



نام بخش:	سه ماهه اول			سه ماهه دوم			سه ماهه سوم			سه ماهه چهارم			توضیحات
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	
۱ کارکنان													
۱-۱ کلیه کارکنان پرونده بهداشتی دارند. واکسن هپاتیت ب، DT تزریق و تیترآنتی بادی چک کرده اند.													
۱-۲ کارکنان وسایل حفاظت فردی در اختیار دارند.													
۱-۳ کارکنان با توجه به مناطق (آلوده، پکینگ و استریل) از وسایل حفاظت فردی صحیح و به موقع استفاده می کنند.													
۱-۴ کارکنان حداقل یکبار در سال در دوره های آموزشی کنترل عفونت شرکت می نمایند.													
۱-۵ کارکنان اجسام تیز و برنده را به روش صحیح دفع می نمایند.													
۱-۶ کارکنان اقدامات لازم در زمان مواجهه را می دانند و اجرا می کنند.													
۱-۷ کارکنان از موقعیتهای بهداشت دست در CSSD آگاهی داشته و بدرستی اجرا می کنند.													
۱-۸ کارکنان با اصول بهداشتی نمودن دستها و انجام صحیح آن آشنایی دارند.													
۱-۹ کارکنان هنگام تردد بین فضاها اصول استاندارد هر فضا را رعایت می کنند.													
۱-۱۰ کارکنان از لباس اختصاصی بخش، کفش جلو بسته، قابل شستشو استفاده می نمایند.													
۱-۱۱ کوتاه بودن ناخن، عدم استفاده از لاک، ناخن مصنوعی و کاشت، عدم استفاده از زیور آلات توسط کلیه کارکنان رعایت می شود.													
۲ فضا و امکانات													
۲-۱ مسیر ورود و خروج تجهیزات آلوده و استریل مجزا می باشد.													
۲-۲ تفکیک و نشانه گذاری فضاها (آلوده، پکینگ و استریل) بدرستی انجام شده است.													
۲-۳ تهویه هوا در قسمتهای مختلف رعایت شده و مناسب است.													
۲-۴ فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل رعایت می شود.													
۲-۵ دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل رعایت می شود.													
۲-۶ فشار منفی و تهویه مناسب با حداقل ۱۰ بار گردش هوا در ساعت در ناحیه کثیف رعایت می شود.													
۲-۷ محل انبار استریل در مقابل درب خروجی اتوکلاو قرار ندارد.													

چک لیست ارزیابی دوره ای کنترل عفونت در بخش CSSD

نام بخش:	سه ماهه اول			سه ماهه دوم			سه ماهه سوم			سه ماهه چهارم			توضیحات
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	
۲	فضا وامکانات												
۲-۸	انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف و بدون خلل و فرج می باشد.												
۲-۹	امکانات شستشو و ضد عفونی دست در تمامی قسمتها وجود دارد.												
۲-۱۰	تجهیزات لازم جهت تمیز کردن، ضد عفونی کردن، بسته بندی و استریلیزاسیون موجود می باشد. (سینک سه منظوره یا دستگاه شستشوی وسایل، <b>airjet</b> و <b>waterjet</b> ، استریلیزر مناسب ، لفاقه ها ، پاشگرها ، لیبل زن)												
۲-۱۱	سیستم اطفاء حریق و نشت گاز موجود و سالم است.												
۲-۱۲	وسایل شستشو و نظافت در هر فضا کامل بوده و در محل مناسب نگهداری می شود.												
۲-۱۳	برنامه منظم گردگیری، شستشو و ضد عفونی در بخش موجود است.												
۲-۱۴	محل نگهداری وسایل استریل شده مستقل از سایر تجهیزات و وسایل می باشد.												
۳	پایش فرایند استریلیزاسیون												
۳-۱	تست بووی دیک روزانه انجام ونتایج آن ثبت می گردد.												
۳-۲	آزمون بیولوژیک (اسپور زنده باکتریایی) در زمانهای معرفی شده و با توجه به استریلیزرهاي مختلف بطور صحیح انجام ونتایج آن ثبت می شود.												
۳-۳	امحاء تستهای بیولوژیک بدرستی انجام می شود.												
۳-۴	شاخصهای مناسب و حساس در استریلیزرهاي مختلف در هر بسته، ست یا پک استریل قرار داده می شود.												
۳-۵	از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم استفاده می گردد.												
۳-۶	از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم استفاده می گردد.												
۳-۷	هر بسته استریل داری لیبل حداقل مشخصات ( تاریخ و شیفیت کاری، شماره/کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضا مصرف بسته استریل، چرخه بارگذاری، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل، نام ست) طبق استاندارد می باشد.												
۳-۸	وسایل آلوده و استریل شده، در جعبه های در بسته / کانتینر دربار جداگانه جابجا می شوند.												

