- **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان–معاونت درمان**

چک لیست بازدید کنترل عفونت–CSR

نام مرکز:

تاریخ بازدید:

ردیف	موارد ارزیابی	خوب	متوسط	ضعیف
۱	محل پاکسازی و گندزدایی ابزار			
۲	محل نگهداری گندزداها			
۳	وجود هوای پرفشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار در cat lab و آندوسکوپی			
۴	نحوه نظارت مسئول بخش CSR بر صحت پاکسازی و گزارش عدم انطباق ها و نحوه پیگیری			
۵	وجود دستگاه اولتراسوند در CSR			
۶	نحوه شستشوی ابزار اسکوپی به صورت مکانیزه			
۷	انواع گندزداها با توجه به نوع بخش و نام محلول			
۸	آموزش و نحوه آماده سازی محلول گندزدا			
۹	نحوه نظارت مسئول بخش			
۱۰	نگهداری محلول ها در ظروف مناسب ،شفاف و درب دار(دچار خوردگی نشود)			
۱۱	روش استریل اقلام حساس به حرارت(توصیه کارخانه)			
۱۲	وجود نشانگرهای کلاس ۴و۶			
۱۳	انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیکی(جایگزاری ۳ عدد نشانگر بیولوژیک ۰تست اسپور-اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفتوس) در انکوباتور دیجیتال و تست سریع ۱ساعت ۴۸H در انکوباتور و ثبت در دفتر مربوطه			
۱۴	انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بووی –دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاههای پری وکیوم			
۱۵	دستگاه های اتو کلاو پس از تعمیرات کلی و کالیبراسیون و در زمان راه اندازی با آزمون های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی تست می شوند.(مستندات و نتایج)			
۱۶	ثبت نتایج صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک با نشانگر ۴			
۱۷	ثبت نتایج صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک با نشانگر ۶			

- **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان–معاونت درمان**

چک لیست بازدید کنترل عفونت–CSR

ردیف	موارد ارزیابی	خوب	متوسط	ضعیف
۱۸	مشخصات الزامی در نشانگر ۶ موجود هست(تاریخ-شیفت استریل_کد-سیکل اتوکلاو-و کد کاربر)			
۱۹	رویت و گزارش موارد نامنطبق (تغییر نامطلوب رنگ نشانگر شیمیایی –صحت بسته بندی-رطوبت)			
۲۰	نتایج پایش فیزیکی –شیمیایی-بیولوژیکی هر دستگاه موجود است			
۲۱	فضای تمیز-استریل-کثیف- در CSR تفکیک شده			
۲۲	نحوه انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل تفکیک شده است			
۲۳	وجود الکل برای HAND RUB در تمامی فضاها در دسترس کارکنان است			
۲۴	تحویل ست های استریل و غیر ااستریل از دو مسیر جداگانه انجام می شود.(اتاق عمل)			
۲۵	نمونه برداری و کشت از سطوح انجام می شود.(مستندات و نتایج)			
۲۶	گزارش نتایج مقاومت میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت حداقل ۳ ماه یکبار			
۲۷	آموزش احتیاطات استاندارد مبتنی به روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه			
۲۸	وجود وسایل حفاظت فردی مناسب برای کارکنان			
۲۹				
۳۰				
۳۱				
۳۲				
۳۳				