

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

چک لیست پایش کنترل عفونت در واحد آندوسکوپی

نام بیمارستان:

نام بازدید کننده :

نام بخش:

تاریخ بازدید :

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	کارکنان:	
					بهداشت دست در پنج موقعیت درست انجام می‌گیرد	۱
					وسایل حفاظت فردی در دسترس بوده و از وسایل به تناسب مورد و بطور صحیح استفاده می‌شود	۲
					تمامی پرسنل واکسن هیپاتیت B تزریق نموده و تیتر بالای ۱۰ واحد بین المللی در میلی لیتر دارند	۳
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	فرآیند شستشو و گندزدایی آندوسکوپ ها (برونکوسکوپ و پرپ TE)	
					پیش شستشو، بلافاصله پس از اتمام آندوسکوپی در همان محل انجام می‌شود.	۴
					پیش شستشو، پیش از جدا سازی آندوسکوپ از منبع نور و ویدئو به طور صحیح انجام می‌شود.	۵
					پس از انجام پیش شستشو آندوسکوپ در ظرف مخصوص به اتاق REPROCESSING انجام می‌شود.	۶
					تست نشستی پس از هر بار استفاده بعد از شستشو و قبل از شروع روند REPROCESSING انجام می‌شود.	۷
					تمامی اجزای جداشدنی آندوسکوپ پیش از شستشو از هم جدا می‌شوند.	۸
					در صورت استفاده از شوینده های آنزیمی، زمان مواجهه طبق دستور العمل کارخانه سازنده رعایت می‌شود.	۹
					آندوسکوپ و تمامی اجزا آن به طور کامل در ماده شوینده غوطه ور می‌شوند.	۱۰
					تمامی کانل ها با برس سایز مناسب برس زده می‌شود.	۱۱
					سطوح خارجی با استفاده از یک پارچه ی نرم، اسفنج یا برس تمیز می‌شوند.	۱۲
					تمامی کانل های قابل دسترسی فلاش می‌شوند.	۱۳
					برای سهولت دسترسی ماده شوینده به تمامی سطوح، دریچه ها به صورت مکرر در حین شستشو باز و بسته می‌شوند.	۱۴
					پس از هر بار برس زدن، بقایای واضح جدا شده و برس با محلول شستشو تمیز می‌شود.	۱۵

					۱۶	پس از شستشوی هر دستگاه، سینک بوسیله یک شوینده تمیز می شود.
					۱۷	تجهیزات جانبی چند بار مصرف آندوسکوپی که سد مخاطی را نمی شکنند، ضد عفونی سطح بالا میشوند.
					۱۸	ماده ضد عفونی کننده ی استفاده شده دارای تاییدیه واحد کنترل عفونت می باشد.
					۱۹	تجهیزات جانبی ترجیحا یکبار مصرف استفاده شود و در صورت چند بار مصرف تجهیزات فوق(مانند فورسپس بیوپسی و سایر تجهیزات برش دهنده) که سد مخاطی را می شکنند پس از تمیز کردن، استریل می شوند(ضد عفونی سطح بالا کافی نیست).
					۲۰	زمان مواجهه ۲۰ دقیقه برای ماده ضد عفونی کننده رعایت می شود.
					۲۱	پس از اتمام ضد عفونی، آندوسکوپ به طور کامل آبکشی شده و تمام کانلها با آب فلاش می شود تا محلول ضد عفونی کننده پاک شود.
					۲۲	پس از اتمام آبکشی در صورت استفاده از آب غیر استریل(آب شیر یا فیلتر شده) کانالها با الکل ایزوپروپیل یا اتانول ۹۰-۷۰ در صد فلاش شوند.
					۲۳	پس از انجام الکل فلاش، با استفاده از هوای فشرده، دستگاه خشک میشود.
					۲۴	آندوسکوپ های REPROCESS شده در کمدهای مخصوص و تمیز قرار دارند.
					۲۵	آندوسکوپ های REPROCESS شده به صورت عمودی آویزان شده اند.
					۲۶	تاریخ مصرف و انقضای ماده ی ضد عفونی کننده روی ظروف ثبت شده است.
					۲۷	شرایط تعویض مطابق با زمان و یا شفافیت محلول صورت می گیرد
						نظارت بر دفع پسماندها
توضیحات	غیر قابل ارزیابی	۰	۱	۲		
					۲۸	جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود
					۲۹	جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود
					۳۰	برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود
					۳۱	دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود
						مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی
توضیحات	غیر قابل ارزیابی	۰	۱	۲		
					۳۲	نظافت کلی بخش
					۳۳	تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده می شود
					۳۴	تیها در محل مناسب و با فاصله لازم آویزان شده اند
					۳۵	محلول ضد عفونی تجهیزات پزشکی موجود است
					۳۶	محلول ضد عفونی برای ساکشنها موجود و تمیز و تاریخ دار است

