

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

بهداشت دست

مهمترین راه پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی بهداشت دستها است.

درجایی که امکان شستشوی دست با آب و صابون نیست، از محلولهای ضدعفونی کننده الکلی استفاده می شود و فقط در صورتیکه آلودگی واضح مشهود است و تماس با خون و مایعات بدن بیمار داشته ایم از آب و صابون فقط باید استفاده شود.

مدت زمان ضدعفونی با ضدعفونی کننده با پایه الکلی (هندراب) ۲۰ تا ۳۰ ثانیه و مدت زمان شستن دست با آب و صابون (هندواش) ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.

هر ۷ تا ۸ مرتبه هندراب، شستن دست با آب و صابون انجام شود.

در بخشها بین هر ۲ تخت یک هندراب موجود باشد.

محلولهای مایع صابون روزانه پر شده و ۳/۴ پر شود. بعد از اتمام مایع صابون ظرف شسته، خشک و سپس پر شود. و کنار هر روشویی دستمال کاغذی باشد.

در کلیه قسمت هایی که محلول الکلی هندراب وجود دارد می بایست روش ضدعفونی دست ها و در کنار تمام روشویی ها می بایست مایع صابون و نحوه هندواش و دستمال کاغذی موجود باشد

۵. موقعیت بهداشت دست

۱. قبل از تماس با بیمار

۲. بعد از تماس با بیمار

۳. قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل

۴. بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن

۵. بعد از تماس با بیمار

۶. بعد از تماس با فضای مجاور

عفونت مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

عفونتی که بعد از سه روز از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و در موقع پذیرش علائم بیماری در کمون نباشد. معمولاً همراه با تب است. در بیماران اینتوبه بعد از دو روز از stable بودن بیمار با تنظیمات ونتیلاتور بیمار دچار علائم پنومونی مانند افزایش ترشحات، تغییر رنگ خلط و... گردد.

۴. نوع عفونت بیمارستانی شایع: ادراری / پنومونی / عفونت محل جراحی / عفونت خونی

عفونت مرتبط با اعمال جراحی تا ۳۰ روز و در صورت قراردان جسم خارجی در بدن بیمار تا ۹۰ روز شامل عفونت بیمارستانی است.

فرایند بیماریابی و گزارش عفونت بیمارستانی شامل:

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

بیماریابی در بیماران بستری

بیماران بعد از ترخیص (پیگیری تلفنی و پیگیری جواب کشت‌های استریل بیمار

انواع بیماریهای گزارش شدنی

گزارش آنی : بلافاصله و کمتر از ۶ ساعت - هاری آنفلوانزای پرندگان- بوتولیسم - طغیان

گزارش فوری: کمتر از ۲۴ ساعت فلج شل حاد- سل ریوی- سیاه سرفه- اسهال خونی

گزارش هفتگی یا معمول:- کیست هیداتیک - توكسوپلاسموز، سل غیرریوی

نظام مراقبت سندرمیک (پوستر در بخش ها با عنوان بیماری های تحت مراقبت و نظام مراقبت سندرمیک در

کلیه بخش ها نصب می باشد)

الف: لیست بیماریهای عمده تحت مراقبت کشور:

فلج اطفال - سرخک - سرخچه - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - انواع هپاتیت -

هاری - تیفوئید - کال آزار جلدی و احشایی - آنفلوانزای پرندگان - تولا رمی -

طاعون - مالاریا - مننژیت - وبا - اسهال خونی - جذام - سل - سیاه زخم - شیگلوز -

سفلیس - سوزاک - HIV/AIDS - فاسیولیازیس - لپتوسپیروز - بوتولیسم -

پدیکلوزیس و گال - تب دانگی - تب راجعه - تب زرد - زیکا - چیکونگونیا -

ایبولا - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها

ب- لیست سندرمهای واگیر (۱۴ سندرم)

۱- تب و خو نریزی: CCHF، سرخک

۲- تب و راش حاد: سرخک ، سرخچه

۳- عفونت شدید حاد تنفسی: آنفلوانزا، سل

۴- تب و علائم نورولوژیک: مننژیت ، هاری

۵- مسمومیت غذایی

۶- اسهال حاد غیرخونی: وبا ، تب مالت

۷- اسهال خونی: سیاه زخم

۸- زردی حاد: هپاتیت ، مالاریا

۹- فلج شل حاد: فلج اطفال

۱۰- شوک عفونی : مالاریا

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

۱۱- مرگ ناگهانی غیر منتظره

۱۲- تب طولانی

۱۳- سندرم شبه آنفلوآنزا

۱۴- سندرم تب و تورم غدد لنفاوی

تعریف طغیان

هرگاه ۲ نفر یا بیشتر که از یک سفره غذایی مشترک استفاده نموده اند دچار علائم گوارشی شوند طغیان آب و غذا تعریف می شود.

اسهال خونی و بوتولیسم حتی یک مورد طغیان است

در موارد طغیان حتماً باید از بیمار یک نمونه ۲ سوپه التور گرفت. یعنی یک محیط کری بلر که با ۲ سوپ از بیمار نمونه گیری رکتال مدفوع گرفته شده است

بیماری های مهم در حیطه کنترل عفونت شامل: التور، آنفلوآنزا، کرونا؛ تب های خونریزی دهنده، پروتکل حیوان گزیدگی (هاری)، سرخک می باشد که تعاریف به صورت مجزا به بخش ها داده شده است و لازم است کلیه پرسنل بخش مطلع باشند

ترتیب پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی

پوشیدن: ۱- شستن دست ۲- گان ۳- ماسک ۴- عینک ۵- کلاه ۶- دستکش

در آوردن: ۱- دستکش ۲- شستن دست ۳- گان ۴- عینک ۵- کلاه ۶- ماسک ۷- شستن دست

فرایند بعد از مواجهه شغلی

- ۱- بدون فشار دادن ناحیه ای که نیدل آلوده وارد آن شده ، ناحیه را با آب و صابون شسته شود
- ۲- فرم مواجهه شغلی را تکمیل نموده و تحویل سوپروایزر بالین (کنترل عفونت) نمایید
- ۳- از بیمار نمونه خون گرفته شود
- ۴- نمونه های HBS، HCV، HIV توسط پزشک معالج برای بیمار درخواست کتبی در پرونده ثبت شود و سپس در سیستم HIS درخواست زده شود.
- ۵- فرم مخصوص آزمایشگاه پر شده و بعد از امضاء توسط سوپروایزر به آزمایشگاه تحویل دهید .
- ۶- آزمایشگاه موظف است در همان شیفت جواب آزمایشات بیمار را به سوپروایزر کنترل عفونت/مسئول بخش اطلاع دهد
- ۷- در صورت مثبت بودن آزمایشات بیمار در همان شیفت از پرسنل دچار مواجهه نمونه خون گرفته شود و فرد دچار مواجهه ضمن اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت به متخصص عفونی مرکز در صورت تایید متخصص عفونی پروفیلاکسی HIV که در دفتر سوپروایزر بالین موجود است دریافت کند. سپس به مرکز مشاوره در مرکز بهداشت حصارک واقع در میدان شهرداری مراجعه نماید.

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

*: در صورتیکه پرسنل باردار است حتماً به سوپروایزر اعلام کند

تفکیک پسماند

پسماند عفونی (کیسه نایلون زرد): کلیه پسماندهای آغشته به مایعات آلوده بدن بیمار

پسماند غیر عفونی (کیسه نایلون مشکی): کلیه پسماندهای خانگی

پسماند شیمیایی – دارویی (کیسه قهوه ای): کلیه پسماندهای دارویی غیر تیز و برنده و ویالهای دارویی، داروهای تاریخ گذشته و...

پسماند تیز و برنده – عفونی (سفتی باکس): کلیه اجسام تیزو برنده آغشته به خون و مایعات آلوده بیمار

پسماند تیز و برنده – شیمیایی – دارویی: کلیه پوک‌های دارویی، ترمومتر جیوه ای شکسته و..

سفتی باکس بعد از پرشدن ۳/۴ تعویض شود

پگ ها و ستهای استریل

حداقل اطلاعات روی ستهای شامل " تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR (فرد پگ کننده)، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.

