

بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی

برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
 - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل با ۳ سال سابقه کار
 - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی اتاق عمل با ۵ سال سابقه کار

۲. مسئول
واحد

برنامه توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
 - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی تخصصی CSSD مورد تأیید وزارت بهداشت
 - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده
پرسنلی
(کاغذی/
الکترونیک)

- ۱-۴. در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
 - نام و نام خانوادگی

۴. لیست
کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
 - سمت سازمانی
 - ۲-۴. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
 - ۳-۴. هر یک از پرسنل در طول ۲۴ ساعت حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
 - ۴-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.
 - ۵-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.
- ۵-۱. یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
 - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
 - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش
- ۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۶-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۶-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۶-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.
- ۷-۱. یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان ارائه می‌نماید.
- ۷-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۷-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۵. دوره
توجیهی
بدو ورود

۶. آزمون
صلاحیت و
توانمندی
کارکنان

۷. آموزش و
توانمندسازی
کارکنان

- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸-۱. کتابچه/ مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۹-۱. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
 - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
 - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
 - کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- کنترل سنج‌های چرخه زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریل‌کننده توسط کاربران CSSD و واحد مهندسی پزشکی در بازدیدهای دوره‌ای
 - ایمنی کارکنان
 - کنترل عفونت
 - روش‌های دستی یا اتوماتیک شستشو و تمیزکردن محیط و ابزار و وسایل
 - روش‌های دستی یا اتوماتیک گندزدایی محیط و ابزار و وسایل
 - استریل کردن اقلام حساس به حرارت
 - بازخوانی (Recall) ابزار و وسایل استریل از بخش‌ها
 - بازبینی و بررسی مجدد کلیه اقلام، در صورت بروز هر اختلالی در استریل‌سازی
 - جابه‌جایی، نگهداری و انبارداری وسایل استریل
 - استریل کردن فوری (Flash) (مثلاً زمانی که در حین عمل جراحی، یک وسیله منحصر به فرد از دست جراح می‌افتد و امکان جایگزینی آن با وسیله مشابه وجود ندارد).

۸. کتابچه /
مجموعه ایمنی
و سلامت
شغلی و
بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها
و روش‌ها

- پایش و کنترل نشتی گازهای اتیلن اکسید و فرمالدئید و اقدامات اضطراری در این خصوص
- فرآیند مستمر و منظم نگهداری و تعمیر وسایل و تجهیزات
- ایمنی بیمار

۱۰. آزمون شیمیایی و بیولوژیکی

- ۱-۱۰. اقدامات مربوط به استریل‌سازی حداقل در موارد زیر پایش و مستند می‌شود:
 - انجام روزانه آزمون (بووی - دیک) روی استریل‌کننده‌های دارای سیکل پری و کیوم
 - انجام آزمون اسپور (اسپورهای زنده باکتریایی) به صورت هفته‌ای
 - انجام آزمون‌های اسپور در زمان راه‌اندازی دستگاه استریل‌کننده و پس از هر بار تعمیر کلی
 - وجود شاخص‌های بیولوژیک در هر بار جاگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه‌های استریل‌کننده
 - جاگذاری شاخص‌های شیمیایی در هر بسته یا پک استریل
 - کاربرد شاخص‌های مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل‌کننده‌های مناسب

۱۱. امکانات

- ۱-۱۱. وسایل و فضاها فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، به‌طور کامل جدا هستند.
- ۲-۱۱. اتفاقی که اتوکلاو/ استریل‌کننده در آن قرارداد، از محلی که سایر فعالیت‌های بخش در آن انجام می‌شود مجزا است.
- ۳-۱۱. تهویه هوای قسمت بسته‌بندی و تاکردنشان و وسایل مرتبط و منطقه غیرآلوده به خارج از فضای بخش، صورت می‌گیرد.
- ۴-۱۱. امکانات شستشوی دست در مکان‌های آلوده، غیرآلوده، مکان استریل‌سازی و سرویس‌های بهداشتی، وجود دارد.
- ۵-۱۱. تجهیزات مخصوص برای تمیز کردن، ضدعفونی کردن، خشک کردن، بسته‌بندی و استریل کردن در دسترس است:
 - دستگاه اولتراسوند
 - دستگاه پر فشار آب در سینک گندزدایی
 - دستگاه پر فشار هوا برای خشک کردن
 - دستگاه شستشوی وسایل
 - مواد و وسایل بسته‌بندی کردن در دستگاه اتوکلاو، دستی (پارچه یا کاغذ استریل کردن) یا دستگاه سیلر (دوخت Viopac)
- ۶-۱۱. یک سیستم اعلام خطر نشت گاز وجود دارد.
- ۷-۱۱. سیستم تهویه خروجی به شبکه برق اضطراری متصل است.
- ۸-۱۱. سطل، جارو و وسایل نظافت مورد استفاده در قسمت گندزدایی و در قسمت پاک جدا از یکدیگر بوده و خاص این بخش هستند.

۱۲. فرآیندها

- ۱-۱۲. برچسب هر وسیله یا بسته‌ای که استریل می‌شود حاوی موارد ذیل است:
 - شماره‌ای که نشان‌دهنده دستگاه استریل‌کننده باشد
 - تاریخ استریل کردن
 - شماره سیکل (چرخه) بارگذاری استریل‌کننده

- مشخص کردن فرد مسئول بسته‌بندی و جمع کردن بسته
 - تاریخ انقضا
- ۱۲-۲. از استریل کردن مجدد وسایل یک‌بار مصرف خودداری می‌شود.
- ۱۲-۳. سیستمی که نشان‌دهنده شماره سریال یا هر فاکتور شناسایی دیگر برای وسایل یک بار مصرف حساس وجود دارد و تأییدکننده اینگونه ابزار یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس از چرخه مصرف خارج شده‌اند، طراحی و مستقر شده‌است.
- ۱۲-۴. تمام وسایل استریل شده در سطحی بالاتر از سطح زمین انبارداری می‌شوند.
- ۱۲-۵. وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری می‌شوند.
- ۱۲-۶. قفسه‌ها و جعبه‌های نگهداری دارای سطوح صاف و بدون خلل و فرج هستند تا تمیز کردن آنها به سهولت انجام گیرد.
- ۱۲-۷. تمام وسایل استریل شده در جعبه‌های در بسته، تالی‌های کم‌مدار و یا کانتینرهای دردار جابه‌جا می‌شوند.
- ۱۲-۸. یک سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار(و ثبت شده در پرونده پزشکی وی)، وجود دارد.
- ۱۲-۹. تجهیزات استریل‌سازی با گاز اتیلن اکسید یا فرمالدئید راه‌اندازی شده‌است.
- ۱۲-۱۰. تجهیزات استریل‌کننده با حرارت پایین راه‌اندازی شده‌است.
- ۱۲-۱۱. دستگاه استریل‌کننده اتیلن اکسید و فرمالدئید دارای استانداردهای بین‌المللی (EN)^۱ بوده و براساس دفترچه راهنمای کارخانه سازنده، همراه با شواهد تهویه مناسب نصب شده‌است.
- ۱۲-۱۲. دستگاه استریل‌کننده اتیلن اکسید و فرمالدئید در یک اتاق معین و جدا از سایر استریل‌کننده‌ها و محل کار مربوطه است.
- ۱۲-۱۳. امکانات ضد عفونی نهایی / محلول استریل سرد (مانند مایعات استریل‌کننده) در بیمارستان در دسترس است.
- ۱۲-۱۴. در این سیستم تمام اقدامات انجام مراحل ضد عفونی برای تجهیزات حساس به حرارت مکتوب می‌گردد.
- ۱۲-۱۵. مستندات نشان می‌دهند که انجام ضد عفونی نهایی / محلول استریل‌کننده براساس روش توصیه شده توسط کارخانه سازنده، انجام می‌گیرد.
- ۱۲-۱۶. این سیستم در یک فضای کاملاً مشخص، دارای لاک و مهر مخصوص / در جعبه‌های در بسته، طراحی شده‌است.
- ۱۲-۱۷. مستندات معتبر تعیین صحت عملکرد و اعتبار محلول استریل‌کننده (سوپینگ) وجود دارد.
- ۱۲-۱۸. تاریخ آماده‌سازی محلول و تاریخ انقضا مصرف محلول حاضر، به وضوح روی ظرف حاوی آن ثبت شده‌است.
- ۱۲-۱۹. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که کارکنان در زمینه مخلوط کردن و به کارگیری سیستم استریل‌کننده سرد / ضد عفونی نهایی، آموزش دیده‌اند.
- ۱۲-۲۰. ساخت محلول از مایع استریل‌کننده و مخلوط کردن آن، در شرایط تهویه مناسب و ایمن صورت می‌گیرد.
- ۱۲-۲۱. ممیزی اتفافی (راندوم) بسته‌های استریل شده، برای تأیید رعایت مطلوب استانداردهای فوق صورت می‌گیرد.
- ۱۲-۲۲. رعایت مسیر عبور یک‌طرفه از محیط کثیف به محیط تمیز و استریل و نشانه‌گذاری جهت جداسازی محیط تمیز و کثیف رعایت می‌گردد.
- ۱۲-۲۳. کسب اطمینان بیمارستان از ضد عفونی مناسب و مطلوب تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آنها

۱۲-۲۴. کسب اطمینان بیمارستان از تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات با تأکید خاص بر واحدها و بخش‌های پرخطر

۱۲-۲۵. کسب اطمینان بیمارستان از وجود تدارکات کافی به منظور ارتقای استریلیزاسیون

۱۳-۱. یک دفتر ثبت برای هر دستگاه استریل‌کننده در این بخش وجود دارد. محتویات دفتر مذکور باید حداقل شامل موارد ذیل باشد (اگر چه به این موارد محدود نمی‌شود):

۱۳. مستندات

- شماره کد مخصوص هر دستگاه استریل‌کننده
 - نتایج انجام آزمون‌های روزانه
 - نتایج آزمون‌های اسپور
 - هر نمودار یا پرینت دستگاه، که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد
 - نام مسئول هر بار بارگذاری
 - هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه (PM) و آزمون‌های کالیبراسیون
- ۱۳-۲. دفتر ثبت برای هر دستگاه به مدت یک سال نگهداری شود.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱۴-۱. لوازم محافظتی مناسب برای تمام کارکنانی که در بخش کار می‌کنند، حداقل در موارد ذیل فراهم است.

۱۴. ایمنی
پرسنل

- دستکش لاستیکی مقاوم در مقابل پاره شدن و دستکش لاتکس یک بار مصرف
- ماسک صورت به طوری که بینی و دهان را بپوشاند و عینک ایمنی یا محافظ کامل صورت
- پیش‌بند ضدآب
- کفش جلو بسته

۱۴-۲. تمهیدات لازم برای مواجهه کارکنان با وسایل تیز و برنده وجود دارد.

۱۴-۳. در طی هر فعالیت گندزدایی دستکش پوشیده می‌شود.

۱۵-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.

۱۵. بهبود
کیفیت

۱۵-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۵-۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۱۵-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.

۱۵-۵. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۶-۱. داده‌های واحد خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

۱۶. جمع‌آوری
و تحلیل
داده‌ها

۱۶-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۶-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۱۶-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.

۱۶-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

۱۶-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

واحد تغذیه

