



جناب آقای دکتر..... / سرکار خانم دکتر.....
رئیس محترم درمانگاههای دولتی و خصوصی شیراز
موضوع: بخشنامه بهداشت در مراکز درمانگاهی

با سلام و احترام

با عنایت به اهمیت رعایت مسائل بهداشتی و کنترل عفونت در کلیه مرکز درمانی دستور فرمائید موارد ذیل در دستور کار آن مراکز قرار گیرد و به صورت منظم پایش گردد.

۱. یک فرد آموزش دیده با دارا بودن مدرک مرتبط از قبیل، کاردان و کارشناس بهداشت محیط، کاردان و کارشناس پرستاری، کاردان و کارشناس مامایی، کاردان و کارشناس اتاق عمل، بهیارو یا کمک بهیار به عنوان مسئول بهداشت درمانگاه معرفی گردد.

۲. جهت کلیه پرسنل پرونده بهداشتی تشکیل گردد و مسائلی از قبیل واکسیناسیون، تیتراژ آنتی بادی، مواجهات از قبیل نیدل استیک شدن، آسیبهای شغلی، آزمایشات دوره ای و.... در پرونده افراد ثبت و نگهداری شود.

۳. فضای فیزیکی مناسب جهت واحد CSR در نظر گرفته شود.

۴. فرآیند شستشو، ضد عفونی و استریلیزاسیون برای کلیه وسایل اجرایی شود.

۵. جهت اجرای صحیح استریلیزاسیون موارد ذیل رعایت گردد:

✓ وسایل با آب و شوینده مناسب شستشو شود.

✓ وسایل پس از شستشو در محلول ضد عفونی کننده استاندارد با رعایت زمان مناسب طبق دستورالعمل سازنده غوطه ورسازی شود.

✓ جهت پایش فرآیند صحیح ضد عفونی وسایل، از تست پروتئین استفاده گردد.

✓ وسایل قبل از بسته بندی کاملاً خشک شوند.

✓ بسته بندی وسایل به شیوه صحیح و با استفاده از کاغذ های سلولزی (Medical paper) بر روی میز مناسب انجام شود.



✓ در صورت استفاده از رولهای بسته بندی (وی پک) جهت بسته بندی از دستگاه دوخت غلتکی (سیلر) پزشکی استفاده شود.

✓ اندیکاتور کلاس ۶ و ۴ (برای وسایل تک پیچ از اندیکاتور کلاس ۴ می توان استفاده کرد) شیمیایی استاندارد در کلیه بسته ها قرار داده شود.

✓ نوار چسب OK به همراه لیبل با ذکر مشخصات (فرد مسئول بسته بندی، تاریخ بسته بندی، انقضاء، شماره سیکل اتوکلاو و شماره اتوکلاو) بر روی کلیه بسته بندی ها چسبانده شود.

✓ وسایل در اتوکلاو قرار داده شود (از اتوکلاوهای پری و کیوم با رعایت مدت زمان، فشار استاندارد استفاده شود)

✓ وسایل از اتوکلاو بیرون آورده شود (قبل از دست زدن به بسته ها ضد عفونی دست رعایت گردد) و وسایل با ترالی درب دار مناسب به قسمتهای مورد نظر منتقل شود.

✓ بسته های استریل در کمد درب دار مجزا که به همین منظور در نظر گرفته شده است نگهداری شود.

✓ جهت پایش صحت عملکرد دستگاه اتوکلاو از اندیکاتورهای بیولوژیک هفته ای یک مرتبه استفاده گردد و نتایج پس از تأیید مسئول آزمایشگاه ثبت و مستند گردد.

✓ جهت اطمینان از نفوذ بخار در اولین سیکل دستگاه اتوکلاو اندیکاتور بووی- دیک قرار داده شود و نتایج مستند گردد

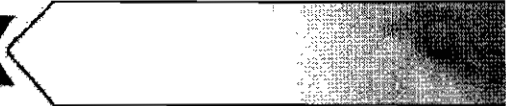
✓ پس از انجام تعمیرات دستگاه اتوکلاو مجدداً جهت اطمینان از عملکرد دستگاه از اندیکاتور بیولوژیک استفاده شود و نتیجه ثبت گردد.

۶- نسبت به تفکیک صحیح پسماند ها مطابق دستورالعملهای وزارت بهداشت اقدام گردد. (موارد آلوده به خون و ترشحات بیمار به عنوان پسماند عفونی و در کیسه زرد و سطل زرد و بقیه پسماند ها به عنوان پسماند معمولی در کیسه مشکی و سطل آبی، پسماندهای تیز و برنده در ظروف Safety Box ریخته و جمع آوری شود)

۷- کلیه پسماند ها (عفونی و غیر عفونی) حین خروج از مرکز باید دارای لیبل شناسایی باشند به مثال زیر توجه گردد:



شماره:
تاریخ:
پیوست: برگ صفحہ



نوع پسماند: عفونی.... غیر عفونی.....

محل تولید:.....

مسئول جمع آوری:.....

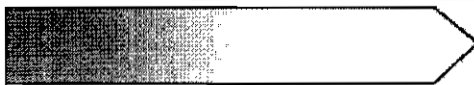
تاریخ.....

نام مرکز....

شماره تماس:....

دکتر علیرضا منصوری
رئیس اداره نظارت و ارزیابی

مهندس دهقانی - اداره نظارت و ارزیابی



بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس
معاونت درمان
اداره نظارت و ارزشیابی
فرم اعزام بیماران از درمانگاه به بیمارستان

فرم اعزام بیماران از درمانگاه به بیمارستان																				
* نام درمانگاه اعزام کننده:		تاریخ:	زمان مراجعه:																	
* نام و نام خانوادگی بیمار:		سن:	جنس:	شماره تماس همراه بیمار:																
* شکایت اصلی:																				
* علایم همراه:																				
سابقه بیماری و دارویی:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">GCS</td> <td style="width: 10%;">LOC</td> <td style="width: 10%;">BP</td> <td style="width: 10%;">PR</td> <td style="width: 10%;">RR</td> <td style="width: 10%;">SpO2</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2								
GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2															
* اقدامات تشخیصی صورت گرفته در درمانگاه:																				
* نتایج اقدامات تشخیصی:																				
تشخیص نهایی:																				
* اقدامات درمانی صورت گرفته در درمانگاه:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">GCS</td> <td style="width: 10%;">LOC</td> <td style="width: 10%;">BP</td> <td style="width: 10%;">PR</td> <td style="width: 10%;">RR</td> <td style="width: 10%;">SpO2</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2								
GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2															
* دستورات و توضیحات پزشک اعزام کننده در خصوص نحوه اعزام:																				
نام و نام خانوادگی پزشک اعزام کننده: _____ مهر و امضاء: _____ زمان اعزام: _____																				
آیا مشمول هزینه بیماربری شده است: * خیر * بلی * مبلغ هزینه (ریال): _____ مهر و امضاء مسوول درمانگاه: _____																				
مشکلات حین انتقال:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">GCS</td> <td style="width: 10%;">LOC</td> <td style="width: 10%;">BP</td> <td style="width: 10%;">PR</td> <td style="width: 10%;">RR</td> <td style="width: 10%;">SpO2</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2								
GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2															
نام و نام خانوادگی تکنسین:																				
مدرک تحصیلی: امضاء:																				
نام بیمارستان پذیرنده:																				
نام و نام خانوادگی راننده آمبولانس:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">GCS</td> <td style="width: 10%;">LOC</td> <td style="width: 10%;">BP</td> <td style="width: 10%;">PR</td> <td style="width: 10%;">RR</td> <td style="width: 10%;">SpO2</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2								
GCS	LOC	BP	PR	RR	SpO2															
توضیحات پزشک تحویل گیرنده:																				
نام و نام خانوادگی پزشک تحویل گیرنده: _____ زمان تحویل: _____ مهر و امضاء: _____																				

درمانگاه

پستل آمبولانس

بیمارستان پذیرنده