اندیکاتور کلاس ۴: در ستهای دارای اقلام کمتر از ۱۲ قلم

اندیکاتور کلاس ۶: در ستهای دارای اقلام بیشتر از ۱۲ قلم

تست کلاس یک (نوار چسب اتوکلاو)

در صورتیکه برای بیمار اقدامات آسپتیک مانند سونداژ و پانسمان انجام می شود حتماً " اندیکاتور داخل گزارش پرستاری چسبانده شود و روی آن مشخصات بیمار شامل: نام فرد پگ کننده، تاریخ استریل و سیکل اتوکلاو ثبت شود

در محل نگهداری ستهای حتماً " دماسنج و رطوبت سنج نصب باشد و چارت گردد.

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

نگهداری ست های استریل در کاغذ کرپ ۲لایه تا یک ماه مجاز است.

وسیله حمل ستهای غیر استریل و استریل مجزا باشد .

محلولا

ضد عفونی کننده سطح بالا (اسپورسیدین) جهت ضد عفونی اقلام حساس به حرارت مانند تیغه لارنگوسکوپ و آمبوبگ و گاید لوله تراشه می باشد . بعد از ضد عفونی تیغه های لارنگوسکوپ در کیسه های زیپ کیپ جدا نگهداری شود (وسایل ذکر شده هر ۷روز مجدد ضد عفونی شود و تاریخ داشته باشد)

ضد عفونی کننده متوسط الاثر

HI: ضد عفونی ابزار پزشکی مانند:

اقلام ستهای استریل بعد از استفاده و انجام گندزدایی با آب و صابون و خشک کردن داخل محلول HI گذاشته و سپس آبکشی شود.

باتل آب مقطر فلومتر اکسیژن و باتلهای ساکشن بعد گندزدایی با آب و صابون و خشک شوند. و سپس در محلول HI و یا وایتکس رقیق شده گذاشته شود در صورت استفاده بصورت روزانه شستشو شود و در صورت نیاز به داشتن آب مقطر ، روزانه پر شود. و در صورت عدم نیاز روزانه هفتگی شستشو و خشک نگه داشته شود.

محل اتصال سوند اکسیژن به باتل مانومتر اکسیژن هفتگی با الکل ضد عفونی شود.

HP: ضد عفونی کننده سطوح

روش تجویز آنتی بیوتیک در بیمارستان

آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی : بر حسب دستورالعمل پروفیلاکسی کشوری در اعمال جراحی معین شده در دستورالعمل

آنتی بیوتیک های استوارد شیپ (مصرف بهینه آنتی بیوتیک های پرمصرف و پرهزینه) با تکمیل فرم توسط متخصص عفونی شامل : ایمی پنم ، مروپنم ، ونکومايسين ، آمفوتريسين ، کولستین ، تارگوسید

