



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست کنترل عفونت بخش دیالیز »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات
۱	آیا محلول ضد عفونی دست در بخش جهت ضد عفونی دستها موجود است؟				مشاهدات
۲	آیا ملحفه بیماران در هر شیفت تعویض می شوند؟				مشاهدات
۳	آیا جهت ضد عفونی سطوح از محلول ضد عفونی استفاده می شود؟				مشاهدات
۴	آیا بعد از دیالیز هر بیمار، تخت، صندلی، سطح خارجی ماشین دیالیز تمیز و ضد عفونی می شوند؟				مشاهدات
۵	آیا وسایلی مثل کاف فشار خون و کلامپ بعد از استفاده هر بیمار ضد عفونی می شوند؟				مشاهدات
۶	آیا تمام لوازم یکبار مصرف در کیسه مخصوص زباله های عفونی جمع آوری می شود؟				مشاهدات
۷	آیا لوله ها و اتصالات آب ورودی در پایان هر روز ضد عفونی می شود؟				مشاهدات
۸	آیا اجزاء سیستم تصفیه ی آب هفته ای یکبار ضد عفونی می شود؟				وجود مستندات و مشاهدات
۹	آیا در صورت نشت خون، ضد عفونی از نظر باکتریال انجام می شود؟				مشاهدات
۱۰	آیا پرسنل و بیماران قبل از دیالیز دستشان را می شویند؟				مشاهدات
۱۱	آیا بعد از ترک یک بیمار و تماس با بیمار بعدی دستکش خود را تعویض می کنند؟				مشاهدات
۱۲	آیا از گان یا روپوش ضد آب جهت ارائه ی خدمات برای بیمار استفاده می شود؟				مشاهدات
۱۳	آیا از عینک و ماسک جهت محافظت صورت از احتمال پخش خون استفاده می شود؟				مشاهدات
۱۴	آیا هیپارین بلافاصله قبل از استفاده آماده می گردد؟				مشاهدات
۱۵	آیا از روش آسپتیک جهت ضد عفونی پوست روی فیستول AV انجام می شود؟				مشاهدات
۱۶	آیا جهت تعویض پانسمان شالودن از ست استریل استفاده می شود؟				مشاهدات
۱۷	آیا در بخش همودیالیز پرسنل از خوردن و آشامیدن خوداری می کنند؟				مشاهدات
۱۸	آیا در پرونده بیماران دیالیزی تمام اتفاقات از جمله فرو رفتن سوزن، عملکرد بد دستگاه، مقدار واحد های خون وسایر فراورده های خونی و تزریقی ثبت می شود				وجود مستندات
۱۹	آیا آموزش لازم در مورد تمیز نگهداشتن و خشک نگاه داشتن محل کاتتر به بیمار داده می شود؟				وجود مستندات و پرسش از دو بیمار

امضاء و نام و نام خانوادگی مسنول واحد یا مسنول شیفت:

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست کنترل عفونت بخش دیالیز »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات
۲۰	آیا پرسنل از اهمیت بهداشت کارکنان و ارتباط احتمالی آن در مورد عفونت محل کاتتر آگاهی دارند؟				پرسش از دو نفر
۲۱	آیا از سفتی باکس برای هر تخت استفاده می شود؟				مشاهدات
۲۲	آیا از آب RO ماهیانه کشت گرفته می شود؟				وجود مستندات
۲۳	آیا بیماران در مورد علائم بیماری و عفونت محل عمل آموزش دیدند؟				پرسش از دو بیمار
۲۴	آیا تست HBS-AG از بیماران هر سه ماه یکبار به عمل می آید؟				وجود مستندات
۲۵	آیا بیمار HCV مثبت اطلاعات لازم در مورد انتقال بیماری به دیگران و نیز مراقبت از خود دارد و بر علیه هپاتیت B واکسینه شده است؟				پرسش از دو بیمار
۲۶	آیا بیماران HCV-HIV مثبت از سایر بیماران و دستگاه دیالیز مجزا می شوند؟				مشاهدات
۲۷	آیا ساکشن سالم و خشک و تمیز نگهداری می شود؟				مشاهدات
۲۸	آیا ترمومتر هر بیمار جداگانه و به نحو صحیح نگهداری می شود؟				مشاهدات
۲۹	آیا تخت ها ، کمد ها، میز ها هر روز نظافت می شوند؟				مشاهدات
۳۰	آیا سرویس های بهداشتی روزانه نظافت می شوند؟				مشاهدات
۳۱	آیا ترالی دارو و ترالی اورژانس روزانه نظافت می شوند؟				مشاهدات
۳۲	آیا تاریخ استریل کردن ست پانسمان چک می شود؟				وجود مستندات و مشاهدات
۳۳	آیا اتاق بیماران تهویه مناسب دارد؟				مشاهدات
۳۴	آیا خدمات با مواد ضد عفونی آشنایی کافی دارند؟				پرسش از خدمات
۳۵	آیا محل انفوزیون وریدی از نظر ترومبوفلیبیت چک می شود؟				مشاهدات
۳۶	آیا ویلچر حمل بیماران روزانه نظافت می شوند؟				مشاهدات
۳۷	آیا کیسه های زباله عفونی و غیر عفونی تفکیک می شوند؟				مشاهدات

امضاء و نام و نام خانوادگی مسنول واحد یا مسنول شیفت:

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده :



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست کنترل عفونت بخش دیالیز »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات
۳۸	آیا مسئول بهداشت جهت آموزش وجود دارد؟				مشاهدات
۳۹	آیا محل انجام دیالیز کاملاً بسته است؟				مشاهدات
۴۰	آیا رفت و آمد افراد در زمان انجام دیالیز محدود است؟				مشاهدات
۴۱	محل انجام دیالیز کاملاً تمیز است؟				مشاهدات
۴۲	آیا صندلی و میز قابل شستشو می باشد؟				مشاهدات
۴۳	آیا محلول دیالیز از نظر شفاف بودن و عدم جسم خارجی و تاریخ انقضاء چک می شود؟				وجود مستندات و مشاهدات
۴۴	آیا یخچال دارویی مجزا از یخچال غذایی موجود است؟				مشاهدات
۴۵	پرونده بهداشتی پرسنل و سابقه واکسیناسیون آنها در بخش موجود است؟				وجود مستندات

امضاء و نام و نام خانوادگی مسنول واحد یا مسنول شیفت:

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده :