



بیمارستان مهر

سیستم مدیریت یکپارچه

نام مدرک: روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی

کد مدرک: IC-PC-069

شماره بازنگری مدرک: ۱

تاریخ تهیه: ۹۸/۱۰/۱۵

تاریخ بازنگری: ۹۹/۱۰/۱۵

تاریخ صدور: ۹۸/۱۰/۲۰

وضعیت کنترل	امضاء	تاریخ	مسئولیت	
		۹۸/۱۰/۲۰	کارشناس کنترل عفونت	تهیه
		۹۸/۱۰/۲۰	رئیس هیئت مدیره	تأیید
صفحه ۱ از ۱۰ صفحه		۹۸/۱۰/۲۰	مدیرعامل	تصویب

بیمارستان مهر	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	کد مدرک: IC-PC-069 شماره بازنگری: ۱
---------------	---	--

فرم وضعیت بازنگری				کد مدرک: QI-FO-121 شماره بازنگری : *
ردیف	شماره صفحه	شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	شرح بازنگری

بیمارستان مهر	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	کد مدرک: IC-IN-069 شماره بازنگری: ۱
---------------	---	--

فهرست : شماره صفحه

هدف..... ۴

دامنه کاربرد..... ۴

تعاریف..... ۴

مسئولیت ها و اختیارات..... ۴

شرح اقدامات..... ۴

منابع..... ۱۰

پیوست ها..... ۱۰

هدف :

این روش اجرایی به منظور بررسی و تجزیه و تحلیل عفونت‌های بیمارستانی با هدف پیشگیری از انتشار و انتقال عفونت و استقرار استانداردهای کنترل عفونت طبق سیاست‌های بیمارستان تدوین شده است.

دامنه کاربرد :

در تمامی قسمتهای بیمارستان اعم از بالینی، اداری، پاراکلینیکی و کلینیکی قابل اجرا می‌باشد.

تعاریف :

- گندزدا : موادی که برای نابود کردن ارگانیسم‌های موجود در محیط و اجسام غیر زنده بکار می‌روند که این مواد اغلب شیمیایی هستند
- راب کردن : دستها با محلول ضد عفونی با پایه الکلی تمیز گردند که مدت مراحل کلی آن ۳۰ تا ۲۰ می‌باشد ضد عفونی کننده‌ها : موادی که برای بافتهای زنده، سطح پوست و بدن استفاده می‌شود
- شستشوی دستها بطریق بهداشتی : شستن دستها با آب و صابون بمدت ۴۰ تا ۶۰ می‌باشد.
- ۵ موقعیت بر بالین بیمار : ۱- قبل از تماس با بیمار ۲- قبل از انجام نکات آپستیک ۳- بعد از مواجهه با خون و ترشحات بیمار ۴- بعد از تماس با بیمار ۵- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار که دستها راب و یا با آب و صابون شسته میشود.
- کنترل نامحسوس شستشوی دستها : امتیاز دادن توسط سوپروایزر کنترل عفونت جهت شستن دستها توسط پرسنل که در انتهای سال یک پایش شستشوی دستها صورت می‌گیرد.

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئولیت اجرای بندهای این دستورالعمل طبق شرح اقدامات بعهدہ کلیه مسئولین و سرپرستاران قسمتها میباشد و مسئولیت نظارت بر اجرای این دستورالعمل بر عهده سوپروایزر کنترل عفونت میباشد.

شرح اقدامات :

- ۱- سرپرستاران بخش ها بصورت روزانه و روتین بر ضد عفونی و گندزدایی محیط اطراف بیمار توسط پرسنل خدمات نظارت دارند.
- ۲- سوپروایزر کنترل عفونت روزانه جواب کشتهای مثبت بیماران را از آزمایشگاه دریافت میکند.
- ۳- سوپروایزر کنترل عفونت روزانه جواب مثبت کشت بیماران را به اطلاع سرپرستاران جهت بررسی و پیگیری و اطلاع به پزشک معالج می‌رساند.
- ۴- سوپروایزر کنترل عفونت روزانه آموزشهای لازم در خصوص کاهش عفونت با رعایت بهداشت شستشوی دستها به کارکنان درمانی را میدهد.
- ۵- کادر پرستاری بطور مدام دستکش های خود را از بیماری به بیمار دیگر درآورده و دستهای خود را تا ۵ بیمار راب و بعد از هر ۵ بیمار دستهای خود را با آب و صابون می‌شویند.
- ۶- کادر پرستاری بطور مستقیم ۵ موقعیت بر بالین بیمار را رعایت میکنند.

