





اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران  
سال ۱۳۹۵

# پیشگیری و کنترل عفونت

تهیه و تنظیم: فروغ مولا کارشناس ارشد پرستاری  
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

استاندارد ۱ - بهداشت دست مطابق  
بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت  
رعایت و بر اجرای آن نظارت  
می شود.

استاندارد ۲ - کارکنان از وسایل  
حفاظت فردی به صورت ایمن  
استفاده می نمایند.

استاندارد ۳ - مدیریت مواجهه شغلی  
برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می  
شود.

استاندارد ۴ - خطر انتقال شایع  
عفونت به بیماران، ناشی از ارائه  
خدمات مراقبتی به صورت برنامه  
ریزی شده پیشگیری و کنترل می  
شود.

استاندارد ۵ - بیمارستان از نظام  
مراقبت عفونت های بیمارستانی  
ابلاغ شده از سوی وزارت  
بهداشت پیروی می نماید.

استاندارد ۶ - ممیزی کنترل عفونت  
از بخش ها/واحدها انجام شده و نتایج  
به واحدها و مدیران ارشد گزارش می  
شود.

استاندارد ۷ - شاخص های لازم برای کاهش خطر عفونت های بیمارستانی  
تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی صورت می گیرد.

استاندارد ۱- بهداشت دست مطابق بخشنامه  
ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای  
آن نظارت می شود.

سنجه ۱. خط مشی و روش «ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست» در بین پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان بالینی با حداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.

اجرای راهنمای بهداشت  
بیماران -  
5

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت درمان**

**دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی**

**راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران**  
**Guideline on Hand Hygiene in Health Care**

تهیه و تدوین : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

مرداد ۱۳۹۲ 6

- ▶ استفاده از دستورالعمل وزارتی
- ▶ آموزش به کارکنان، بیماران و مراجعین
- ▶ استفاده از ابزارهای رسانه‌ای
- ▶ ترویج رفتارهای اثربخش توسط افراد موثر و الگو در بین کارکنان

▶ سنجه ۲. بخشنامه ابلاغی وزارت  
بهداشت در خصوص بهداشت  
دست‌ها توسط کارکنان مرتبط  
رعایت می‌شود.



▶ راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران -  
سال ۱۳۹۲

▶ شستن دست‌ها با آب و صابون

▶ ضد عفونی کردن دست‌ها

▶ آماده سازی دست‌ها برای اعمال جراحی  
(تهاجمی و نیمه تهاجمی)

سنجه ۳. بر اساس چک لیست، میزان  
رعایت و پذیرش بهداشت دست در تمام  
بخش‌ها/واحدهای درمانی ارزیابی  
می‌شود.

▶ وجود چک لیست طبق بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۳۳۳۱ مورخ  
۱۳۹۲/۱۰/۲۳

▶ آگاهی سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت و رابطین کنترل  
عفونت در خصوص اندازه گیری میزان پذیرش بهداشت  
دست

▶ مشخص شدن زمان بندی ارزیابی ها بر اساس رسالت هر  
بخش و تعداد تخت بیمارستان در کمیته کنترل عفونت

▶ انجام ارزیابی حداقل سالیانه و در مقطع چهار هفته ای

▶ گزارش ارزیابی بر اساس گروه های حرفه ای و اندیکاسیون  
های بهداشت دست (پنج موقعیت).

