

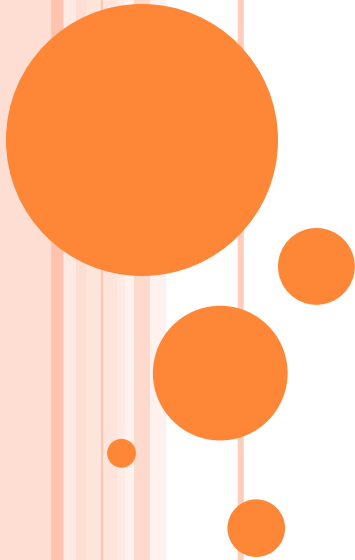
بنام خدا

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان ها

ویژه کارشناسان بهداشت محیط

اردیبهشت ۱۴۰۱

ارائه توسط مهندس علی محمد گراوند



الف ۳-۶: مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می پذیرد.

الف ۳-۶-۱: کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.

۱- کیفیت **فیزیکی** آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.

۲- کیفیت **شیمیایی** آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.

۳- کیفیت **بیولوژیکی** آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.

گام اول:

-متغیرهای فیزیکی شامل جامدات معلق، کدورت، طعم، بو و درجه حرارت خصوصیات هستند که بوسیله حواس بینایی، لامسه، چشایی و بویایی قابل تشخیص است.

-مخزن آب دارای گردش دائم بوده و باید آب مورد نیاز بیمارستان را برای حداقل ۲۴ ساعت تامین نماید.

-کلرسنجی باید هر روز حداقل از سه نقطه به صورت متناوب انجام و نتایج ثبت گردد. روزانه از آب مخزن کلرسنجی بعمل آید.

گام دوم:

-آزمایشات شیمیایی هر ۶ ماه یکبار انجام و سوابق آزمایشات شیمیایی آب شش ماهه موجود باشد.

گام سوم:

-نمونه برداری آزمایشات میکروبی حداقل در هر ماه یکبار انجام شود و سوابق آزمایشات میکروبی برای تمام ماه های سال موجود باشد.

نکات مهم در خصوص آب دیالیز:

- نمونه برداری **شیمیایی** از آب خروجی RO دیالیز بصورت **فصلی** انجام می شود.
- نمونه برداری **میکروبی** از آب خروجی از RO به صورت **ماهانه** انجام می شود.
- آب خروجی از RO باید فاقد کلر باقی مانده باشد.



نکات مهم در خصوص مخازن ذخیره آب:

- مخزن آب الزاما می بایست درای گردش دائم آب باشد.
- چنانچه بیمارستان فاقد مخزن ذخیره آب باشد و یا آب در آن راکد مانده و گردش دائم نداشته باشد از نظر اعتباربخشی غیر قابل قبول می باشد.
- مستندات برآورد نیاز آبی بیمارستان موجود باشد.
- در زمان بازرسی مخزن می بایست آبگیری شده باشد.



مشخصات کیت های کلرسنجی

- روش سنجش PDP
- قابلیت سنجش کلر آزاد باقیمانده در محدوده صفر تا ۲ میلی گرم در لیتر
- امکان سنجش همزمان کلر باقی مانده و pH در یک کیت
- ظاهر کیت شفاف دارای تمایز رنگ بندی و قابل تشخیص
- قابلیت اندازه گیری PH در محدوده ۶/۰ تا ۹
- بسته بندی سبک و قابل حمل



الف- ۶-۳-۲: مدیریت فاضلاب بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط برنامه ریزی و اجرایی شود.

۱- تطابق عملکرد مدیریت فاضلاب بیمارستان با استانداردهای مرتبط

۲- تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای مرتبط

گام ها:

بیمارستان دارای تصفیه خانه فعال فاضلاب متناسب با تخت و خدمات ارائه شده می باشد

یادرسورت وجود شبکه جمع آوری متصل به تصفیه خانه فعال شهری، پس از انجام پیش

تصفیه به شبکه فوق متصل باشد.

