



## پیشگیری و کنترل عفونت

# پیشگیری و کنترل عفونت

بیمارستان از روشهای شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل مینماید

بیمارستان از صحت عملکرد دستگاههای استریل کننده اطمینان حاصل مینماید

بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت میشوند

بهداشت دستها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت میشود.

خطر انتقال عفونتهای ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل میشود.

تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیکها در سطح بیمارستان برنامه ریزی و هدایت میشود

بیمارستان از انتقال بیماریهای قابل سرایت پیشگیری مینماید.

# ۱- بیمارستان از روشهای شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل مینماید.

## پاکسازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضد عفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمونهای کنترل کیفی ارزیابی میشود. سطح یک

- پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلولهای آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر
- رعایت حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاکسازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل
- ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخشها و اورژانس
- استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو
- استفاده از هوای پرفشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخشهای آندوسکوپی
- انجام کلیه گامهای فرایند پاکسازی و گندزدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی
- پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تستهای موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاقهای عمل
- نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش/ مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم
- چند نکته در خصوص پاکسازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضد عفونی
- ۱. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دقیق دستی شوند.
- ۲. قسمتهای قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آنها بعد از شستشو جدا شود.
- ۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده شود.
- ۴. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده شود.
- ۵. شستشوی ابزار اسکوپ در واحدهای ذیربط به صورت مکانیزه انجام شود

# بیمارستان از روشهای شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل مینماید.

## استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام میشود.

- شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به بخشها/ واحدها
- انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود
- استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده
- کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج
- برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد کامل ضروری است.

## صحت عملکرد و کیفیت محلول های گندزدای سطح بالا، با روشهای کنترل کیفی برنامه ریزی و اجرا میشود.

- بکارگیری مملولهای گندزدای سطح بالی مورد تأیید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده
- پایش کیفیت فرایند گندزدایی مملولهای سطح بال به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تستهای سوآپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون مملول
- آموزش و نظارت بر نمونه آماده سازی و استفاده از مملولهای گندزدای سطح بال توسط سرپرستار بخش/ واحد استریلیزاسیون
- رعایت تکنیک آماده سازی مملولها در ممل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری مملول در ظروف مناسب درب دار
- نگهداری ایمن و رقیق سازی مملولهای سطح بال طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
- انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی مملول عد عفونی سطح بال از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.
- ابزار سوآپینگ هر مملول، ارزیابی کننده میزان غلظت مملول بوده و کاربرد آن توسط شرکتهای سازنده مشخص میگردد.

# ۲- بیمارستان از صحت عملکرد دستگاههای استریل کننده اطمینان حاصل مینماید

## استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.

- شناسایی اقلام خاصی با احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری
- اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص
- پیش بینی فهرست انواع اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ در بیمارستان
- پیش بینی تعداد اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین
- شرایط استریلیزاسیون فوری
- ۱. معمولاً استریلیزر ضرطاری (سریع) در اتاق عمل قرار میگیرد.
- ۲. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۵-۱۳۲ درجه سانتی گراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می شود.
- ۳. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۲ درجه سانتی گراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلخل تا ۱۰ دقیقه زمان میبرد.
- ۴. وسیله بایستی بدون پوشش در استریلیزر اضطراری (سریع) قرار گیرد.
- ۵. قبل از استفاده وسیله/ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد

## \* قبل از هرگونه استفاده از بسته های استریل از نتایج آزمون های شیمیایی اطمینان حاصل میشود.

- اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته های استریل
- عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم انطباق
- انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق

## \* آزمونهای اطمینان از عملکرد دستگاه های استریل کننده برنامه ریزی و انجام میشود.

- وجود تستهای پایش فرایند استریلیزاسیون و استفاده از آنها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن
- استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم
- استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم
- انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی
- انجام و ثبت نتایج آزمون بووی-دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاههای پری و کیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی

# بیمارستان از صحت عملکرد دستگاههای استریل کننده اطمینان حاصل مینماید

## برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.

- ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل
- نظارت توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
- حداقل اطلاعات الزم روی برچسب هر بسته استریل
  ۱. تاریخ و شیفت کاری
  ۲. شماره/کد دستگاه استریل کننده
  ۳. تاریخ انقضا مصرف بسته استریل
  ۴. چرخه بارگذاری
  ۵. نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل
  ۶. نام ست

## سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری میشود.

- وجود نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاههای استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد
- وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تستهای انجام شده برای هر دستگاه
- وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمونهای روزانه و آزمونهای بیولوژیک/پرینت دستگاه
- ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمونهای کالیبراسیون برای هر دستگاه
- نگهداری مستندات حداقل برای یک سال
- مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل است
  ۱. شماره/کد مخصوص هر اتوکالو
  ۲. نتایج آزمون اسپور
  ۳. نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد.
  ۴. نام مسئول هر چرخه بارگذاری
  ۵. هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm و آزمونهای کالیبراسیون
- ارزیابی این سنجه شامل استریلیزر فوری و پالسمای نیز میگردد

# ۳- بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت میشوند

**واحد استریل‌زاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.**

- تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریل‌زاسیون
- برنامه ریزی صحیح در نوبتهای کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت
- وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی مملول عدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان
- آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریل‌زاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت
- مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت
- چند نکته در خصوص واحد استریل‌زاسیون
- ۱. انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه انجام شود.
- ۲. مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت شود.
- ۳. فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی تفکیک شود.
- ۴. در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده شود.
- ۵. مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاریها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود.
- ۶. تمویل ستهای استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود

# بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت میشوند

## الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته های استریل برنامه ریزی و مدیریت میشود.

- وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخشهای دارای بسته های استریل
- وجود دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل
- وجود فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل
- انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف
- تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری
- هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تالی های کمدهار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها
- رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ستهای استریل بر اساس دستورالعمل مربوط



# بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت میشوند

**\* در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.**

- ساختار فیزیکی اتاق عمل / کت لب و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل
- تفکیک، نشانه گذاری و رعایت ورود به فضاهای پشتیبانی، تمیز و استریل اتاق عمل و تمامی فضاهای نیازمند رعایت موازین استریل

# ۴- بهداشت دستها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت میشود.

میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روشهای استاندارد اندازه گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

- اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری
- انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تملیل نتایج ارزیابی
- اندازه گیری انجام اسکراب دست در کلیه بخشهای دارای پروسجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاقهای عمل
- پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعالم شده از سوی سازمان جهانی بهداشت
- ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروههای حرفهای
- ۱. اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخشها/واحدهای درمانی با روشهای قابل اطمینان
- ۲. انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود براساس نتایج
- ۳. مدیریت و برنامه ریزی ممیزیها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمانبندی
- ۴. ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
- ۵. باز خورد نتایج ممیزی به واحدها / بخشهای مربوطه

\* امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخشها / واحدها فراهم شده است.

- وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روشهای استاندارد در تمامی بخشها/واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره
- ۱ پروسیجرهای تهاجمی
- وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیتهای ارائه
- در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب
- جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری
- سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست
- / استفاده از افشانه جیبی
- دسترسی آسان به محلولهای ضد عفونی با پایه الکلی ( وجود افشانه) در موقعیتهای ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد

# بهداشت دستها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت میشود.

## \* ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.

- ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت
- فرهنگ سازی و ارزش گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
- رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش پایدار سازمانی در بیمارستان
- معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقا بهداشت دست
- ۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
- ۲. تغییر سیستم
- ۳. آموزش
- ۴. ارزشیابی و بازخورد
- ۵. استفاده از یادآورها در ممیط کار

# ۵- خطر انتقال عفونتهای ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل میشود.

## بیماریابی در موارد عفونتهای بیمارستانی برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشاندهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.

- تعیین روشهای موثر شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی در حین بستری بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری
- تعیین روشهای شناسایی فعال عفونتهای بیمارستانی پس از ترخیص بیماران
- همخوانی نتایج بیماریابی با آمار کشوری مورد انتظار در عفونتهای بیمارستانی

## \* روشهای پیشگیری و کنترل عفونتهای شایع بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.

- تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی" با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرایند
- آگاهی کارکنان از روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی"
- انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی"

## بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونتهای بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام میشود.

- وجود سامانه ثبت و گزارش دهی موارد بروز عفونتهای بیمارستانی
- ثبت موارد ماهیانه عفونتهای بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونتهای بیمارستانی"
- بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش
- برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونتهای بیمارستانی و اپیدمی بیماریهای واگیر به صورت فوری

# خطر انتقال عفونتهای ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل میشود.

## اثر بخشی برنامه های پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی ارزیابی میشود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.

- خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت
- تعیین زمان بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس چک لیست مصوب کمیته
- کاهش نرخ عفونت های بیمارستانی

## \* نمونه مراقبت و کنترل طغیان عفونتهای بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.

- تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی
- طرح موارد طغیان از طرف تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته
- ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونتهای بیمارستانی

## ۶- تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیکها در سطح بیمارستان برنامه ریزی و هدایت میشود.

### حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومتهای میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار میگیرد.

- گزارش نتایج مقاومتهای میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سه ماه یکبار
- تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
- بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیکها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان
- طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود در زمینه روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک با مشارکت گروه های تخصصی بیمارستان

### تجویز و مصرف آنتی بیوتیکها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا میشود.

- تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
- مدیریت مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی
- اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب
- تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل / پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر

# ۷- بیمارستان از انتقال بیماریهای قابل سرایت پیشگیری مینماید

## بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش میشوند.

- آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه
- اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
- سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی
- تضمین اجرای پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط
- شناسایی موارد قابل گزارش بیماریهای واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل
- در دسترس بودن فهرست بیماریهای واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
- آگاهی کارکنان ذیربط از بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی و انطباق عملکرد آنان
- گزارش بیماریهای واگیر مشمول گزارشدهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت
- الف بیماریهای مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تبهای خونریزی دهنده ویروسی، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)
- بیماریهای مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیمهاری های مقاربتی، انواع هیپاتیت های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیازیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتیک، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.

# بیمارستان از انتقال بیماریهای قابل سرایت پیشگیری مینماید.

## بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آنها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز میشوند. سطح یک

- وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
- وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز

## جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میشود. سطح یک

- جداسازی و مراقبت بیماران ممتل و مشکوک به بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخشها/ بخش اورژانس بر اساس استاندارد
- شناسایی موارد گزارش بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل
- در دسترس بودن فهرست بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
- گزارش بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح
- آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان اورژانس و بخشهای بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه

## برای کارکنان و افراد در معرض بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبتهای لازم فراهم میشود. سطح یک

- وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخشها/ واحدها
- وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخشها/ واحدها
- دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی
- رعایت ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی