

پروتکل فیدل استیک شدن پرسنل مرکز و پرسنل فوریت‌های پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان

- 1- با توجه به فرایند مواجهه شغلی موجود در کلیه بخش های بالینی/واحدها عمل نمایید
- 2- در صورت مواجهه با اجسام نوک تیز ، موضع را فشار نداده و با آب شهری به مدت 1 الی 2 دقیقه شستشو داده و از پاشش الکل یا نرمال سالین بر روی موضع خودداری گردد
- 3- در صورت پاشش ترشحات به صورت ، موضع را با آب شهری به مدت 1 الی 2 دقیقه شستشو داده شود
- 4- اطلاع به واحد کنترل عفونت در شیفت صبح و در شیفت عصر/شب و روز های تعطیل به سوپروایزر وقت گزارش گردد
- 5- یک نمونه خون لخته جهت مارک‌های ویروسی (HIVAb-HCVAb-HBS Ag) از بیمار گرفته شود با تکمیل فرم مواجهه شغلی موجود در درایو Z اعتبار بخشی واحد کنترل عفونت یا فرم های خام دفتر پرستاری به آزمایشگاه ارسال گردد
- 6- در صورت داشتن آزمایش تیتر آنتی بادی فرد مواجهه یافته اگر کمتر از 10 باشد یک دوز واکسن هپاتیت B در بخش دیالیز با هماهنگی سرپرستار بخش دیالیز تزریق گردد و اگر بیشتر از 10 بود اقدام خاصی نیاز نیست
- 7- در صورت عدم داشتن آزمایش تیتر آنتی بادی فرد مواجهه یافته ابتدا یک نمونه فقط جهت آزمایش HBS Ab به آزمایشگاه ارسال گردد و پس از پیگیری جواب فالوآپ جهت ایشان انجام می گردد (زیر 10 : واکسیناسیون سه نوبتی هپاتیت B 0-1-6 و بالای 10 : اقدامی نیاز نیست)
- 8- در صورتی که منبع مواجهه Case شناخته شده (+HIV، +HCV، +HBS) باشد و HBS Ab فرد مواجهه یافته بالای 10 باشد ابتدا با هماهنگی پزشک کنترل عفونت دارو درمانی (دو دارو) شروع شده و توصیه می شود 1.5 ماه و 3 ماه بعد آزمایش مارک‌های ویروسی را انجام دهد.
- 9- در صورتی که نتیجه مارک‌های ویروسی منبع مواجهه منفی بود ،نیاز به اقدام خاصی نمی باشد

تیم کنترل عفونت



فهرست بیماری‌های مشمول گزارش دهی شامل سندرم ها و رویدادهای بهداشتی تحت پوشش نظام مراقبت (دیده بانی) SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES AND SYNDROMES AND HEALTH EVENTS IN IRAN

در صورت مشاهده هریک از رویدادها، بیماریها و یا سندرم های تحت مراقبت، به (مرکز بهداشت شهرستان
«واحد بیماری های واگیر» و کارشناس کنترل عفونت بیمارستان) گزارش گردد. شماره تماس: ۰۸۳۳۷۲۱۲۴۴۱

الف - فهرست بیماریهای هدف مراقبت جاری (ROUTINE SURVEILLANCE)

نوع بیماری	شرح	نوع سندرم	شرح
سرخک - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - تپوزادی - کزاز باغین - سندرم سرخه سارزادی - مننژیت (مننژیت مننکوکی) - ا - هاری - سیاه زخم تنفسی - سیاه زخم جلدی - تب خونریزی دهنده گرمه گنگو (CCHF) - تولا - طاعون - اوبس - یونولیس - شیتوزومیا - تیفوئید مقاوم به درمان - ا - ریکا - چیکونگویا - مالاریا - تب دنگی - تب راجعه - تب زرد - آنفلوآنزای پرندگان - سارس - سل ربوی - هیانتیت های ویروسی (A/B/C/E) - ایبولا - آبله سیمونی	عوارض فوری پیامدهای نامطلوب اینرسی (بستری / مرگ / عارضه / نگرانی جمعی) - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها/عفوان با ایبیدی - شناسایی موارد بیماریهای واگیر مشکوک و ناشناخته یا قابلیت تهدید بیولوژیک	انواع سل (بجز سل ربوی) - تیفوئید - بروسلا - لیسمانوز جلدی (سالم) - لیسمانوز احشایی (کالازار) - شیکلوزیس - اسهال خونی - سیفلیس - سوزاک - HIV/AIDS - کیست هیداتیک - جذام - توکسوپلاسموزیس - فاسیولاریس - لیتوسپیروزیس - پدیکولوزیس - گال - اورین - آنفلوآنزای انسانی فصلی - کرونا - سایر بیماریهای واگیر تحت پوشش نظام مراقبت	گزارش فوری (IMMEDIATE REPORT) (گزارش دهی دو کمتر از ۲۴ ساعت از شروع بیماری / شناسایی بیماری) توجه: بیماری هایی که به رنگ قرمز می باشد بلافاصله و در کوتاهترین زمان ممکن بصورت تلفنی گزارش شود
گزارش غیر فوری (WEEKLY REPORT) (گزارش هفتگی)			

ب - فهرست سندرم ها و رویدادهای بهداشتی تحت مراقبت (SYNDROMIC SURVEILLANCE AND HEALTH EVENTS)

ردیف	نام سندرم	تعریف سندرم	بیماریهای عمده / تشخیص افتراقی های شایع
۱	فلج شل حاد (ACUTE FLACCID PARALYSIS SYNDROME)	فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا یا دست بدون سابقه تروما (ضربه) واضح جسمانی در سن زیر ۵ سال و یا در هر سنی به شرط مشکوک شدن پزشک به فلج اطفال	فلج اطفال - کلبا - مننژیت - آنسفالیت - میلیت غرضی - آرتریت - میوزیت - سبنوئیت - انواع مسومیت - گزش حیوانات و حشرات سمی - عوارض واکسیناسیون - مالاریا
۲	سندرم تب و خونریزی (بدون تروما) FEVER WITH HEMORRHAGIC MANIFESTATION SYNDROME	تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل ۲ علامت از علائم زیر (خونریزی ناشی از تروما نباشد): خونریزی پوست به صورت گیویدی (کیمورا) خونریزی نقطه نقطه (پتشی) در پوست خونریزی دستگاه تنفس فوقانی خونریزی از لثه یا بینی / خونریزی دستگاه تنفس تحتانی / خط خونی / خونریزی دستگاه گوارش / استفراغ و مدفوع خونی / مدفوع سیاه / خونریزی دستگاه ادراری / ادرار خونی / خونریزی دستگاه تناسلی / خونریزی غیر طبیعی زناشه	تب خونریزی دهنده گرمه گنگو (CCHF) - مننکوکیسمی - تیفوئید - تب دنگی - تب زرد - ایبولا - چیکونگویا - سرخک - مالاریا - شیدید لیتوسپیروز - سیتی سیتی
۳	سندرم تب و راش حاد جلدی FEVER AND ACUTE RASH SYNDROME	تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر به صورت منتشر: لکه های کوچک و خیم سطح غیر همبرگ با پوست (ماکول) / دانه های کوچک و برجسته غیر همبرگ با پوست (پاپول) / دانه یا دانه های کوچک برجسته و ابدار در پوست (ورایکول) / خونریزی های برگ پوستی حاوی مایع غیر چربی (بول) یا مایع چربی (پوسول) / بقورات قاعده پوست از خیمهای بدون سرید یا پریدگی / حال عمومی بد	سرخک - سرخچه - مننکوکیسمی - مننکوکلوز عفونی - CCHF - چیکونگویا - تب دنگی - زیکا - سیفلیس - تیفوئید - راش دارویی - گزش حشرات - آبله - آبله مرغان - سیاه زخم - تولا - لیسمانوز جلدی (سالم) - گال
۴	سندرم شبیه آنفلوآنزا INFLUENZA-LIKE ILLNESSES SYNDROME (ILI)	تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه سرفه ای که در طی ۱۰ روز اخیر رخ داده باشد.	آنفلوآنزا - پارا آنفلوآنزا - سیاه سرفه - کرونا - سارس - تب دنگی - زیکا - چیکونگویا
۵	سندرم عفونت شدید حاد تنفسی SEVERE ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS/ILLNESS SYNDROME (SARI)	بروز تب و سرفه در طی ۱۰ روز اخیر همراه حداقل یکی از علائم زیر: در سیستم تنفسی (تأکی پنه/تنفس شده، فرورفتگی عضلات بین دنده ای در حین تنفس، تنفس سدادار، خلط خونی / در سیستم قلبی عروقی (درد قفسه سینه، افت شدید فشارخون، اختلال ریتم) / در سیستم عصبی (گشای سطح هوشیاری - تشنج)	آنفلوآنزا - کرونا - سل - سیاه سرفه - دیفتری - سرخک - سیاه زخم - تولا - طاعون
۶	سندرم سرفه مزمن CHRONIC COUGH SYNDROME	سرفه پایدار به مدت ۲ هفته یا بیشتر که معمولا همراه با خلط می باشد.	سل - سیاه سرفه
۷	سندرم مسومیت غذایی FOOD INTOXICATION SYNDROME	بروز علائم / تهوع و استفراغ بعد از مصرف مواد غذایی یا آشامیدنی - شکم درد (دل پیچه) و یا اسهال بعد از خوردن ماده غذایی یا آشامیدنی	مسومیت با عوامل شیمیایی - مسومیت با عوامل باکتریایی و ویروسی، قارچی، انگلی - مسومیت با فلزات سنگین - مسومیت با سموم - مسومیت با الکل
۸	سندرم اسهال حاد غیر خونی (آبکی) ACUTE NONBLOODY DIARRHEA (WATERY) SYNDROME	دفع ۳ بار یا بیشتر مدفوع شل یا آبکی (غیر مدفوع طی ۲۴ ساعت علائم تهوع و استفراغ / شکم درد آبله/چه که طی کمتر از ۷ روز اخیر شروع شده است	اسهال های ناشی از عوامل میکروبی و ویروسی، پارازیتی - وبا - عوامل شیمیایی
۹	سندرم اسهال خونی BLOODY DIARRHEA SYNDROME	اسهال خونی (وجود خون روشن در مدفوع اسهالی) یا بدون تهوع و استفراغ یا شکم درد (دل پیچه)	شیکلوز - آمیبیاز - سالمونلوز - فلزات سنگین - سیاه زخم کوارشی - انواع دیگر ویروسی کلا (به جز وبا)
۱۰	سندرم زردی حاد ACUTE JAUNDICE SYNDROME	زردی در سفیدی چشم یا زردی زیر زبان یا زردی خط وسط شکم	انواع هیانتت مالاریا شیدید لیتوسپیروز - بولیزوز - تب دنگی - فاسیولاریس - مسومیت های شیمیایی - مسومیت های قارچی
۱۱	سندرم تب و علائم عصبی FEVER AND NEUROLOGICAL SYMPTOMS SYNDROME	بروز تب ناگهانی بالای ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم: علائم اصلی: سستی کردن / سختی حرکات گردن - تشنج - کاهش هوشیاری - تحریک پذیری - علائم کمکی: سردرد شدید - استفراغ	انواع مننژیت - انواع آنسفالیت - آنفلوآنزا - آبله مرغان - هاری - مالاریا - مغزی - تب دنگی - زیکا - چیکونگویا - سیاه زخم - طاعون - مسومیت با سرب - جیود - گانگولفس - حلال های صنعتی
۱۲	سندرم تب طول کشیده PROLONGED FEVER SYNDROME	داشتن تب ۳۸ درجه دهانی به مدت بیش از ۳ روز - برونشی یا ۸ روز متعاقب به همراه یکی از علائم سردرد، خستگی، دردهای بدن و حال عمومی بد	سل مالاریا - بروسلا - تیفوئید - بولیزوز - لیتوسپیروز - تب دنگی - چیکونگویا - لیسمانوز احشایی (کالازار) - تب کیو - انواع هیانتت HIV/AIDS
۱۳	سندرم شوک عفونی SEPTIC SHOCK SYNDROME	بیمار بد حال یا شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک به عنوان مثال تشنج چربی / یا اختلال (استعداد) عفونت مثل نفی ایمنی، سوختگی... علائم حداقل ۳ علامت از ۳ علامت حیاتی: تأکی به (تنفس شده) از حد نرمال / تأکیکاردی (عریان قلب بیشتر از حد نرمال) / داشتن درجه حرارت کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد (هیپوترمی) یا داشتن تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد (هایپرترمی)	مننکوکیسمی - تیفوئید - بروسلا - طاعون - آنفلوآنزا - کرونا - سارس - مالاریا - تب دنگی - وبا - خشک - تب های خونریزی دهنده - سیاه زخم
۱۴	سندرم مرگ ناگهانی و غیر منتظره (مرگ مشکوک) SUDDEN DEATH AND UNEXPECTED (SUSPICIOUS) DEATH SYNDROME	مرگی که فاصله بین شروع علائم و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت باشد و علت بیماریهای داخلی، تروما، قتل و موارد مشابه نباشد و علائم پوستی از قبیل پتشی، پورپورا، اگیگوز، خونریزی در فرد مشاهده میشود.	آنسفالیت - مننژیت - عفونتهای شیدید - وبا - طاعون - مسومیت های شیدید - مارگزیدگی - حشر الکل و مواد مخدر
۱۵	سندرم تب و تورم غدد لنفاوی FEVER AND LYMPHADENOPATHY SYNDROME	بروز تب به همراه تورم حاد غدد لنفاوی (گردن / زیربغل / کشاله ران) / تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر: بزرگی غدد لنفاوی / درد غدد لنفاوی / التهاب غدد لنفاوی	طاعون - تولا - سوزاک - سیفلیس - زگیل تناسلی - شاکروئید
۱۶	سندرم بیماریهای آمیزشی SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES SYNDROME	وجود هر یک از علائم: « درنوردان / ترشح چسبی » در حین / خارج از درون / ترشح ترشح مجرا در هر سه گروه فوق: زخم یا زگیل تناسلی / التهاب مقعد / تورم / متورم شدن	
لازم است رویدادهای بهداشتی ذیل نیز بصورت فوری گزارش گردند.			
۱۷	رویداد غیر معمول بروز بیماری (طغیان / اپیدمی) OUTBREAK / EPIDEMIC EVENT	وقوع بیش از حد انتظار بیماری که نمایان (بروز) آن با شرایط اپیدمیولوژیک مشخصه همخوان نیست	طغیان - همه گیری - حوادث و رخداد های بیولوژیک (زیستی)
۱۸	رویداد خوشه موارد بیماری / سندرم CLUSTER EVENT	وقوع موارد بیماری سندرم که الزاماً بیش از حد انتظار نیستند (خوشه زمانی - مکانی).	طغیان - همه گیری - حوادث و رخداد های بیولوژیک (زیستی)
۱۹	رویداد الگوی غیر معمول / غیر قابل انتظار بیماری در انسان (UNUSUAL / UNEXPECTED EVENT IN HUMAN)	وقوع موارد یک بیماری که منطبق با شرایط اپیدمیولوژیک کنونی از نظر فصل و مکان رویداد نیست.	طغیان - همه گیری - حوادث و رخداد های بیولوژیک (زیستی)
۲۰	رویداد بیماری با تلفات غیر معمول / غیر قابل انتظار در حیوانات (UNUSUAL / UNEXPECTED EVENT IN ANIMALS)	وقوع تلفات غیر معمول / غیر قابل انتظار در حیوانات و پرندگان (حیوانی، وحشی)	طغیان - همه گیری - حوادث و رخداد های بیولوژیک (زیستی)
۲۱	رویداد آلودگی غذا یا آب (Water and food contamination EVENT)	گزارش آلودگی در شبکه تهیه، تولید و توزیع مواد غذایی و شبکه آب رسانی	طغیان - همه گیری - حوادث و رخداد های بیولوژیک (زیستی)

جدول موارد استفاده از دستکش استریل و دستکش غیر استریل

موارد استفاده از دستکش غیر استریل	موارد استفاده از دستکش استریل
1- وارد کردن کاتتر وریدی و خارج کردن کاتتر وریدی خونگیری	❖ تماس با خون و ترشحات بیمار
2- خالی کردن لگن محتوی مایعات بدن (استفراغ - ادرار)	❖ تماس با غشاء های مخاطی
3- تمیز کردن وسایل و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی	❖ تماس با پوست آسیب دیده
4- گرفتن فشار خون - نبض	❖ موقعیت های اپیدمی و اورژانسی
5- انجام تزریق عضلانی و زیرجلدی	❖ معاینات واژینال ولگنی
6- حمام کردن و لباس پوشاندن به بیمار	❖ ساکشن کردن لوله آندوتراکیال
7- انتقال بیمار	❖ قبل از زدن سوند های ادراری (دائم (فولی) ، موقت نلاتون)
8- مراقبت از چمشها و گوشه های بیمار (بدون ترشح)	
9- لمس کاتتر داخل عروقی بیمار در موارد عدم وجود ترشحات خونی	
10- دادن دارو های خوراکی	
11- توزیع یا جمع آوری ظروف غذای بیمار	
12- برداشتن یا جایگزین کردن ملحفه ها از تخت بیمار	
13- قرار دادن تجهیزات تهویه ای و غیر تهاجمی و کانولای اکسیژن	
14- کلیه عفونتهایی که جهت پیشگیری از انتقال آن ، رعایت احتیاطات تماس الزامی است مانند بیماران کاستروآنتریت و زرد زخم و ...	

فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف

(Broad spectrum antibiotics

stewardship form)

(نسخه دوم)

زمستان ۱۴۰۲

تدوین و تنظیم:

دکتر امامی دبیر مورد رشته فوق تخصص خون و سرطان بالغین

دکتر ابوالقاسمی دبیر مورد رشته فوق تخصص خون و سرطان کودکان

دکتر سلام زاده دبیر مورد و رییس انجمن علمی متخصصین داروسازان بالینی

دکتر طبرسی دبیر مورد رشته تخصصی بیماری های عفونی و گرمسیری

دکتر کریمی دبیر مورد رشته فوق تخصصی بیماری های عفونی کودکان

دکتر قانع دبیر مورد رشته فوق تخصصی ریه

دکتر طباطبایی دبیر مورد رشته فوق تخصصی ریه کودکان

دکتر جماعتی دبیر مورد رشته فوق تخصصی مراقبت های ویژه

دکتر سواد کوهی رییس انجمن علمی مراقبت های ویژه ایران

دکتر نیک اقبالیان رییس انجمن علمی پیوند اعضا ایران

دکتر آرمین فوق تخصصی بیماری های عفونی کودکان عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فلاح متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر آل بویه دکتری باکتریولوژی پزشکی عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عفونی اطفال دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

دکتر جهانگرد سرپرست دفتر نظارت و پایش بر مصرف فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو

دکتر شفیق فوق تخصص مراقبت های ویژه عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر هاشمیان جانشین دبیر مورد رشته فوق تخصصی مراقبت های ویژه

دکتر فرانش دبیر انجمن علمی خون و سرطان کودکان ایران

دکتر علیمردانی متخصص داروسازی بالینی

دکتر خلیلی استاد گروه داروسازی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر برادران متخصص داروسازی بالینی نماینده انجمن علمی پیوند اعضا ایران

دکتر محکم جانشین دبیر مورد رشته فوق تخصصی نفروژوی کودکان

دکتر صالحی متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری رییس مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی و مدیریت مصرف آنتی

بیوتیک های دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر اسحاقی فوق تخصص مراقبت های ویژه (ICU)

دکتر اسدی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تحت نظر:

**دکتر سعید کریمی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاون محترم درمان
مشاور: دکتر ساناز بخشنده رییس گروه تدوین استاندارد و راهنمای بالینی معاونت درمان**

تحت نظارت فنی:

**گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت
دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت**

❖ نام داروها: ایمی پنم / مروپنم - وانکومايسين / تیکوپلانی - کلیستین - لینزولید - کسپوفانژین - وریکونازول -

پوساکونازول - آمفوتریسین (داکسی کولات (معمولی) / لیپومازول) - تیگسیکلین

❖ بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

اطلاعات دموگرافیک بیمار				
نام	نام خانوادگی	شماره پرونده	جنس:	سن:
نتایج میکروبیولوژی (کشت):				
نوع میکروارگانیسم:	نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:		
آنتی بیوگرام: حساس: مقاوم:				
علت قطع: علت تغییر: علت ادامه:				

آنتی بیوتیک	دوز و راه تجویز	تاریخ شروع	دوره درمان پیشنهادی یا تاریخ قطع

۱- تعریف آنتی بیوتیک های رزرو: آنتی بیوتیک های خط آخر که فقط برای عفونت های خطرناک مقاوم به چند دارو (MDR) تجویز می شوند.

*تبصره: اگر از آنتی بیوتیک های رزرو موردی به فهرست رسمی دارویی ایران اضافه شد، مشمول برنامه استورادشیپ خواهد شد، که متعاقبا ابلاغ کشوری خواهد گردید.

۲- تجویز آنتی بیوتیک در طی ۵ روز اول توسط پزشک معالج صورت می گیرد و پس از ۵ روز اول با مشاوره پزشک متخصص عفونی و بیماری های گرمسیری (بزرگسال / کودکان) نسبت به ادامه / اصلاح و یا قطع تجویز تصمیم گیری شود.

۳- دلایل تغییر یا قطع یا ادامه دارو پس از ۵ روز اول توسط متخصص عفونی و پزشک معالج نوشته شود. در صورت نبود متخصص عفونی و بیماری های گرمسیری (بزرگسال / کودکان) تعیین تکلیف بر عهده رییس بیمارستان می باشد.

۴- پس از شروع یا ادامه آنتی بیوتیک، جهت نحوه تجویز و تنظیم دوز آنتی بیوتیک بر اساس محاسبات فارماکوکینتیکی و پارامترهای فارماکودینامیک، مشاوره با متخصص داروسازی بالینی (در صورت شاغل بودن یا در دسترس بودن در بیمارستان)، بر اساس نظر پزشک معالج، انجام شود.

۵- این فرم صرفاً برای ۵ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید، مجدداً پر و تایید گردد.

۶- تحویل این آنتی بیوتیک ها از داروخانه با حضور مستقیم داروساز بالینی و یا داروساز شاغل در بیمارستان می باشد.

۷- پزشک معالج و پزشک مشاوره دهنده، مسئولیت تکمیل فرم را بر عهده دارند.

مهر و امضا پزشک معالج :

مهر و امضا متخصص عفونی و گرمسیری (بزرگسال / کودکان) مشاوره دهنده:

مهر و امضای داروساز بالینی/داروساز در زمان تحویل دارو:

لیست بیماریهای واگیر و سندرم های تحت مراقبت

ردیف	نام سندرم	نوع اقدامات احتیاطی (Precautions)	توضیحات
1	فلج شل حاد	احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه تروما واضح جسمانی
2	تب و خونریزی (بدون تروما)	تب و خونریزی اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی	در صورت انجام اقداماتی که منجر به ایجاد ائروسول گردد باید اقدامات هوا برد احتیاطی (AIRBORNE) نیز رعایت گردد
3	تب و راش حاد (غیر ماکولوپاپولر- ماکولوپاپولر)	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	در صورت وجود راش وزیکولر ، زکام و سرفه باید احتیاطات هوا برد نیز رعایت شود
4	شبه انفلوانزا	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	در صورت سابقه مسافرت به مناطقی که اپیدمی بیماری های AVIAN INFLUENZA و SARS و MERS در جریان باشد باید احتیاطات هوا برد نیز رعایت شود
5	عفونت شدید حاد تنفسی	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	1- در صورت سابقه مسافرت به مناطقی که اپیدمی بیماری های MERS و SARS و INFLUENZ AVIAN 2 A در جریان باشد 2- در صورت وجود انفیلتراسیون در لوب های فوقانی ریه و یا هر جایی از ریه در بیماران HIV مثبت و high RISK FOR HIV INFECTION باید احتیاطات هوا برد نیز رعایت شود.
6	مسمومیت غذایی	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	بروز علائم تهوع و استفراغ ، شکم درد در دو نفر یا بیشتر که از یک منبع غذایی یا آشامیدنی مشترک استفاده کرده اند
7	سرفه مزمن	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	سرفه پایدار به مدت 2 هفته یا بیشتر که معمولا همراه با خلط می باشد مهمترین تشخیص افتراقی: سل
8	اسهال حاد غیر خونی	اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	اسهال حاد (غیرخونی) یعنی دفع حداقل 3 بار مدفوع شل در 24 ساعت بعلاوه تهوع و استفراغ یا شکم درد (دل پیچه) مهمترین تشخیص های افتراقی: اسهالهای ناشی از عوامل میکروبی، ویروسی، پارازیتی، وبا-تب مالت
9	اسهال خونی	احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	اسهال خونی یعنی وجود خون روشن در مدفوع اسهالی با یا بدون تهوع و استفراغ یا شکم درد (دل پیچه) مهمترین تشخیص های افتراقی: شیگلا، آمیباز، سالمونلا
10	زردی حاد	احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	زردی در سفیدی چشم یا زردی زیر زبان یا زردی خط وسط شکم مهمترین تشخیص های افتراقی: انواع هپاتیت، مالاریا شدید، لپتوسپیروز، برلیوز، تب زرد،

			باسیولاسزیس، مسمومیتهای شیمیایی / قارچی
11	تب و علائم نوروژیک	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	بروز تب ناگهانی بالاسی 38 درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم: سفتی گردن، تشنج، کاهش هوشیاری، تحریک پذیری، سردرد شدید، استفراغ مهمترین تشخیص های افتراقی: انواع مننژیت، انسفالیت، انفلوانزا، آبله مرغان، هاری، سیاه زخم، مسمومیت با سرب و حلال های صنعتی
12	شوک عفونی	اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	تاکی پنه - تاکی کادی- هایپوترمی یا هایپرترمی مهمترین تشخیص های افتراقی: مننگوکوکسمی، تیفوئید، برسلوز، کرونا، سارس، مالاریا، وبا، تب های خونریزی دهنده
13	مرگ ناگهانی غیر منتظره (مرگ مشکوک)	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی+اقدامات احتیاطی ریزقطرات (STANDARD+CONTACT+DROPLET)	مرگی که بعلمت بیماریهای داخلی، تروما، قتل نباشد و علائم پوستی از قبیل پتشی، پورپورا، اکیموز در فرد مشاهده شود
14	تب طول کشیده	اقدامات احتیاطی استاندارد (STANDARD)	داشتن تب بیشتر از 3 روز به همراه یکی از علائم سردرد خفیف، درد عضلات، کوفتگی بدن مهمترین تشخیص های افتراقی: سل، مالاریا، انواع هپاتیت، HIV
15	تب و تورم غدد لنفاوی	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی (STANDARD+CONTACT)	بروز تب به همراه تورم حاد غدد لنفاوی، گردن، زیر بغل و کشاله ران مهمترین تشخیص های افتراقی: طاعون، تولارمی
16	بیماریهای آمیزشی	اقدامات احتیاطی استاندارد+اقدامات احتیاطی تماسی STANDARD+CONTACT	در نوادان ترشح چشمی - درخانمها درد زیر شکم و ترشح واژینال - در آقایان تورم بیضه و ترشح مجرا - زخم یا زگیل تناسلی، التهاب مقعد و تورم اینگوینال مهمترین تشخیص های افتراقی: سوزاک، سفلیس، زگیل تناسلی

احتیاطات شامل دو نوع می باشد:

1- احتیاط استاندارد (پوشیدن دستکش، شستن دست، استفاده از وسایل حفاظت فردی، دفع صحیح اجسام تیز

و برنده،)

2 - احتیاطهایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت رعایت گردند (احتیاط هوایی air borne، احتیاط قطرات droplet، احتیاط تماسی contact) - رعایت این استانداردها باید با رعایت اصول احتیاط های، استاندارد توام گردد.

تیم کنترل عفونت

علائم برخی از عفونتهای بیمارستانی قابل گزارش که در این مرکز قابل بررسی می باشند :

پنومونی

علائم : مشاهده چند مورد از : تب (بالاتر از 38 درجه سانتی گراد) ؛ خلط چرکی یا افزایش ترشحات تنفسی ؛ ظهور جدید خلط چرکی یا تغییر در وضعیت خلط یا افزایش ترشحات تنفسی یا افزایش نیاز به ساکشن ؛ ظهور یا بدتر شدن (تشدید) سرفه ؛ تنگی نفس یا تاکی پنه ؛ رال یا صداهای تنفسی برونکیال ؛ هموپتزی ؛ لکوپنی ($WBC < 4000$) یا لکوسیتوز ($WBC > 12000$) ؛ درد قفسه سینه پلورتیک ؛ بدتر شدن تبادل گازی (مانند کاهش غلظت اکسیژن خون ؛ افزایش نیاز به اکسیژن یا افزایش نیاز به تهویه) ؛ تغییر وضعیت هوشیاری بدون علت دیگر در بیمار ≤ 70 سال ؛ کشت مثبت خون ؛ کشت مثبت مایع پلور ؛ کشت مثبت BAL یا PSB ؛ وجود یک نوع کاندیدای یکسان در کشت خون و ترشحات تنفسی

عفونت ادراری مرتبط با کاتتر ادراری :

علائم : بیمار کاتتر ادراری برای بیشتر از 2 روز داشته باشد (روز قراردادن کاتتر : روز 1) و در زمان عفونت، کاتتر در محل قرار داشته باشد یا نهایتا روز قبل خارج شده باشد و تب ($< 38^{\circ}C$) ، تندرns سوپراپوبیک، سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادراری و کشت ادرار مثبت با کلونی $\leq 10^5$ CFU/mL و در کشت بیش از دو نوع میکروارگانیسم رشد نکرده باشد

عفونت ادراری غیر مرتبط با کاتتر ادراری

علائم : بیمار بدون کاتتر ادراری ؛ تب ($< 38^{\circ}C$) در بیمار ≥ 65 سال، تندرns سوپراپوبیک، سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادراری و کشت ادرار مثبت با کلونی $\leq 10^5$ CFU/mL و در کشت بیش از دو نوع میکروارگانیسم رشد نکرده باشد .

عفونت باکترمیک بدون علامت ادراری

علائم : بیمار با یا بدون سوند ادراری هیچیک از علائم و نشانه های عفونت علامتدار مجاری ادراری را نداشته باشد، یعنی فقدان تب ، فقدان سوزش ادرار و غیره و کشت ادرار مثبت با کلونی $\leq 10^5$ CFU/mL و در کشت بیش از دو نوع میکروارگانیسم رشد نکرده باشد و یک کشت خون مثبت .

سایر عفونت های دستگاه ادراری (شامل کلیه، حالب، مثانه، پیشابراه یا بافت احاطه کننده خلف صفاق یا فضای اطراف کلیه)

علائم : کشت مثبت یا شناسایی ارگانیسم با روشهای غیرکشت از مایع (غیر ادرار) یا بافت ناحیه درگیر ؛ آبسه یا سایر شواهد عفونت در معاینه آناتومیک، طی پروسیجر تهاجمی (مثلا حین عمل جراحی) ، یا در هیستوپاتولوژی ؛ تب (< 38 درجه) ؛ درد یا تندرns لکالیزه ؛ ترشح چرکی از ناحیه درگیر ؛ کشت خون مثبت و شواهد تصویربرداری حاکی از عفونت (مانند سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI ، یا اسکن رادیواکتیو {گالیوم، تکنزیوم})

عفونت جریان خون نایید شده آزمایشگاهی

علائم : حداقل یک کشت خون مثبت با پاتوژن شناخته شده عفونت جریان خون مانند استافیلوکوک اورئوس، کلبسیلا، و غیره و حداقل یکی از علائم یا نشانه های: تب (< 38 درجه) ، لرز یا هیپوتانسیون و ارگانیسم بدست آمده از خون مربوط به عفونت در محل دیگری نباشد .

عفونت جریان خون مرتبط با کاتتر عروقی

علائم : این نوع عفونت که بیشتر مربوط به کاتتر ورید مرکزی میباشد ، بیمار بیش از 2 روز دارای کاتتر عروقی بوده و جهت وی عفونت خون تشخیص داده شده و در بررسی ها ؛ سایر ارگانها (مثل پنومونی، عفونت ادراری، و غیره) بعنوان منشاء رد شده باشد

عفونت سطحی برش جراحی

علائم: عفونت طی 30 روز از عمل جراحی اتفاق بیفتد؛ و فقط پوست و بافت زیرجلدی درگیر باشد و حداقل یکی از موارد: ترشح چرکی از قسمتهای برش سطحی؛ کشت مثبت از بافت یا مایعی که به طریق آسپتیک از قسمتهای سطحی برش جراحی گرفته شده و یا برش جراحی توسط جراح یا پزشک معالج یا سایر منصوبین بطور عمدی باز گردد و حداقل یکی از علائم یا نشانه های عفونت: درد، تندرns موضعی، تورم موضعی، قرمزی یا گرمی را داشته و کشت انجام نشده باشد (یعنی در صورت کشت منفی این معیار قابل قبول نمی باشد) یا تشخیص عفونت سطحی زخم جراحی توسط جراح یا پزشک معالج یا سایر منصوبین،

عفونت عمقی برش جراحی

علائم: بسته به عمل جراحی عفونت طی 30 تا 90 روز از عمل جراحی اتفاق بیفتد و بافت نرم عمق برش جراحی (مثلاً فاسیا و لایه عضلانی) درگیر باشد و یکی از موارد: ترشح چرکی از عمق برش جراحی یا برش عمقی خود به خود باز شود و یا توسط جراح (یا سایر منصوبین) باز یا آسپیره گردد و بیمار یکی از علائم: تب (بیشتر از 38 درجه سانتی گراد) درد یا تندرns موضعی را داشته باشد و کشت مثبت باشد و یا انجام نشده باشد از شواهد دیگر آبسه یا سایر شواهد عفونت برش عمقی جراحی در معاینه آناتومیک یا در هیستوپاتولوژی یا تصویر برداری

عفونت ارگان یا فضای خاص متعاقب عمل جراحی

علائم: بسته به عمل جراحی عفونت طی 30 تا 90 روز از عمل جراحی اتفاق بیفتد و عفونت هر قسمتی از بدن (غیر از پوست، فاسیا یا لایه های عضلانی) را درگیر کرده باشد و یکی از علائم: ترشح چرکی از درن که در ارگان یا فضای خاص قرار داده شده؛ کشت مثبت از بافت یا مایعی که به طریق آسپتیک از ارگان یا فضای خاص گرفته شده؛ آبسه یا سایر شواهد عفونت ارگان یا فضای خاص در معاینه آناتومیک یا در هیستوپاتولوژی یا تصویر برداری را داشته باشد.