۷- سوپروایزر کنترل عفونت روزانه و بطور مستمر آموزش های لازم جهت رعایت نکات آپستیک و رعایت بهداشت دستها را به پرسنل درمانی آموزش میدهد. (کنترل نامحسوس شستشوی دستها بطریق بهداشتی انجام میگردد).

۸- سرپرستاران روزانه نظارت دقیق بر انجام صحیح پروسیجرها بطریق استریل و بهداشتی اعم از ساکشن کردن ترشحات، سونداژ، شستشوی پرینه، پانسمان، طرز صحیح گرفتن نمونه ادرار و خلط و مدفوع توسط پرسنل پرستاری را دارند. (طبق آموزش های داده شده به کادر پرستاری)

پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری

شرح اقدامات :

- پرستار کنترل عفونت روزانه آموزش و نظارت برانجام نکات آپستیک را طبق CDC به پرسنل درمانی انجام می دهد.
- سرپرستاران روزانه نظارت جهت شیو یا کوتاه کردن موهای محل جراحی با موزر قبل از عمل توسط پرسنل درمانی را دارند.
- پرستار کنترل عفونت بر شستشوی محل جراحی بیمار قبل و بعداز عمل توسط شامپوی کلرهگزیدین تاکید دارد و بطور اجبار در تمامی بخش ها اقدام میگردد.
- پرسنل درمانی همواره قبل از تعویض پانسمان بیمار دستهای خود را با آب و صابون شستشو می دهند. ناخن ها کوتاه و بدون لاک و ناخن مصنوعی می باشند).
- پرسنل درمانی بطور مستمر و روتین قبل از تعویض پانسمان پنجره اتاق بیمار را میبندد یا در اتاق مخصوص پانسمان آنرا تعویض میکند.
- پرسنل درمانی همواره پانسمان کثیف را با پنس یا دستکش استریل برداشته و داخل سطل زرد رنگ عفونی دفع می کنند.
- پرسنل درمانی همواره کلیه وسایل مصرفی را از نظر صحت استریلیزاسیون مورد بررسی قرار داده و اندیکاتور کلاس ۶ را پس از انجام پانسمان در برگه مخصوص پانسمان که در پرونده بیمار میباشد می چسبانند. (با مشخصات نام پرستار مربوطه و ساعت و تاریخ تعویض پانسمان بیمار) (پگ پانسمان از نظر اندیکاتور و نام پگ کننده در CSSD و چسب نواری مخصوص بررسی کامل می گردد).
- پرسنل درمانی همواره حین انجام پانسمان محل جراحی را از نظر ترشحات چرکی / قرمزی / درد و تندرنس بررسی کرده در صورت مشاهده علائم کشت برداشته و به مسئول بخش و پزشک معالج و پرستار کنترل عفونت اطلاع میدهند.
- پرسنل اتاق عمل همواره نکات آپستیک را حین عمل جراحی حتی در اتاق ریکاوری طبق استاندارد CDC رعایت میکنند.

- تمام وسایل و ابزار جهت عمل جراحی با دقت بسیار بالا و کیفیت بالا تمیز و ضدعفونی و استریل می گردند.
 - از وسایل یکبار مصرف در این مرکز فقط یکبار استفاده می گردد و سریعاً دور انداخته می شوند. (طبق دستورالعمل فرآوری مجدد ایمن سازی وسایل پزشکی اجرا می شود).
 - در صورت افتادن وسیله ای از دست جراح یا پرسنل آن را با محلول HIGH LEVEL با کیفیت بسیار بالا ضدعفونی کرده و در اختیار قرار می گیرد.
 - بعد از انجام هر عمل جراحی اتاق مورد نظر سریعاً نظافت می شود. و پس از اتمام تمام اعمال جراحی واشینگ اتاق عمل صورت می گیرد و از ۵شنبه عصر تا شنبه صبح واشینگ کلی اتاق عمل شروع می گردد.
 - کشت از وسایل و تجهیزات و سطوح و دست جراحان و پرسنل اتاق عمل هر ماه بطور مرتب انجام می گیرد.
 - جهت ایمنی بیشتر اتاق های عمل حین اعمال جراحی درب اتاق ها حتما بسته می شوند.
 - جهت پیشگیری از عفونت احتمالی پس از جراحی رفت و آمد کارکنان در حین عمل جراحی کاملاً محدود می گردد.
 - استفاده از مایل و دوربین عکاسی و لب تاپ در اتاق عمل کاملاً ممنوع میباشد.
 - جهت ورود و خروج کارکنان اتاق عمل از اتاق عمل تعویض کامل فرم و کفش صورت می گیرد.
 - اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۵ نیز جهت وسایل استریل اتاق عمل استفاده شده و پس از جراحی اندیکاتورها در برگه مخصوص جراحی در پرونده می چسبانند.
 - در صورت رفت و آمد کارکنان در راهروهای اتاق عمل حتما ماسک زده می شود.
 - اسکراب و هندواش و هندراب دقیق انجام می شود. (آموزش های مداوم و مستمر مسئول کنترل عفونت چهره به چهره در اتاق عمل انجام می گیرد).
 - ✚ پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود
- ۱-سرپرستاران بخش های ویژه روزانه آمار بیماران اینتوبه و تراکئوستومی را جهت نظارت و بررسی از نظر عفونت به سوپروایزر کنترل عفونت ارائه می دهند.
- ۲-پرستار کنترل عفونت روزانه بیمار دارای لوله تراشه را که متصل به ونتیلاتور است را از نظر عفونت بررسی می کند و ونتیلاتور بیمار را از نظر داشتن فیلتر مناسب و همینطور تاریخ تعویض تجهیزات و وسایل یکبار مصرف را چک میکند.
- ۳-سرپرستاران روزانه بر انجام ساکشن بطریق استریل توسط پرسنل درمانی طبق دستورالعمل CDC نظارت می کنند.

۴- سرپرستاران روزانه بر تراکتوستومی بیمار به جهت انجام پانسمان بطریق استریل در اطراف آن نظارت دقیق داشته و در صورت مشاهده هرگونه علائم بروز عفونت از جمله التهاب /درد/ تورم اطراف تراکتوستومی اطلاع داده و پیگیری لازم و مداخلات لازم را انجام می دهند. (اطلاع به پزشک معالج و طبق نظر پزشک معالج انجام کشت از تراکتوستومی بیمار) و نظارت بر موقعیت آناتومیکال تراکتوستومی پلاستیکی و یا فلزی بیمار دارای تراکتوستومی دارد که از نظر بروز عفونت مورد بررسی و ارزیابی قرار می گیرد. (جهت ورود و خروج راحت و آسان لوله مربوطه و شستشوی آن)

۵- پرستار کنترل عفونت روزانه در مورد پیشگیری از پنومونی ناشی از ونتیلاتور (VAP) با پزشک معالج بیمار و متخصص بیهوشی جهت مشاوره عفونی صحبت و مذاکره می کند.

۶- پرستار کنترل عفونت روزانه بر استفاده تجهیزات یکبار مصرف و تعویض آنها و همینطور ضد عفونی کل سیستم ونتیلاتور که نمی توان تعویض کرد را بر اقدامات پرسنل درمانی نظارت و ارزیابی می کند. (طبق دستورالعمل تعویض تجهیزات یکبار مصرف)

۷- تیغه های لارنگوسکوپ با محلول HIGH LEVEL ضد عفونی میگردند و دسته آن با الکل ۷۰٪ کاملاً ضد عفونی میگردد.

۸- جهت ساکشن بیماران مورد نظر از نلاتون مخصوص ساکشن استفاده می شود. و پس از ساکشن دور انداخته می شوند. (دهانی/ تراشه/ تراکتوستومی و گاهای بینی هر کدام مجزا و باتل سرم های شستوی آنها نیز مجزا قرار داده می شوند).

🌈 پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای عروقی

۱. پزشک و پرستار قبل از تعبیه کاتتر عروقی مستمر دست های خود را با آب و صابون به طرز صحیح شستشو می دهند.. (طبق ۵ موقعیت بر بالین بیمار)

۲. پزشک و پرستار جهت وارد کردن کاتتر عروقی دستکش استریل و تمیز پوشیده و سپس فرآیند اجرا می گردد. (جهت وارد کردن کاتترهای شریانی مرکزی و میدلاین باید دستکش استریل پوشیده شود).

۳. پزشک و پرستار جهت وارد کردن کاتترهای ورید مرکزی یا تعویض کاتتر از طریق گاید وایر باید از کلاه ، ماسک، گان استریل، دستکش استریل استفاده کنند.

۴. پزشک همواره قبل از وارد کردن کاتتر وریدی محیطی، پوست را با یک آنتی سپتیک (الکل ۷۰٪ یا کلرهگزیدین) تمیز می کند.

۵. پرستار همیشه در محل ورود کاتتر به پوست بجز کاتتر همودیالیز (از پماد آنتی سبتیک استفاده می شود بجز مواردی که با جنس کاتتر همودیالیز سازگار نباشد) از پماد یا کرم های آنتی بیوتیک موضعی استفاده نشود چون باعث عفونت های قارچی و مقاومت آنتی باکتریال می گردد.

۶. پرستار مسئول همواره جهت پانسمان محل کاتترها از گاز استریل یا پانسمان شفاف استریل استفاده می کنند. پانسمان های گاز کاتترهای ورید مرکزی کوتاه مدت هر ۲ روز و پانسمان های شفاف کوتاه مدت هر ۷ روز تعویض می گردد بجز در کودکان که خطر جابه جا شدن کاتتر زیاد است.

۷. پرستاران بخش بالینی همیشه دقت در تعویض ست های داخل وریدی دارند (در مورد تمامی ست های سرم ها هر ۲۴ ساعت، ست های تجویز خون، فراورده های خونی و امولسیون های چربی دقیقاً پس از اتمام فرآورده، ست جهت انفیون پروپوفول هر ۶ تا ۱۲ ساعت، کانکتورها هر ۲۴ ساعت، آنژیوکت هر ۷۲ ساعت باید تعویض گردند).

۸. پرستار هر لحظه محل کاتتر رو از نظر قرمزی / تندرنس مورد بررسی قرار می دهد.

۹. اتصالات عروقی بیمار هر لحظه از نظر قرار گرفتن بررسی میشود.

🌈 پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری

۱. پرستار بالینی همواره قبل از اقدام به انجام پروسیجر درمانی و آسپتیک، دست های خود را با آب و صابون بدرستی شستشو می دهد.

۲. پرستار بالینی همیشه اول پگ پانسمان را باز کرده و وسایل استریل را درون پگ پانسمان آماده کرده و سپس دستکش استریل خود را بدست می کند.

۳. پرستار بالینی قبل از وارد کردن کاتتر ادراری، اطراف مجرای ادراری را با سرم فیزیولوژی به همراه بسیار کم بتادین از (بالا به پایین در خانم ها) و (از نوک آلت تناسلی به سمت پایین در آقایان) شستشو می دهد.

۴. پرستار بالینی آگاه می باشد که دست غالب و مغلوب وی کدام است. آن دستی که استریل تر (غالب) می باشد جهت وارد کردن کاتتر ادراری انتخاب می کند و با دست دیگر (مغلوب) محل اطراف مجرای ادراری را نگه می دارد. (هر دو دست دستکش استریل دارند).

۵. پرستار بالینی همواره پس از وارد کردن کاتتر ادراری سریعاً یورین بگ را به انتهای کاتتر ادراری وصل می کند (جهت پیشگیری از عفونت ادراری)

۶. پرستار بالینی یورین بگ بیمار را حتماً پائین تر از سطح مثانه بیمار و آویزان از تخت وی قرار می دهد و از تماس با زمین جلوگیری میکند.

۷. پرستار بالینی در نظر دارد جهت تعویض یورین بگ حتماً همزمان با تعویض کاتتر ادراری صورت گیرد (یعنی هر ۱۴ روز) مگر اینکه یورین بگ دچار آلودگی قابل دیدن و پارگی شده باشد در آن صورت مجبور به تعویض خواهیم بود (طبق دستورالعمل تاریخ تعویض تجهیزات یکبار مصرف معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران)

۸. کارکنان بالینی بطور مداوم باید حداقل هر ۸ ساعت یکبار ادرار داخل یورین بگ را تخلیه کنند و در صورت زیاد بودن حجم ادرار با فواصل کمتر تخلیه گردد. (جهت هر بیمار یک Measure مجزا باید استفاده گردد مگر اینکه هر بار جهت هر بیمار شسته و ضدعفونی گردد).

۹. پرستار بالینی نظارت دارد که کاتترهای ادراری دستکاری نشوند و یا تا شدگی و یا پیچ خوردگی نداشته باشند تا ادرار براحتی جریان داشته و از عفونت ادراری پیشگیری می‌شود.

۱۰. پرستار بالینی طبق دستور پزشک معالج جهت بیمار (اگر منع مصرف دریافت مایعات فراوان را نداشته باشد) جهت پیشگیری از عفونت ادراری مایعات فراوان به بیمار دهد.

۱۱. کارکنان بالینی هر روز در هر شیفت کاری (۶ ساعته) حتماً شستشوی پرینه بیمار (خانم و آقا) را بطور استریل انجام می‌دهند چون بیمارانی که دارای سوند ادراری می‌باشد بیشتر مستعد عفونت ادراری هستند. (در مورد بیمارانی که ترشحات زیاد دارند در طی شیفت بیش از ۲ بار پرینه واش انجام می‌گردد).

۱۲. کارکنان بالینی هرروز در ارتباط با شستشوی کاتتر ادراری آن را به آرامی نگه داشته و شستشوی قسمت انتهایی کاتتر را در نزدیکی مجرای ادراری انجام می‌دهند. سوند را به آرامی از بدن دور کرده و آن را تمیز می‌کنند و هیچگاه کار تمیز کردن را از انتهای سوند به سمت بدن انجام نمی‌دهند.

۱۳. کارکنان بالینی همیشه پس از انجام پروسیجر آسپتیک دستکش را از دست در آورده و سپس دست‌ها را خوب با آب و صابون می‌شویند.

🌈 روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکویی‌ها

• کارکنان درمانی شستشوی دست‌ها با آب و صابون قبل از پوشیدن دستکش و بعد از درآوردن دستکش انجام می‌دهند.

• پزشک مسئول همواره در صورت اندیکاسیون جهت بیمار، اسکویی تعبیه می‌کند.

• پرسنل بخش مورد نظر (اتاق عمل / آندوسکوپی) روزانه وسایل اسکویی را شستشو و سپس با محلول High Level ضدعفونی می‌کنند. (بعد از هر بیمار اسکوپ شسته و ضدعفونی می‌گردد و بعد از هر ۱۰ بیمار سواپینگ محلول HIGH LEVEL انجام می‌گردد).

• پرسنل بخش آندوسکوپی اسکوپ‌ها را بعد از اتمام پروسیجر جهت بیمار در لگن‌های (تمیز و کثیف) استاندارد شستشو و ضدعفونی بمدت ۲۰ دقیقه قرار دهند تا اسکوپ ضدعفونی گردد. (اسکوپ آندو و کولون بطور کاملاً جداگانه انجام می‌شوند).

• پرسنل آندوسکوپی روزانه پس از اتمام کار دستگاه‌ها را تمیز کرده و اسکوپ‌ها را در محلی درب دار آویزان میکنند و برای روز بعد آماده میکنند.

• پزشکان و پرستاران بخش از دو دستکش جهت بیماریهایی مثل HIV/HBS/HCV استفاده می‌کنند.

• پرستاران بخش آندوسکوپی همواره وسایل یکبار مصرف را پس از استفاده جهت بیماران توسط پزشک معالج دور میاندازند.

• پزشکان و پرستاران آندوسکوپی همواره بر بالین بیمار از وسایل حفاظت فردی استفاده کرده و از بیماری به بیمار دیگر وسایل حفاظت فردی را تعویض می‌نمایند. (گان/دستکش/شیلد)

• در اتاق عمل نیز اسکوپ هایی که جهت انواع اعمال جراحی استفاده می شوند نیز طبق دستورالعمل شستشو و ضد عفونی می گردند.