توضیحات	ارزایی غیر قابل	۰	۱	۲	محیط	
					تهویه مناسب در اتاق REPROCESSING وجود دارد.	۳۷
					محل انجام کارهای تمیز و کشیف وجود دارد.	۳۸
					جمع کل امتیازات	

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
 معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری
 چک لیست پایش کنترل عفونت در بخش‌های ویژه (CCU-NICU-ICU)

نام بازدید کننده :

نام بیمارستان:

تاریخ بازدید :

نام بخش:

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	پایش کنترل عفونت در بخش های ویژه	
					سینک با ماده شوینده و دستمال کاغذی در ورودی بخش وجود دارد.	۱
					استفاده از یونیفرم تمیز و اطو کشیده برای کلیه پرسنل	۲
					عدم استفاده از زیور آلات	۳
					استفاده از کفش مناسب و جلو بسته	۴
					تعویض لباس به هنگام خروج از بخش	۵
					بهداشت دست قبل و بعد از تماس با بیمار	۶
					استفاده از وسایل حفاظتی (گان-ماسک-دستکش-عینک) مطابق با اصول احتیاطات استاندارد	۷
					آگاهی از فرآیند مواجهات شغلی	۸
					استفاده از Safty BOX به روش صحیح	۹
					رعایت ایزولاسیون اختصاصی بیماران	۱۰
					انکوباتورها طبق اصول دستورالعمل‌های بهداشتی نظافت می‌شود.	۱۱
					تجهیزات و اقلام یونیت هر بیمار به صورت روزانه پس از انتقال، اسکراب و گندزدایی می‌شود.	۱۲
					هنگام تعبیه کاتتر نافی، ادراری NGT و CVP شرایط استریل رعایت می‌شود.	۱۳
					تاریخ و تعویض اقلام پزشکی رعایت می‌شود	۱۴
					جمع آوری و انتقال پسماندها به صورت صحیح انجام می‌شود.	۱۵
					آیا تفکیک زباله‌ها به صورت صحیح انجام می‌گیرد	۱۶
					ایا نظافت عمومی رعایت شده است.	۱۷
					آیا سینک با ماده شوینده و دستمال کاغذی وجود دارد (در نقاط مختلف بخش و به خصوص ورودی بخش)	۱۸
					آیا ماده ضدعفونی با پایه الکلی وجود دارد (ضدعفونی دست)	۱۹
					آیا اتاق ایزوله استانداردهای لازم را دارد	۲۰
					آیا درجه حرارت محیط در حد مطلوب است (C ۲۴-۲۸)	۲۱
					آیا رطوبت بخش مناسب می‌باشد.(/۰.۴۵- /۰.۵۵)	۲۲
					ست‌های پانسمان تاریخ پک و نام پک کننده و اندیکاتور را داشته و به صورت صحیح پک شده است.	۲۳
					مدت زمان نگهداری ست های استریل مطابق دستورالعمل رعایت می‌شود.	۲۴
					تیغه لارنگوسکوپ بعد از استفاده با برس شستشو و خشک شده و با ضدعفونی کننده ضدعفونی می‌شود.	۲۵