عفونت شریان و ورید: (VASC)

علائم: کشت مثبت یا شناسایی ارگانیسم با روشهای غیرکشت از شریان یا ورید خارج شده؛ شواهد عفونت شریان یا ورید در معاینه آناتومیک یا در هیستوپاتولوژی و حداقل یکی از علائم یا نشانه های: تب (< 38 درجه)، درد، اریتم، یا گرمی در محل رگ درگیر و در کشت نیمه کمی از نوک کانولای داخلی عروقی بیش از 15 کلونی رشد کند و بیمار دارای ترشح چرکی از محل رگ درگیر باشد.

عفونت سوختگی Burn Infection

علائم: تغییر در ظاهر یا ویژگی زخم سوختگی، مانند جدا شدن سریع اسکار، تغییر رنگ اسکار به قهوه ای تیره، مشکلی یا بنفش. و کشت خون مثبت (یا شناسایی ارگانیسم در خون با روشهای غیرکشت).

عفونت زخم بستر Decubitus Ulcer Infection

علائم: بیمار حداقل دو مورد از علائم یا نشانه های زیر را داشته باشد: قرمزی، تندرns، یا تورم حاشیه زخم بستر. و کشت مثبت یا شناسایی ارگانیسم با روشهای غیرکشت از آسپیراسیون سوزنی مایع یا بیوپسی بافتی از حاشیه زخم.

تیم کنترل عفونت م. آ. د. امام خمینی (ره)



بهبود بهداشت دست

اصل نهم از اصول نه گانه ایمنی بیمار

تنظیم کننده: واحد کنترل عفونت مرکز

فروردین ماه 1401

موارد استفاده از شستشوی دست با آب و صابون:

1 - دستها بصورت آشکارا کثیف (Visibly dirty) باشند. (کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی، قومی، عوامل محیطی و اعتقادات کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی، قومی، عوامل محیطی و کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی، قومی، عوامل محیطی و اعتقادات مذهبی در هرکشوری از دنیا توجیه می شود.)

2 - دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.

3 - دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولیدکننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل (Clostridioum dificile) شستن دست با آب و صابون روش ارجح در رعایت بهداشت دست محسوب می شود.

4 - بر اساس اجماع نظر کارشناسان، مطالعات

بالینی و یا اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک، شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است.

مدت زمان شستشوی دست با آب و صابون:

40 تا 60 ثانیه

مراحل انجام شستشوی دست با آب و صابون:

1 - دست ها را با آب خیس کنید.

2 - به مقدار کافی صابون بکار ببرید تا تمام سطوح دست را بپوشانید.

3 - کف دست ها را به هم بمالید.

4 - کف دست راست را به پشت دست چپ و لای انگشتان بمالید. این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید.

5 - کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید.

6 - پشت انگشتان را به حالت خم شده به کف دست دیگر بمالید.

7 - شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .

8 - کف دست چپ را به صورت چرخشی با انگشتان خم شده دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .

9 - دست ها را آبکشی کنید .

10 - دست ها را با حوله (دستمال) یکبار مصرف خشک کنید .

11 - از همان حوله برای بستن آب استفاده کنید .

موارد استفاده از Hand rub :

در موقعیت های ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل که دستها بصورت آشکارا کثیف نمی باشند ترجیحاً با استفاده از محلول های ضدعفونی با بنیان الکلی و بکارگیری Hand rub رعایت بهداشت دستها را نمائید ،

1 - قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران .

2 - بعد از درآوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود .

3 - قبل از دست زدن به یا هر گونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار . (صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر)

4 - بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران .

5 - در صورتیکه در حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی ، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت .

6 - بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار . (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)

مدت زمان شستشو دست با مواد الکلی : 20 تا 30 ثانیه

مراحل انجام شستشو دست با مواد الکلی:

- 1 - یک کف دست را از محلول کاملاً پر کنید ..
- 2 - کف دست را به هم بمالید.

3 - کف دست راست را به پشت دست چپ و لای انگشتان بمالید؛ این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید ..

4 - کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید. 5 - پشت انگشتان را به حالت خم شده به کف دست دیگر بمالید .

6 - شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .

7 - کف دست چپ را به صورت چرخشی با انگشتان خم شده دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .

8 - صبر کنید دست ها خشک شوند .

بصورت همزمان از محلولهای ضدعفونی دست با

بنیان الکلی جهت Hand rub و صابون برای رعایت

بهداشت دست استفاده نکنید .



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه



بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه

دستورالعمل کلی جهت تاریخ تعویض پاره ای از وسایل ،

تجهیزات و اقلام دارویی

عنوان	مدت
آنژیوتیک	هر ۷۲ ساعت در صورت اندیکاسیون (فلبیت ، درد، قرمزی، نشتی و...) زودتر تعویض شود.
ست سرم	هر ۲۴ ساعت یکبار بعد از دریافت فرآورده های چربی و آمینواسیدی با هر فرآورده دارویی تعویض شود.
میکروست	هر ۷۲ ساعت ؛ پس از (TPN) و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود
تری وی -هپارین لاک	هر ۲۴ ساعت یکبار
ست خون	به اِزاء هر ترانسفوزیون
کات دان	هر یک ماه در صورت اندیکاسیون بالینی (علائم: عفونت ، انسداد و ...) زودتر تعویض شود.
ست تجویز پروپوفول	هر ۱۲ - ۶ ساعت یکبار، یا در صورت تعویض و بال
کاترورید مرکزی	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت ، انسداد و...)
پانسمان استریل	پوشش گازی استریل هر ۲۴ ساعت یکبار
کاترورید مرکزی	در صورت آلودگی ، خیس یا شل شدن باید در اسرع وقت تعویض گردد.
سرنگ متصل به پمپ انفوزیون	باترریق هردارو (با اتمام داروی داخل سرنگ)
سوند ادراری داخلی (فولی)	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت ، انسداد و...) حداکثر ۱۰ روز توجه : در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام شود.
فولی اکسترنال	بنا به نیاز بیمار حداکثر هر ۴۸ ساعت یکبار
یورین بگ	(در زمان تعویض سوند ادراری داخلی و در صورت وجود اندیکاسیون بالینی ؛ جدا شدن از سوند ادراری، آلودگی ، پارگی و نشتی و....) حداکثر هر ۷۲ ساعت
لوله تراشه (اندو تراکیال تیوب)	در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (پس از ۷ تا ۱۴ روز بسته به شرایط بیمار اقدام جهت تراکیاستومی انجام شود)
تیوب ساکشن	اختصاصی برای هر بیمار و تعویض روزانه
کاتتر ساکشن	یکبار مصرف
لوله خرطومی و تنیلاتور	حداکثر ۵ روز و یا براساس دستورالعمل کارخانه سازنده در صورت آلودگی یا کارکرد معیوب (اختصاصی برای هر بیمار)
کاتتر و ماسک اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار -در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب تعویض شود.
چست باتل	در صورت پر شدن تعویض شود
سوند معده	هر ۷ روز تعویض می شود
سرنگ گاوآژ	در پایان هر شیفت کاری
چست لید	هر ۲۴ ساعت - در صورت وجود اندیکاسیون (جدا شدن، کثیف شدن و عدم کارایی) تعویض شود.
سیفتی باکس	پس از پر شدن سه چهارم آن و یا ۳ روز معدوم گردد.

« مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) - واحد کنترل عفونت »

عنوان روش اجرایی: مدیریت مراقبت بسته ای در ارتباط با کاهش عفونت های تنفسی	
کد خط مشی : IKhH/ Mng-Reg/008	تاریخ اولین تنظیم : 1398/08/26
دوره بازنگری : سالیانه	شماره بازنگری : 5
دامنه: کلیه بخش های بستری	فرد پاسخگو: مسئول کنترل عفونت
تعاریف: مراقبت بسته ای (Bundles) مجموعه ای از اعمال مبتنی بر شواهد است که به کار گیری آن ها منجر به پیشرفت در پیامد ها و پیش آگهی بیماران خواهد شد. تعداد زیادی از مراقبت بسته ای در نظام سلامت جهت ارائه خدمات استاندارد قابل دسترسی است. بسته حاضر جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و کمک به ایجاد محدودیت در مقاومت میکروبی (ناشی از اجبار به استفاده از آنتی بیوتیک در موارد عفونت های بیمارستانی) در مرکز می باشد. استفاده از مداخلات مراقبت بسته ای (Bundles) ، یکی از راه های موثر جهت تغییر در فرهنگ ایمنی و ارائه بهترین مراقبت از بیمار با استفاده از کار گروهی است.	
خط مشی و اهداف: مدیریت بسته ای در راستای پیشگیری و کاهش عفونت های بیمارستانی	
شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان: پزشکان ، مدیر خدمات پرستاری ، سوپروایزر های بالینی ، پرستاران ، بیماران	
شناسایی و تامین امکانات و منابع: نیروی انسانی ، دستگاه مانیتورینگ ، ونتیلاتور ، پالس اکسی متری-دستگاه ساکشن و تجهیزات ساکشن ، دستکش استریل ، ست پانسمان استریل ، محلول دهانشویه ، سوند نلاتون ، تجهیزات حفاظت فردی ، تجهیزات شستشوی دست ، ست و فیلتر HME و اتصالات ونتیلاتور ، مواد گندزدای ابزار منابع: تجربیات بیمارستان	
عفونتهای بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که بیمار 48 تا 72 ساعت بعد از بستری در بیمارستان به آن آلوده می شود. که منجر به افزایش مصرف آنتی بیوتیک ، طولانی شدن مدت اقامت بیمار و تحمیل هزینه بیشتر، افزایش احتمال مرگ و میر ، احتمال سرایت عفونت به جامعه و کاهش رضایت مندی می شود . استفاده از مراقبت بسته ای می تواند در کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی موثر باشد. عفونت های اکتسابی ناشی از مراقبت در بیمارستان شامل موارد زیر است:	
1- عفونت های سیستم تنفسی (ذات الریه)	

2- عفونت های سیستم ادراری

3- عفونت های محل عمل جراحی

4- عفونت های خونی (سپسیس)

***پیشگیری از عفونت های سیستم تنفسی:**

از علائم عفونت تنفسی : تغییر در تنگی نفس ، خس خس ، سیانوز ، تغییر صداها ی ریوی در سمع ریه ، سرفه ،

خلط که ممکن است زرد یا سبز یا خونی باشد، درد قفسه سینه که با سرفه و نفس کشیدن تشدید می شود ، تب ،

ضعف ، کاهش اشتها می باشد.

