|  |
| --- |
| **دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي،درماني تهران****معاونت درمان** |
|
|
|  **چك ليست نظارتي واحد کنترل عفونت**  |
| نام بيمارستان :  |
| فرد پاسخگو :  |  نام بازديد كنندگان :  |
| روز بازديد: تاريخ : ساعت: |
| حداكثر امتياز: **114** | امتياز مكتسبه :  |
| **رديف** | **محور** | **عناوين مورد سنجش** | خیر(کمتر از 33%) | تا حدودی (66%-33%) | بلی( بیشتر از 66%) | توضيحات |
| **0** | **1** | **2** |
| **1** | **مستندات کلی**  | **وجود برنامه عملیاتی واحد کنترل عفونت** |   |   |   | عناوین برنامه عملیاتی بر اساس نتایج شاخص های کنترل عفونت نوشته شده باشد.  |
| **2** | **وجود شاخصهای کنترل عفونت = میزان عفونت بیمارستانی** |   |   |   | بررسی مستندات به صورت مقایسه ای با سال قبل موجود باشد و اقدام اصلاحی در خصوص آن نوشته شود. |
| **3** | **وجود شاخصهای کنترل عفونت = میزان مواجهه شغلی** |   |   |   | بررسی مستندات به صورت مقایسه ای با سال قبل موجود باشد و اقدام اصلاحی در خصوص آن نوشته شود. |
| **4** | **وجود شاخصهای کنترل عفونت = میزان مقاومت میکروبی** |   |   |   | بررسی مستندات به صورت مقایسه ای با سال قبل موجود باشد و اقدام اصلاحی در خصوص آن نوشته شود. |
| **5** | **وجود شاخصهای کنترل عفونت = میزان پذیرش بهداشت دست** |   |   |   | بررسی مستندات به صورت مقایسه ای با سال قبل موجود باشد و اقدام اصلاحی در خصوص آن نوشته شود. |
| **6** | **وجود خط مشی های کنترل عفونت** |   |   |   | مشاهده خط مشی ها |
| **7** | **مستندات برکزاری کمیته کنترل عفونت** |   |   |   | وجود صورتجلسات کمیته، شاخص های مربوط به تعداد جلسات برگزار شده، درصد اجرایی شدن مصوبات، درصد حضور اعضا و ... |
| **8** | **وجود پایش و ممیزی فعالیت های پیشگیری و کنترل عفونت و ارائه بازخورد.** |  |  |  | مشاهده مستندات |
| **9** | **وجود استراتژی های چندگانه برای مداخلات پیشگیری و کنترل عفونت (آموزش-پایش و بازخورد-ارتباط و یادآورها- جو سالم و تغییر فرهنگ)** |  |  |  | مشاهده مستندات |
| **10** |  | **وجود ساختار محیط، وسایل و تجهیزات برای پیشگیری و کنترل عفونت در مرکز (آب- امکانات بهداشتی و بهداشت دست-منبع انرزی،تهویه و تمیز کردن- قرارگیری بیماران و وسایل حفاظت فردی- مدیریت پسماند و فاضلاب- آلودگی زدایی و استرلیزاسیون)** |  |  |  | مشاهده |
| **1** | **آموزش** | **موجود بودن دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش ها** |   |   |   | وجود کتابچه دستورالعمل  |
| **2** | **آگاهی سرپرستاران بخش ها از شاخص های کنترل عفونت** |   |   |   | مصاحبه با حداقل سه سرپرستار |
| **3** | **برنامه آموزشی جهت پرسنل کادر درمان و نیروهای جدید الورود** |   |   |   | بررسی تقویم آموزشی بر اساس نیازسنجی آموزشی |
| **4** | **تهیه پوسترهای آموزشی** |   |   |   | مشاهده |
| **1** | **گزارش موارد عفونت بیمارستانی** | **گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در سیتم نرم افزار وزارت بهداشت** |   |  |   | ارسال آمار عفونت های بیمارستانی از طریق نرم افزار |
| **2** | **وجود فرم های شماره یک و دو تایید شده توسط پزشک کنترل عفونت** |  |   |   | فرم های شماره یک به صورت تک برگی و برای هر بیمار تکمیل می شود و در صورت تایید پزشک در فرم شماره دو وارد می شود و در سیستم پورتال ارسال می شود |
| **3** | **زمان ارسال آمار عفونت های بیمارستانی در هرماه به معاونت درمان** |   |   |   | آمار هر ماه باید تا دهم ماه بعد ارسال شود.  |
| **4** | **روش های پیشگیری و کنترل عفونت های شایع بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **5** | **بیماریابی در موارد عفونت های بیمارستانی برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.** |  |  |  | مشاهده مستندات و مصاحبه |
| **6** | **نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت های بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.** |  |  |  | مشاهده مستندات |
| **7** | **اثربخشی برنامه های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ارزیابی می شود و نتایج آن موید کاهش بروز عفونت های بیمارستانی است.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **8** | **آیا دارای دپارتمان کنترل عفونت فعال می باشند؟** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **1** | **پیشگیری از مواجهه شغلی در پرسنل** | **تشکیل پرونده بهداشتی براي کاركنان در معرض خطر** |   |  |   | وجود پرونده |