تجویز آنتی بیوتیک براساس آنتی بیوگرام برای بیماران

مشاوره عفونی در صورت تجویز بیش از ۲ آنتی بیوتیک برای بیماران

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

تاریخ تهیه: ۹۵/۰۵/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۲۴ تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۳/۰۶/۲۴ دستورالعمل تعویض اتصالات بیماران  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران معاونت درمان - مدیریت پرستاری			
سیستم	عنوان	زمان تعویض	
تنفسی	آلزیوکت	هر ۷۲ ساعت (در صورت فلیت، درد و ... زودتر تعویض شود.)	
	سنت سرم	هر ۲۴ ساعت، بعد از تزریق فرآورده های چربی یا آمینواسیدی و آمینومین بلافاصله دور انداخته شود.	
	میگروست	هر ۷۲ ساعت - پس از شیمی درمانی و همپالیمتاسیون بلافاصله تعویض شود.	
	تری وی / سه راهی آلزیوکت	هر ۷۲ ساعت با آلزیوکت	
	سنت خون	پس از دریافت تزریق خون	
	بال سرم	بال سرم بدون افزودن دارو و در صورت اتصال به میکروست هر ۷۲ ساعت با میکروست تعویض شود.	
	اکسشن تیوب / ست K	بال سرم تزریقی و شششو هر ۲۴ ساعت	
	هپارین لاک	هر ۲۴ ساعت	
	کات دان	هر ۷۲ ساعت	
	سنت پروپوفول	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)	
	کانتوریدمرکزی	هر ۱۲-۶ ساعت، یا در صورت تعویض ویال	
	کانتورشریان مرکزی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)	
	کانتورنافی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)	
	سرنگ متصل به پمپ انفوزیون	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)	
ادراری	سرم هاپیرتونیک / حاوی الکترولیت	بال تمام داروی داخل سرنگ	
	ویال مولتیپل دوز	هر ۲۴ ساعت	
	ویال سینگل دوز	توصیه کارخانه سازنده، قبل از هر بار استفاده ضد عفونی محل کشیدن دارو بلافاصله بعد از برداشتن مقدار داروی مورد نیاز دور انداخته شود.	
	پانسمان کانتور CVC	پوشش گازی استریل هر ۲۴ ساعت - در صورت خیس شدن در اسرع وقت - پوشش شفاف استریل هر ۷ روز	
	سوند ادراری داخلی	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی (عفونت، انسداد...)	
تنفسی	سوند اکسترنال	حداکثر ۴۸ ساعت	
	کیسه ادراری	همزمان با تعویض فولی (در صورت نشی و پارگی تعویض شود.)	
	لوله تراشه	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی - حداکثر ۴۸ روز	
	تیوب ساکشن	اختصاصی برای هر بیمار - ۲۴ ساعت	
	کانتور ساکشن (بسته و باز)	در نوع باز یکبار مصرف - در نوع بسته در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب	
	لوله خرطوم و ونتیلاتور	اختصاصی برای هر بیمار - حداکثر ۷ روز	
	فیلتر HME	اختصاصی برای هر بیمار - هر ۲۴ ساعت	
	کانتور ماسک اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار - در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب	
	چست باتل	در صورت پوشیدن	
	پانسمان چست تیوب	در صورت خیس شدن - در صورت آلودگی واضح	
گوارشی	کانتور مانت	هر ۲۴ ساعت	
	سوند معده	در صورت وجود اندیکاسیونهای بالینی	
عنفوقه	سرنگ گاوآز و چست لیدها	هر ۲۴ ساعت	
	سیفتی پاکس	انتخاب سایز و حجم متناسب با میزان مصرف و تولید پسماند نیز و برنده	
	ویال انسولین	۲۸ روز	

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

مدیریت کنترل عفونت در بخش ها		
۱	سرپرستار و پرسنل بخش از شاخصهای کنترل عفونت بخش (شاخص عفونت بیمارستانی، مواجهه شغلی، بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی، استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی، مقاومت آنتی بیوتیکی و ...) و بیماری مشمول نظام سندرمیک آگاهی دارند.	
۲	شستشوی دست توسط کلیه کادر درمان در ۵ دقیقه مراقبتی رعایت می گردد.	
۳	امکانات ساختاری مناسب بهداشت دست شامل سینک روشویی (به ازای هر ۶ تخت یک سینک)، صابون مایع، دستمال کاغذی و محلول هندیاب (پایه الکلی) متناسب با تعداد تختها (به ازای هر دو تخت یک محلول یا استفاده از افشانه های جیبی) موجود می باشد.	
۴	سفتی باکس ها بر روی پایه یا تراسی قرار دارند و زباله های نوک تیز و برنده داخل سفتی باکس وجود دارد و با پر شدن ۲/۳ آن، تعویض می گردند (ثبت تاریخ بر روی سفتی باکس صرفا در محل هایی که سفتی باکس دیر پر می شود نیاز است و نهایتا تا یک هفته تعویض می گردد).	
۵	سفتی باکس با درب فرمز جهت سر سوزنو با درب قهوه ای برای پوکه های دارویی تیز و برنده وجود دارد.	
۶	تفکیک زباله ها به درستی انجام میشود و سطل های زباله به تفکیک رنگ وجود دارد (سطل زرد مخصوص زباله های عفونی، سطل سفید مخصوص زباله های شیمیایی و سطل آبی مخصوص زباله های غیر عفونی). ** کلیه زباله ها در بخش اورژانس، آزمایشگاه، اتاق های ایزوله، اتاق های عمل و دیالیز عفونی محسوب شده ، در بخشهای ویژه تفکیک پسماند رعایت می گردد.	
۷	پگ ها و ست ها سالم بوده، لیبل بر روی ست های استریل وجود دارد و حداقل اطلاعات ثبت شده بر روی ست ها شامل تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.	
۸	اندیکاتور کلاس چهار (کمتر از ۱۲ قلم) و کلاس شش (بیش از ۱۲ قلم) در ست ها موجود است و پرسنل از تفاوت آنها مطلع هستند.	
۹	اندیکاتور حاوی اطلاعات ست مورد نظر، در گزارش پرستاری بیمار ضمیمه می شود (در صورت عدم ثبت اطلاعات ست روی اندیکاتور، پرستار می تواند تست کلاس یک که حاوی اطلاعات ست است را ضمیمه گزارش خود نماید)	
۱۰	محل نگهداری ست های استریل مجهز به دماسنج و رطوبت سنج است و چارت دما و رطوبت به صورت روزانه انجام می شود (دما کمتر از ۲۴ درجه و رطوبت کمتر از ۷۰ درصد با شش بار گردش هوا در ساعت باشد)	
۱۱	زمان نگهداری ستها بستگی به متریال مورد استفاده و محل نگهداری ستها قابل تغییر است (چهار لایه پارچه به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری ۲ هفته، ۲ لایه کرپ به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری تا یک ماه است) در صورت کم شدن لایه ها و استاندارد نبودن محل نگهداری ست ها، از تعداد روزها کاسته می شود.	
۱۲	ستها در محل مناسب و به دور از رفت و آمد، جریان هوا، نور مستقیم بوده و در قفسه های مشبک با رعایت فاصله از دیوار، کف و سقف نگهداری می شوند.	
۱۳	فضای اتاق کار کثیف، مرتب و تمیز است و دستورالعمل نحوه گندزدایی ابزار و تجهیزات وجود دارد (نحوه تهیه محلول گندزدا، نوع و غلظت محلول مورد استفاده) و سرپرستار بر استفاده صحیح از محلولها نظارت دارد.	
۱۴	خدمات و کمک پرستار فرآیند پاکسازی، شستشو و گندزدایی را به درستی برای ابزار و تجهیزات انجام می دهد (بررسی آگاهی و عملکرد پرسنل پرستاری و خدمات در خصوص اجرای صحیح فرآیند).	
۱۵	فضای اتاق تی شویی تمیز است، تی ها آویزان و تفکیک شده می باشند (تفکیک بر اساس نظر بهداشت محیط انجام می شود) و دستورالعمل نحوه تهیه محلول گندزدا و نحوه گندزدایی سطوح نصب می باشد و سرپرستار بر روند کار نظارت دارد.	
۱۶	برنامه مدون برای واشینگ بخش و گندزدایی ابزار، تجهیزات و سطوح در بخش موجود است، پرسنل خدمات و کمک پرستار از آن آگاهی داشته و سرپرستار بر روند اجرای آن نظارت دارد.	
۱۷	محل نگهداری محلول سطح بالا دارای تهویه مناسب بوده و در دکوباکس های مخصوص (دارای در، شیر تخلیه و سبد) نگهداری می شود.	
۱۸	سوآپینگ جهت اطمینان از صحت عملکرد محلولهای سطح بالا انجام می شود.	
۱۹	تاریخ تعویض اتصالات در بخش نصب و پرسنل از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	
۲۰	مخزن فلوومتر در حال استفاده، به صورت روزانه گندزدایی می شود (محلول سطح متوسط)، آب مقطر آن تعویض و در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی شستشو و گندزدایی شده و خشک نگه داشته می شود. فلوومترها دارای تاریخ شستشو بوده و محل اتصال سوند نازال به مانومتر نیز به صورت هفتگی واشینگ می شود.	
۲۱	باتل ساکشن در پایان هر شیفت تخلیه شده، شستشو و گندزدایی می شود (با محلول سطح متوسط) و در صورت عدم	

بیمارستان دکتر شریعتی

واحد کنترل عفونت

مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

		استفاده به صورت هفتگی در محلول گندزدایی سطح متوسط قرار داده می شود.	
۲۲		تیغه های لارنگوسکوپ و آمبوبگ بعد از استفاده در محلول سطح بالا غوطه ور می گردد و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی گندزدایی شده و هر تیغه به صورت جداگانه در زیپ کیپ نگهداری می شود.	
۲۳		گایدهای لوله تراشه یکبار مصرف است و در صورت استفاده مجدد، بعد از هر بار مصرف شستشو می شود. در صورت حساس نبودن به گرما داخل اتوکلاو و در صورت حساس بودن به گرما مانند لارنگوسکوپ گندزدایی و نگهداری می شود.	
۲۴		پس از باز شدن محلولهای ضدعفونی مانند بتادین، تاریخ روی بدنه آن قید می گردد و به مدت یک ماه قابل استفاده است. سرم شستشو به مدت ۲۴ ساعت قابل استفاده است.	
۲۵		تابلوی ایزولاسیون در بخش ها به تفکیک انواع ایزوله وجود دارد و استفاده می شود. پیش ورودی اتاق ایزوله دارای امکانات بهداشت دست و وسایل حفاظت فردی می باشد.	
۲۶		بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس انواع ایزولاسیون در هنگام ورود رعایت می شود و در زمان خروج به شکل صحیح خارج می گردد.	
۲۷		پرسنل خدمات در خصوص نحوه دفع پسماند عفونی و نیز انتقال ملحفه و لباس های عفونی به واحد لنزر آگاهی دارند.	
جمع		کل:	۱۰۸
امتیاز مکتسبه			

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان دکتر علی شریعتی
فرم مراقبت از کارکنان حرف پزشکی در هنگام needle stick شدن

نام و نام خانوادگی مصدوم: _____ سمت: _____
 زمان حادثه (شیفت): _____ تاریخ و ساعت: _____ محل حادثه: _____

آدرس و شماره تلفن همکار دچار مواجهه :

اسم بیمار و کد بیمار:

نوع حادثه: _____
 پرخطر _____
 صدمه پوستی _____
 صدمه مخاطی _____
 کم خطر _____
 صدمه پوستی _____
 صدمه مخاطی _____

اقدامات بعمل آمده:

- ۱- شستشوی محل تماس پوستی با آب و صابون به مدت ۵-۳ دقیقه
- ۲- شستشوی مخاط دهان یا چشم با آب فراوان
- ۳- اطلاع به مسئول کنترل عفونت
- ۴- پیگیری آزمایش **HBs Ab** مصدوم : بالاتر از استاندارد اقدامی لازم نیست.
 پایین تر از استاندارد تزریق ایمنوگلوبولین و واکسن هپاتیت طبق دستورالعمل

۵- ارسال 5-10 سی سی خون بیمار جهت آزمایش HIV, HCV و HBS

- ۶- پیگیری جواب آزمایش بیمار : منفی : اقدامی لازم نیست.
 مثبت: ارجاع مصدوم به مرکز مربوطه
 پیگیری آزمایش مصدوم (۶ هفته - ۳ ماه و ۶ ماه پس از تماس)

نام و امضاء سوپروایزر کشیک: _____ امضاء مسئول کنترل عفونت _____ امضاء مدیر پرستاری _____
 منبع : بخشنامه معاونت درمان و دارو شماره ۱۰/۸۳۷۹/۳۶/پ تاریخ ۱۳۸۲/۲/۲۷
 تهیه کننده : اعضای کمیته کنترل عفونت دفتر پرستاری شبکه بهداشت و درمان کرج - آبان ماه ۱۳۸۵
 بازنگری : اریب هشت ۱۴۰۲

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مرکز بهداشت غرب شهرستان کرج

تاریخ گزارش :

منبع گزارش دهنده :

آدرس :

بیمارستان / کلینیک :

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مننژیت

۱- مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : جنس : .. سن (تاریخ تولد):
شغل : وضعیت تأهل : ملیت :

۲- آدرس کامل : **تلفن :**

۳- وضعیت بستری

شماره پذیرش : تاریخ بستری : تاریخ شروع بیماری : تاریخ شروع داروهای تجویز شده :

۴- شکایات و علائم بیماری:

تب : ☐ بله ☐ خیر	علائم عصبی : ☐ بله ☐ خیر	تشنج : ☐ بله ☐ خیر	فونتانل برجسته : ☐ بله ☐ خیر
سردرد : ☐ بله ☐ خیر	تهوع و استفراغ : ☐ بله ☐ خیر	بثورات جلدی : ☐ بله ☐ خیر	کاهش هوشیاری : ☐ بله ☐ خیر
سفتی گردن : ☐ بله ☐ خیر	کرنیک : ☐ بله ☐ خیر	برودزینسکی : ☐ بله ☐ خیر	

۵- اطلاعات آزمایشگاهی:

الف : تاریخ انجام آزمایش (مایع نخاع) LP

فشار مایع نخاع : بالا ☐ طبیعی ☐ ظاهر مایع نخاع : شفاف ☐ کدر ☐ -خونی ☐ تعداد سلول: درصد لنفوسیت:
درصد پلی مور فونوکلتر: مقدار قند: مقدار پروتئین: رنگ آمیزی گرم: مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐
لاتکس: مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐ کشت: مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐

ب : آزمایش خون CBC : مقدار HB : تعداد WBC : در صد پلی مورفونوکلتر: درصد لنفوسیت:

رنگ آمیزی گرم : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐ کشت: مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐

مقدار قند: مقدار پروتئین:

۶- سوابق واکسیناسیون :

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

استان : البرز شهرستان : کرج تاریخ گزارش : بعد خانوار : ساکن : شهر روستا ☐

مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : سن : شغل : تاریخ بروز علائم :

تاریخ مراجعه : آدرس :

علائم بالینی :

بله	خیر	نامشخص	
☐	☐	☐	اسهال خفیف (کمتر از ۳ بار)
☐	☐	☐	اسهال شدید (بیش از ۴ بار)
☐	☐	☐	استفراغ
☐	☐	☐	دل‌درد
☐	☐	☐	وجود کف و بلغم در مدفوع
☐	☐	☐	وجود خون در مدفوع
			<u>نوع انگل :</u>
☐	☐	☐	کیست / تروفوزوید آنتاموبا هیستولیتیکا
☐	☐	☐	کیست / تروفوزوید ژیا ردیا
☐	☐	☐	کیست / تخم کریپتوسپوریدیوم
☐	☐	☐	سایر

علائم آزمایشگاهی :

نام آزمایشگاه : منبع احتمالی آلودگی : تاریخ :

نتیجه آزمایش مدفوع : کشت : مثبت ☐ منفی ☐ مستقیم : مثبت ☐ منفی ☐ سابقه مسافرت : بله ☐ خیر ☐ تاریخ : محل :

نحوه درمان : سرپایی ☐ بستری ☐ نام بیمارستان : تعداد روزهای بستری :

نوع داروی تجویز شده : طول مدت درمان :

منبع آب آشامیدنی :

چاه ☐ چشمه ☐ لوله کشی شهری ☐ قنات ☐ سایر.....

نتیجه آخرین آزمایش آب : کلر باقیمانده : زمان ماند : نتیجه آزمایش میکروبی : تاریخ آزمایش :

دفع فاضلاب : چاه ☐ رودخانه ☐ سیستم فاضلاب ☐ سایر ☐

وضع توالت : دارد ☐ (بهداشتی ☐ غیر بهداشتی ☐) ندارد ☐

نتیجه درمان : بهبودی ☐ عود ☐ عارضه ☐ فوت ☐ نوع عارضه :

نام بررسی کننده : عنوان : امضاء :

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

فرم شماره ۱

جمهوری اسلامی ایران
 برنامه کشوری مبارزه با سل
فرم بیماریابی موارد مشکوک
بیمارستان دکتر شریعتی

محل بیماریابی :

بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده) کد ملی بیمار:

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: ☐ مرد ☐ زن ☐ ملیت: ☐ ایرانی ☐ غیرایرانی
 وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ جدا شده از همسر ☐ همسر مرده ☐ وزن:
 نشانی کامل:
 شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان):
 علت انجام آزمایش: ☐ تشخیص ☐ ادامه درمان

سابقه	دارد	ندارد
ابتلای قبلی به سل	☐	☐
مصرف داروی ضد سل (پیش از یکماه)	☐	☐
بیماری سل در خانواده	☐	☐
وجود سرفه در افراد دیگر خانواده	☐	☐

علائم بالینی و شکایات	دارد	ندارد
سرفه (بیش از سه هفته)	☐	☐
خلط	☐	☐
خلط حاوی خون	☐	☐
تب	☐	☐

اسکار تلقیح ب ت ژ: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ مشکوک
 آیا سابقه تلقیح ب ت ژ در کارت واکسن بیمار وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ کارت واکسن ندارد

شماره مسلسل نمونه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه	نام و امضای گیرنده نمونه / پرستار بخش
نمونه ۱			
نمونه ۲			
نمونه ۳			

نتایج آزمایشگاهی میکروب شناسی خلط

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن نمونه			
			منفی	مثبت	۱ تا ۹ با سبیل (تعداد ذکر شود)	۱+	۲+	۳+
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:

شماره دفتر آزمایشگاه:

نام و امضاء آزمایشگاه کننده:

ملاحظات:

.....

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر:

+ کیفیت نمونه: در این ستون شکل ظاهری نمونه (آب دهان / چرکی مخاطی / خونی) ذکر شود (چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون متعکس گردد)

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان



پسمه عالی

فرم شماره ۱ : فرم بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

شماره پرونده*: نام بیمار: سن بیمار*:
 بخش*: کد ملی: وزن (اطفال)*:
 تاریخ بستری*: جنس*: مرد ☐ زن ☐ نامعلوم ☐ بیماری اولیه:
 تاریخ بروز عفونت*: کد عفونت*: (☐ عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است)
 تاریخ/ بخش/ فوت*: نتیجه عفونت: ☐ بهبود ☐ عارضه ☐ فوت
 در صورت فوت، علت فوت: ☐ عفونت ☐ غیر عفونت ☐ نامشخص

آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) است؟ ☐ بله ☐ خیر. در صورت جواب مثبت، جدول زیر را تکمیل نمایید:

انزار (Device)	تاریخ تسه انزار	محل تسه*
☐ کاتتر ادراری		
☐ کاتتر شریانی		
☐ کاتتر نافی		
☐ کاتتر وریدی محیطی		
☐ کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت، ...)		
☐ کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line، ...)		
☐ ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکتوستومی		
☐ سایر:		

* بعنوان مثال برای کاتتر وریدی مرکزی، محل تسه می تواند ساب کلاوین، زگولار، فمورال، و سایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر.

میکروب: نمونه: تاریخ نمونه گیری:

آنتی بیوگرام: حساس:
 نیمه مقاوم:
 مقاوم:

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس ☐ MIC/Dilution ☐ MIC/E-test چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم

آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم

آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم: پرستار کنترل عفونت: پزشک کنترل عفونت:

تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

بسمه تعالی

فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت

بیمارستان: بخش: سال: ماه:

تاریخ	کل بیماران	بستری جدید	فونی	نمذاد جراحی	کانتد ادرازی	کانتد شریانی	کانتد نافی	کانتد وریدی محیطی	کانتد وریدی مرکزی	ونتیلاتور
								دالعی	موقت	
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										
۱۶										
۱۷										
۱۸										
۱۹										
۲۰										
۲۱										
۲۲										
۲۳										
۲۴										
۲۵										
۲۶										
۲۷										
۲۸										
۲۹										
۳۰										
۳۱										
جمع										

* در مورد هر ابزار (Device) **نمذاد بیمارانی** را که در آن روز دارای آن ابزار (Device) هستند را ثبت نمایید.
 * جمع ستون اول، بیمار-روز در آن ماه را مشخص می کند.

..... همکار تکمیل کننده فرم:

..... تاریخ و امضاء:

بیمارستان دکتر شریعتی
واحد کنترل عفونت
مطالب مهم کنترل عفونت جهت اطلاع کادر درمان

تاریخ تهیه	تاریخ تست	نصب اندیکاتور	نتیجه تست	امضا

فرم ارزیابی محلول ضد عفونی سطح بالا (مستندات سواپینگ)

تهیه کننده : کنترل عفونت بیمارستان شریعتی

منبع:

سنجه های اعتباربخشی دور پنجم-وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -۱۴۰۱

اصول مراقبت از بیماران و کارکنان ارئه دهنده خدمات سلامت- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -۱۴۰۰