای درمانی واکسن های ذیل را دریافت نمایند:

➤ هپاتیت ب

براساس آخرین ویرایش برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسن را دریافت دارند.

➤ توام بزرگسالان (کزاز -دیفتری)

براساس آخرین ویرایش برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسن را دریافت دارند.

➤ سرخک -سرخجه -اوریون

چنانچه قبلاً ایمن و یا مبتلا به بیماری نشده باشند، باید علیه سرخک، سرخجه و اوریون واکسینه شوند.

➤ آنفلوانزا

سیاست واکسیناسیون بر علیه آنفلوانزا و گروه هدف هر ساله توسط مرکز مدیریت بیماری ها تعیین و ابلاغ خواهد شد.

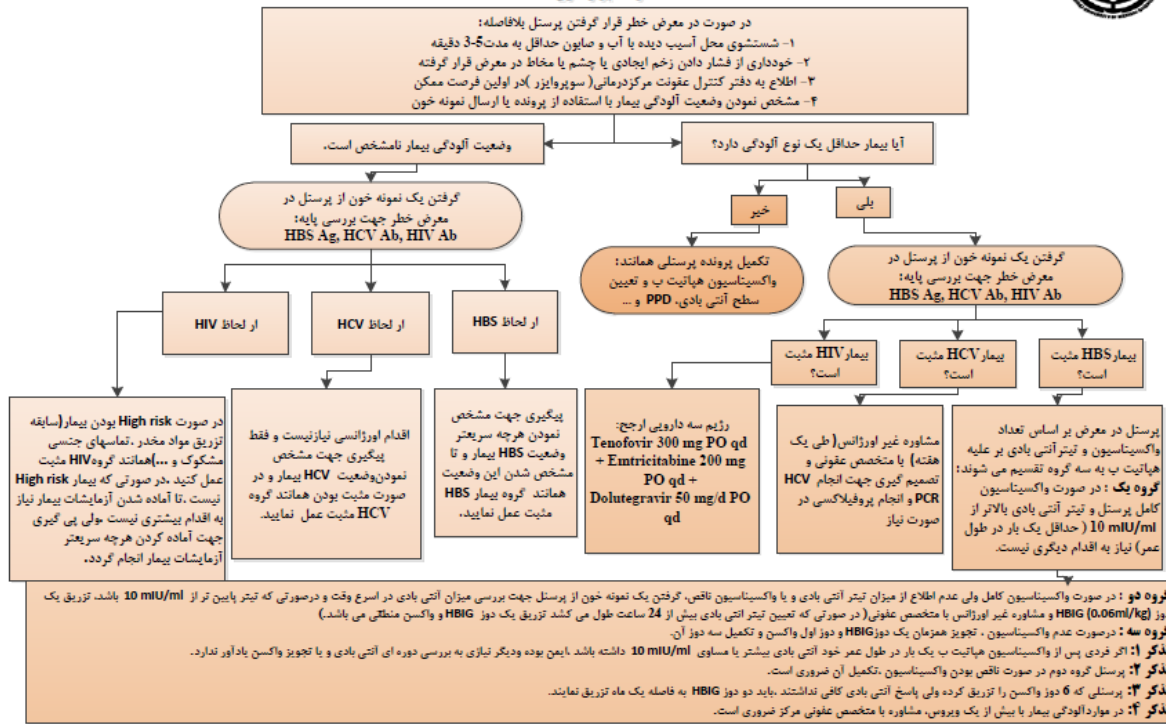
نکاتی در رابطه با پیشگیری از هپاتیت قبل از تماس

- ✓ هر شخصی که وظایفی انجام می دهد که به موجب آن در معرض خون و مایعات آلوده به خون و سایر مایعات بدن و یا اجسام تیز و برنده قرار گیرد لازم است علیه هپاتیت ب واکسینه شوند .
- ✓ انجام سرولوژی هپاتیت ب قبل از انجام واکسیناسیون اندیکاسیون ندارد.
- ✓ واکسن هپاتیت ب صورت عضلانی در عضله دلتوئید در سه نوبت صفر، یک ماه و شش ماه تزریق گردد.

- ✓ اگر پس از واکسن اول برنامه واکسیناسیون قطع شود دوز دوم در اولین فرصت تزریق گردد.
- ✓ ۱-۲ ماه پس از پایان واکسیناسیون انجام سرولوژی **HBSAb** جهت اطمینان از پاسخ ایمنی لازم است.
- ✓ بوستر دوز هپاتیت ب و یا انجام سرولوژی پریودیک اندیکاسیون ندارد .
- ✓ اشخاصی که به سری اول واکسیناسیون پاسخ ایمنونولوژیک نداده اند (تیترا **Ab** کمتر از **10 miu/ml**) باشد اولاً از نظر **HBSAg** بررسی و در صورت منفی بودن مجدداً سه نوبت دوز واکسن را طبق برنامه (۶،۱،۰) دریافت کند و در صورتیکه مجدداً نیز پس از پایان واکسیناسیون سری دوم سرولوژی آن منفی و یا زیر **10 miu/ml** باشد به عنوان افراد **Nonresponder** تلقی شده و پس از هر بار تماس شغلی با بیمار آنتی ژن مثبت باید **HBIG** در دو نوبت با فاصله یک ماه و یا یک نوبت به همراه واکسن دریافت کنند .
- ✓ در افراد **HIV** مثبت و نارسایی کلیه ۴ نوبت واکسن تزریق می شود (۱۲ یا ۶ و ۲ و ۱۰).
- ✓ اگر پرسنلی سه دوز واکسن را دریافت نموده است اما چک آنتی بادی پس از آن برای وی انجام نشده باشد و پس از سال ها دچار مواجهه شغلی گردد، ابتدا سرولوژی (**HbsAb**) چک شده در صورت منفی بودن یک نوبت واکسن تجویز شود و یک ماه بعد **Ab** چک شده و اگر مثبت شده بود نیاز به دوزهای بعدی نیست.
- ✓ اگر پرسنلی به دنبال مواجهه شغلی **HBIG** به همراه واکسن دریافت کرده باشد .چک آنتی بادی برای وی ۳-۶ ماه بعد از دریافت باید انجام شود، چرا اگر زودتر چک شود **AntiHBS** موجود در سرم ممکن است ناشی از **Ab** پاسیو بدلیل **HBIG** باشد .
- ✓ اگر پرسنلی به سه دوز واکسن دریافت شده پاسخ مناسب داشته باشد (سرولوژی مثبت) در سال ها بعد به دلایلی **HBSAb** چک کنند و منفی شده بود نیاز به واکسیناسیون مجدد ندارد.
- ✓ زمان تجویز **HBIG** در زودترین زمان ممکن و حداکثر تا ۷ روز پس از مواجهه خواهد بود (اما بهتر است قبل از ۴۸ ساعت تجویز شود) .



پیشگیری ثانویه پرسنل بهداشتی و درمانی پس از مواجهه با ترشحات بالقوه مخاطره آمیز و خون



گندزدایی، سترون سازی و استفاده از ضدعفونی کننده ها

✓ خطر انتقال، عفونت های بیمارستانی از بیماری به بیمار دیگر، از بیماران به پرسنل و کادر درمان از طریق وسایل مراقبتی و درمانی آلوده همواره وجود دارد لذا لزوم اقدامات گندزدایی و انتخاب مواد ضدعفونی کننده مناسب ضروری می باشد.

۱. شستشو (Cleaning)

✓ برطرف نمودن کلیه مواد اضافه نظیر گرد و غبار، خون، مخاط و ... از روی وسایل که اغلب با استفاده از آب و یک نوع ماده دترجنت انجام میگیرد این مرحله باید جهت کلیه وسایل و ابزار پزشکی که نیاز به گندزدایی و سترون سازی دارد انجام شود

۲. گندزدایی (Disinfection)

✓ برطرف نمودن میکرو ارگانیسم های پاتوژن نظیر باکتری، قارچ، انگل و ویروس از روی وسایل و ابزار پزشکی بجز اسپورباکتری ها

۳. ضدعفونی (Disinfection)

✓ برطرف نمودن میکرو ارگانیسم های پاتوژن نظیر باکتری، قارچ، انگل و ویروس از روی دست و بدن بجز اسپورباکتری ها

۳. سترون سازی (Sterilization)

✓ برطرف نمودن و نابود کردن همه اشکال حیاتی میکرو ارگانیسم ها نظیر باکتری، اسپورباکتری، مایکو باکتریوم، ویروس، قارچ و انگل

✓ شیوه های سترون سازی:

✓ الف. بخار تحت فشار با استفاده از دستگاه اتوکلاو

✓ ب. حرارت خشک با استفاده از دستگاه اتوکلاو خشک

✓ ج. پلاسما

✓ د. گاز اکسید اتیلن

✓ ه. گاز فرمالدئید با بخار

✓ و. محلول های استریل کننده

✓ با توجه به نکات فوق ، وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر حسب نوع استفاده به سه گروه تقسیم می شوند که این تقسیم بندی مبنا و تعیین کننده شیوه لازم گندزدایی یا سترون سازی خواهد بود

✓ ۱. وسایل حیاتی (Critical)

✓ وسایلی هستند که هنگام کاربرد آنها در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می باشند (سد مخاط را می شکنند و وارد بدن می شوند) مثل ابزار جراحی، سوچرست و ... این وسایل باید سترون سازی (استریل) گردند.

✓ ۲. وسایل نیمه حیاتی (Semi critical)

✓ وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن یا پوست آسیب دیده می باشند مانند تیغه لارنگوسکوپ و آمبویگ این وسایل باید ترجیحا سترون سازی (استریل) شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز جهت آنها قابل قبول است.

✓ ۳. وسایل غیر حیاتی (Non critical)

✓ وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند مانند گوشی پزشکی ، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون ، تخت ، اینفیوژن پمپ این وسایل باید شستشو یا گندزدایی سطح پائین شوند.

✓ انواع ضد عفونی کننده ها:

✓ ۱. ترکیبات کلر مثل هیپو کلرایت سدیم (وایتکس) جهت گندزدایی سطح متوسط و پائین

✓ ۲. الکل ۷۰٪: در مدت زمان ده دقیقه می تواند همه انواع میکروارگانیسم ها بجز اندوسپور باکتری ها را از بین ببرد و گندزدایی سطح بالا را ایجاد می کند

✓ ۳. ترکیبات فنل: این مواد همه اشکال میکروارگانیسم ها به جز اندوسپور باکتری ها را از بین می برد

✓ ۴. ترکیبات ید مثل بتادین جهت گندزدایی پوست با سطح متوسط

✓ ۵. ترکیبات چهار ظرفیتی آمونیاک مثل بنز آلکانیوم کلراید جهت ضد عفونی کردن سطوح بیمارستانی

✓ شیوه های گندزدایی:

✓ ۱. گندزدایی سطح بالا (High level disinfection)

✓ پراکسید هیدروژن - پراستیک اسید - گلو تار آلدئید - فرمالدئید

✓ ۲. گندزدایی سطح متوسط (Intermediate disinfection)

✓ کلر - ید - الکل

✓ ۳. گندزدایی سطح پائین (Low disinfection)

✓ فنل و ترکیبات فنلی - ترکیبات آمونیوم

دستورالعمل گندزدایی تیغه های لارنگوسکوپ و آمیویگ با استفاده از محلول ضدعفونی کننده سطح بالا



محلول اسپورسیدین یک محصول آماده مصرف و بدون نیاز به رقیق سازی، ضدعفونی کننده سطح بالا بر پایه گلوترال‌الدئید بوده که قابلیت ضدعفونی سطح بالا (High Level) وسایل نیمه بحرانی را دارا می باشد. این محصول به صورت فعال شده می باشد و به نحوی فرموله شده که کمترین میزان تبخیر سطحی و کاهش سطح ماده موثره را خواهد داشت. همچنین این ترکیب قادر به از بین بردن طیف وسیعی از میکروارگانیسم ها شامل باکتری ها، ویروس ها، قارچها و حتی اسپور باکتری ها بوده و به دلیل دارا بودن pH مناسب دارای سازگاری کامل با ابزارآلات ساخته شده از زایر، پلاستیک، فولاد، شیشه، استیل و ... می باشد، به همین سبب هیچ گونه محدودیتی در استفاده از آن در مراکز بهداشتی درمانی وجود ندارد. محلول اسپورسیدین در ظرف در بسته به مدت ۲۸ روز قابل نگهداری و استفاده مجدد می باشد.

روش استفاده از محلول اسپورسیدین ۲/۵٪:

- ۱- جهت فرایند پاک سازی و گندزدایی تیغه های لارنگوسکوپ / آمیویگ از لوازم حفاظت فردی مانند عینک محافظ /شیلد، ماسک و دستکش بلند استفاده گردد. (استفاده از دستکش های معاینه یا جراحی در این مرحله ممنوع است)
- ۲- تیغه های لارنگوسکوپ / آمیویگ در سینک شستشوی قرار داده شوند، روی آنها یک محلول شوینده (درجنت) به همراه آب ولرم (حداکثر ۴۵ درجه سانتی گراد) ریخته تا کاملاً روی وسایل را بپوشاند و سپس با استفاده از برس اقدام به پاکسازی ذرات مخاطی و بقایای بیولوژیک از روی ابزار گردد.
- ۳- برس پس از استفاده شسته و تمیز و سپس خشک گردد.
- ۴- تیغه های لارنگوسکوپ / آمیویگ پاکسازی شده خشک و سپس به مدت ۱۰ دقیقه در محلول اسپورسیدین ۲/۵٪ آماده شده غوطه ور گردد.
- ۵- تیغه های لارنگوسکوپ / آمیویگ گندزدایی شده را از محلول خارج نموده، آبکشی و با دستمال حوله ای با پارچه تمیز بدون پرز خشک نمایید.
- ۶- تیغه های لارنگوسکوپ / آمیویگ گندزدایی شده را در ظروف درب دار بدون متفذ تمیز قرار داده و به بخش مربوطه تحویل نمایید.

بیمارستان شهید چمران
واحد کنترل عفونت

دستورالعمل شستشو و گندزدایی ساکشن
با استفاده از محلول ضدعفونی کننده سطح متوسط



روش استفاده از محلول گندزدای سطح متوسط (سایسیت اچ آی)

1. پوشیدن وسایل حفاظت فردی مناسب (استفاده از دستکش ، عینک و پیش بند الزامی است) اگر بیمار سل ریوی دارد از ماسک فیلتر دار استفاده شود.
2. جدا کردن مخزن از سیستم وکیوم و انتقال آن به اتاق شستشوی وسایل
3. تخلیه مخزن در جایگاه مخصوص
4. شستشوی جایگاه با آب فراوان و محلول دترجنت (ترجیحا پودر شستشو)
5. آبکشی مخزن با آب سرد و سپس شستشوی آن با دترجنت و آب داغ (ترجیحا پودر شستشو)
6. آبکشی مجدد و خشک کردن با تفل ساکشن
7. غوطه ور کردن در محلول ضدعفونی کننده سطح متوسط (مطابق با دستورالعمل شرکت سازنده)
8. آبکشی نهایی و خشک کردن



راهنمای بالینی انواع نمونه گیری جهت کشت

تهیه شده در کمیته کنترل عفونت دانشگاه علوم پزشکی شیراز، تابستان ۱۴۰۱
یا همکاری:

- طاهره رضایی کارشناس و دبیر کمیته کنترل عفونت دانشگاه
- آزیتا طباطبایی سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان نمازی
- فهیمه قاسمی سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان حضرت قائم (عج) فیروزآباد
- فاطمه رضواتیان سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان اردیبهشت
- زهرا زارع سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان پیوند یوعلی سینا

مقدمه

نمونه گیری نقش اساسی در کنترل عفونتهای اکتسابی از بیمارستان دارد. از آنجائیکه بسیاری از پاتوزن های بیمارستانی، ارگانیسم هایی می باشند که بطور متداول کلونیزه شده و موجب آلودگی کشت ها می شود لذا جمع آوری نمونه ها در میزان عفونتهای بیمارستانی دارای اهمیت است. وجود دستورالعمل های نمونه گیری و انتقال صحیح نمونه ها همه موجب ارتقا کیفیت اطلاعات شده و موجب تشخیص صحیح تر و دقیق تر عفونتهای مختلف و کاهش جوابهای گمراه کننده می گردد.

دستورالعمل جمع آوری نمونه های ادراری

۱- شرایط آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه:

در صورتی که بیمار سوئد ادراری ندارد، بهترین نمونه اولین ادرار صبحگاهی است که حداقل به مدت ۸ ساعت داخل مثانه باقی مانده و تغلیظ شده باشد. در غیر اینصورت می توان از نمونه های ادرار تصادفی استفاده نمود.

نمونه ادرار تصادفی، بیمار ترجیحا باید از آشامیدن آب و مایعات اضافی به منظور تولید ادرار خودداری نماید زیرا این امر موجب رقیق شدن ادرار و کاهش تعداد باکتری می شود.

بیمار نباید در ۴۸ گذشته آنتی بیوتیک مصرف کرده باشد مگر با تجویز پزشک معالج. توصیه می شود در باکتریوری بدون علامت از ۳ نمونه ادرار صبحگاهی استفاده شود که در ۳ روز متوالی جمع آوری شده است.

۲- نمونه گیری

۲-۱- دستورالعمل ارسال نمونه تمیز وسط ادرار در بیماران Self void

ردیف	مراحل انجام کار
۱	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	تاکید کنید که نمونه بایستی بدون آلودگی و تمیز باشد.
۳	دست های خود را با آب و صابون بشوید.
۴	از دست زدن به لبه و سطوح داخلی ظرف پرهیز نماید.
۵	به بیمار بگوئید قبل از ادرار کردن ناحیه پریته را با آب و صابون بشوید سپس با دستمال یا پتبه تمیز خشک کند. از مواد ضد عفونی کننده برای شستشو استفاده نشود. (به شستن از جلو به عقب ناحیه تناسلی در خانم ها تاکید می شود).