| **2** | **پیگیری موارد مواجهه شغلی و ثبت موارد مواجهه شغلی در پرونده پرسنل** |   |  |   | بررسی مستندات موجود در پرونده بهداشتی |
| **3** | **وجود پروتکل فرآیند مواجهه شغلی در ایستگاه پرستاری بخش ها** |   |  |   | وجود پروتکل و آگاهی پرسنل از فرآیند |
| **1** | **بهداشت دست** | **متناسب بودن تعداد محلولهای HAND RUB با تعداد تخت ها و اتاق های بیماران** |   |  |   | در بخش های ویژه و اورژانس یک هندراب برای هر تخت و در بخش های معمولی یک هندراب برای دو تخت |
| **2** | **میزان رعایت و پذیرش بهداشت با روش های استاندارد اندازه گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی موثر به عمل می آید.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **3** | **ضدعفونی مناسب دیسپنسر** |   |  |   | مشاهده |
| **4** | **نصب دستمال کاغذی** |   |  |   | مشاهده وجود دستمال کاغذی کنار هر سینک دستشویی |
| **5** | **برنامه منظم شستشوی ظروف حاوی مایع صابون** |   |  |   | مشاهده |
| **6** | **برنامه شستشوی سینک دستشویی** |   |  |   | مشاهده |
| **7** | **وجود محلول نرم کننده** |   |  |   | مصاحبه با حداقل سه پرستار در هر بخش |
| **8** | **ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت بهداشت دست در بین کارکنان برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **1** | **SAFETY BOX** | **نصب بودن SAFETY BOX ها بر روی پایه یا ترالی** |   |  |   | مشاهده |
| **2** | **دارابودن تاریخ بر روی آنها و تعویض به موقع** |   |  |   | ظروف ایمن باید هر 72 ساعت یکبار تعویض شوند و یا در صورت پرشدن بیش از سه چهارم حجم آن |
| **3** | **عدم وجود زباله های غیر برنده و نوک تیز داخل SAFETY BOX** |   |  |   | مشاهده |
| **1** | **تجهیزات استریل** | **وجود لیبل برروی ست ها** |   |  |   | اطلاعات لیبل باید شامل فرد پگ کننده، شماره دستگاه، تاریخ استریل و انقضا باشد. |
| **2** | **رعایت قانون FIRST IN/FIRST OUT** |   |  |   | ست هایی که تاریخ انقضا نزدیک تر دارند در ابتدا قرار گیرند و زودتر استفاده شوند.  |
| **3** | **سالم بودن پگ ها و ست ها** |   |  |   | مشاهده عدم خیس بودن، عدم پارگی، عدم کثیفی و .... |
| **4** | **اندیکاتور متناسب با وسیله استریل (کلاس 6 یا 4)** |   |  |   | وسایل کمتر از 5 قلم، اندیکاتور کلاس چهار و بیش از 5 قلم اندیکاتور کلاس پنج داشته باشد.  |
| **5** | **نصب اندیکاتور در پرونده بیمار پس از باز کردن ست** |   |  |   | مشاهده در داخل پرونده |
| **6** | **پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون های کنترل کیفی ارزیابی می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **7** |  | **استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **8** | **آزمون های اطمینان از عملکرد دستگاه های استریل کننده برنامه ریزی و انجام می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **9** | **قبل از هرگونه استفاده از بسته های استریل، از نتایج آزمون های شیمیایی اطمینان حاصل شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **10** | **استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **11** | **سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده حداقل برای یک سال نگهداری می شود.** |  |  |  | مشاهده |
| **12** | **برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان باشد.** |  |  |  | مشاهده |
| **13** | **در واحد استرلیزاسیون،استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف،تمیز و استریل، تفکیک و نشانه گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **14** | **الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته های استریل برنامه ریزی و مدیریت می شود.** |  |  |  | مشاهده |
| **15** | **در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهای نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیراستریل وجود ندارد.** |  |  |  | مشاهده  |
| **1** | **نحوه گندزدایی تجهیزات**  | **وجود دستورالعمل نحوه گندزدایی تجهیزات در داخل بخش** |   |  |   | مشاهده دستورالعمل  |
| **2** | **نحوه تهیه محلول گندزدا، نوع و غلظت محلول مورد استفاده** |   |  |   | آگاهی و عملکرد پرسنل در خصوص استفاده از محلول |
| **3** | **انجام سوآپینگ جهت اطمینان از صحت عملکرد محلول** |  |   |   | از اندیکاتورهای مخصوص جهت تعیین غلظت محلول استفاده می شود. |
