

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI24.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	اعمال جراحی بیماران عفونی مسری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد :	پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس
عاملین انجام کار:	پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس
چرایی و هدف :	بمنظور ارائه خدمات به بیماران عفونی که نیاز به اعمال جراحی نیز دارند در جهت جلوگیری از اشاعه عونت به سایر بیماران بیمارستان دستورالعمل ذیل را ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

- بیماران پر خطر بیمارانی هستند که احتمال مرگ و میر آنان حین و پس از عمل جراحی بیش از ۵ درصد تخمین می گردد و کاندیدای انجام مشاوره های تشخیصی/جراحی، بیهوشی و مراقبت های ویژه می باشند بر حسب تقسیم بندی انجمن بیهوشی آمریکا بیماران را از نظر وضعیت فیزیکی به ۶ دسته (ASA Class) تقسیم می کنند. در این بیماران پیش آگهی بیماری و مدت زمان انتظار برای عمل جراحی مد نظر قرار می گیرد.
- بیماران اورژانسی بیمارانی هستند که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات درمانی، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار می شود در این گونه بیماران، برنامه ریزی انجام عمل جراحی بر اساس دستورالعمل بیمارستان و سطوح تریاژ به نحوی است که هیچ گونه تاخیر/تعطل منجر به تهدید جان/سلامتی بیماران رخ ندهد.
- بیماران عفونی بیمارانی هستند که قابلیت سرایت بیماری ایشان به محیط و دیگران وجود دارد. دستورالعملی در خصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصصین بیماری های عفونی مرکز تنظیم و اجرایی گردد. در این دستورالعمل ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی (به تفکیک روز، تخت عمل جراحی و ساعت انجام عمل جراحی) و لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی و قطره ای و نیز مراعات ملاحظات پیش گیری و کنترل عفونت ها در مواجهه با سایر بیماران کارکنان (در زمان قبل ، حین و ریکاوری) لحاظ گردد. ضد عفونی تجهیزات پزشکی، اتاق و تخت های اتاق عمل در بیماران عفونی بلافاصله پس از خاتمه عمل جراحی طبق دستورالعمل جراحی ایمن الزامی است.
- بیمار پر خطر در گروه های مختلف پزشکی بر اساس تعریف، مشخص گردد و سپس اولویت بندی شوند. همچنین متخصص بیهوشی برای بیماران الکتیو جراحی براساس راهنمای بالینی ارزیابی پیش از عمل ابلاغی وزارت متبوع آبان ۹۷ اقدام نماید.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI24.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	اعمال جراحی بیماران عفونی مسری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی		

- نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل، به لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پر خطر بودن بیماران صورت می پذیرد
- (۱) بیماران عفونی و الکتیو آخرین نوبت عمل هستند و در اتاق ۵ انجام می گیرد.
 - (۲) بیمار عفونی / اورژانس: پذیرش در اتاق ۵ بلافاصله انجام می شود.
 - (۳) در صورت خالی نبودن اتاق ۵، اتاق ۲ مورد استفاده و بعد از عمل گندزدایی، نوکواسپری و اتاق
 - (۴) ریکاوری در خود اتاق عمل انجام می شود (ریکاوری ایزوله نداریم).
 - (۵) عفونت تنفس: تعویض لوله خرطومی و رابط های ساکشن
 - (۶) توسط بخش انتقال دهنده نوع عفونی بودن به اتاق عمل خبر داده شود.
 - (۷) بلافاصله تجهیزات مورد نیاز داخل اتاق عمل مربوطه قرار داده شود.
 - (۸) اطلاع عفونی بودن بیمار به بخش منتقل شونده.
 - (۹) اول نوکواسپری و سایر بعد انتقال به CSR

امکانات موردنیاز :-

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سپروایزر بالینی)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PRI1.4.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	برچسب اقلام استریل شده در فرایند فراخوان		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۲/۰۲
منابع:	تجربیات بیمارستان، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه:	۱ از ۲		

دامنه کاربرد: کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پرسنل واحد IT / کاربران سیستم های سفت افزاری

پژائی و هدف: بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سفت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفا ارائه خدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

تعاریف

کد رهگیری: نام اختصاری دستگاه A (و B و شماره ی سیکل دستگاه بعنوان مثال کد A1 سیکل اول دستگاه اتوکالو A می باشد

دفتر ثبت مشخصات ست ها:

ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمونهای روزانه، نتایج آزمونهای اسپور، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص نموده باشد، نام مسئول هر مرحله بار گذاری، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمونهای کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، حداقل برای یکسال نگهداری میشود