نکات مهم:

- در صورت وجود تصفیه خانه فعال نتایج آزمایشات پساب بیمارستان **فصلی** بوده و نتایج حاصله می بایست با استانداردهای سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت داشته باشد. و در صورت عدم تطابق **پیگیری و اقدام** اصلاحی انجام شود.
- در صورت اتصال فاضلاب بیمارستان به **اگو**، **تصویر قرارداد یا مستندات اشتراک فاضلاب** قابل ارائه و در دسترس باشد.
- سیستم جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به نحوی است که بدبو و بد منظره نبوده و موجب جلب و تکثیر حشرات نباشد.



الف ۶-۴: مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعمل های ابلاغی، برنامه ریزی و اجرایی
شود.

الف-۶-۴-۱: ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق قانون مدیریت پسماند در بیمارستان
رعایت می شود.

۱- پیش بینی روش های مراقبت از پسماند پزشکی از مرحله تولید تا امحاء، بی خطر سازی
و دفع در خصوص عدم ورود به فرایند بازیافت

۲- عدم بازیافت هرگونه پسماند پزشکی در بیمارستان

الف-۶-۴-۲: تفکیک در مبداء و دفع پسماند های عادی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می شود.

۱- تفکیک در مبداء پسماند های عادی بر اساس ضوابط مربوط ، **کدبندی رنگی** و **برچسب گذاری**

۲- دفع پسماند های عادی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت

گام ها:

- پسماند های عادی در سطل آبی و کیسه مشکی نگهداری می شوند.

- در صورت مخلوط شدن پسماند عادی بایکی از پسماند ها از قبیل

عفونی، شیمیایی، رادیواکتیو و.. خارج کردن آن **ممنوع** بوده و پسماند غیر عادی محسوب می شود.

- پسماند های ایستگاه پرستاری بخش دیالیز و اورژانس و قسمت اداری آزمایشگاه و سایر ایستگاه

های پرستاری در صورتیکه کیسه پسماند عادی باعث اخلاص در فرایند تفکیک نشود پسماند تولید

شده این قسمت عادی است.

الف-۶-۴-۳: تفکیک درمبدا و دفع پسماند های عفونی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرامی شود.

۱-: تفکیک درمبدا پسماند های عفونی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری

۲- دفع پسماند های عفونی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت

گام ها:

- پسماند عفونی در سطل و کیسه پلاستیک مقاوم و به رنگ زرد با برچسب عفونی جمع آوری و نگهداری می شود .

- قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ممنوع است.

- قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است.

- پسماند اتاق عمل، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه عفونی محسوب می شود.
- در بخش های درمانی - تشخیصی بیمارستان های سوانح سوختگی و بخش های سوختگی سایر بیمارستان ها کلیه پسماند ها عفونی می باشد.

- بی خطر سازی پسماند های عفونی توسط دستگاه بی خطر ساز فعال، دارای مجوز، با حجم متناسب با میزان

پسماند

بر روی برچسب باید مشخصات زیر ذکر گردد:

- نام، نشانی و شماره تماس تولید کننده

- نوع پسماند

- تاریخ تولید و جمع آوری

- تاریخ تحویل

- نوع ماده شیمیایی

- تاریخ بی خطر سازی

الف- ۶-۴-۴: تفکیک در مبدأ و دفع پسماند های تیز و برنده، بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می شود.

۱- تفکیک در مبدأ پسماند های تیز و برنده، بر اساس ضوابط مربوط کدبندی رنگی و برچسب گذاری

۲- دفع پسماند های تیز و برنده بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت
گام ها:

- پسماند های تیز و برنده در ظرف مستحکم و ایمن (سفتی باکس) زرد رنگ با درب قرمز جمع آوری می شود.

- قراردادن سفتی باکس در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ممنوع است بجز...

- نصب سفتی باکس در اتاق های بستری و تحت نظر مانند اورژانس، ممنوع است.

