چك ليست نظارتي كنترل عفونت بخش هاي بيمارستان امداد شهيددكتر بهشتي سبزوار

==================================================================================

**بخش ............ سرپرستارآقا /خانم ................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** |
| تاریخ .......... شیفت .... | تاریخ .......... شیفت .... | تاریخ .......... شیفت .... |
| تعداد کل بیماران ... | تعداد کل بیماران ... | تعداد کل بیماران... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رعایت موازین بهداشت فردیبیمار و پرسنل** | **ردیفف** | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **توجه به بهداشت فردي و حمام بيمار ، ، شده است ( ظاهر بيمار ، shave، دهانشويه و ... )** |  |  |  |  |  |
| 2 | **حمام بخش داير است** |  |  |  |  |  |
| 3 | **ملحفه هاي بيمار تميز ومرتب است** |  |  |  |  |  |
|  | **لباس ،ملحفه ،پتو وبالش تمیز در دسترس است** |  |  |  |  |  |
| 5 | **لاكر بيمار وسايل اضافي ندارد** |  |  |  |  |  |
| 6 | **پرسنل بهداشت فردي را رعايت مي كنند** |  |  |  |  |  |
| 7 | **پرسنل داراي لباس فرم مناسب وتميز مي باشند** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **گزارش موارد عفونت** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **عفونتهاي بيمارستان گزارش مي شود** |  |  |  |  |  |
| 2 | **تب بيمار ثبت مي شود** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تجهیزات و گندزدایی** |  | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **درصورتي كه ماشين شيو چند بار مصرف است آيا ضد عفوني آن به طرز صحيح انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| 2 | **ترالي هاي پانسمان ودارو مجهز به سفتي باكس هستند** |  |  |  |  |  |
| 3 | **آب داخل مانومتر روزانه تعويض مي گردد وزماني كه استفاده نمي شود اب آن تخليه مي گردد** |  |  |  |  |  |
| 4 | **مخزن مانومتر تميز است** |  |  |  |  |  |
| 5 | **آمبوبگ بعد از هر بار استفاده ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 6 | **ضد عفوني ساكشن بعد از استفاده پايان هر شيفت ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 7 | **شيشه ساكشن خشك نگهداري مي شود** |  |  |  |  |  |
| 8 | **اتصالات ساكشن تميز وداخل پوشش قراردارد** |  |  |  |  |  |
| 9 | **دستگاه بخور بعد از استفاده ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 10 | **ليدهاي دستگاه ECG تميز مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 11 | **تخت ها ولاكرها تميز وضد عفوني شده است** |  |  |  |  |  |
| 12 | **تي ها در 3 رنگ موجود است . تي اتاق ايزوله ، تي بخش وايستگاه پرستاري مجزا است** |  |  |  |  |  |
|  | **شرایط استاندارد برای نگهداری تی ها رعایت می شود. (وضعیت ظاهری تی ها وتفکیک آن ،آفتاب دهی ،ضد عفونی وشستشو وآویز کردن وارونه ،نگهداری خشک ...)** |  |  |  |  |  |
| 13 | **ضد عفوني لوله ولگن به درستي انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| 14 | **قفسه مخصوص با رعايت نكات بهداشتي جهت نگهداري لوله ولگن وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| 15 | **بين ملحفه تميز وكثيف در بخش موجود است** |  |  |  |  |  |
| 16 | **ماسك هاي اكسيژن يكبار مصرف است** |  |  |  |  |  |
| 17 | **تيغه لارنگوسكوپ تميز وضد عفوني شده است** |  |  |  |  |  |
| 18 | **يخچال بخش تميز ومرتب است** |  |  |  |  |  |
| 19 | **يخچال دارويي از يخچال مواد غذايي جدا مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 20 | **در يخچال بيمار پلاستيك سياه موجود نمي باشد** |  |  |  |  |  |