۲۶	افتالموسکوپ، اتوسکوپ بعد از استفاده با محلول ضدعفونی کننده ضد عفونی می شود.				
۲۷	مخزن مانومتر اکسیژن تمیز است و در صورت عدم استفاده خشک نگهداری می شود				
۲۸	در صورت وجود موارد مشکوک به عفونتهای بیمارستانی بلافاصله به اطلاع کارشناس عفونت رسانده می شود.				
۲۹	از فیلتر آنتی باکتریال در ست های یکبار مصرف ونتیلاتور استفاده می شود.				
۳۰	باتل های ساکشن روزانه و یا در صورت رسیدن به ۳/۴ حجم تخلیه و اسکراب می شود				
۳۱	آیا از باتل های ساکشن یکبار مصرف استفاده شده است				
۳۲	پوزیشن نیمه نشسته در بیماران مورد نیاز رعایت می شود.				
۳۳	از دستکش تمیز برای کارهای غیر استریل مثل خالی کردن کیسه ادرار و ... استفاده می شود.				
۳۴	در موارد تماس با بیماران، جابجایی ترشحات دستگاه تنفسی، قبل از تماس با بیماران بعدی دستها ضد عفونی می شوند.				
۳۵	برای هیومدیفایرهای از آب استریل استفاده می شود				
۳۶	از هیومدیفایرهای یکبار مصرف استفاده می شود.				
۳۷	بیمارانی که به مدت طولانی در ICU اقامت دارند از آنهایی که برای مدت کوتاهی بستری هستند جداسازی می شوند.				
۳۸	بین تختها فاصله ۳- ۲/۵ متر رعایت می شود.				
۳۹	برنامه شستشوی پرینه برای بیماران دارای سوند ادراری روزانه وجود دارد و اجرا و ثبت می شود				
۴۰	کاتتر ادراری به بغل ران بیمار فیکس شده است و کیسه ادرار از آویز آویزان شده است.				
۴۱	برای بیماران از وسایل یکبار مصرف استفاده می شود				
۴۲	کاتترهای ساکشن یکبار مصرف جهت هر بیماری مجزا استفاده می شود.				
۴۳	دهانشویه برای بیمار به طور مرتب انجام می شود و باند لوله تراشه تمیز است.				
۴۴	ساکشن به صورت استریل استفاده می شود.				
۴۵	لاین های ساکشن بیمار شخصی است				
۴۶	در فرآیند انجام گاوژ استانداردها (لاواژ قبل از گاوژ، پوزیشن مناسب، شستشوی لوله و ...) رعایت می شود.				
۴۷	مایع گاوژ در یخچال مخصوص نگهداری می شود و ظرف آن تمیز است.				
۴۸	آمبویگ بعد از استفاده با آب و مواد شوینده شسته و با محلول گندزدا، ضد عفونی و بعد مجدد آبکشی می شود.				
۴۹	کاف فشار سنج برای هر بیمار مجزا است و بعد از ترخیص و در صورت آلوده شدن شسته و ضد عفونی می شود.				

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
 معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری
 چک لیست پایش کنترل عفونت بخش های بستری و اورژانس

نام بیمارستان:

نام بازدید کننده:

نام بخش:

تاریخ بازدید:

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	چک لیست پایش کنترل عفونت در بخش های بستری و اورژانس
					امکانات مربوط به بهداشت دست
					۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشند
					۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است.
					۳ راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد.
					۴ پوستر راهنمای شستشوی دست بالای روشوییها موجود می باشد.
					۵ دستمال کاغذی در دسترس می باشد
					۶ محلول های ضد عفونی کننده در دسترس می باشند.
					۷ پوستر راهنمای طریقه بهداشتی کردن دست بالای دسپنسرها موجود است
					۸ کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی
					۹ وسایل حفاظت فردی در محل ستشویی موجود است (عینک-پیش بند پلاستیکی-ماسک- دستکش کار)
					۱۰ پوستر تصویری وسایل حفاظت فردی در محل ستشویی موجود است
					۱۱ وسایل حفاظت فردی پرسنل موجود است (عینک-گان-ماسک-ماسک N ۹۵- دستکش - روکشی)
					۱۲ پوستر نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است
					۱۳ فلوجارت مربوط به مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق شده اند
					۱۴ فرم مواجهات شغلی پرسنل در دسترس کادر قرار دارد
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای
					۱۵ دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود.
					۱۶ محل نگهداری البسه تمیز و مناسب می باشد
					۱۷ بین زرد و آبی موجود بوده و به درستی استفاده می شود
					۱۸ پارچه ست های استریل تمیز می باشد
					۱۹ محل نگهداری بسته های استریل تمیز و مناسب می باشد

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	نظارت بر دفع پسماندها		
		۰	۱	۲
				۲۰ جداسازی پسماندهای عفونی و غیرعفونی به درستی انجام می شود
				۲۱ جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود
				۲۲ بر چسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود
				۲۳ دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود.
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	حفاظت بیماران نقص ایمنی و ایزولاسیون		
		۰	۱	۲
				۲۴ نحوه اطلاع و رعایت موارد ایزولاسیون
				۲۵ نحوه گزارش فوری و غیرفوری بیماریها
				۲۶ رعایت ایزوله اختصاصی انجام می شود
				۲۷ لیست گزارش فوری و غیرفوری بیماریها موجود است
				۲۸ پوسترهای احتیاطات استاندارد و احتیاطات براساس نوع بیماری موجود است
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	پیشگیری از عفونت محل جراحی		
		۰	۱	۲
				۲۹ آماده سازی پوست قبل از جراحی انجام می شود.
				۳۰ پانسمان به روش صحیح انجام می شود
				۳۱ اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ و لیبلها در پرونده الصاق شده اند
				۳۲ تمامی بسته های استریل شامل تست OK و لیبل می باشند
				۳۳ پارچه ست های استریل بدون سوراخ و پارگی می باشد
				۳۴ تاریخ ست های استریل درست می باشد
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	مربوط به پیشگیری از عفونت های تنفسی		
		۰	۱	۲
				۳۵ سرساکشن و سرم شستشوی مربوط به دهان و تراشه مجزا می باشد
				۳۶ سرساکشن لوله تراشه پس از استفاده دور انداخته می شود
				۳۷ پوزیشن بیمار نیمه نشسته است.
				۳۸ باتلهای ساکشن به درستی شسته و ضدعفونی می شوند.
				۳۹ تاریخ تعویض لوله های خرطومی دستگاه ونتیلاتور رعایت می شود
				۴۰ چمبرهیومد فایر (مرطوب ساز تنفسی) دستگاه مطابق دستورالعمل تعویض می شود
				۴۱ فیلترهای دستگاه مطابق دستورالعمل تعویض و ضدعفونی می شود.
				۴۲ ایروی تمیز می باشد
				۴۳ دهانشویه با محلول کلر هگزیدین داده می شود
				۴۴ باتل مانومتر اکسیژن خشک نگهداری می شود
				۴۵ پانسمان اطراف تراکتوستومی تمیز بوده و روزانه تعویض می شود.

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مراقبت از انواع کتترها	
					آگاهی پرسنل از دستورالعمل تعویض اقلام پزشکی	۴۶
					ثبت تاریخ سوند فولی- سوند معده و سایر کتترها در کاردکس	۴۷
					عدم وجود کیسه ادرار بر روی زمین	۴۸
					تخلیه به موقع کیسه ادرار (هر ۶ ساعت)	۴۹
					پانسمان تمیز اطراف کتترها	۵۰
					تعویض به موقع چست باتلها (۷۲ ساعت)	۵۱
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	چک لیست مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی	
					نظافت کلی بخش	۵۲
					تی در سه رنگ موجود بوده و به درستی استفاده می شود	۵۳
					تی ها در محل مناسب و با فاصله از یکدیگر آویزان می باشند	۵۴
					محلول ضدعفونی پوست قبل از تزریق موجود است	۵۵
					بیکس پنبه خشک موجود است	۵۶
					محلول ضدعفونی کننده تجهیزات پزشکی موجود است	۵۷
					محلول رقیق کننده تجهیزات پزشکی موجود است	۵۸
					گالن محلول ضدعفونی کننده ابزار تمیز و تاریخ دار است	۵۹
					محلول رقیق شده ضدعفونی کننده سطوح موجود است	۶۰
					گالن محلول ضدعفونی کننده سطوح تمیز و تاریخ دار است	۶۱
					گالن حاوی محلول ضدعفونی کننده بدپن و یورینال موجود است تمیز و تاریخ دار است	۶۲
					کارت کنترل اشعه UV با ذکر تاریخ و زمان استفاده موجود است	۶۳
					چک لیست مربوط به پایش مصرف مواد ضدعفونی کننده ماهانه موجود است	۶۴
					زونکن کشت کامل است	۶۵
					میزان آگاهی خدمات از نحوه استفاده از مواد گندزدا	۶۶
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی	
					کتابچه دستورالعملهای کنترل عفونت در بخش موجود است	۶۷
					میزان آگاهی پرسنل از انواع عفونتهای بیمارستانی	۶۸
					همکاری رابط کنترل عفونت در بیمار یابی و سایر وظایف محوله	۶۹
					زونکن کنترل عفونت بخش کامل است.	۷۰
					جمع کل امتیازات	

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

:

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
 معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری
 چک لیست پایش کنترل عفونت از واحد استریلیزاسیون مرکزی

نام بیمارستان:

نام بازدید کننده:

نام بخش:

تاریخ بازدید:

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	چک لیست پایش کنترل عفونت از واحد استریلیزاسیون مرکزی
					امکانات مربوط به بهداشت دست
					۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشند
					۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است
					۳ راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد
					۴ پوستر راهنمای شستشوی دست بالای روشوییها موجود می باشد
					۵ دستمال کاغذی در دسترس می باشد
					۶ محلول های ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشد
					۷ پوستر راهنمای طریقه بهداشتی کردن دست بالای دسپنسرها موجود است
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مربوط به روش های ضد عفونی و نظافت محیط و تجهیزات
					۸ وسایل و فضا های فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، به طور کامل جدا هستند.
					۹ در ورودی اتاق استریل دمپایی ها تعویض می شود
					۱۰ دمپاییها روزانه شستشو می شوند.
					۱۱ پرسنل هنگام بسته بندی از کلاه استفاده می کنند
					۱۲ پرسنل لباس مخصوص به تن دارند.
					۱۳ تی های رنگی مجزا شده و به درستی استفاده می شود.
					۱۴ محلول رقیق شده ضد عفونی کننده سطح موجود است
					۱۵ چک لیست مربوط به پایش مصرف مواد ضد عفونی کننده ماهانه موجود است.
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	کنترل تجهیزات استریل کننده با حرارت پایین
					۱۶ لومن های نرم و سفت مطابق دستور العمل و در اندازه های استاندارد داخل دستگاه گذاشته می شوند
					۱۷ قبل از بسته بندی تمیزی اقلام کنترل می شود
					۱۸ از وی پک استاندارد استفاده می شود.
					۱۹ از اندیکاتور شیمیایی داخل وی پکها استفاده می شود
					۲۰ از اندیکاتور میکروبی روزانه داخل دستگاه استفاده می شود
					۲۱ دفتر دستگاه پلاسم در هر سیکل تکمیل می شود
					۲۲ بسته های مربوط به اتوکلاو اتیلن اکساید داخل وی پکهای استاندارد با کارخانه ارسال می شود.

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها و نگهداری مستمر تجهیزات
					۲۳ دفتر بازخوانی موجود می باشد
					۲۴ دفتر تعمیرات موجود است
					۲۵ تاریخ کالیبراسیون تجهیزات مشخص می باشد.
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	بازبینی مجدد ارقام در صورت بروز هر اختلال در استریل سازی
					۲۶ بسته ها پس از خروج از اتوکلاو بخار کاملاً خشک می باشد
					۲۷ بسته ها از نظر تمیز و سالم بودن روکش ها کنترل می شوند
					۲۸ بسته های با روکش کاغذ کرپ پس از تعویض استریل مجدد می شوند
					۲۹ دفتر بازبینی بسته های مشکوک موجود است
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مربوط به جا به جایی و انبارداری وسایل استریل شده
					۳۰ قفسه های اتاق استریل تمیز می باشند
					۳۱ بسته ها به صورت عمودی قرار دارند
					۳۲ چیدمان بسته ها به شکلی است که برچسب و تاریخ انقضاء آنها مشخص می باشد.
					۳۳ بسته های استریل با سطل ها و ترالی های مخصوص جا به جا می شوند
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	کاربرد شاخص های مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل کننده ها و کنترل چرخه زمان و دما و فشار و تثبیت آلودگی ابزار
					۳۴ انجام آزمون اسپور (اسپورهای زنده باکتریایی) به صورت هفته ای
					۳۵ انجام آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی
					۳۶ کاربرد شاخص های مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل کننده های مناسب
					۳۷ تست بووی دیک روزانه استفاده می شود.
					۳۸ از اندیکاتورهای شیمیایی کلاس ۶ داخل شان ها استفاده می شود
					۳۹ از اندیکاتور میکروبی هفتگی استفاده می شود
					۴۰ از تست سیلر استفاده می شود
					۴۱ از تست PCD استفاده می شود
					۴۲ از لیبل مطابق دستورالعمل استفاده می شود
					۴۳ از تست پروتئین استفاده می شود
					۴۴ کنترل چرخه زمان- دما و فشار اتوکلاوهای بخار در هر سیکل و ثبت در دفتر
					۴۵ دفاتر مربوط به دستگاهها به درستی تکمیل شده اند

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	رعایت فضای تمیز و استریل و رعایت مسیر عبور یک طرفه
					۴۶ ورود و خروج قبل از خط قرمز کنترل می شود
					۴۷ در ورودی بخش کفش ها تعویض می شوند
					۴۸ البسه و شان ها با ترالی ها تمیز وارد بخش می شوند
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مربوط به عدم استریل مجدد اقلام استریل و سیستم رهگیری
					۴۹ استریل مجدد طبق مصوبات کمیته انجام می شود
					۵۰ کدبندی رنگی مطابق دستورالعمل انجام می شود.
					جمع کل امتیازات

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

اقدامات اصلاحی	موارد قابل اصلاح

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

چک لیست پایش کنترل عفونت از بخش دیالیز

نام بیمارستان:

نام بازدید کننده:

نام بخش:

تاریخ بازدید:

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	چک لیست پایش کنترل عفونت از بخش دیالیز
					امکانات مربوط به بهداشت دست
					۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشد
					۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است
					۳ راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد
					۴ پوستر راهنمای شستشوی دست بالای روشوییها موجود می باشد
					۵ دستمال کاغذی در دسترس می باشد
					۶ محلول های ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند
					۷ پوستر راهنمای طریقه بهداشتی کردن دست بالای دسپنسرها موجود است
					۸ کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی
					۹ وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است (عینک-پیش بند پلاستیکی - ماسک- دستکش کار)
					۱۰ پوستر تصویری وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است
					۱۱ وسایل حفاظت فردی پرسنل موجود است (عینک-گان-ماسک-ماسک N95- دستکش- روکفشی)
					۱۲ پوسترهای احتیاط استاندارد و احتیاط براساس نوع بیماری موجود است
					۱۳ پوستر نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است
					۱۴ فلوجارت مربوط به مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق شده اند
					۱۵ فرم مواجهات شغلی پرسنل در دسترس کادر قرار دارد.
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	پیشگیری از عفونت در بیماران
					۱۶ عدم استفاده مشترک از وسایل، داروها یا تجهیزات بین هیچ یک از بیماران(بدون در نظر گرفتن وضعیت سرولوژی آنها از نظر ابتلاء به هیپاتیت)
					۱۷ بیماران باید جای مخصوص خود داشته باشند و میز و تخت آنها باید پس از هر بار مصرف تمیز شوند
					۱۸ به هنگام انجام اقدامات تهاجمی یا استفاده از دستگاه دیالیز جهت بیماران از، دستکش استریل استفاده شود.

					بیماران بایستی در مورد علایم بیماری و عفونت محل عمل آموزش ببینند این علایم شامل تب، درد و قرمزی یا ترشحات چرکی محل کاتتری می باشد.	۱۹
					شرایط ایزولاسیون اختصاصی صورت می گیرد	۲۰
					تجهیزات، دستگاه دیالیز و اقلام همراه پس از هر بار استفاده بیمار کاملاً آسکراب و گندزدایی می شوند	۲۱
توضیحات	ارزیابی قابل غیر	۰	۱	۲	مربوط به انواع کاترها	
					کاتتر گذاری به روش صحیح انجام می شود	۲۲
					محل کاتتر را محکم ثابت نمایند	۲۳
					انجام اصولی پانسمان کاترها	۲۴
					پانسمان تمیز اطراف کاترها	۲۵
					دستکاری را به حداقل برسانید	۲۶
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای	
					دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود	۲۷
					محل نگهداری البسه تمیز و مناسب می باشد	۲۸
					بین زرد و آبی موجود بوده و به درستی استفاده می شود	۲۹
					پارچه ست های استریل تمیز و بدون سوراخ و بدون پارگی می باشد	۳۰
					تاریخ ست های استریل درست می باشد	۳۱
					محل نگهداری بسته های استریل تمیز و مناسب می باشد	۳۲
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	نظارت بر دفع پسماندها	
					جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود	۳۳
					جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام شود	۳۴
					برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود	۳۵
					دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود.	۳۶

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مربوط به نظافت و نظافت بر گندزداها و کشت محیطی
					۳۷ نظافت کلی بخش
					۳۸ محلول ضدعفونی پوست قبل از تزریق موجود است
					۳۹ بیكس پنبه خشك موجود است
					۴۰ محلول ضدعفونی کننده تجهیزات پزشکی موجود است
					۴۱ محلول رقیق شده ضدعفونی کننده ابزار موجود است
					۴۲ گان محلول ضدعفونی کننده ابزار تمیز و تاریخ دار است
					۴۳ محلول رقیق شده ضدعفونی کننده سطوح موجود است
					۴۴ گالن حاوی محلول ضدعفونی کننده بدین و یورینال موجود است
					۴۵ کارت کنترل اشعه UV با ذکر تاریخ و زمان استفاده موجود است
					۴۶ چک لیست مربوط به پایش مصرف مواد ضدعفونی کننده ماهانه موجود است
					۴۷ زونکن کشت کامل است
					۴۸ میزان آگاهی خدمات از نحوه استفاده از مواد گندزدا
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
					۴۹ کتابچه دستورالعملهای کنترل عفونت در بخش موجود است
					۵۰ میزان آگاهی پرسنل از انواع عفونتهای بیمارستانی
					۵۱ همکاری رابط کنترل عفونت در بیماریابی و سایر وظایف محوله
					۵۲ زونکن کنترل عفونت بخش کامل است.
					جمع کل امتیازات

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

اقدامات اصلاحی	موارد قابل اصلاح

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

چک لیست پایش کنترل عفونت از بخش اتاق های عمل

نام بیمارستان:

نام بازدید کننده :

نام بخش:

تاریخ بازدید :

