|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان دستورالعمل(Instruction): **بیماران مبتلا به عفونت های مسری نیازمند اعمال جراحی** | | | | | | |
| کد دستورالعمل: ICU – IN – 06/04 | | | دامنه دستورالعمل :کلیه بخشهای بیمارستان | | | تعداد صفحه: 1 |
| شماره ویرایش: 04 | | | تاریخ بازنگری: 1401.3.10 | | | |
| گامهای دقیق انجام کار : ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام )  این مرکز دستورالعملبیماران مبتلا به عفونت های مسری نیازمند اعمال جراحی را با توجه به این اصل مهم که حداقل آلودگی و انتشار بیماری ایشان به محیط و دیگران بوجود بیاید را، بصورت ذیل تدوین نموده و کلیه پرسنل درگیر با بیمار را ملزم به رعایت مستندات این دستورالعمل می­داند:   1. پزشک موظف است بیماران عفونی بستری را شناسایی کند و در بخش مورد نظر پذیرش کند و به سرپرستار بخش اطلاع رسانی نماید . 2. پرستار بخش باید لیست عمل و مورد عفونت بیمار را به مسئول اتاق عمل اطلاع رسانی کند . 3. سرپرستار اتاق عمل موظف است براساس اورژانسی و الکتیو بودن نوع جراحی بیمار تاریخ و ساعت عمل را برنامه ریزی نماید. 4. مسئول اتاق عمل باید پذیرش بیماران الکتیو عفونی را در اتاق اختصاصی اتاق عمل و آخرین لیست عمل قرار دهد . اگر بیماری عفونی اورژانسی باشد با رعایت اصول احتیاطات استاندارد و موازین کنترل عفونت به صورت اورژانسی پذیرش شود . 5. مسئول اتاق عمل باید ازوجود تجهیزات حفاظت فردی و ( ماسک های فیلتر دار) در اتاق عمل مطمئن شود . 6. پرستار بخش با رعایت موازین کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد و حفاظت فردی بیمار را به اتاق عمل می برد . 7. پرستار بخش موظف است عفونت و بیماری فرد را کاملا با رعایت حریم شخصی بیمار به پرستار اتاق عمل تحویل دهد .   سرپرستار یا مسئول شیفت اتاق عمل موظف است بیماران عفونی را در نزدیکترین ساعت به عمل از بخش تحویل بگیرد که بیمار قبل از عمل در انتظار  در اتاق عمل نماند و سریعا به اطاق مورد نظر منتقل شود.   1. پرستار تحویل گیرنده در اتاق عمل موظف است اطلاعات بیمار عفونی را به اعضای تیم جراحی در اتاق عمل اطلاع رسانی نماید . 2. اعضا ء تیم جراحی باید اصول کنترل عفونت و استفاده از وسایل حفاظت فردی و موازین بهداشت دست در تماس با بیمار قبل از بیهوشی و بعد از بیهوشی را رعایت نمایند . 3. پرسنل تحویل دهنده بیمار باید نوع عفونت بیمار را به پرستار ریکاوری در هنگام تحویل توضیح دهد. 4. پرستار ریکاوری باید با رعایت موازین کنترل عفونت و استفاده از وسایل حفاظت فردی بیمار را مراقبت نماید . با توجه به نوع عفونت و احتیاط متناسب با آن از وسایل حفاظت فردی استفاده شود و در صورت نبودن بیمار بعدی در اطاق ریکاوری به ریکاوری منتقل شود. 5. پرستار ریکاوری باید با جداسازی بیمار عفونی از سایر بیماران تا اتمام ریکاوری بیمار در اتاق عمل از بیمار مراقبت کند . 6. مسئول اتاق عمل باید بر ضدعفونی تجهیزات پزشکی و اتاق عمل بیماران عفونی بلافاصله پس از عمل جراحی طبق دستور العمل جراحی ایمن نظارت نماید . 7. سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری مسئول اطاق عمل باید بر اجرای صحیح این دستور العمل در اتاق عمل نظارت نماید. | | | | | | |
| منابع،امکانات و کارکنان مرتبط:  **تجهیزات حفاظت فردی** : گان، دستکش، محافظ صورت، کلاه و روکفشی ، انواع ماسک  **کارکنان مرتبط:** کلیه کارکنان بالینی بخشها و مراقبت کنندگان از بیمار**،** سرپرستار اتاق عمل وپزشکان | | | | | | |
| منابع/مراجع: | | | | | | |
| تهیه کنندگان: | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | | سمت: | | امضا | | |
| دكتر توفیق یعقوبی | | رياست بيمارستان | |  | | |
| دکتر لیدا محفوظی | | پزشک تیم کنترل عفونت | | **C:\Users\office\Desktop\لیست امضا\دکتر محفوظی.jpg** | | |
| دکتر حسین همتی | | ریاست اتاق عمل و بخش جراحی | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\دکتر همتی.jpg | | |
| زیبا فلاح | | مسئول بهبود كيفيت | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\خانم فلاح.jpg | | |
| شيرين صياد | | سوپر وايزر | | **C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\خانم صیاد.jpg** | | |
| مهناز مقدم نیا | | سرپرستاربخش جراحی | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\مقدم نیا.jpg | | |
| سولماز پورخانی | | کارشناس کنترل عفونت | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\سولماز پورخانی.jpg | | |
| پروانه بابکیان | | سوپروایزر آموزشی | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\بابکیان.jpg | | |
| راشين عصار | | كارشناس بهداشت محيط | |  | | |
| لیلاگلشن مژدهی | | مسئول ايمني | | C:\Users\office\Desktop\خانم مژدهی.jpg | | |
| اکرم نجف زاده | | سرپرستار اتاق عمل | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\نجف زاده.jpg | | |
| تایید کننده | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | سمت: | | | | امضا | |
| دکتر لیدا محفوظی | پزشک تیم کنترل عفونت | | | | **C:\Users\office\Desktop\لیست امضا\دکتر محفوظی.jpg** | |
| تصویب کننده | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | سمت: | | | | امضا | |
| دكتر توفیق یعقوبی | رياست بيمارستان | | | |  | |