| 21 | **تهويه مناسب در كليه اتاق ها موجود مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 22 | **كليه تختخوابهاي بيماران سالم ، بهداشتي ، رنگ آميزي شده ، ويا استيل ومناسب مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 23 | **جاصابوني مايع تميز وحاوي مايع دستشويي مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 24 | **كپسول اكسيژن كنار تخت داراي كاور و كمربند ايمني است** |  |  |  |  |  |
| 25 | **سطل آشغال ها داراي درب و كيسه زباله است** |  |  |  |  |  |
| 26 | **بین ها هر هفته و در صورت آلودگی واضح همان لحظه شستشو می شوند** |  |  |  |  |  |
| 27 | **چراغ UV سالم وکارکرد آن بر حسب ساعت ثبت شده است** |  |  |  |  |  |
| 28 | **ترمومترها شخصی اند وبه طور خشک نگهداری می شوند** |  |  |  |  |  |
| 29 | **کاف فشار سنج به صورت دوره ای و در صورت آلودگی واضح شسته می شود** |  |  |  |  |  |
| 30 | **برانكارد تميز است وروزانه ضد عفوني مي شوند** |  |  |  |  |  |
| **تجهیزات و گندزدایی** | 31 | **ويلچرها هفتگي اسكراپ مي شوند** |  |  |  |  |  |
| 32 | **پايه سرم ها شستشو وبا واتيكس پاك مي شوند** |  |  |  |  |  |
| 33 | **سطل زباله عفونی وغیر عفونی درب دار با پاکت مشخص – قید سطل عفونی** |  |  |  |  |  |
| 34 | **سفتی باکس وجود دارد ودستورالعمل رعایت میشود.** |  |  |  |  |  |
| 35 | **تخت (انکوباتور - کات)،لاکر ،میز نهار خوری ،تشک،اتصالات تجهیزات و...پس از ترخیص ضد عفونی میشود.** |  |  |  |  |  |
| 36 | **نظافت دستگاه بخور ،ونتیلاتور ،ساکشن ،EKG ،پالس اکسی متر ،آمبوبگ ،لارنگوسکوپ و... مطلوبست** |  |  |  |  |  |
| 37 | **وسایل حفاظت فردی ( عینک محافظ ،گان ،دستکش،ماسک ،آپرون) در بخش موجود است** |  |  |  |  |  |
| 38 | **فلاش تانک ها سالم هستند** |  |  |  |  |  |
| 39 | **تخت ،تشک بیمار سالم ،اهرم بالابر کار میکند .** |  |  |  |  |  |
| 40 | **مایع صابون ودستمال در اتاق کار پرسنل واتاق بیمار وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| 41 | **تابلو احتياطات استاندارد در بخش نصب گرديده است** |  |  |  |  |  |
| 42 | **تابلوي شستشوي دست به تعداد كافي در بخش نصب شده است** |  |  |  |  |  |
| 43 | **تابلو تزریقات ایمن در بخش نصب گرديده است** |  |  |  |  |  |
| 44 | **راهنمای تصویری وسایل حفاظت فردی در بخش نصب شده است** |  |  |  |  |  |
| 45 | **افتالموسكوپ واتوسكوپ بعد از استفاده با الكل 70 درصد ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 46 | **گوشي قبل وبعد ازاستفاده با الكل 70% ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 47 | **پدها ودستبندهاي دستگاه نوار قلبي بعد از استفاده تميزوبا الكل ضد عفوني مي شوند** |  |  |  |  |  |
|  |  | **پنبه الكل به صورت پنبه خشك والكل جدا نگهداري مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **كليه پنجره هاي بازشو مجهز به تور سيمي مي باشد** |  |  |  |  |  |
| **احتیاطات استاندارد** |  | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
|  | **دستور العمل بهداشت دست وجود دارد ورعایت میشود.** |  |  |  |  |  |
|  | **نظارت بر شستشوي دست پزشكان وپرسنل توسط سرپرستار انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **پرسنل بعد از ورود به بخش وقبل از انجام هر مراقبتي دستهاي خودرا مي شويند** |  |  |  |  |  |
|  | **پرسنل هنگام تعويض پانسمان احتياطات استاندارد را رعايت مي كنند** |  |  |  |  |  |
|  | **از Recap كردن سرپوش سوزنها با دو دست خودداري مي نمايد** |  |  |  |  |  |
|  | **سرسوزنها و وسائل نوك تيزآلوده را درظرف مخصوص جمع آوري مي نمايد(سفتی باکس)** |  |  |  |  |  |
|  | **بعد از خارج كردن دستكش از دست ، دستها را طبق روش استاندارد مي شويد.** |  |  |  |  |  |
|  | **در مواقعي كه احتمال پاشيدن خون يا سايرترشحات بيمار وجود دارد، ازعينك ، ماسک و گان استفاده مي كند** |  |  |  |  |  |
