



ه. پیشگیری و بهداشت

ه-۶) پیشگیری و کنترل عفونت

توضیحات کلی

افزایش روزافزون انتقال عفونت میان بیماران، مراجعین و کارکنان در بیمارستان‌ها همچنان از معضلات مراکز بهداشتی درمانی محسوب می‌گردد، که علاوه بر افزایش میزان مرگ و میر و بروز عوارض جبران ناپذیر، منجر به افزایش هزینه‌های درمانی، طول مدت اقامت بیماران و مقاومت آنتی بیوتیکی نیز می‌گردد. پیشگیری و کنترل عفونت‌های ناشی از خدمات بهداشتی درمانی^۱ نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، تدوین خط مشی‌ها و روش‌ها، تأمین امکانات و تسهیلات، اجرای دقیق خط مشی‌ها و روش‌ها توسط نیروی انسانی آموزش دیده می‌باشد. همچنین نقش رهبران سازمان در موفقیت برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی اهمیت ویژه ای دارد.

ه ۶ ۱ بهداشت دست‌ها مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- ساده ترین، کم هزینه ترین و موثرترین روش برای پیشگیری و کاهش خطر عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی
- کاهش هزینه‌های درمانی و مدت اقامت بیماران
- ارتقاء سلامت بیماران، مراجعین و کارکنان

سنجه ۱. خط مشی و روش "ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان
۴	شناسایی و تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۷	نحوه فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان در روش اجرایی**
۸	کسب اطمینان از ارزش گذاری بهداشت دست در محیط بیمارستان در روش اجرایی***
۹	پیش‌بینی روش‌های انگیزشی در جهت مشارکت کارکنان در ترویج و ارزش گذاری به اصول رعایت بهداشت دست
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی در خصوص خط مشی و روش
۱۲	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ
توضیحات	* در کمیته کنترل عفونت و با مشارکت مسئول ایمنی، مسئولان واحدها / بخش‌ها و نمایندگان گروه پزشکان تدوین می‌گردد؛ طبق نامه شماره ۲/۲۰۷۵/ت مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت در خصوص رعایت بهداشت دست. **از طریق ارائه آموزش‌ها به کارکنان، بیماران و مراجعین و استفاده مؤثر از ابزارهای رسانه ای (پوستر، پمفلت آموزشی، فیلم و....) ***از طریق ترویج رفتارهای اثربخش توسط افراد مؤثر و الگو در بین کارکنان
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان

¹ Health-Care Associated Infections (HAI)



سنجه ۲. بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت دست‌ها توسط کارکنان مرتبط رعایت می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ موجود و در دسترس بودن دستورالعمل بهداشت دست‌ها* برای کارکنان
بررسی مستند	۲ آموزش کلیه کارکنان در خصوص دستورالعمل بهداشت دست
مصاحبه	۳ مطلع بودن کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست
مشاهده	۴ رعایت بهداشت دست توسط کارکنان بالینی**
توضیحات	* نامه شماره ۲۰۷۵/۲/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت، در خصوص رعایت بهداشت دست ** اصول بهداشت دست توسط کارکنان در موارد ذیل رعایت می‌شود: • شستن دست‌ها با آب و صابون • ضدعفونی کردن دست‌ها • آماده سازی دست‌ها برای اعمال جراحی (تهاجمی و نیمه تهاجمی)
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسای بخش‌ها و سرپرستاران

سنجه ۳. براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست در تمام بخش‌ها/واحدهای درمانی ارزیابی می‌شود	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت از دستورالعمل، چک لیست تخصصی* و نحوه ارزیابی، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست**
بررسی مستند	۲ انجام ارزیابی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی*** و ارائه گزارش ارزیابی****
بررسی مستند	۳ بررسی نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته کنترل عفونت
بررسی مستند و مصاحبه	۴ ارائه نتایج ارزیابی به واحدها / بخش‌های مربوطه
توضیحات	* بخشنامه ۴۰۹/۱۳۳۳۱ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۲۳ مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت ** رابطین کنترل عفونت و سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت مطابق با دستورالعمل "اندازه گیری میزان رعایت پذیرش بهداشت دست" وزارت بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی میزان رعایت بهداشت دست، آموزش دیده و آگاهی دارند. *** در کمیته کنترل عفونت بر اساس رسالت هر بخش و تعداد تخت بیمارستان زمان‌بندی انجام ارزیابی‌ها مشخص شده است. بازه ارزیابی حداقل سالیانه و در مقطع چهار هفته ای می‌باشد. **** گزارش ارزیابی شامل میزان پذیرش براساس گروه‌های حرفه ای و اندیکاسیون‌های بهداشت دست (۵ موقعیت) می‌باشد.
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان



سنجه ۴. اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی جراحان، پرستاران اسکراب، ماماها، در اتاق‌های عمل بستری و سرپایی از مفاد راهنمای بهداشت دست*
مشاهده و مصاحبه	۲ وجود امکانات لازم جهت اسکراب جراحی مطابق با راهنمای رعایت بهداشت دست در اتاق‌های عمل بستری و سرپایی
بررسی مستند	۳ وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش‌های بستری و سرپایی مطابق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت**
مصاحبه	۴ آگاهی کارکنان بالینی از لیست اقدامات تهاجمی اختصاصی بخش مربوط
مشاهده	۵ انجام اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها قبل از اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی***
توضیحات	* دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۱۰۷۵۷/۱۰۹/۴۰۹ مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۲ درخصوص راهنماهای ایمنی بیمار ** نامه شماره ۱۲۸۴۳/۴۰۰/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷ درخصوص دستورالعمل راهنماهای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی *** در بخش‌های آنژیوگرافی، آندوسکوپی و بخش‌های بستری که اقدامات تهاجمی در آن انجام می‌شود.
هدایت کننده	روسا و سرپرستاران بخش‌های اتاق عمل، اسکویی‌ها و آنژیوگرافی

۵ ۶ ۲ کارکنان از وسایل حفاظت فردی به صورت ایمن استفاده می‌نمایند.

دستاوردها

- ارتقاء ایمنی کارکنان
- کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان و ایمنی بیماران و مراجعین

سنجه ۱. دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین دستورالعمل*
بررسی مستند	۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**
مشاهده	۳ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۵ آگاهی کارکنان مرتبط*** از دستورالعمل
مشاهده	۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ
توضیحات	* با توجه به کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و آخرین دستورالعمل‌های وزارت بهداشت طی نامه شماره ۳۰۴/۲۶۸۷ مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸ کورونابروس و راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (فصل ۴) تدوین گردد. در دستورالعمل با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی لازم ذکر شده و ترتیب و نحوه پوشیدن و خارج کردن وسایل نیز ذکر شود. این دستورالعمل با مشارکت اعضاء کمیته کنترل عفونت تدوین می‌شود. ** با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی شناسایی و در بخش‌های بستری با توجه به نوع مراقبت موجود، ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های بستری بیماران با نقص سیستم ایمنی/ پیوند / شیمی درمانی برای کارکنان و مراقبت دهندگان بیماران تأمین شده است. *** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا/ مسئولان و سرپرستاران، مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان



سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند، طبق دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" اصول حفاظت فردی را رعایت می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی برای تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند
۲	آگاهی افراد در تماس با بیمار در خصوص استفاده از وسایل حفاظت فردی
۳	رعایت احتیاطات استاندارد و احتیاطات ایزولاسیون طبق مفاد دستورالعمل توسط افراد در تماس با بیمار
توضیحات	<p>* افرادی که با بیمار در تماس هستند شامل مراقبت دهندگان به بیمار و ملاقات کنندگان می‌باشند. مراقبت دهندگان می‌توانند حرفه‌ای (کارکنان بالینی) و یا غیر حرفه‌ای مانند همراهان بیمار باشند.</p> <p>توصیه ۱. موقعیت‌های استفاده از ماسک N95 برای مراقبت از بیماران و قبل از انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول در کمیته کنترل عفونت تعیین شده است و به تعداد کافی در دسترس بخش‌ها / واحدها قرار دارد و کارکنان و افرادی که با بیمار در تماس هستند قبل از مواجهه با بیمار از آن استفاده می‌کنند.</p> <p>توصیه ۲. در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی در ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های بیماران با نقص سیستم ایمنی / پیوند / شیمی درمانی / رادیودرمانی و بخش‌های بستری با توجه به نوع بیماری و مراقبت موجود برای مراقبت کنندگان / ملاقات کنندگان بیمار</p>
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، سرپرستاران و مسئولان بخش‌های تشخیصی و درمانی، مسئول بهداشت حرفه‌ای