**کلیه معاونین محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... سراسر کشور**

**موضوع: دستورالعمل اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست**

**سلام علیکم**

**احتراماً** بر اساس نتایج بررسی های انجام شده در مورد بار بیماری ها و هزینه های اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن ها و اجماع نظر صاحب نظران و محققان ، در زمینه ایمنی بیمار چندین موضوع از جمله پیش گیری و کنترل عفونت های بیمارستانی در رأس فعالیت سازمان های متولی سلامت در جهان قرار گرفته است. آمار و اطلاعات نشان می دهد که در کشورهای توسعه یافته یک نهم بیماران بستری از عواقب ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می برند و این رقم در برخی از کشورهای در حال توسعه بیست برابری گردد. به همین جهت رعایت بهداشت دست "Clean Care is Safer Care" به عنوان اولین چالش جهانی ایمنی بیمار و یکی از اساسی ترین موارد در پیش گیری و کنترل عفونت های بیمارستانی عنوان گردیده است. بیهی است وجود یک روش یکسان اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی نه تنها به عنوان یک معیار کنترلی و نظارتی مؤثر می باشد بلکه در طراحی برنامه های پیش گیری و کنترل عفونت نیز تأثیر دارد. در این راستا به پیوست دستورالعمل تعیین میزان رعایت بهداشت دست در ۷ برگ جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی ارسال می شود.

سنجه ۴. اسڪراب دست منطبق با آخرين  
دستورالعمل ابلاغى وزارت بهداشت، جهت  
تمام اقدامات تهاجمى انجام مى شود.

▶ وجود دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۲ و نامه شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷ در خصوص راهنماهای ایمنی بیمار

▶ وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش‌های بستری و سرپایی ( از جمله آنژیوگرافی، آندوسکوپي و بخش‌های بستری)

▶ آگاهی کارکنان بالینی از لیست اقدامات تهاجمی اختصاصی بخش مربوطه

### معاونت محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..

موضوع: راهنماهای ایمنی بیمار

سلام علیکم

**احتراماً** در راستای پیشبرد فعالیت های انجام شده در زمینه ایمنی بیمار و استقرار همسان و یک پارچه استانداردهای الزامی برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی در اعتباربخشی ملی ، این دفتر میادرت به تدوین و تنظیم راهنماها و دستورالعمل هایی به شرح ذیل نموده است:

- راهنمای شناسایی صحیح بیماران
- راهنمای جراحی ایمن
- راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار
- راهنمای پیش گیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها
- راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات
- راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران
- راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار
- دستورالعمل استریلیزاسیون قوری

ضمناً لازم به ذکر است که جهت افزایش ایمنی و جلب توجه کاربران به خطرات ناشی از خطاهای دارویی در کاربرد " داروها با اسامی و اشکال مشابه " و " داروهای با هشدار بالا " شواهد و منابع به استفاده از کدبندی

**معاونین محترم درمانی دانشگاه علوم پزشکی (سراسر کشور)**  
**موضوع: دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستانها (ویرایش سوم ۱۳۹۵)**

سلام علیکم

**احتراماً** در راستای پیشبرد فعالیت های انجام شده در زمینه ایمنی بیمار و استقرار همسان و یکپارچه استانداردهای الزامی برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی در اعتباربخشی ملی و با توجه به بازنگری استانداردهای ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی ، نفذ مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی این معاونت مبادرت به تدوین و تنظیم راهنماها و دستورالعمل هایی نموده است که مبنای اجرا و ارتقای استانداردهای الزامی A.3.1.1 ، C.5.1.1 و B.2.1.1 از بخشنامه شماره ۱۱۶۶۳/۴۰۰ مورخ ۹۵/۴/۱۹ می باشد. موارد به شرح ذیل جهت استحضار ایفاد می گردد:

۱. بازبینیهای مدیریتی ایمنی بیمار (Patient Safety Executive Walk-Rounds)
۲. داروهای حیات بخش و ضروری (Life Saving & Essential Drugs)
۳. الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی در پروسیجرهای تهاجمی (Informed Consent Requirement in Invasive Procedures)
۴. راهنمای پیشگیری از زخم فشاری (Prevention Pressure Ulcer Guideline)
۵. راهنمای داروهای با اسامی و اشکال مشابه (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names)
۶. راهنمای "داروهای با هشدار بالا" (High Alert Medication Guideline)



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

تهیه و تدوین : قرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

اردیبهشت ۱۳۹۵

نمود.

• **اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی حداقل شامل موارد ذیل است:**

۱. مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
۲. هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد.
۳. هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی / بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
۴. تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
۵. آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آرترو سینتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان، LP، پاراستنز، توراستنز، کاتتریزاسیون سوپرا پوبیک، گذاردن chest tube
۶. بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری
۷. پروسیجرهای قلبی (به عنوان مثال: مطالعه الکترو فیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس

استاندارد ۲- کارکنان از وسایل  
حفاظت فردی به صورت ایمن  
استفاده می نمایند.

سنجه ۱. دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل شود.

▶ تدوین دستورالعمل بر اساس کتاب نظام  
مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و بخشنامه  
شماره ۳۰۴/۲۶۸۷ مورخ ۱۸/۳/۱۳۹۲  
کورونا ویروس.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاونت بهداشت

شماره: ۵۳۰۴/۲۶۸۷

تاریخ: ۱۳۹۲/۰۳/۱۸

پیوست: دارد

**معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...**

**معاون محترم درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...**

**موضوع: ارسال دستورالعمل مدیریت بالینی مناسب موارد عفونت تنفسی شدید حاد - کورونا و بروس جدید -**

اردیبهشت ۱۳۹۲

سلام علیکم

احتراما به پیوست دستورالعمل مدیریت بالینی مناسب موارد عفونت تنفسی شدید حاد درموردی که احتمال کورونا و بروس بعنو ان عامل بیماری مطرح می باشد (اردیبهشت ۱۳۹۲) بر اساس آخرین توصیه های سازمان جهانی بهداشت جهت استحضار و بهره برداری و انعکاس به کلیه بخش های درمانی تحت پوشش آن دانشگاه ارسال می گردد.

**دکتر محمد مهدی گویا**

مشاور معاون بهداشت  
رئیس مرکز مدیریت بیمارهای واکبر

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

**مدیریت بالینی مناسب موارد عفونت تنفسی شدید حاد  
هنگامی که احتمال می رود که کوروناویروس عامل بیماری باشد  
(باید ها و نبایدها)**

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

اداره مراقبت واگیر

اردیبهشت ۱۳۹۲

▶ سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند، طبق دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی و با توجه به نوع مراقبت، اصول حفاظت فردی را رعایت می نمایند.



▶ تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند شامل مراقبت‌دهندگان می‌توانند حرفه‌ای (کارکنان بالینی) و یا غیر حرفه‌ای مانند همراهان بیمار باشند.

▶ موقعیت‌های استفاده از ماسک N95 تعیین شده و ماسک به تعداد کافی در بخش‌ها وجود دارد.

▶ در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی در ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های خاص.

▶ استاندارد ۳ - مدیریت مواجهه  
شغلی برای کارکنان برنامه‌ریزی و  
اجرا می‌شود.

▶ سنجه ۱. روش اجرایی «مدیریت مواجهه  
شغلی» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین  
شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر  
اساس آن عمل می‌نمایند.

▶ اقدامات پیشگیری

▶ اقدامات درمان

▶ اقدامات پیگیری

▶ انواع مواجهه:

▶ - مواجهه از راه پوست

▶ - مواجهه از راه غشاهای مخاطی

▶ - مواجهه از راه پوست ناسالم

▶ سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت  
نتایج مواجهه شغلی را بررسی و  
اقدامات اصلاحی/بهبود کیفیت  
تدوین و اجرا می نماید.

▶ استاندارد ۴ - خطر انتقال شایع  
عفونت به بیماران، ناشی از ارائه  
خدمات مراقبتی به صورت  
برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل  
می‌شود.

▶ سنجه ۱. روش اجرایی “پیشگیری و کنترل عفونت‌های موضع جراحی یا محل نمونه برداری” تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

▶ تدوین روش اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ سنجه ۲. روش اجرایی “پیشگیری از عفونت  
مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون،  
حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی  
ایجاد می‌شود”، تدوین شده و کارکنان از آن  
آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

تدوین روش های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت  
عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت 32



▶ سنجه ۳. روش اجرایی “پیشگیری و کنترل عفونت‌های کترهای عروقی”، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

▶ تدوین روش‌های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ سنجه ۴. روش اجرایی “پیشگیری و کنترل عفونت کترهای ادراری”، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می کنند.

▶ تدوین روش های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ سنجه ۵. روش اجرایی “پیشگیری و کنترل عفونت در اقدامات درمانی و اسکوپپی‌ها”، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

▶ تدوین روش های اجرایی بر اساس کتاب نظام  
مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ نحوه پاک سازی، ضد عفونی و  
استریلیزاسیون تجهیزات اسکوپ

▶ ضرورت استفاده از وسایل یکبار مصرف در حین  
اسکوپ طبق نامه شماره ۴۰۰/۳۵۰۵ مورخ  
۱۳۹۱/۳/۱۳ وزارت بهداشت

موضوع: ضرورت نظارت بر استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف  
 سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ع) و تقدیم احترام به پیوست نامه شماره ۳۳-۴/۲۲۵۶ مورخ ۹۱/۳/۱۸ مشاور محترم معاونت بهداشتی و رییس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت متبوع در خصوص ضرورت نظارت بر استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف در بیمارستانها و مراکز درمانی به ویژه در بخش های آنژیوگرافی کاتودیسکوپس و ERCP حضوورتان ارسال می گردد خواهشمند است دستور فرمایند به منظور کنترل و پیشگیری از بروز عفونت های خطرناک و انتقال آن ضمن تشعید بازدیدهای نظارتی و توجه ویژه کارشناسان محترم نظارت بر درمان توصیه های مرکز مدیریت بیماریهای واگیر مدنظر قرار گرفته و با مشاهده هرگونه تخلف و کوتاهی در این زمینه مطابق با ضوابط قانونی اقدام و به سمت برخورد گردد.

دکتر سید حسن ایمانی رنجوی  
 معاون درمان

شماره: ۵۵۳۶  
 تاریخ: ۹۱/۳/۱۳  
 شبکه دولت  
 معاونت امور درمان دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی

▶ سنجه ۶. روش اجرایی "مصرف منطقی آنتی بیوتیک‌ها"، حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

▶ تدوین روش‌های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ سنجه ۷ . روش اجرایی “حفاظت بیماران  
دچار نقص ایمنی”، با حداقل‌های مورد انتظار  
تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و  
بر اساس آن عمل می‌کنند.

▶ تدوین روش‌های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت  
عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ روش اجرایی شامل موارد رعایت احتیاطات استاندارد، آموزش  
کارکنان و بیماران و شرایط خاص استفاده از اتاق ایزوله فشار  
مثبت جهت بیماران نقص ایمنی مثل بیماران پیوند اعضا

▶ سنجه ۸. در موارد الزامی برای انجام کشت بر اساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می شود.

- اجرای بخشنامه شماره ۱۱۴/۱۲۱۴۵ مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲  
- نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاہها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت در موارد خاص مثل بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک



شعبه تخصصی کولونوسکوپی  
تفصیلی سکتور بیماریهای گوارشی  
پست سید علی...

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

معاونت محترم سلامت  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

با سلام

احتراماً، به پیوست تصویر رونوشت نامه شماره ۲۷۵۲۳۹/تس مورخ ۸۷/۹/۱۰  
معاون محترم سلامت در خصوص برخی اصلاحات در نحوه ارزشیابی عملکرد های  
بیمارستانی و حذف نمونه برداری دوره ای از محیط بیمارستانی و گشت از وسایل و  
سنگاه ها جهت استحضار ارسال می گردد. الف

دکتر محمد مهدی کونا  
رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

۱۱۷ - ۲۸۳۳۹



سید رضا آراد

35  
بازرسی شده  
پس از اتمام  
فرستادن رونوشت  
۱۳۸۷/۹/۱۰

معاونت محترم سلامت  
۱۱۷ - ۲۸۳۳۹



▶ سنجه ۹. معیارهای ایزولاسیون بیماران با بیماری‌های واگیردار احتمالی طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌شود.

- اجرای بخشنامه شماره /  
/ /



شماره: ۴-ع/۱۳۱۷  
تاریخ: ۱۳۹۴/۷/۲۹  
پوست دارد

## معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: ارسال چک لیست کنترل اتاق ایزوله تنفسی یا فشارمندی مهر ۹۳

سلام علیکم

احتراما در راستای ایجاد و حفظ توانمندی سیستم بهداشتی و درمانی کشور در مقابله با بیماریهای نوپدید و بازپدید ( EMERGING & RE-EMERGING DISEASES ) یا تاکید بر بیماریهای تنفسی حاد واگیر ( در حال حاضر انفلوانزا-کورونا-ایولا ) و یا عنایت به لزوم طراحی و راه اندازی اتاق بخش ایزوله تنفسی یا فشارمندی در کلیه بیمارستانهای کشور و ضرورت رعایت حداقل استانداردهای توصیه شده بین المللی و ملی بهداشتی و درمانی به منظور حفظ ایمنی زیستی ( BIO-SAFETY ) و امنیت زیستی ( BIO-SECURITY ) به پیوست چک لیست استانداردهای اتاق و بخش ایزوله تنفسی با فشار منفی که در طی جلسات و کارگاههای مختلف برگزار شده در طی ۲ سال اخیر بطور دستی به نمایندگان شرکت کننده آن دانشگاه تحویل گردیده است و همچنین در سامانه پورتال مرکز مدیریت بیماریهای واگیر نیز قبلا یازگتاری گردیده است ، جهت رعایت استانداردهای مذکور ارسال می گردد. خواهشمند است یا همکاری و هماهنگی لازم یا معاونت محترم درمان آن دانشگاه نسبت به رعایت استانداردهای مذکور در راستای امکان بهره برداری اصولی ، حداکثر توجه لازم میدول گردد.

دکتر محمد مهدی گویا  
رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

44

رونوشت:

چک لیست کنترل مجموعه اتاق ایزوله تنفسی با فشار منفی - تابستان ۱۳۹۱

چک لیست اتاق ایزوله تنفسی با فشار منفی ( شامل اتاق ایزوله و پیش اتاق )

ردیف	پیش اتاق = اتاق تعویض لباس CHANGING ROOM=ANTEROOM	پاس	توضیح
۱	آیا اتاق ایزوله ( ISOLATION ROOM ) و پیش اتاق ( ANTEROOM/CHANGING ROOM ) بر اساس نقشه استاندارد طراحی گردیده است؟ (نمای شماتیک نقشه در انتهای چک لیست می باشد)		
۲	آیا پیش اتاق / اتاق تعویض لباس بطور کامل مستقل از اتاق ایزوله می باشد (تنها راه ارتباطی با اتاق ایزوله " در " می باشد)؟		
۳	آیا فضای لازم جهت پیش اتاق در نظر گرفته شده است (حداقل ۶ تا ۹ متر مربع)؟		
۴	آیا پیش اتاق دارای ایستگاه ضد عفونی ( از جمله ظرف حاوی مایع ضد عفونی دیوارها ) است؟		
۵	آیا پیش اتاق دارای دستشویی / روشویی است (ترجیحا دارای سیستم اتوماتیک یا دارای دسته یا شیر بازویی)؟		
۶	آیا پیش اتاق دارای سیستم اتوماتیک بسته شدن در است؟		
۷	آیا در های پیش اتاق سالم و بدون عیب می باشند (فاقد ترک خوردگی بدون درز و شکاف پس از بسته شدن فاقد قابلیت عبور و تبادل هوا)؟		
۸	آیا پیش اتاق دارای سیستم تهویه مناسب است؟		
۹	آیا پیش اتاق قابلیت ضد عفونی دارد؟		
۱۰	آیا پیش اتاق دارای ترالی / کمد وسایل ضد عفونی و گندزد است؟		
۱۱	آیا پیش اتاق دارای ترالی / کمد وسایل و تجهیزات پزشکی و وسایل حفاظت فردی است؟		
۱۲	آیا دیوار ها و کف پیش اتاق قابلیت شستشودارد؟		
۱۳	آیا پیش اتاق دارای سیستم فشار منفی همسو با اتاق ایزوله می باشد؟		
۱۴	آیا پیش اتاق دارای کمد لباس و رختکن / رخت آویز است؟		
۱۵	آیا پیش اتاق دارای امکانات ضد عفونی دست است؟		
	<b>اتاق ایزوله تنفسی ( ISOLATION ROOM )</b>		
۱۶	آیا اتاق ایزوله دارای فضای فیزیکی مناسب است (حداقل به ازای هر تخت ۲۰ متر مربع)؟		
۱۷	آیا دیوار ها و کف پیش اتاق / اتاق ایزوله قابلیت شستشودارد؟		

▶ استاندارد ۵ - بیمارستان از نظام  
مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ابلاغ  
شده از سوی وزارت بهداشت پیروی  
می‌نماید.

▶ سنجه ۱. روش اجرایی “شناسایی و گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی”، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

تدوین روش های اجرایی بر اساس کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت

▶ سنجه ۲. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در ایران (NNIS) به صورت ماهیانه گزارش دهی می شود.



▶ سنجه ۳. بررسی و تحلیل روند عفونت‌های بیمارستانی در کمیته کنترل عفونت به صورت منظم انجام می‌شود و اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و اقدامات اصلاحی/بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.

گزارش دهی حداقل هر سه ماه یکبار و به تفکیک نوع عفونت شایع بیمارستانی

▶ سنجه ۴. نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت گزارش شده و بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی به صورت منظم انجام و بر اساس آن اقدامات اصلاحی/بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.

- حداقل سه ماه یکبار

- با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی
- گزارش نوع مقاومت های میکروبی بیمارستان به کمیته کنترل عفونت دانشگاه

▶ سنجه ۵. کمیته کنترل عفونت با محوریت کنترل عفونت بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

تدوین چک لیست بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی توسط تیم کنترل عفونت بیمارستان و تصویب کمیته کنترل عفونت

▶ سنجه ۶. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری‌های واگیر که مطابق مقررات الزامی شده را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می‌نماید.

- بیماری‌های مشمول گزارش فوری تلفنی
- بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری کتبی

▶ استاندارد ۶ - ممیزی کنترل عفونت  
از بخش‌ها/واحدها انجام شده و نتایج  
به واحدها و مدیران ارشد گزارش  
می‌شود.

▶ سنجه ۱. ممیزی بخش ها/واحدها در  
موضوع کنترل عفونت بر اساس چک  
لیست‌های معین انجام می‌شود.

- تدوین چک لیست‌های اختصاصی برای هر  
بخش/واحد

- توجه به ساختارهای لازم برای اجرای فرآیندهای  
کنترل عفونت

54 - ارزیابی اجرای صحیح فرآیندها

▶ سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج  
اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و  
ممیزی‌های انجام شده را به کمیته کنترل  
عفونت و مسئولان بخش‌ها/واحدهای  
مربوطه گزارش می‌دهند.

▶ استاندارد ۷ - شاخص‌های لازم  
برای کاهش خطر عفونت‌های  
بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات  
اصلاحی صورت می‌گیرد.



▶ سنجه ۱. کمیته کنترل عفونت  
شاخص‌هایی برای پایش عملکرد  
فعالیت‌های کنترل عفونت تعیین و با  
نظارت تیم کنترل عفونت پایش و ارزیابی  
شده و نتایج به این کمیته گزارش می‌شود.

▶ - انتخاب شاخص‌ها بر اساس کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی و حداقل شامل موارد ذیل باشد:

▶ میزان عفونت‌های بیمارستانی بر اساس نوع عفونت،  
نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش

▶ میزان رعایت بهداشت دست

▶ تعداد مواجهات شغلی

▶ میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی

▶ سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت بر اساس گزارش نتایج شاخص‌های عملکرد کنترل عفونت اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید و تیم کنترل عفونت بر اجرای آن نظارت می‌کند.