|  | **پرسنل بعد از خروج از بخش دستهاي خود را مي شويند** |  |  |  |  |  |
|  | **سونداژ به روش آستپيك انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **خونگيري به روش صحيح انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **استریلیزاسیون** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **آيا گازها تك پيچ داخل بيكس قراردارند** |  |  |  |  |  |
| 2 | **ست هاي استريل تاريخ پگ شدن ونام پگ كننده دارند** |  |  |  |  |  |
| 3 | **وسایل استریل دارای تاریخ معتبربوده خشک ،دارای بسته سالم و داخل قفسه مناسب است** |  |  |  |  |  |
| 4 | **آبسلانگ ،قیچی ها بسته بندی وتاریخ دار است .** |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پسماند** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **تفکیک زباله از مبداء تا مقصد رعایت میشود.** |  |  |  |  |  |
| 2 | **سطل هاي زباله پس از پرشدن به موقع خالي مي شود** |  |  |  |  |  |
| 3 | **نحوه انتقال صحيح زباله هاي عفوني وغير عفوني رعایت مي شود** |  |  |  |  |  |
| 4 | **سطل هاي زباله طبق برنامه بخش شستشو مي شود** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی فعالیت آموزشی** | **ردیف** | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **نیرو های خدمات از قوانین وبخشنا مه ها ،رقیق کردن مواد گند زدا آگاهی دارند** |  |  |  |  |  |
| 2 | **پرسنل بخش از نحوه ضد عفوني تجهيزات اطلاع دارند** |  |  |  |  |  |
| 3 | **پرسنل از اقدامات بعد از آلودگي ونیدل استیک شدن اطلاع دارند** |  |  |  |  |  |
| 4 | **پرسنل خدماتي از نحوه ضد عفوني كردن خون ريخته شده روي زمين اطلاع دارند** |  |  |  |  |  |
| 5 | **آیا پرسنل با دستورالعمل شماره 14(ایمنی تزریقات) آشنا هستند** |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **آموزش بیمار وهمراه جهت پیشگیری از ابتلا به عفونت بیمارستانی حین پذیرش ، بستری وهنگام ترخیص توسط پرسنل انجام شده است .** |  |  |  |  |  |
| 8 | **به بیمار در مورد رعایت بهداشت وعدم دستکاری درن ها آموزش داده میشود** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ایزولاسیون** | **ردیف** | | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
|  | | **رعایت اصول ایزولاسیون واحتیاطات استاندارد صورت میگیرد** |  |  |  |  |  |
| 1 | | **اتاق ایزوله دارای شرایط استاندارد است . (دارای اتاق پیش ایزوله ، دستشوئی ،گان،ماسک ،عینک ،خط قرمر،دستکش و...است)** |  |  |  |  |  |
| 2 | | **در صورت نبودن اتاق ايزوله آيا همگروهي بيماران عفوني انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| **نظافت وپاکسازی** | ردی  ف | | **موارد ارزیابی** | ***امتیاز موارد*** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | | **برنامه نظافت و ضد عفونی تجهیزات بخش موجود است .** |  |  |  |  |  |
| 2 | | **نظافت و ضدعفونی بر اساس برنامه صورت میگیرد .** |  |  |  |  |  |
| 3 | | **وضعیت بهداشت ونظافت سرویس های بهداشتی مناسب است** |  |  |  |  |  |
| 4 | | **ضد عفوني روزانه كليه توالت ها ، دستشويي ها وحمام هاي بخش انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| 5 | | **استيشن پرستاري هر شيفت ضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
| 6 | | **کشت های میکروبی بصورت منظم و دوره ای انجام و از نتایج آن استفاده می شود.** |  |  |  |  |  |
| 7 | | **بعداز ترخيص بيمار واحد بيمار نظافت وضد عفوني مي گردد** |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| **ایمنی پرسنل** | | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **پرسنل بخش واكسيناسيون هپاتيت را بطور كامل انجام داده اند** |  |  |  |  |  |
| 2 | **پرسنل بخش پرونده پزشکی تشکیل داده اند** |  |  |  |  |  |
| 3 | **HBSab تمام پرسنل چک شده است** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **دستورالعمل ضد عفونی کننده ها و گندزداها** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **وضعیت محلول های گند زدائی از نظر کیفیت ، رقت ، تاریخ ترقیق ،آماده سازی و....دارای شرایط مطلوب است.** |  |  |  |  |  |
| 2 | **از الکل 70 % استفاده میشود .دستورالعمل تهیه الکل 70 وجود دارد وپرسنل روش کار را یاد دارند.** |  |  |  |  |  |
| 3 | **دستورالعمل نحوه رقیق سازی گندزداها و ضدعفونی کننده ها در بخش موجود است** |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اتاق پانسمان** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **در اتاق پانسمان ملحفه هاي تخت يكبار مصرف مي باشند ودر هر شيفت تعويض مي شود ودر صورت آلودگي واضح بلافاصله تعويض مي شود** |  |  |  |  |  |
| 2 | **در اتاق پانسمان سينك شستشوي دست وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| 3 | **پانسمان به روش آسپتيك انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| 4 | **هنگام انجام پانسمان از دستكش استريل .وماسك استفاده مي شود** |  |  |  |  |  |
| 5 | **تاريخ انجام پانسمان روي پانسمان قيد مي گردد** |  |  |  |  |  |
|  | **ترالي پانسمان در پايان هر شيفت پس از انجام هر پانسمان تميز وضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **اتاق پانسمان روزانه نظافت وضد عفوني مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **اتاق پانسمان هفتگي واشينگ مي شود** |  |  |  |  |  |
|  | **در اتاق پانسمان محلول ضد عفوني دست ( دكوسپت ) وجود دارد** |  |  |  |  |  |

**امضاءمترون: امضاء سرپرستار : امضاء سوپروایزر کنترل عفونت**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ICU** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| **1** | **بين تخت ها فاصله 3-5/2 متر رعايت مي شود . ويا رتشن بندي بين تخت ها وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| **2** | **نحوه رفت وآمد كنترل مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **3** | **شستشوي پرينه هر شيفت انجام وثبت مي گردد** |  |  |  |  |  |
| **4** | **در صورت نياز لوله تراشه هر هفته تعويض وثبت مي گردد** |  |  |  |  |  |
| **5** | **كاتترهاي ساكشن يكبار مصرف جهت هر بيماري مجزا استفاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **6** | **كاتتر ساكشن دهان وتراشه جداست .** |  |  |  |  |  |
| **7** | **نرمال سالين جهت دهان وتراشه هر بيمار جداست وهر شيفت تعويض مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| **8** | **لاين ساكشن بيمار مشخصي است** |  |  |  |  |  |
| **9** | **شيت كاندوم هر 72 ساعت تعويض مي شود** |  |  |  |  |  |
| **10** | **NGT هر هفته تعويض مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| **11** | **پس از انجام گاواژ بلافاصله لوله NGT با اب شستشو مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **12** | **مايع گاواژ در يخچال نگهداري مي شود وظرف آن تميز است.** |  |  |  |  |  |
| **13** | **پانسمان ناحيه تراكئوستومي روزانه تعويض مي شود ( ودرصورت نياز )** |  |  |  |  |  |
| **14** | **پانسمان استريل روزانه در ناحيه cvp lineو كت دان گذاشته مي شود وتاريخ دارد** |  |  |  |  |  |
| **15** | **كشت خون ، ادرار ، زخم ، تراشه به روش صحيح انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| **16** | **لاين هاي ونتيلاتور يكبار مصرف است** |  |  |  |  |  |
| **17** | **فيلتر ونتيلاتور پس از جدا شدن از بيمار ، بسته بندي وبه اتو كلاو فرستاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **18** | **سطوح مانيتورهاي قلبي وتنفسي روزانه اسكراپ مي شود** |  |  |  |  |  |
| **19** | **گانهاي استفاده شده روزانه شستشو وتاريخ زده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **20** | **لباس بيمار قبل از ورود به بخش تعويض مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **21** | **دمپايي ها روزانه شستشو مي شوند . يا از كاور كفش استفاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **22** | **داروها در فضاي مجزا از بيماران تهيه مي شود.** |  |  |  |  |  |
| **23** | **ضد عفوني كننده الكلي در ورودي ICU ودر بالاي سر هر بيمار جهت ضد عفوني كردن دستها وجود دارد.** |  |  |  |  |  |
| **24** | **دهانشويه هر شيفت انجام مي شود ( محلول كلر هگزين )** |  |  |  |  |  |
| **25** | **سينك دستشويي در ورودي ICU وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| **26** | **پرسنل غيراز ICU در صورت ورود به بخش گان مي پوشند** |  |  |  |  |  |
| **27** | **پرسنل غيراز ICU در صورت ورود به بخش دستهاي خود را مي شويند** |  |  |  |  |  |
| **28** | **براي بخور از مايعات استريل استفاده مي شود** |  |  |  |  |  |
| **29** | **بيماراني كه بمدت طولاني در ICU اقامت دارند از آنهايي كه براي مدت كوتاهي بستري هستند جداسازي مي شوند** |  |  |  |  |  |
| **30** | **تشك مواج براي هر تخت موجود مي باشد** |  |  |  |  |  |
| **31** | **توالت ها در محيط خارج از ICU قرار دارند** |  |  |  |  |  |
| **32** | **سينك مخصوص شستشوي لوازموتجهيزات در محل مجزا وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| **33** | **سينك مخصوص جهت تخليه ظروف ساكشن وساير ترشحات در خارج ICU وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| **34** | **سينك مخصوص جهت نگهداري مواد ضد عفوني ووسايل شستشو وجود دارد** |  |  |  |  |  |
| **35** | **اتاق مخصوص جهت نگهداري موا ضد عفوني ووسايل شستووجود دارد** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اتاق عمل** | ردیف | **موارد ارزیابی** | **امتیاز موارد** | **پایش اول** | **پایش دوم** | **پایش سوم** | **ابزار ارزیابی** |
| 1 | **تعويض كفش در دو مرحله انجام مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| 2 | **كفش از جنس قابل شستشو مي باشد ( در صورت امكان از كفش هاي طبي ) ودر آخر شيفت تمام كفش ها شسته وضدعفوني مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 3 | **آياشستشو يا ضد عفوني دست ها بعد از تعويض كفش ولباس در ورودي اتاق عمل انجام مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 4 | **هنگام ورود لباس پوشيده وبا اين لباس از اتاق عمل خارج نمي شوند.** |  |  |  |  |  |
| 5 | **از ماسك وكلاه يكبار مصرف استفاده وهردو ساعت تعويض مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| 6 | **در صورت حضور در كد CPR يا موارد اورژانسي مجددا"لباس ها تعويض مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| 7 | **برسها ضدعفوني ودر محلولي كه روزانه تهيه مي شود كه داراي برچسب وتاريخ مي باشد ، گذاشته مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 8 | **زمان لازم براي شستن دستها ( حداقل 5 دقيقه ) در نظر گرفته مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 9 | **سينك اسكراپ چشمي ، پدالي يا آرنجي اشت.** |  |  |  |  |  |
| 10 | **پمپ مخزن بتادين وجود دارد .** |  |  |  |  |  |
| 11 | **آيا پرسنل از استفاده جواهرات وبلند كردن ناخن اجتناب مي كنند.** |  |  |  |  |  |
| 12 | **آيا قبل از هر عمل مشمع وشان روي تخت ها استفاده وبعد از عمل تعويض مي گردد.** |  |  |  |  |  |
| 13 | **آيا وضعيت بيمار قبل از عمل الكتيو از نظر هپاتيت وايدز بررسي مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 14 | **آيا پرسنل از اهميت كنترل جلوگيري از خونريزي يا جابجايي آرام بافت هاي جراحي شده در پيشگيري از عفونتهاي بيمارستان مطلع مي باشند .** |  |  |  |  |  |
| 15 | **آيا از حضور پرسنل داراي بيماري عفوني در اتاق عمل تا زمان بهبودي كامل جلوگيري مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 16 | **آيا شيو بيمار در فاصله كمي از عمل ( بلافاصله قبل عمل ) بيمار انجام مي شود** |  |  |  |  |  |
| 17 | **آيا بيمار شب قبل عمل دوش گرفته است ( بيماران الكتيو )** |  |  |  |  |  |
| 18 | **آيا محل عمل واطراف آن قبل عمل بخوبي با مواد آنتي سپتيك شستشو مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 19 | **آيا عمل هاي عفوني وغير عفوني تفكيك شده است.** |  |  |  |  |  |
| 20 | **داروهاي بيهوشي توسط مسئول بيهوشي كنترل ومحافظت مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 21 | **در صورت كشيدن داروها د رداخل سرنگ نكات استريل رعايت مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 22 | **وسايل بيهوشي ( لوله خرطومي ، تيغه لارنگوسكوپ ) كنترل ، ضد عفوني و خشك نگه داشته مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 23 | **آيا دما ورطوبت اتاق عمل كنترل مي شود ( رطوبت 50-55 ) ودما يك درجه كمتر از محيط اطراف مي باشد. c0(24-18)** |  |  |  |  |  |
| 24 | **آيا در اتاق عمل سيستم تهويه فشار مثبت برقرار و حفظ مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 25 | **آيا ورود كل جريان هوا از سمت سقف و خروج آن نزديك به كف زمين مي باشد.** |  |  |  |  |  |
| 26 | **آيا حداقل 15 بار تعويض هوا در ساعت انجام مي شود وحداقل 3 بار آن هواي تازه مي باشد.** |  |  |  |  |  |
| 27 | **آيا در اتاق عمل جهت تهويه هوا ( خنك كردن ) از پنكه يا كولر استفاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 28 | **آيا سنجش محيط اتاق عمل از نظر گازهاي بيهوشي انجام مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 29 | **آيا پنجره هاي اتاق عمل كاملا"بسته وهواي بيرون به داخل اتاق عمل جريان ندارد.** |  |  |  |  |  |
| 30 | **ساكشن جداگانه اتاق عمل وبيهوشي وجود داشته وبعد از هر عمل شسته وضد عفوني و خنك نگهداشته مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 31 | **واشينگ چراغ سياليتك وديوارها وسطوح هفتگي با مواد ضد عفوني مناسب انجام مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 32 | **آيا بعد از اتمام جراحي روي پانسمان ها تاريخ زده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 33 | **آيا از شان استريل براي ايجاد سدي بين ناحيه عمل جراحي ومنبع بالقوه باكتري ها استفاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 34 | **آيا پرسنل دستكش لاتكس جراحي استفاده مي كنند ودر صورت آلودگي يا پاره شدن تميز مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 35 | **آيا در جراحي هايي مثل HIVوHBVو HCVمثبت از دو جفت دستكش استفاده مي شود .** |  |  |  |  |  |
| 36 | **آيا كف اتاق عمل از مواد مقاوم وديوارهاي آن از مواد قابل شستشو غير قابل جذب پوشيده شده است .** |  |  |  |  |  |
| 37 | **آيا بعد از هر عمل جراحي اتاق اسكراپ و تميز مي شود .** |  |  |  |  |  |
| 38 | **آيا از آنتي بيوتيك بي خطر ارزان وباكتريسيد يا طيف وسيع استفاده مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 39 | **آيا كليه سطوح تجهيزات با الكل 70% يا مواد ضد عفوني ( دكونكس ) پاك وضد عفوني مي شود.** |  |  |  |  |  |
| 40 | **آيا محدوده استريل از غير استريل مشخص مي باشد.** |  |  |  |  |  |
| 41 | **آيا روز مشخص براي واشينگ هفتگي معين مي باشد.** |  |  |  |  |  |
| 42 | **آيا برانكارد اتاق عمل از برانكارد بخش تفكيك مي باشد** |  |  |  |  |  |
| 43 | **آيا فردي مسئوليت اتاق ووسايل وست هاي استريل را بعهده دارد** |  |  |  |  |  |
| 44 | **در پايان هر شيفت اتاق ، تخت ها وتجهيزات اسكراب شده و تحويل شيفت بعدي داده مي شود.** |  |  |  |  |  |