-دربخش های ویژه واتاق ایزوله،اتاق خون گیری آزمایشگاه واتاق عمل به جزیبخش های دیالیز،مراقبت های ویژه قلب ومراقبت های ویژه کودکان،دریونیت هر بیمار می توان سفتی باکس رادر محل مناسب ثابت و فیکس کرد.

-پس از پر شدن ۳/۴سفتی باکس جمع آوری وبه محل ذخیره موقت پسماند وسپس بی خطر سازی انتقال داده می شود.

-سوزن سرنگ نباید مجددا درپوش گذاری شده وسوزن وسرنگ توامادر ظرف مستحکم وایمن جمع آوری شود.



الف-۶-۴-۵: تفکیک درمبدا و دفع پسماند های شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط

و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می شود.

۱- تفکیک درمبدا پسماند های شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط ، کدبندی رنگی و برچسب گذاری

۲- دفع پسماند های دارویی و شیمیایی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت

گام ها:

- پسماند های دارویی و شیمیایی در کیسه پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه ای جمع آوری می شوند.

- دفع پسماند های شیمیایی دارویی شامل محفظه سازی و انعقاد قرارداد با شرکت های مجاز است.

الف—۶-۴-۶: تفکیک، نگهداری و دفع پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط
و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرامی شود.

۱- تفکیک در مبدأ پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی
و برچسب گذاری

۲- دفع پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت

الف- ۶-۴-۷: جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل انواع پسماندها از بخش ها/واحدها تا جایگاه موقت نگهداری طبق ضوابط مربوط اجرایی شود.

۱- جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش ها/واحدها تا جایگاه موقت نگهداری

۲- وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی

گام ها:

- محل مناسب در بخش برای نگهداری، شست و شو و گندزدایی سطل های زباله محل

مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب سرد و گرم، سیستم تهویه مناسب، اتصال به

سیستم فاضلاب و.... باشد.

جهت رفع آلودگی و گندزدایی از سطوحها، از روش های زیر استفاده می شود:

الف- شست و شو با آب داغ حداقل ۸۲ درجه سانتیگراد به مدت حداقل ۱۵ ثانیه

ب- گندزدایی با مواد شیمیایی زیر به مدت دست کم ۳ دقیقه:

- محلول هیوکلریت کلر 500PPM

- محلول فنل 500PPM عامل فعال

- محلول ید 100PPMM ید قابل دسترسی

و.....



الف-۶-۴-۸: شرایط جایگاه موقت نگهداری انواع پسماند بر اساس ضوابط مربوط است.

۱- وجود محل نگهداری موقت پسماند ها با شرایط بهداشتی

۲- شرایط نگهداری انواع پسماند ها مطابق ضوابط مربوط

گام ها:

- محل نگهداری موقت پسماند ها دارای سرویس بهداشتی، حمام و دستشویی و محل استراحت با شرایط بهداشتی و مجزا برای کاربرد دستگاه بی خطر ساز پسماند باشد.

- زمان نگهداری پسماند ها در جایگاه ها، در شرایط آب و هوایی معتدل، ۷۲ ساعت در فصل

سرد، ۴۸ ساعت در فصل گرم و در شرایط آب و هوایی گرم، ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت

در فصل گرم می باشد.

- پسماند ها داخل بین ها با رعایت کد بندی بدون انباشتگی نگهداری شوند.

الف-۶-۴-۹: اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماندهای عفونی و تیزوبرنده براساس ضوابط مربوط تکمیل و ثبت می شود.

۱- تکمیل و ثبت اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماند های عفونی

۲- تکمیل و ثبت اظهارنامه بی خطر سازی انواع پسماند های تیز و برنده

گام ها:

- اظهارنامه بی خطر سازی پسماند های عفونی و تیز و برنده (فرم شماره ۱) همراه نتایج

میکروبی ماهیانه تکمیل شده و به مرکز بهداشت مربوطه ارسال گردد.

- مرکز بهداشت فرم شماره ۲ را بصورت فصلی به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می کند.