شیوه انجام کار:

- مسئول پکینگ موظف است بر روی ست کالس یک نصب شده روی بسته و ست های آماده شده جهت اتوکالو مشخصات قید می نام ست یا ابزار، نام شخص پگ کننده، تاریخ استریلیزاسیون، تاریخ انقضاء، کد رهگیری کند.
- فرد استفاده کننده از ستها استریل شده پرستار مسئول پانسمان بخش و اسکراب سیرکولر اتاق عمل اولین اقدام قبل از استفاده از پک، شاخص شیمیایی درپگ (تست کالس ۲ یا ۶) چک می نمایند. جهت اطمینان از تغییر رنگ اندیکاتور
- سیرکولر اتاق عمل تعداد اندیکاتور های کالس ۲ یا ۶ ست هایی که جهت عمل باز می شوند را در برگه شرح عمل در پرونده بیمار می چسباند
- در صورتی که ایمپلنت گذاری انجام شده باشد برچسب اندیکاتور بیولوژیک در در پرونده بیمار (شرح عمل) نصب می گردد.
- در بخش های بستری پرستار مسئول پانسمان یا هر اقدامی که نیاز به باز کردن ست استریل باشد اندیکاتور کالس ۲ یا ۶ آن را در گزارش پرستاری همان تاریخ و شیفت می چسباند.
- در صورتیکه هرگونه مشکلی در استریل ستها (تست کلاس ۲ یا ۶) مشکلی وجود داشت باید به CSR برگردانده شود
- CSR بر اساس اطلاعات درج شده نسبت به فراخوانی تمامی ستهای استریل شده با مشخصات اعلام شده اقدام می نماید.

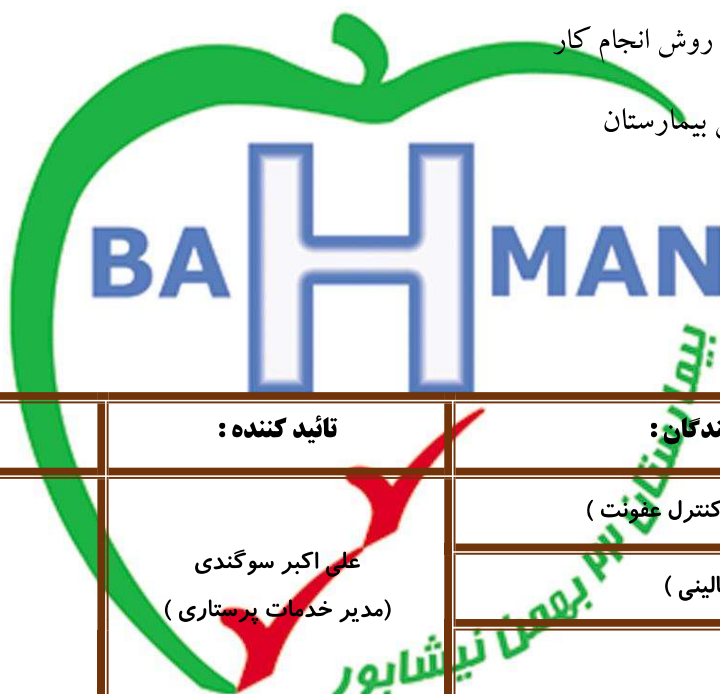
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.PRI.4.01	کد روش اجرائی:
برجسب اقلام استریل شده در فرایند فراخوان		عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۰۲	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع :		تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی

امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتباً : پرسنا CSR

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۶		

دامنه کاربرد: کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پرسنل تمامی بخشهای درمانی

پژائی و هدف : بمنظور پلوهگیری از عفونتهای بیمارستانی و مفاظ ایمنی بیمار و کارکنان بیمارستان روش اجرائی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

شیوه انجام کار :

قبل از عمل:

ارزیابی از نظر وجود عفونت:

- ۱) قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل مشخص و توسط پزشک تحت درمان قرار گیرد.
- ۲) قند خون در بیماران مبتلا به دیابت کنترل شود.
- ۳) لازم است بیمار شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید.
- ۴) موهای محل عمل مگر اینکه ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی نماید اصلاح نشود.
- ۵) در صورت نیاز به اصلاح این کار بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراشی انجام گیرد، این عمل در اتاق عمل صورتگیرد.

آماده نمودن پوست بیمار در اتاق عمل:

- ۱) قبل از آماده کردن پوست بیمار با مواد آنتی سپتیک به طور کامل محل و اطراف محل برش جراحی شسته و تمیز شود.
- ۲) از بتادین اسکراب برای آماده کردن پوست استفاده نشود.
- ۳) از این ماده به صورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط جهت آماده کردن پوست به کار برده شود
- ۴) حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان به حداقل رسانده شود

پیشگیری با آنتی بیوتیک قبل از عمل:

- ۱) دادن آنتی بیوتیک به هیچ عنوان به معنی جایگزینی اقدامات مناسب کنترل عفونت در انجام جراحی نیست.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۲/۰۲/۱۴
منابع:	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه:	۲ از ۶		

- ۲) آنتی بیوتیک فقط در مواردی به کار برده شود که مشخص شده است از عفونت محل جراحی جلوگیری خواهد کرد.
- ۳) اولین دوز آنتی بیوتیک در شروع جراحی تجویز شود.
- ۴) هر ۱۵ روز تعویض شود.

- ۵) قبل از جراحی های انتخابی کولورکتال با استفاده از انما و مسهل کولون از نظر مکانیکی آماده شود و روز قبل از عمل از
- ۶) مواد ضد میکروبی خوراکی غیر قابل جذب در دوزهای منقسم استفاده گردد.
- ۷) برای پروبیلاکسی ضد میکروبی به طور روتین نباید از ونکومايسين استفاده شود.
- ۸) تمام موارد تجویز آنتی بیوتیک پروبیلاکسی با نظر پزشک انجام می شود.

پرسنل اتاق عمل:

- ۱) شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دست بایستی قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل اجرا شود. شستشوی جراحی دست در تمام اعمال جراحی تهاجمی و نسبت برای تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان- متخصصین بیهوشی و پرستاران لازم است.
- ۲) ماسک جراحی استاندارد استفاده شود. در صورت مرطوب شدن و در بین اعمال جراحی باید عوض شود.
- ۳) ماسک را نباید از گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد.
- ۴) تمام پرسنل اتاق عمل باید از گان استریل استفاده نمایند.
- ۵) از شان استریل برای ایجاد سد بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها استفاده گردد.
- ۶) تیم جراحی باید لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان بپوشند.
- ۷) کلاه مخصوص اتاق عمل بایستی استفاده گردد.
- ۸) از محافظ چشم و صورت استفاده گردد
- ۹) تعویض کفش انجام گیرد، در صورت احتمال آلودگی با خون یا مایعات بدن چکمه غیر قابل نفوذ آب پوشیده شود.
- ۱۰) ناخن ها کوتاه شده و نباید از ناخن مصنوعی استفاده گردد، از آویزان کردن جواهرات به دست و انگشتان و ساعد اجتناب شود.
- ۱۱) دستکش لاتکس استریل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل پوشیده شود و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض گردد.
- ۱۲) پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مایعات بدن را کاهش می دهد.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۲/۰۲
منابع:	تجربیات بیمارستان، آیین نامه های ابلاغی		

۱۳) در مواردی که دستکش آلوده شده یا بادست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غیر استریل یا سوراخ شدن و نشستی

داشتن یا پارگی تعویض شود. در صورت طولانی شدن عمل هر ۲ ساعت دستکش تعویض گردد.

۱۴) محوطه و محل عمل تا پایان استریل باقی بماند.

۱۵) کنترل خونریزی حین عمل و جابجایی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود.

۱۶) در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسیبی باید رعایت گردد.

۱۷) به بافت ها به آرامی دست زده شود. فضای مرده در محل جراحی از بین برده شود.

۱۸) اگر درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته استفاده شود و هر چه سریع تر درن خارج گردد.

۱۹) به منظور کنترل عفونت از پادری یا زیرانداز در محل ورود به سوئیت اتاق عمل استفاده نشود.

تهویه اتاق عمل:

۱) ورود پرسنل به اتاق عمل فقط به پرسنل ضروری جهت عمل محدود شود.

۲) بجز در مواقع عبور وسایل، پرسنل و بیمار، درب های اتاق عمل بسته باشد.

۳) به منظور پیشگیری از عفونت زخم جراحی از اشعه ماوراء بنفش استفاده نشود.

۴) هوا باید فیلتر شده و تازه باشد

مراقبت از زخم بعد از عمل جراحی:

۱) اگر زخم بخیه شده است بعد از عمل به مدت ۴۸-۲۴ ساعت از پانسمان استریل استفاده گردد.

۲) قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هرگونه تماس با محل جراحی دستها باید بهداشتی شوند.

۳) اگر نیاز به تعویض پانسمان محل باشد از روش استریل استفاده گردد.

۴) علائم عفونت زخم و لزوم گزارش دهی به بیمار و خانواده وی آموزش داده شود

پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد میشود

۱) باید بین تخت بیماران فضای کافی (حداقل ۵/۲-۳ متر) باشد.

۲) پرسنل مکرراً دستهای خود را بهداشتی نمایند. (طبق خط مشی رعایت بهداشت دست ها طبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت).

۳) از آوردن گلدان (حاوی خاک) به بخش ها اکیدا خودداری شود.

۴) در صورت استفاده از همراهان جهت کمک به بیمار، آموزش لازم از نظر شستن دست به آنها داده شود.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

- ۵) برای جابجایی ترشحات دستگاه تنفسی و لوازم مورد استفاده حتما دستکش پوشیده شود
 - ۶) در هنگام ساکشن کردن ترشحات تنفسی با توجه به احتمال پاشیدن ترشحات از پیش بندهای پلاستیکی، محافظ صورت و استفاده شود.
 - ۷) تا حد امکان طول اقامت بیمار در بیمارستان و استفاده از دستگاههای تنفسی کاهش یابد.
 - ۸) سر بیمار در زاویه ۴۵-۳۱ درجه طبق دستور پزشک نگهداشته شود. (در بیمارانی که دچار مشکلات سیستم عصبی هستند این کار امکان پذیر نیست)
 - ۹) ترشحات تنفسی به طور مرتب ساکشن گردد.
 - ۱۰) اقدامات مربوط به پیشگیری از استرس اولسر انجام گردد. (طبق دستور پزشک).
 - ۱۱) در صورت نیاز به استفاده از نیولا یزر باید از انواعی که حجم کمتری از آب در آنها ریخته می شود استفاده کرد تا ارگانسیم ها در مایع رشد نکنند.
 - ۱۲) در صورتی که بیمار هوشیار است از نظر تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه آموزش ببینند.
 - ۱۳) دهانشویه با محلول کلرگزیدین حداقل یکبار در هر شیفت انجام شود.
 - ۱۴) لوله های خرطومی دستگاه هفته ای یکبار تعویض شود مگر اینکه کاملاً آلوده شده یا اختلال عملکرد پیدا کند که در این صورت می توان آنرا زودتر تعویض کرد.
 - ۱۵) فیلترهای تنفسی هر ۴۸ ساعت یکبار تعویض گردد.
 - ۱۶) آمبویگ ها باید پس از ترخیص هر بیمار با گلو تار آلدئید ۲٪ ضد عفونی شوند.
 - ۱۷) پس از ترخیص هر بیمار و یا در صورت ابتلا بیمار به عفونتهای دستگاه تنفس باید شیشه های ساکشن در محلول قرص کلر به مدت ۱۱ دقیقه غوطه ور و سپس آب کشی شود
 - ۱۸) بیمار باید هر روز یکبار از نظر امکان جدا شدن از دستگاه تنفسی بررسی شود. (توسط پزشک)
 - ۱۹) سعی شود در لوله گذاری به جای بینی از دهان استفاده شود
 - ۲۰) بطری های ساکشن باید پس از پر شدن و در پایان هر شیفت در توالت خالی و با آب و شوینده های معمولی شسته شوند.
- پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای اداری**
- ۱) کاتتر اداری را فقط در صورت لزوم کارگزاری کنید.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

- ۲) کاتتر به محض رفع اندیکاسیون و با دستور پزشک معالج و توسط پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت خارج گردد.
- ۳) ضرورت انجام سونداژ ادراری و روش انجام آن توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار، با توجه به قدرت فهم بیمار به وی توضیح داده شود.
- ۴) پرستار باید قبل از انجام پروسیجر کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام سونداژ را بر بالین بیمار آماده نماید
- ۵) قبل و بعد از سوندگذاری حتما دست های خود را بشوید.
- ۶) کیسه ادرار بطور منظم در یک ظرف جمع آوری ادرار تمیز و مخصوص هر بیمار جداگانه تخلیه شود و از پاشیدن و تماس شیر تخلیه با ظرف جمع آوری ادرار جلوگیری شود.
- ۷) کلیه مراحل سونداژ به روش آسپتیک انجام شود.
- ۸) در حین انتقال بیمار ابتدا یورین بگ را خالی کنید و پایین تر از سطح مثانه قرار دهید.
- ۹) در صورت احتباس ادراری جهت تخلیه ادراری از سوند نلاتون استفاده کنید.
- ۱۰) در صورت انجام سونداژ سیستم را به صورت بسته نگه دارید
- ۱۱) یورین بگ در تمام مدت پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد.
- ۱۲) (یورین بگ هیچگاه روی زمین قرار نگیرد و از کنار تخت اویزان باشد.
- ۱۳) تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود مگر زمانی که اندیکاسیون داشته باشد مثلاً عفونت، انسداد یا وقتی که سیستم بسته از بین برود.
- ۱۴) در هر شیفت ۳ بار ناحیه پرینه با آب شستشو داده شود. (در افراد ناتوان توسط کمک بهیار و با نظارت پرستار).

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۶ از ۶		

امکانات موردنیاز :-

کارکنان مرتباً : پرسنل اتاق عمل / بخشهای بستری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تهیه کنندگان :	تأید کننده :	ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
امیر بشیری (بهداشت محیط)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI25.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه کاربرد: بخشهای جراحی و اتاق عمل
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای جراحی و اتاق عمل
پژائی و هدف : بمنظور جلوگیری از عفونت پس از اعمال جراحی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و درراستاء سیاست ارتقاء ایمنی بیماران بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

شئوه انجام کار :

- ۱) کمیته کنترل عفونت بیمارستان نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرمهای جدا شده از نمونه های
- ۲) کشت مربوط به بیماران اقدام می کنند.
- ۳) کمیته کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل بصورت هر سه ماه یکبار به مدیریت اجرایی بیمارستان اطلاع می دهد.
- ۴) کمیته کنترل عفونت الگوهای مقاومت غیر طبیعی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس به ونکومایسین را به مدیریت اجرایی بیمارستان گزارش می دهد.
- ۵) ریاست بیمارستان نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و الگوی مقاومت میکروبی را به پزشکان جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن، اطلاع رسانی می کند.
- ۶) کمیته کنترل عفونت الگوی مقاومت میکروبی و الگوی مصرف آنتی بیوتیکها و تجزیه تحلیل مربوط به آنها را به کمیته کنترل عفونت شهرستان ارسال می نماید.
- ۷) کمیته کنترل عفونت میزان مصرف آنتی بیوتیکهای پر مصرف را بصورت شش ماهه استخراج می نماید تا در کمیته کنترل عفونت با توجه به عفونتهای شایع مرکز (عفونت ادراری) و الگوی مقاومت میکروبی تصمیماتی در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و نتیجه آن را به کلیه پزشکان و مسئولین بخشها اعلام نماید.
- ۸) درخصوص پروتکل آنتی بیوتیک نیز دستورالعمل شماره ۱۳مراقبت های مدیریت شده ملاک عمل قرار می گیرد

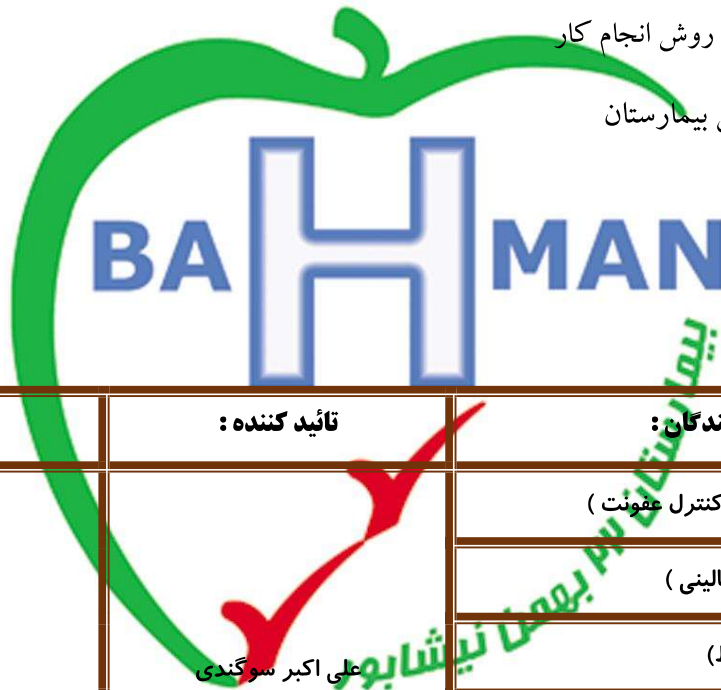
کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI25.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۲/۰۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتباً : پرسنل بخشهای جراحی / اتاق عمل

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
امیر بشیری (بهداشت محیط)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		