۵ ۶ ۳ مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- ارتقاء ایمنی کارکنان
- کاهش هزینه‌های بیمارستان
- حمایت از بیماران با سابقه مواجهه شغلی

سنجه ۱. روش اجرایی "مدیریت مواجهه شغلی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه □ لزومی □ اساسی ایده آل □

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	ردیف
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی	۱
مصاحبه	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	۲
مشاهده	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند	پیش‌بینی اقدامات پیشگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی	۶
بررسی مستند	پیش‌بینی اقدامات درمان مواجهه شغلی در روش اجرایی	۷
بررسی مستند	پیش‌بینی اقدامات پیگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی	۸
بررسی مستند	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۹
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	۱۰
مصاحبه	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۱۱
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۱۲

* با مشارکت اعضاء کمیته کنترل عفونت بیمارستان و مسئول بهداشت حرفه‌ای تدوین می‌شود.
** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات

اقدامات پیشگیری شامل: ارزیابی تیتراز آنتی‌بادی و تعیین افرادی که به واکسیناسیون پاسخ نداده‌اند و اتخاذ تمهیدات لازم برای چینش نیروها و کسانی که تیتراز پایین آنتی‌بادی (ایمنی کمتر) دارند - آموزش کارکنان - تشکیل پرونده بهداشتی و معاینات شغلی در بدو شروع به کار - دسترسی کارکنان به آخرین دستورالعمل‌ها - وجود پوستر / فلوجارت و سایر روش‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی مدیریت مواجهه شغلی - تامین امکانات کافی حفاظت فردی و Safety Box

اقدامات درمان شامل: پیش‌بینی فرآیند ارزیابی متخصص عفونی بلافاصله پس از مواجهه‌های پرخطر و تامین ویال‌های ایمونوگلوبولین مورد نیاز آنها جهت مدیریت مواجهه شغلی افراد non-response و کسانی که تیتراز پایین آنتی‌بادی دارند.

اقدامات پیگیری شامل: اقدامات بعد از مواجهه شغلی در خصوص نحوه انجام آزمایشات / استفاده از آنتی‌ویروسها

مواجهه شغلی، کارکنان با خطر سرایت عفونت‌های HCV، HBV یا HIV با یکی از سه احتمال تماس زیر رخ می‌دهد:

- ۱- مواجهه از راه پوست (مثلاً فرو رفتن سوزن به پوست یا انسان گزیدگی‌ها)
- ۲- مواجهه غشاهای مخاطی (مثلاً پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان)
- ۳- مواجهه پوست ناسالم (مثلاً پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است)

هدایت کننده کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه‌ای و سلامت کارکنان



سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ بررسی و تحلیل موارد ثبت شده مواجهه شغلی در جلسات کمیته کنترل عفونت
بررسی مستند	۳ طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه *
بررسی مستند	۴ ابلاغ برنامه تدوین شده جهت اجرا به واحدها / بخش‌های مرتبط
مصاحبه	۵ مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد مربوط
مشاهده-مصاحبه	۶ اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی
توضیحات	* اعضای کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان، نتایج مواجهه شغلی را در کمیته بررسی نموده و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه را طراحی و توسط کمیته به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می‌گردد.
هدایت کننده	اعضای کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان

ه	۶	۴	خطر انتقال شایع عفونت به بیماران، ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.
دستاورد استاندارد			
<ul style="list-style-type: none"> ارتقاء ایمنی بیماران کاهش هزینه‌های درمانی کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان 			

سنجه ۱. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های موضع جراحی یا محل نمونه برداری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه و مشاهده	۸ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌های جراحی و اتاق عمل *** کارکنان بالینی
هدایت کننده	اعضای کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی و اتاق عمل



سنجه ۲: روش اجرایی "پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می‌شود،" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۱ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۲ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۳ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۴ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۵ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه	۷ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مصاحبه و مشاهده	۸ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
مشاهده	۹
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت با مشارکت متخصصین بیهوشی و مسئولان بخش‌های ویژه *** کارکنان بالینی
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

سنجه ۳: روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های کتترهای عروقی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۱ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۲ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۳ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۴ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۵ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه	۷ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مصاحبه و مشاهده	۸ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
مشاهده	۹
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های مرتبط



سنجه ۴. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های کنتراهای اداری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل	
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر	
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
روش ارزیابی		
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی *	۱
بررسی مستند	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	۲
بررسی مستند	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند و مصاحبه	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	۶
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	۷
مصاحبه و مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۸
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۹
توضیحات		* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی
هدایت کننده		اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

سنجه ۵. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپ‌ها" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل	
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر	
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
روش ارزیابی		
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی *	۱
بررسی مستند	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	۲
بررسی مستند	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند و مصاحبه	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	۶
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	۷
مصاحبه و مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۸
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۹
توضیحات		* در تدوین روش اجرایی حداقل در مورد نحوه پاک‌سازی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات اسکوپ، ضرورت استفاده از وسایل یکبارمصرف در حین اسکوپ‌ها (با توجه به نامه شماره ۴۰۰/۳۵۰۵ مورخ ۱۳۹۱/۳/۱۳ وزارت بهداشت در خصوص ضرورت نظارت بر استفاده مجدد از وسایل یکبارمصرف)، نحوه نگهداری تجهیزات اسکوپ و پایش فرایندهای ضدعفونی و استریلیزاسیون با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی اشاره گردد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها و مسئولان بخش‌های اسکوپ *** کارکنان بالینی
هدایت کننده		اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های مرتبط



سنجه ۶. روش اجرایی "مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها" حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۱
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان *** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه و مشاهده	۸ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
* در تدوین روش اجرایی از کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود و حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد.	
*** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مدیر دارویی و پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها تدوین می‌شود.	
*** کارکنان بالینی	
هدایت کننده معاون درمان، اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه ۷. روش اجرایی "حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	تدوین روش اجرایی *
بررسی مستند	۱
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان *** در تدوین روش اجرایی
بررسی مستند	۳ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه و مشاهده	۸ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود و حداقل شامل موارد رعایت احتیاطات استاندارد، آموزش کارکنان و بیماران و شرایط خاص استفاده از اتاق ایزوله فشار مثبت، جهت بیماران پیوند اعضا تدوین گردد.	
*** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها	
*** کارکنان بالینی	
هدایت کننده معاون درمان، اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی مرتبط	



سنجه ۸. در موارد الزام برای انجام کشت براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *
۲	رعایت نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها طبق مفاد دستورالعمل
توضیحات	* براساس بخشنامه ابلاغی ۱۱۴/۱۲۱۴۵ ب مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها بصورت روتین انجام نمی‌شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام گیرد.
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی و سوپروایزر آزمایشگاه

سنجه ۹: معیارهای "ایزولاسیون بیماران با بیماری‌های واگیردار احتمالی" طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *
۲	آگاهی کارکنان بالینی از دستورالعمل
۳	وجود اتاق ایزوله معمولی و امکانات و تجهیزات لازم
۴	وجود اتاق ایزوله فشار منفی و امکانات و تجهیزات لازم
۵	استفاده صحیح از اتاق ایزوله معمولی و فشار منفی براساس شرایط بیماران
توضیحات	*بخش نامه ۳۰۴/۲۳۱۷ مورخ ۱۳۹۳/۷/۲۹ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و چک لیست مربوطه
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی



بیمارستان از نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت پیروی می‌نماید. ۵ ۶ ۷

دست‌آورد استاندارد

- کاهش میزان خطر عفونت‌های بیمارستانی
- ارتقاء ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه‌های درمانی
- کاهش مقاومت میکروبی

سنجه ۱. روش اجرایی "شناسایی و گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	تدوین روش اجرایی *	۱
بررسی مستند		شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	۲
بررسی مستند		شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند		ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند		تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند و مصاحبه		اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	۶
مصاحبه		آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	۷
مصاحبه و مشاهده		تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۸
مشاهده		انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۹
		* روش اجرایی با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تدوین گردد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی	توضیحات
		اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	هدایت کننده

سنجه ۲. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی در ایران^۱ به صورت ماهیانه گزارش دهی می‌شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	نصب نرم افزار گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی در ایران بر روی کامپیوتر سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت‌های بیمارستانی	۱
مشاهده		ورود اطلاعات مربوط به عفونت‌های بیمارستانی به نرم افزار	۲
مشاهده		گزارش‌گیری ماهیانه از خروجی نرم افزار و گزارش دهی ماهیانه میزان عفونت‌های بیمارستانی	۳
		مدیر پرستاری، سوپروایزر/ پرستار کنترل عفونت‌های بیمارستانی	هدایت کننده

¹ National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS)



سنجه ۳. بررسی و تحلیل روند عفونت‌های بیمارستانی در کمیته کنترل عفونت به صورت منظم انجام می‌شود و اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و اقدامات اصلاحی/ بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	گزارش منظم میزان عفونت‌های بیمارستانی * توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت
۲	بررسی و تحلیل نتایج عفونت‌های بیمارستانی
۳	تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته کنترل عفونت و ابلاغ برنامه به مسئولان مرتبط جهت اجرا
۴	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی
توضیحات	* حداقل سه ماه یک بار و به تفکیک ۴ نوع عفونت شایع بیمارستانی
هدایت کننده	تیم کنترل عفونت و کمیته کنترل عفونت، مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران

سنجه ۴. نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت گزارش شده و بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی به صورت منظم انجام و براساس آن اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین*
۲	بررسی و تحلیل گزارشات و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته کنترل عفونت**
۳	ابلاغ برنامه‌های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اجرا
۴	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی
توضیحات	* حداقل سه ماه یکبار ** با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی توصیه. در صورت شیوع مقاومتهای میکروبی در یک بیمارستان و جهت هشدار با سایر بیمارستان‌های منطقه، گزارش آن و نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه ارائه گردد.
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی آزمایشگاه

سنجه ۵. کمیته کنترل عفونت با محوریت کنترل عفونت بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین چک لیست براساس دستورالعمل‌های ابلاغی توسط تیم کنترل عفونت بیمارستان و تصویب کمیته کنترل عفونت*
۲	انجام ارزیابی بخش‌ها / واحدهای مرتبط براساس چک لیست و برنامه زمان‌بندی انجام شده
۳	بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی‌ها در کمیته کنترل عفونت
۴	تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ برنامه به بخش‌ها / واحدهای مرتبط
۵	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود
۶	نظارت تیم کنترل عفونت بر اجرای برنامه طبق زمان‌بندی و گزارش پایش برنامه به کمیته کنترل عفونت
توضیحات	* چک لیست با هدف ارزیابی دستورالعمل‌های ابلاغی و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل تدوین شده توسط بیمارستان موضوع استانداردهای این محور تدوین می‌شوند.
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان و مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران



سنجه ۶. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری‌های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می‌نماید.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی موارد قابل گزارش بیماری‌های واگیردار توسط کمیته کنترل عفونت براساس دستورالعمل
۲	در دسترس بودن لیست بیماری‌های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
۳	گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان مرتبط
۴	گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم کنترل عفونت
<p>فهرست بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماری‌ها و چگونگی گزارش دهی آنها که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد:</p> <p>الف - بیماری‌های مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی دهنده ویروسی (CHFF)، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)</p> <p>ب - بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های مقاربتی، انواع هیپاتیت‌های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیاژیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.</p>	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان

۵	۶	۶	ممیزی کنترل عفونت از بخش‌ها/واحدها انجام شده و نتایج به واحدها و مدیران ارشد گزارش می‌شود.
دستاورد استاندارد			
<ul style="list-style-type: none"> بررسی عملکرد بخش‌ها و دستیابی به مشکلات و چالش‌های اجرای برنامه‌های کنترل عفونت در بخش‌ها / واحدها تدوین برنامه بهبود جهت کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی 			

سنجه ۱: ممیزی بخش‌ها/واحدها درموضوع اصول کنترل عفونت براساس چک لیست‌های معین* انجام می‌شود.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین چک لیست ممیزی جهت بخش‌ها / واحدهای بیمارستان توسط تیم کنترل عفونت
۲	تایید چک لیست‌ها در کمیته کنترل عفونت و تعیین زمان‌بندی انجام ممیزی
۳	انجام ممیزی توسط تیم کنترل عفونت براساس چک لیست‌ها طبق زمان‌بندی مصوب کمیته
توضیحات	<p>توصیه ۱. براساس فعالیت‌های اختصاصی برای هر بخش/واحد چک لیست‌های اختصاصی تدوین شود.</p> <p>توصیه ۲. در طراحی چک لیست بر ارزیابی ساختارهای لازم برای اجرای فرایندهای کنترل عفونت (امکانات و تجهیزات، منابع انسانی، دستورالعمل‌ها و روش‌های لازم) مد نظر باشد.</p> <p>توصیه ۳. در طراحی چک لیست بر ارزیابی اجرای صحیح فرایندها به تفکیک نوع مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان و براساس آخرین دستورالعمل‌های کنترل عفونت مد نظر باشد</p>
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان



سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده را به کمیته کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌دهند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و نتایج ممیزی‌های انجام شده به کمیته توسط تیم کنترل عفونت
۲	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به بخش‌ها/ واحدهای مربوطه
۳	در دسترس بودن نتایج عفونت‌های بیمارستانی و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود
۴	در دسترس بودن نتایج ممیزی کنترل عفونت و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود
هدایت کننده	
اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

۵	۶	۷	شاخص‌های لازم برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.
دستاورد استاندارد			
<ul style="list-style-type: none"> پایش عملکرد بیمارستان در خصوص کنترل عفونت‌های بیمارستانی و بررسی وضعیت موجود ارتقاء شاخص‌ها و ایمنی بیمار، کارکنان، مراجعین 			

سنجه ۱. کمیته کنترل عفونت شاخص‌هایی برای پایش عملکرد فعالیت‌های کنترل عفونت تعیین و با نظارت تیم کنترل عفونت پایش و ارزیابی شده و نتایج به این کمیته گزارش می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تعیین شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت توسط کمیته کنترل عفونت با مشارکت اعضای کمیته*
۴	پایش شاخص‌ها در محدوده زمانی تعیین شده توسط مسئول جمع آوری نتایج شاخص‌ها
۵	گزارش نتایج شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت طبق زمانبندی توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت
توضیحات	
* با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی شاخص‌ها تدوین می‌شود و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ میزان عفونت‌های بیمارستانی براساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش ✓ تعداد مواجهات شغلی ✓ میزان رعایت بهداشت دست ✓ میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی 	
هدایت کننده	
اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت براساس گزارش نتایج شاخص‌های عملکرد کنترل عفونت اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید و تیم کنترل عفونت بر اجرای آن نظارت می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	بررسی و تحلیل نتایج شاخص‌ها در کمیته کنترل عفونت
۲	تدوین اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط
۳	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها / واحدهای مرتبط از برنامه‌ها و نقش واحد خود
۴	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت طبق زمانبندی و نظارت کمیته کنترل عفونت بر اجرای صحیح آن‌ها
هدایت کننده	
اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان ، مسئولان واحدها / بخش‌ها	