یکی از عوارض اینتوباسیون ، تراکئوستومی و حمایت تنفسی با ونتیلاتور عفونت تنفسی می باشد.

از مزایای اینتوباسیون یا تراکئوستومی، حفظ و باز نگه داشتن راه هوایی بیمار و ونتیله مناسب بیمار تا زمان امکان تنفس مناسب بیمار به طور مستقل می باشد.

***اندیکاسیون های اینتوباسیون یا تراکئوستومی که در بیماران در نظر گرفته شود:**

- بیماران کمایی یا مسموم که رفلکس های طبیعی برای محافظت از ورود ترشحات مانند سرفه و بلع در این بیماران مختل است ، بیهوشی عمومی ، اقدامات تشخیصی در راه های هوایی مانند برونکوسکوپي ، پس از احیا قلبی ریوی ، اعمال جراحی ، انجام تراکئوستومی به طور اورژانس در پی تلاش ناموفق جهت اینتوباسیون یا به صورت الکتیو در موارد تومورهای ناحیه گردن و حنجره

روش اجراء Procidure

***اقدامات پرستاری در مراقبت از بیماران اینتوبه به درستی اجرا گردد:**

با توجه به حذف مکانیسم های دفاعی راه هوایی فوقانی احتمال بروز عفونت افزایش می یابد اقدامات زیر می بایست جهت پیشگیری از عفونت تنفسی انجام شود:

-ساکشن راه های هوایی با روش کاملاً استریل و هر بار با یک کاتتر(نلاتون) تازه به صورت PRN

- استفاده از دستکش استریل جهت ساکشن لوله تراشه و یا لوله تراکئوستومی

-شستشوی دستها قبل و بعد از مراقبت های تنفسی از بیمار و استفاده از ماسک و شیلد (تجهیزات حفاظت فردی)

-استفاده از ژل در صورت ساکشن نازوتراکئال

-فیزیوتراپی تنفسی جهت تخلیه ترشحات تنفسی و بهبود تهویه تنفسی

-گزارش به متخصص بیهوشی مقیم ICU در صورت عدم موفقیت برای باز کردن راه هوایی (خارج نشدن ترشحات غلیظ شده یا هرگونه اشکال در عبور دادن نلاتون) ، و در صورت نیاز تعویض لوله تراشه به موقع توسط متخصص

بی‌هوشی .

- رعایت پوزیشن مناسب (SSP) جهت پیشگیری از احتمال آسپیراسیون محتویات معده یا ترشحات دهانی

- پر کردن کاف لوله تراشه به میزان مناسب جهت پیشگیری از آسپیراسیون ترشحات.

- تنظیم فشار کاف لوله تراشه بین 15 تا 20 میلی متر جیوه (با کاف سنج لوله تراشه) جهت پیشگیری از آسیب ناشی از فشار کاف لوله تراشه بر مجرای تنفسی. (قبل از تنظیم فشار کاف ، ساکشن دهان و ته حلق انجام و مددجو در پوزیشن مناسب قرار داده می شود).

- تنظیم فشار دستگاه ساکشن با توجه به وضعیت بیمار . (ساکشن با فشار بالا موجب ایجاد تروما در مسیر تنفسی می شود که خود می تواند موجب بروز عفونت گردد).

- ممانعت از Self Extube بیمار .

- حفظ شرایط استریل در زمان تعویض پانسمان محل تراکئوستومی.

- کنترل لوله تراشه از نظر قرار گیری در محل صحیح به صورت مداوم.

- تعویض لوله های ونتیلاتور، فیلتر آنتی باکتریال مطابق دستورالعمل کنترل عفونت .

- تخلیه شود آب جمع شده در لوله های ونتیلاتور و مراقبت از جهت جلوگیری از وارد شدن آب جمع شده در لوله های ونتیلاتور به راه هوایی بیمار .

- در صورت ، اخذ و ارسال نمونه کشت ترشحات تنفسی به صورت صحیح و استریل طبق دستور پزشک و ثبت تاریخ و شیفت ارسال نمونه در گزارش پرستاری و کار تکس.

- ثبت رنگ و ظاهر و حجم ترشحات تنفسی در گزارش پرستاری و همچنین ثبت دقیق درجه حرارت بیمار - استفاده از دهانشویه برای بیمار.(با محلول کلرهگزیدین)

- جداسازی بیماران دچار عفونت های تنفسی قابل انتقال ، از سایر بیماران

- جداسازی بیماران با ضعف سیستم ایمنی از سایر بیماران جهت پیشگیری از انتقال عفونت های تنفسی

- تمیز کردن و ضدعفونی تیغه و دسته لارنگوسکوپ مطابق موازین کنترل عفونت

- شستن و ضدعفونی ساکشن باتل ها ، به طور صحیح و مطابق موازین کنترل عفونت (غوطه وری در محلول ضد عفونی به مدت زمان مناسب ، پس از شستشو با مواد دترجنت ، آبکشی و خشک کردن)

***توجهات پزشکی در ارتباط با اینتوباسیون و بیمار اینتوبه در نظر گرفته شوند:**

- اینتوباسیون با توجه به وضعیت بیمار و با صلاحدید پزشک و توسط پزشک انجام می گردد.(جهت پیشگیری از انجام اینتوباسیون بدون اندیکاسیون تا حد امکان پایش مداوم بیمار و مراقبت از نظر باز بودن راه هوایی و دریافت

اکسیژن ، پوزیشن مناسب جهت پیشگیری از آسپیراسیون تا بهبود وضعیت تنفسی بیمار انجام می شود و کلیه تجهیزات مورد نیاز جهت اینتوباسیون بر بالین بیمار حاضر می باشد)

در صورت اینتوباسیون بیمار:

- استفاده از تکنیک صحیح اینتوباسیون

- پوشیدن دستکش استریل و حفظ شرایط استریل در حین اینتوباسیون.

- استفاده از لوله تراشه با قطر مناسب و چک لوله تراشه از نظر سالم بودن کاف قبل از استفاده برای بیمار.

- شروع تغذیه ی بیمار از طریق NGT یا تغذیه روده ای در صورت لزوم (جهت پیشگیری از کاهش دریافت تغذیه ای بیمار که منجر به کاهش حجم و ضعیف شدن عضلات تنفسی شده و در نتیجه اکستوب شدن بیمار سخت تر خواهد شد انجام می گردد).

- توجه به موارد ثبت شده در گزارش پرستاری در ارتباط با رنگ ، ظاهر ، حجم ترشحات تنفسی بیمار ، تعدد نیاز به ساکشن و درجه حرارت بیمار

- قطع آرامبخش و ارزیابی روزانه بیمار از نظر آمادگی جهت اکستوب نمودن بیمار

- توجه روزانه به Set up دستگاه ونتیلاتور و در صورت امکان Weaning کردن بیمار جهت کاهش وابستگی بیمار به ونتیلاتور

- توجه به تغییرات وضعیت تنفسی و سطح هوشیاری بیمار در طی بستری بیمار .

- در صورت اکستوب شدن و جدایی از دستگاه ، کنترل بیمار از نظر علائمی مانند احساس تنگی نفس ، افت Spo2 ، خستگی ، اضطراب ، تعریق ، رنگ پریدگی و یا سیانوز ، خواب آلودگی ، بی قراری و استفاده از عضلات کمک تنفسی . (این علائم می تواند نمایانگر عدم آمادگی بیمار برای جدایی از دستگاه باشد). تشویق بیمار به تنفس عمیق ، مناسب و سرفه موثر جهت خروج ترشحات تنفسی بعد از اکستوب کمک کننده می باشد.

- در صورت لزوم ارسال کشت ترشحات تنفسی و شروع آنتی بیوتیک بر اساس جواب آنتی بیو گرام. (پرهیز از شروع آنتی بیوتیک های وسیع الطیف در موارد غیر ضروری و در صورت لزوم درخواست مشاوره عفونی)

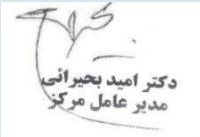
- نظارت بر اقدامات پزشک و پرستار توسط سوپروایزر و سرپرستار است.

- آموزش به بیمار شامل (Npo) ماندن تا چند ساعت پس از اکستوب شدن ، تشویق بیمار به تنفس عمیق و سرفه موثر جهت خروج ترشحات تنفسی ، همکاری جهت فیزیوتراپی تنفسی ، در صورت po شدن بیمار توصیه به مصرف مواد غذایی سبک با حجم کم و دفعات بیشتر توسط پزشک و پرستار انجام می شود.

- آموزش به بیمار پس از ترخیص در خصوص مراجعه به پزشک در صورت بروز علائمی مانند خشونت صدا یا تنگی

نفس ، خلط که ممکن است با تغییر رنگ به سبز یا زرد یا خونی همراه باشد، تب ، درد قفسه سینه خصوصا در زمان تنفس توسط پزشک و پرستار .

رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان: ارتقاء وضعیت سلامت بیماران ، بهبود مستمر خدمات بالینی

تهیه کننده : زهرا مرادی - فاطمه صادقی	تأیید کننده : محسن رضایی	ابلاغ کننده : دکتر امیدبحیرایی
امضاء (سمت) : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار-کارشناس کنترل عفونت  فاطمه صادقی سوپروایزر کنترل عفونت	امضاء (سمت) : مدیر پرستاری 	امضاء (سمت) : مدیر عامل 

عنوان روش اجرایی: مدیریت مراقبت بسته ای در ارتباط با کاهش عفونت های ادراری	
کد خط مشی : IKhH/ Mng-Reg/008	تاریخ اولین تنظیم : 1398/08/26
دوره بازنگری : سالیانه	شماره بازنگری: 5
دامنه: کلیه بخش های بستری	فرد پاسخگو: مسئول کنترل عفونت
تعاریف: مراقبت بسته ای (Bundles) مجموعه ای از اعمال مبتنی برشواهد است که به کار گیری آن ها منجر به پیشرفت در پیامد ها و پیش آگهی بیماران خواهد شد. تعداد زیادی از مراقبت بسته ای در نظام سلامت جهت ارائه خدمات استاندارد قابل دسترسی است. بسته حاضر جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و کمک به ایجاد محدودیت در مقاومت میکروبی (ناشی از اجبار به استفاده از آنتی بیوتیک در موارد عفونت های بیمارستانی) در مرکز می باشد. استفاده از مداخلات مراقبت بسته ای (Bundles) ، یکی از راه های موثر جهت تغییر در فرهنگ ایمنی و ارائه بهترین مراقبت از بیمار با استفاده از کار گروهی است.	
خط مشی و اهداف: مدیریت بسته ای در راستای پیشگیری و کاهش عفونت های بیمارستانی	
شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان: پزشکان ، مدیر خدمات پرستاری ، سوپروایزر های بالینی ، پرستاران ، بیماران	
شناسایی و تامین امکانات و منابع: نیروی انسانی ، تجهیزات شستشوی دست ، تجهیزات حفاظت فردی ، کاتتر های ادراری (سوند فولی ، نلاتون) ، سرنگ ، آب مقطر ، بتادین ، ست پانسمان استریل ، یورین بگ ، شان استریل ، دستکش استریل ، ژل لوبریکانت	
منابع: تجربیات بیمارستان	

عفونتهای بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که بیمار 48 تا 72 ساعت بعد از بستری در بیمارستان به آن آلوده می شود. که منجر به افزایش مصرف آنتی بیوتیک ، طولانی شدن مدت اقامت بیمار و تحمیل هزینه بیشتر، افزایش احتمال مرگ و میر ، احتمال سرایت عفونت به جامعه و کاهش رضایت مندی می شود . استفاده از مراقبت بسته ای می تواند در کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی موثر باشد.

عفونت های اکتسابی ناشی از مراقبت در بیمارستان شامل موارد زیر است:

1- عفونت های سیستم تنفسی (ذات الریه)

2- عفونت های سیستم ادراری

3- عفونت های محل عمل جراحی

4- عفونت های خونی (سپسیس)

***پیشگیری از عفونت های سیستم ادراری :**

اندیکاسیون های تعبیه کاتتر ادراری:

- محاسبه حجم ادرار در بیماران (کنترل تعادل مایعات (I&O) در طی دوران بیماری در بیماران با وضعیت ناپایدار)(در بیمارانی که می توانند از ظروف مدرج استفاده کنند ، کاتتر ادراری برای کنترل I&O استفاده نمی شود)
- احتباس ادرار(در صورت عدم رفع احتباس ادراری با روش های دیگر ممکن نیست)
- انسداد در مسیر خروجی مثانه
- در بیمارانی که بی اختیاری ادراری دارند ، برای کمک به بهبود زخم های باز ناحیه ساکروم یا پرینه
- در بیمارانی که بی اختیاری دارند (زمانی که هیچ روش دیگری عملی نیست).
- در بیمارانی که مدت طولانی باید بدون حرکت باشند 0 شکستگی لگن و ..)
- در بیماران بسیار بد حال (End Stage)
- برای گرفتن نمونه ادرار جهت کشت در برخی بیماران که قادر به گرفتن نمونه نیستند.(با استفاده از نلاتون یا کاندوم ادراری)(جهت نمونه گیری از سوند فولی استفاده نمی شود).
- برای کمک به مراقبت در زخم پریئثال
- قبل از عمل جراحی برای پروسیجرهای جراحی ، شامل :
- بیمارانی که تحت عمل جراحی اورولوژی و سایر جراحی های مربوط به سیستم ادراری تناسلی قرار گرفته اند.
- بیمارانی که نیازمند کاتتر سوپراپوبیک هستند (به طور مثال پس از جراحی که جریان ادرار قطع می شود مانند جراحی پروستات استفاده می شود و اغلب برای روزها ، هفته ها و یا حتی به دائمی می تواند مورد استفاده قرار گیرد).

-در مواردی که زمان جراحی طولانی باشد.

-بیمارانی که در طی جراحی حجم زیادی از مایعات یا داروهای مدر دریافت کنند .

علائم عفونت ادراری:

-سوزش یا درد در هنگام ادرار کردن ، درد لگن در خانم ها ، درد مقعد در آقایان ، کم شدن حجم ادرار ، بدبو شدن

ادرار ، تغییر رنگ ادرار (صورتی یا قهوه ای شدن آن) ، دیدن لکه های خون در ادرار

روش اجراء Procidure

اقدامات پرستاری در مراقبت از کاتتر ادراری:

-تعبیه سوند ادراری یا نلاتون برای بیمار با دستور پزشک ، توسط پرستار.(حتی المقدور اجتناب از سونداژ ادراری

بیمار و تعبیه سوند ادراری برای بیمار فقط در صورت ضرورت و با اندیکاسیون)

-رعایت تکنیک استریل در تعبیه کاتتر ادراری.(آماده نمودن کلیه وسایل بر بالین بیمار قبل از انجام پروسیجر،استفاده

از ست استریل ، دستکش استریل ، شان استریل، ضدعفونی ناحیه با بتادین و... و ترجیحا تعبیه سونداژ توسط

دوپرستار جهت پیشگیری از Unsterile شدن در حین اقدام به سوند گذاری) و قید نمودن تاریخ تعبیه بر روی سوند

ادراری و در گزارش پرستاری .

-شستشوی دست قبل از پوشیدن دستکش استریل .

-ترجیحا استفاده از کوچکترین قطر سوند ادراری که مناسب فرد باشد.

-پر کردن بالن سوند ادراری با میزان مناسب (ترجیحا آب مقطر) .

- خودداری از جلو و عقب بردن سوند ادراری .

-تثبیت کاتتر روی کشاله ران جهت پیشگیری از جا به جایی و کشیده شدن کاتتر .

-رعایت بهداشت دست قبل و بعد از سوند گذاری .

-محکم کردن محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار .

-حفظ جریان ادرار و جلوگیری از انسداد جریان آن.

- پایین تر بودن کیسه ادرار از سطح مثانه در تمام مدت (تا از برگشت ادرار به داخل مثانه جلوگیری شود و به هیچ

عنوان روی زمین قرار نگیرد.)

-تعویض کیسه ادرار در زمان های مشخص (طبق دستورالعمل کنترل عفونت.) و قید تاریخ تعویض بر روی کیسه.

-تمیز کردن ظرف جمع آوری ادرار برای هر بیمار .

-جلوگیری از پاشیدن ادرار .

-جلوگیری از تماس شیر خروجی کیسه ادرار با سطوح غیر استریل.
- ضدعفونی پیچ پایین یورین بگ با اسپری ضدعفونی کننده پس از هر بار تخلیه ادرار .
-رعایت احتیاطات استاندارد شامل استفاده از دستکش و گان و شیلد و...در زمان دستکاری کاتتر یا سیستم جمع آوری ادرار

-تمیز کردن و شستشوی روزانه پرینه
-توجه به قرمزی ، چرک ، درد یا سوزش در محل ورود سوند به بدن (در صورت وجود به پزشک اطلاع داده شود)
-توجه به درجه حرارت بدن بیمار قبل و بعد از تعبیه سوند ادراری.
-توجه به ظاهر ادرار(رنگ و حجم ، وجود لخته خون یا خون روشن ، پیوری و ...) ، و ثبت در گزارش پرستاری.
-نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت بر صحت اقدامات لازم است.

توجهات پزشکی در ارتباط با کاتتر ادراری:

-رعایت اندیکاسیون های تعبیه کاتتر ادراری.
-خارج کردن کاتتر ادراری به محض اینکه بیمار اندیکاسیون نداشت .(بررسی روزانه بیمار از نظر نیاز به کاتتر ادراری و خارج کردن کاتتر در صورت عدم نیاز .)
-توجه به گزارش پرستار در ارتباط با رنگ و حجم ادرار و همچنین درجه حرارت بیمار .

برنامه مراقبتی جهت جلوگیری از بی اختیاری ادراری پس از خروج سوند ادراری: (با دادن این آموزش

ها و اجرای آن توسط بیمار از احتمال سونداژ مجدد به دلیل بی اختیاری کاسته می شود)

-آموزش ورزش کگل به بیمار جهت تقویت عضلات پرینه و کف لگن
-در صورت نیاز بیمار به سوند ادراری به مدت طولانی ، احتمال بی اختیاری یا احتباس ادراری بعد از خروج سوند وجود دارد. برای پیشگیری از بروز بی اختیاری ، قبل از خروج سوند ، سوند ادراری سه ساعت کلمپ شود و بعد نیم ساعت باز شود و این عمل چندین مرتبه تکرار شود تا مثانه آمادگی نگهداری حجمی از ادرار را پیدا کند. توجه شود در صورتی که بیمار قبل از پایان سه ساعت اظهار پری مثانه و ناراحتی کند ، می بایست کلمپ سوند باز شود تا ادرار تخلیه شود.

-تشویق بیمار به اقدامات زیر در صورت بروز احتباس ادراری پس از درآوردن سوند(تا از سونداژ مجدد پیشگیری شود):
ریختن آب گرم روی مثانه ، ماساژ مثانه (فشار آرام روی مثانه) ، باز کردن شیر دستشویی ، نشستن در وان آب گرم

آموزش به بیمار در ارتباط با مراقبت از کاتتر ادراری:

-در صورت ترخیص بیمار با کاتتر ادراری ، دادن آموزش های لازم در زمینه مراقبت از کاتتر ادراری توسط پزشک و

پرستار به بیمار.شامل:

-عدم دستکاری محل ورود سوند به بدن

-مراجعه به پزشک در صورت بروز مواردی مانند : درد شکم ، تب ، تغییر رنگ و بوی ادرار (ادرار خونی ، لخته خون ، ادرار تیره) ، نداشتن ادرار یا ادرار خیلی کم ، احتباس ادراری با وجود داشتن سوند،ایجاد تورم، قرمزی ، چرک ، درد و سوزش محل ورود سوند به بدن .

-پایین تر نگه داشتن کیسه ادرار نسبت به بدن.

-تخلیه کیسه ادرار در زمان مناسب (منتظر نشوید کیسه کاملا پر شود)

-جلوگیری از خم شدگی و پیچ خوردگی لوله سوند که می تواند مانع از خروج ادرار شود .

-شستن دست ها قبل و بعد از تماس با کیسه ادرار.

-جلوگیری از کشیده شدن سوند ادراری .

-در صورتی که بیمار سوند ندارد ، آموزش به بیمار برای گرفتن نمونه ادرار جهت کشت ادرار(شستشوی کامل ناحیه پرینه قبل از نمونه گیری ، دور ریختن اول و آخر ادرار و جمع آوری وسط ادرار)

-در صورتی که بیمار برای عفونت ادراری آنتی بیوتیک دریافت می کند ، توصیه به تکمیل دوره درمان (توضیح به بیمار در رابطه با اینکه رفع علائم در روزهای اول درمان نشانه بهبودی و رفع کامل عفونت نیست. دوره درمان باید کامل شود.)

رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان: ارتقاء وضعیت سلامت بیماران ، بهبود مستمر خدمات بالینی

تهیه کننده : زهرا مرادی- فاطمه صادقی	تأیید کننده : محسن رضایی	ابلاغ کننده : دکتر امید بحیرایی
امضاء (سمت) : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار-کارشناس کنترل عفونت  فاطمه صادقی سوپروایزر کنترل عفونت	امضاء (سمت) : مدیر پرستاری 	امضاء (سمت) : مدیر عامل 

عنوان روش اجرایی: مدیریت مراقبت بسته ای در ارتباط با کاهش عفونت های محل جراحی	
کد خط مشی : IKhH/ Mng-Reg/008	تاریخ اولین تنظیم : 1398/08/26
دوره بازنگری : سالیانه	شماره بازنگری: 5
دامنه: کلیه بخش های بستری	فرد پاسخگو: مسئول کنترل عفونت
تعاریف: مراقبت بسته ای (Bundles) مجموعه ای از اعمال مبتنی برشواهد است که به کار گیری آن ها منجر به پیشرفت در پیامد ها و پیش آگهی بیماران خواهد شد. تعداد زیادی از مراقبت بسته ای در نظام سلامت جهت ارائه خدمات استاندارد قابل دسترسی است. بسته حاضر جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و کمک به ایجاد محدودیت در مقاومت میکروبی (ناشی از اجبار به استفاده از آنتی بیوتیک در موارد عفونت های بیمارستانی) در مرکز می باشد. استفاده از مداخلات مراقبت بسته ای (Bundles) ، یکی از راه های موثر جهت تغییر در فرهنگ ایمنی و ارائه بهترین مراقبت از بیمار با استفاده از کار گروهی است.	
خط مشی و اهداف: مدیریت بسته ای در راستای پیشگیری و کاهش عفونت های بیمارستانی	
شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان: پزشکان ، مدیر خدمات پرستاری ، سوپروایزر های بالینی ، پرستاران ، بیماران	

شناسایی و تامین امکانات و منابع: نیروی انسانی ، تجهیزات و امکانات شستشو و اسکراب دست ، دستکش استریل ، محلول های ضد عفونی جهت اسکراب ناحیه عمل ، ست های استریل جراحی ، تجهیزات لازم جهت استریلیزاسیون ابزار جراحی (اتوکلاو و تست های مربوط به آن)، تجهیزات حفاظت فردی ، وسایل شیو ناحیه عمل ، آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی

منابع: تجربیات بیمارستان

عفونتهای بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که بیمار 48 تا 72 ساعت بعد از بستری در بیمارستان به آن آلوده می شود. که منجر به افزایش مصرف آنتی بیوتیک ، طولانی شدن مدت اقامت بیمار و تحمیل هزینه بیشتر، افزایش احتمال مرگ و میر ، احتمال سرایت عفونت به جامعه و کاهش رضایت مندی می شود . استفاده از مراقبت بسته ای می تواند در کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی موثر باشد.

عفونت های اکتسابی ناشی از مراقبت در بیمارستان شامل موارد زیر است:

1- عفونت های سیستم تنفسی (ذات الریه)

2- عفونت های سیستم ادراری

3- عفونت های محل عمل جراحی

4- عفونت های خونی (سپسیس)

***پیشگیری از عفونت های محل عمل جراحی :**

عفونت محل جراحی عبارت است از عفونتی که بعد از جراحی در بخشی از بدن که جراحی انجام شده است اتفاق می افتد.

برخی علائم شایع عفونت محل جراحی عبارتند از : قرمزی و درد در اطراف محل جراحی ، خروج مایع کدر از

محل جراحی، احتمال سفتی و تورم محل جراحی ، تب ، لرز، بی اشتهایی ، استفراغ

روش اجراء Procedure

در بخش:

-کنترل قند خون بیمار توسط پزشک معالج (اجرای صحیح دستورات دارویی داده شده در این زمینه توسط پرستار).

حفظ قند خون حین عمل کمتر از 200 mg/dl ضروری است.

- درمان و ریشه کن نمودن عفونت های قبلی پیش از عمل جراحی الکتیو.

-در صورت عدم منع ، استحمام با صابون یا یک ماده ضد عفونی کننده شب قبل از عمل.

-شیو ناحیه عمل با موتراش برقی (زدن موهای موضع عمل توصیه نمی شود، مگر در مواردی که موبا عمل تداخل می

نماید. در صورت ضرورت برداشتن موها، آن ها بایستی با قیچی در زمان کمتر از 2 ساعت مانده به عمل کوتاه شوند.

زدن موها با تیغ به دلیل افزایش احتمال عفونت موضع عمل توصیه نمی شود.) از مو کن برقی برای کوتاه نمودن موها
نبایستی استفاده شود.

-تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویز شده توسط پزشک مطابق دستورالعمل های استاندارد تجویز و 60 دقیقه
قبل از برش جراحی .

- تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در صورتی که زمان جراحی بیش از 4 ساعت به درازا بکشد یا در
صورتی که شواهد دال بر خونریزی وسیع و فوق العاده حین جراحی باشد.

-تشویق بیمار به ترک مصرف دخانیات از 30 روز قبل از جراحی توسط پزشک معالج
-تعویض پانسمان بیمار مطابق دستور پزشک .

-پانسمان استریل روی زخم جراحی بایستی به مدت 24 الی 48 ساعت پس از عمل باز نشود (بستگی به دستور
پزشک و شرایط زخم دارد)

-کنترل پانسمان محل جراحی (در صورتی که پانسمان خیس یا مرطوب باشد یا باز شده باشد یا جا به جا شده باشد
و قسمتی از ناحیه جراحی از پانسمان بیرون باشد، بایستی بلافاصله پانسمان با رعایت نکات استریل تعویض گردد).
-بستن پنجره اتاق در زمان تعویض پانسمان و استفاده پرستار ماسک جراحی و تجهیزات حفاظت فردی (شیلد ،
گان و ...) .

-استفاده از یک ست پانسمان جداگانه برای پانسمان هر بیمار

-شستن دست ها قبل از پانسمان استفاده از دستکش استریل .

- آماده کردن کلیه وسایل مورد نیاز تعویض پانسمان بر بالین بیمار قبل از باز کردن پانسمان بیمار .

-پانسمان کردن محل ورود درن به بدن مطابق نکات استریل (در صورتی که ناحیه جراحی درن داشته باشد) .

-کنترل و ثبت تعداد گازهای خیس و نیمه خیس ناحیه جراحی یا درن ها و توجه به رنگ ترشحات ناحیه جراحی و
درن ها در زمان تعویض پانسمان و ثبت آن با ذکر ساعت در گزارش پرستاری و اطلاع به پزشک

-چک درجه حرارت بدن بیمار به طور دقیق و ثبت آن در پرونده.

-توجه به هواگیری محفظه درن های هموواگ.

-توجه به دستور پزشک در ارتباط با پایین تر بودن سطح درن از بدن بیمار یا هم سطح بودن درن با بدن بیمار و
اجرای آن.

-توجه به اجرای صحیح آنتی بیوتیک های تجویز شده پس از جراحی

-اطلاع هرگونه تغییر رنگ و بو و میزان ترشحات ناحیه جراحی و تب بیمار به پزشک

-عودت ست به واحد CSR در صورتی که اندیکاتور ست باز شده برای پانسمان، استریلیزاسیون ست را تایید نمی کند،

و ریکال کردن تمامی ست های استریل شده در تاریخ مذکور توسط واحد CSR و استریل کردن مجدد آن ها.

در اتاق عمل:

- پرسنل جراحی آلوده یا عفونت یافته تا زمان بهبودی ، توسط مسئول اتاق عمل از شرکت در عمل منع می گردند.

-مسئول اتاق عمل ورود پرسنل به اتاق عمل را به پرسنل ضروری محدود می نماید.

-شستشو و اسکراب دست ها قبل از جراحی به طور صحیح انجام می شود. ناحیه دست و ساعد هابایستی به مدت 2 تا 5 دقیقه اسکراب می شود. و دستکش استریل دست استفاده می شود.

-استفاده از ماسک جراحی توسط تیم جراحی ضروری بوده و در صورت مرطوب شدن در حین عمل جراحی تعویض می شود.

-تیم جراحی ماسک را به گردن آویزان ننموده و یا آن را در جیب نمی گذارند.

-تیم جراحی از گان و کلاه استفاده می نمایند در زمانی که احتمال مرطوب شدن می رود ، از پیش بند های پلاستیکی استفاده می شود.

-شان استریل برای ناحیه جراحی استفاده می شود.

-درب های اتاق عمل در حین عمل باید بسته می باشند

-کلیه وسایل از نظر صحت فرایند استریلیزاسیون توسط کمک جراح مورد بررسی قرار گرفته و اندیکاتور مربوطه در پرونده بیمار چسبانده می شود.

در صورتی که اندیکاتور ست باز شده برای جراحی ، استریلیزاسیون ست را تایید نمی کند، ست به واحد CSR عودت داده می شود. و واحد CSR تمامی ست های استریل شده در تاریخ مذکور را ریکال می کند و مجددا استریل می نماید.

-در بین دو عمل وسایل و سطوح آلوده توسط کمک بهیار گندزدایی می شود.

-پس از آخرین عمل کف اتاق عمل توسط پرسنل خدمات گندزدایی می شود.

-تهویه فشار مثبت در اتاق عمل بایستی برقرار باشد و حداقل 15 بار تهویه هوا در ساعت انجام شده و حداقل سه بار آن هوای تازه باشد و ورود آن از سمت سقف و خروج آن نزدیک به کف زمین باشد.

آموزش به بیمار در زمان ترخیص:

-در زمان ترخیص در صورت نیاز به ادامه پانسمان ، توصیه لازم در مورد مراجعه به درمانگاه جهت تعویض پانسمان می شود.

-در صورتی که بیمار با درن ترخیص می شود ، توصیه لازم در مورد مراقبت های لازم انجام می شود (درن کشیده

نشود، در صورت خیس شدن پانسمان حتما پانسمان تعویض شود ، در صورت تغییر وضعیت ترشحات از نظر رنگ ، بو ، حجم حتما به پزشک مراجعه کند).

-علائم خطر و علائم عفونت به بیمار آموزش داده می شود (شامل : خارج شدن ترشح از ناحیه جراحی ، ضعف و بی حالی، قرمزی و درد در اطراف محل جراحی ، خروج مایع کدر از محل جراحی، احتمال سفتی و تورم محل جراحی ، تب ، لرز، بی اشتهایی ، استفراغ)

- مراجعه به پزشک در زمان تعیین شده پس از جراحی توصیه می شود.

-مراجعه به درمانگاه جهت کشیدن بخیه ها با دستور پزشک، توصیه می شود.(عدم کشیدن بخیه ها در منزل و عدم دستکاری و استفاده از وسایل غیر استریل در منزل مانند قیچی ، ناخن گیر و ...برای کشیدن بخیه ها)

رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان: ارتقاء وضعیت سلامت بیماران ، بهبود مستمر خدمات بالینی

تهیه کننده : زهرا مرادی - فاطمه صادقی	تأیید کننده : محسن رضایی	ابلاغ کننده : دکتر امید بحیرایی
امضاء (سمت) : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار-کارشناس کنترل عفونت  فاطمه صادقی سوپروایزر کنترل عفونت	امضاء (سمت) : مدیر پرستاری 	امضاء (سمت) : مدیر عامل 

عنوان روش اجرایی: مدیریت <u>مراقبت بسته ای</u> در ارتباط با کاهش عفونت های خونی (سپسیس)	
کد خط مشی : IKhH/ Mng-Reg/008	تاریخ اولین تنظیم : 1398/08/26
دوره بازنگری : سالیانه	شماره بازنگری: 5
دامنه: کلیه بخش های بستری	فرد پاسخگو: مسئول کنترل عفونت
تعاریف: مراقبت بسته ای (Bundles) مجموعه ای از اعمال مبتنی برشواهد است که به کار گیری آن ها منجر به پیشرفت در پیامد ها و پیش آگهی بیماران خواهد شد. تعداد زیادی از مراقبت بسته ای در نظام سلامت جهت ارائه خدمات استاندارد قابل دسترسی است. بسته حاضر جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و کمک به ایجاد محدودیت در مقاومت میکروبی (ناشی از اجبار به استفاده از آنتی بیوتیک در موارد عفونت های بیمارستانی) در مرکز می باشد.	
استفاده از مداخلات مراقبت بسته ای (Bundles) ، یکی از راه های موثر جهت تغییر در فرهنگ ایمنی و ارائه	

بهترین مراقبت از بیمار با استفاده از کار گروهی است.

خط مشی و اهداف: مدیریت بسته ای در راستای پیشگیری و کاهش عفونت های بیمارستانی

شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان: پزشکان ، مدیر خدمات پرستاری ، سوپروایزر های بالینی ، پرستاران ، بیماران

شناسایی و تامین امکانات و منابع: نیروی انسانی ، تجهیزات شستشوی دست ، محلول های هندراب ، تجهیزات حفاظت فردی ، دستکش استریل ، ست های پانسمان یا ست های بخیه استریل ، شان پرفوره استریل ، الکلی یا بتادین یا محلول اسکراب مناسب جهت اسکراب پوست ناحیه کاتتریزاسیون ، کاتترهای محیطی در اندازه های مختلف ، کاتتر های ورید مرکزی ، کاتتر همودیالیز ، انواع ستهای سرم و سه راهی ها و رابط های پمپ انفوزیون و ست خون .
منابع: تجربیات بیمارستان

عفونتهای بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که بیمار 48 تا 72 ساعت بعد از بستری در بیمارستان به آن آلوده می شود. که منجر به افزایش مصرف آنتی بیوتیک ، طولانی شدن مدت اقامت بیمار و تحمیل هزینه بیشتر، افزایش احتمال مرگ و میر ، احتمال سرایت عفونت به جامعه و کاهش رضایت مندی می شود . استفاده از مراقبت بسته ای می تواند در کاهش میزان بروز عفونت های بیمارستانی موثر باشد.
عفونت های اکتسابی ناشی از مراقبت در بیمارستان شامل موارد زیر است:

1- عفونت های سیستم تنفسی (ذات الریه)

2- عفونت های سیستم ادراری

3- عفونت های محل عمل جراحی

4- عفونت های خونی (سپسیس)

***پیشگیری از عفونت های خونی (سپسیس):**

عفونت خون زمانی ایجاد می شود که باکتری عامل عفونت در یکی از اعضا بدن ، وارد جریان خون شود. به حضور باکتری در خون باکتری می یا سپتی سمی گفته می شود. اگر در جایی از بدن عفونت ایجاد شود ، احتمال ورود باکتری به جریان خون و بروز عفونت خون وجود دارد.

از علائم عفونت خون :

لرز ، تب شدید یا متوسط ، ضعف و بیحالی ، تنفس سریع ، افزایش سرعت ضربان قلب ، رنگ پریدگی خصوصا در صورت ، گیجی و کاهش سطح هوشیاری در صورت شدید بودن عفونت و ... می باشد.

روش اجراء Procidence

مراقبت های کاتتر های ورید محیطی (آنژیوکت) جهت پیشگیری از عفونت خون:

- پرستار در بالغین برای گرفتن ورید محیطی از قسمت های انتهایی اندامهای فوقانی استفاده کرده و در صورت اجبار به استفاده از اندام تحتانی ، در اولین فرصت نسبت به تعویض و انتقال مسیر رگ گیری به اندام فوقانی اقدام می کند.
- در نوزادان و اطفال هر دو اندام فوقانی و تحتانی و مجمله قابل استفاده است.
- رعایت بهداشت دست ها (شستشو با آب و صابون یا هندراب) قبل و بعد از لمس محل رگ گیری را انجام می دهد.
- دستکش لاتکس قبل از رگ گیری پوشیده می شود.
- در زمان رگ گیری و مراقبت از کاتتر داخل عروقی ، روش آسپتیک را رعایت می کند.
- محل ورود کاتتر های عروقی محیطی و مرکزی را روزانه از نظر علائم فلبیت بررسی می کند
- در صورت عدم نیاز به کاتتر داخل عروقی هرچه سریع تر آن را خارج می کند.
- کاتتر های محیطی هر 72 ساعت یک بار تعویض می شود و در صورت بروز هرگونه علامت فلبیت یا بروز مشکل زودتر جهت تعویض کاتتر اقدام می شود.
- پوست ناحیه تزریق (تزریق عضلانی ، زیر جلدی و) به خوبی ضد عفونی می شود.
- در صورتی که ناحیه تزریق لمس شود ، مجدداً ضد عفونی می شود.
- برای تزریقات از وسایل یک بار مصرف استفاده می شود.

مراقبت های مربوط به کاتتر های ورید مرکزی و کاتتر همودیالیز جهت پیشگیری از عفونت خون:

- تعبیه کاتتر ورید مرکزی توسط پزشک انجام می شود.
- پزشک اسکراب دست ها را قبل از انجام پروسیجر انجام می هد. و دستکش استریل پوشیده می شود. ماسک جراحی و کلاه استفاده می شود.
- قبل از شروع پروسیجر ست بخیه و وسایل مورد نیاز و تجهیزات حفاظت فردی آماده می شود.
- از شان پرفوره استریل برای موضع مورد نظر استفاده می شود.
- در بالغین برای پیشگیری از خطر عفونت ، برای تعبیه کاتتر ورید مرکزی ترجیحاً از ورید ژگولار یا ساب کلاوین استفاده می شود.
- پزشک در بالغین حتی المقدور از ورید فمورال برای تعبیه کاتتر ورید مرکزی استفاده نمی کند.
- در صورت نیاز به تعبیه کاتتر ورید مرکزی یا کاتتر موقت همودیالیز ، بیمار با هماهنگی به اتاق عمل فرستاده می شود و در اتاق عمل پروسیجر انجام می شود.(به جز بیماران بستری در آی سی یو که در آی سی یو انجام می شود).
- تکنیک آسپتیک در حین انجام پروسیجر انجام می شود.

-محل ورود کاتتر با محلول ضدعفونی ، ضد عفونی می شود.

-پرستار پانسمان ناحیه کاتتر ورید مرکزی یا کاتتر موقت همودیالیز را روزانه تعویض می کند و محل ورود کاتتر و محل بخیه های آن را از نظر عفونت ، ترشح ، قرمزی بررسی می کند. در صورت بروز هر کدام از این علائم به پزشک اطلاع داده می شود.

-درجه حرارت بدن بیمار به طور مرتب کنترل و در پرونده ثبت می شود.

تعویض ست های تزریق جهت پیشگیری از عفونت خون:

-پرستار ست ها و سه راهی ها و رابط های پمپ انفوزیون مورد استفاده را هر 24 ساعت تعویض می کند.

-ست هایی که برای تزریق خون ، فراورده خونی و یا امولوسیون های چربی (مانند اینترالیپید) استفاده می شود ، بعد از هر بار تزریق تعویض می شوند.

-ست تزریق پروپوفول هر 6 تا 12 ساعت و زمانی که ویال عوض می شود ، تعویض می نماید.

سایر مراقبت ها جهت پیشگیری از عفونت خون:

-مراقبت از هرگونه زخم در بدن جهت پیشگیری از عفونت زخم و انتشار آن به خون (تمیز نگه داشتن زخم و پانسمان استریل آن)

-مراقبت از زخم بستر و زخم های دیابتی جهت پیشگیری از عفونت به درستی انجام می شود.

-در صورتی که زخم در ناحیه پرینئال یا باتکس باشد، از آلوده شدن محل زخم با مدفوع ممانعت می شود و شستشو و ضدعفونی ناحیه در صورت آلوده شدن ، انجام می شود. . برای پیشگیری از آلودگی زخم و خیس شدن پانسمان با ادرار ، ترجیحاً سوند فولی در این موارد استفاده می شود.

-مصرف صحیح و به موقع آنتی بیوتیک ها با دستور پزشک پس از جراحی یا در صورت وجود عفونت در قسمتی از بدن (مثل عفونت ادراری یا تنفسی و ...) اجرا می شود.

-در صورت نیاز به گرفتن نمونه خون جهت کشت خون ، نمونه در سه مرحله و به فاصله بیست دقیقه تا نیم ساعت از هم گرفته می شود و بر هر نمونه ساعت و تاریخ نمونه گیری هم قید می شود. ضدعفونی پوست و درب ظرف جمع آوری نمونه به درستی انجام می شود.

-شستشوی دست ها قبل از هر اقدامی برای بیمار انجام می شود.

رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان: ارتقاء وضعیت سلامت بیماران ، بهبود مستمر خدمات بالینی

موارد استفاده شستشوی دست با آب و صابون :

1 - دستها بصورت آشکارا کثیف (Visibly dirty) باشند . (کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی ، قومی ، عوامل محیطی و اعتقادات کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی ، قومی ، عوامل محیطی و اعتقادات مذهبی در هر کشوری از دنیا توجیه می شود .)

2 - دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.

3 - دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولیدکننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل (Clostridioum dificile) شستن دست با آب و صابون روش ارجح در رعایت بهداشت دست محسوب می شود .

4 - بر اساس اجماع نظر کارشناسان ، مطالعات بالینی و یا اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک ، شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است .

مدت زمان شستشوی دست با آب و صابون: 40 تا 60 ثانیه

مراحل انجام شستشوی دست با آب و صابون :

- 1 - دست ها را با آب خیس کنید .
- 2 - به مقدار کافی صابون بکار ببرید تا تمام سطوح دست را بپوشانید .
- 3 - کف دست ها را به هم بمالید .
- 4 - کف دست راست را به پشت دست چپ و لای انگشتان بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .
- 5 - کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید .
- 6 - پشت انگشتان را به حالت خم شده به کف دست دیگر بمالید .
- 7 - شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .
- 8 - کف دست چپ را به صورت چرخشی با انگشتان خم شده دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .
- 9 - دست ها را آبکشی کنید .
- 10 - دست ها را با حوله (دستمال) یکبار مصرف خشک کنید .
- 11 - از همان حوله برای بستن آب استفاده کنید .

موارد استفاده شستشوی دست با محلول بر پایه الکل (Hand rub):

در موقعیت های ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل که دستها بصورت آشکارا کثیف نمی باشند ترجیحاً با استفاده از محلول های ضدعفونی با بنیان الکی و بکارگیری Hand rub بهداشت دستها را رعایت نمائید ،

- 1 - قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران .
- 2 - بعد از درآوردن دستکش استرکس استریل و یا غیر استریل از دست خود .
- 3 - قبل از دست زدن به یا هر گونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار. (صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر)
- 4 - بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران .
- 5 - در صورتیکه در حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی ، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت .
- 6 - بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار . (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)

مدت زمان شستشو دست با مواد الکی : 20 تا ثانیه 30

مراحل انجام شستشو دست با مواد الکی:

- 1 - یک کف دست را از محلول بمیزان 2 پاف پر کنید ..
- 2 - کف دست را به هم بمالید.
- 3 - کف دست راست را به پشت دست چپ و لای انگشتان بمالید؛ این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید ..
- 4 - کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید. 5 - پشت انگشتان را به حالت خم شده به کف دست دیگر بمالید .
- 6 - شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .
- 7 - کف دست چپ را به صورت چرخشی با انگشتان خم شده دست راست بمالید . این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید .
- 8 - صبر کنید دست ها خشک شوند .

بصورت همزمان از محلولهای ضدعفونی دست با بنیان الکی جهت Hand rub و صابون برای رعایت بهداشت دست استفاده نکنید .

واحد کنترل عفونت مرکز