| **4** | **صحت عملکرد و کیفیت محلول های گندزدای سطح بالا، با روش های کنترل کیفی برنامه ریزی و اجرا می شود.** |  |  |  | مشاهده مستندات و تست های انجام شده |
| **1** | **نظافت بخش** | **مشخص بودن برنامه نظافت بخش** |   |   |   | وجود برنامه هفتگی نظافت برای بخش |
| **2** | **تفکیک دستمال های گردگیری** |   |   |   | وجود سه یا چهار رنگ گردگیر برای مناطق تمیز، کثیف، اداری |
| **3** | **مستندات آموزشی جهت پرسنل خدمات** |   |   |   | بررسی آگاهی و عملکرد خدمات با ممصاحبه و مشاهده عملکرد |
| **1** | **فلومتراکسیژن** | **خشک بودن مخزن فلومتر ، در صورت عدم استفاده** |   |   |   | مشاهده |
| **2** | **موجودبودن دستورالعمل مربوط به فلومتر اکسیژن در داخل بخش** |   |   |   | فلومتر اکسیژن باید هفته ای دو بار با آب و دترجنت شسته شود. |
| **3** | **وجود آب مقطر در مخزن فلومتر در زمان استفاده از اکسیژن** |   |   |   | مشاهده |
| **4** | **ثبت تاریخ شروع به استفاده از آب مقطر درداخل بخش** |   |   |   | در زمان استفاده، فلومتر اکسیژن باید هر 24 ساعت یکبار شسته و سپس مجدد برای بیمار استفاده شود.  |
| **1** | **رعایت نکات ضروری جهت انواع ایزولاسیون** | **وجود تابلوی ایزولاسیون در بخشها** |   |   |   | مشاهده |
| **2** | **وجود وسایل محافظت فردی(عینک ،گان ،ماسک ،دستکش ،کلاه )** |   |   |   | مشاهده  |
| **3** | **استفاده صحیح از محلول ضدعفونی دست در هنگام ورود و خروج به اتاق ایزوله توسط پرسنل کادردرمان** |   |   |   | مشاهده  |
| **4** | **انجام گندزدایی مرتب سطوح و وسایل اتاق ایزوله توسط پرسنل خدمات (در زمان بستری و بعد از ترخیص بیمار)** |   |   |   | مشاهده  |
| **1** | **پیشگیری از بروزUTI وSSI** | **نکات آسپتیک در هنگام کارگزاری کاتتر های ادراری رعایت می شود.** |   |   |   | مشاهده  |
| **2** | **دستورالعمل زمان تعویض کاتتر های ادراری و همچنین برنامه منظم جهت یادآوری به پزشک در خصوص DC شدن سریع کاتتر های ادراری در بخش موجود می باشد.** |   |   |   | مشاهده  |
| **3** | **Urine Bag بیمارانیکه از سوند ادراری استفاده می نمایند در سطح پایین تر از بدن آنها قرار دارد .** |   |   |   | مشاهده  |
| **4** | **نکات آسپتیک در هنگام تعویض پانسمان رعایت می شود** |   |   |   | مشاهده  |
| **5** | **گزارش بیمارانی که ترشح غیر طبیعی از برش جراحی دارند درتمامی شیفتها انجام می شود .** |   |   |   | مشاهده و مصاحبه با حداقل سه پرستار بخش |
| **1** | **تی شویی**  | **نظافت فضای تی شویی** |   |   |   | مشاهده  |
| **2** | **آویزان بودن تی ها** |   |   |   | مشاهده  |
| **3** | **نصب دستورالعمل نحوه گندزدایی سطوح** |   |   |   | مشاهده و مصاحبه |
| **4** | **وجود محلولهای گندزدایی و دترجنت ها** |   |   |   | مشاهده  |
| **5** | **وجود شرایط نحوه غوطه وری و شستشوی تی ها** |   |   |   | مشاهده  |
| **1** | **تفکیک زباله ها** | **وجودسطل های زباله به تفکیک رنگ**  |   |   |   | سطل زرد =عفونی، سطل سفید= شیمیایی، سطل آبی= غیرعفونی |
| **2** | **رعایت تفکیک زباله های عفونی از غیرعفونی** |   |   |   | در بخش ها ی اورژانس، دیالیز، ویژه و دیالیز نیاز به تفکیک زباله های عفونی ا غیرعفونی نیست و تمام زباله ها عفونی محسوب می شوند.  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها** | **تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا می شود.** |  |  |  | اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب |
| **2** | **حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می گیرد.** |  |  |  | مشاهده مستندات کمیته کنترل عفونت |
| **1** | **پیشگیری** | **بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک، مطابق ضوابط شناسایی و گزارش می شوند.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **2** | **برای کارکنان و افراد در معرض بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک، امکانات حفاظتی و مراقبت های لازم فراهم می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
| **3** | **جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود.** |  |  |  | مشاهده و مصاحبه و رویت مستندات کمیته کنترل عفونت |
| **4** | **بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آن ها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز** **می شوند.**  |  |  |  | مشاهده و مصاحبه |
|  |