۶	به بیمار گفته شود که شروع به ادرار کردن کند. ابتدای ادرار دور ریخته شود. سپس بدون اینکه جریان ادرار را قطع کنید ظرف را زیر ادرار تکه دارید و وسط ادرار درون ظرف ریخته شود (در نوزادان بین ۷ تا ۲۰ سی سی و در بزرگسالان حجم باید بین ۱۰-۲۵ سی سی باشد).
۷	به بیمار خاتم گفته شود با انگشتان یک دست چین های پوستی دستگاه تناسلی را از یکدیگر باز نگه دارید و تا پایان جمع آوری همین وضعیت را حفظ کنید.
۸	<p>نمونه گیری نوزادان:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. کودک را به پشت بخوابانید و پاهای او را با خم کردن زانوهایش به حالت نیمه باز در آورید. ۲. بهداشت دست انجام شود. ۳. دستکش تمیز بپوشید. ناحیه تناسلی را با پنبه آغشته به صابون مایع و آب تمیز کنید. ۴. سپس با آب گرم آبکشی و کاملاً خشک کنید. ۵. کیسه مخصوص پسر بچه ها سوراخ چسب دار به شکل دایره دارد. ۶. کیسه مخصوص دختر بچه ها سوراخ چسب دار به شکل بیضی دارد. ۷. آلت تناسلی پسر بچه ها را با حداقل دستکاری داخل سوراخ کیسه قرار داده و برچسب آن را محکم کنید. ۸. پس از برداشتن برچسب از اطراف دهانه، کیسه دستگاه تناسلی دختر بچه را به آرامی باز کنید و کیسه را از محل سوراخ طوری بچسبائید که مجرای ادرار در داخل کیسه قرار بگیرد و برچسب آن را محکم کنید. ۹. حداکثر نیم ساعت اجازه دهید تا ادرار (تقریباً ۲۰ سی سی) در داخل کیسه جمع شود. ۱۰. کیسه ادرار را با دقت از محل اتصال جدا کنید و داخل ظرف استریل مخصوص کشت قرار دهید.
۹	بهداشت دست رعایت گردد.
۱۰	برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبائید.
۱۱	نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمائید.

تیسره:

- ✓ نمونه برای ادرار ۲۴ ساعته: تا ۲ ساعت در دمای اتاق (دمای ۱۵ درجه) و ۲۴ ساعت در یخچال قابل نگهداری است. (در بررسی ادرار از نظر سلیتدر نمونه ادرار باید تازه باشد).
- در صورتی که نمونه در بخش گرفته می شود، هیچگاه نمونه ادرار نباید بیش از ۳۰ دقیقه در دمای محیط باقی بماند. در صورتی که امکان تحویل نمونه در این فاصله به آزمایشگاه نباشد باید نمونه ها را در یخچال گذاشته و سپس به آزمایشگاه انتقال داد.

۲-۲- دستورالعمل ارسال نمونه از سوند ادراری :

ردیف	مراحل انجام کار
۱	حدود ۳۰ دقیقه قبل از نمونه گیری سوند ادراری را کلامپ نمایید.
۲	بهداشت دست را رعایت کنید.
۳	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۴	دستکش تمیز بپوشید.
۵	بالتر از محل دو شاخه شدن سوند ادراری کلامپ شود.
۶	چند دقیقه فرصت داده شود که ادرار در مثانه بیمار جمع شود.
۷	قسمت خروجی سوند که وصل به کیسه ادرار است الکل زده شود. جدا شود. کلامپ باز شود. قسمت اول ادرار دور ریخته شود و قسمت وسط ادرار جهت کشت ادرار در ظرف مخصوص کشت ادرار ریخته شود. اگر خود سوند پورت مخصوص نمونه گیری دارد آنرا با الکل یا گاز استریل و مایع صابون تمیز کنید و نمونه از پورت گرفته شود.
۸	دستکش را در آورید و بهداشت دست را رعایت کنید.
۹	برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر ، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبانیید. نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمایید.

توجه:

۱- نمونه گیری ادرار نباید از کیسه سوند ادراری صورت گیرد.

۲- نمونه گیری و کشت از نوک کاتتر فولی قابل قبول نیست.

۲-۳- دستورالعمل ارسال نمونه از سوند نلاتون :

سوند نلاتون یا کاتتر **Straight**: ابتدای مجرای ادرار را با آب و صابون مایع معمولی می شوئیم و پس از سوند گذاری قسمت اول ادرار را دور می ریزیم و بقیه را در ظرف استریل جمع می کنیم.

leal conduit urine: پس از تمیز کردن **stoma opening** با الکل، نوک کاتتر را به آرامی و به عمق $2/5$ سانتی متر داخل می بریم و صبر می کنیم تا ادرار به تدریج خارج و در ظرف نمونه گیری جمع شود.

توجه: به هیچ وجه نباید از **stoma bag** نمونه بگیرد.

۲-۴- نمونه ادرار سوپراپوبیک:

در شرایطی که بیمار نمی تواند ادرار کند، انجام می شود که باید یا سرتگ نمونه ادرار از داخل مثانه گرفته شود و اینکار گاهی در بچه های کوچک یا افراد سالخورده انجام می شود و حتی المقدور باید از راههای جایگزین استفاده شود.

۲-۵ نمونه گیری ادرار با سیستوسکوپی:

گرفتن ادرار به کمک کاتتر ضمن عمل سیستوسکوپی در اتاق عمل و توسط متخصص انجام می شود. در این روش می توان ادرار را جداگانه از دو حالب تهیه و متبع عفونت مشخص می شود.

شرایط رد نمونه:

- نمونه های بدون برچسب مشخصات بیمار
- نمونه هایی که در ظرفهای نامناسب به آزمایشگاه رسیده باشد.
- نمونه ی ادراری که بیش از تیم ساعت در حرارت اتاق مانده باشد یا نحوه نمونه گیری صحیح نباشد.
- کشت از توک کاتتر ادراری
- آلودگی ادرار با مدفوع یا ترشحات واژن و یا مواد آلوده دیگر

دستور العمل کشت خون

ردیف	مراحل انجام کار
۱	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	تأکید کنید که نمونه بایستی بدون آلودگی و تمیز باشد.
۳	بهداشت دست انجام شود.
۴	وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده شود.
۵	گازو را بسته و ورید مناسب را انتخاب کنید.
۶	دستکش تمیز بپوشید.
۷	ضد عفونی محل نمونه گیری به یکی از دو روش زیر انجام شود: ۱- محلولهای ترکیبی (الکل ۷۰٪- کلرهگزیدین ۲٪): حدود ۵ سانتی متر از اطراف محل ورود نیدل را به طور دورانی از داخل به خارج با گاز آغشته به محلول تمیز نمایند. ۱ تا ۲ دقیقه صبر کنید تا محلول کاملاً خشک شود. یا ۲- در ابتدا پوست ناحیه را با الکل ۷۰٪ با حرکت محکم دورانی از داخل به خارج به قطر تقریبی ۵ سانتی متر ضد عفونی کنید. پس از خشک شدن الکل همین کار را با بتادین تکرار و حداقل ۱ دقیقه صبر کنید تا محل ضد عفونی خشک شود (برای جلوگیری از آلودگی رعایت زمان توصیه شده بسیار اهمیت دارد). مجدداً با پنبه الکل از مرکز به طرف خارج موضع ضد عفونی گردد تا بتادین پاک شود.
۸	در صورت لزوم لمس مجدد ورید، باید توک انگشت در حالی که با دستکش پوشیده شده است یا بتادین یا محلول ترکیبی ضد عفونی شود.
۹	حجم مناسب از خون گرفته شود: بزرگسالان: ۱۰ سی سی کودکان: ۲-۵ سی سی نوزادان: ۲-۱ سی سی
۱۰	سریوش پلاستیکی را با الکل ۷۰٪ تمیز کنید. از به کار بردن بتادین جهت تمیز کردن سریوش پلاستیکی خودداری کنید.

۱۱	تبدل را عوض نکنید زیرا در نتیجه آزمایش تأثیر چندانی ندارد و احتمال فرو رفتن آن در دست وجود دارد.
۱۲	خون را وارد ظرف مربوطه نمائید (سعی کنید اینکار با فشار انجام نشود چون سبب لیزِ خون می شود).
۱۳	برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر ، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبائید. نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمائید. در نمونه های Bactec : برچسب مشخصات بیمار بر روی بارکد تیوب ها چسبائده نشود.
۱۴	ظرف کشت خون محتوی خون بیمار، را تا انتقال به آزمایشگاه در دمای محیط نگه دارید. (حداکثر تا مدت ۲ ساعت) ظرف مربوطه نباید در یخچال گذاشته شود.

توجه:

- ◆ نمونه گیری باید از وریدهای محیطی یا عروق شریانی انجام شود. گرفتن کشت خون از کاتترهای وریدی یا شریانی باعث افزایش احتمال مثبت کاذب شدن نمونه می گردد. اگر عروق مناسب وجود دارد از این محل ها نباید استفاده شود.
- ◆ نمونه گیری باید حتی الامکان از اندام های محیطی گرفته شوند، رگهای مرکزی و سرخرگ ها فقط زمانی که امکان خون گیری از سیاهرگهای محیطی امکاتپذیر نباشد، استفاده شوند.
- ◆ نمونه گیری نباید از کاتترهای وریدی یا شریانی گرفته شود، مگر مواردی که شک به عفونت کاتتر داخل رگی شود . در این صورت یک نمونه از کاتتر و نمونه دوم باید از محل طبیعی به دست آید

دستور العمل کشت تنفسی

۱- روش های غیر تهاجمی:

ردیف	مراحل انجام کار
۱	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	تاکید کنید که نمونه بایستی بدون آلودگی و تمیز باشد.
۳	دست های خود را با آب و صابون بشوید.
۴	از دست زدن به لبه و سطوح داخلی ظرف پرهیز نمایید.
۵	بهترین زمان نمونه گیری صبح اول وقت ناشتا می باشد.
۶	بیمار اگر قادر به گرفتن نمونه خلط خود می باشد: بیمار با یک سرفه عمیق خلط خود را جمع آوری و تا حد امکان از آلوده شدن با آب دهان اجتناب کند و نمونه را در ظرف استریل جمع آوری نماید. بیمارانی که قادر نیستند نمونه خلط خود را بگیرند از روش های القایی استفاده می شود: این نمونه به واسطه استنشاق محلول نمکی حاوی ۱۵٪ سدیم کلراید و ۱۰٪ گلیسرین برای حدود ۱۰ دقیقه و یا تا شروع سرفه عمیق بدست می آید.
۷	بهداشت دست رعایت گردد.
۸	برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبائید.
۹	نمونه بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمائید.

۲- روش های تهاجمی:

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وسایل مورد نیاز در دسترس و بر بالین بیمار آماده باشد.
۲	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۳	بهداشت دست را رعایت کنید.
۴	روش های تهاجمی شامل: ۱- نمونه گیری با سواب: دستکش تمیز بپوشید، سپس سواب استریل را به داخل اوروفارنکس وارد کنید و سواب را در امتداد لوزه ها و نواحی فارنکس قرار دهید. توجه: در نوزادان هنگام استفاده از سواب گلو از بستن بیتهی نوزاد اجتناب شود زیرا نوزادان معمولاً فقط از طریق بیتهی نفس می کشند.

<p>۲- اسپیراسیون اندوتراکتال: وسائل حفاظت فردی پوشیده شود، دستکش استریل بیوشید، ظرف جمع آوری نمونه را به دستگاه ساکشن وصل کنید. دستگاه ونتیلاتور را جدا کرده با استفاده از ساکشن نمونه را جمع آوری نمایید.</p> <p>۳- نمونه گیری BAL: به وسیله برتکوسکوپی و سایر روش های تهجمی تر انجام می گردد.</p>	
<p>دستکش را در آورید و بهداشت دست را رعایت کنید.</p>	۵
<p>برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبائید. نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمایید.</p>	۶

دستور العمل کشت زخم

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وسایل مورد نیاز در دسترس و بر بالین بیمار آماده باشد.
۲	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۳	ارزیابی سطح درد انجام شود و در صورت نیاز برای بیمار از مسکن استفاده شود.
۴	بهداشت دست را رعایت کنید.
۵	وسایل حفاظت فردی مورد نیاز پوشیده شود.
۶	با استفاده از سرم شستشو ابتدا اطراف و داخل زخم را شستشو دهید.
۷	بهداشت دست را رعایت کنید.
۸	ست پانسمان استریل باز شود.
۹	دستکش استریل بیوشید.
۱۰	<p>بر اساس نوع زخم نمونه مورد نظر گرفته شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیسه: با استفاده از سرنگ و سرسوزن استریل عمل آسپیراسیون را انجام داده و بدون آلودگی در ظرف مخصوص قرار دهید. • زخم های جراحی در محل بخیه تمیز: با استفاده از یک سواب به صورت دورانی نمونه گرفته شود. • زخم های جراحی در محل بخیه آلوده: با یک لانت استریل زخم را باز کنید، ترشحات اولیه را پاک کنید و سپس با استفاده از سواب استریل از پایه زخم نمونه برداری کنید. در صورتی که زخم عمیق باشد یا یک سرنگ و سرسوزن استریل نمونه را آسپیره کنید. • زخم های باز: با یک سرنگ و سرسوزن استریل نمونه را از عمق زخم آسپیره کنید. • زخم های سوختگی: اگر عفونت عمق دارد بهتر است نمونه کشت از عمق یافت و با روش بیوپسی و آسپیراسیون گرفته شود. (بهتر است تکه کوچکی از بافت سوخته را بیوپسی کرد) • عفونت احتمالی در ناحیه استخوان ها: با سرنگ استریل هر چه عمیق تر از محل عفونی شده نمونه برداری کنید.
۱۱	در صورتی که تیوب کشت خشک باشد جهت مرطوب نگه داشتن سواب نمونه، باید از نرمال سالین استریل استفاده گردد (از آب مقطر استفاده نشود).
۱۱	دستکش را در آورید و بهداشت دست را رعایت کنید.
۱۲	برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورتیکه بیمار تشابه اسمی دارد نام پدر، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبائید. نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمایید.

دستورالعمل نمونه گیری مستقیم از ارگان و درن ها

توجه : در صورتی که بیمار نیاز به کارگذاری وسیله ای در بدن دارد بهتر این است که نمونه کشت مورد نظر در اتاق عمل و قبل - حین یا بعد از کارگذاری وسیله گرفته شود .

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وسایل مورد نیاز در دسترس و بر بالین بیمار آماده باشد.
۲	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۳	ارزیابی سطح درد انجام شود و در صورت نیاز برای بیمار از مسکن استفاده شود .
۴	بهداشت دست را رعایت کنید.
۵	وسایل حفاظت فردی مورد نیاز پوشیده شود .
۶	ست پاتسمان استریل باز شود .
۷	محل مورد نظر شستشو و ضدعفونی شود <ul style="list-style-type: none"> • نمونه گیری مستقیم از ارگان: با استفاده از محلولهای ترکیبی (الکل ۷۰٪ - کلرهگزیدین ۲٪) محل نمونه گیری ضدعفونی شود . • نمونه گیری از درن : اطراف درن مورد نظر با استفاده از سرم شستشو، شستشو دهید سپس با محلول ضدعفونی زخم کلرهگزیدین دار اطراف خروجی درن را ضدعفونی نمایید.
۸	بهداشت دست را رعایت کنید.
۹	دستکش استریل بپوشید.
۱۰	بر اساس محل مورد نظر، نمونه گرفته شود : <ul style="list-style-type: none"> • نمونه گیری مستقیم از ارگان: با یک سرتگ و سرسوزن استریل نمونه را از عمق محل مورد نظر آسپیره کنید • نمونه گیری از درن: کمی بالاتر از محل خروجی درن چند دقیقه کلمپ شود، کیسه از خروجی جدا شود، سر خروجی با الکل ۷۰ درصد ضدعفونی شود . با سرتگ استریل نمونه مورد نظر گرفته شود .
۱۱	دستکش را در آورید و بهداشت دست را رعایت کنید.

برچسب حاوی اطلاعات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و در صورت که بیمار تشابه اسمی نام پدر ، تاریخ و ساعت نمونه گیری) را روی بدنه ظرف نمونه گیری بچسبانیید. نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال نمایید.	۱۲
---	----

منابع:

- ۱- راهنمای کشوری-نظام مراقبت های بیمارستانی
- ۱- پروتوز و سواندرث کلیه و مجاری ادراری مریم حضرتی، زهرا تشابه
- ۲- اصول پرستاری تیلور، ترجمه مهسا شریفی-تودهی
- ۲- راهنمای آزمایشگاهی تشخیص عفونتهای بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری ها، آزمایشگاه مرجع سلامت
- ۴- اصول پرستاری کوزیر ۱۸- ۲
- ۵- دستورالعمل پیشگیری از عفونت ادراری CDC

دستورالعمل نمونه گیری کشت خون جهت دستگاه BACTEC

روش نمونه گیری و توجهات پرستاری:

1. از هویت بیمار یا تطابق فرم درخواست آزمایش و دستبند شناسایی بیمار مطمئن شوید.
2. دست ها را بهداشتی نموده و دستکش تمیز بپوشید.
3. در صورت احتمال تماس نوک انگشتان با محل فرورفتن سوزن در رگ ، نوک انگشتان ضد عفونی شود.
4. رگ مناسب را حتی الامکان از عروق محیطی یا شریانی اندام های محیطی انتخاب کنید.
5. بجز در مواردی که رگ مناسب نیست، نمونه خون از کاتترهای وریدی یا شریانی بدلیل افزایش احتمال مثبت کاذب شدن گرفته نشود.
6. از عروق مرکزی و شریان ها فقط زمانی که امکان خونگیری از سیاهرگ های محیطی امکان پذیر نباشد استفاده شود.
7. پوست ناحیه نمونه گیری را حدود 5 سانتی متر از اطراف محل ورود نیدل بطور دورانی با گاز آنتی سبت به محلول ضد عفونی به یکی از دو روش زیر ضد عفونی کنید.
 - ضد عفونی با محلول یادی پریپ (الکل 70% - کلر هگزیدین 2%)
 - ضد عفونی در سه مرحله: ابتدا با الکل 70% ، سپس با بتادین (1 تا 2 دقیقه صبر کنید) پس از خشک شدن بتادین مجدداً با الکل 70%
 - سرویش لاستیکی ظرف کشت خون را با الکل 70% ، ضد عفونی کنید از بتادین استفاده نشود .
8. مطابق با دستورالعمل قید شده روی ظرف نمونه گیری ، حجم مورد نیاز را از بیمار خونگیری نمایند. (برای اطفال 1-3 سی سی و جهت بزرگسالان 10-8 سی سی)
9. نیدل نمونه گیری را تعویض نکنید تعویض نیدل در نتیجه آزمایش تأثیرچندانی ندارد و احتمال مواجهه را افزایش می دهد .
10. خون را وارد ظرف کشت خون نمائید .
11. برچسب مشخصات بیمار را روی شیشه در جای مناسب بچسبائید . با توجه به اینکه بارکد ظروف کشت خون جهت استفاده در دستگاه ضروری می باشد برچسب مشخصات روی بارکد چسبانده نشود .
12. ظرف کشت محتوی خون بیمار را در اسرع وقت به آزمایشگاه ارجاع دهید.

توجه: ظرف نمونه نیابستی در یخچال گذاشته شود تا زمان انتقال به آزمایشگاه آن را در دمای محیط نگه دارید
منبع : دستورالعمل ارسالی از کمیته اجرایی کنترل عفونت دانشگاه مورخ خرداد ۱۳۹۸

بمبارستان شهید چمران
واحد کنترل عفونت

اصول مراقبت در پیشگیری و مبارزه با بیمار های واگیر

بیماری های واگیر بیماری هایی هستند که عامل ایجاد کننده آنها به صورت مستقیم یا غیر مستقیم از منبع یا مخزن بیماری به انسان سالم سرایت می کند

طبقه بندی بیماری ها در مراقبت :

از نظر اپیدمیولوژی case یا مورد به فردی از یک جمعیت یا گروه اطلاق می شود که بیماری ، اختلال و یا شرایط خاص تحت بررسی داشته باشد که می تواند تحت دسته بندی زیر قرار گیرد :

- ۱- مورد مشکوک (suspected case) که بر اساس تشخیص بالینی و بدون انجام آزمایشات بالینی تعریف می شود مانند مورد مشکوک به تفوئید با علائمی مانند: تب ، سر درد، شکم درد، اسهال یا یبوست یا راش پوستی
- ۲- مورد محتمل (probable) که براساس تعریف مشکوک به همراه تست های آزمایشگاهی مانند داشتن تعریف مشکوک بیماری تفوئید همراه با افزایش چهاربرابر تیترویدال طی ۲ هفته
- ۳- مورد قطعی (confirmed) براساس تشخیص بالینی و تایید بررسی آزمایشگاهی مسجل می شود مانند مورد قطعی تیفوئید از طریق جدا کردن سالمونلا از نمونه های خون ، ادرار ، مدفوع و مغز استخوان

پیشگیری و مبارزه با بیماری ها :

تعریف پیشگیری :

عبارت است از ارتقاء سلامتی ، حفظ سلامتی و احیاء آن به هنگام آسیب دیدن و به حداقل رساندن رنج و ناراحتی ناشی از آسیب

سطوح پیشگیری :

- ۱- پیشگیری سطح اول : که پیش از بیماری یا انحراف از سلامتی انجام می شود مانند واکسیناسیون ، رعایت اصول اولیه جهت پیشگیری از بروز پرفشاری خون
- ۲- پیشگیری ثانویه : تشخیص زود رس و درمان بیماری به منظور پیشگیری از پیشرفت بیماری
- ۳- پیشگیری نوع سوم: تدابیر لازم جهت کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانی های حاصل از بیماری

مبارزه با بیماری های واگیر :

مجموعه مداوم عملیاتی که با هدف کاهش شیوع بیماری انجام می گیرد و شامل مراحل زیر است :

- ۱- کنترل بیماری (از طریق افزایش پوشش واکسیناسیون و مراقبت فعال)
 - ۲- حذف بیماری : قطع زنجیر انتقال بیماری
 - ۳- ریشه کنی: از بین بردن عامل بیماری زا
 - ۴- بیمار یابی : از طریق آزمون های بالینی و آزمایشگاهی
 - ۵- تشخیص : از طریق روش های بالینی یا آزمایشگاهی و یافته های اپیدمی
 - ۶- ارجاع : انتقال بیمار به سطوح ارائه کننده خدمات مورد نیاز
 - ۷- پایش : اندازه گیری مداوم عملکرد خدمات بهداشتی یا پی گیری مستمر فعالیت ها
 - ۸- نظارت : هدایت حرکت در مسیر رسیدن به هدف
- پرستار بایستی از راهنمای واکسیناسیون کشوری آگاهی داشته باشد و مهم تر از آن تاکید بر لزوم آگاهی از واکسیناسیون کارکنان بیمارستان یعنی :

- ✓ سه نوبت واکسن هیپاتیت و چک تیترا آنتی بادی
- ✓ کزاز - دیفتری (d.T)
- ✓ سرخک ، سرخجه و اوریون (MMR)
- ✓ آنفلوانزا به صورت سالانه بر اساس سیاست مرکز مدیریت بیماری ها

➤ هرگونه گاز گرفتگی حیوان اعم از اهلی و وحشی را بایستی هاری تلقی نموده و اقدامات گزارش دهی پیشگیری و درمان را انجام داد

اهداف مراقبت از بیماری های واگیر

- ۱- پایش سیر بیماری که به طراحی برنامه های مطابق با شرایط جدید بیماری منجر می شود
- ۲- کمک به تعیین هویت و انجام پژوهش و کنترل اپیدمی ها
- ۳- تعیین گروه های در معرض خطر بیماری و مرگ برای بیماری های دارای اولویت
- ۴- ارزیابی تاثیر فعالیت های پیشگیری و درمان بر میزان بروز و شیوع
- ۵- تعیین اولویت های موجود در بین فعالیت های کنترل بیماری

بیماری های واگیر مشمول مراقبت در کشور

- ۱- بیماری های قابل پیشگیری با واکسن (دیفتری - کزاز - سیاه سرفه - هپاتیت ب - فلج اطفال - سرخک - مننژیت)
- ۲- STI بیماری های منتقله از طریق تماس جنسی مثل سیفیلیس و ایدز و زگیل تناسلی
- ۳- مالاریا
- ۴- سل و جذام
- ۵- بیماری های مشترک بین انسان و دام (بروسلوز ، هاری ، لیشمانیوز ، سیاه زخم ، کیست هیداتیک ، CCHF ، لپتوسپیروز و ...)
- ۶- بیماریهای انگلی و روده ای (وبا ، تفوئید ، اسهال خونی ، بوتولیسم ، توکسوپلاسموز ، پدیکلوزیس ، تب کنه ای - عود کننده ، ماسیولا و ...)

بیماری های گروه A: باید به صورت تلفنی گزارش شوند

تب زرد	بوتولیسم	فلج شل حاد	وبا
مننژیت	سرخک	کزاز نوزادی	CCHF
AEFI	طاعون	تیفوس شپشی	مالاریا
هر گونه طغیان بیماری	دیفتری	سیاه سرفه	مرگ ناشی از هاری

بیماری های گروه B: باید به صورت هفتگی یا ماهانه گزارش شوند

جذام	اسهال خونی	پارا تفوئید	تیفوئید
سل	هپاتیت های ویروسی	تب بازگرد کنه ای	لیشمانیوز
شیستوزوز میازیس	کزاز	لپتوسپیروز	تب مالت
فاسیو لازیس	سیاه زخم	ایدز	بیماریهای آمیزشی

توجه:

بیمار یهای مشمول گزارش تلفنی بایستی در اسرع وقت به مرکز بهداشت منطقه گزارش و در فرم مذکور تاریخ ساعت و نام فرد گزارش دهنده و گزارش گیرنده ثبت گردد

کلیه بیماری های واگیر قابل گزارش در سطح ملی بایستی در فرم مربوط ثبت و در زمان مناسب جهت سوپروایزر کنترل عفونت ارسال گردد



وزارت بهداشت

لیست بیماری ها و سندرم های واگیر تحت مراقبت در جمهوری اسلامی ایران

SUBSTANCE OF COMMUNICABLE DISEASES AND SYNDROMES BY CLIN

در صورت مشاهده هر یک از بیماری های واگیر و یا سندرم های تحت مراقبت، به واحد بهداشتی تعیین شده

(برگزین بهداشت غیر مسکن / گزارش های کلینی / عفونت بیمارستان) گزارش گردد



مرکز ملی بیماری های واگیر
تهران - خیابان ولیعصر
پلاک ۱۰۰

لیست بیماری های عمده تحت مراقبت

<p>بیماری های واگیر</p> <p>بیماری های واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>بیماری های واگیر</p> <p>بیماری های واگیر با اهمیت متوسط که در صورت مشاهده باید به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>بیماری های واگیر</p> <p>بیماری های واگیر با اهمیت کم که در صورت مشاهده باید به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>
--	--	---

لیست سندرم های واگیر تحت مراقبت (سندرم های واگیر)

<p>1- سندرم ریه و ریه های کوچک (H5N1)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>2- سندرم ریه و ریه های کوچک (H7N9)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>3- سندرم ریه و ریه های کوچک (H1N1v)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>
<p>4- سندرم ریه و ریه های کوچک (H5N1)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>5- سندرم ریه و ریه های کوچک (H7N9)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>6- سندرم ریه و ریه های کوچک (H1N1v)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>
<p>7- سندرم ریه و ریه های کوچک (H5N1)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>8- سندرم ریه و ریه های کوچک (H7N9)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>9- سندرم ریه و ریه های کوچک (H1N1v)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>
<p>10- سندرم ریه و ریه های کوچک (H5N1)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>11- سندرم ریه و ریه های کوچک (H7N9)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>12- سندرم ریه و ریه های کوچک (H1N1v)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>
<p>13- سندرم ریه و ریه های کوچک (H5N1)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>14- سندرم ریه و ریه های کوچک (H7N9)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>	<p>15- سندرم ریه و ریه های کوچک (H1N1v)</p> <p>بیماری واگیر با اهمیت بالا که در صورت مشاهده باید بلافاصله به مراکز بهداشتی گزارش شود.</p>

دستورالعمل کلی جهت تعویض پاره ای از وسایل و تجهیزات

عنوان	مدت قبلی
آنژیوکت	۹۶ ساعت یکبار
ست سرم	۷۲ ساعت یکبار بعد از دریافت فرآورده های چربی و آمینواسیدی هر ۲۴ ساعت تعویض شود
میکروست	۵ روز، بخش های NICU هر ۳ روز پس از hyper alimentation و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود
تری وی	۵ روز یکبار
هپارین لاک	۷۲ ساعت یکبار
اکستنشن تیوب	۵ روز یکبار
ست خون	به ازای هر ترانسفیوژن
باتل سرم (تزریقی و شستشو)	۲۴ ساعت یکبار
کات داون	یک ماه در صورت اندیکاسیون تعویض شود
ست تجویز پروپوفول	۱۲-۶ ساعت، یا در صورت تعویض ویال
سوند معده	در صورت اندیکاسیون بالینی
سوند ادراری داخلی	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت، انسداد و ...) توجه: در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام شود
فولی اکسترنال	۴۸ ساعت یکبار
کیسه ادراری	زمان تعویض سوند ادراری و در صورت اندیکاسیون بالینی (آلودگی، پارگی)
کاتتر ورید مرکزی	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت، انسداد و...)
پانسمان کاتتر ورید مرکزی	پوشش گازی استریل ۲۴ ساعت، پوشش شفاف استریل هر ۷ روز (در صورت آلودگی، خیس یا شل شدن بایستی در اسرع وقت تعویض گردد)
کاتتر شریان محیطی	در صورت اندیکاسیون بالینی
تیوب اندوتراکیال	در صورت اندیکاسیون بالینی
تیوب ساکشن	اختصاصی برای هر بیمار - تعویض هر ۳ روز
کاتتر ساکشن	یکبار مصرف
لوله خرطومی ونتیلاتور	در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب (اختصاصی برای هر بیمار)
فیلتر HME (Heat Moisture Exchanger)	۹۶ ساعت یکبار (اختصاصی برای هر بیمار)
چست لید	در صورت آلودگی، جدا شدن یا کارکرد معیوب
سرنگ متصل به پمپ انفوزیون	با تزریق هر دارو
سرنگ گاواژ	هر ۲۴ ساعت یکبار
سیفتی باکس	پس از پرشدن ۳/۴ آن معدوم گردد

تذکر: هر کدام از موارد فوق، در صورت دستور پزشک معالج مبنی بر تغییر زمان، اجرایی است.

تاریخ بازنگری و ابلاغ: مرداد

بسمه تعالی

قابل توجه همکاران محترم بخش ها و واحدهای درمانی

باسلام

احتراما در خصوص وسایل استریل ارسالی از واحد CSSD به بخش ها به استحضار می رساند که تاریخ مصرف و انقضاء وسایل استریل گردیده به شرح زیر می باشد:

- وسایل استریل در بسته بندی کاغذی (سلولزی) به صورت دولایه: تا دو ماه پس از تاریخ استریل قابلیت استریل ماندن را دارد
- وسایل استریل در بسته بندی پارچه ای منسوج به صورت دولایه: تا یک هفته پس از تاریخ استریل قابلیت استریل ماندن را دارد

نکته: لازم به ذکر می باشد قابلیت استریل ماندن وسایل تنها به شرطی می باشد که بسته بندی مرطوب، کثیف و یا دچار پارگی نگردد.

واحد کنترل عفونت

بیمارستان شهید دکتر چمران

رونوشت:

- ✓ مدیر محترم پرستاری جهت اطلاع
- ✓ مسئول محترم CSSD جهت اطلاع و نظارت

منابع:

- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- مراقبت های مدیریت شده - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- استانداردهای خدمات پرستاری
- مدیریت بیماری های واگیر