روش کار:

- مستندات سه ماه متوالی تکمیل اظهار نامه بی خطر سازی پسماند های عفونی، تیز و برنده مطابق دستورالعمل در واحد بهداشت محیط بررسی و نتایج میکروبی به صورت ماهیانه به مرکز بهداشت / شبکه بهداشت ارسال گردد.
- تکمیل و ثبت اظهار نامه بی خطر سازی پسماند های عفونی، تیز و برنده مطابق دستورالعمل ها انجام شود.



الف-۶-۴-۱۰: تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده بر اساس ضوابط مربوط انجام می شود.

۱- تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن

۲- تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع جفت و جنین مرده

گام ها:

۱- اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده به صورت مجزا جمع آوری، بسته بندی و برای دفع به آرامستان محل حمل شده و بارعایت احکام شرعی دفع گردد.

۲- باتوجه به شرایط محلی و منطقه ای و امکانات موجود از روش های زیر برای امحاء جفت استفاده می شود:

۱- استفاده از زباله سوز استاندارد

۲- ذخیره در اتاق های دارای سیستم مبرد و سپس انتقال به مرکز دفن و دفن بهداشتی در سلولهای جداگانه

۳- ذخیره در اتاق های دارای سیستم مبرد و سپس انتقال به آرامستان و دفن بهداشتی در آرامستان

۴- حفر چاهک هایی با شرایط بهداشتی و انتقال جفت به داخل چاهک و پوشاندن با آهک

الف-۶-۴-۱۱: جمع آوری و امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن

بیماران، بر اساس ضوابط مربوط و رعایت اصول بهداشتی انجام می شود.

۱- جمع آوری تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران با نظارت و مدیریت

رئیس / سرپرست اتاق عمل

۲- امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران بر اساس دستورالعمل های

ابلاغی

الف-۶-۴-۱۲: عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند ها از نظر مکانیکی، میکروبی و شیمیایی

طبق ضوابط مربوط کنترل و ارزیابی می شود.

۱- ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی دستگاه های غیر سوزبی خطر ساز پسماند

۲- ارزیابی عملکرد و پایش شیمیایی دستگاه های غیر سوزبی خطر ساز پسماند

۳- ارزیابی عملکرد و پایش مکانیکی دستگاه های غیر سوزبی خطر ساز پسماند

گام ها:

- بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز انجام شود.

- مستندات مربوط به کالیبراسیون دستگاه در سوابق نگهداری شود.

تست های پایش دستگاه بی خطر ساز از نوع اتو کلاو

○ تست بویدیک Bowie & Dick: به صورت روزانه بعد از

شروع کار دستگاه

○ تست PCD: در هر مرحله از استریل پسماند

○ تست کلاس ۶: در هر مرحله از استریل پسماند

○ ویال میکروبی: به صورت هفتگی



پایش روزانه ساختمان امحا زباله

- بررسی دفتر توزین روزانه پسماند به تفکیک بخش ها
- بررسی تغییر رنگ تست های انجام شده
- بررسی برچسب گذاری
- بررسی رنگ بندی
- بررسی وسایل حفاظت فردی اپراتور دستگاه
- بررسی وضعیت ترالی های حمل پسماند
- ...



الف-۶-۴-۱۳: برنامه عملیاتی پسماند هاتدوین و اجرایی شود.

۱- تدوین برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی

۲- اجرای برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی

گام ها:

- برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی با توجه به مشکلات والویت های بومی بیمارستان تدوین می شود.

- هدف برنامه عملیاتی بهبود نحوه تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و نگهداری، بی خطر سازی و دفع نهایی، مدیریت حجم پسماند های پزشکی است.

- در خصوص کاهش میزان تولید پسماند و مدیریت انواع پسماند در بیمارستان لازم است برنامه ریزی بعمل آید.

- برنامه ریزی و اجرای روش های کاهش میزان تولید پسماند

- فهرست انواع پسماند های پزشکی ویژه به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام شود.



موفق و پیروز باشید