✚ مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

۱. رئیس کمیته کنترل عفونت نسبت به برگزاری سالانه کنفرانس تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی جهت پزشکان و پرستاران اقدام می نماید.

۲. پزشک معالج برای بیماران قبل از عمل جراحی که نیاز به آنتی بیوتیک پروفیلاکسی طبق دستورالعمل دارند. دستور می دهد.

۳. آموزش های لازم در خصوص مصرف آنتی بیوتیک به بیماران توسط پزشکان داده می شود. (علت دریافت آنتی بیوتیک)

۴. قبل از عمل جراحی پروفیلاکسی طبق فرم های مخصوص توسط جراح تجویز و در پرونده بیمار گذاشته میشود.

۵. دوش گرفتن بیمار با محلول آنتی پستیک (شامپو کلر هگزیدین) قبل از عمل که لازم است بیمار شب یا چند ساعت قبل از عمل با آن استحمام نماید انجام می گردد.

۶. در صورت نیاز به شیو موهای محل عمل جهت پیشگیری از عفونت قبل از عمل با ماشین ریش تراش انجام می گیرد.

۷. جراح آنتی بیوتیک را فقط در مواردی بکار می برد که مشخص شده است که از عفونت محل جراحی جلوگیری خواهد کرد.

۸. جراحان از آنتی بیوتیک های بی خطر (Safe) ارزان و باکترسید با طیف وسیع استفاده نمایند.

۹. اولین دوز آنتی بیوتیک با دستور پزشک معالج قبل از عمل جراحی تجویز می گردد.

۱۰. پزشک (جراح) سطح درمانی آنتی بیوتیک را در سرم و بافت محل عمل تا پایان دوره عمل و چند ساعت بعد از عمل در سطح درمانی نگهدارند.

۱۱. جراح پروفلاکسی را برای مدت طولانی بعد از عمل ادامه نمی دهد. (طبق دستورالعمل معاونت درمان)

۱۲. جراح جهت عمل سزارین (CS) پر خطر، آنتی بیوتیک پروفلاکسی را بلافاصله بعد از کلامپ کردن بند ناف بکار می گیرد.

۱۳. پرسنل بخش بالینی قبل از عمل جراحی های انتخابی کولورکتال، از تنقیه طبق دستور پزشک کولون را از نظر مکانیکی آماده کرده و روز قبل از عمل دستور پزشک معالج از مواد ضد میکروبی خواراکی غیر قابل جذب در دوزهای منقسم استفاده نمایند.

۱۴. جراحان جهت پروفلاکسی ضد میکروبی بطور روتین بهتر است از وانکوماسین استفاده ننمایند.

۱۵. حتی الامکان اقامت بیمار در بیمارستان قبل و بعد از عمل جراحی به جهت پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی به حداقل برسد.

۱۶. در اتاق عمل، پرسنل جراحی آلوده یا دارای بیماری واگیر تا زمان بهبودی از شرکت در عمل ممانعت نمایند.

۱۷. پرسنل جراحی بوسیله مواد آنتی پستیک بصورت دایره وار از محل عمل جراحی به طرف محیط پوست بیمار را برای عمل جراحی آماده نمایند.

۱۸. انجام آزمایش توسط آزمایشگاه جهت تعیین حساسیت میکروبی به روش صحیح و مطالعه روند مقاومت ها و یا ظهور مقاومت های جدید و گزارش آنها توسط مسئول آزمایشگاه به مسئول کنترل عفونت و همچنین شناسایی و جستجوی پاتوژن های مقاوم به چند دارو (MDR) و (MRSD) و (PDR) گزارش روزانه به بخشهای هدف می باشد.

۱۹. واحد کنترل عفونت مقاومت آنتی بیوتیکی و میکروارگانیزم ها را بطور مرتب ماهیانه تحت پایش قرار می دهد و در کمیت کنترل عفونت ماهیانه گزارش می نماید.

۲۰. ارتقاء سطح آگاهی کارکنان جهت مقاومت های آنتی بیوتیکی و میکروارگانیزم ها در بخش های بالینی توسط مسئولین بخش ها و مسئول کنترل عفونت انجام می گردد.

منابع :

کتاب نظام مراقبتی بیمارستان

سایت CDC

پیوست ها :

چک لیست نظارتی

جواب کشت