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	چک لیست پایش کنترل عفونت از اتاق های عمل
					امکانات مربوط به بهداشت دست
					۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشند
					۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است
					۳ راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد
					۴ جداسازی برسهای تمیز و کثیف به درستی انجام می شود
					۵ پوستر راهنمای اسکراب دست جراح بالای سینکهای موجود می باشد
					۶ دستمال کاغذی در دسترس می باشد
					۷ محلول ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند
					۸ سطل آشغال پدال دار است
					۹ فرم امکانات بهداشت دست تکمیل می باشد
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی
					۱۰ پوسترهای احتیاطات استاندارد و احتیاطات براساس نوع بیماری موجود است
					۱۱ وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است (عینک- پیش بند پلاستیکی- ماسک- دستکش کار)
					۱۲ پوستر تصویری وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است
					۱۳ وسایل حفاظت فردی پرسنل موجود است (عینک- گان- ماسک- ماسک N95- دستکش- روکشش)
					۱۴ پوستر نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است
					۱۵ فلوچارت مربوط به مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق شده اند
					۱۶ فرم مواجهات شغلی پرسنل در دسترس کادر قرار دارد
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای
					۱۷ دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود
					۱۸ نقل و انتقال ستهای استریل بین بخش و CSR به درستی انجام می شود
					۱۹ انتقال البسه کثیف به واحد رختشویخانه به درستی انجام می شود
					۲۰ پارچه ست های استریل تمیز می باشد
					۲۱ محل نگهداری بسته های استریل تمیز و مناسب می باشد

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	نظارت بر دفع پسماندها		
		۰	۱	۲
				۲۲ جداسازی پسماندهای عفونی و غیرعفونی به درستی انجام می شود
				۲۳ جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود
				۲۴ برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود
				۲۵ دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	پیشگیری از عفونت محل جراحی		
				۲۶ پرپ محل عمل به درستی انجام می شود
				۲۷ پرسنل از ماسک و کلاه و لباس مخصوص قبل از ورود به اتاق عمل استفاده می کنند.
				۲۸ دفاتر اتوکلاو های موجود در اتاق عمل کامل می باشد
				۲۹ از اندیکاتور میکروبی به درستی استفاده می شود
				۳۰ از تست سیلر به درستی استفاده می شود
				۳۱ از محلول استریل کننده به درستی استفاده می شود
				۳۲ اندیکاتورهای کلاس ۶ و لیبلها در پرونده الصاق شده اند
				۳۳ تمامی بسته های استریل شامل تست OK و لیبل می باشند
				۳۴ پارچه ست های استریل بدون سوراخ و پارگی می باشد
				۳۵ از کاغذها مدیکال یکبار مصرف میباشند
				۳۶ تاریخ ست های استریل درست می باشد
				۳۷ بیكس پنبه خشک موجود است
				۳۸ محلول ضد عفونی کننده تجهیزات پزشکی موجود است
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی		
				۳۹ ساکشن تراشه و دهان بیمار مطابق دستورالعمل می باشد
				۴۰ سرساکشن لوله تراشه پس از هر بار استفاده دور انداخته می شود
				۴۱ لوله ساکشن به ازاء هر بیمار تعویض می شود
				۴۲ باتلهای ساکشن به درستی شسته و ضد عفونی می شوند
				۴۳ ماسک های و لانگوسکوپها بین اعمال به درستی ضد عفونی می شوند
				۴۴ تعویض لوله های خرطومی دستگاه ونتیلاتور بین بیماران رعایت می شود
				۴۵ باتل مانومتر اکسیژن خشک نگهداری می شود
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی		
				۴۶ نظافت کلی بخش
				۴۷ تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده می شود
				۴۸ تی ها در محل مناسب و با فاصله لازم آویزان شده اند
				۴۹ محلول ضد عفونی تجهیزات پزشکی موجود است
				۵۰ محلول ضد عفونی برای ساکشنها موجود و تمیز و تاریخ دار است

					محلول رقیق شده ضد عفونی کننده تنفسی موجود و تمیز و تاریخ دار است	۵۱
					محلول رقیق شده ضد عفونی کننده سطوح موجود و تمیز و تاریخ دار است	۵۲
					نحوه استفاده از دستگاه نوکواسپری و محلول مورد استفاده	۵۳
					کارت کنترل اشعه UV با ذکر تاریخ و زمان استفاده موجود است	۵۴
					چک لیست مربوط به پایش مصرف موارد ضد عفونی کننده ماهانه موجود است	۵۵
					زونکن کشت کامل است	۵۶
					میزان آگاهی خدمات از نحوه استفاده از مواد گندزدا خوب است	۵۷
					پره واش به درستی انجام می شود.	۵۸
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	۰	۱	۲	رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی	
					کتابچه دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش موجود است	۵۹
					زونکن کنترل عفونت بخش کامل است.	۶۰
					جمع کل امتیازات	

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

چک لیست پایش کنترل عفونت از بخش زایمان

نام بازدید کننده :

