

هدف:

هدف از تدوین این دستورالعمل رهگیری وبازخوانی لوازم استریل به صورت برنامه ریزی شده و حفظ ایمنی بیمار می باشد.

دامنه:

واحد CSR

بخش های درمانی

اتاق عمل

واحد کنترل عفونت

روش اجرایی:

ردی ف	روش اجرا	امکانات مورد نیاز	تجهیزات	چک لیست	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	مسئول بخش مدت زمان اعتبار بسته استریل رادراختیار پرسنل قرار بدهد.	کاغذ نانوون	اتوکلاو		مشاهده مصاحبه مستندات	پرسنل CSR مسئول بخش ها
۲	پرسنل بخش های درمانی و اتاق عمل باتوجه به مدت زمان تعیین شده بایستی اعتبار بسته های استریل را به صورت روزانه کنترل نمایند.	کاغذ وی پک چسب ok ماژیک اندیکاتور کلاس ۶۰۴ پارچه منسوج قفسه				
۳	در صورتی که تاریخ بسته های استریل از مدت زمان تعیین شده گذشته باشد بایستی بسته ها را جدا وبه CSR ارسال نمایند.					
	خدمات بخش های درمانی بایستی بسته های تاریخ گذشته را به واحد CSR انتقال بدهد.					

شماره سند : W/16001/00

تاریخ تدوین : ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

تاریخ بازنگری :

تعداد صفحات : ۲

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

عنوان دستورالعمل : بازخوانی ابزار ووسایل استریل ازبخش ها

					۴- پرسنل CSR بایستی بسته های ارسالی ازبخش ها و اتاق عمل را بازبینی و بررسی نمایند.	
					۵- بعد از تاییدگذشتن مدت زمان اعتبار بسته استریل آن را از خدمات تحویل بگیرید.	
					۶- بسته های تاریخ گذشته را باز کرده و به منظور استریل مجدد اندیکاتور کلاس ۴ رادر ست های کمتر از ۱۲ قلم و اندیکاتور کلاس ۶ را در ست های بیشتر از ۱۲ قلم قرار بدهد.	
					۷- ابزار بسته بندی شده را به منظور استریل شدن در دستگاه اتو کلاو قرار بدهد.	
					۸- بعد از اتمام فرایند استریلیزاسیون بسته های استریل شده را از دستگاه اتو کلاو خارج نمایید.	
					۹- بسته های استریل شده رادر قفسه های مخصوص جهت تحویل به بخش های درمانی قرار بدهید.	
					۱۰-	

شماره سند : W/16001/00

تاریخ تدوین : ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

تاریخ بازنگری :

تعداد صفحات : ۲

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

عنوان دستورالعمل : بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها

تهیه و هدایت کنندگان: (نام – سمت – امضاء)		تأیید کننده: (نام – سمت – امضاء)	
عبدالرزاق سرسبز	مدیریت / مدیر خدمات پرستاری	دکتر هادی رضوانی	ریاست بیمارستان
خانم شکوهی	سوپروایزر کنترل عفونت	فرد پاسخگوی اجرا : (نام – سمت – امضاء)	
خانم شکوهی	سوپروایزر آموزشی بیمارستان	خانم شکوهی	سوپروایزر کنترل عفونت
خانم فیروزیان	نماینده سوپروایزرین	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام – سمت – امضاء)	
		دکتر هادی رضوانی	ریاست بیمارستان