چک لیست ارزیابی دوره ای کنترل عفونت در بخش CSSD

نام بخش:	سه ماهه اول			سه ماهه دوم			سه ماهه سوم			سه ماهه چهارم			توضیحات
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	
۳	<b>پایش فرایند استریلیزاسیون</b>												
۳-۹	سیستم رهگیری جهت وسایل و تجهیزات استریل شده موجود بوده و در پرونده پزشکی بیماران ثبت می گردد.												
۳-۱۰	دستورالعمل نحوه استفاده از محلولهای ضدعفونی موجود می باشد. ( نحوه تهیه و رقیق سازی )												
۳-۱۱	تاریخ آماده سازی و تاریخ انقضای محلولهای ضدعفونی به وضوح بر روی ظروف حاوی آن نصب شده است.												
۳-۱۲	انجام بازدید های دوره ای pm طبق توصیه سازنده دستگاه انجام می شود.												
۳-۱۳	کالیبراسیون دستگاه ها انجام شده است.												
۴	<b>ابزار و وسایل</b>												
۴-۱	پاکسازی تمامی ابزارهای حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت / محلولهای آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر، انجام می گردد.												
۴-۲	حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل، رعایت می گردد.												
۴-۳	از برس های نرم غیرفلزی جهت شستشوی تمام سطوح ابزارها استفاده می گردد.												
۴-۴	جهت شستشوی ابزار لومن دار از برس مخصوص با سایز مناسب استفاده می شود.												
۴-۵	از تجهیزات سالم مولد آب پر فشار برای شستشو موثر استفاده می گردد.												
۴-۶	از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار استفاده می گردد.												
۴-۷	کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده از تستهای موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاقهای عمل، پایش می گردد.												
۴-۸	قسمتهای قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آنها بعد از شستشو جدا می شود.												
۴-۹	بسته بندی ست های استریل شده به گونه ای است که بتوان با روش صحیح استریل آنرا باز نمود.												
۴-۱۰	ابزار و تجهیزات جراحی با استریلیزر مناسب استریل می شوند.												
۴-۱۱	ابزار زنگ زده ، زنگ زدائی یا از رده خارج می شوند.												

چک لیست ارزیابی دوره ای کنترل عفونت در بخش CSSD

توضیحات	سه ماهه چهارم			سه ماهه سوم			سه ماهه دوم			سه ماهه اول			نام بخش:	
	۲	۱	۰	۲	۱	۰	۲	۱	۰	۲	۱	۰	ابزار و وسایل	۴
													پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلولهای سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تستهای سوابینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول، انجام می گردد.	۴-۱۴
													تکنیک آماده سازی محلولهای سطح بالا درمحل استاندارد شامل تهیه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در طرف ظروف مناسب درب دار انجام می گردد.	۴-۱۵
													انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.	۴-۱۶
													اقدام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان شناسایی و به بخشها / واحدها اطلاع رسانی می گردد.	۴-۱۷
													استریل ارقام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده انجام می گردد.	۴-۱۸
													در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد برون سپاری خدمات انجام می گردد.	۴-۱۹
													فهرست و تعداد انواع اقلام مورد نیاز به صورت تک پیچ در بیمارستان موجود است.	۴-۲۰
													کارکنان از دستورالعمل دانشگاه در خصوص فرآوری مجدد اطلاع دارند.	۴-۲۱
													فرآوری مجدد ابزار یکبارمصرف طبق دستورالعمل دانشگاه انجام می شود.	۴-۲۲
													برنامه ریزی صحیح در نوبتهای کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت انجام می گردد.	۴-۲۳

چک لیست ارزیابی دوره ای کنترل عفونت در بخش CSSD

موارد قابل ارتقاء در بازدید چهارم	موارد قابل ارتقاء در بازدید سوم	موارد قابل ارتقاء در بازدید دوم	موارد قابل ارتقاء در بازدید اول

امضاء سرپرستار بخش

امضاء سوپروایزر کنترل عفونت