نام بیمارستان:

تاریخ بازدید :

نام بخش:

توضیحات	ارزیابی غیر قابل	چک لیست پایش کنترل عفونت از بخش زایمان		
		۰	۱	۲
				امکانات مربوط به بهداشت دست
				۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشند
				۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است
				۳ راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد
				۴ جداسازی برسهای تمیز و کثیف به درستی انجام می شود
				۵ پوستر راهنمای اسکراب دست جراح بالای سینکهای موجود می باشد
				۶ دستمال کاغذی در دسترس می باشد
				۷ محلول ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند
				۸ سطل آشغال پدال دار است
				۹ کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند
توضیحات	ارزیابی غیر قابل	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی		
				۱۰ پرسنل قبل از انجام زایمان دستهای خود را ضد عفونی میکند
				۱۱ پرسنل قبل از انجام زایمان از وسایل حفاظتی مانند دستکش ساقه بلند، شیلد، و آپرون پلاستیکی استفاده می کنند
				۱۲ پرسنل قبل از زایمان چکمه می پوشند
				۱۳ روپوش پرسنل به طور مرتب شسته می شود
				۱۴ پرسنل قبل از خروج از اتاق زایمان، چکمه، گان و دستکش را خارج می نماید
				۱۵ پوسترهای احتیاطات استاندارد و احتیاطات براساس نوع بیماری موجود است
				۱۶ وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است (عینک- پیش بند پلاستیکی- ماسک- دستکش کار)
				۱۷ پوستر تصویری وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است
				۱۸ وسایل حفاظت فردی پرسنل موجود است (عینک- گان- ماسک- ماسک N95- دستکش- روکششی)
				۱۹ پوستر نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است
				۲۰ فلوجارت مربوط به مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق شده اند
				۲۱ فرم مواجهات شغلی پرسنل در دسترس کادر قرار دارد

توضیحات	غیر قابل ارزیابی	کنترل تجهیزات و ستهای اتاق زایمان		
		۰	۱	۲
				۲۲ نقل و انتقال ستهای استریل بین بخش و CSR به درستی انجام می شود
				۲۳ پارچه های ستهای استریل تمیز ، بدون سوراخ و پارگی می باشد
				۲۴ محل نگهداری بسته های استریل تمیز و مناسب می باشد
				۲۵ پارچه ستهای استریل می باشد
				۲۶ تاریخ ستهای استریل درست است و نام پک کننده دارد
				۲۷ اندیکاتورهای کلاس ۶ و لیبل ها در پرونده الصاق شده اند
				۲۸ آمبوگ ها پس از استفاده با دترجنت شسته و آبکشی می شود و بعد از غوطه ور شدن در محلول ضد عفونی شسته و خشک می گردند.
				۲۹ انکوباتور و کات نوزادی پس از استفاده اسکراب و ضد عفونی می شود
				۳۰ لارنکوسکوپ نوزادی پس از استفاده ضد عفونی و در جای خود قرار می گیرد
				۳۱ لامپ اشعه UV سالم و کارت ثبت زمان استفاده شده وجود دارد
				۳۲ پروپ ها در فواصل بین بیماران تمیز و ضد عفونی می شود
				۳۳ تجهیزات تخصصی روزانه پس از استفاده اسکراب می شود
				۳۴ بعد از انتقال بیمار از بخش زایمان، تخت بیمار اسکراب می شود
توضیحات	غیر قابل ارزیابی	نظارت بر دفع پسماندها		
		۰	۱	۲
				۳۵ جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود
				۳۶ جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود
				۳۷ برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود
				۳۸ دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود
توضیحات	غیر قابل ارزیابی	مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی		
		۰	۱	۲
				۳۹ تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده می شود
				۴۰ تی ها در محل مناسب و در فاصله مناسب آویزان شده اند
				۴۱ محلول ضد عفونی ابزار برای ساکشن ها موجود و تمیز و تاریخ دار است
				۴۲ محلول رقیق شده ضد عفونی کننده ابزار تنفسی موجود و تمیز و تاریخ دار است.
				۴۳ محلول رقیق شده ضد عفونی کننده سطوح موجود و تاریخ دار است
				۴۴ چک لیست مربوط به پایش مصرف مواد ضد عفونی کننده ماهانه موجود است
				۴۵ میزان آگاهی خدمات از نحوه استفاده از مواد گندزدا خوب است
توضیحات	غیر قابل ارزیابی	رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی		
		۰	۱	۲
				۴۶ کتابچه دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش موجود است
				۴۷ زونکن کنترل عفونت بخش کامل است.

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت: