|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان دستورالعمل(Instruction): **نحوه بازخواني ابزار و وسایل استریل از بخشها** | | | | | |
| کد دستورالعمل: ICU- IN -21/04 | | دامنه دستورالعمل :اتاق عمل – CSR | | | تعداد صفحه:2 |
| شماره ویرایش: 04 | | تاریخ بازنگری: 1401.3.10 | | | |
| 1. گامهای دقیق انجام کار : ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام ) 2. مسؤول CSR باید بر کار اپراتور اتوکلاو جهت انجام تست اسپور، به صورت هفته ای یک بار، پس از هر بار تعمیر دستگاه و در هر مرحله 3 ویال نظارت داشته باشد. 3. نتایج آزمون اسپور از طریق آزمایشگاه به مسؤول CSR اطلاع داده شده و مسؤول CSR باید بر ثبت نتایج آزمون و چسباندن ویال های مربوطه توسط کاربر اتوکلاو در فرم مستندسازی مربوط نظارت داشته باشد. 4. مسؤول CSR باید قبل از استفاده از دستگاه های اتوکلاو به طور روزانه بر کار اپراتور جهت انجام آزمون بوویدیک نظارت داشته باشد. 5. مسؤول CSR باید بر ثبت نتایج آزمون بوویدیک در فرم مستندسازی مربوطه نظارت داشته باشد. 6. مسؤول بسته بندی ست ها/ پک های استریل در تمام بخش ها باید داخل ست های دارای کمتر از 12 قلم وسیله ، اندیکاتور شیمیایی کلاس 4 و داخل ست های دارای بیش از 12 قلم وسیله از اندیکاتور شیمیایی کلاس 6 قرار دهد. 7. پرستار کنترل عفونت به همراه رابط کنترل عفونت اتاق عمل نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها را به کارکنان اتاق عمل و CSR ارائه می دهد. 8. ست ها و پک های استریل در تمام بخش های بیمارستان پس از بسته بندی توسط پرستار مربوطه باید دارای اطلاعات شامل نام ست/ پک، تاریخ استریل، تاریخ انقضاء و نام فرد چک کننده باشد. 9. پس از انجام مراحل فوق، ست ها و پک های غیر استریل از بخش های بستری توسط پرسنل خدمات به واحد CSR منتقل گردد. 10. اپراتور CSR باید بر روی تمام بسته های فوق، مشخصات شامل کد دستگاه های اتوکلاو، سیکل دستگاه و ساعت اتوکلاو و نام کاربر را ثبت نماید و اقدام به گذاشتن بسته ها به داخل دستگاه مربوطه کند. 11. مسؤول CSR بر مراحل فوق نظارت نماید. 12. پس از استریل شدن ست ها ، اپراتور CSR، باید در زمان تحویل بسته های استریل به بخش های مربوطه، اطلاعات مربوط به بسته ها را در دفتر تحویل بخش تکمیل نمایند. 13. پرستار مربوطه در بخش های بالینی قبل از استفاده از ست های استریل باید از تغییر رنگ اندیکاتورهای شیمیایی داخل بسته ها اطمینان حاصل نماید. 14. مسؤول CSR باید از تغییر رنگ تست های اسپور و بوی دیک در CSR اطمینان حاصل نماید.   **موقعیت هایی که بازخوانی (Recall) باید انجام گیرد**.   1. در صورت مشاهده عدم تغییر رنگ اندیکاتور ، خیس بودن و... بلافاصله به واحد کنترل عفونت توسط پرستاران اطلاع داده شود. 2. اطلاع رسانی لازم به بخش ها جهت جمع آوری ست های بازخوانی را انجام دهد. 3. در صورت ایام تعطیلات اطلاع رسانی به بخش ها توسط سوپروایزر کشیک صورت پذیرد. 4. ست های جمع آوری شده توسط سرپرستار ومسئول csr بررسی شود . 5. جهت صحت عملکرد اتوکلاو تست اسپور در 3 نقطه متفاوت قرار گیرد. 6. در صورت بروز نقص در سیستم اتوکلاو سرپرستار یا مسئول csr هماهنگی لازم جهت تعمیر انجام نماید . 7. در صورت تایید صحت عملکرد دستگاه ست ها توسط کاربر مجددا استریل شود. | | | | | |
| منابع،امکانات و کارکنان مرتبط:   * دستورالعمل استریلیزاسیون csr | | | | | |
| منابع/مراجع:   * تجربیات بیمارستان * دستورالعمل اتوکلاو – اداره کل تجهیزات وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی – زمستان 1386 | | | | | |
| تهیه کنندگان: | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | سمت: | | امضا | | |
| دکتر مختاری | فوق تخصص ارولوژی | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\دکتر مختاری.jpg | | |
| دکتر همتی | فوق تخصص عروق | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\دکتر همتی.jpg | | |
| دکتر محفوظی | متخصص عفونی | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\دکتر محفوظی.jpg | | |
| خانم پورخانی | کارشناس کنترل عفونت | | C:\Users\office\Desktop\امضا-رازی\سولماز پورخانی.jpg | | |
| آقای قاری زاده | سرپرستار اتاق عمل ارولوژی | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\قاریزاده.jpg | | |
| خانم نجف زاده | سرپرستار اتاق عمل توراکس | | C:\Users\office\Desktop\لیست امضا\نجف زاده.jpg | | |
| خانم فرخواه | جانشین سرپرستار اتاق عمل ارولوژی | | C:\Users\office\Desktop\اسکن امضا اتاق عمل 2\فرخواه.JPG | | |
| خانم عربانی | جانشین سرپرستار اتاق عمل توراکس | | C:\Users\office\Desktop\لیست امضا اتاق عمل ارولوژی\عربانی.jpeg | | |
| خانم اکبرزاده | مسئول csr اتاق عمل ارولوژی | | C:\Users\office\Desktop\لیست امضا اتاق عمل ارولوژی\اکبرزاده.jpeg | | |
| صدیقه عبداللهی | مدیر خدمات پرستاری | | | V:\خانم مجید زاده\خانم پورخانی\لیست امضا\عبدالهی.jpg | |
| تصویب کننده | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | سمت: | | | امضا | |
| دکتر توفیق یعقوبی | ریاست بیمارستان | | |  | |