

Алла Волоха, Олексій Єршов, Катерина Сояк,
Андрій Александрін, Марія Долинська, Ігор Кацитадзе



ЗРАЗКИ СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР З ОРГАНІЗАЦІЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ



УДК 614.2

ББК 51

Зразки стандартних операційних процедур з організації інфекційної безпеки в лікувальних закладах / А.П. Волоха, О.О. Єршов, К.В. Соляк, А.В. Александрін, М.Г. Долинська, І.Ю. Кацитадзе – К.: ТОВ «Інжиніринг», 2020. – 176 стор.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Національної медичної академії імені П.Л.Шупика (протокол №10 від 9.12.2020 р.)

Автори:

Алла Петрівна Волоха – д. мед. н., професор, завідувачка кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Олексій Олександрович Єршов – лікар-епідеміолог відділу оцінки ризиків та інфекційного контролю НДСЛ «Охматдит» МОЗ України, експерт ГО «Інфекційний контроль в Україні»

Катерина Володимирівна Соляк – завідувачка відділу оцінки ризиків та інфекційного контролю НДСЛ «Охматдит» МОЗ України, експерт ГО «Інфекційний контроль в Україні»

Андрій Валерійович Александрін – к. мед. н., голова ГО «Інфекційний контроль в Україні»

Марія Габріелівна Долинська – к. мед. н., доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, медичний директор ГО «Інфекційний контроль в Україні»

Ігор Юрійович Кацитадзе – к. мед. н., фахівець офісу охорони здоров'я, ЮНІСЕФ Україна

Рецензенти:

Задорожна Вікторія Іванівна – директор ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського» НАМН України, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор

Маменко Марина Євгенівна – декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор

Волянська Любов Августинівна – доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, к. мед. н.

Цей посібник було створено за фінансової підтримки уряду Німеччини через Банк розвитку KfW. Зміст матеріалу є виключно відповідальністю авторів та не обов'язково відображає точку зору уряду Німеччини та/або ЮНІСЕФ.

ПЕРЕДМОВА

Інфекції, що передаються під час надання медичної допомоги (ІПНМД), є одним з головних факторів, які погіршують результати лікування. Несприятливе значення ІПНМД підсилюється тим фактом, що захворювання, спричинені ними, не є прямим наслідком захворювання, з яким пацієнт звертається до лікувального закладу, проте можуть спричинити більш тяжкі розлади здоров'я, ніж це захворювання, і навіть смерть. Тож інфекційна безпека надання медичної допомоги є одним з головних критеріїв якості. Саме тому Національна служба здоров'я України включила наявність програми інфекційного контролю до списку обов'язкових передумов укладення договорів з медичними закладами.

Важливим змістовним елементом програми інфекційного контролю є стандартні операційні процедури (СОП), що регламентують найважливіші процеси, пов'язані з запобіганням ІПНМД. Стандартизація підходів на рівні закладу з урахуванням вимог до інфекційної безпеки, спеціалізації, навантаження і бюджету закладу є ефективним механізмом уникнення помилок. Впровадження СОПів є трудомістким процесом, адже доказова медицина в останні роки має багато напрацювань, які потребують вивчення і переосмислення в контексті повсякденної практики у лікувальному закладі. Ситуація обтяжується пандемією COVID-19, що збільшує навантаження на лікувальні заклади і ризик ІПНМД; прикладом є внутрішньолікарняна передача коронавірусної інфекції – важливий фактор поширення захворювання серед пацієнтів і працівників лікувальних закладів. Відсутність в Україні системи підготовки фахівців з інфекційного контролю також погіршує перспективи створення системи інфекційної безпеки.

З огляду на це, зразки СОПів з інфекційного контролю нададуть необхідну базу для розробки СОП у кожному лікувальному закладі. За допомогою цього посібника лікарі й медичні сестри зможуть швидко оцінити і зменшити інфекційні ризики у своєму лікувальному закладі. Зразки СОПів, представлені у посібнику, створені на основі останніх рекомендацій ВООЗ та Міжнародної Асоціації Інфекційного контролю (IFIC), тобто ґрунтуються на сучасній доказовій базі й можуть бути впроваджені навіть фахівцями, що не мають досвіду в розробці програм інфекційного контролю.

Впровадження СОПів не обмежується взяттям за основу взірця. Кожний СОП потребує оцінювання ризику ІПНМД, пов'язаного з кожною процедурою в конкретному закладі та пристосуванням процесів під потреби ланок медичної допомоги, пов'язаних з найбільшим ризиком. Наступним кроком є отримання зворотного зв'язку від персоналу, задіяного у виконанні процесів. Після остаточного узгодження і затвердження керівництвом закладу, усі працівники повинні пройти навчання за СОПом. Текст СОПу має зберігатися на робочому місці, пов'язаному з процесом, щоб працівники могли в будь-який момент звірити правильність виконання процедури. Виконання СОПу є предметом постійного контролю з боку комісії з інфекційного контролю. З метою полегшення такого контролю у складі СОПів є розділ «Ключові показники, контроль якості, аудит». Аудит є не кінцевим етапом впровадження СОПів, а лише ланкою безперервного процесу підвищення якості: під час аудиту викриваються помилки персоналу, слабкі місця і обмеження СОПів, а також зміни в повсякденній практиці закладу, що потребують відповідних змін у процесах, які регламентує СОП. Таким чином накопичується матеріал, який слід враховувати під час перегляду та удосконалення СОПу.

ЗМІСТ

1. Гігієна медичного персоналу	5
Вимоги до одягу і поведження персоналу у зв'язку з інфекційним контролем	6
Гігієнічна антисептична обробка рук	8
Гігієнічне миття рук	11
Догляд за руками	14
Підготовка операційної бригади	16
Хірургічна антисептична обробка рук	18
 2. Засоби індивідуального захисту	 21
Бар'єрні засоби захисту	22
Засоби респіраторного захисту	30
 3. Контроль за окремими групами інфекцій	 35
Виявлення та реєстрація інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги	36
Організація виявлення хворих на педикульоз	46
Запобігання поширенню інфекцій, що передаються крапельним шляхом	49
Запобігання поширенню інфекцій, що передаються повітряним шляхом	51
Запобігання поширенню кишкових інфекцій	54
Запобігання поширенню парентеральних інфекцій	56
 4. Керування основними процесами, пов'язаними з інфекційним контролем	 59
Безпека приготування та видачі їжі	60
Контроль якості харчової сировини	64
Відвідування структурних підрозділів лікарні	69
Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічним матеріалом	71
Застосування природної вентиляції	74
Організація заміни білизни	79
Організація прання білизни	83
Обслуговування бактерицидних опромінювачів	87

Повірка бактерицидних опромінювачів.....	89
Підготування пацієнта до операції/пологів	92
Транспортування біологічного матеріалу.....	94
Поводження з гострими виробами.....	97
5. Поводження з відходами у лікувальних закладах.....	101
Безпечне поведження з відходами категорії А.....	102
Безпечне поведження з відходами категорії В.....	106
Безпечне поведження з відходами категорії С.....	111
Транспортування використаних виробів медичного призначення	114
6. Прибирання та дезінфекція	117
Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту.....	118
Дезінфекція висококонтактних поверхонь	121
Визначення об'єктів, що потребують мікробіологічного контролю.....	124
Обслуговування дозаторів з рідким милом та антисептиком	126
Організація поточного прибирання	128
Організація генерального прибирання	133
7. Стерилізація.....	139
Дезінфекція виробів медичного призначення	140
Передстерилізаційне очищення	145
Вимоги до поточності в центральному стерилізаційному відділенні.....	149
Вимоги до зберігання та видачі простерилізованих виробів	152
Вимоги до завантаження матеріалів для парової стерилізації	155
Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання	159
Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали.....	163
Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб.....	169
Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб.....	173

1. ГІГІЄНА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Вимоги до одягу і поведження персоналу у зв'язку з інфекційним контролем		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризиків передачі госпітальної мікрофлори через одяг та руки медичного персоналу шляхом стандартизації вимог до одягу і поведження медичного персоналу у зв'язку з інфекційним контролем.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Медичний одяг – одяг, що використовується медичним персоналом під час роботи в лікарні (медичні костюми, халати тощо).

Спецодяг – бар'єрні засоби захисту згідно з СОП «Бар'єрні засоби захисту».

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Вимоги до зовнішнього вигляду персоналу

У лікарні використовується медичний одяг з коротким рукавом або з рукавами, довжина яких не закриває зап'ястя і не впливає на якість та безпеку гігієни рук.

Медичний одяг має повністю прикривати повсякденний одяг або замінювати його.

Змінне взуття слід одягати на чисті шкарпетки, воно має бути виготовлене з матеріалу, що легко дезінфікується.

Медичному персоналу забороняється виходити у медичному одязі за межі лікарні, а в спецодязі – за межі відділення або приміщення, де він використовується.

Працівники лікарні повинні носити нагрудний бейдж із зазначеними ПІБ, посадою та назвою відділення. Бейдж повинен мати гігієнічне покриття та не заважати здійснювати обробку рук і виконувати посадові обов'язки.

Працівники або студенти, допущені для спостереження за проведенням діагностично-лікувальних та інвазивних маніпуляцій, мають бути одягнені згідно з вимогами до проведення конкретної маніпуляції.

4.2. Вимоги до зовнішнього вигляду рук персоналу

Для персоналу, що має прямий контакт із пацієнтом або працює в зонах високого ризику (операційна, відділення інтенсивної терапії, стерилізаційне відділення тощо), не допускається носіння ювелірних прикрас, браслетів, годинників та інших виробів у робочий час.

Для забезпечення максимально ефективної гігієни рук нігті персоналу, що має прямий контакт із пацієнтом, не повинні мати задирок, тріщин, їх довжина має бути або на рівні кінчиків пальців або мати менше 5 мм вільного краю.

Персонал, який має прямий контакт із пацієнтом, не повинен застосовувати у робочий час лак на нігтях та прикраси на них у вигляді стразів, наклеюєк тощо. Штучні або нарощені нігті будь-якого типу заборонені. Як виняток лікарня дозволяє наявність тонкого гладкого шару прозорого лаку, нанесеного не пізніше доби тому, за умови відсутності сколів, тріщин і розшарувань.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Процедура не має специфічних показників якості.

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 04.04.2008 №181 «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».

7.2. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме – ВОЗ, 2013.

7.3. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

7.4. Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings – CDC, 2002.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Гігієнічна антисептична обробка рук		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.

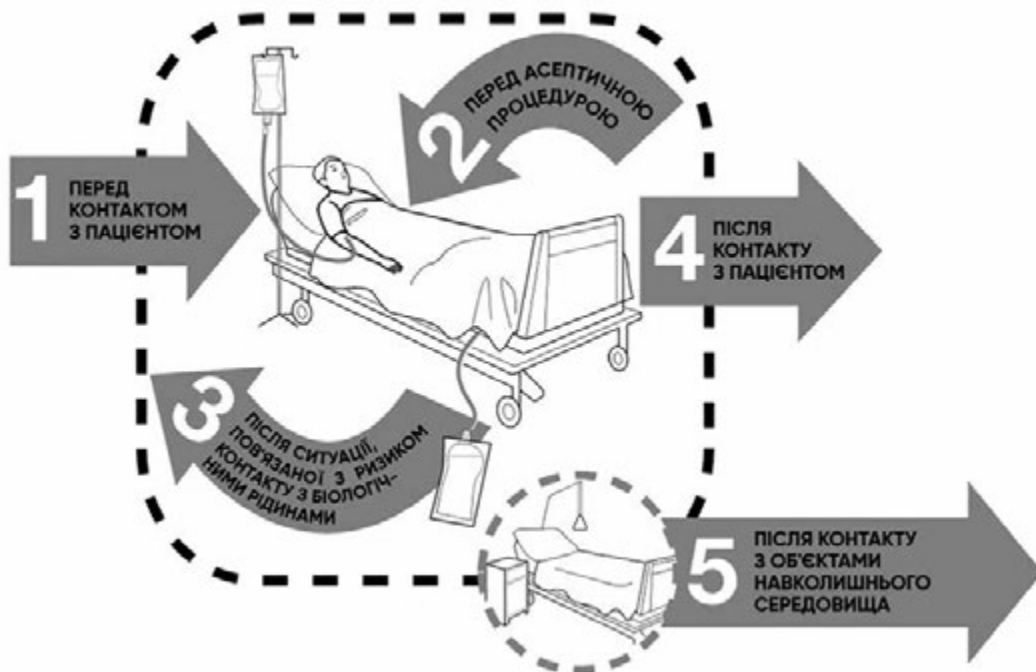
2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом лікарні, що задіяний в роботі відділення: лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал, а також немедичний персонал.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Гігієнічна антисептична обробка рук – процедура, яка забезпечує дезінфекцію поверхні шкіри від патогенної транзитornoї мікрофлори.

Транзиторна мікрофлора – мікроорганізми, які колонізують верхні шари шкіри в результаті контакту з забрудненими поверхнями.



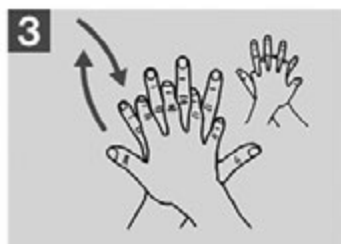
Малюнок 1.



Налийте препарат в долоню, складену човником, так, щоб він покрив усю її поверхню



Потріть одну долоню об іншу



Правою долонею розітріть тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы, та навпаки



Переплетіть пальці, розтираючи долонею долоню



З'єднайте пальці в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев розтирайте долоню іншої руки



Обхватите большой палец левой руки правой долонею та протріть його по колу. Зробіть те саме іншою рукою



Руком по колу в напрямку вперед та назад зігнутими пальцями правої руки протріть ліву долоню. Поміняйте руки



Руки безпечні та чисті після того, як висохли

Малюнок 2.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Місце проведення

Усі точки, обладнані для проведення гігієнічної антисептичної обробки рук.

4.2. Оснащення точки для гігієни рук

Диспенсер зі спиртовмісним антисептиком (вміст спирту не менше 60%).

4.3. Показання (Малюнок 1)

- Перед контактом із пацієнтом.
- Після контакту з пацієнтом.
- Перед чистою/асептичною процедурою.
- Після контакту з можливим джерелом інфекції.
- Після контакту з предметами оточення пацієнта.

4.4. Послідовність дій

- Звільнити руки від прикрас та одягу до ліктя.

- Упевнитись, що вони повністю сухі.
- Нанести 3 мл антисептика на долоні.
- Інтенсивно втирати у шкіру рук за стандартною методикою, до повного висихання (Малюнок 2).
- Кожен рух повторювати не менше 5 разів;
- Загальний час втирання становить 30 секунд.

4.5. Загальні правила

- Використовувати захисний крем або лосьйон хоча б один раз на день.
- Після антисептичної обробки рук дочекатися повного висихання перед тим як одягати рукавички.
- Не використовувати воду перед або одразу після нанесення антисептика.
- Не допускати додавання антисептика в частково заповнений дозатор. Дозатори необхідно промити, продезінфікувати, висушити, після чого заповнити новою порцією антисептика.
- Нігті мають бути натуральні, коротко обрізані та НЕ покриті лаком.

4.6. Навчання персоналу

Навчання персоналу гігієнічній антисептичній обробці рук проводиться на початку працевлаштування й надалі не рідше 2 разів на рік.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Відповідальна особа з визначеною на рівні лікарні періодичністю проводить моніторинг дотримання показань до гігієнічного миття рук та виконання техніки гігієнічного миття рук під час безпосередньої роботи персоналу.

Результати моніторингу розглядаються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступним аудитом процедури та розробкою коригувальних заходів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

- 6.1. СОП «Вимоги до одягу і поведження персоналу у зв'язку з інфекційним контролем».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Хірургічна антисептична обробка рук».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Наказ МОЗ від 21.09.2010 №798 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу».
- 7.2. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Гігієнічне миття рук		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом лікарні, що задіяний в роботі відділення: лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал, а також немедичний персонал.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Гігієнічне миття рук – гігієнічна процедура, яка забезпечує очищення поверхні шкіри від бруду та частково патогенної транзитornoї мікрофлори.

Транзиторна мікрофлора – мікроорганізми, які колонізують верхні шари шкіри в результаті контакту з забрудненими поверхнями.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Місце проведення

Всі точки, обладнані та призначені для гігієнічного миття рук.

4.2. Оснащення точки для гігієни рук

Умивальник

Кран з ліктьовим механізмом приведення в дію

Дозатор з рідким милом

Диспенсер з паперовими одноразовими рушниками

4.3. Показання

- На початку та в кінці робочого дня
- Після відвідування туалету
- Перед приготуванням, прийняттям і роздачею їжі / сумішей для новонароджених
- У всіх випадках, коли руки явно забруднені

4.4. Послідовність дій

- Звільнити руки від прикрас та одягу до ліктя.
- Відкрити кран передпліччям.
- Зволожити руки водою.



0 Намочіть руки водою



1 Нанесіть стільки мила, щоб воно покривало всю поверхню рук



2 Масажуйте долоня до долоні



3 Потріть правою долонею по поверхні лівої руки з переплеченими пальцями і навпаки



4 Потріть руки долоня об долоню з переплеченими пальцями



5 Зчепіть пальці й потріть їх



6 Ретельно вимивайте великі пальці кожної руки



7 Потріть долоні пальцями в круговому напрямку



8 Змийте руки водою



9 Витріть руки рушником одноразового використання



10 Вимкніть кран, використовуючи рушник



11 Тепер ваші руки в безпеці

Малюнок 1.

- Нанести необхідну кількість мила (в середньому 3 мл).
- Виконувати миття рук згідно зі стандартною методикою (Малюнок 1).
- Здійснити не менше 10 рухів на кожній ділянці.
- Змити мило під проточною водою.
- Висушити руки одноразовим паперовим рушником.
- Закрити кран, використовуючи паперовий рушник.

4.5. Загальні правила

- Використовувати захисний крем або лосьйон хоча б один раз на день.
- Після миття рук дочекатися повного висихання, перед тим як обробити антисептиком або одягти рукавички.
- Не використовувати гарячу воду для ополіскування рук. Гаряча вода призводить до знежирення та подразнення шкіри.

- Всі крани та дозатори приводити в дію за допомогою ліктя.
- Не допускати додавання рідкого мила в частково заповнений дозатор. Дозатори необхідно промити, продезінфікувати, висушити, після чого заповнити новою порцією мила.
- Нігті мають бути натуральні, коротко обрізані та НЕ покриті лаком.

4.6. Навчання персоналу

Навчання персоналу гігієнічному миттю рук проводиться на початку працевлаштування й надалі не рідше 2 разів на рік.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Відповідальна особа з визначеною на рівні лікарні періодичністю проводить моніторинг дотримання показань до гігієнічного миття рук та виконання техніки гігієнічного миття рук під час безпосередньої роботи персоналу.

Результати моніторингу розглядаються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступним аудитом процедури та розробкою коригувальних заходів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Вимоги до одягу і поведження персоналу у зв'язку з інфекційним контролем».
- 6.2. СОП «Гігієнічна антисептична обробка рук».
- 6.3. СОП «Хірургічна антисептична обробка рук».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Наказ МОЗ від 21.09.2010 №798 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу».
- 7.2. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Догляд за руками		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Запобігання або зниження ризику пошкодження шкіри рук персоналу чи її подразнення шляхом організації заходів догляду за руками.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Догляд за руками – дії, спрямовані на запобігання або зниження ризику пошкодження шкіри чи її подразнення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Персонал лікарні має піклуватися про шкіру рук, запобігати появі порізів, тріщин, подряпин тощо як у робочий час, так і вдома.

Співробітники, що мають пошкодження шкіри рук, які неможливо заклеїти водостійким лейкопластирем або медичним клеєм, тимчасово відсторонюються від проведення маніпуляцій, які потребують особливих умов гігієни рук.

Співробітники, які мають гнійничкові та інші інфекційно-запальні захворювання шкіри, тимчасово відсторонюються від догляду за пацієнтами, приготування та роздачі їжі.

Також персонал повинен уникати ситуацій, які пов'язані з ризиком виникнення дерматиту:

- часте необґрунтоване миття рук із застосуванням мийного засобу;
- миття рук із застосуванням надмірно гарячої або холодної води;
- часте і необґрунтоване застосування щіток для миття рук;
- робота в рукавичках за наявності подразнення шкіри;
- тривала необґрунтована робота в рукавичках;
- протирання рук разовою паперовою серветкою;
- нанесення антисептика на вологі руки;
- надягання рукавичок на вологі руки;
- робота з агресивними рідинами та порошками без засобів захисту.

В кінці дня або перед перервою в роботі, але не рідше 1-2 разів на зміну, персоналу слід доглядати за шкірою рук, використовуючи спеціальний крем, сумісний із наявними антисептиками. Приміщення для персоналу (сестринські, ординаторські тощо), роздягальні оснащуються настінним дозатором крему для рук помпового типу.

Крем наноситься на сухі, попередньо вимиті руки та втирається до повного висихання.

Допускається використання індивідуального гігієнічного крему для догляду за шкірою рук.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

У разі виявлення шкірних реакцій, імовірно пов'язаних із застосуванням засобу для антисептики рук, дезінфікуючих або мийних засобів, рукавичок, співробітник повинен в той же день доповісти своєму безпосередньому керівнику, старшій медсестрі й почати лікування цих реакцій. Неодноразові випадки (у 2 та більше працівників) реакцій розбираються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, у т.ч. із внесенням змін до наявних документів щодо гігієни рук, використання рукавичок та засобів захисту, а також безпеки поводження з хімічними та токсичними речовинами. За потреби вирішується питання внесення змін до робочого асортименту антисептиків та дезінфікуючих засобів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

7.2. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме – ВОЗ, 2013.

7.3. Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings – CDC, 2002.

7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Підготовка операційної бригади		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризик інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги, в т.ч. інфекцій ділянки хірургічного втручання, шляхом визначення порядку підготовки членів хірургічної бригади до хірургічної операції.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, ІПНМД, (синоніми – госпітальні інфекції, внутрішньолікарняні інфекції, нозокоміальні інфекції) – будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, яке вражає хворого в результаті його госпіталізації у стаціонар або звернення до лікувального закладу за медичною допомогою, або будь-яке інфекційне захворювання, яке розвинулося внаслідок його професійної діяльності, незалежно від часу появи симптомів захворювання.

Інфекції ділянки хірургічного втручання, ІДХВ – гнійно-запальні інфекційні ускладнення, що виникли протягом певного періоду після операції. Діагноз може бути поставлений на підставі клінічних симптомів або стандартних діагностичних критеріїв.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Лікарня встановлює такий порядок підготовки членів операційної бригади до операції:

- Медична сестра:
 - За потреби приймає душ, переодягається в хірургічний костюм та змінне взуття.
 - Знімає всі прикраси з рук, прибирає волосся.
 - Одягає медичну маску та шапочку.
 - Заходить до операційної та перевіряє готовність і справність апаратури, готовність та комплектність медичного інструменту, розчинів тощо.

- Заходить у передопераційну та забезпечує собі прохід до операційного залу.
- Виконує хірургічну обробку рук.
- Заходить до оперблоку та за допомогою асистента одягає стерильний халат та стерильні рукавички (манжети рукавичок закривають манжети халата).
- За допомогою асистента накриває стерильний стіл та столик Мейо.
- Готує до операції інструменти, розчини, перев'язувальний та шовний матеріал тощо.
- Виконує обробку операційного поля та обкладає його простирадлами.
- Лікарська бригада:
 - За потреби приймає душ, переодягається в хірургічний костюм та змінне взуття.
 - Знімає всі прикраси з рук, за потреби прибирає волосся.
 - Одягає медичну маску та шапочку.
 - Заходить до операційного блоку.
 - Виконує налаштування апаратури та світла.
 - За допомогою операційної медсестри та асистента виконує обробку операційного поля та обкладає його простирадлами.
 - Заходить у передопераційну.
 - Виконує хірургічну обробку рук.
 - Заходить до оперблоку та за допомогою асистента одягає стерильний халат та стерильні рукавички (манжети рукавичок закривають манжети халата).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.2. СОП «Хірургічна антисептична обробка рук»

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, WHO 2018.

7.2. Наказ МОЗ від 04.04.2008 №181 «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».

7.3. Наказ МОЗ від 10.05.2007 №234 «Інструкція з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Хірургічна антисептична обробка рук		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Видалення транзиторної та частково резидентної мікрофлори.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом лікарні, що задіяний у проведенні хірургічних втручань та маніпуляцій, які потребують асептичних умов проведення.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Хірургічна антисептична обробка рук – процедура, яка забезпечує дезінфекцію поверхні шкіри від патогенної транзиторної та частково резидентної мікрофлори.

Транзиторна мікрофлора – мікроорганізми, які колонізують верхні шари шкіри в результаті контакту із забрудненими поверхнями.

Резидентна мікрофлора – мікроорганізми, що постійно перебувають на поверхні та всередині шкірних покривів.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Місце проведення

Всі точки, обладнані для проведення хірургічної антисептики рук.

4.2. Показання

- Всі оперативні втручання, включаючи малоінвазивні.
- Катетеризація центральних вен.
- Уведення катетера для спінальної або епідуральної анестезії.

4.3. Послідовність дій

Хірургічна антисептична обробка рук не скасовує необхідності гігієнічного миття рук з милом перед початком роботи, після відвідування туалету, перед вживанням їжі й у разі, якщо руки явно забруднені. Хірургічна антисептична обробка рук проводиться у два етапи: передопераційне миття рук з милом та обробка антисептиком.

Допускається використання м'яких щіточок разового застосування для очищення піднігтьового простору перед першою операцією.

Техніка передопераційного миття рук:

- Відкрити кран з водою, відрегулювати температуру і натиск води до комфортного або піднести руки під кран з безконтактним включенням подачі води і дочекатися теплої води.
- Змочити кисті, передпліччя до ліктьового суглоба водою.
- Взяти порцію рідкого мила, нанести і ретельно намити змочені ділянки, включаючи ліктьовий згин.
- Змити мило, даючи воді стекти від кінчиків пальців до ліктя. Руки весь час перебувають у положенні «кінчики пальців вище ліктя».
- Взяти другу порцію рідкого мила, нанести її на всі поверхні кистей, зап'ясть до середини передпліччя.
- Круговими рухами помити обидва зап'ястя і частини передпліччя (див. Інструкцію з техніки миття рук з милом), кожен етап повторюється 5-8 разів:
 - круговими рухами потерти одну долоню об іншу;
 - правою долонею розтирати тильну поверхню лівої кисті, поміняти руки;
 - розтирати долонею долоню, переплітаючи пальці;
 - з'єднати пальці в «замок», тильною стороною зігнутих пальців розтирати долоню іншої руки;
 - охопити основу великого пальця лівої руки між великим і вказівним пальцями правої руки, терти обертальними рухами. Поміняти руки;
 - круговим рухом терти долоню лівої кисті кінчиками пальців правої руки, поміняти руки.
- Акуратно, уникаючи розбризкування, підставити кисті під воду в положенні «пальці вище зап'ясть». Повертаючи руки під струменем, домогтися повного змивання мила і піни. Почекати, поки надлишки води стечуть з ліктів.
- Не струшуючи воду з рук, взяти дві порції серветок з диспенсера. Складеними рушниками промокнути воду з поверхні руки, поетапно від кінчиків пальців до ліктя. Поміняти руки. Якщо необхідно – взяти ще серветок. Домогтися повного висушування рук. Використані серветки скинути в педальне відро з відходами категорії А.
- Ліктем або з використанням останньої порції серветок закрити кран, якщо він не має безконтактного припинення подачі води.

Техніка хірургічної обробки рук антисептиком:

- Антисептик наноситься виключно на сухі й чисті руки.
- Техніка хірургічної обробки антисептиком (див. Малюнок 2). Препарат втирається трьома порціями по 5 мл:
 - Натискаючи ліктем на дозатор, нанести першу порцію антисептика в ліву долоню.
 - Занурити кінчики пальців правої руки в антисептик на 5 секунд.

- Рівномірно розподілити антисептик по правому передпліччі до ліктя, включаючи ліктьову ямку.
- Повторити те саме для лівої руки, використовуючи другу порцію антисептика.
- Так само нанести третю порцію антисептика в долоню, розподілити його по всій поверхні кистей.
- Терти долоню об долоню круговими рухами.
- Терти тильну сторону лівої руки, включаючи зап'ястя, долонею правої. Поміняти руки.
- Переплести пальці, розтираючи долонею долоню.
- З'єднати пальці в «замок», розтираючи тильною стороною зігнутих пальців долоню іншої руки.
- Охопити великий палець лівої руки долонею і великим пальцем правої й терти круговими рухами. Поміняти руки.
- Коли руки висохнуть, можна вдягати стерильні рукавички й одяг.

Тривалість процедури:

Передопераційне миття рук – 2 хв.

Хірургічна обробка – 1,5 хв. – для спиртових препаратів (вміст спирту не менше 60%).

4.4. Навчання персоналу

Навчання персоналу хірургічній антисептичній обробці рук проводиться на початку працевлаштування й надалі не рідше 2 разів на рік.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Відповідальна особа з визначеною на рівні лікарні періодичністю проводить моніторинг дотримання показань до гігієнічного миття рук та виконання техніки гігієнічного миття рук під час безпосередньої роботи персоналу.

Результати моніторингу розглядаються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступним аудитом процедури та розробкою коригувальних заходів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Вимоги до одягу і поведження медичного персоналу у зв'язку з інфекційним контролем».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Гігієнічна антисептична обробка рук».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Наказ МОЗ від 21.09.2010 №798 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу».
- 7.2. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

2. ЗАСОБИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Бар'єрні засоби захисту		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризик розповсюдження збудників інфекційних захворювань контактним шляхом, а також потрапляння біологічних або агресивних рідин та аерозолів на шкіру і слизові оболонки персоналу шляхом організації використання адекватних бар'єрних засобів захисту.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Бар'єрні засоби захисту – одяг, вироби або пристрої, призначені для зменшення контакту персоналу, пацієнтів та відвідувачів з рідинами та аерозолями, що становлять біологічну або хімічну небезпеку, а також для зниження ризику контамінації об'єктів лікарні, медичного обладнання та предметів догляду збудниками інфекційних хвороб.

Індивідуальні засоби захисту – бар'єрні засоби індивідуального використання, що призначені для зниження ризику потрапляння на шкіру і/або слизові оболонки крові, інших біологічних та агресивних рідин, порошків та аерозолів.

Абревіатури:

ЗІЗ – Засоби індивідуального захисту.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Класифікація бар'єрних засобів, що використовуються в лікарні

Об'єкт, що захищається	Вид засобу захисту	Місце використання
Обличчя, очі	Прозорі щитки Медичні маски з екранами Ізолюючі окуляри	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, кабінет забору крові, кабінет забору мазків на COVID-19
Органи дихання	Медичні і хірургічні маски, маски з прозорими екранами, респіратори FFP2	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, кабінет забору мазків на COVID-19

Руки	Рукавички оглядові та хірургічні	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, кабінет забору крові, кабінет забору мазків на COVID-19, інші приміщення
Шкіра, одяг	Ізолюючі комбінезони та халати, хірургічні халати, шапочки і капюшони, фартухи, нарукавники, гумові чоботи	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, кабінет забору мазків на COVID-19
Поверхні	Простирадла, серветки з ізоляційного матеріалу з адсорбуючим шаром або без нього	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, інші приміщення
Обладнання, інструменти та їх частини	Чохли з ізоляційного матеріалу	Оперблок, перев'язувальні, маніпуляційні кабінети, інші приміщення

В лікарні не використовуються бар'єрні засоби на кшталт вологих килимків з дезінфекційними розчинами або чохлів для дверних ручок, що просочені дезінфекційними розчинами, а також «дезінфікуючі» рамки та тунелі.

4.2. Використання бар'єрних засобів

У лікарні використовуються разові й багаторазові бар'єрні засоби, включаючи ЗІЗ. Бар'єрні засоби, включаючи ЗІЗ, які в ході використання торкаються асептичних поверхонь і середовищ (ранова поверхня, пошкоджена шкіра/слизові оболонки, стерильні середовища, стерильні пристрої та інструменти тощо) мають бути стерильними.

Вибір відповідного бар'єрного засобу для захисту об'єктів, меблів, обладнання, предметів догляду визначається ризиком виникнення аерозолів, крапель/струменів рідини, що містять інфекційний збудник, а також передбачуваним обсягом рідини/виділень.

У разі високого ризику розбризкування біологічних рідин (під час встановлення катетерів, клізм, зондування тощо) використовуються пелюшки, серветки із водостійких тканин (разові або багаторазові). В операційній для запобігання двосторонній передачі збудників інфекційних захворювань операційний стіл закривається текстильним багаторазовим простирадлом. Для використання в ділянці операційного поля / розрізу використовуються разові стерильні ізолюючі й адсорбуючі серветки і простирадла.

У разі низького ризику утворення аерозолів для захисту пацієнтів від передачі збудників інфекційних захворювань контактним шляхом (наприклад, під час транспортування, перев'язок чи інших подібних процесів) використовуються тканинні (одноразові або багаторазові) простирадла, пелюшки, серветки, які повністю накривають контактну поверхню (візочок, сидіння, перев'язувальний стіл або кушетку тощо). Перевага надається разовим засобам; у випадку використання багаторазових їх слід замінювати після кожного використання.

Допускається використання разових бар'єрних засобів з адсорбуючим шаром у разі невеликих маніпуляцій (забір крові, встановлення катетера, пе-

рев'язування тощо). В такому випадку серветка/пелюшка видаляється після маніпуляції або змінюється за умови намокання адсорбуючого шару.

Якщо в операціях або процедурах, де асептика є обов'язковою умовою, використовується устаткування, апаратура або їхні деталі, які неможливо знезаразити чи простерилізувати, допускається прикривати деталі та приладдя разовими чохлами з бар'єрних засобів (стерильних або нестерильних, залежно від виду контакту і рівня ризику).

Обов'язковим є використання спеціальних презервативів для всіх видів вагінального і ректального ультразвукового дослідження.

4.3. Використання засобів індивідуального захисту



Повсякденний медичний одяг (уніформа) не є повноцінним бар'єрним засобом захисту, оскільки має високий ризик просочування рідинами/аерозолями і далі – потрапляння на шкіру персоналу або поширення на об'єкти оточення.

Індивідуальні окуляри для корекції зору, а також контактні лінзи не є альтернативою засобам захисту очей.

Використання бар'єрних та індивідуальних засобів захисту не є заміною процедури гігієни рук, а також процесам дезінфекції поверхонь та обладнання.

Вибір відповідного ЗІЗ для роботи визначається:

- ризиком, інтенсивністю і тривалістю утворення бризок/аерозолів біологічних або агресивних рідин/порошків;
- видом і складом аерозолів;
- ризиком передачі збудника контактним шляхом;
- тривалістю і незручністю роботи в ЗІЗ.

Засоби захисту обличчя й органів дихання

Комбінація засобів захисту обличчя має повністю прикривати обличчя від крапель, бризок і аерозолів. У разі участі співробітника в процедурах з ризиком утворення бризок перевагу слід віддавати масці/респіратору зі щитком або масці з вбудованим екраном.

Респіратори разом з ізолюючими окулярами використовуються для захисту персоналу при безпосередній участі в проведенні аерозоль-генеруючих процедур у пацієнтів з відомою або підозрюваною інфекцією з крапельним або аерогенним механізмом передачі.

Деталі використання масок, респіраторів описані в СОП «Засоби респіраторного захисту».

Захисний одяг

Захисним одягом вважаються:

- ізолюючі комбінезони і халати;
- хірургічні стерильні халати;
- шапочки і капюшони;
- фартухи, нарукавники;
- гумові чоботи.

В операційній члени хірургічної бригади й операційна медсестра використовують стерильні багаторазові або одноразові халати. В інших випадках як захисний одяг за потреби (що базується на попередній оцінці ризиків) допускається використання нестерильних ізолюючих халатів і комбінезонів.

Шапочки і капюшони використовуються:

- якщо є поєднання ризику утворення аерозолів і потрапляння його на волосся персоналу, який бере участь у процедурі, а також на волосся пацієнта;
- як бар'єр від потрапляння волосся персоналу на асептичні поверхні й у стерильні середовища.

Шапочки і капюшони мають повністю закривати волосся з усіх боків. Ситуації, коли частина зачіски визирає з-під шапочки/капюшона, слід розглядати як неправильне носіння ЗІЗ. Шапочку не слід використовувати, коли зазначені ризики відсутні або мінімальні.

Фартухи, нарукавники використовуються в процедурах з високим ризиком утворення бризок, якщо халати або комбінезони не забезпечують достатньої гідроізоляції, а також під час дезінфекції і миття виробів медичного призначення. Якщо є необхідність використання стерильного халата, нарукавники і фартух надягають під нього.

Гумові чоботи використовуються під час процедур з утворенням або ризиком утворення великої кількості рідини (в т.ч. біологічної), що потрапляє на одяг та/або на підлогу.

4.5. Порядок надягання та знімання засобів захисту

4.5.1. Надягання ЗІЗ

Перед використанням ЗІЗ щоразу проводиться ідентифікація майбутніх ризиків. Елементи ЗІЗ, які не є актуальними, не використовуються.

Манжети рукавів ізолюючих або хірургічних халатів мають бути заправлені в рукавички; нарукавники в разі їх носіння поверх халата мають прикривати краї рукавичок. Краї капюшона заходять під ізолюючі окуляри або щиток, якщо конструкція дає таку можливість.

4.5.2. Знімання ЗІЗ

Знімання ЗІЗ (включаючи ізольоване носіння рукавичок або маски) проводиться, щойно зникають показання до їх носіння або в разі їх пошкодження і/або зниження захисної здатності. Для масок і респіраторів зниження захисної здатності відбувається у разі зволоження під час дихання або через потрапляння рідини.

Знімання фартуха, халата, комбінезона проводиться ззаду наперед, акуратним згортанням його в згорток зовнішньою стороною всередину.

Під час знімання окулярів, маски, респіратора, щитка не можна торкатися зовнішньої або внутрішньої поверхні виробу, знімати можна виключно за гумки/дужки в районі вух або потилиці.

У разі використання ЗІЗ для захисту від контагіозних інфекційних захворювань, їх надягання відбувається в чистій зоні, знімання – на межі брудної і

чистої зон. В оперблоці рукавички, халат, щиток/окуляри знімаються на виході з операційного залу, шапочка, маска/респіратор, бахіли – на виході з оперблоку. Після зняття останнього елемента вимити руки з милом відповідно до СОП «Гігієнічне миття рук».

4.5.3. Порядок надягання та знімання комплектів ЗІЗ на основі:

	ОДЯГАННЯ	ЗНІМАННЯ
Стерильного халата	1. Бахіли або гумові чоботи 2. Медична/хірургічна маска, маска з екраном або респіратор 3. Нарукавники і фартух 4. Щиток або ізолюючі окуляри 5. Шапочка 6. Обробка рук 7. Стерильний халат 8. Хірургічні рукавички	1. Рукавички 2. Халат 3. Нарукавники і фартух 4. Шапочка 5. Щиток або ізолюючі окуляри 6. Бахіли або гумові чоботи 7. Медична/хірургічна маска, маска з екраном або респіратор 8. Обробка рук
Ізолюючого халата	1. Ізолюючий халат 2. Медична/хірургічна маска, маска з екраном або респіратор 3. Щиток або ізолюючі окуляри 4. Шапочка 5. Оглядові або хірургічні рукавички 6. Нарукавники і фартух	1. Нарукавники й фартух 2. Рукавички 3. Шапочка 4. Щиток або ізолюючі окуляри 5. Ізолюючий халат 6. Медична/хірургічна маска, маска з екраном або респіратор 7. Обробка рук

Приклад порядку надягання і знімання комплекту на основі ізолюючого халата наведений у в Додатку 1.

4.6. Забезпеченість та зберігання

Обсяг незнижуваного запасу по кожному виду бар'єрних засобів визначається відповідно до поточної та запланованої епідемічної ситуації та операційної активності.

При виборі респіраторів для закупівлі перевагу слід віддавати сертифікованим респіраторам FFP2 без клапана видиху, при виборі масок – сертифікованим медичним і хірургічним маскам з кольоровим диференціюванням зовнішньої й внутрішньої поверхонь. Вибір та узгодження робочого асортименту ЗІЗ проводиться за участю госпітального епідеміолога, головної медсестри або на засіданні комісії з інфекційного контролю.

Кількості наявних на робочих місцях бар'єрних й індивідуальних засобів має вистачати щонайменше на два робочі дні з розрахунку максимальної добової потреби (включаючи запас на вихідні та святкові дні). Відповідальність за своєчасну видачу на місця бар'єрних та індивідуальних засобів покладається на старшу медичну сестру та сестру-господиню.

Зберігання бар'єрних та індивідуальних засобів має передбачати неможливість їх забруднення та контамінації – закриті шафи, полиці, коробки-дис-

пенсери тощо. Розрізання рулонних бар'єрних засобів (пелюшок) на відрізки робочої довжини слід проводити в чистих місцях чистими руками й інструментами.



Забороняється:

- Зберігати і переносити маски, респіратори, рукавички тощо в кишенях одягу.
- Зберігати рулонні бар'єрні засоби на підлозі, а також на шафах.

Стерильні й нестерильні бар'єрні та індивідуальні засоби зберігаються окремо (різні шафи, полиці або відмежування простором) для зниження ризику їх переплутати.

Терміни зберігання готових стерильних ЗІЗ (комбінезони та халати, рукавички тощо) визначаються виробником у вигляді надрукованої дати кінцевого терміну використання. Кожен медпрацівник перед використанням будь-якого стерильного бар'єрного або індивідуального засобу повинен перевіряти термін стерильності й цілісність упаковки. Виріб з відкритої упаковки слід використати негайно або зберігати в асептичних умовах на стерильному столі.

У разі виявлення упаковки зі стерильними ЗІЗ, що не відповідає вимогам (термін стерильності, цілісність, наявність і стан хімічного індикатора), ЗІЗ з неї не використовують, а утилізують (залежно від типу виробу) або використовують у нестерильних умовах.

Управління стерильними бар'єрними й індивідуальними засобами, що стерилізуються в лікарні, проводиться відповідно до групи СОПів, що описують процеси пакування, стерилізації та зберігання виробів медичного призначення.

4.7. Утилізація бар'єрних та індивідуальних засобів

Не допускається використання бар'єрних засобів більш ніж один раз (на одну процедуру).

Використані разові бар'єрні й захисні засоби, а також багаторазові, які втратили свої споживчі властивості, утилізуються відповідно до вимог СОПів щодо управління відходами.

Наслідки розливів біологічних рідин, аерозолів усуваються відповідно до СОП «Дії у разі аварійного забруднення біологічними матеріалами».

Багаторазові бар'єрні й захисні засоби підлягають очищенню та знезараженню після кожного використання відповідно до СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту». Текстильні вироби, взуття знезаражуються, миються або перуться відповідно до СОП «Організація прання білизни».

Під час утилізації або обробки бар'єрних і захисних засобів слід дотримуватися обережності й використовувати відповідні ЗІЗ згідно з п. 4.2 згаданого СОПу. Під час сортування, утилізації забороняється робити різкі рухи, струшувати вироби або іншим способом сприяти утворенню вторинного ае-

розолю, що містить збудник інфекційних захворювань або агресивні рідини чи порошки.

4.8. Навчання персоналу

Персонал, що використовує комплекти ЗІЗ, проходить щорічне практичне навчання стосовно порядку надягання і знімання ЗІЗ. Новий персонал має пройти практичне навчання в перші три дні в рамках програми з наставництва.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

СОП не має особливих показників якості.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

- 6.1. СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту».
- 6.2. СОП «Дії у разі аварійного забруднення біологічними матеріалами».
- 6.3. СОП «Менеджмент відходів категорії А».
- 6.4. СОП «Менеджмент відходів категорії В».
- 6.5. СОП «Менеджмент відходів категорії С».

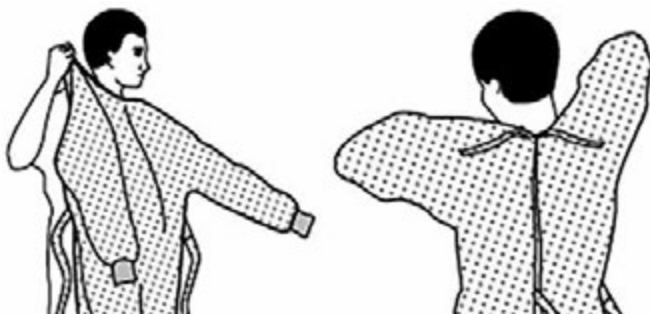
7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. A practical guide "The basics of infection control". American International Health Alliance, 2003.
- 7.3. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre – WHO, 2020.
- 7.4. Glove Use Information Leaflet – WHO, 2009.
- 7.5. Sequence for putting on personal protective equipment – CDC <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPE-Sequence.pdf>
- 7.6. Наказ МОЗ України від 28.03.2020 №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (Covid19)».
- 7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

ПРИКЛАД ПОРЯДКУ НАДЯГАННЯ КОМПЛЕКТУ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НА ОСНОВІ ІЗОЛЮЮЧОГО ХАЛАТА

Ізолюючий халат

Після надягання переконайтеся, що халат прикриває тіло від шиї до колін, руки від плечей до зап'ясть. Зав'язки на шиї і талії мають бути зав'язані. Оберніть пояс навколо талії.



Щиток або ізолюючі окуляри

Припасуйте за розміром голови, якщо це можливо.



Рукавички

Переконайтеся в тому, що рукавички покривають манжети рукавів.



ПРИКЛАД ПОРЯДКУ ЗНІМАННЯ КОМПЛЕКТУ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НА ОСНОВІ ІЗОЛЮЮЧОГО ХАЛАТА

Рукавички

Перед зняттям рукавичок зніміть нарукавники і фартух.

Зовнішня поверхня рукавичок контаміновані.

Схопивши пальцями поверхню в ділянці долоні, зніміть першу рукавичку і тримайте її в руці.

Просунувши палець звільненої від рукавички руки під резинку другої рукавички, підчепіть її й акуратно зніміть. Викиньте обидві рукавички.



Щиток або окуляри

Зовнішня поверхня шапочки і щитка контаміновані.

Підчепивши пальцями шапочку зсередини, зніміть її.

Акуратно за ремінь/обідок зніміть щиток, не торкаючись зовнішньої сторони.



Халат

Зовнішня поверхня халата контамінована.

Акуратно з боку спини зверху вниз знімайте халат, не торкаючись зовнішньої поверхні. Згортайте халат по ходу знімання зовнішньою поверхнею всередину.

Викиньте згорток у спеціальну ємність.



Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Засоби респіраторного захисту		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризик розповсюдження збудників інфекційних захворювань повітряним та крапельним шляхом, а також ризик вдихання персоналом крапель і випаровувань агресивних рідин та аерозолів шляхом організації використання відповідних засобів захисту органів дихання.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Засоби респіраторного захисту – засоби індивідуального використання, що призначені для зниження ризику вдихання медичним персоналом аерозолів, що містять або може містити інфекційний агент (кров, інші біологічні рідини), а також агресивні рідини та порошки.

Аерозоль-генеруючі процедури – процедури, маніпуляції, які супроводжуються неконтрольованим надходженням у повітря великої кількості дрібнокрапельного аерозолів (інтубація трахеї, серцево-легенева реанімація, неінвазивна вентиляція легень, вентиляція легень на відкритому або негерметичному контурі, трахеотомія, догляд за трахеостомаю, аспіраційна санація, бронхоскопія, інгаляційне введення ліків, дослідження функції дихання, збір мокротиння і мазків з носоглотки тощо).

Абревіатури:

ЗІЗ – Засоби індивідуального захисту.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Вибір відповідного ЗІЗ для респіраторного захисту визначається:

- ризиком, інтенсивністю і тривалістю утворення бризок/аерозолів біологічних або агресивних рідин/порошків;
- розміром мікрокрапель і складом аерозолів;
- тривалістю і незручністю роботи в ЗІЗ.

До засобів респіраторного захисту належать:

- маски медичні, маски хірургічні, маски медичні з вбудованим прозорим екраном (у контексті цього СОПу далі – маски);

- респіратори з клапаном видиху та без нього (далі – респіратори).

Перед проведенням маніпуляцій та процедур і використанням ЗІЗ щоразу проводиться ідентифікація майбутніх ризиків утворення аерозолів.

Маски повинен використовувати персонал, який безпосередньо бере участь в чистих або асептичних процедурах, як засіб запобігання потраплянню власної мікрофлори персоналу на асептичні поверхні й у стерильні середовища (ранова поверхня, порожнини тіла, пошкоджена шкіра/слизові оболонки, стерильні пристрої та інструменти тощо). Носіння медичної маски є частиною респіраторної гігієни й обов'язкове для людей (персоналу, відвідувачів та пацієнтів) із проявами респіраторних інфекцій. Додаткові правила носіння масок регулюються відповідними документами на період сезонного або епідемічного підвищення захворюваності на респіраторні захворювання. Крім того, маски використовуються персоналом, що працює з дезінфекційними розчинами, порошками дезінфекційних або мийних засобів та пральними порошками. Показання до носіння масок як бар'єрного ЗІЗ описані в СОП «Бар'єрні засоби захисту».

Респіратори використовують для захисту персоналу, що бере участь у проведенні аерозоль-генеруючих процедур у пацієнтів з відомою або підозрюваною інфекцією з крапельним або аерогенним механізмом передачі, а також у разі надання допомоги пацієнтам з відомим туберкульозом легень з бактеріовиділенням.

Маски і респіратори під час їх використання мають повністю закривати ніс і рот. Гнучка носова пластина має бути зігнута за формою носа. Не рекомендується у процесі роботи будь-яким чином торкатися одягненої маски/респіратора.

Не допускається носіння бороди особами, які мають використовувати респіратор. Чоловіки з бородами/вусами, що не можуть бути прикриті маскою, повинні вкоротити бороду/вуса до її розмірів.

Деталі використання комплексу засобів захисту обличчя описані в СОП «Бар'єрні засоби захисту».

4.2. Порядок надягання та знімання засобів захисту

4.2.1. Одягання ЗІЗ

Одягання респіраторних ЗІЗ відбувається, щойно виникають показання для їх носіння. У приміщенні для одягання масок та респіраторів має бути дзеркало для самоконтролю якості одягання.

4.2.2. Знімання ЗІЗ

Знімання ЗІЗ проводиться, щойно зникають показання до їх носіння або в разі їх пошкодження і/або зниження захисної здатності (наприклад, зволоження під час дихання або через потрапляння рідини).

Знімаючи окуляри, маску, респіратор, щиток, не можна торкатися зовнішньої або внутрішньої поверхні виробу, знімати можна виключно за резинки/дужки в районі вух або потилиці.

У разі використання ЗІЗ для захисту від контагіозних інфекційних захворювань, їх надягання відбувається в чистій зоні, знімання – на межі брудної і чистої

зон. В оперблоці маска або респіратор знімаються на виході з оперблоку. Після зняття слід вимити руки з милом відповідно до СОП «Гігієнічне миття рук».

4.2.3. Порядок надягання та знімання засобів респіраторного захисту:

	ОДЯГАННЯ	ЗНІМАННЯ
Маска	За потреби обробити руки. Визначити передню поверхню та верхній край маски. Зігнути носову пластину. Розправити маску. Одягти гумки на вуха та притиснути до обличчя внутрішньою поверхнею. Розташувати маску зручно на обличчі, підігнути носову пластину по формі носа. Подивитися у дзеркало і переконатися, що маска одягнута симетрично.	Переконатися, що маска більше не потрібна та ризики відсутні. За потреби обробити руки. Обережно зняти маску, тримаючись за гумки таким чином, щоб не торкатися зовнішньої поверхні маски. Скинути маску у відповідну ємкість. Обробити руки.
Респіратор	Переконатися, що ви в безпечній зоні. За потреби обробити руки. Дістати респіратор з упаковки. Розправити панелі та стрічки респіатора. Розташувати респіратор на долоні внутрішньою стороною до себе, носовою пластиною догори. Прикласти респіратор до обличчя. Одягнути спочатку верхню стрічку на потилицю вище вуха, потім нижню стрічку – на потилицю нижче вуха. Переконатися в дзеркалі, що респіратор одягнений симетрично, стрічки не перекрутилися. За потреби – поправити респіратор або стрічки. Двома руками підігнути носову пластину по формі носа. Провести «тест долоні» – легко притиснути одягнений респіратор до обличчя долонею та зробити декілька різких видихів. Респіратор одягнений правильно, якщо під час видихів немає відчуття повітря, що виходить з-під респіатора по його периметру. За потреби поправити респіратор, стрічки та носову пластину.	Переконатися, що респіратор більше не потрібен та ризики відсутні. Обережно зняти респіратор, тримаючись за еластичні стрічки таким чином, щоб не торкатися зовнішньої поверхні. Скинути респіратор у відповідну ємкість. Обробити руки.

Детальний порядок надягання респіатора наведено в Додатку 1.

4.3. Забезпеченість та зберігання

Обсяг незнижуваного запасу по кожному виду бар'єрних засобів визначається відповідно до поточної та запланованої епідемічної ситуації й операційної активності.

Вибираючи респіратори для закупівлі, перевагу слід віддавати сертифікованим респіраторам FFP2 без клапана видиху; вибираючи маски – сертифікованим медичним і хірургічним маскам із кольоровим диференціюванням зовнішньої й внутрішньої поверхонь. Вибір та узгодження робочого асортименту ЗІЗ здійснюються з участю госпітального епідеміолога, головної медичної сестри або на засіданні комісії з інфекційного контролю.

Кількості наявних на робочих місцях індивідуальних засобів респіраторного захисту має вистачати щонайменше на два робочі дні з розрахунку максимальної добової потреби (включаючи запас на вихідні та святкові дні). Відповідальність за своєчасну видачу ЗІЗ на місця покладається на старшу медсестру та сестру-господиню.

Зберігання ЗІЗ має передбачати неможливість їх забруднення та контамінації – закриті шафи, полиці, коробки-диспенсери тощо.



Забороняється:

Зберігати і переносити маски, респіратори в кишенях одягу.

4.7. Утилізація засобів респіраторного захисту

Не допускається повторне використання засобів респіраторного захисту.

Використані засоби утилізуються відповідно до вимог СОПів щодо управління відходами. Під час утилізації засобів слід дотримуватися обережності й використовувати відповідні ЗІЗ згідно з СОП «Бар'єрні засоби захисту». Під час знімання, сортування, утилізації забороняється робити різкі рухи, струшувати вироби або іншим способом сприяти утворенню вторинного аерозолі, що містить збудник інфекційних захворювань або агресивні рідини чи порошки.

4.8. Навчання персоналу

Персонал, що використовує засоби респіраторного захисту, проходить щорічне практичне навчання щодо порядку їх надягання і знімання. Новий персонал має пройти практичне навчання та фіт-тест у перші три дні в рамках програми з наставництва.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

100% працівників, що мають показання до використання респіраторів, повинні щонайменше один раз на рік пройти фіт-тест, що підтверджується відповідним протоколом або записом у журналі.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. A practical guide "The basics of infection control". American International Health Alliance. 2003.

7.3. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre – WHO, 2020

7.4. Glove Use Information Leaflet – WHO, 2009.

7.5. Sequence for putting on personal protective equipment – CDC <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPE-Sequence.pdf>

7.6. Наказ МОЗ України від 28.03.2020 №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (Covid19)».

7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

ПРИКЛАД ПОРЯДКУ НАДЯГАННЯ КОМПЛЕКТУ ЗАСОБІВ РЕСПІРАТОРНОГО ЗАХИСТУ

Медична маска або респіратор

Зав'яжіть зав'язки навколо голови і
ший або надіньте гумки на вуха.
Зігніть носову пластину по формі
носа.

Розправте маску по обличчю від
носа до підборіддя.

Переконайтеся у щільності
прилягання (для респіратора).



ПРИКЛАД ПОРЯДКУ ЗНІМАННЯ КОМПЛЕКТУ ЗАСОБІВ РЕСПІРАТОРНОГО ЗАХИСТУ

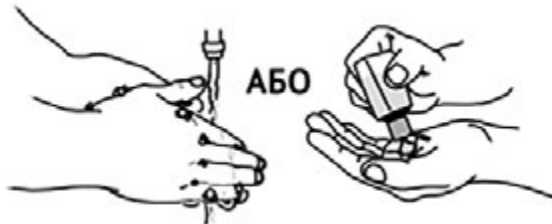
Маска/респіратор

Зовнішня поверхня маски контамінована.
Акуратно підчепіть гумки/зав'язки з боку
потилиці і зніміть маску ззаду наперед.
Викиньте маску в спеціальний
контейнер.



5. Гігієна рук

Після зняття комплекту проведіть
гігієнічну обробку рук або миття з милом.



3.КОНТРОЛЬ ЗА ОКРЕМИМИ ГРУПАМИ ІНФЕКЦІЙ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Виявлення та реєстрація інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити рівень інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги, шляхом визначення стратегії щодо виявлення, аналізу та реагування на виявлені випадки.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, (синоніми – госпітальні інфекції, внутрішньолікарняні інфекції, нозокоміальні інфекції) – будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, яке вражає хворого в результаті його госпіталізації до стаціонару або звернення до лікувального закладу за медичною допомогою, чи будь-яке інфекційне захворювання, яке розвинулося внаслідок його професійної діяльності незалежно від часу появи симптомів захворювання.

Повторювані інфекції – це інфекційні захворювання, що постійно циркулюють у країні і мають певну сезонність (наприклад, грип).

Спалах інфекційних захворювань – група випадків контагіозних інфекційних захворювань, що виникли одночасно або в рамках одного інкубаційного періоду та пов'язані між собою спільним джерелом інфекції та/або факторами передачі.

Інфекції ділянки хірургічного втручання – гнійно-запальні інфекційні ускладнення, що виникли протягом 30 днів після операції (для імплантів – протягом 1 року). Діагноз може бути поставлений на підставі клінічних симптомів або стандартних визначень випадків (Додаток 1).

Імплант – чужорідне тіло, що вводиться в тіло людини хірургічним шляхом.

Інфекції, асоційовані з сечовим катетером – інфекція, яка зачіпає будь-яку частину сечовидільної системи, включаючи уретру, сечовий міхур, сечоводи, нирки, і пов'язана з використанням сечового катетера в поєднанні з клінічною симптоматикою, яка підтверджує їх інфекційну природу.

Катетер-асоційовані інфекції кровотоку – група госпітальних інфек-

ційних ускладнень, що розвиваються в результаті використання судинного катетера для введення лікарських засобів, забору проб крові чи інших процедур під час надання медичної допомоги.

Госпітальні пневмонії – захворювання, що характеризуються появою на рентгенограмі нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях через 48 годин і більше після госпіталізації в поєднанні з клінічною симптоматикою, яка підтверджує їх інфекційну природу.

Абревіатури:

ІК – інфекційний контроль.

ІПНМД – інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги.

ІДХВ – інфекції ділянки хірургічного втручання.

ІАСК – інфекції, асоційовані з сечовим катетером.

КАІК – катетер-асоційовані інфекції кровотоку.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Виявлення інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги

Лікарня збирає й оцінює дані про:

- а) інфекції дихальних шляхів – процедури й медичне обладнання, пов'язані з інтубацією, механічною вентиляційною підтримкою, трахеостомією тощо;
- б) інфекції сечовивідних шляхів – інвазивні процедури й медичне обладнання, пов'язані з постійними сечовими катетерами, системами дренажу сечі, доглядом за ними тощо;
- в) внутрішньосудинні інвазивні пристрої, асоційовані з внутрішньолікарняними інфекціями, – установка і догляд за центральними венозними катетерами, периферійними системами для внутрішньовенного вливання тощо;
- г) ділянки хірургічного втручання – догляд за ними і тип перев'язки, а також пов'язані з ними асептичні процедури;
- д) епідеміологічно значущі захворювання й організми – мультирезистентні (резистентні до багатьох лікарських засобів) організми, високовірулентні інфекції;
- е) повторювані інфекції та спалахи інфекційних захворювань.

4.2. Виявлення госпітальних інфекцій

4.2.1. Сфера відповідальності медичної сестри

Симптоми, підозрілі на госпітальні інфекції (почервоніння, біль, гній тощо), виявляються медсестрою під час догляду за пацієнтом. Про виявлені симптоми медсестра повинна відразу повідомити особисто лікуючого або чергового лікаря і зробити позначку в журналі передачі змін.

4.2.2. Сфера відповідальності лікаря

Лікар повинен враховувати виявлений медсестрою симптом, що може бути пов'язаний з госпітальною інфекцією. Про такий випадок слід повідомити під час консилиумів, п'ятихвилинок або під час передачі змін.

Лікуючий/черговий лікар несе відповідальність за:

- раннє виявлення і реєстрацію ускладнення або підозри на інфекційне захворювання в електронній системі в той же день;
- організацію мікробіологічного посіву в разі підозри на гнійно-септичні процеси.

Лікуючий лікар кожен випадок ускладнення у вигляді госпітальної інфекції заносить в карту стаціонарного хворого і виносить його у виписаний епікриз. Виявлені під час догляду за пацієнтом (наприклад, на перев'язках) ознаки ІДХВ вносяться до журналу перев'язок.

4.2.3. Сфера відповідальності завідувача відділення

Медичний директор спільно з завідувачем відділення щотижня переглядають журнал перев'язок з метою виявлення нових випадків інфекцій, що можуть бути пов'язані з наданням медичної допомоги. Спільно з епідеміологом проводиться розбір кожного випадку з виявленням причин, ризиків поширення інфекції, заходів щодо усунення та профілактики поширення. Того ж дня про випадок повідомляється головному лікарю й узгоджується план заходів з усунення і профілактики поширення інфекції.

За фактом виписки пацієнта завідувач відділення оцінює заповнення карти стаціонарного хворого на предмет наявності симптомів ІПНМД. Виявлені симптоми або ускладнення розбираються з медичним директором і епідеміологом за описаним вище порядком.

Медичний директор в кінці місяця на підставі цих розслідувань формує звіт для головного лікаря, в якому вказує виявлені причини ускладнень, вжиті заходи, а також у разі виявлення спалаху інфекційних захворювань – пропонує заходи щодо недопущення повторення ситуації.

4.2.4. Сфера відповідальності госпітального епідеміолога

Згідно з наказом МОЗ від 10.01.2006 №1 «Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної ... захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» епідеміолог відправляє екстрене повідомлення Ф-59-о в місцевий лабораторний центр по телефону (вписати) і письмово протягом 12 годин по кожному випадку госпітальної інфекції або підозри на неї. Випадок реєструється в «Журналі екстрених повідомлень Ф.60» і «Реєстрі госпітальних інфекцій».

В кінці кварталу епідеміолог отримує з баклабораторії дані про посиви з даними про видовий склад і чутливість до антибіотиків в електронному вигляді для підсумкового аналізу. В аналіз включаються як дані від пацієнтів, так і дані про виявлену мікрофлору з об'єктів зовнішнього середовища.

Перелік об'єктів мікробіологічного дослідження щорічно переглядається і затверджується на черговому засіданні комісії з інфекційного контролю.

Дані, що стосуються епідемічної ситуації на рівні установи, представляються на засіданнях комітету з контролю інфекцій і доводяться до відома керівництва та медичних працівників установи.

Дані щодо стійкості й чутливості до антибіотиків передаються (кому – вказати) для врахування при перегляді робочого асортименту антибіотиків, а також медичному директору для ініціації внесення змін до протоколів емпіричної антибіотикопрофілактики й антибіотикотерапії.

Щокварталу і за підсумками року епідеміолог проводить збір даних і аналізує такі показники:

	Показник	Формула для розрахунку
1	Інфекції дихальної системи (інфекції, асоційовані з інтубацією, механічною вентиляційною підтримкою)	$(n / (\text{вентилятор-годин})) * 1000$
2	Інфекції, асоційовані з сечовим катетером	$(n / (\text{днів на катетері})) * 1000$
3	Інфекції, асоційовані з венозним катетером	$(n / (\text{днів на катетері})) * 1000$
4	Інфекції ділянки хірургічного втручання	$(n / (\text{операцій})) * 100\%$
5	Мультирезистентні організми	
6	Повторювані інфекції та спалахи інфекційних захворювань	

4.3. Аналіз даних з метою визначення пріоритетів для зниження рівня інфекцій

На рівні лікарні епідеміологічний нагляд проводиться систематично, шляхом збору та оцінки даних, важливих з епідеміологічної точки зору, з подальшим визначенням пріоритетів для зниження інфекцій. Активно використовуються такі джерела інформації:

1. Вибірковий аналіз ($\geq 10\%$) історій хвороби оперованих пацієнтів.
2. Спостереження за станом оперованих пацієнтів, з метою активного виявлення гнійно-септичних ускладнень.
3. Спостереження за результатами підозр на ІПНМД, виявлених медсестрами.

Для аналізу з метою визначення пріоритетів для зниження рівня інфекцій мають значення загальні дані, а саме:

- демографічні дані (вік, стать);
- анамнестичні дані (наявність супутніх хронічних захворювань, діабет, ожиріння тощо);
- дані про госпіталізацію (діагноз, тривалість госпіталізації, дата появи перших ознак);
- призначення антибіотиків;
- клінічні ознаки (температура, відчуття болю, місцеве запалення, шви, кашель, гнійна мокрота, піурія тощо);
- лабораторні дані (аналіз крові (кількість лейкоцитів, ШОЕ, ПЛР), аналіз сечі (наявність і кількість лейкоцитів, білка, бактерій), бактеріологічні дослідження рідин або тканин із визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів), рентген.

Водночас проводиться оцінка конкретних даних, які вказують на появу інфекцій, а саме:

а) Дихальна система

Критерії для визначення інфекції:

Внутрішньолікарняна пневмонія

Критерії визначення випадків наведені в Додатку 1 «Стандартні визначення випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги».

Фактори ризику інфекцій дихальних шляхів:

- вік (літні люди);
- тяжкість основного захворювання;
- загальмована свідомість або її відсутність;
- неврологічні розлади, зокрема порушення ковтання;
- імуносупресивний стан;
- респіраторні вірусні інфекції;
- хронічні захворювання бронхолегеневої системи;
- штучна вентиляція легень;
- трахеостомія;
- повторна бронхоскопія;
- використання носових та орогастральних трубок;
- кома;
- операція на голові, шиї, грудях і верхніх сегментах живота;
- інтубація;
- використання анестезувальних препаратів;
- іммобілізація.

б) Інфекції сечовивідних шляхів

Критерії для визначення інфекції:

Критерії визначення випадків наведені в Додатку 1 «Стандартні визначення випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги».

Фактори ризику при інфекціях сечовивідних шляхів:

- катетеризація сечового міхура;
- вік (літні пацієнти);
- патологія сечового міхура;
- стать: частіше зустрічається у жінок;
- іммобілізація;
- імунодефіцит;
- сечокам'яна хвороба;
- недостатня обробка/стерилізація інструментарію (катетери, цистоскопи, ендоскопи);
- недотримання гігієни рук медичних працівників;
- безпідставна катетеризація;
- тривала антибактеріальна терапія.

с) Інфекції, асоційовані з венозним катетером

Критерії для визначення інфекції:

Критерії визначення випадків наведені в Додатку 1 «Стандартні визначення випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги».

Фактори ризику інфекцій:

- вік пацієнтів (ризик вище у пацієнтів похилого та старечого віку, а також у дітей, зокрема у новонароджених);
- тривале перебування в стаціонарі до постановки ЦВК (центрального венозного катетера);
- чоловіча стать;
- недотримання асептики під час встановлення і догляду за ЦВК;
- фонові захворювання (вищий ризик у пацієнтів зі захворюваннями крові й імунodefіцитними станами, а також з опіками, травмою або хворих на цукровий діабет);
- катетеризація стегнової або внутрішньої яремної вени (у результаті більшої мікробної колонізації);
- багатопросвітний катетер;
- множинні катетери;
- парентеральне харчування.

d) Інфекції ділянки хірургічного втручання

Хірургічні інфекції діляться на 2 групи:

А. Інфекція розрізів

1) поверхневі інфекції (в запальний процес залучені тільки шкіра і підшкірні тканини);

2) глибокі інфекції (з участю глибоких тканин).

Б. Інфекція органів/порожнин (включає будь-яку анатомічну частину тіла (орган або порожнину), за винятком стінок тіла в ділянці розрізу, які були відкриті під час операції)

Критерії для визначення інфекції:

Критерії визначення випадків наведені в Додатку 1 «Стандартні визначення випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги».

Фактори ризику інфекцій

Передопераційні чинники включають:

- тривале перебування хворого в стаціонарі перед операцією;
- колонізацію пацієнта резистентними штамми мікроорганізмів;
- неналежну антибіотикопрофілактику;
- неналежну антисептичну обробку шкіри операційного поля і рук членів хірургічної бригади;
- загальну гіпотермію (переохолодження), стрес пацієнта тощо.

Операційні фактори включають:

- рівень мікробної контамінації хірургічної рани резистентними штамми мікроорганізмів;
- недотримання вимог асептики й антисептики;
- тривалість хірургічної операції;
- складність хірургічної операції;
- адекватність гемостазу;
- рівень травматизації тканин;

- наявність сторонніх тіл (імплантатів, трансплантатів) у ділянці хірургічного втручання;
- наявність некротизованих або значно пошкоджених тканин;
- наявність хірургічних дренажів, які сприяють міграції резистентних мікроорганізмів зі шкіри в рану;
- травматизація органів шлунково-кишкового тракту, кровоносних судин, сечових шляхів.

Джерела збору даних для спостереження інфекцій

- Медична карта амбулаторного хворого (форма № -025/0);
- Медична карта стаціонарного хворого (форма № -003/0);
- Реєстр госпітальних інфекцій;
- Журнал передачі змін медсестер;
- Активне спостереження за пацієнтами в післяопераційному періоді;
- Бактеріологічні дані й визначення стійкості до антибіотиків;
- Результати лабораторних досліджень;
- Результати діагностичних досліджень.

4.4. Стратегії ІК лікарні

Дані, отримані в ході аналізу випадків ІПНМД, оцінки ризиків ІК, мікробіологічного моніторингу за мікрофлорою, отриманою від пацієнтів, зовнішнього середовища оперблоку і госпітального відділення, гігієни рук, враховуються під час планового перегляду процедур з ІК, а також плану заходів із запобігання і контролю інфекцій.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

На підставі даних епідемічного нагляду за три роки встановлюється фоновий рівень захворюваності по кожній із груп ІПНМД. Перевищення фонового рівня розцінюється як показник епідемічного неблагополуччя, потребує валідації даних та обліку в реєстрі ризиків ІК.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. Процедура не має пов'язаних документів.

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. World Health Organization. Infection Prevention and Control in Health Care. Accessed Nov 13, 2016.
- 7.2. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, – WHO 2018.
- 7.3. Наказ МОЗ від 04.04.2008 №181 «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».
- 7.4. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections – CDC, 2011-2017.
- 7.5. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections – CDC, 2009-2017.

7.6. Наказ МОЗ від 19.03.2007 №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»».

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ВИПАДКІВ ІНФЕКЦІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАнням МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Катетер-асоційовані інфекції кровотоку

Наявність у пацієнта центрального чи периферичного венозного катетера або факт використання катетера в анамнезі в період, обмежений термінами виникнення симптомів, а також відповідність критеріям.

Критерій 1: У пацієнта визначено патогенний організм шляхом одного або декількох досліджень гемокультури, і мікрофлора, отримана з гемокультури, не має стосунку до інфекційних процесів іншої локалізації.

Критерій 2: У пацієнта є хоча б один з наведених нижче критеріїв:

- Лихоманка вище 38°C, озноб або гіпотензія.
- Ознаки, симптоми і позитивні результати лабораторних досліджень не мають стосунку до інфекційних процесів інших локалізацій.
- Із двох і більше досліджень гемокультур, взятих у різні моменти часу, отримані умовно-патогенні мікроорганізми (тобто дифтеріоди (*Corynebacterium* spp., HE C. *Diphtheriae*), *Bacillus* spp. (HE B.*antracis*), *Propionobacterium* spp., коагулазо-негативні стафілококи (включаючи *S.epidermidis*), стрептококи групи *viridans*, *Aerococcus* spp. і *Micrococcus* spp. Останні мають бути виявлені в період інфекційного вікна. Це 7-денний період, включаючи день, коли був отриманий позитивний результат, три дні до нього і три дні після. День, коли була забрана гемокультура, в якій виявлено відповідний умовно-патогенний мікроорганізм, вважається днем, коли почалася відповідна клінічна подія).

Інфекції, асоційовані з сечовим катетером

1. На момент огляду у пацієнта встановлений постійний сечовий катетер, який стоїть (стояв) не менше 2 діб та видалений не пізніше доби до огляду.

2. У пацієнта є хоча б один з наведених нижче симптомів:

- лихоманка з температурою понад 38°C¹;
- болісність у надлобковій ділянці;

¹ Лихоманка – неспецифічний симптом; тому через припущення щодо існування іншої причини лихоманки вона не може бути виключена з критеріїв інфекції сечовивідних шляхів.

- біль при пальпації в поперековій ділянці;
- часте й болісне сечовипускання².

3. У бактеріологічному посіві сечі пацієнта хоча б один вид мікроорганізмів виявлено в титрі не менше 10^5 КУО/мл.

Усі елементи критеріїв інфекції сечовивідних шляхів мають проявлятися в період інфекційного вікна.

Внутрішньолікарняна пневмонія

- Виникнення на рентгенограмі нових вогнищ інфільтративних змін в легенях;

- Дві з наведених нижче ознак:

- температура вище $38,3^{\circ}\text{C}$;
- бронхіальна гіперсекреція;
- індекс оксигінації ($\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$) менше 240;
- кашель, тахіпное, локальна крепітація, вологі хрипи, бронхіальне дихання;
- кількість лейкоцитів у крові менше $4 \cdot 10^9/\text{л}$ або більше $12 \cdot 10^9/\text{л}$, паличкоядерний зсув більше 10%;
- гнійне мокротиння / бронхіальний секрет (більше 25 поліморфоядерних лейкоцитів у полі зору при мікроскопії з малим збільшенням $\times 100$).

Інфекції ділянки хірургічного втручання

Глибокі ІДХВ

Ознаки інфікування проявляються протягом 30 днів після операції, або протягом 365 днів за наявності імплантату:

- гнійні виділення з глибокого розрізу, але не з органа/порожнини що був ділянкою хірургічного втручання;
- спонтанне розходження країв рани або навмисне її розкриття хірургом, коли у пацієнта є щонайменше одна з таких ознак або один із симптомів:
 - лихоманка (температура $>38^{\circ}\text{C}$),
 - локалізований біль або болісні відчуття, за винятком тих випадків, коли є негативний результат бактеріологічного дослідження матеріалу з рани;
- абсцес або інші ознаки інфікування в місці глибокого розрізу, що виявляються при безпосередньому обстеженні, під час повторної операції або під час гістологічного/рентгенологічного дослідження;
- встановлений хірургом або практикуючим лікарем діагноз: глибоке післяопераційне інфікування.

² Ці симптоми не враховуються при встановленому катетері. Встановлений постійний катетер може бути причиною виникнення у пацієнта скарг на часті, нестримні сечовипускання і дизуричні явища без наявності супутніх ускладнень.

ІДХВ органа/порожнини

Інфекція виникає протягом 30 днів після операції за відсутності імпланту, або протягом 90 днів, якщо був встановлений імплант; ураження будь-якої анатомічної ділянки тіла (органу, порожнини), крім ділянки операційного втручання, за наявності принаймні одного з критеріїв:

- гнійні виділення з дренажа, розміщеного в органі/порожнині;
- виділення культури мікроорганізмів з рідини або тканини, отриманої з органу/порожнини з дотриманням вимог асептики під час забору матеріалу;
- абсцес або інші ознаки інфекції, включаючи інфікування органу/порожнини, які були виявлені під час безпосереднього обстеження, повторної операції або гістопатологічного чи радіологічного дослідження.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Організація виявлення хворих на педикульоз		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику виникнення спалахів педикульозу в медичному закладі шляхом організації ефективного виявлення хворих та заходів санітарної обробки.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом у підрозділах закладу, що визначені такими, де є ризик занесення та передачі збудників педикульозу.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

У процедурі не використовуються специфічні терміни чи аббревіатури.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Виявлення випадків

У приймальному відділенні старша медсестра організує огляд на педикульоз кожного пацієнта, що госпіталізується в лікарню. Виконавець – чергова медсестра приймального відділення.

Пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, слід оглядати щотижня. Виконавець – чергова медсестра відділення.

Огляд проводиться в добре освітлюваному місці (вказати конкретно). Під час огляду слід використовувати спеціальну укладку (Додаток 1).

Результат огляду заноситься до відповідного розділу медичної карти стаціонарного хворого.

4.2. Санітарна обробка та протипедикульозні заходи

У разі виявлення педикульозу (як живих вошей, так й ізолюваних гнид) пацієнт повинен пройти санітарну обробку, а його речі, включаючи постільну білизну, – обробку в дезкамері.

Для санітарної обробки використовується протипедикульозний засіб та густий гребінець (повний перелік зазначено в Додатку 1). Обробка пацієнта проводиться за участі молодшого та (за потреби) середнього медичного персоналу в душовій кімнаті.

Обробка волосся проводиться згідно з інструкцією на протипедикульоз-

ний засіб. Після обробки, експозиції та промивання волосся його розчісують густим гребінцем для механічного видалення гнид. Повторна обробка пацієнта проводиться через 7 днів або згідно з інструкцією до протипедикульозного засобу.

Гребінець після кожного використання підлягає дезінфекції хімічним способом.

4.3. Матеріальне забезпечення протипедикульозних заходів

Під час огляду слід використовувати спеціальну укладку (Додаток 1). Укладка та набір протипедикульозних засобів зберігається в приймальному відділенні (або в стаціонарному відділенні – вказати). Старша медсестра (вказати) відділення несе відповідальність за наявність та своєчасне замовлення протипедикульозних засобів. При цьому слід обрати засіб, що вбиває живі воші та гниди й має добавки, які сприяють від'єднанню гнид. Засіб має бути зареєстрований в Україні, мати відповідну документацію та бути дозволеним для застосування вагітним жінкам і дітям (за потреби).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Показником неблагополуччя по лікарні вважається перевищення середнього показника захворюваності на педикульоз за 3 роки. Захворюваність за рік обчислюється за формулою:

$$\frac{(\text{кількість виявлених випадків})}{(\text{кількість госпіталізованих пацієнтів})} \times 1000$$

Кожен випадок педикульозу та сухого гнидозу підлягає реєстрації в журналі обліку та реєстрації інфекційних захворювань (ф.60) із заповненням та передачею екстреного повідомлення (ф.58-о) у відповідному порядку.

Кожен випадок педикульозу всередині відділення має бути розібраний на засіданні комісії з інфекційного контролю з наступною розробкою коригувальних заходів.

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами згідно з планом роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. Процедура не має пов'язаних документів.

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 28.03.94 №38 «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом».

Перелік укладки для огляду на педикульоз

- Настільна лампа (за потреби)
- Густий гребінець
- Лупа

Перелік укладки для обробки хворого на педикульоз

- Мішок для збору речей хворого
- Клейончата або поліетиленова пелерина (за потреби)
- Густий гребінець
- Протипедикульозний препарат для обробки волосся

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Запобігання поширенню інфекцій, що передаються крапельним шляхом		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Запобігання спалаху інфекцій, що передаються крапельним шляхом, та створення умов для їх ліквідації.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура виконується лікуючим/черговим лікарем у разі підозри на інфекцію, що передається крапельним шляхом.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Процедура не має аббревіатур, визначень та термінів.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Лікуючий/черговий лікар має дотримуватись такого алгоритму:

4.1. Виявити хворого з підозрою на інфекційне захворювання.

Підозра на інфекцію, що передається крапельним шляхом, встановлюється у разі виявлення у пацієнта таких симптомів: температура тіла вище 37,5 °С, кашель, біль у горлі, нежить, катаральні симптоми, загальна слабкість, біль у м'язах, висип.

Перелік найбільш поширених інфекцій, що передаються крапельним шляхом: грип, аденовірусна інфекція, риновірусна інфекція, кашлюк, скарлатина, менінгококова інфекція, дифтерія, коронавірусна інфекція.

4.2. Попросити пацієнта одягнути маску.

4.3. Обмежити коло контактних осіб серед медичних працівників. За можливості дотримуватись фізичної дистанції з пацієнтом (1,5 м).

4.4. Засоби індивідуального захисту використовуються згідно з СОП «Засоби респіраторного захисту» та СОП «Бар'єрні засоби захисту».

4.5. Ізолювати хворого до підтвердження або спростування діагнозу.

Для зменшення ризику поширення інфекції, що передається крапельним шляхом, пацієнта необхідно ізолювати в окрему палату з окремим санітарним вузлом.

Можливе когортне розміщення таких пацієнтів.

4.6. У палаті, де перебував пацієнт до ізоляції, проводиться дезінфекція висококонтактних поверхонь та провітрювання приміщення.

4.7. Викликати лікаря-інфекціоніста для підтвердження діагнозу.

Номер телефону в робочий час _____

Номер телефону в неробочий час _____

4.8. Зафіксувати дані пацієнтів та персоналу, що контактували з особою, в якій виявлено підозру або підтвердження випадку.

Дані фіксуються в довільній формі, для ведення обліку контактних осіб у разі підтвердження діагнозу. Вказуються ПІБ контактної особи, місце проживання, телефон, місце роботи.

4.9. Якщо визначення випадку підпадає під критерії, визначені наказом МОЗ України від 28.12.2015 №905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації», подати форму №058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» до місцевого лабораторного центру (номер телефону _____).

Форма подається не пізніше, ніж через 12 годин після встановлення підозри/діагнозу.

4.10. Зафіксувати підтверджений випадок за формою первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань».

4.11. Після виписки/переведення пацієнта необхідно провести дезінфекцію висококонтактних поверхонь та провітрювання приміщень.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль якості виконання та знання процедури проводиться 1 раз на рік за чек-листом, що містить такі запитання: знання телефонів сповіщення (телефони мають бути розміщені у доступному місці); наявність форми первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та бланків форми №058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» до місцевого лабораторного центру.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Застосування природної вентиляції».

6.2. СОП «Організація генерального прибирання».

6.3. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ України від 28.12.2015 №905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».

7.2. Наказ МОЗ від 10.01.2006 №1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкції щодо їх заповнення».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Запобігання поширенню інфекцій, що передаються повітряним шляхом		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Запобігання спалаху інфекцій, що передаються повітряним шляхом, та створення умов для їх ліквідації.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура виконується лікуючим/черговим лікарем у разі встановлення підозри на інфекцію, що передається повітряним шляхом.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Процедура не має аббревіатур, визначень та термінів.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Лікуючий/черговий лікар має дотримуватись такого алгоритму:

4.1. Виявити хворого з підозрою на інфекційне захворювання.

Підозра на інфекцію, що передається повітряним шляхом, встановлюється у разі виявлення у пацієнта таких симптомів: температура тіла вище 37,2°C, кашель, біль у горлі, нежить, катаральні симптоми, загальна слабкість, біль у м'язах, висип¹.

Перелік найбільш поширених інфекцій, що передаються повітряним шляхом: туберкульоз, кір, вітряна віспа.

4.2. Попросити пацієнта одягнути маску.

4.3. Обмежити коло контактних осіб серед медичних працівників. За можливості дотримуватись фізичної дистанції з пацієнтом (1,5 м).

4.4. Засоби індивідуального захисту використовуються згідно з СОП «Засоби респіраторного захисту». За тісного контакту з пацієнтом з повітряною інфекцією слід одягнути респіратор.

4.5. Ізолювати хворого до підтвердження або спростування діагнозу.

Для зменшення ризику поширення інфекції, що передається повітряним шляхом, пацієнта необхідно ізолювати в окрему палату з окремим санітарним вузлом.

¹ З огляду на подібність симптомів захворювань, що передаються крапельним та повітряним шляхом, остаточний обсяг заходів обирається зазвичай після встановлення діагнозу або за результатами епідеміологічного аналізу.

4.6. У палаті, де перебував пацієнт до ізоляції, проводиться провітрювання приміщення.

4.7. Викликати лікаря-інфекціоніста для підтвердження діагнозу.

Номер телефону в робочий час _____

Номер телефону в неробочий час _____

4.8. Зафіксувати дані пацієнтів та персоналу, що контактували з особою, у якої виявлено підозру або підтвердження випадку.

Дані фіксуються у довільній формі, для ведення обліку контактних осіб у разі підтвердження діагнозу. Вказуються ПІБ контактної особи, місце проживання, телефон, місце роботи.

4.9. Якщо визначення випадку підпадає під критерії, визначені наказом МОЗ України від 28.12.2015 №905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації», подати форму №058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» до місцевого лабораторного центру (номер телефону _____).

Форма подається не пізніше, ніж через 12 годин після встановлення підозри/діагнозу.

4.10. Зафіксувати підтверджений випадок за формою первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань».

4.11. У разі підтвердження діагнозу розглянути питання про переведення пацієнта до інфекційного стаціонару.

4.12. Після виписки/переведення пацієнта необхідно провести дезінфекцію висококонтактних поверхонь та провітрювання приміщень.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль якості виконання та знання процедури проводиться 1 раз на рік за чек-листом, що містить такі запитання: знання телефонів сповіщення (телефони мають бути розміщені у доступному місці), наявність форми первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та бланків форми №058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» до місцевого лабораторного центру.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

6.1. СОП «Застосування природної вентиляції».

6.2. СОП «Засоби респіраторного захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ України від 28.12.2015 №905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».

- 7.2. Наказ МОЗ України від 10.01.2006 №1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкції щодо їх заповнення».
- 7.3. Наказ МОЗ України від 01.02.2019 №287 «Про затвердження стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Запобігання поширенню кишкових інфекцій		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Запобігання спалаху кишкових інфекцій та створення умов для їх ліквідації.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура виконується лікуючим/черговим лікарем у разі встановлення підозри на гостру кишкову інфекцію або підтвердження діагнозу.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Процедура не має абревіатур, визначень та термінів.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Лікуючий/черговий лікар має дотримуватись такого алгоритму:

4.1. Виявити хворого з підозрою на інфекційне захворювання.

Підозра на кишкову інфекцію встановлюється у разі виявлення у пацієнта таких симптомів: біль у животі, нудота, блювання, пронос, підвищена температура тіла, загальна слабкість.

4.2. Ізолювати хворого до підтвердження або спростування діагнозу.

Для зменшення ризику передачі кишкової інфекції контактним шляхом пацієнта необхідно ізолювати в окрему палату з окремим санітарним вузлом.

4.3. Викликати лікаря-інфекціоніста для підтвердження діагнозу.

Номер телефону в робочий час _____

Номер телефону в неробочий час _____

4.4. Зафіксувати дані пацієнтів та персоналу, що контактували з особою, в якій виявлено підозру або підтвердження гострої кишкової інфекції.

Дані фіксуються у довільній формі, для ведення обліку контактних осіб у разі підтвердження діагнозу. Вказуються ПІБ контактної особи, місце проживання, телефон, місце роботи.

4.5. Подати форму №058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію

на щеплення» до місцевого лабораторного центру (номер телефону_____).

Форма подається не пізніше, ніж через 12 годин зі встановлення підозри/діагнозу.

4.6. Зафіксувати підтверджений випадок за формою первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань».

4.7. Після виписки/переведення пацієнта необхідно провести заключну дезінфекцію в палаті, де перебував пацієнт.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль якості виконання та знання процедури проводиться 1 раз на рік за чек-листом, що містить такі запитання: знання телефонів сповіщення (телефони мають бути розміщені у доступному місці); наявність форми первинної облікової документації №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та бланків форми № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» до місцевого лабораторного центру.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Організація генерального прибирання».

6.2. СОП «Організація поточного прибирання».

6.3. СОП «Дезінфекція високонтактних поверхонь».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 28.12.2015 №905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».

7.2. Наказ МОЗ від 10.01.2006 №1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкції щодо їх заповнення».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Запобігання поширенню парентеральних інфекцій		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику зараження персоналу і пацієнтів захворюваннями, що передаються парентеральним шляхом.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Парентеральні інфекції – інфекції, що передаються шляхом потрапляння на пошкоджену шкіру або слизові оболонки крові та/або біологічного матеріалу іншої людини.

Екстрена постконтактна профілактика (ПКП) – медичний захід, спрямований на запобігання розвитку ВІЛ-інфекції та інших парентеральних інфекцій, що передбачає надання першої допомоги, оцінку ризику інфікування, консультування і тестування, залежно від ступеня оціненого ризику, проведення медикаментозної ПКП з наданням підтримки й подальшим медичним спостереженням.

Медикаментозна постконтактна профілактика – проведення короткого курсу антиретровірусної терапії, спрямованого на запобігання розвитку ВІЛ-інфекції.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Кожен пацієнт, якому надається допомога або послуга, має розглядатися, як потенційне джерело будь-яких інфекцій, що передаються парентеральним шляхом, незалежно від того, чи задокументований факт наявності у нього ВІЛ або інших інфекцій.

4.1. Перша допомога

Перша допомога організовується та проводиться негайно після закінчення або переривання контакту із джерелом потенційного інфікування.

Перша допомога передбачає обробку місця контакту:

а) **У разі поранення голкою** або іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини:

- місце контакту промивається водою з милом;
- поранена поверхня тримається під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться;

При цьому не допускається стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню.

б) У разі потрапляння крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин **на непошкоджену шкіру**:

- місце контакту промивається водою з милом.

в) У разі потрапляння крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин **в очі**:

- око промивається водою або фізіологічним розчином.

При цьому не допускається: промивання очей милом або дезінфекційним розчином; знімання контактних лінз під час промивання очей. Контактні лінзи знімаються після промивання очей та обробляються, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання.

г) В разі потрапляння крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин **на слизову оболонку ротової порожнини**:

- рідина, що потрапила до ротової порожнини, випльовується, ротова порожнина декілька разів промивається водою або фізіологічним розчином.

Для промивання ротової порожнини не допускається використання мила чи дезрозчинів.

г) У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу **на халат, одяг**:

- одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;
- шкіру рук та інших ділянок тіла, в разі їх забруднення через одяг, промити водою з милом;
- забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою в розчині одного з дезінфекційних засобів, з наступним дотриманням експозиції.

4.2. Реєстрація випадків

У разі аварії працівник повинен в той же день доповісти про аварію та її обставини своєму безпосередньому керівникові та старшій медсестрі.

Кожен працівник лікарні повинен також доповідати в усній формі про всі ситуації, коли аварія могла статися, проте, за вдалого збігу обставин, не сталася. Старша медсестра збирає анонімну інформацію про такі «майже-аварії» та в кінці місяця передає її до головної медсестри або керівника комісії з інфекційного контролю.

Після проведення першої допомоги заповнюється «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом» форма 108-о. (розробити план дій та комунікації, хто кого сповіщає, кому телефонує!)

Відомості про аварію вносяться у протокол аварії (згідно з наказом МОЗ №955), підписуються керівником закладу (завідувачем відділення). Журнал підписується керівником закладу 1 раз на місяць з зазначенням дати, незалежно від наявності аварій.

Керівник закладу направляє постраждалу особу з протоколом аварії до територіального Центру СНІДУ (телефон, адресу вказати) для вирішення питання щодо екстреної та медикаментозної постконтактної профілактики. Лікар Центру СНІДУ консультує та оцінює ризик зараження.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Випадки неодноразових (2 та більше однотипних випадків) аварійних контактів та «майже-аварій» (ситуацій, що могли призвести до аварій, проте за щасливих обставин не відбулись) розбираються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, у т.ч. внесенням змін до наявних документів, щодо поводження з відходами, гострими виробами, алгоритмів проведення маніпуляцій та надання медичної допомоги, використання рукавичок і засобів захисту тощо. За необхідності вирішується питання комунікації з територіальним/регіональним Центром СНІДУ.

Підрозділи, що протягом року не подали інформації щодо «майже-аварій», підлягають аудиту з боку комісії з інфекційного контролю щодо поводження з відходами, управління гострими виробами, алгоритмів проведення маніпуляцій та надання медичної допомоги, використання рукавичок та засобів захисту, знань персоналу цього СОП тощо.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПи

6.1. СОП «Транспортування біологічного матеріалу».

6.2. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічним матеріалом».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 05.11.2013 №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

7.2. ДСТУ ISO 9001:2015.

7.3. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition.

4. КЕРУВАННЯ ОСНОВНИМИ ПРОЦЕСАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ З ІНФЕКЦІЙНИМ КОНТРОЛЕМ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Безпека приготування та видачі їжі		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризики виникнення харчових інфекцій або харчових отруєнь пацієнтів шляхом організації адекватного замовлення, логістики доставки та видачі, зберігання їжі, а також обробки обладнання.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується молодшим медичним персоналом у відділеннях лікарні, а також персоналом харчоблоку.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

СОП не має специфічних визначень або аббревіатур.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Процедура впроваджує базові заходи, спрямовані на запобігання забрудненню харчової продукції, а також зниження ризиків накопичення патогенної мікрофлори чи її токсинів у харчовій продукції.

4.1. Безпека планування

Обсяг їжі, що готується, визначається згідно з меню-розкладкою та заявою на харчування, яку передає вранці чергова медсестра відділення з метою мінімізації залишків їжі та невикористаних порцій.

Не допускається меню, що включає ризики потрапляння недостатньо обробленого м'яса, яєць в готову продукцію: вся продукція має бути приготована малими порційними шматками або у вигляді фаршу з достатньою термічною обробкою – варіння, смаження, тушіння. Омлети допускаються лише такі, що приготовлені в духовці.

4.2. Безпека приготування

Безпека поводження з сировиною має бути організована згідно з СОП «Контроль якості харчової сировини». Не допускається використання сировини та продуктів, що зберігалися з порушенням умов або термінів зберігання, були забруднені або могли бути забруднені через виявлене порушення технологічного процесу, а також таких, що не мають чітко зазначеного терміну придатності на упаковці або стикері.

Під час приготування їжі має бути організована поточність руху продук-

ції: дільниця миття та чищення (підготування, обвалювання тощо) → «гаряча» дільниця → дільниця готової продукції. За потреби окремо мають бути виділені дільниця холодних страв, дільниця молочних страв, виробів з тіста тощо.

Для кожної дільниці та виду продукції є свій підписаний набір обладнання (дошки для оброблення, ножі, ємності, блендери, м'ясорубки тощо), який зберігається окремо від обладнання інших дільниць та в умовах, що запобігають забрудненню (закриті шафи, чохли тощо). Не допускається використання обладнання з дільниць сирової продукції на дільницях готової продукції та навпаки. Окремо виділяють набори дошок для розділки, ножів, ємностей для сирого м'яса, риби, овочів, готової продукції. Весь виробничий інвентар та приладдя після кожного використання слід мити з лужними мийними засобами, а в кінці дня – дезінфікувати хімічним або фізичним способом.

Поводження з обладнанням та ємностями має унеможливити ризики забруднення готової продукції. Приміром, забороняється ставити ємності з сировиною та продукцією на підлогу та столи, де проводиться робота з продукцією, а також одна на/в іншу.

Після заповнення кожна ємність із сировиною або готовою продукцією має бути накрита відповідною кришкою, харчовою фольгою або плівкою (тільки готова продукція). Якщо планується зберігання, ємність має бути промаркована із зазначенням дати й часу та зберігатись у відповідних умовах.

4.3. Безпека видачі

Приготування та роздавання їжі проводиться у приміщеннях з обмеженим доступом, тобто тільки для працівників харчоблоку, та в кімнатах роздачі.

Після приготування їжа в накритих ємностях (каструлі, відра, контейнери тощо) подається в кімнату роздачі. Всі ємності марковані відповідно до їх призначення, щоб уникнути використання для сирих страв. Персонал харчоблоку щоразу перевіряє посуд, що використовується для доставки, на чистоту та відповідність маркування. Не допускається видача їжі у відділення в ємності чи контейнери, що не мають кришок, маркування, а також в такі, що мають візуальне забруднення. Хліб потрібно видавати лише в упаковках виробника та додатково в текстильних мішках, булочки виробу власного виробництва – в контейнерах або двохарових текстильних мішках.

Термін подачі їжі має бути мінімізований – для уникнення ризиків розвитку збудників інфекційних захворювань. Допускається зберігання приготованих страв на гарячій плиті в харчоблоці не більше 2 годин після приготування. Страви подаються у роздавальну за запитом роздатниці безпосередньо перед видачою пацієнтам. (прописати механізм подачі з харчоблоку до відділення – хто, як, через які входи). Не допускається участь в подачі їжі пацієнтів, відвідувачів, персоналу, що доглядає за пацієнтами або проводить прибирання тощо.

Фасування готової їжі на порції здійснюється в кімнаті роздачі з використанням спеціального промаркованого інвентарю, окремого для різних видів

продукції. Не допускається фасування страв руками. Інвентар для фасування страв зберігається в роздавальній в умовах, що унеможливають їх забруднення. Спецодяг для видачі їжі слід зберігати на «чистій» половині кімнати роздачі в умовах, що запобігають його забрудненню. Спецодяг потрібно змінювати на чистий щодня або після його забруднення.

Порції формуються безпосередньо перед роздаванням їжі. Якщо з певних причин видача їжі пацієнтові має бути відкладена (операція, перев'язки тощо), її слід накрити кришкою. В такому разі на кришку прикріплюється стікер із зазначенням часу приготування. Допускається одноразовий підігрів вистиглої порції в мікрохвильовій печі, якщо з моменту подачі з харчоблоку пройшло не більше 2 годин. Забороняється зберігання невикористаних страв, порцій, харчових залишків у холодильниках, шафах тощо. Виняток становить вершкове масло, якщо воно видається більш ніж на 1 прийом. У цьому разі його зберігання обмежується одним днем.

Видача готових страв і столового приладдя у роздавальній проводиться через віконце видачі. Приймання використаного посуду здійснюється на окремий підписаний столик «Для використаного посуду». У разі прийому їжі по палатах роздача проводиться за допомогою роздавального візка. Порція і столове приладдя ставиться на піднос і накривається кришкою. Накриті підноси з їжею ставляться на верхню полицю візка, підноси з брудними тарілками, столовим приладдям – на нижню. Полиці відповідно марковані «Для підносів з їжею», «Для використаного посуду».

Весь посуд, використаний для доставки та видачі їжі, після кожного використання миється з мийним засобом та за потреби дезінфікується в кімнатах роздачі. Після кожного використання столовий посуд, інвентар для роздачі очищується від залишків у відповідний контейнер для відходів, знезаражується в кімнаті роздачі шляхом занурення у відповідній раковині з ____ розчином на ____ хвилин (вказати згідно з інструкцією до розчину). Після знезараження проводиться миття машинним або ручним методом.

Невикористані протягом 2 годин після приготування або подачі з харчоблоку страви, порції, а також харчові залишки (включаючи залишки з індивідуальних упаковок типу ряжанки, кефіру тощо), відходи виробництва й відбраковування підлягають утилізації як відходи категорії А. Забороняється приготування сухарів із хліба та булочних виробів, що були подані з харчоблоку до відділення.

Під час підготування сировини, приготування та видачі їжі слід дотримуватись правил гігієни рук.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Відповідальний за дотримання цієї інструкції – старший кухар або завідувач харчоблоку, старша медична сестра відділення та головна медична сестра, що мають здійснювати періодичні перевірки дотримання цього СОПу та виявлення ризиків забруднення сировини і продуктів відповідно до осо-

бистого плану роботи не рідше 1 разу на рік (або з більшою кратністю – встановлюється закладом). Контроль проводиться візуальним способом.

Старший зміни харчоблоку або старший кухар відповідає за виявлення порушень технологічного процесу приготування їжі та своєчасне інформування голови комітету з інфекційного контролю та головної медичної сестри.

Аналіз відхилень має бути заслуханий на відповідних нарадах та засіданнях комісії з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесенням змін до наявних документів, щодо зниження ризиків кишкових інфекцій та харчових отруєнь.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Поводження з відходами категорії А».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Організація поточного прибирання».
- 6.4. СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь».
- 6.5. СОП «Контроль якості харчової сировини».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Закон України від 23.12.1997 №771/97-ВР «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів».
- 7.2. Наказ МОЗ від 29.12.2012 №1140 «Медичні вимоги до якості та безпечності харчових продуктів та продовольчої сировини».
- 7.3. ISO 22000:2018 «Система менеджменту харчової безпеки».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Контроль якості харчової сировини		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризики виникнення харчових інфекцій або харчових отруєнь пацієнтів шляхом організації вхідного та поточного контролю якості сировини та продуктів, правил зберігання, а також обробки приладдя.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується молодшим медичним персоналом у відділеннях лікарні, а також персоналом харчоблоку.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

СОП не має специфічних визначень або аббревіатур.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Процедура впроваджує базові заходи, спрямовані на виявлення небезпечної сировини та продуктів під час приймання й відбору для приготування, та для безпечного зберігання.

4.1. Безпека приймання та вхідний контроль якості

Продукти харчування й сировина приймаються старшим кухарем (ко-мірником) з контролем кожної упаковки. Не приймається сировина та продукти, на які немає сертифікатів якості. Забороняється приймання продуктів та сировини з:

- простроченим терміном придатності;
- відсутнім терміном придатності або терміном, який неможливо прочитати;
- залишковим терміном придатності, що становить менше 1/3 від регламентованого;
- візуальними ознаками псування (гниль, пліснява, осад, роздута упаковка, сліди життєдіяльності гризунів і комах, незвичайний колір і запах, ознаки розморожування або повторної заморозки тощо);
- порушенням цілісності заводської упаковки;
- деформацією упаковки – для бляшанок та пластикових упаковок.

Сировина та продукти, що були доставлені до харчоблоку, мають одразу пройти контроль якості та мають бути розміщені по відповідних місцях

зберігання (комори, склади, холодильні та морозильні камери тощо). Сировина або продукти, що не пройшли контролю якості, мають бути одразу промарковані з наступною утилізацією протягом дня (або поверненням постачальнику) та записом в «Журналі відбраковування за результатами контролю якості», й не можуть потрапити до місць зберігання. Таку сировину і продукти слід промаркувати червоним стикером, який не має відклеюватись самостійно, з чітким написом «Обережно – зіпсовано!» (або аналогічним за змістом).

4.2. Безпека зберігання

Розміщуючи в місцях зберігання прийняті продукти і сировину, слід враховувати терміни придатності й надходження за правилом «першим прийшов – першим використаний»: продукти та сировина, що були закуплені пізніше, а також такі, що мають достатні строки зберігання, мають стояти на полиці (в камері) далі від краю, а сировина та продукти, що мають малий залишковий термін зберігання, мають стояти ближче до краю та використовуватись першими.

Продукти, які не мають заводського терміну зберігання (сир, сире м'ясо, заморожені м'ясо, риба, напівфабрикати), а також відкриті упаковки з продуктами, які використовуються більше 1 доби, в обов'язковому порядку позначаються стикерами із зазначенням дати купівлі або дати/ часу відкриття.

Продукти та сировина на полицях і в холодильниках групуються за видами. Не допускається зберігання сировини або продуктів поза їх основним місцем зберігання – на підлозі, столах, підвіконнях тощо. Продукти та сировина, що зберігаються в холодильниках та морозильних камерах, не мають торкатися стінок, дна, дверей/кришки камери, а також рефрижераторних сіток та пластин. Кожна холодильна та морозильна камера має бути оснащена внутрішнім термометром та маркована відповідно до призначення (заморожена риба, заморожене м'ясо, заморожені овочі, сире м'ясо, яйця, молочна продукція тощо). Термометри та гігрометри мають бути встановлені в найбільш критичному місці з точки зору контролю умов зберігання.

Сиру продукцію і напівфабрикати (заморожене і сире м'ясо, риба, яйця тощо) слід зберігати окремо від продуктів, що не піддаються термічній обробці (хліб, молочні продукти, сири, овочі для салатів тощо). Для цього виділені спеціальні приміщення, холодильники з відповідним маркуванням. Заморожені продукти, сировина та напівфабрикати зберігаються у спеціальних морозильних камерах при температурі не вище -18°C. Решта продуктів, що потребують зберігання в холодильнику (молочні продукти, масло вершкове, сири, сирі яйця, відкриті упаковки з томатною пастою, овочі для салатів), – при температурі +2° – + 6°C. Не дозволяється зберігання заморожених продуктів та сировини в сумках-холодильниках.

Сухі продукти, що потребують особливих умов вологості (цукор, борошно, крупи, спеції, хліб, чай, печиво тощо), зберігаються в окремій коморі для сухих продуктів, де встановлений гігрометр та ведеться моніторинг відносної вологості повітря. Хліб та булочні вироби зберігаються на окремій полиці, що має дверцята або спеціальні контейнери.

Старший кухар (на вихідних – черговий кухар) щоранку контролює температуру в холодильниках і морозильних камерах, рівень вологості в коморі сухих продуктів. У разі виявлення відхилення температури в холодильниках, а також за несправності термометра чи холодильного обладнання:

- заморожені продукти повторно не заморожуються, а негайно пускаються у виробництво (за відсутності явних ознак псування);
- молочні продукти, сири, відкриті упаковки з томатною пастою – до виробництва не допускаються.

У разі підвищення вологості в коморі сухих продуктів понад 75% про це повідомляється завідувачу господарчої частини для швидшого вирішення питання про нормалізацію параметрів мікроклімату, а також відділу закупівлі. На цей період вказані продукти великим партіями не закуповуються.

Кожен стелаж та полиця повинні мати гігієнічне покриття та бути маркованими відповідно до призначення. Не допускається використання як гігієнічного покриття клейонок або аналогічних покривів. За використання додаткових органайзерів, боксів, контейнерів або сіток вони повинні мати відповідне маркування та за потреби – кришку.

Не дозволяється використовувати холодильники та комори для зберігання особистих продуктів і речей персоналу. Для зберігання добових проб має бути виділена окрема полиця (полиці) в холодильнику.

Температура холодильників та комор і вологість приміщень щоденно записуються до відповідного журналу (або листів обліку) за підписом старшого кухаря або чергового зміни.

Продукти харчування й сировина зберігаються в приміщеннях з обмеженим рівнем доступу тільки для співробітників харчоблоку.

Місця зберігання не повинні мати незакритих кожухами каналізаційних стояків, опалювальних, водопровідних та інших трубопроводів. Кожухи не повинні мати контрольних люків та ревізійних вікон. У разі використання морозильних кімнат з рефрижераторними установками, а також морозильних камер, конденсат не має потрапляти на сировину або накопичуватися внизу.

У разі організації дератизаційних та дезінсекційних робіт отрутопринади, клейові пастки не мають контактувати з сировиною та продуктами. Графік використання отрут шляхом розприскування має бути узгоджений з графіком генеральних прибирань.

Поточні та генеральні прибирання проводяться згідно з СОП «Організація поточного прибирання» та СОП «Організація генерального прибирання».

Миття й дезінфекцію холодильних та морозильних камер слід проводити щомісяця за повного звільнення камери, за графіком. Миття та дезінфекцію стелажів та полиць слід проводити щомісяця за графіком. Графік має бути доведений до відома відділу закупівлі задля планування закупок/постачання відповідної кількості продуктів та сировини.

4.3. Безпека використання та поточний контроль якості

Під час взяття продуктів для приготування при хорошому освітленні проводиться контроль термінів зберігання, цілісність упаковки, ознак зіпсованості (незвичайний колір і запах, цвіль тощо), слідів псування гризунами чи комахами. Контролю підлягає кожна упаковка продуктів і сировини (включаючи індивідуальні упаковки кефіру, йогурту, сирків тощо). Продукція та сировина з порушеними термінами зберігання, упаковкою без терміну придатності або стикера, з пошкодженою упаковкою, ознаками неякісного продукту або сировини в роботу не допускаються. Вони одразу мають бути марковані, вилучені з місць зберігання, утилізовані (або повернуті постачальнику) та записані до «Журналу відбраковування за результатами контролю якості».

Забороняється використовувати для дефростації заморожених продуктів середні або верхні полиці холодильників.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Відповідальний за дотримання цієї інструкції – старший кухар або завідувач харчоблоку, старша медична сестра відділення та головна медична сестра, які мають проводити періодичні перевірки дотримання СОПу та виявляти ризики забруднення сировини і продуктів відповідно до особистого плану роботи не рідше 1 разу на рік (або з більшою кратністю – встановлюється закладом). Контроль здійснюється візуальним способом, а також шляхом аналізу якості журналів реєстрації температури, вологості та «Журналу відбраковування за результатами контролю якості».

Старший зміни харчоблоку або старший кухар відповідає за виявлення порушень процесів вхідного та поточного контролю якості, безпечного зберігання та своєчасне інформування голови комітету з інфекційного контролю та головної медичної сестри.

Аналіз відхилень має бути заслуханий на відповідних нарадах та засіданнях комісії з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесення змін до наявних документів, щодо безпеки зберігання продуктів та сировини і зниження ризиків кишкових інфекцій та харчових отруєнь.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Поводження з відходами категорії А».

6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.3. СОП «Організація поточного прибирання».

6.4. СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь».

6.5. СОП «Безпека приготування та видачі їжі».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Закон України від 23.12.1997 №771/97-ВР «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів».

7.2. Наказ МОЗ від 29.12.2012 №1140 «Медичні вимоги до якості та безпечності харчових продуктів та продовольчої сировини».

7.3. ISO 22000:2018 «Система менеджменту харчової безпеки».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Відвідування структурних підрозділів лікарні		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризиків занесення та передачі інфекцій у відділення лікарні завдяки стандартизації вимог до відвідувачів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Відвідування – короткочасний візит близьких родичів до хворого, що здійснюється на території відділення або корпусу.

Догляд – довготривале перебування однієї особи в палаті пацієнта з метою надання медичної і немедичної допомоги.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Вимоги до організації відвідувань

- У період, коли нема епідемічного підйому захворюваності на респіраторні захворювання, відвідування обмежуються графіком відвідувань відділення, що розробляється на підставі режиму роботи відділення.
- Догляд за хворими дозволяється з відома лікуючого лікаря та завідувача відділення, про що вноситься запис до медичної карти стаціонарного хворого. Особа, що доглядає, має бути ознайомлена з режимом роботи відділення, правилами гігієни рук та за потреби – правилами використання бар'єрних і респіраторних засобів захисту. Відповідальні за навчання – черговий медичний персонал (медсестри, лікарі – зазначити).
- До відвідувань та догляду допускаються особи, що не мають респіраторних захворювань. Лікуючий лікар, чергова медсестра, персонал рецепції (вказати хто ще) повинен звертати увагу на наявність симптомів респіраторних захворювань у відвідувачів (кашель, нежить, чхання, почервоніння очей та носа тощо) та не дозволяти таким особам відвідування (описати механізм).

- Відвідування та догляд за хворими не дозволяється або призупиняється у разі:
 - проведення в палаті реанімаційних заходів;
 - перебування хворого в операційній або за іншої процедури високого ризику;
 - наявності у пацієнта висококонтagioзного інфекційного захворювання;
 - карантину в відділенні, корпусі або лікарні (якщо умови карантину не дозволяють догляд або відвідування).

4.2. Вимоги до відвідувачів та осіб, що здійснюють догляд

- Перед входом та виходом з відділення/палати необхідно обробляти руки антисептичним засобом.
- У разі виникнення нездужання та навіть незначних катаральних проявів одягнути медичну маску та покинути відділення до встановлення діагнозу сімейним лікарем.
- Верхній одяг та габаритні речі здати в камеру схову та перебувати у відділенні у домашньому одязі та змінному взутті (допускається використання бахіл за умови короткочасного візиту та поганих погодних умов на вулиці).
- Дотримуватись правил гігієни рук, що встановлені в лікарні.
- Під час проведення маніпуляцій, дозволених для виконання родичами, або іншими особами, які здійснюють догляд, що супроводжуються контактом з біологічними матеріалами, дотримуватись правил використання засобів респіраторного захисту, бар'єрних засобів, рукавичок тощо, які встановлені в лікарні.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Процедура не має специфічних показників якості.

Аудит процедури та її вимог проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами згідно з планом роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

6.2. СОП «Засоби респіраторного захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 04.04.2008 №181 «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».

7.2. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме – ВОЗ, 2013.

7.3. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – WHO, 2009.

7.4. Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings – CDC, 2002.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічним матеріалом		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Запобігання або зниження ризику професійних захворювань персоналу шляхом організації порядку дій у разі аварійного забруднення об'єктів кров'ю та іншим біологічним матеріалом.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Аварійне забруднення – потрапляння крові чи іншого біологічного матеріалу на зовнішні або внутрішні поверхні об'єктів, обладнання або підлогу.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Кожного пацієнта, якому надається допомога або послуга, слід розглядати як потенційне джерело будь-яких інфекцій, що передаються парентеральним шляхом, незалежно від того, чи задокументований факт наявності у нього інфекційної хвороби.

4.1. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на поверхні, підлогу:

- Накрити поверхню серветкою або іншим абсорбуючим матеріалом. Після абсорбції рідини серветка утилізується як відходи категорії В.
- Поверхню протерти серветкою, змоченою розчином дезінфекційного засобу.
- Витримати експозицію.

У разі, коли розбилась пробірка з біологічною рідиною, уламки скла обережно за допомогою пінцета або спеціальних рукавичок, що не проколюються, слід перемістити до контейнера з гострими відходами. Поверхня дезінфікується за алгоритмом п. 4.1.

4.2. У разі розливання рідин всередині контейнера для транспортування:

- Контейнер не відкривати до кінця транспортування.

- Обережно відкрити кришку.
- Якщо є уламки скла, обережно за допомогою пінцета або спеціальних рукавичок, що не проколюються, перемістити їх до контейнера з гострими відходами.
- Видалити біоматеріал адсорбуючим матеріалом, який утилізується як відходи категорії B.
- Протерти внутрішні поверхні контейнера та кришки серветкою, змоченою розчином дезінфекційного засобу.
- Витримати експозицію.

4.3. У разі потрапляння біологічних рідин до ротаційної камери центрифуги:

- Центрифугу не включати.
- Видалити біоматеріал адсорбуючим матеріалом, який утилізується як відходи категорії B.
- Протерти внутрішні поверхні камери серветкою, змоченою розчином дезінфекційного засобу.
- Витримати експозицію.

4.4. У разі потрапляння біологічних рідин до ротаційної камери центрифуги, що працює:

- Вимкнути центрифугу та від'єднати її від мережі на 30 хвилин для седиментації аерозолі. Кришку не відкривати.
- Уламки пробірки пінцетом скласти до контейнера з гострими відходами.
- Видалити біоматеріал адсорбуючим матеріалом.
- Протерти внутрішні поверхні камери серветкою, змоченою розчином дезінфекційного засобу.
- Витримати експозицію.

У разі потрапляння крові або інших біологічних рідин на шкіру, слизові оболонки, робочий одяг тощо застосовується СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

4.5. Реєстрація випадків

У разі аварії працівник повинен в той же день доповісти про неї та її обставини своєму безпосередньому керівникові та старшій медсестрі.

Кожен працівник лікарні повинен також доповідати в усній формі про всі ситуації, коли аварія могла статися, проте, за вдалого збігу обставин, не сталася. Старша медсестра збирає анонімну інформацію про такі «майже-аварії» та в кінці місяця передає її до головної медсестри або керівника комісії з інфекційного контролю.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Випадки неодноразових (2 та більше однотипних випадків) аварій розбираються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесенням змін до наявних документів, щодо пово-

дження з відходами, управління гострими виробами, алгоритмів проведення маніпуляцій та надання медичної допомоги, використання рукавичок та засобів захисту тощо.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

6.2. СОП «Транспортування біологічного матеріалу».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 05.11.2013 №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

7.2. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Застосування природної вентиляції		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику поширення інфекцій, що передаються повітряним та крапельним шляхом, завдяки організації ефективного провітрювання приміщень.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом у приміщеннях закладу, що визначені такими, де є ризик передачі інфекцій повітряним та/або крапельним шляхом і де неможливе використання механічної та змішаної вентиляції.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Природна вентиляція (провітрювання) – процес заміщення повітря, що міститься всередині будівлі або приміщення, на зовнішнє повітря та його розподіл через вікна, двері тощо.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Типи природної вентиляції, що використовуються в закладі, та організація роботи:

Наскрізна – використовується шляхом провітрювання через вікна у двох протилежних або суміжних стінах для приміщень, де співвідношення глибини до висоти приміщення більше за 5.

Однобічна – використовується для провітрювання через вікно приміщень, де співвідношення глибини до висоти приміщення не більше за 2,5.

Локальна однобічна – використовується для провітрювання через вікно для приміщень, де співвідношення глибини до висоти приміщення становить від 2,5 до 5.

Провітрюванню підлягають всі приміщення, де перебувають пацієнти, відвідувачі та персонал, якщо це не заборонено правилами режиму роботи відділення, підрозділу, або окремого приміщення, зокрема через наявність та ефективну роботу припливно-витяжної вентиляції або особливі правила асептики приміщення/підрозділу.

Лікарня встановлює графік провітрювання не менше 2 разів на день після

ля кожного прибирання. Час визначається типом провітрювання за розрахунками розділу 4.4. Графік оформлюється за схемою:

Графік провітрювання		
Відділення	Дата _____	Назва приміщення
Час провітрювання	Час виконання	Відмітка про виконання
8:00		
11:00		

Графік провітрювання, залежно від епідемічної ситуації з інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, пори року та температури повітря ззовні приміщень, може бути змінений. Тип доцільного методу природної вентиляції визначається під час оцінки ризиків поширення інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, зокрема й COVID-19, у кожному з приміщень, виходячи з груп пацієнтів, що перебувають у ньому, та виду медичної діяльності. Режим та тип провітрювання оформлюються у вигляді документа для кожного з приміщень підрозділу. Документ переглядається щоразу після зміни режиму роботи або виду надання медичної допомоги.

4.2. Умови використання односторонньої вентиляції

Одностороння вентиляція проводиться для палат, кабінетів лікарського прийому та надання медичної допомоги, інших приміщень високого та середнього рівня ризику передачі інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19. Вентиляція має бути організована через відкрите вікно та за умови зачинених дверей у приміщенні. Залежно від погоди, може бути використана як у періодичному (за графіком), так і в постійному (цілодобово або на весь час роботи приміщення) або змішаному режимі (більшість часу приміщення провітрюється за графіком, проте вікно відкривається на весь час проведення аерозоль-генерувальних процедур та певний час після них). Також використовується як захід інфекційного контролю після заключної дезінфекції приміщення.

У разі періодичного використання односторонньої вентиляції періодичність провітрювань визначається графіком (наприклад, щогодини), або після прийому кожного пацієнта, або після прийому кожного пацієнта, якому встановлений діагноз чи підозра на крапельну або повітряну інфекцію, час провітрювання визначається за розрахунками розділу 4.4.

Режим роботи природної односторонньої вентиляції кабінетів закладу

(розрахувати за допомогою формул нижче)

№ кабінету	Робота, що виконується, ризик поширення інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19	Графік провітрювань
	Прийом пацієнтів з імовірним або підтвердженим COVID-19, середній ризик	Після кожного пацієнта по ____ хв.
	Забір матеріалу з носоглотки від пацієнтів з імовірним або підтвердженим COVID-19, високий ризик	Під час забору та протягом ____ хвилин після останнього забору
Додати		

4.3. Умови використання наскрізної вентиляції

Наскрізна вентиляція проводиться за умови закритих дверей до приміщень для:

- коридорів, холів тощо з середнім рівнем ризику передачі інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19;
- інших приміщень, у т.ч. приміщень високого рівня ризику передачі інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19, де є фізична можливість її організувати.

Може бути використана у періодичному (за графіком), постійному (цілодобово або на весь час роботи приміщення) або змішаному режимі (більшість часу приміщення провітрюється за графіком, проте вікно відкривається на весь час проведення аерозоль-генерувальних процедур та певний час після них). Також використовується після дезінфекції приміщення.

Режим роботи природної наскрізної вентиляції приміщень закладу

(розрахувати за допомогою формул нижче)

№ кабінету	Робота, що виконується, ризик поширення інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19	Графік провітрювань
Коридор поліклініки	Тимчасове перебування пацієнтів з імовірною інфекцією, що передається крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19; середній ризик	Щогодини на ____ хвилин
Реанімаційний зал 2 (кутовий)	Постійне перебування пацієнтів з інфекціями, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19, інтубація, штучна вентиляція легень; високий ризик	Постійно за умови теплої (вище 22 °C) погоди – на весь час перебування пацієнтів або щогодини на ____ хвилин. ____ хвилин після заключної дезінфекції
Додати		

4.4. Розрахунки часу та кратності адекватної вентиляції

В разі періодичного режиму вентиляції уповноважена особа із вказаною періодичністю оцінює час для адекватної вентиляції, що визначається формулою

$$t = \frac{W}{\alpha \cdot S_1 \cdot \sqrt{a_1 u_1^2 - a_2 u_2^2}}, C$$

t – час в секундах

$\alpha = 0,6-0,7$; $a_1 (0,7-0,8)$; $a_2 (0,2-0,3)$ – аеродинамічні коефіцієнти (в дужках вказані найбільш поширені значення)

S (м²) – сумарна площа перетинів, через які повітря надходить до приміщення (квартирка, відкрите вікно)

u_1 (м/с) – швидкість вітру з навітряного боку споруди

u_2 (м/с) – швидкість вітру з підвітряного боку, для середніх умов ($0,5 u_1$)

W – об'єм приміщення

Адекватною вважається кратність 6 разів за годину для приміщень середнього ризику та 12 для приміщень високого ризику передачі COVID-19 (в цьому разі час слід збільшити вдвічі).

В разі **постійного режиму вентиляції** уповноважена особа з зазначеною закладом періодичністю оцінює кратність повітрообміну в приміщеннях за формулою

$$\text{Кратність} = \frac{0,65 \times V \text{ вітру (м/с)} \times S \text{ вікна (м}^2\text{)} \times 3600 \text{ (с/год.)}}{\text{об'єм приміщення (м}^3\text{)}}$$

Адекватною вважається кратність 6 разів за годину для приміщень середнього ризику та 12 – для приміщень високого ризику передачі COVID-19, або 60 літрів на секунду на одного стаціонарного пацієнта у стані середньої тяжкості та 160 літрів на секунду за важкого стану пацієнта.

4.5. Умови використання локальної однобічної вентиляції

Локальна однобічна вентиляція проводиться за умови закритих дверей до приміщень для організації зони локального провітрювання в приміщенні безпосередньо біля вікна, а також направленою потоку повітря від лікаря до пацієнта. Лікар або інший персонал, що працює з пацієнтом, має сидіти спиною до вікна в зоні до 2 метрів біля вікна (зона визначається експериментальним шляхом у кожному приміщенні). Штори, жалюзі не повинні заважати проходу повітря від вікна.

Використовується в постійному режимі на весь час роботи приміщення. Не рекомендується як самостійний захід інфекційного контролю для приміщень з високим ризиком поширення інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19.

4.6. Навчання та управління

Затверджений режим роботи природної вентиляції по кожному з приміщень, включаючи кабінети, палати, коридори та холи, доводиться до всіх працівників закладу, включаючи молодший медичний персонал та реєстратуру.

Відповідальні особи за проведення провітрювання приміщень – молодший медичний персонал (вказати, хто). По факту проведення провітрювання відповідальна особа ставить відмітку про виконання.

Плановий запис пацієнтів враховує перерви на __ хвилин для провітрювання коридора, холів та кабінетів. (Розрахувати за допомогою формул вище)

Тип, режим та графік провітрювання затверджуються комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами (наприклад, завідувачами підрозділів/відділень).

4.7. Забороняється

- Проведення однобічного або локального однобічного провітрювання приміщень за відкритих або не повністю закритих дверей.
- Проведення аерозоль-генерувальних процедур у приміщеннях, де виявлені ризики поширення інфекцій, що передаються крапельним та повітряним шляхом, у т.ч. COVID-19.

- Використання локальної однобічної вентиляції як заходу інфекційного контролю після заключної дезінфекції приміщення (замість наскрізної або однобічної).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль проводиться за допомогою відміток у графіках провітрювань приміщень (вказати, хто та з якою кратністю) та шляхом позапланових перевірок (вказати, хто та з якою кратністю).

Порушення графіка провітрювання, факт відкритих дверей під час провітрювання та інші питання розглядаються на періодичних (вказати) засіданнях комісії з інфекційного контролю або оперативних нарадах керівництва закладу (вказати) з метою розробки коригувальних заходів (наприклад – закупівлі та встановлення пристроїв для автоматичного закривання дверей).

Внутрішній контроль ризиків покладається на старших медичних сестер підрозділів та самоконтроль працівників, що організують природну вентиляцію в приміщеннях.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. Процедура не має пов'язаних документів.

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre – Practical manual – WHO, 2020.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Організація заміни білизни		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризиків поширення збудників інфекційних захворювань, що передаються контактним шляхом, через безпечне поводження з використаною білизною.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується персоналом, який відповідає за заміну білизни: старші медичні сестри, сестри-господині, молодший медичний персонал, персонал пральні та ін.

Процедура не поширюється на процес видачі та забезпечення чистою білизною і спецодягом.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Керування обігом білизни – збір, сортування, зберігання, транспортування, дезінфекція, прання, сушіння, прасування, ремонт, утилізація текстильних виробів у лікарні.

Білизна – в контексті цієї процедури постільна та натільна білизна, ганчірки, мопи, серветки, спецодяг (халати, хірургічні костюми, хірургічні халати), ковдри тощо.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Визначення та управління кратністю заміни

Відділення та інші структурні підрозділи мають бути максимально забезпечені разовими простирадлами, серветками халатами та іншими бар'єрними засобами задля зниження ризику передачі збудників інфекційних захворювань, що передаються контактним шляхом, та зниження навантаження на пральню і спрощення управління білизною. Управління разовою білизною відбувається за СОП «Бар'єрні засоби захисту» та іншими документами й розпорядженнями.

Заміна білизни є важливим етапом для запобігання поширенню збудників внутрішньолікарняних інфекцій, тому потрібно дотримуватись правильного алгоритму дій під час збирання, сортування та транспортування білизни до пральні.

Заміна білизни проводиться згідно з графіком, розробленим для кожного відділення (структурного підрозділу), який затверджується на засіданні комісії з інфекційного контролю та враховує такі критерії за типом відділень:

Тип відділень	Кратність заміни
Хірургічні відділення	• перед операцією • після операції, систематично до припинення виділення з рани • у разі забруднення, але не рідше одного разу на тиждень
Відділення інтенсивної терапії	• щоденно • у разі забруднення
Пологові відділення	• постільної білизни породіллям 1 раз на 3 дні • натільної білизни і рушників — щодня • підкладних пелюшок (серветок) для породіль — за необхідності, але не рідше 4 разів на добу в перші три дні, і далі не рідше 2 разів за добу • пелюшки для годування – після кожного годування
Амбулаторні відділення	• щодня
Інші відділення	• у разі забруднення • 1 раз на тиждень

Крім того, заміна білизни проводиться одразу після виписки пацієнта або переведення його до іншого відділення (постійного або тимчасового).

Рекомендується оформлення графіка заміни білизни у вигляді формуляра. Дотримання графіка заміни білизни контролює старша медична сестра.

Графіки заміни білизни мають бути доступні виконавцям та зберігатися на посту чергової медсестри (вказати для закладу). Зразок формуляра наведений в Додатку 1.

4.2. Проведення заміни білизни

Відповідає за організацію заміни білизни старша медсестра відділення (підрозділу). Заміна білизни проводиться уповноваженим персоналом, що не задіяний у догляді за пацієнтом, приготуванні або роздачі їжі, лікувальних та діагностичних процедурах і маніпуляціях.

Для збору різних за чистотою потоків білизни має бути окремий інвентар, маркований кольором або написами. Мішки, контейнери після заповнення в палаті щільно закрити. Контейнери повинні мати пристрої безконтактного відкривання (педалі, важелі тощо). Для зниження ризиків перехресного забруднення білизни та об'єктів оточення під час переміщення мішків/контейнерів для білизни та відходів категорії В (за потреби) використовуються спеціальні візочки.

Використання засобів захисту, медичних рукавичок та проведення гігієни рук відбувається згідно з СОП «Гігієнічне миття рук», СОП «Бар'єрні засоби захисту» та СОП «Засоби респіраторного захисту».

Збирання брудної білизни проводиться безпосередньо біля ліжка пацієнта.

ента. Для збору білизни використовується відповідно маркований інвентар (мішки, контейнери тощо). Білизна, що має забруднення кров'ю або іншими біологічними матеріалами, одразу збирається окремо від незабрудненої. Мішки/контейнери не повинні мати дефектів.

Забороняється струшувати білизну, класти її на підлогу, стільці, інші ліжка, матраци, поручні тощо.

Після заміни білизни треба провести поточне прибирання приміщення, за потреби – генеральне прибирання.

4.3. Заміна та збирання спецодягу

Лікарня встановлює такі терміни використання та графіки збору спецодягу персоналу, що здається на пральню:

Відділення	Кратність заміни
..	1 раз на добу
..	Після кожної зміни
..	1 раз на 3 дні

Кімнати переодягання персоналу (вказати, де саме) мають баки для збору спецодягу, який підлягає пранню. Баки мають кришку, маркування, мішок відповідного кольору всередині. Щоранку _____ (вказати, хто) збирає мішки та переносить їх до кімнати зберігання брудної білизни.

4.4. Організація доставки до пральні

Протягом дня білизна збирається в мішки/контейнери, що розміщуються в кімнаті зберігання брудної білизни. Білизна зберігається виключно в мішках, у які була зібрана. Для зберігання мішків слід виділити стелажі або полиці, що мають гігієнічне покриття.

Кімната зберігання брудної білизни має бути оснащена витяжною механічною вентиляцією, бактерицидним опромінювачем, умивальником, ліктьовими дозаторами з антисептиком і рідким мийним засобом для обробки рук, закритим диспенсером з одноразовими рушниками для висушування рук, ємкістю для їх збору, дезінфекційними засобами, інвентарем для прибирання.

За графіком мішки з білизною (не більше, ніж через 72 години з моменту збору) доставляються до пральні. Кожен мішок має бути підписаний із вказанням відділення/підрозділу та рівня забруднення білизни (якщо не використовується система кольорового кодування). Відповідальний за своєчасну доставку – _____ (вказати).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

Показником неблагополуччя має бути невиконання графіка доставки матеріалу до пральні, графік аналізується (вказати, ким) щомісяця.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПи

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.2. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».

6.3. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

6.4. СОП «Засоби респіраторного захисту».

6.5. СОП «Організація генерального прибирання».

6.6. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 30.04.2014 №293 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Організація прання білизни		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості й безпеки прання білизни шляхом стандартизації потоків та етапів прання.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується персоналом, що бере участь у процесах прання та підготовки білизни до прання: старші медичні сестри, сестри-господині, персонал пральні тощо.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Управління білизною – збір, сортування, зберігання, транспортування, дезінфекція, прання, сушіння, прасування, ремонт, утилізація текстильних виробів у лікарні.

Білизна – постільна та натільна білизна, ганчірки, мопи, серветки, спецодяг (халати, хірургічні костюми, хірургічні халати), ковдри тощо.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Вимоги до приймання білизни

Білизну до пральні слід транспортувати виключно в контейнерах або мішках. Не допускається приймання білизни або спецодягу, що були доставлені без мішків або контейнерів. Вимоги до контейнерів/мішків описані в СОП «Організація заміни білизни».

Білизна доставляється до приміщень «брудної» половини пральні та залишається на виділених стелажах, полицях або піддонах.

Сортування білизни за потоками прання, рівнем чистоти, видами білизни тощо здійснюється у спеціально виділеному приміщенні «брудної» половини.

Білизна реєструється у спеціальному журналі, на підставі якого виписується накладна/наряд на видачу чистої білизни.

4.2. Знезараження та прання

Для зменшення ризиків передачі та розповсюдження збудників інфекційних захворювань, що передаються контактним шляхом, під час управління білизною, лікарня заковує та використовує пральний засіб з дезінфек-

ційними властивостями для усіх видів білизни, незалежно від відділення та міри забруднення.

На засіданні комісії з інфекційного контролю, враховуючи рекомендації із використання прального засобу з дезінфекційними властивостями _____ (вказати назву), були обрані такі режими прання та дезінфекції білизни для кожного з видів білизни:

Тип потоку	Назва режиму	Номер пральної машини	Максимальна температура, °C	Загальний час циклу прання, хв.
Постільна білизна				
Білизна, що має масивне органічне забруднення				
Кольорові речі, рушники...				
Спецодяг...				
...				
Мопи				
Серветки				

Білизна, що має масивне органічне забруднення, потребує замочування, попереднього прання і споліскування теплою водою перед основним пранням.

Встановлені норми завантаження білизни (визначити відповідно до інструкції до машини) та витрат прального засобу (визначити згідно з інструкцією до прального засобу) для кожної пральної машини:

Номер машини	Норма завантаження білизни (від – до), кг/цикл	Норма дозування прального засобу, г

Для нормування кількості циклів прання та оптимізації витрат прального засобу, води, електроенергії та ресурсу пральної машини «брудна» половина пральні оснащена вагами для білизни та вагами для прального засобу.

Після прання білизна передається на «чисту» половину пральні. Для завантаження пральних машин та вивантаження випраної білизни використовуються два окремі набори ємкостей, що розрізняються за кольором: для завантаження – червоний, для вивантаження – синій (або визначити для закладу). Після сортування білизна передається на дільницю сушіння та прасування (ці два етапи прописати для закладу).

Випрасувану білизну складають на спеціально маркованому столі й комплектують за видами та згідно з маркуванням для кожного відділення/підрозділу. Комплекти пакуються в поліетиленові мішки. Кожен комплект має напис «Продезінфіковано» (або інший – розробити для закладу). Підготовлена для передачі в підрозділи білизна транспортується на склад чистої білизни.

Видача білизни проводиться за графіком/розкладом, щоб персонал, який привозив брудну білизну, випадково не забрав чисту. Видача проводиться за накладною/нарядом (що були підписані сестрою-господинею відділення/підрозділу). Білизна, яка не придатна для подальшого застосування, та не може бути відремонтована, видається окремо, про що робиться запис в накладній, для списання у відділенні.

4.3. Дезінфекція обладнання

Весь інвентар, що був використаний для завантаження та вивантаження, дезінфікується персоналом пральні в кінці дня за принципами СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту».

Мішки, в яких була доставлена білизна, утилізуються, як побутові відходи (у разі використання багаторазових мішків здаються на прання разом з білизною – вибрати для закладу). Контейнери та візочки, що були використані, дезінфікуються персоналом відділення за принципами СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту» після кожного використання.

Технологічне обладнання, баки та трубопроводи мають бути продезінфіковані за режимами, що наведені в таблиці (за потреби розробляються технологічні інструкції з дезінфекції):

Вид обладнання	Спосіб дезінфекції	Кратність	Виконавець
Пральна машина ззовні (поверхні, що торкаються білизни, ручка для відкривання за відсутності двопробних машин)	Протирання дезрозчином	Одразу після заповнення	
Трапи	Зрошення дезрозчином	В кінці дня	
Роздатковий бак, бак для свіжої води, запасний бак	Заповнення дезрозчином	Щомісяця	
Додати			
Додати			

Після кожної дезінфекції виконавець ставить відмітку/підпис у графіку проведення дезінфекції.

4.4. Захист персоналу

Персонал повинен дотримуватись правил гігієни рук та проводити гігієнічну обробку рук антисептиком після закінчення роботи на «брудній» частині або при переході від «брудних» етапів до «чистих». Інші показання до обробки та миття рук описані в СОП «Гігієнічне миття рук».

Правила використання рукавичок, засобів захисту описані в СОП «Бар'єрні засоби захисту» та СОП «Засоби респіраторного захисту».

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами згідно з планом роботи.

Комісія з інфекційного контролю заносить до плану мікробіологічного моніторингу проведення періодичних змивів із білизни, мопів та серветок, що пройшли дезінфекцію та прання у пральні, які проводяться без попередження персоналу, задіяного до прання. **Критерій безпеки** – відсутність патогенної та умовно-патогенної мікрофлори.

Аналізуючи безпеку, слід брати до уваги дотримання графіка дезінфекції обладнання.

Показник якості прання визначається шляхом вибіркової перевірки партії білизни (на наявність плям, нерівних країв, дефектів тощо) не менше 10 виробів і розраховується за формулою:

$$\frac{\text{кількість виробів, що мають зауваження}}{\text{кількість перевірених виробів}} \cdot \%$$

Показник якості виполіскування – відсутність позитивних фенолфталеїнових проб на білизні (за умови використання лужного засобу для прання).

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.2. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».

6.3. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

6.4. СОП «Засоби респіраторного захисту».

6.5. СОП «Організація генерального прибирання».

6.6. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ від 30.04.2014 №293 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Обслуговування бактерицидних опромінювачів		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості роботи ультрафіолетових бактерицидних опромінювачів шляхом організації їх обслуговування.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом на всій території лікарні, де встановлені відкриті й екрановані бактерицидні опромінювачі.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Ультрафіолетові бактерицидні опромінювачі (бактерицидні опромінювачі, УФБО) – пристрої для знезараження повітря шляхом його ультрафіолетового опромінення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Ефективність бактерицидного потоку залежить від чистоти скла бактерицидної лампи, що встановлена в УФБО. Лікарня встановлює графік протирання кожної бактерицидної лампи, що проводиться 70% етиловим спиртом не менше 1 разу на місяць, у приміщеннях з високим пиловим навантаженням – 2 рази на місяць.

Графік розробляється та затверджується керівником відділення за схемою:

Назва приміщення, номер УФБО	Дата проведення	Відмітка про виконання

Відповідальні за проведення протирання – молодший медичний персонал відділення.

Алгоритм протирання:

- 1) Переконатися, що УФБО вимкнений та від'єднаний від електричної мережі.
- 2) Забезпечити безпечний доступ до лампи.
- 3) Підготувати марлеву серветку, змочити її 70% етиловим спиртом.

- 4) Протерти скляну поверхню лампи, уникаючи контакту з металевими частинами та контактами.
- 5) За потреби взяти ще одну серветку та повторити крок 4.
- 6) Використані серветки утилізувати як медичні відходи категорії А.
- 7) Зробити запис у графіку обробки УФБО.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Процедура не має специфічних показників якості.

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. «Поводження з відходами категорії А».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. W. Kowalski. Ultraviolet Germicidal Irradiation Handbook, 2009.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Повірка бактерицидних опромінювачів		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості роботи ультрафіолетових бактерицидних опромінювачів шляхом організації контролю їх ефективності.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується уповноваженим персоналом, що проводить повірку ультрафіолетових бактерицидних опромінювачів у підрозділах лікарні, де встановлені відкриті та екрановані бактерицидні опромінювачі.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Ультрафіолетові бактерицидні опромінювачі (бактерицидні опромінювачі, УФБО) – пристрої для знезараження повітря шляхом його ультрафіолетового опромінення.

Повірка – перевірка якості роботи УФБО інструментальними методами.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Ефективність бактерицидної дії УФБО залежить від поверхневої потужності бактерицидної лампи і здатності випромінювати ультрафіолет спектру С та довжиною хвилі 254 нм, що вимірюється спеціальним приладом – ультрафіолетовим радіометром (UVC-метром).

Вимірюванню підлягає кожна колба (лампа) кожного УФБО одразу після придбання й інсталяції та в подальшому 2 рази на рік.

Вимірювання проводить особа, що уповноважена керівництвом лікарні та пройшла відповідне навчання.

4.1. Алгоритм вимірювання

Оснащення: ультрафіолетовий радіометр (відкалібрований на довжину хвилі 254 нм), штатив/штанга, лінійка або рулетка на 1 метр, засоби захисту.

1. Переконалися, що колба УФБО очищена від бруду та пилу, за потреби провести обробку за СОП «Обслуговування бактерицидних опромінювачів».
2. Переконалися, що в приміщенні немає сторонніх осіб.
3. Включити УФБО та дати йому прогрітися не менше 15 хвилин.

4. Надіти засоби захисту (див. 4.4.).
5. Увімкнути радіометр та переключити його (за потреби) в режим вимірювання поверхневої потужності ультрафіолетового випромінювання.
6. Зайти до приміщення.
7. Встановити датчик радіометра на відстані 1 метр від геометричного центру лампи строго перпендикулярно променям, за потреби – підняти датчик за допомогою штатива або штанги (див. Малюнок 1).
8. Переконатися, що між лампою й датчиком немає сторонніх предметів та датчик радіометра не закритий пальцями чи кришкою.
9. Дочекатися стабілізації показань радіометра.
10. Зафіксувати в протоколі показання приладу.



Малюнок 1. Схема розташування датчика ультрафіолетового радіометра

4.2. Інтерпретація показань

Лампа УФБО потужністю 30 Вт працює ефективно за умови, що поверхнева потужність бактерицидного потоку становить більше 100 мкВт/см^2 . Якщо цей показник менший за 100 мкВт/см^2 , лампа підлягає негайній заміні на нову як така, що вичерпала свій ресурс.

4.3. Облік результатів вимірювання

Результати вимірювання заносяться до протоколу або журналу за схемою:

- Дата проведення вимірювання;
- Дані про УФБО (номер, назва приміщення та підрозділу);
- Номер лампи;
- Результат вимірювання поверхневої потужності бактерицидного потоку, мкВт/см^2 ;
- Дата наступного вимірювання;
- Прізвище, підпис спеціаліста.

4.4. Засоби захисту

Під час вимірювань слід використовувати такі засоби захисту шкіри:

- текстильна маска, балаклава або бандана, що прикриває відкриті ділянки голови, обличчя, вуха та шию;
- текстильні рукавички;
- одяг з довгими рукавами;
- захисні окуляри особливої форми, що не пропускають ультрафіолетове випромінювання.

Для додаткового захисту відкритих ділянок тіла слід використовувати сонцезахисний крем з фактором захисту SPF 50.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Показником якості можна вважати відсоток виконання річного плану перевірок ламп.

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Обслуговування бактерицидних опромінювачів».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ України «Про затвердження Методики використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря в приміщеннях закладів охорони здоров'я».

7.2. W. Kowalski. Ultraviolet Germicidal Irradiation Handbook, 2009.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Підготування пацієнта до операції/пологів		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити рівень інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги, зокрема інфекцій ділянки хірургічного втручання, шляхом додержання стандартів підготування пацієнта до хірургічної операції або пологів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом лікарні та є основою для розробки нових документів.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, (синоніми – внутрішньолікарняні інфекції, нозокоміальні інфекції) – будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, яке вражає хворого в результаті його госпіталізації до стаціонару або звернення до лікувального закладу за медичною допомогою, або будь-яке інфекційне захворювання, яке розвинулося внаслідок його професійної діяльності незалежно від часу появи симптомів захворювання.

Інфекції ділянки хірургічного втручання – гнійно-запальні інфекційні ускладнення, що виникли протягом певного періоду після операції. Діагноз може бути поставлений на підставі клінічних симптомів або стандартних визначень випадків.

Абревіатури:

ІК – інфекційний контроль.

ІПНМД – інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги.

ІДХВ – інфекції ділянки хірургічного втручання.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Лікарня встановлює такі вимоги в рамках політики підготовки пацієнта до операції або пологів:

- Дорослим пацієнтам, що готуються до колоректальних операцій, не призначається механічна підготовка кишечника як самостійний захід без супроводу перорального прийому антибіотиків.

- Видалення волосся в ділянці операції не проводиться. У разі гострої потреби його видаляють за допомогою машинки для стрижки волосся.
- Хірургічна антибіотикопрофілактика проводиться перед хірургічним розрізом та лише в тих випадках, коли це показано. Антибіотик вводиться за 2 години перед розрізом, враховуючи період напіввиведення.
- Хірургічна обробка рук проводиться препаратом на основі спирту перед надяганням стерильних рукавичок.
- Для обробки хірургічного поля використовуються спиртові розчини хлоргексидину.
- Дорослі пацієнти, що перенесли загальну анестезію з ендотрахеальною інтубацією, мають отримувати 80% фракцію кисню упродовж операції та 2-6 годин після неї.
- Після завершення операції хірургічна антибіотикопрофілактика не призначається.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури та її вимог проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

Процедура не має пов'язаних документів.

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, – WHO 2018.
- 7.2. Наказ МОЗ України від 04.04.2008 №181 «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».
- 7.3. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 №234 «Інструкція з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Транспортування біологічного матеріалу		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення безпеки транспортування біологічного матеріалу шляхом впровадження стандарту його забору, пакування, транспортування та розробки.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується персоналом, що бере участь в заборі, пакуванні, транспортуванні та розробці біологічного матеріалу на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Біологічний матеріал (далі – біоматеріал) – зразки крові, сечі, фекалій, мокротиння, спино-мозкової, перитонеальної та плевральної рідини, мазки-відбитки, урогенітальний матеріал, зразки тканин (у т.ч. отримані в ході пункції та біопсії), фрагменти органів, органи та частини тіла, що були взяті в пацієнта/відвідувача в ході діагностичних або лікувальних процедур.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Вимоги до транспортувального контейнера

Будь-яке транспортування біоматеріалу має відбуватись у контейнерах. Контейнер для транспортування має бути виготовлений з матеріалу, що не розбивається, не допускає протікання рідин, мати герметичну кришку та зручні ручки. Зовнішня сторона контейнера має містити позначку біологічної небезпеки та відповідне маркування.

Всередині контейнера має бути адсорбуюча серветка.

Ємкості з біоматеріалом всередині контейнера мають бути розташовані таким чином, щоб запобігти їх випадковому переміщенню та перевертання. Пробірки транспортуються в штативах відповідного розміру.

Якщо біоматеріал транспортується в сумках-холодильниках, до них застосовуються ті ж вимоги, що описані вище.

4.2. Вимоги до ємкостей з біоматеріалом

Рідкі біоматеріали транспортуються виключно в герметичних контейнерах/ємкостях зі щільно закритими кришками/корками.

Тверді біоматеріали пакуються в ємкості з кришками або в подвійні пластикові пакети, виготовлені з міцного матеріалу. Обидва пакети щільно закриваються на пластикову стяжку або зав'язуються.

Кожен контейнер, ємкість або пакет повинен мати етикетку або спеціальне поле на поверхні, де персонал маркером, що не змивається, має вказати:

- Ідентифікатори пацієнта (прізвище, ім'я, по батькові, повну дату народження).
- Назву біоматеріалу.
- Дату та час забору.
- Прізвище та особистий підпис особи, що провела забір (або в разі самостійного забору пацієнтом – особи, що провела контроль якості матеріалу).

Направлення на дослідження оформлюється за відповідною процедурою та містить щонайменше ті самі дані, що й контейнер з біоматеріалом. У випадку, коли зазначення особистих даних пацієнтів на контейнері/пробірці не дозволяється, вони замінюються унікальним цифровим ідентифікатором, що збігається з даними на направленні та іншій документації.



Забороняється:

- вкладати бланки направлень або іншої документації в транспортувальний контейнер навіть за умови їх додаткового упакування в пластикові пакети або файли;
- використовувати транспортувальні контейнери для інших потреб;
- вкладати в транспортувальний контейнер рукавички, дезінфекційні засоби або антисептики тощо;
- транспортувати біоматеріали в контейнерах, що не відповідають умовам пп. 4.1 та 4.2, або без транспортувального контейнера;
- струшувати контейнер або робити велику амплітуду розгойдування під час транспортування.

У випадку аварійного розливання крові чи інших біоматеріалів всередині контейнера слід діяти згідно з СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль безпеки пакування матеріалу, доставленого в лабораторію, проводить персонал лабораторії, який здійснює вхідний контроль якості. Дефекти пакування та маркування також записуються в журнал дефектури разом із дефектами якості матеріалу. Контейнери/ємкості з біоматеріалом, що не мають всіх необхідних даних, до лабораторії не приймаються.

За умови передачі біоматеріалу до зовнішньої лабораторії контроль безпеки пакування та якості маркування проводить спеціально уповноважена особа (вказати, хто).

Керівник лабораторії або уповноважена ним особа проводить щомісячний аналіз журналу дефектури. У разі виявлення 2 та більше однотипних проблем з пакуванням ситуація обговорюється на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступним аудитом процедури та розробкою коригувальних заходів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПи

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.2. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».

6.3. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Наказ МОЗ України від 25.05.2000 №120 «Інструкція з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією».

7.2. ДСП 9.9.5.-080-02 «Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю».

7.3. ДСП 9.9.5.035-99 «Безпека роботи з мікроорганізмами I-II груп патогенності».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Поводження з гострими виробами		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити кількість травм та ризику зараження інфекціями, що пов'язані з травмою від гострих виробів, серед персоналу лікарні, що виконує завдання, пов'язані з поведженням із гострими виробами, шляхом стандартизації придбання, зберігання й утилізації гострих виробів та контейнерів для їх утилізації.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом лікарні, що задіяний у роботах з поведженням із гострими виробами: лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал, а також персонал, відповідальний за вибір, придбання, зберігання й утилізацію гострих виробів та контейнерів для їх утилізації.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Поводження з гострими виробами – зберігання, транспортування, використання, передача іншим особам перед використанням або в процесі використання, збір і утилізація гострих виробів.

Гострі вироби – вироби медичного призначення або їх частини, які мають конструктивні елементи, що можуть викликати проколювання або розрізування шкіри / слизових оболонок під час поводження з ними. Приклад гострих виробів: голки шприців і систем, пункційні голки, леза скальпелів, кінчики ножиць, хірургічні голки, залишки й осколки ампул і виробів зі скла тощо. Не вважається гострим виробом голка, що має наконечник заводського виробництва, який у процесі експлуатації пристрою або його частини не знімався, наприклад, голка з упаковки, в якій був використаний лише шприц.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Зберігання

Місця і способи зберігання гострих виробів мають унеможливлювати їх випадкове падіння на персонал і пацієнтів – закриті полиці, зберігання шарами не вище бортика, використання висувних ящиків, коробок-органайзерів

або упаковки виробника. Місця зберігання гострих виробів повинні мати обмежений доступ тільки для персоналу, що пройшов навчання.

4.2. Транспортування

Транспортування гострих виробів між приміщеннями здійснюється виключно в упаковці виробника, з захисними пристосуваннями (ковпачками), або з використанням контейнерів, що не проколюються. Перенесення гострих виробів між приміщеннями без захисних пристроїв заборонене.

Під час операції або інвазивного втручання медичний персонал при перенесенні гострого виробу повинен попередити оточуючих («Обережно – голка!») та переконатися, що на шляху руху немає іншого персоналу.

4.3. Використання

Персонал, який використовує гострі вироби, повинен дотримуватися максимально безпечної методики проведення маніпуляцій:

- У разі використання венозних катетерів введення препарату в катетер здійснюється безпосередньо через його канюлю (порт), без використання голки.
- Під час проведення ін'єкцій, забору крові пацієнта попереджають про укол, щоб уникнути його різких рухів.
- Всі маніпуляції з гострими виробами слід проводити, тримаючи їх за безпечну частину, використовуючи пінцет тощо.
- Для передстерилізаційного очищення хірургічних голок використовується ультразвукова мийка. При упаковці виробів медичного призначення з гострими кінчиками їхні гострі частини закриваються вільними краями стерилізаційних пакетів або крафт-паперу.

Під час закупівлі перевагу слід надавати пристроям із вбудованим захистом (наприклад: голки вакутайнерів, що закриваються спеціальними кришками; голкотримачі вакутайнерів, що забезпечують безпечне від'єднання голки; ланцети з лезом, що ховається після проколу тощо).

4.4. Передача гострих виробів іншим особам

Перед використанням або в процесі використання передача гострих виробів здійснюється з максимальною обережністю. Асистент вголос попереджає особу, що приймає гострий виріб, про факт передачі. Шприц або голка передається опосередковано за допомогою лотка або іншої горизонтальної поверхні. Хірургічний інструмент в ході операції або процедури (наприклад, голки в голкотримачі, лезо скальпеля з упаковки) без різких рухів передається безпечною частиною (рукояткою) до попередженого («Обережно – голка!») одержувача. В інших ситуаціях, не пов'язаних з необхідністю асистування, передача відкритих гострих виробів з рук в руки заборонена.

4.5. Збір та утилізація гострих виробів

Гострі вироби, забруднені кров'ю або іншими біологічними матеріалами, після використання скидаються у спеціальні разові пластикові контейнери, що не проколюються, не розбиваються, мають кришки, які виключають їх самовільне відкриття після заповнення. Кришка контейнера має фігурний

виріз, що забезпечує безконтактне зняття голки зі шприца, системи або вакутайнера. Контейнер виготовлений із пластику сигнальних червоно-жовтих кольорів, має символ біологічної небезпеки та позначку граничного рівня наповнення.

Контейнерами забезпечуються маніпуляційні та перев'язувальні кабінети стаціонару і поліклініки, палати інтенсивної терапії, робочі місця медсестер-анестезисток.

Після ін'єкції голка на шприці поміщується в фігурний виріз кришки контейнера й акуратним рухом від'єднується від циліндра. Двосторонні голки вакутайнерів від'єднуються від циліндра-голкотримача безпечним способом і поміщаються в отвір контейнера.

Інші гострі вироби або їх компоненти (леза скальпелів, атравматичні голки, голки судинних катетерів, пункційні голки, інсулінові шприци з голками, що не знімаються, голки-повітроводи та голки-крапельниці тощо) акуратно занурюються в отвір контейнера гострою частиною вперед. Гострий виріб повинен вільно впасти всередину. Контейнер вважається заповненим, якщо вільне падіння виробів утруднено або він заповнений до заводської лінії.

Перед утилізацією контейнера для гострих інфікованих виробів персонал повинен переконатися в наявності порожнього контейнера для заміни.

За фактом наповнення, але не рідше 1 разу на 3 дні, вміст контейнера дезінфікується хімічним методом і передається на утилізацію на спеціальне підприємство відповідно до СОП «Безпечне поводження з відходами категорії В».

Залишки й осколки ампул та інших скляних виробів, що не були забруднені кров'ю або іншими біологічними матеріалами, протягом дня збираються в спеціальний контейнер-накопичувач у місцях їх утворення (робочі місця медсестер, медсестер-анестезисток). Після заповнення 3/4 об'єму контейнер закривається і передається на утилізацію відповідно до СОП «Безпечне поводження з відходами категорії А».

Контейнери для гострих виробів мають бути розташовані максимально близько до місць, де виникає потреба в утилізації гострих виробів, проте в місцях, що унеможливають їх раптове падіння, несанкціонований доступ пацієнтів або відвідувачів, подалі від звичайних потоків медичного персоналу, пацієнтів та відвідувачів, стерильних або чистих виробів.



Забороняється:

- збирання гострих предметів руками;
- пересипання гострих виробів;
- повторне використання контейнерів для гострих виробів;
- збирання гострих виробів у контейнери для інших видів відходів.

4.6. Навчання персоналу

Навчання персоналу, задіяного в процедурах управління гострими виробами, проводиться під час працевлаштування й надалі не рідше 1 разу на

рік. Середній медичний персонал і лікарів навчають безпосередньо старші медсестри підрозділу, молодший медичний персонал – сестра-господиня.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Кожен працівник лікарні повинен також доповідати в усній формі про всі ситуації, коли аварія під час поводження з гострими виробами могла статися, проте завдяки вдалому збігу обставин не сталася. Старша медсестра збирає анонімну інформацію про такі «майже-аварії» та в кінці місяця передає її до головної медсестри або керівника комісії з інфекційного контролю.

Випадки неодноразових (2 та більше однотипних випадків) аварій при поводженні з гострими виробами та «майже-аварій» обговорюються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступним аудитом процедури та розробкою коригувальних заходів.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПм

- 6.1. СОП «Безпечне поводження з відходами категорії А».
- 6.2. СОП «Безпечне поводження з відходами категорії В».
- 6.3. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. «Державні санітарно-протиепідемічні правила та норми поводження з медичними відходами», затв. наказом МОЗ України від 08.06.2015 №325.
- 7.2. Fundamentals regarding the management of syringes and needles – WHO, 2004.
- 7.3. Protecting Yourself When Handling – OSHA, 2011.
- 7.4. Safe management of wastes from health-care activities. A summary – WHO, 2017.
- 7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

5. ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Безпечне поводження з відходами категорії А		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Забезпечити епідемічно та екологічно безпечну утилізацію лікарняних відходів шляхом організації поводження з ними.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом на всій території закладу цілодобово без винятків.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Поводження з відходами – збирання, тимчасове зберігання, переміщення відходів всередині відділень та за їх межами.

Гострі вироби – вироби медичного призначення або їх частини, що мають конструктивні елементи, які можуть спричинити проколювання шкіри або слизових оболонок під час поводження з ними, а також уламки скляних, пластикових ампул, флаконів та виробів, що мають гострі краї, які також можуть спричинити травмування шкіри та слизових.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Види відходів:

На території закладу генеруються такі види лікарняних відходів:

Відходи категорії А – безпечні в епідемічному, токсичному, радіаційно-му відношенні побутові, харчові, промислові, будівельні відходи, упаковки від ліків та виробів медичного призначення, вироби медичного призначення та їх деталі, серветки, текстильні матеріали, засоби захисту, шприци, що не були в контакт з кров'ю, біологічними рідинами та виділеннями пацієнтів.

Відходи категорії В – відходи, що утворилися в результаті медичної діяльності закладу, поводження з якими може становити ризик поширення інфекційних захворювань. До них відносять забруднені кров'ю або біологічними матеріалами разові простирадла, серветки, шприци та системи, разові засоби захисту та спецодяг, а також засоби захисту, що використовувались для догляду за пацієнтами з інфекційними захворюваннями, які передаються контактним шляхом. Також до відходів категорії В належать вакцини, що містять живі патогени.

Відходи категорії С – відходи, що містять токсичні речовини, концентровані луги/кислоти, важкі метали тощо. До них відносять люмінесцентні, бактерицидні лампи, використані батарейки, дезінфекційні, діагностичні та лікарські засоби, що втратили споживчі властивості або не пройшли контроль якості.

4.2. Первинний збір та маркування відходів

Збирання та сортування безпечних та небезпечних відходів проводиться безпосередньо в місцях їх виникнення.

Ємкості/контейнери відрізняються кольором та маркуванням. (Вказати сигнальні кольори для різних видів відходів.) Список кольорів для різних видів відходів має бути прикріплений до стіни у всіх приміщеннях, де здійснюється збір відходів. Контейнери для безпечних відходів марковані «Побутове сміття». Всі контейнери для відходів мають кришку, що відкривається без допомоги рук. Протягом доби кришка має бути закритою. Контейнери для первинного збору відходів мають бути розташовані таким чином, щоб унеможливити випадковий контакт відходів з іншими об'єктами.

Відділення та служби повинні мати запас пакетів для відходів відповідного об'єму, який щоденно поповнюється. Відповідальні за організацію збирання – старші медсестри, сестри-господині, керівник харчоблоку (доповнити).

4.3. Поводження з відходами

Відходи категорії А утворюються в адміністративних приміщеннях, санвузлах, палатах, кабінетах лікарського прийому, кабінетах, де проводяться медичні маніпуляції, операції, процедури, у харчоблоці, буфетах (вказати, де ще).

Одразу після виникнення безпечні відходи викидаються до відповідного контейнера для відходів категорії А. Контейнери містять разові мішки відповідного об'єму та кольору. Двічі на день (або за іншою схемою) молодша медсестра під час поточного прибирання приміщення звільняє контейнери, перекладаючи мішки до візочка з контейнером для тимчасового зберігання безпечних відходів. Контейнери в санвузлах звільняються (описати схему). Зібрані пакети зі сміттям після кожного циклу збору відходів (або за іншою схемою) молодша медсестра вивозить до централізованого контейнера для побутових відходів, використовуючи візочок. Кожен пакет, що вивозиться до централізованого контейнера, має містити стикер з такою інформацією: назва відділення, дата збирання відходів, вид відходів, прізвище особи, відповідальної за поведження з відходами.

Централізовані контейнери для побутових відходів розташовуються на спеціальному асфальтованому майданчику, що обладнаний навісом та огорожею. Потоки руху відходів з будівель до майданчика не мають перетинатися з потоками пацієнтів, персоналу. Відходи з контейнерів декілька разів на тиждень вивозяться службою, що має дозвіл та ліцензію на такий вид робіт. Особа, відповідальна за своєчасний виклик служби утилізації, – (вказати, хто).

Відходи пластмас, що не були в контакті з пацієнтом та біологічними матеріалами (шприци, які були використані для розведення лікарських засобів, тощо), за потреби утилізуються як відходи категорії А на підприємство, що приймає вторинну сировину. Для цього у відділеннях встановлені спеціальні контейнери, марковані відповідним чином (вказати). У міру наповнення відходи пластмас у пакетах виносяться (ким) до приміщення (вказати).

Гострі вироби категорії А збираються в місцях їх утворення в одноразові пластикові або картонні контейнери, що не проколюються, не розбиваються, мають кришки, які унеможливають їх мимовільне або умисне відкриття після заповнення, та чітке маркування «Обережно – гострі вироби». Після заповнення контейнери утилізуються за правилами утилізації відходів категорії А або здаються на спеціальне підприємство, що має дозвіл та ліцензію на утилізацію цього виду відходів. Перед утилізацією контейнера з гострими виробами персонал повинен переконатися, що є доступний новий для заміни.

Будівельні відходи, відходи служби озеленення або аналогічні утилізуються спеціальними службами із використанням спецтехніки або засобів малої механізації.

4.4. Заходи захисту

Всі роботи з поводженням із будь-якими відходами здійснюються виключно із використанням рукавичок. Якщо працівник під час робіт перебуває в зоні ризику утворення аерозолів або контакту з рідкими відходами, він має бути забезпечений та використовувати медичну маску, окуляри або щиток, ізолюючий халат або комбінезон, а також спеціальні чоботи.



4.5. Забороняється:

- Транспортувати будь-які відходи як у відділенні, так і за його межами в пакетах або без них, не використовуючи контейнери або спеціальний візочок.
- Використовувати призначений для відходів візочок для транспортування білизни, медикаментів, виробів медичного призначення тощо.
- Використовувати пакети сигнальних кольорів, контейнери з позначками відходів, а також контейнери для гострих виробів не за їх прямим призначенням.
- Пересипати або сортувати відходи після їх первинного сортування.
- Перекладати, розбирати, розрізати відходи з метою їх знезараження.
- Збирати гострі вироби руками та транспортувати їх без спеціальних контейнерів.
- Викидати гострі відходи до контейнерів з безпечними або небезпечними відходами.

- Зберігати відходи будь-якого типу поза спеціально відведеним місцем.
- Встановлювати контейнери для збору відходів на відстані менше 1 м до нагрівальних приладів.

4.6. Навчання

Навчання персоналу, що задіяний у процедурах поводження з відходами, проводиться під час працевлаштування й надалі 1 раз на рік, незалежно від стажу роботи в закладі.

Відповідальні особи за навчання (вказати).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури за чек-листом перевірки критичних точок сортування, деконтамінації та тимчасового зберігання відходів проводиться під час адміністративних обходів (вказати, ким). Індикатор – відсоток критичних точок з порушеннями від кількості перевірених – оцінюється в динаміці загалом по закладу та у порівнянні з підрозділами закладу. За результатами аналізу щороку на засіданні комісії з інфекційного контролю визначаються коригувальні заходи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.4. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Safe management of wastes from health-care activities. A summary - WHO, 2017.
- 7.2. «Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами», затв. наказом МОЗ України від 08.06.2015 №325.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Безпечне поводження з відходами категорії В		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Забезпечити епідемічно та екологічно безпечну утилізацію лікарняних відходів шляхом організації поводження з ними.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом на всій території закладу під час виконання всіх операцій під час надання медичної допомоги.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Поводження з відходами – збирання, тимчасове зберігання, переміщення відходів всередині відділень та за їх межами.

Патологоанатомічні відходи – операційний та автопсійний матеріал у вигляді видалених органів, їх частин, плацента, фетальний матеріал, великі об'єми крові та її препаратів.

Гострі вироби – вироби медичного призначення або їх частини, що мають конструктивні елементи, які можуть спричинити проколювання шкіри або слизових оболонок під час поводження з ними, а також уламки скляних, пластикових ампул, флаконів та виробів, що мають гострі краї, які також можуть спричинити травмування шкіри та слизових.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Види відходів:

На території закладу генеруються такі види лікарняних відходів:

Відходи категорії А – безпечні в епідемічному, токсичному, радіаційно-му відношенні побутові, харчові, промислові, будівельні відходи, упаковки від ліків та виробів медичного призначення, вироби медичного призначення та їх деталі, серветки, текстильні матеріали, засоби захисту, шприци, що не були в контакт з кров'ю, біологічними рідинами та виділеннями пацієнтів.

Відходи категорії В – відходи, що утворилися в результаті медичної діяльності закладу, поводження з якими може становити ризик поширення інфекційних захворювань. До них відносять забруднені кров'ю або біологічними матеріалами разові простирадла, серветки, шприци та системи, разові засоби захисту та спецодяг, а також засоби захисту, що використовувались

для догляду за пацієнтами з інфекційними захворюваннями, які передаються контактним шляхом. Також до відходів категорії В належать вакцини, що містять живі патогени.

Відходи категорії С – відходи, що містять токсичні речовини, концентровані луги/кислоти, важкі метали тощо. До них відносять люмінесцентні, бактерицидні лампи, використані батарейки, дезінфекційні, діагностичні та лікарські засоби, що втратили споживчі властивості або не пройшли контроль якості.

4.2. Первинний збір та маркування відходів

Збирання та сортування безпечних і небезпечних відходів проводиться безпосередньо в місцях їх виникнення.

Ємкості/контейнери відрізняються кольором та маркуванням. (Вказати сигнальні кольори для різних видів відходів). Список кольорів для різних видів відходів має бути прикріплений до стіни у всіх приміщеннях, де здійснюється збір відходів. Контейнери для інфекційних відходів марковані «Обережно – інфекційні відходи» та містять позначку біологічної небезпеки, що добре розрізняється на тлі контейнера. Всі контейнери для відходів мають кришку, що відкривається без допомоги рук. Протягом доби кришка має бути закритою. Контейнери для первинного збору відходів мають бути розташовані таким чином, щоб унеможливити випадковий контакт відходів з іншими об'єктами.



Пакети для збору відходів категорії В повинні мати підвищену щільність.

Відділення та служби повинні мати запас пакетів для відходів відповідного об'єму, який щоденно поповнюється. Відповідальні за організацію збору – старші медсестри, сестри-господині, керівник харчоблоку (доповнити).

4.3. Поводження з відходами

Відходи категорії В утворюються в кабінетах лікарського прийому, кабінетах, де проводяться медичні маніпуляції, операції, процедури (вказати, де ще).

За погодженням та за вимоги організації, що утилізує відходи категорії В, цей вид відходів може бути розділений на три потоки: м'які відходи (використаний перев'язувальний матеріал, засоби захисту, бар'єрні засоби тощо), тверді відходи (використані шприци, системи тощо) та гострі вироби (вказати для закладу).

Одразу після утворення відходи обережно переміщуються до відповідного контейнера для відходів категорії В. Контейнери містять разові чорні мішки відповідного об'єму. Перед розміщенням у контейнері молодша медична сестра робить декілька отворів у нижній частині пакету. Двічі на день – в середині та кінці дня (або за іншою схемою) молодша медична сестра заповнює контейнери дезрозчином. Після експозиції вона обережно підіймає пакет з відходами, після стікання рідини перекладає його до іншого пакету, що був підготований заздалегідь. Зав'язує або закриває пакет на стяжку та, використовуючи спеціальний візочок або контейнер із кришками, вивозить до централізованого контейнера для відходів категорії В. Кожен пакет/пакунок, що вивозиться до

централізованого контейнера, має містити стикер з такою інформацією: назва відділення, дата збору відходів, вид відходів, відмітка про деконтамінацію, прізвище особи, що відповідає за поводження з відходами. Кожен підрозділ повинен мати графік вивезення відходів категорії В, який розробляється з урахуванням розкладу основних медичних процедур, пікових навантажень на кабінети, де утворюються відходи, потоків пацієнтів та відвідувачів тощо.

Гострі вироби, які є частиною відходів категорії В, збираються в місцях їх утворення в одноразові пластикові контейнери, що не проколюються, не розбиваються, мають кришки, які унеможливають їх випадкове або умисне відкриття після заповнення. Кришка контейнера повинна мати фігурний виріз, що забезпечує безпечне та безконтактне від'єднання голки від шприца або системи. Контейнер має сигнальне фарбування, значок біологічної небезпеки, чітке маркування «Обережно – гострі вироби» та позначений виробником рівень безпечного наповнення. Контейнерами забезпечуються такі приміщення (вказати). Після наповнення до позначки, проте не рідше 1 разу на 3 дні, контейнери заливають робочим розчином деззасобу, який після експозиції обережно зливають до каналізації. Контейнер закривають, ставлять в окремий чорний пакет, який зав'язують та відносять на утилізацію разом з іншими відходами категорії В. Перед утилізацією контейнера з гострими виробами персонал повинен переконатися, що наявний новий для заміни.

Централізовані контейнери для відходів категорії В пофарбовані в сигнальний колір (вказати – жовтий, червоний тощо), мають кришку, що закривається на замок. Ключі від замка зберігаються у (вказати). Відходи (вказати) разів на тиждень вивозяться службою, що має дозвіл та ліцензію на такий вид робіт. Особа, відповідальна за своєчасний виклик служби утилізації, – вказати, хто.

Рідкі відходи категорії В (кров, біологічні матеріали, мокротиння й інші виділення від інфекційних хворих та носіїв високопатогенних інфекційних агентів тощо) дезінфікуються шляхом заливання двократною кількістю дезінфекційного розчину (концентрація та експозиція відповідно до інфекції, що має бути деконтамінована). Після експозиції рідина обережно зливається до каналізації. Великі обсяги крові слід утилізувати як патологоанатомічні відходи.

Патологоанатомічні відходи в місцях їх утворення одразу вкладають у пакет чорного кольору (або герметичний контейнер), зав'язують або закривають стяжкою. Після операції або процедури пакет або контейнер маркують стикером, що має таку інформацію: назва відділення, дата збору відходів, вид відходів, прізвище особи, яка відповідає за поводження з відходами. Пакети/контейнери з відходами, використовуючи спеціальний контейнер або візочок, переносять/перевозять до (вказати) кімнати, де обережно перекладають до спеціального холодильника. За потреби, але не рідше 1 разу на рік, вміст холодильника вивозять разом з іншими небезпечними відходами на утилізацію. Особа, яка відповідає за контроль наповнення холодильника, – (вказати).

Усі контейнери, візочки, холодильник, що були задіяні в поводженні з інфекційними відходами, мийуть та дезінфікують після кожного використання. Відповідальні особи за дезінфекцію – (вказати).

4.4. Заходи захисту

Всі роботи з поводженням із будь-якими відходами здійснюються виключно із використанням рукавичок. Якщо працівник під час робіт перебуває в зоні можливого утворення аерозолів або контактує з рідкими відходами, він має бути забезпечений та використовувати медичну маску, окуляри або щиток, ізолюючий халат або комбінезон, а також спеціальні чоботи.



4.5. Забороняється:

- Транспортувати будь-які відходи, як у відділенні, так і за його межами, в пакетах або без них, не використовуючи контейнери або спеціальний візочок.
- Використовувати візочок для відходів для транспортування білизни, медикаментів, виробів медичного призначення тощо.
- Використовувати пакети сигнальних кольорів, контейнери з позначками відходів, а також контейнери для гострих виробів не за їх прямим призначенням.
- Пересипати або сортувати відходи після їх первинного сортування.
- Перекладати, розбирати, розрізати відходи з метою їх знезараження.
- Збирати гострі вироби руками та транспортувати їх без спеціальних контейнерів.
- Викидати гострі відходи до контейнерів з безпечними або небезпечними відходами.
- Одягати ковпачок на голку шприца після його використання.
- Зберігати відходи будь-якого типу поза спеціально відведеним місцем.
- Встановлювати контейнери для збору відходів на відстані менше 1 м до нагрівальних приладів.
- Вивозити відходи категорії В, що не пройшли деконтамінацію, за межі відділення.

4.6. Навчання

Навчання персоналу, задіяного у процедурах поводження з відходами, здійснюється під час працевлаштування й надалі 1 раз на рік, незалежно від стажу роботи в закладі.

Відповідальні за навчання особи (вказати).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури за чек-листом перевірки критичних точок сортування, деконтамінації та тимчасового зберігання відходів проводиться під час адміністративних обходів (вказати, ким). Індикатор – відсоток критичних точок

з порушеннями від кількості перевірених – оцінюється в динаміці загалом по закладу та у порівнянні з підрозділами закладу. За результатами аналізу щороку на засіданні комісії з інфекційного контролю розробляються коригувальні заходи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПм

- 6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.4. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Safe management of wastes from health-care activities. A summary – WHO, 2017.
- 7.2. «Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами», затв. наказом МОЗ України від 08.06.2015 №325.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Безпечне поводження з відходами категорії С		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Забезпечити епідемічно та екологічно безпечну утилізацію лікарняних відходів шляхом організації поводження з ними.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом на всій території закладу цілодобово без винятків.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Поводження з відходами – збір, тимчасове зберігання, переміщення відходів всередині відділень та за їх межами.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Види відходів:

На території закладу генеруються такі види лікарняних відходів:

Відходи категорії А – безпечні в епідемічному, токсичному, радіаційно-му відношенні побутові, харчові, промислові, будівельні відходи, упаковки від ліків та виробів медичного призначення, вироби медичного призначення та їх деталі, серветки, текстильні матеріали, засоби захисту, шприци, що не були в контакт з кров'ю, біологічними рідинами та виділеннями пацієнтів.

Відходи категорії В – відходи, що утворилися в результаті медичної діяльності закладу, поводження з якими може становити ризик поширення інфекційних захворювань. До них відносять забруднені кров'ю або біологічними матеріалами разові простирадла, серветки, шприци та системи, разові засоби захисту та спецодяг, а також засоби захисту, що використовувались для догляду за пацієнтами з інфекційними захворюваннями, які передаються контактним шляхом. Також до відходів категорії В належать вакцини, що містять живі патогени.

Відходи категорії С – відходи, що містять токсичні речовини, концентровані луги/кислоти, важкі метали тощо. До них відносять люмінесцентні, бактерицидні лампи, використані батарейки, дезінфекційні, діагностичні та лікарські засоби, що втратили споживчі властивості або не пройшли контроль якості.

4.2. Первинний збір та маркування відходів

Збирання й сортування безпечних та небезпечних відходів здійснюються безпосередньо в місцях їх виникнення.

Ємкості/контейнери відрізняються кольором та маркуванням. (Вказати сигнальні кольори для різних видів відходів.) Список кольорів для різних видів відходів має бути прикріплений до стіни у всіх приміщеннях, де здійснюється збір відходів. Контейнери для токсичних відходів марковані «Обережно – токсичні відходи» та містять позначку біологічної небезпеки, що добре розрізняється на тлі контейнера. Всі контейнери для відходів мають кришку, що відкривається без допомоги рук. Протягом доби кришка має бути закритою. Контейнери для первинного збору відходів мають бути розташовані таким чином, щоб унеможливити випадковий контакт відходів з іншими об'єктами.



Відділення та служби повинні мати запас пакетів для відходів відповідного об'єму, який щоденно поповнюється. Відповідальні за організацію збирання – старші медсестри, сестри-господині, керівник харчоблоку (доповнити).

4.3. Поводження з відходами

Залишки дезінфекційних, діагностичних та лікарських засобів із відділень централізовано здаються в упаковці виробника до (вказати місце, кратність та відповідальних осіб). Місце зберігання маркується та має унеможливлювати випадкове використання або потрапляння до безпечних відходів. У разі порушення герметичності упаковки препарати укладаються до герметичного контейнера з написом «Токсичні відходи» та позначкою токсичних відходів. За потреби, але не рідше 1 разу на рік, здаються на підприємство-виробник, або вивозяться службою, що має дозвіл та ліцензію на утилізацію цього виду відходів.



Використані батарейки здаються до (вказати місце, кратність та відповідальних осіб), де зберігаються у герметичному контейнері з написом «Токсично – використані батарейки» та спеціальною позначкою. За потреби, але не рідше 1 разу на рік, вивозяться службою, що має дозвіл та ліцензію на утилізацію цього виду відходів.



Деінсталяція використаних бактерицидних та люмінесцентних ламп проводиться лише спеціалістами господарської частини (або медтехніками – вказати). Демонтовані лампи здаються на склад (або – вказати, куди ще), де зберігаються в умовах, що унеможливлюють їх пошкодження. Шафа або контейнер мають напис «Токсично – використані люмінесцентні лампи» та спеціальну позначку. За потреби, але не рідше 1 разу на рік, вивозяться службою, що має дозвіл та ліцензію на утилізацію цього виду відходів.



4.4. Заходи захисту

Всі роботи з поводженням із будь-якими відходами здійснюються виключно із використанням рукавичок. Якщо працівник під час робіт перебуває в зоні ризику утворення аерозолів або має контакт з рідкими відходами,

він має бути забезпечений та використовувати медичну маску, окуляри або щиток, ізолюючий халат або комбінезон, а також спеціальні чоботи.



4.5. Забороняється:

- Транспортувати будь-які відходи, як у відділенні, так і за його межами, в пакетах або без них, не використовуючи контейнери або спеціальний візочок.
- Використовувати візочок для відходів для транспортування білизни, медикаментів, виробів медичного призначення тощо.
- Використовувати пакети сигнальних кольорів, контейнери з позначками відходів, а також контейнери для гострих виробів не за їх прямим призначенням.
- Пересипати або сортувати відходи після їх первинного сортування.
- Зберігати відходи будь-якого типу поза спеціально відведеним місцем.
- Встановлювати контейнери для збору відходів на відстані менше 1 м до нагрівальних приладів.

4.6. Навчання

Навчання персоналу, що задіяний у процедурах поводження з відходами, проводиться під час працевлаштування й надалі 1 раз на рік, незалежно від стажу роботи в закладі.

Відповідальні за навчання особи (вказати).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури за чек-листом перевірки критичних точок сортування, деконтамінації та тимчасового зберігання відходів проводиться під час адміністративних обходів (вказати, ким). Індикатор – відсоток критичних точок з порушеннями від кількості перевірених – оцінюється в динаміці загалом по закладу та у порівнянні з підрозділами закладу. За результатами аналізу щороку на засіданні комісії з інфекційного контролю розробляються коригувальні заходи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Бар'єрні засоби захисту».
- 6.2. СОП «Гігієнічне миття рук».
- 6.3. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.4. СОП «Запобігання поширенню парентеральних інфекцій».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Safe management of wastes from health-care activities. A summary – WHO, 2017.
- 7.2. «Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами», затв. наказом МОЗ України від 08.06.2015 №325.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Транспортування використаних виробів медичного призначення		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, шляхом організації безпечного транспортування виробів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь в організації та виконанні процесів транспортування виробів медичного призначення для їх передстерилізаційного очищення на всій території лікарні.

Процедура встановлює вимоги до процесу транспортування виробів медичного призначення до місць їх дезінфекції та продезінфікованих виробів медичного призначення до місця їх централізованого передстерилізаційного очищення.

Процедура не поширюється на транспортування простерилізованих виробів медичного призначення, а також на транспортування використаних разових виробів медичного призначення до місця їх утилізації.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Дезінфекція – в контексті цієї процедури метод знищення патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів на výroбах медичного призначення, а також в їхніх каналах і порожнинах.

Передстерилізаційне очищення – видалення органічного забруднення та залишків лікувальних препаратів із внутрішніх та зовнішніх поверхонь медичних виробів перед їх дезінфекцією та стерилізацією.

Транспортування – переміщення виробів медичного призначення між приміщеннями або підрозділами, яке виконує спеціально призначений персонал особисто або за допомогою засобів малої механізації (візочки, тачки тощо).

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Вимоги до контейнерів

Дезінфекцію ВМП слід проводити якомога швидше для запобігання висиханню та фіксації органічних забруднень та зниженню ефективності дезінфекції та ПСО. Якщо дезінфекція ВМП проводиться в іншому приміщенні, то ВМП складають в контейнери для транспортування в мийну кімнату.

Кожен контейнер, що використовується для транспортування, повинен мати закриту герметичну кришку та написи-ідентифікатори, що не дозволять використовувати його не за призначенням («Обережно – використані інструменти»), та позначку біологічної небезпеки. За потреби контейнер може містити ідентифікатор кімнати або підрозділу («Операційна 2», «Торакальне відділення» тощо).



ВМП, що були продезінфіковані в місцях їх використання, транспортуються в ЦСВ для проведення ПСО. Кожен контейнер, що використовується для транспортування, повинен мати закриту герметичну кришку та написи-ідентифікатори, які не дозволять використовувати його не за призначенням («Обережно – використані інструменти»). За потреби контейнер може містити ідентифікатор кімнати або підрозділу («Операційна 2», «Торакальне відділення» тощо).

За певних умов до контейнера можуть бути вкладені пластикові вклади-сепаратори.

Контейнер для транспортування має бути відповідного розміру, щоб до нього вмістилися всі ВМП, які потребують транспортування, та не треба було перекладати або ущільнювати вміст руками.

Матеріал контейнера не має деформуватись або проколюватись виробами, що переносяться в ньому, а також розбиватись за випадкового падіння з висоти рук або візочка. Також матеріал має бути гладеньким і витримувати дезінфекцію дезінфекційними розчинами.

Кришка має бути герметичною, а також зберігати герметичність після випадкового падіння.

(Додати або залишити актуальне для закладу).

4.2. Вимоги до транспортування

Маршрут транспортування використаних ВМП не має перетинатись з маршрутами пересування персоналу або пацієнтів та з потоками чистих і стерильних ВМП.

Якщо контейнери збираються з декількох відділень, слід розробити оптимальний маршрут, що враховує план будівлі, ліфти та технічні входи, режим роботи приміщень тощо.

Траєкторія та спосіб перевезення мають унеможливити різкі нахили візочка та контейнера, а також його струшування.

Контейнери та засоби малої механізації, що були використані у процесах транспортування, підлягають очищенню (за потреби) та дезінфекції за СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту».

Відповідальна за транспортування ВМП особа – середній або молодший медичний персонал, що працює у відповідних кабінетах, а також персонал (вказати) оперблоку.



Забороняється:

- Транспортування ВМП у негерметичних контейнерах.
- Транспортування ВМП, що були використані за призначенням або забруднені біологічним матеріалом, за межі приміщення без використання контейнерів.
- Поєднувати в одному контейнері ВМП, що пройшли різні етапи обробки.
- Використовувати контейнери для транспортування ВМП не за призначенням.
- Поєднувати на одному візочку контейнери з ВМП, що транспортуються на дезінфекцію/ПСО, та стерильні/чисті вироби.

4.3. Засоби захисту

Правильно організована процедура транспортування ВМП виключає ризики для персоналу та не потребує використання засобів захисту. Проте допускається використання деяких засобів захисту як компенсаційний захід у разі неможливості гарантувати безпеку процесу або його етапів.

Використання засобів захисту регламентується СОП «Засоби респіраторного захисту» та СОП «Бар'єрні засоби захисту». (Прописати для закладу – що, де, коли і як використовується).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

Показники якості та безпеки можуть бути розраховані за аналізом журналу дефектури ЦСВ, а також за аналізом аварійних або «майже аварійних» ситуацій під час транспортування ВМП.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

- 6.1. СОП «Передстерилізаційне очищення».
- 6.2. СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту».
- 6.3. СОП «Поводження з гострими виробами».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.

6. ПРИБИРАННЯ ТА ДЕЗІНФЕКЦІЯ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, засоби догляду та багаторазові засоби захисту.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь у процесах дезінфекції виробів, обладнання та засобів захисту на всій території лікарні.

Процедура поширюється на процес дезінфекції некритичних виробів медичного призначення, а також засобів захисту багаторазового призначення.

Процедура не поширюється на дезінфекцію разових виробів медичного призначення, обробку медичних приладів, засобів догляду за пацієнтом та інших пристроїв, які підлягають стерилізації або дезінфекції високого рівня.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Дезінфекція – метод знищення патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів на výroбах медичного призначення, а також в їхніх каналах і порожнинах.

Некритичні вироби – пристрої та вироби медичного призначення, що контактують із непошкодженою шкірою пацієнта.

Абревіатури:

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Дезінфекція організується та проводиться для ВМП, засобів догляду і транспортування та предметів оточення пацієнта, які у процесі експлуатації не торкаються стерильних середовищ, ранової поверхні та стерильного обладнання.

Дії у разі забруднення некритичних виробів та пристроїв кров'ю та іншими біологічними матеріалами описані в СОП «Дії під час аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».

Дезінфекція некритичних пристроїв та ВМП, якщо вони є висококонтактними поверхнями, описана в СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь», «Організація генерального прибирання» та СОП «Організація поточного прибирання».

4.1. Методи та способи дезінфекції некритичного обладнання

Кожен структурний підрозділ повинен мати свої списки некритичного обладнання із визначеними способами дезінфекції, відповідальними особами.

Обладнання	Кратність обробки	Відповідальна особа	Спосіб дезінфекції	Препарат, концентрація та експозиція
Електронні термометри	Після кожного застосування	Чергова медична сестра	Зрошення	Спиртовмісний деззасіб
Глюкометри	У разі забруднення кров'ю	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Маски, трубки до кисневого обладнання	Після кожного використання	Медсестра	Замочування	Згідно з інструкцією до засобу
Ємкості, трубки хірургічних аспираторів	Після кожного використання	Медсестра	Замочування	Згідно з інструкцією до засобу
Зовнішні поверхні дихальної, діагностичної апаратури, пристроїв для введення лікарських засобів або моніторингу стану пацієнта	Після кожного використання	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Засоби транспортування пацієнта	Після кожного використання	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Контактні датчики та сенсори неінвазивної діагностичної апаратури (ЕКГ, УЗД, пульсоксиметр, рентген тощо)	Після кожного використання	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Манжети тонометрів, що використовуються у догляді за хворими на інфекційні захворювання	Після кожного використання	Медсестра	Замочування	Згідно з інструкцією до засобу
Манжети тонометрів, що використовуються у догляді за хворими на неінфекційні захворювання	У разі забруднення біоматеріалом	Медсестра	Замочування	Згідно з інструкцією до засобу
Мембрана фонендоскопів	Після кожного використання	Лікар	Протирання	Спиртова серветка
Столовий посуд для пацієнтів	Після кожного використання	Персонал ідальні	Замочування	Згідно з інструкцією до засобу
Контейнери для доставки ВМП на дезінфекцію і стерилізацію	Після кожного використання	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)

Апаратура, яка не використовується в лікувальному або діагностичному процесі, вивозиться з приміщень або накривається чохлами.

Некритичні вироби, що використовуються для пацієнта з тяжким імуносупресивним станом, можуть потребувати дезінфекції згідно з СОП «Обробка висококонтактних поверхонь» перед використанням.

4.2. Методи та способи дезінфекції багаторазових засобів захисту

Обладнання	Кратність обробки	Відповідальна особа	Спосіб дезінфекції	Препарат, концентрація та експозиція
Прозорі щитки та окуляри	Після кожного застосування	Медсестра	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Хірургічні халати, костюми, комбінезони	Після кожного застосування	Персонал пральні	Прання	Вказати деззасіб, концентрацію та експозицію
Гумові фартухи, нарукавники	Після кожного застосування	Молодший медичний персонал	Протирання	Серветка, змочена деззасобом (вказати деззасіб, концентрацію та експозицію)
Гумові чоботи, змінне взуття	Після кожного застосування	Молодший медичний персонал	Протирання, зрошення, замочування	Вказати деззасіб, концентрацію та експозицію

Окуляри та щитки протираються в такому порядку: внутрішня поверхня – дужки/обруч – зовнішня поверхня.

Після протирання їх слід поставити на чисту поверхню обручем/дужками вниз.

Разові респіратори не підлягають обробці.

4.3. Засоби захисту

Всі роботи з дезінфекції, а також очищення виробів ручним способом проводяться з використанням рукавичок, за потреби – масок та окулярів згідно із СОП «Засоби респіраторного захисту» та СОП «Бар'єрні засоби захисту».

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.2. СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь».
- 6.3. СОП «Організація генерального прибирання»
- 6.4. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Дезінфекція висококонтактних поверхонь		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Знизити ризики поширення інфекцій, що передаються контактним шляхом, через організацію адекватної дезінфекції поверхонь, до яких часто торкаються хворі, медичний персонал та відвідувачі.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується середнім та молодшим медичним персоналом і службою клінінгу в приміщеннях закладу, де є ризик передачі збудників інфекційних хвороб контактним шляхом.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Висококонтактні поверхні – поверхні або об'єкти, на які можуть потрапити біологічні рідини, що містять збудників інфекційних хвороб (у вигляді крапель або дрібнодисперсного аерозолі, які випадають з повітря закритих приміщень, або через забруднені руки).

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Дезінфекція висококонтактних поверхонь спрямована на переривання передачі збудників інфекційних хвороб. Рішення щодо впровадження чи не впровадження цієї процедури, засноване на оцінці ризиків, не має впливати на організацію чи кратність поточного і генерального прибирання.

4.1. Визначення висококонтактних поверхонь

Кожен структурний підрозділ, де є ризик передачі збудників інфекційних хвороб контактним шляхом, має перелік висококонтактних поверхонь та об'єктів, оформлений у вигляді документа (шаблон документа з прикладами типових висококонтактних поверхонь та об'єктів наведений в Додатку 1) (розробити для закладу, враховуючи наявні об'єкти та можливості щодо проведення обробок). Кожен з об'єктів слід визначати, виходячи з оцінки ризиків відповідальним за інфекційний контроль. Критерій для включення поверхні в перелік – послідовний збіг двох ризиків: високого ризику забруднення інфікованим матеріалом та високого ризику потрапляння його з поверхні на руки. Документ переглядається щоразу після зміни режиму роботи закладу/ підрозділу та потоків руху пацієнтів.

4.2. Організація роботи з дезінфекції висококонтактних поверхонь

Відповідальний за організацію дезінфекції – старша медична сестра відділення або старший адміністратор (вказати). Відповідальний за проведення – молодший медичний персонал або служба клінінгу (вказати).

Кожний підрозділ розраховує потреби в серветках, дезінфектантах для дезінфекції висококонтактних поверхонь та об'єктів (що ґрунтується на переліку висококонтактних об'єктів і кратності обробок) та забезпечений ними відповідно до потреби.

Кожен із працівників, які проводять дезінфекцію критичних поверхонь та об'єктів, отримують наряд на роботу на кшталт чек-листа, де позначені всі об'єкти та час/кратність обробок.

Вибір засобу для дезінфекції залежить від оцінки ризиків, бюджету та стійкості об'єктів, що підлягають дезінфекції. Основним препаратом для дезінфекцій вибраний _____ (вказати назву) в ____% концентрації, що наноситься багаторазовими серветками.

Для дезінфекції об'єктів, що можуть бути зіпсовані за використання цього засобу, наприклад, мембран фонендоскопів чи мобільних телефонів (див. Додаток 1), використовується 70% розчин спирту або дезінфекційний засіб на основі спирту, що містить не менше 70% спирту (вказати вибраний), що наноситься серветками разового застосування.

4.3. Дезінфекція висококонтактних поверхонь

Дезінфекційний розчин наноситься шляхом протирання спеціальними серветками. Для запобігання додатковій контамінації поверхонь під час прибирання на один об'єкт використовується одна серветка або сторона серветки. Потоки чистих та використаних серветок у процесі використання, зберігання та прання не мають перетинатися (для цього використовують різні ємкості для чистих і використаних серветок, що розрізняються за кольором та маркуванням). Кожна серветка після використання має бути продезінфікована та випрана машинним способом. Додатково описати застосовуваний процес дезінфекції поверхонь шляхом протирання, якщо він відрізняється від описаного.

Описати наявний процес централізованого/децентралізованого приготування дезінфекційних розчинів, терміни придатності, місця зберігання, відповідальних осіб.

Під час обробки об'єктів та поверхонь слід використовувати принцип «зверху вниз та від чистого до брудного». В закладі розроблений та доведений до виконавців примірний порядок дезінфекції об'єктів для кожного приміщення або групи приміщень.

Після обробки поверхонь та об'єктів дотримуватись експозиції та за потреби подвійного протирання та/або змивання водою (описати згідно з інструкцією до засобу).

Під час дезінфекції персонал має бути забезпечений та використовувати засоби індивідуального захисту: рукавички, маски, окуляри (вказати).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Уповноважена особа/особи мають контролювати процес виконання за нарядами, які заповню персонал, що проводить дезінфекцію.

Аналіз відхилень може базуватись на звітах із пральні щодо кількості зда-них на прання серветок з підрозділів (у порівнянні до розрахунковою кількі-стю), а також на щоденних/щотижневих звітах уповноважених осіб (вказати) щодо витрат дезінфекційних засобів. Сигналом може бути як перевищення витрат, так і недостатні витрати серветок та дезінфекційних засобів у порів-нянні з розрахунками та середніми за період.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними мате-ріалами».
- 6.2. СОП «Дезінфекція некритичних виробів та засобів захисту».
- 6.3. СОП «Організація генерального прибирання».
- 6.4. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre – Practical manual – WHO, 2020.
- 7.2. IPC of epidemic and pandemic prone acute respiratory infections in health care – WHO, 2014.
- 7.3. ECDC Disinfection of environments in healthcare and nonhealthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2 – March 2020.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Визначення об'єктів, що потребують мікробіологічного контролю		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості та інформативності мікробіологічного контролю зовнішнього середовища хірургічного стаціонару шляхом впровадження критеріїв визначення епідемічно значущих точок для контролю.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується персоналом, що здійснює мікробіологічний контроль зовнішнього середовища та визначає точки для мікробіологічного контролю.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Точки для мікробіологічного контролю – об'єкти та/або їх частини, стосовно яких проводиться плановий або позаплановий контроль на наявність патогенної та умовно-патогенної мікрофлори.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Мікробіологічний контроль має виявляти показники епідемічного ризику. Точками мікробіологічного контролю в порядку пріоритетності є:

1. Руки медичного персоналу після гігієнічної та хірургічної обробки;
2. Операційне поле після обробки та висихання антисептика;
3. Поверхні, які можуть впливати на якість чистоти рук під час процедури гігієни рук, одразу після неї або під час чистої процедури (наприклад, одяг медичного персоналу біля кишень, руків'я медичних світильників, пристрої керування медичним обладнанням, штативи, ручки медичних шаф тощо);
4. Поверхні, під час контакту з якими можлива контамінація стерильного медінструментарію і виробів медичного призначення (наприклад, внутрішня поверхня шаф для зберігання критичного обладнання та виробів медичного призначення);
5. Повітря операційного блоку після поточного прибирання перед операціями;
6. Додати

Перелік точок мікробіологічного контролю в лікувальному закладі затверджується головою комісії з інфекційного контролю та є планом для роботи мікробіологічної лабораторії.

Кратність лабораторного контролю встановлюється рішенням комісії з інфекційного контролю у вигляді плану роботи на рік.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Процедура не має специфічних показників.

За рішенням комісії з інфекційного контролю список щорічно слід переглядати.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

Процедура не має пов'язаних документів.

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities.
Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices
Advisory Committee (HICPAC)

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Обслуговування дозаторів з рідким милом та антисептиком		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення безпеки та якості гігієни рук шляхом зниження ризику контамінації обладнання та розчинів, які для цього використовуються.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується персоналом, що бере участь в забезпеченні постачання засобів для гігієни рук на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Дозатор – спеціальний механічний пристрій для дозованої видачі рідкого мила або антисептика.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

1. Перед заповненням слід переконаватися, що саме цей дозатор треба та має сенс заповнювати.
2. Вилити залишки рідини з внутрішньої ємкості дозатора.
3. Промити ємкість під проточною водою.
4. Заповнити ємкість питною водою.
5. Вставити ємкість в дозатор та промити помпу шляхом прокачування води. Вилити залишки води з внутрішньої ємкості.
6. В дозаторі для рідкого мила повторити кроки 4-5, змінивши воду на дезінфектант на основі спирту. Прокачати певну кількість дезінфекційного розчину через помпу.
7. Залити необхідну кількість рідкого мила або антисептика.
8. Прокачати помпу до появи мила або антисептика.
9. Наклеїти новий стикер, вказавши на ньому поточну дату та поставивши свій підпис.

Забороняється доливати будь-який засіб в будь-який дозатор без його попереднього спорожнення, миття та дезінфекції.

Кожен дозатор із милом та антисептиком має бути підписаний «Рідке мило» або «Антисептик для шкіри» та має містити такі дані:

- торгова назва засобу;
- номер партії;

- дата виробництва;
- кінцевий термін споживання;
- дата заміни вмісту дозатора.

Порядок, місця та кількість стикерів, що містять вказану інформацію, встановлюються на засіданні комісії з інфекційного контролю та є додатком до цієї процедури.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль стану наповненості дозаторів проводиться щоденно черговою медсестрою, старшою медсестрою під час адміністративних обходів.

Процедура не передбачає особливих показників аудиту або контролю якості.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

Процедура не має посилання на законодавство.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Організація поточного прибирання		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищити якість прибирання приміщень та знизити ризики поширення інфекцій, що передаються контактним шляхом, завдяки організації адекватного миття й дезінфекції поверхонь та об'єктів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується середнім та молодшим медичним персоналом та службою клінінгу у всіх приміщеннях закладу.

Процедура не поширюється на організацію проведення генерального прибирання, дезінфекцію висококонтактних поверхонь і виробів медичного призначення та індивідуальних засобів догляду, дії в разі аварій, а також на прибирання, миття та дезінфекцію виробничого обладнання харчоблоку.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Висококонтактні поверхні – поверхні або об'єкти, на які можуть потрапити біологічні рідини, що містять збудників інфекційних хвороб (у вигляді крапель або дрібнодисперсного аерозолу, що випадають з повітря закритих приміщень, або через забруднені руки).

Поточне прибирання – заходи, спрямовані на ефективне та своєчасне видалення забруднень усіх типів у межах приміщення, які проводяться згідно з графіком, а також за потреби.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Поверхні приміщень лікарні постійно забруднюються мікрофлорою відвідувачів, пацієнтів та персоналу, тому їх якісне прибирання зменшує кількість мікроорганізмів та знижує ризик передачі мікроорганізмів у медичній установі.

Ця процедура стосується заходів, спрямованих на забезпечення та підтримання чистоти приміщень і переривання контактної ланки передачі збудників інфекційних хвороб. Основною метою поточного прибирання є видалення з об'єктів оточення видимого забруднення і пилу, а з ними – патогенної та умовно-патогенної флори.

Оскільки не всі поверхні та об'єкти потребують однакового рівня «чистоти», персонал закладу повинен розуміти та виконувати чіткі правила під час прибирання для досягнення адекватної міри деконтамінації за мінімальних витрат.

4.1. Використання дезінфекційних та мийних засобів

Дезінфекційні розчини під час поточного прибирання використовуються:

- у разі забруднення біологічними рідинами об'єктів та приміщень;
- для деконтамінації завідома інфікованих поверхонь та об'єктів (включно з кюветами, перев'язувальними столами та операційними столами);
- для деконтамінації висококонтактних поверхонь;
- під час планового генерального прибирання всіх типів приміщень;
- для прибирання приміщень середнього ризику, високого ризику;
- для прибирання санітарних приміщень.

Мийні розчини використовуються:

- під час поточного прибирання загальних приміщень.

4.2. Визначення кратності поточних прибирань¹

Визначаючи кратність та розподіляючи засоби для прибирання слід брати до уваги ризик передачі інфекцій, тип приміщень, режим роботи та відвідування приміщення:

Група приміщень	Приміщення	Засоби та кратність
Приміщення високого ризику	Операційні, перев'язувальні	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями з метою деконтамінації поверхонь приміщення. Кратність проведення – 1-2 рази на добу та за потреби.
Приміщення ризику	Маніпуляційні, оглядові кабінети, автоклавна	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями з метою деконтамінації поверхонь приміщення. Кратність проведення – 1-2 рази на добу та за потреби.
Загальні приміщення	Кабінети коридори, сходи, ординаторські, сестринські, господарські приміщення, палати, кабінети амбулаторного прийому	Мийний засіб протягом робочого дня з гігієнічною метою, для зменшення кількості пилу та бруду в приміщенні (переважно підлога та горизонтальні поверхні). Кратність проведення – 2 рази на добу та за потреби.
Санітарні приміщення	Туалети для пацієнтів ² , відвідувачів та персоналу, душові кімнати	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 2-4 рази на день та за потреби.
Приміщення прийому їжі	Їдальня, кімнати роздачі їжі	Мийний засіб. Кратність проведення – 2-4 рази на день відповідно до кількості прийомів їжі.

4.3. Графік поточного прибирання

Кожен структурний підрозділ розробляє перелік приміщень із визна-

¹ Кратність поточних прибирань у приміщеннях не залежить від обробки висококонтактних поверхонь (СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь») або заходів у разі аварій з біологічними матеріалами (СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами»).

² Туалети та душові, що розташовані в палатах, прибираються за графіком прибирань в палатах та за потреби.

ченим графіком поточних прибирань, що оформлений у вигляді документа, який затверджується на засіданні комісії з інфекційного контролю (розробити, враховуючи відповідні об'єкти закладу та можливості щодо проведення обробок) за шаблоном:

Графік поточного прибирання приміщень
назва відділення _____

Група приміщень	Назва приміщення	Спосіб обробки	Кратність	Відповідальна особа	Відмітка про виконання
Загальні приміщення	Ординаторська	Миття	1 раз на день – 17:00	Молодший медичний персонал або служба клінінгу	
	Палати	Миття	2 рази на день – 12:00, 17:00	Молодший медичний персонал	
Додати					
Додати					
Приміщення середнього ризику	Маніпуляційна	Миття та дезінфекція	2 рази на день – 12:00, 17:00	Молодший медичний персонал	
Додати					
Додати					
Приміщення високого ризику	Операційна	Миття та дезінфекція	2 рази на день – 12:00, 17:00	Молодший медичний персонал	
Додати					
Додати					

Документ переглядається щоразу після зміни режиму роботи закладу/ підрозділу, потоків руху пацієнтів, а також за рішенням комісії з інфекційного контролю, що базується на оцінці ризиків.

Графік поточного прибирання має бути доведений до відома виконавців як план роботи на день, а також може бути інструментом контролю виконання поточного прибирання.

4.4. Організація поточного прибирання

Відповідальний за організацію прибирання – старша медична сестра або сестра-господиня підрозділу (вказати). Відповідальний за проведення – молодший медичний персонал або служба клінінгу (вказати).

Кожний підрозділ має розрахунки потреби в серветках, мопах, дезінфектантах та мийних засобах для миття й дезінфекції та забезпечений ними відповідно до потреби щонайменше на 3 робочі дні, включаючи вихідні та святкові дні (вказати).

Основним препаратом для дезінфекцій вибраний _____ (вказати назву) в ____% концентрації, мийним засобом – _____ (вказати назву) в ____% концентрації.

Описати наявний процес централізованого/децентралізованого приготування дезінфекційних розчинів, терміни придатності, місця зберігання, відповідальних осіб.

Потоки чистих та використаних серветок і мопів у процесі використання, зберігання та прання не мають перетинатися (для цього слід застосовувати різні ємкості для чистих та використаних серветок, що розрізняються за кольором та маркуванням). Кожна серветка після використання має бути продезінфікована та випрана машинним способом. Додатково описати наявний процес дезінфекції поверхонь шляхом протирання, якщо він відрізняється від описаного.

Для маркування інвентарю (мопів, серветок) не обов'язкове нанесення написів, можливе маркування кольором:

- приміщення ризику – жовтий;
- високого ризику – червоний;
- загальні приміщення – зелений;
- санітарні приміщення та обладнання – чорні (або інше – прописати).

Пам'ятки щодо кольорів маркування мають бути доступні виконавцям та розміщені на робочих місцях.

4.5. Алгоритм проведення прибирання

Мийний або дезінфекційний розчин наноситься шляхом протирання спеціальними серветками. Для запобігання додатковій контамінації поверхонь під час прибирання на один об'єкт використовується одна серветка або сторона серветки. Мопи замінюються із розрахунку 1 моп на 20 м² підлоги, проте не менше 1 моп на приміщення.

Під час обробки об'єктів та поверхонь слід використовувати принцип «зверху вниз та від чистого до брудного». В закладі розроблений та доведений до виконавців примірний порядок дезінфекції об'єктів для кожного приміщення або групи приміщень.

Після обробки поверхонь та об'єктів дотримуватись експозиції та за потреби застосувати подвійне протирання та/або змивання водою (вказати, згідно з інструкцією до засобу).

Під час прибирання персонал має бути забезпечений та використовувати засоби індивідуального захисту у вигляді рукавичок, маски, окулярів (вказати).

Послідовність дій під час поточного прибирання

1. Надягти рукавички.
2. Підготувати достатню кількість відповідного прибирального інвентарю, мийного або дезінфекційного розчину.
3. Очистити всі поверхні від предметів, звільнивши місце для прибирання.
4. Видалити з приміщення сміття та медичні відходи.
5. Загальний порядок прибирання: поверхні, а потім підлога.
6. Прибирання проводиться в порядку від найменш забруднених до найбільш забруднених об'єктів, а також від високо розміщених до

низько розміщених ділянок.

7. Протирання підлоги та великих об'єктів слід проводити послідовними рухами, не допускаючи пропусків.
8. Миття підлоги в кабінетах та коридорах проводиться у напрямку від дальньої стіни до виходу з приміщення. На сходах прибирання проводиться від верхнього майданчика до нижнього.
9. Зняти та утилізувати рукавички.

За потреби після прибирання проводиться провітрювання приміщення за СОП «Організація природної вентиляції».

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Уповноважена особа/особи мають контролювати процес виконання прибирання за графіками, які заповнює персонал, що проводить прибирання.

Аналіз відхилень може базуватись на звітах із пральні щодо кількості зда-них на прання серветок з підрозділів (у порівнянні з розрахунковою кількістю), а також на щоденних/щотижневих звітах уповноважених осіб (вказати) щодо витрат дезінфекційних засобів. Сигналом може бути як перевищення витрат, так і недостатні витрати серветок та дезінфекційних засобів порівняно з розрахунками та середніми за період.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Дії під час аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.2. СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь».
- 6.3. СОП «Організація природної вентиляції».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Наказ МОЗ України від 04.04.2008 №181 «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика»».
- 7.2. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 №234 «Інструкція з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах».
- 7.3. Наказ МОЗ України від 02.04.2013 №259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Організація генерального прибирання		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищити якість прибирання приміщень та знизити ризики поширення інфекцій, що передаються контактним шляхом, завдяки організації адекватного миття й дезінфекції поверхонь та об'єктів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується середнім та молодшим медичним персоналом (службою клінінгу) у всіх приміщеннях закладу.

Процедура не поширюється на організацію поточного прибирання, процеси дезінфекції висококонтактних поверхонь, а також виробів медичного призначення та індивідуальних засобів догляду, а також на прибирання, миття та дезінфекцію виробничого обладнання харчоблоку.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Висококонтактні поверхні – поверхні або об'єкти, на які можуть потрапити біологічні рідини, що містять збудників інфекційних хвороб (у вигляді крапель або дрібнодисперсного аерозолі, що випадають з повітря закритих приміщень, або через забруднені руки).

Генеральне прибирання – заходи, спрямовані на ефективне та своєчасне видалення забруднень усіх типів на всіх поверхнях у межах приміщення, що проводяться за графіком.

Заключне прибирання – заходи, спрямовані на ефективне та своєчасне знезараження всіх поверхонь в межах приміщення, одразу після виписки або смерті хворого на контагіозну інфекцію, або після пологів та виписки (виходу) породіллі з пологового залу.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Поверхні приміщень лікувального закладу постійно забруднюються мікрофлорою відвідувачів, пацієнтів та персоналу, тому якісне періодичне прибирання всіх поверхонь та об'єктів зменшує кількість мікроорганізмів та знижує ризик передачі мікроорганізмів у медичній установі.

Генеральне та заключне прибирання спрямовані на забезпечення та підтримання чистоти приміщень і переривання контактної ланки передачі

збудників інфекційних хвороб. Основною метою генерального прибирання є видалення з об'єктів приміщення видимого забруднення і пилу, а також знезараження поверхонь задля переривання шляхів поширення патогенної та умовно-патогенної флори, зокрема госпітальних штамів.

Персонал, задіяний у прибиранні, повинен розуміти та виконувати чіткі правила під час прибирання для досягнення адекватної міри деконтамінації за мінімальних витрат.

4.1. Використання дезінфекційних та мийних засобів

Дезінфекційні розчини використовуються:

- у разі забруднення біологічним матеріалом об'єктів та приміщень;
- задля деконтамінації поверхонь та об'єктів, що вважаються інфікованими (включно з кюветами, перев'язувальними столами та операційними столами);
- задля деконтамінації висококонтактних поверхонь;
- під час планового генерального прибирання всіх типів приміщень;
- під час заключного прибирання приміщень;
- для прибирання приміщень середнього та високого ризику;
- для прибирання санітарних приміщень.

Мийні розчини використовуються:

- під час проведення поточного прибирання загальних приміщень.

4.2. Визначення кратності генеральних прибирань¹

Визначаючи кратність та розподіляючи засоби для прибирання, слід брати до уваги ризик передачі інфекцій, тип приміщень, режим роботи та відвідування приміщення:

Група приміщень	Приміщення	Засоби та кратність
Приміщення високого ризику	Операційні, перев'язувальні	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 1 раз на тиждень та за потреби.
Приміщення середнього ризику	Маніпуляційні, оглядові кабінети, автоклава	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 1 раз на тиждень та за потреби.
Загальні приміщення	Кабінети, коридори, сходи, ординаторські, сестринські, господарські приміщення, палати, кабінети амбулаторного прийому	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 1 раз на тиждень та за потреби. Генеральне прибирання палат проводиться 1 раз на тиждень або після виписки останнього пацієнта (за когортного типу заповнення палат).
Санітарні приміщення	Туалети для пацієнтів ² , відвідувачів та персоналу, душові кімнати	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 1 раз на тиждень та за потреби.
Приміщення прийому їжі	Їдальня, кімнати роздачі їжі	Дезінфекційний засіб з мийними властивостями. Кратність проведення – 1 раз на тиждень та за потреби.

¹ Кратність генеральних прибирань у приміщеннях не залежить від обробки висококонтактних поверхонь (СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь») або заходів у разі аварій з біологічними матеріалами (СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами»).

² Туалети та душові, розташовані в палатах, прибираються за графіком прибирання в палатах та за потреби.

4.3. Графік генеральних прибирань

Кожен структурний підрозділ розробляє перелік приміщень із визначеним графіком генеральних прибирань, який затверджується на засіданні комісії з інфекційного контролю (розробити для закладу, враховуючи власні об'єкти та можливості щодо проведення обробок) за шаблоном:

Графік генеральних прибирань приміщень

назва відділення _____

Група приміщень	Назва приміщення	Кратність	Відповідальна особа	Дата, відмітка про виконання
Загальні приміщення	Ординаторська	1 раз на місяць, 1-го числа	Молодший та середній медичний персонал	
	Палата 01	1 раз на тиждень, щопонеділка	Молодший медичний персонал	
Додати				
Додати				
Додати				
Приміщення середнього ризику	Маніпуляційна	1 раз на тиждень, щоп'ятниці	Молодший та середній медичний персонал	
Додати				
Приміщення високого ризику	Перев'язувальна	Вказати	Молодший та середній медичний персонал	
Додати				
Додати				

Документ переглядається щоразу після зміни режиму роботи закладу/підрозділу, потоків руху пацієнтів, а також за рішенням комісії з інфекційного контролю, що базується на оцінці ризиків.

Графік генеральних прибирань має бути доведений до відома виконавців як план роботи на день, а також може бути інструментом контролю виконання заходів поточного прибирання.

Заключне прибирання зазвичай не планується. Щойно стає відомо про необхідність заключного прибирання, старша медсестра (сестра-господиня) дає усне розпорядження або вписує відповідне приміщення до плану роботи молодшого медичного персоналу.

План роботи конкретного прибиральника – різновид наряду на роботу, що включає всі поточні, генеральні та заключні прибирання на робочий день, розробляється на початку робочого дня і в кінці та є інструментом контролю обсягів і своєчасності запланованих прибирань.

4.4. Організація генерального прибирання

Відповідальні за організацію прибирання – старша медична сестра або сестра-господиня підрозділу (вказати). Відповідальний за проведення – молодший та середній медичний персонал.

Кожний підрозділ має розрахунки потреби в серветках, мопях, дезінфектантах та мийних засобах для миття й дезінфекції та забезпечений ними відповідно до потреби щонайменше на 3 робочі дні, включаючи вихідні та святкові дні (вказати для закладу).

Основним засобом для генерального прибирання вибраний _____ (вказати назву) в ____% концентрації.

Описати процес централізованого/децентралізованого приготування дезінфекційних розчинів, терміни придатності, місця зберігання, відповідальних осіб.

Потоки чистих і використаних серветок та мопів у процесі використання, зберігання та прання не мають перетинатися (для цього слід використовувати різні ємкості для чистих і використаних серветок, що розрізняються за кольором та маркуванням). Кожну серветку після використання слід продезінфікувати та випрати машинним способом. Додатково описати наявний процес дезінфекції поверхонь шляхом протирання, якщо він відрізняється від описаного.

Для маркування інвентарю (мопів, серветок) не обов'язково наносити написи, можливе маркування за кольором:

- приміщення середнього ризику – жовтий;
- високого ризику – червоний;
- загальні приміщення – зелений;
- санітарні приміщення та обладнання – чорні (або інше – прописати для закладу).

Пам'ятки щодо кольорів маркування мають бути доступні виконавцю та розміщені на робочих місцях.

4.5. Алгоритм проведення прибирання

Дезінфекційний розчин наноситься шляхом протирання спеціальними серветками. Для запобігання додатковій контамінації поверхонь під час прибирання на один об'єкт використовується одна серветка або сторона серветки. Мопи замінюються із розрахунку 1 моп на 20 м² підлоги, проте не менше 1 моп на приміщення.

Під час обробки об'єктів та поверхонь слід використовувати принцип «зверху вниз та від чистого до брудного». В закладі розроблений та доведений до виконавців примірний порядок дезінфекції об'єктів для кожного приміщення або групи приміщень.

Після обробки поверхонь та об'єктів дотримуватись експозиції та за потреби застосувати подвійне протирання та/або змивання водою (вказати, згідно з інструкцією до засобу).

Під час дезінфекції персонал має бути забезпечений та використовувати засоби індивідуального захисту у вигляді рукавичок, маски, окулярів (вказати).

Послідовність дій під час генерального прибирання

1. Надягти засоби індивідуального захисту (рукавички, ізолюючий халат).
2. Підготувати достатню кількість прибирального інвентарю, мийного або дезінфекційного розчину.

3. Винести з приміщення сміття і медичні відходи.
4. Очистити всі поверхні від зайвих предметів, від'єднати електроприлади від мережі, відсунути столи та шафи від стін.
5. Прибирання шляхом протирання проводиться в напрямку від найменш забруднених до найбільш забруднених об'єктів, а також від високо розміщених до низько розміщених ділянок.
6. Очистити поверхні від видимого забруднення.
7. Передусім проводиться протирання з дезінфекційним засобом обладнання та всіх поверхонь, потім стін (для приміщень ризику та санітарних приміщень).
8. В кінці протерти підлогу, ретельно вимиваючи кутки, плінтуси і підлогу біля них по усьому периметру кімнати, потім промити її центральну частину. Миття підлоги в кабінетах та коридорах проводиться у напрямку від дальньої стіни до виходу з приміщення. На сходах прибирання проводиться від верхнього майданчика до нижнього.
9. Протирання підлоги та великих об'єктів слід проводити послідовними рухами, не допускаючи пропусків.
10. Ввімкнути УФ випромінювач відкритого типу, дотримуватись експозиції, зазначеної в інструкції.
11. Залишити кабінет зачиненим на час експозиції дезінфекційного засобу.
12. Залишки дезінфекційного розчину не слід змивати, якщо це спеціально не вказано в інструкції до засобу.
13. Провітрити приміщення.
14. Обладнання для прибирання дезінфікують після закінчення прибирання.
15. Зняти одяг для прибирання та утилізувати одноразовий ізоляційний халат та рукавички, як медичні відходи.
16. Провести гігієнічну обробку рук.
17. Зафіксувати проведення генерального прибирання у відповідному журналі або формулярі (дата, час, назва дезінфекційного засобу, ПІБ, підпис працівника).

За потреби після прибирання проводиться провітрювання приміщення за СОП «Організація природної вентиляції».

Заключне прибирання проводиться за принципами та методикою генеральних прибирань.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Уповноважена особа/особи мають контролювати процес виконання прибирань за графіками, які заповнює персонал, що проводить прибирання.

Аналіз відхилень може ґрунтуватись на звітах із пральні щодо кількості зданих на прання серветок з підрозділів (у порівнянні з розрахунковою кількістю), а також на щоденних/щотижневих звітах уповноважених осіб (вказано

ти) щодо витрат дезінфекційних засобів. Про недотримання стандартів якості може свідчити як перевищення витрат, так і недостатні витрати серветок та дезінфекційних засобів порівняно з розрахунками та середніми за період.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Дії в разі аварійного забруднення об'єктів біологічними матеріалами».
- 6.2. СОП «Дезінфекція висококонтактних поверхонь».
- 6.3. СОП «Організація природної вентиляції».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Наказ МОЗ України від 04.04.2008 №181 «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика».
- 7.2. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 №234 «Інструкція з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах».
- 7.3. Наказ МОЗ України від 02.04.2013 №259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

7. СТЕРИЛІЗАЦІЯ

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Дезінфекція виробів медичного призначення		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, шляхом організації очищення та дезінфекції.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь у процесах дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення на всій території лікарні.

Процедура поширюється на процес дезінфекції виробів медичного призначення перед їх централізованим передстерилізаційним очищенням, а також на децентралізовані суміщені процеси дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення.

Процедура не поширюється на дезінфекцію разових виробів медичного призначення, очищення медичних приладів, засобів догляду за пацієнтом та інших пристроїв, які не підлягають стерилізації або дезінфекції високого рівня.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Дезінфекція – метод знищення патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів на výroбах медичного призначення, а також в їхніх каналах і порожнинах.

Передстерилізаційне очищення – видалення органічних забруднень та залишків лікувальних препаратів із внутрішніх та зовнішніх поверхонь медичних виробів перед їх дезінфекцією та стерилізацією.

Суміщений процес дезінфекції та передстерилізаційного очищення – спеціально організоване проведення одночасних дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення з використанням хімічних засобів, що мають дезінфекційні та мийні властивості.

Сумісний спосіб обробки – спосіб/етап обробки виробу медичного

призначення, що рекомендований чи не заборонений виробником конкретного виробу, або такий, що не пошкоджує поверхні та складові матеріали у разі відсутності рекомендацій виробника.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Дезінфекція організується та проводиться для ВМП, що готуються для:

- стерилізації;
- зберігання з наступною стерилізацією;
- передачі на ремонт чи технічне обслуговування.

4.1. Організація ПСО

Дезінфекцію ВМП слід проводити якомога швидше для запобігання висиханню та фіксації органічного забруднення і зниженню ефективності дезінфекції та ПСО.

Якщо дезінфекція ВМП проводиться в іншому приміщенні, то ВМП складають у контейнери для транспортування. Порядок використання контейнерів та транспортування описано в СОП «Транспортування виробів медичного призначення».

Кожні контейнер та ємкість, що використовуються в процесах дезінфекції, ПСО та транспортування, повинні мати кришку та написи-ідентифікатори, які не дозволять використовувати їх не за призначенням. На ємкостях з мийними та дезінфекційними розчинами мають бути вказані назва та концентрація засобу, дата, час приготування і дата, час кінцевого використання розчину. Позапланова заміна розчину відбувається у разі зміни кольору або прозорості рідини, а також за появи осаду.

Якщо в закладі є ЦСВ та умови дають змогу проводити ПСО централізованим методом, то у відділеннях проводиться лише механічне очищення та дезінфекція ВМП (згідно з п. 4.2), а ПСО організується в ЦСВ згідно з СОП «Передстерилізаційне очищення». У разі неможливості організації централізованого ПСО, поєднана дезінфекція та ПСО ВМП проводиться за п. 4.3.

З цього розділу залишити лише актуальне.

4.2. Проведення дезінфекції ВМП

Використані ВМП слід занурити в дезінфекційний розчин одразу після закінчення маніпуляції/процедури/операції. У разі масивного забруднення виробу, а також якщо через несвоєчасне занурення забруднення на поверхні виробу висохло, проводиться попереднє механічне очищення в окремій ємкості, що містить той самий дезінфекційний розчин.

Перед зануренням вироби розкривають та розбирають. Канали та порожнини виробів заповнюють за допомогою шприца з відповідною насадкою. Експозиція вимірюється за допомогою таймера, з моменту занурення останнього виробу. Занурення виробів має відбуватись повільно для запобігання утворенню бризок та аерозолю. Висота вільного шару розчину над ВМП має бути не менше 1 см.

Під час роботи з ВМП слід дотримуватись правил безпеки, що описані в СОП «Поводження з гострими виробами».

Для дезінфекції використовують такі засоби (вказати):

Назва	Концентрація	Експозиція

Після експозиції вироби промивають під проточною водою по 3-5 хвилин та не висушуючи складають до контейнерів для транспортування в ЦСВ. Порядок використання контейнерів і транспортування описані в СОП «Транспортування виробів медичного призначення».

Відповідальна особа за проведення дезінфекції – середній медичний персонал, що працює у відповідних кабінетах, а також персонал (вказати) оперблоку.

4.3. Проведення суміщеного процесу дезінфекції та ПСО ВМП

Використані ВМП слід занурити в дезінфекційний розчин одразу після закінчення маніпуляції/процедури/операції. У разі масивного забруднення виробу, а також якщо через несвоєчасне занурення забруднення на поверхні виробу висохло, проводиться попереднє механічне очищення в окремій ємкості, що містить той самий дезінфекційний розчин.

Перед зануренням вироби розкривають та розбирають. Канали та порожнини виробів заповнюють за допомогою шприца з відповідною насадкою. Експозиція вимірюється за допомогою таймера, з моменту занурення останнього виробу. Занурення виробів має відбуватись повільно для запобігання утворенню бризок та аерозолю. Висота вільного шару розчину над ВМП має бути не менше 1 см.

Для дезінфекції та ПСО використовуються такі засоби (вказати):

Назва	Концентрація	Експозиція

Після дотримання експозиції кожен виріб миється в тому ж розчині не менше 30 секунд за допомогою щіток відповідного розміру та, за потреби, разових марлевих серветок. Канали й порожнини промиваються за допомогою спеціальних йоржів та щіток. Під час роботи з ВМП слід дотримуватись правил безпеки, описаних у СОП «Поводження з гострими виробами».

Після миття кожен виріб споліскують під проточною водою протягом 3-5 хвилин та занурюють в ємкість з дистильованою водою.

Після ополіскування в дистильованій воді вироби ставлять на решітку для стікання зайвої води, висушують серветками. Канали, порожнини та деталі складної конфігурації продувають повітрям під тиском. Допускається використання сушильних шаф за контрольованої температури 80°C, якщо цей спосіб сумісний з ВМП.

Після висушування та охолодження ВМП проводять проби на якість ПСО згідно з СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб» та СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб» (залишити, якщо контроль проводиться у відділенні, та прибрати, якщо в ЦСВ).

Після проведення проб розібрані ВМП складають до контейнерів для транспортування в ЦСВ. Порядок використання контейнерів та транспортування описані в СОП «Транспортування виробів медичного призначення».

Відповідальна особа за проведення дезінфекції – середній медичний персонал, що працює у відповідних кабінетах, а також персонал (вказати) оперблоку.



Забороняється:

- Транспортування ВМП у негерметичних контейнерах.
- Проведення будь-якого етапу ПСО для виробів, що не були розібрані чи відкриті.
- Використання сушильних шаф для вологих ВМП або таких, що містять вологу всередині каналів та порожнин.

4.3. Засоби захисту

Всі роботи з дезінфекції а також очищення ВМП ручним способом, зокрема і продування повітрям або водою під тиском, проводяться з використанням рукавичок, фартухів, нарукавників, щитків або медичних масок та окулярів згідно з СОП «Засоби респіраторного захисту» та СОП «Бар'єрні засоби захисту».

4.4. Вибір засобу для дезінфекції та ПСО

Вибір та узгодження робочого асортименту засобів для дезінфекції та ПСО проводиться за участю госпітального епідеміолога, головної медсестри або на засіданні комісії з інфекційного контролю. Вибрані засоби мають бути зареєстровані в Україні та мати відповідне Свідоцтво про державну реєстрацію.

Засоби мають бути сумісні з виробами, що дезінфікуються та очищуються. Перевага надається рецептурам, що містять ферменти (для ПСО) та не містять сполук, що фіксують органіку (для дезінфекції та механічного очищення).

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль якості організується згідно з СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб» та СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб».

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами відповідно до плану роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПи

- 6.1. СОП «Передстерилізаційне очищення».
- 6.2. СОП «Транспортування виробів медичного призначення».
- 6.3. СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб».
- 6.4. СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб».
- 6.5. СОП «Поводження з гострими виробами».
- 6.6. СОП «Засоби респіраторного захисту».
- 6.7. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.
- 7.5. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.07.2006 №908 «Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Передстерилізаційне очищення		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, шляхом організації передстерилізаційного очищення.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь у процесах дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення на всій території лікарні.

Процедура поширюється на централізований процес передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення. Процедура не поширюється на децентралізовані суміщені процеси дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення, а також на очищення медичних приладів, засобів догляду за пацієнтом та інших пристроїв, які не підлягають стерилізації або дезінфекції високого рівня.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Передстерилізаційне очищення – видалення органічного забруднення та залишків лікувальних препаратів із внутрішніх та зовнішніх поверхонь медичних виробів перед їх дезінфекцією та стерилізацією.

Сумісний спосіб обробки – спосіб/етап обробки виробу медичного призначення, що рекомендований чи не заборонений виробником конкретного виробу, або такий, що не пошкоджує поверхні та складові матеріали у разі відсутності рекомендацій виробника.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

ПСО організується та проводиться для ВМП, що пройшли централізовану або децентралізовану дезінфекцію та готуються для:

- стерилізації;
- зберігання з наступною стерилізацією;
- передачі на ремонт чи технічне обслуговування.

Процеси транспортування ВМП описані в СОП «Транспортування виробів медичного призначення». Суміщений процес дезінфекції та передстерилізаційного очищення ВМП, а також процес дезінфекції ВМП як ізольованого етапу описані в СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

4.1. Організація ПСО

ВМП, що пройшли дезінфекцію хімічним методом у відділеннях та підрозділах, на місцях одразу після дезінфекції відмивають від залишків дезінфекційного розчину під проточною водою та в вологому стані складають у контейнери для транспортування. Порядок використання контейнерів та транспортування описано в СОП «Транспортування виробів медичного призначення». Одразу після дезінфекції контейнери з ВМП доставляють у ЦСВ.

Кожна ємкість, що використовується в процесах ПСО, повинна мати кришку та написи-ідентифікатори, які не дозволять використовувати її не за призначенням. На ємкостях з мийними розчинами мають бути вказані назва та концентрація засобу, дата, час приготування і дата, час кінцевого використання розчину. Позапланова заміна мийного розчину відбувається у разі зміни кольору або прозорості рідини, а також за появи осаду.

Через відсутність методу верифікації дистильована вода використовується одноразово.

4.2. Проведення ПСО

Персонал ЦСВ (вказати, хто) приймає ВМП, проводить візуальний огляд чистоти та справності, реєструє їх у відповідному журналі (за потреби).

Прийняті вироби одразу споліскують під проточною водою, а потім занурюють у розчин мийного засобу (вказати назву, концентрацію, експозицію). Перед зануренням вироби розкривають та розбирають. Канали та порожнини виробів заповнюють за допомогою шприца з відповідною насадкою. Експозицію вимірюють за допомогою таймера, з моменту занурення останнього виробу.

Після дотримання експозиції кожен виріб миють в тому ж розчині не менше 30 секунд за допомогою щіток відповідного розміру та, за потреби, разових марлевих серветок. Канали та порожнини промивають за допомогою спеціальних йоржів та щіток. Під час роботи з ВМП слід дотримуватись правил безпеки, що описані в СОП «Поводження з гострими виробами».

Після миття кожен виріб споліскують під проточною водою протягом 3-5 хвилин та занурюють в ємкість з дистильованою водою.

Після ополіскування в дистильованій воді вироби ставлять на решітку для стікання зайвої води, висушують серветками. Канали, порожнини та деталі складної конфігурації продувають повітрям під тиском. Допускається використання сушильних шаф за контрольованої температури 80°C, якщо цей спосіб сумісний з ВМП.

Після висушування та охолодження ВМП проводять проби на якість ПСО згідно з СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб» та СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб».



Забороняється:

- Стерилізація ВМП, які не пройшли процедуру ПСО та контролю якості ПСО.
- Транспортування ВМП у негерметичних контейнерах.
- Прийом на ПСО сухих виробів, а також таких, що мають візуальні сліди забруднення.
- Проведення будь-якого етапу ПСО для виробів, що не були розібрані чи відкриті.
- Використання сушильних шаф для вологих ВМП або таких, що містять вологу всередині каналів та порожнин.

4.3. Засоби захисту

Всі роботи з очищення ВМП ручним способом, зокрема продування повітрям або водою під тиском, проводять з використанням рукавичок, фартухів, нарукавників, щитків або медичних масок та окулярів згідно з СОП «Засоби респіраторного захисту» та СОП «Бар'єрні засоби захисту».

4.4. Вибір засобу для ПСО

Вибір та узгодження робочого асортименту засобів для ПСО проводиться за участю госпітального епідеміолога, головної медсестри або на засіданні комісії з інфекційного контролю. Ці засоби мають бути зареєстровані в Україні та мати відповідне Свідоцтво про державну реєстрацію.

Засоби мають бути сумісні з виробами, що очищуються. Перевага надається рецептурам, що містять ферменти.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль якості організується згідно з СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб» та СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб».

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

6.2. СОП «Транспортування виробів медичного призначення».

- 6.3. СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка азопірамових проб».
- 6.4. СОП «Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб».
- 6.5. СОП «Поводження з гострими виробами».
- 6.6. СОП «Засоби респіраторного захисту».
- 6.7. СОП «Бар'єрні засоби захисту».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.
- 7.5. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.07.2006 №908 «Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів».

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Вимоги до поточності в центральному стерилізаційному відділенні		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику реконтамінації простерилізованих виробів шляхом стандартизації вимог до розподілення потоків виробів медичного призначення та персоналу.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура встановлює вимоги до організації видачі упакованих стерильних ВМП з місць їх тимчасового зберігання та застосовується всім персоналом центрального стерилізаційного відділення, а також персоналом, що доставляє простерилізовані вироби до відділень.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються у медичних цілях окремо або у поєднанні між собою.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Планування потоків (розробити для закладу)

Планування потоків руху персоналу та ВМП в ЦСВ (автоклавному) слід проводити за участі комісії з інфекційного контролю на основі оцінки ризиків з урахуванням планування приміщень, набору приміщень, графіка та режиму роботи закладу, структурних підрозділів, персоналу, штатного розпису тощо.

Відповідно до потоків проводиться планування зон ЦСВ – брудні приміщення, чисті приміщення, стерильні приміщення (або групи приміщень). Якщо набір приміщень не дає змоги повноцінно зонувати підрозділ, проводиться розмежування приміщень/приміщення на функціональні зони та розмежування за часом. Не допускається одночасне проведення «брудних»,

«чистих» та «стерильних» етапів або перетинання «брудних», «чистих» та «стерильних» потоків в одному приміщенні.

Згідно з концепцією розмежування за часом заклад визначає розклад прийому ВМП для проведення ПСО, визначає час для етапів за рівнем чистоти:

- «Брудні»:
 - прийом та реєстрація ВМП;
 - ПСО (за потреби – суміщений етап дезінфекції та ПСО);
 - висушування;
 - контроль якості ПСО та реєстрація.
- «Чисті»:
 - перевірка функціональності;
 - пакування та маркування;
 - завантаження в парові стерилізатори;
 - підготовка приміщень до вивантаження (включаючи прибирання, дезінфекцію висококонтактних поверхонь, дезінфекцію повітря).
- «Стерильні»:
 - вивантаження;
 - охолодження простерилізованих виробів;
 - транспортування на місця тимчасового зберігання;
 - реєстрація факту стерилізації.

У разі відсутності кімнати для прийому їжі режим роботи персоналу ЦСВ (автоклавної) має включати перерву на обід між «брудними» та «стерильними» етапами.

4.2. Розмежування потоків

За наявності двох входів до ЦСВ один з них використовується як «брудний» для входу та виходу персоналу ЦСВ (зокрема для відвідування санвузла), входу матеріалу, що надходить для ПСО та стерилізації тощо; другий, «чистий» – виключно для видачі простерилізованих виробів. Як «чистий» вихід можна використовувати вікно, через яке матеріал можна видавати назовні або в коридор. За наявності одного входу він використовується за розкладом.

Під час роботи на «стерильній» ділянці або проведенні «стерильного» етапу слід обмежити контакти з предметами попередніх етапів.

Персонал ЦСВ повинен мати окремий одяг для роботи в приміщеннях «брудної» та «стерильної» зони, або в часи «брудних» та «стерильних» етапів. Одяг слід зберігати у спеціальних шафах окремо від повсякденного одягу та один від одного. При переході від «брудної» ділянки або етапу персонал повинен змінити одяг та провести відповідну обробку рук згідно з СОП «Гігієнічне миття рук».

Документація щодо реєстрації виробів, етапів та контролю якості має зберігатись окремо для кожного з етапів разом з окремим канцелярським приладдям.

«Брудна», «чиста» та «стерильна» зони повинні мати окремий прибиральний інвентар, що відповідно маркований та зберігається в окремих шафах або зонах.

4.3. Маркування потоків

Всі входи та виходи повинні мати відповідне маркування (наприклад, «Видача стерильних виробів», «Прийом матеріалу на стерилізацію») та використовуватись за призначенням. За умови роботи ЦСВ за розкладом, розклад прийому та видачі матеріалу має бути розташований на зовнішньому боці «брудних» та «чистих» дверей, а також бути доступним персоналу всіх структурних підрозділів, що здають матеріал на стерилізацію у ЦСВ.

Приміщення та функціональні ділянки повинні мати маркування щодо рівня чистоти та напрямки руху матеріалу, зрозумілі персоналу (наприклад, стрілки на стінах, написи «Чиста зона», «Стерильна зона» тощо) – вибрати для закладу.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Аудит процедури проводиться комісією з інфекційного контролю або уповноваженими особами згідно з планом роботи.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Гігієнічне миття рук».

6.2. СОП «Організація поточного прибирання».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.

7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.

7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.

7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Вимоги до зберігання та видачі простерилізованих виробів		Дата введення в дію
		Номер перегляду
		0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Зниження ризику реконтамінації простерилізованих виробів шляхом стандартизації вимог до зберігання та видачі простерилізованих виробів.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура встановлює вимоги до організації видачі упакованих стерильних ВМП з місць їх тимчасового зберігання та застосовується всім персоналом центрального стерилізаційного відділення, а також персоналом, що доставляє простерилізовані вироби до відділень.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються у медичних цілях окремо або у поєднанні між собою.

Пакувальні матеріали – матеріали та засоби, що використовуються для пакування ВМП для стерилізації та тимчасового захисту від повторного забруднення під час стерилізації та зберігання.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

4.1. Порядок зберігання

Простерилізовані ВМП зберігають в окремому спеціально призначеному для цього приміщенні на чистій половині ЦСВ. Воно має бути обладнане системами припливно-витяжної вентиляції та кондиціювання, що забезпечують оптимальні параметри мікроклімату: температура повітря — не більше 20°C, відносна вологість повітря — не більше 60%.

Простерилізовані медичні вироби та матеріали зберігають на сітчастих полицях з нержавіючої сталі або матеріалу з гігієнічним покриттям. Перед

використанням полиці дезінфікуються. Верхня полиця має бути на відстані не менше 40 см від стелі, нижня — на відстані не менше 20 см від підлоги. За неможливості дезінфекції полиць їх вкривають стерильними простирадлами. Матеріали на полиці викладають так, щоб між ними був проміжок. Матеріал одного структурного підрозділу має бути відокремлений від матеріалу іншого.

4.2. Порядок видачі

Транспортують простерилізовані медичні вироби та матеріали до відділення закладу одразу після видачі. Персонал з відділень має перевірити на кожному пакунку:

- чи мають пакунки та стерилізаційні бокси маркування щодо дати та часу стерилізації;
- чи наявний у прозорих пакунках хімічний індикатор та чи відповідає він еталону;
- чи немає в пакунках вологи або конденсату;
- чи немає пошкоджень матеріалу та термошвів;
- чи закриті отвори на стерилізаційних боксах.

За будь-якого «ні» матеріал залишається в ЦСВ на перестерилізацію. Про випадок повертання повідомляються старша медсестра ЦСВ, старша медсестра відділення та за потреби – старша медсестра оперблоку.

За потреби проводиться фіксація факту передачі простерилізованих виробів у відповідному журналі. До цього ж журналу вноситься факт повертання виробів із вказанням причини.

4.3. Умови транспортування

Доставка матеріалу до відділень має бути у спеціальних текстильних мішках-чохлах або контейнерах з кришками. Чохли та контейнери мають бути марковані «Простерилізовані вироби» з вказанням структурного підрозділу та використовуватись виключно за призначенням. Зберігати їх слід у місцях, що унеможливають забруднення. Прання мішків-чохлів здійснюється за умови забруднення або за розкладом (вказати). Забороняється ставити простерилізовані пакунки та бокси на землю або підлогу під час транспортування.

За потреби персонал, що здійснює доставку, має бути оснащений засобами малої механізації (візочки тощо). Візочки слід використовувати виключно за призначенням.

Умови та терміни зберігання стерильних ВМП у відділеннях описані в СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання» та СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали».

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Персонал ЦСВ повинен доповідати старшій медсестрі про випадки не-якісної стерилізації або перестерилізації.

Групи однотипних випадків анонімно слід обговорити на засіданні комітету з інфекційного контролю із наступною розробкою заходів, зокрема із внесенням змін до наявних документів, щодо дезінфекції, ПСО, потоків інструментів, персоналу, режиму роботи приміщень.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

- 6.1. СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання».
- 6.2. СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 11607-2003 «Вироби медичні простерилізовані. Пакування».
- 7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Вимоги до завантаження матеріалів для парової стерилізації		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості парової стерилізації виробів медичного призначення та зниження ризику реконтамінації простерилізованих виробів шляхом стандартизації вимог до завантаження та вивантаження виробів медичного призначення до парового стерилізатора.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом центрального стерилізаційного відділення.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Критичні вироби медичного призначення – вироби, що проникають у стерильні тканини або порожнини тіла, а також судинну систему. До них належать хірургічні інструменти, судинні та сечові катетери, імпланти, а також лапароскопи, артроскопи тощо.

Напівкритичні вироби медичного призначення – вироби, що перебувають у контакт з слизовими оболонками або пошкодженою шкірою. До них належать деякі ендоскопи, клінки ларингоскопів, інтубаційні трубки тощо.

Пакувальні матеріали – матеріали та засоби, що використовуються для пакування ВМП для стерилізації та тимчасового захисту від повторного забруднення під час стерилізації та зберігання.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Стерилізації підлягають критичні та напівкритичні ВМП. Вироби, при-

строї та поверхні, що перебувають у контакті зі стерильними виробами або можуть бути у контакті з ними до моменту їх застосування, також мають бути стерильними.

Процедура встановлює вимоги до розміщення ВМП, що упаковані в пакувальні матеріали разового або багаторазового використання згідно з СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання» та СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали», в камері парового стерилізатора, а також вимоги до вивантаження матеріалів з парових стерилізаторів та умов тимчасового зберігання.

Безпосередньо перед завантаженням кожен пакунок та стерилізаційний бокс має бути чітко та розбірливо підписаний. Маркування має містити:

- ідентифікатори відділення та/або приміщення (за потреби);
- назву або тип виробів, що містяться всередині;
- дату й час стерилізації та кінцевий термін зберігання стерильності (вказати).

Маркування має міститися на окремому ярлику або стикері, на індикаторній стрічці, а якщо пакувальні матеріали разового використання, то на вільній частині пакувального матеріалу зовні від термошва. Не допускається підписування пакунків із разових матеріалів безпосередньо на матеріалі.

4.1. Вимоги до завантаження

До завантаження в камеру допускаються лише ВМП, упаковані в пакувальні матеріали.

Персонал, який виконує завантаження парового стерилізатора, повинен переконатися в придатності пакунку до стерилізації:

- перевірити якість пакування кожного пакета, згортка та стерилізаційного бокса;
- перевірити справність замків;
- перевірити наявність та якість маркування на кожному пакунку.

Пакунки та стерилізаційні бокси не мають перешкоджати вільному переміщенню пари: пакунки слід розташувати перпендикулярно полиці (за потреби використовують сітчасті кошики), стерилізаційні бокси не ставити один на одного, якщо вони мають вхідні отвори на торцях бокса.

Вироби не мають торкатися дна, стелі та стінок камери стерилізатора.

Вигнуті вироби, банки та ємкості мають стояти під кутом або вигнутою частиною донизу для запобігання накопиченню конденсату.

Всередину камери вкладають відповідну кількість хімічних індикаторів.

Якщо є ризик зміщення індикаторів під час руху повітря або пари, їх приклеюють до полиці або матеріалу, що стерилізується.

4.2. Вимоги до вивантаження

Вивантаження парових стерилізаторів слід здійснювати після охолодження стерилізатора та в умовах асептики.

Під час вивантаження персонал, що працює на стерильній половині ЦСВ, повинен звертати увагу на відповідність еталонам усіх хімічних індикаторів, що були в камері, включаючи ті, що видно через прозорі частини пакувальних матеріалів. Якщо хоча б один хімічний індикатор не відповідає еталону, вся партія підлягає перепакуванню та повторній стерилізації.

Одразу після діставання з камери стерилізатора персонал повинен закрити паски стерилізаційних боксів.

Кожен пакунок, упакований за допомогою термозварювальних машин, підлягає контролю на цілісність матеріалу та лінії термошва. У разі виявлення дефектів матеріалу або шва, пакунок підлягає перепакуванню та перестерилізації.

Також підлягають перестерилізації пакунки, що мають вологу упаковку або містять сліди конденсату всередині.

Після вивантаження зі стерилізатора простерилізовані упаковані медичні вироби та матеріали залишають на візках протягом 1,5-2 годин до повного охолодження. У місцях охолодження медичних виробів та матеріалів не має бути протягів та доступу холодного повітря. Заборонено перекладати неохолоджені стерильні пакунки на холодні стелажі.

Простерилізовані медичні вироби та матеріали зберігають в окремому спеціально призначеному для цього приміщенні. Воно має бути обладнане системами припливно-витяжної вентиляції та кондиціонування, що забезпечують оптимальні параметри мікроклімату: температура повітря — не більше 20°C, відносна вологість повітря — не більше 60%.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Персонал ЦСВ повинен доповідати старшій медсестрі про випадки неякісної стерилізації або перестерилізації.

Групи однотипних випадків анонімно слід обговорювати на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема із внесенням змін до наявних документів, щодо дезінфекції, ПСО, потоків інструментів, персоналу, режиму роботи приміщень.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання».

6.2. СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 11607-2003 «Вироби медичні простерилізовані. Пакування».
- 7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: пакувальні матеріали багаторазового використання		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості стерилізації виробів медичного призначення та зниження ризику реконтамінації простерилізованих виробів шляхом стандартизації процесів пакування та зберігання виробів медичного призначення.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом центрального стерилізаційного відділення, а також персоналом, що забезпечує зберігання та використання простерилізованих виробів медичного призначення на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Пакувальні матеріали багаторазового використання – матеріали та засоби, що використовуються для пакування ВМП для стерилізації та тимчасового захисту від повторного забруднення під час стерилізації та зберігання.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

До пакувальних матеріалів багаторазового використання належать двошарові упаковки з бавовняної бязі та стерилізаційні коробки барабанного типу з отворами, що можна закривати в ручний спосіб (бікси) типу КС, КСК. Допускається використання стерилізаційних коробок типу КФ, КСКФ.

4.1. Вибір, зберігання та утилізація пакувальних матеріалів

Як пакувальний матеріал до використання допускається суха чиста бавовняна бязь достатнього розміру, що не має дефектів. Запас бязі має зберігатись в умовах, що унеможливають забруднення, надмірне зволоження, виникнення плісняви тощо.

Стерилізаційні коробки мають бути неушкодженими, не деформованими. Коробки типу КФ повинні мати непошкоджені гумові або силіконові прокладки. Якщо лікарня не може своєчасно закуповувати технічну фільтраційну тканину (ДСТУ 332-91), фільтр за рішенням комітету з інфекційного контролю може бути замінений на бавовняну бязь, проте на умовах використання коробки типу КС/КСК. Зберігати стерилізаційні коробки слід в умовах, що унеможливають їх забруднення, зокрема й біологічними матеріалами.

Пакувальні матеріали, що втратили належну якість, слід утилізувати як лікарняні відходи категорії А.

4.2. Попередня підготовка:

До упакування допускається лише сухий інструментарій, який пройшов попередню дезінфекцію, ПСО та контроль ПСО. Оптимальним є розкладання до пакунку інструменту, яке забезпечує максимальне використання за одну маніпуляцію, перев'язку (чи їх цикл) або операцію. Розподіл інструментарію по пакунках проводиться безпосередньо перед стерилізацією згідно з планом пакування. Перев'язувальний матеріал, підготовлений до упакування, зберігається в умовах, що запобігають його забрудненню (закриті шафи).

4.3. Використання упаковки з бавовняної бязі

- Переконавшись, що доступні два шари тканини відповідного розміру.
- Розгорнути внутрішній шар пакування на столі.
- Обережно викласти перев'язувальний матеріал, халати, пелюшки або ВМП таким чином, щоб залишався вільний простір для проходження водяної пари. У великих пакуваннях перев'язувальний матеріал має бути організований по декількох пакунках.
- Вироби й інструменти, які можуть бути розкриті або розібрані, пакувати та стерилізувати в розкритому і розібраному вигляді.
- Всередину вкласти хімічний індикатор.
- Повністю закрити тканиною вміст таким чином, щоб не залишалось відкритих виробів.
- Повторити процес для другого шару тканини. Під верхній шар вкласти хімічний індикатор.
- Зафіксувати шари тканини мотузками або іншим способом.
- Відкласти пакунок для наступної стерилізації.

4.4. Використання стерилізаційних коробок барабанного типу з отворами

- Відкрити коробку, перевірити цілісність замків та працездатність замків і шарнірів паску та кришки, а також щільність закривання кришки та паску.
- Вистелити коробку всередині бавовняною бяззю таким чином, щоб краї тканини виходили за межі коробки.
- Обережно вкласти ВМП або перев'язувальний матеріал таким чином, щоб залишався вільний простір для проходження водяної пари. У великих бійках перев'язувальний матеріал має бути організований по декількох пакунках.
- Вироби й інструменти, які можуть бути розкриті або розібрані, пакувати та стерилізувати в розкритому і розібраному вигляді.
- Всередину коробки вкласти хімічний індикатор.
- Повністю закрити тканиною вміст коробки, зверху покласти хімічний індикатор.
- Закрити кришку на замок, переконавшись, що пасок відкритий.
- Відкласти коробку для наступної стерилізації.
- Якщо кришка або пасок не закриваються щільно, слід перепакувати вироби в нову коробку.

4.5. Використання контейнерів з отворами, що не мають вбудованих фільтрів

Стерилізаційні коробки такого типу використовуються виключно як контейнери для організації вмісту та захисту від пошкодження. Вони потребують додаткового пакування в одноразові або багаторазові пакувальні матеріали. Вміст контейнера максимально оптимізується під конкретну операцію або процедуру. Матеріали, що зберігаються всередині, мають бути організовані таким чином, щоб не було перешкод для вільного доступу водяної пари. Контейнери без зовнішнього пакувального матеріалу не є засобом для безпечної стерилізації або дотримання стерильності.

4.6. Зберігання виробів, упакованих у багаторазові пакувальні матеріали

Простерилізовані ВМП зберігаються в стерильних упаковках в коморах, призначених для зберігання стерильних ВМП, а також маніпуляційних, перев'язувальних кабінетах. Місця зберігання мають забезпечувати сухість, відсутність пилу, прямого сонячного та ультрафіолетового опромінення. В кожному приміщенні, де зберігаються стерильні ВМП, ведеться облік параметрів температури та вологості повітря.

Термін зберігання становить 72 години від моменту стерилізації та не залежить від виду пакувального матеріалу.

Розміщуючи в місцях зберігання простерилізовані ВМП, слід враховува-

ти строки придатності за правилом «перший прийшов – першим використаний»: ВМП, що були простерилізовані пізніше, мають стояти на полиці далі від краю; ВМП, що мають малий залишковий строк зберігання, мають стояти ближче до краю та використовуватись першими.

Кожен медичний працівник перед використанням будь-якого стерильного пакунку має звертати увагу на дату стерилізації та якість пакування. У разі виявлення пакунку, що не відповідає вимогам якості (термін стерильності, щільність паска та кришки, наявність хімічного індикатора та відповідність еталону), вироби з нього не використовуються, а віддаються співробітнику, відповідальному за дезінфекцію ВМП. Перев'язувальний матеріал повторній стерилізації не підлягає.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Персонал, що приймає простерилізовані вироби з ЦСВ, має проводити контроль якості пакування, звертаючи увагу на наявність дати/часу стерилізації, стан пасків, замків та кришок коробок, якість пакування тощо. Вироби, що упаковані неякісно, з ЦСВ не приймаються та реєструються в журналі дефектури.

Персонал повинен доповідати старшій медсестрі про випадки використання ВМП із пакунків з вичерпаним терміном придатності або таких, що не відповідають вимогам якості (п. 4.6.).

Кожен з таких випадків анонімно слід обговорювати на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесенням змін до наявних документів щодо дезінфекції, ПСО, потоків інструментів, персоналу, режиму роботи приміщень, плану або порядку закупівлі тощо.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

6.1. СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

6.2. СОП «Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення».

6.3. СОП «Стерилізація виробів медичного призначення».

6.4. СОП «Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.

7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.

7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.

7.4. ДСТУ ISO 11607-2003 «Вироби медичні простерилізовані. Пакування».

7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Пакування виробів медичного призначення для парової стерилізації: одноразові пакувальні матеріали		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості стерилізації виробів медичного призначення та зниження ризику реконтамінації простерилізованих виробів шляхом стандартизації процесів пакування та зберігання виробів медичного призначення.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім персоналом центрального стерилізаційного відділення, а також персоналом, що забезпечує зберігання та використання простерилізованих виробів медичного призначення на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Одноразові пакувальні матеріали – спеціальні матеріали одноразового використання, що застосовуються для пакування ВМП для стерилізації та захисту від повторного забруднення під час стерилізації та зберігання.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

До разових пакувальних матеріалів належать аркуші спеціального крафт-паперу, а також композитні паперово-полімерні конверти та рукави у вигляді рулонів, що потребують спеціальних способів пакування.

Оптимальним є використання крафт-паперу для стерилізації перев'язувального матеріалу, паперово-полімерних прозорих пакетів – для інструментарію.

4.1. Вибір, зберігання та утилізація одноразових пакувальних матеріалів

До використання як одноразові пакувальні матеріали допускаються засоби, що пройшли державну реєстрацію, мають відповідне свідоцтво, сертифікат та інструкцію (методичні вказівки) із використання та пакування, а також були ухвалені комітетом з інфекційного контролю лікарні.

Аркуші крафт-паперу, комбіновані конверти та рулони, за можливості, зберігаються в упаковці виробника на чистій половині ЦСВ в сухих чистих місцях без ризику потрапляння вологи, прямих сонячних та ультрафіолетових променів протягом терміну придатності, визначеного виробником.

Використані одноразові пакувальні матеріали та їх залишки утилізуються як лікарняні відходи категорії А.

4.2. Попередня підготовка:

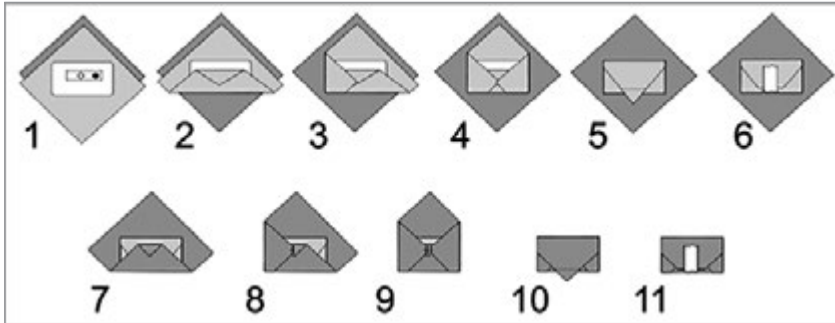
До упакування допускається лише сухий інструментарій, який пройшов попередню дезінфекцію, ПСО та контроль ПСО. Оптимальним є розкладання у пакунок інструменту, що забезпечує максимальне використання за одну маніпуляцію, перев'язку (чи їх цикл) або операцію. Розподіл інструментарію по пакунках проводиться безпосередньо перед стерилізацією згідно з планом пакування. Перев'язувальний матеріал, підготовлений до упакування, зберігається в умовах, що запобігають його забрудненню (закриті шафи).

4.3. Використання паперових пакувальних матеріалів

- Підготувати необхідну кількість аркушів крафт-паперу відповідного розміру.
- Перев'язувальний матеріал оптимально розкласти по упаковках, аби його вистачило точно на одну перев'язку/операцію/маніпуляцію.
- Зверху перев'язувального матеріалу покласти 1 хімічний індикатор 4-го класу робочою стороною вгору.
- Використовувати два окремі аркуші відповідного розміру. Кожен з них скріпити клейкою стрічкою з хімічним індикатором 1-го класу (Малюнок 1).

4.4. Використання комбінованих пакувальних матеріалів для конвертів

- Перевірити наявність конвертів стерилізаційного матеріалу необхідної ширини та довжини.
- У пакет вкласти інструмент (інструменти) робочою стороною вперед і хімічний індикатор (кольоровим боком до плівки) таким чином,



Малюнок 1

щоб контроль і еталон хімічного індикатора завжди було видно крізь плівку. Якщо є ризик випадкового зсуву або деформації хімічного індикатора – приклеїти його клейкою стороною до основи пакета в тій частині, що не закрита вмістом пакета.

- Вироби й інструменти, які можуть бути розкриті або розібрані, стерилізувати в розкритому і розібраному вигляді.
- Якщо робочі частини інструментів можуть пошкодити плівку або папір, надіти на них ковпачки з марлі або крафт-паперу. У разі упакування декількох інструментів у пакет – заповнювати його не більше, ніж на 3/4 об'єму.
- Акуратно прогладити пакет в напрямку виходу та видалити з нього надлишки повітря.
- Завернути клапан та щільно закрити вхід до пакета.
- Візуально перевірити рівномірність заклеювання.
- Відкласти пакет для подальшої стерилізації.
- Слід перепакувати вироби в новий пакет, якщо:
 - у вже закритому пакеті відсутній хімічний індикатор;
 - лінія заклеювання нерівна, має зморшки.

4.5. Використання комбінованих пакувальних матеріалів для рулонів

- Увімкнути термозварювальний апарат.
- Переконаватися, що він не хитається, стоїть без перекосів.
- Перевірити відсутність дефектів і складок склотканини на зварювальних штампах термозварювального апарату.
- Перевірити наявність на полиці рулонів стерилізаційного матеріалу необхідної ширини.
- Робочий відрізок рулонного матеріалу прозорою стороною вгору пропустити в щілину термозварювального апарату на необхідну довжину. Довжина відрізка рулону має включати:
 - довжину інструменту;
 - 1,5-3 см з кожного боку між інструментом і зварним швом (для великих пакетів з масивним вмістом – 5-6 см);

- зварний шов (0,8 см);
- простір для відкривання пакета (1,5-3 см з боку руків'я інструмента);
- Опустити руків'я апарата і притримувати, поки на корпусі не згасне індикатор нагріву.
- Відрізати запаяний відрізок, зсунувши руків'я гільйотини в протилежний бік до упору.
- Підняти руків'я апарата, вийняти сформований пакет.
- Візуально перевірити рівномірність зварювання лінії термошвів.
- У пакет вкласти інструмент (інструменти) робочою стороною вперед та хімічний індикатор (кольоровим боком до плівки) таким чином, щоб контроль і еталон хімічного індикатора завжди було видно крізь плівку. Якщо є ризик випадкового зсуву або деформації хімічного індикатора – приклеїти його клейкою стороною до основи пакета в тій частині, що не закрита вмістом пакета.
- Вироби й інструменти, які можуть бути розкриті або розібрані, пакувати та стерилізувати в розкритому і розібраному вигляді.
- Якщо робочі частини інструментів можуть пошкодити плівку або папір, то надіти на них ковпачки з марлі або крафт-паперу. В разі упакування декількох інструментів у пакет – заповнювати його не більше, ніж на 3/4 об'єму.
- Акуратно прогладити пакет в напрямку виходу та видалити з нього надлишки повітря.
- Вставити горловину пакета в термозварювальний апарат прозорою стороною вгору, залишивши вільний край для розкриття пакета.
- Опустити руків'я і притримувати, поки не згасне індикатор нагріву.
- Підняти руків'я апарата, акуратно вийняти запечатаний пакет з апарата і почекати кілька секунд до охолодження лінії термошвів.
- Візуально перевірити рівномірність зварної лінії другого термошва.
- У разі пакетів зі складками – перевірити пакет на герметичність, не сильно стиснувши його з боків.
- Відкласти пакет для подальшої стерилізації.
- Після закінчення робіт – вимкнути апарат.
- Слід перепакувати вироби в новий пакет, якщо:
 - у вже запаяному пакеті відсутній хімічний індикатор;
 - лінія термошвів нерівна, містить повітряні бульбашки, поперечні світлі лінії або пропущені ділянки;
 - після зсуву інструментів лінія термошвів розійшлася;
 - під час перевірки на герметичність помітний вільний рух повітря з пакета і в нього.

4.6. Зберігання виробів, упакованих в одноразові пакувальні матеріали

Простерилізовані ВМП зберігаються у стерильних упаковках в коморах,

призначених для зберігання стерильних ВМП, а також маніпуляційних, перев'язувальних кабінетах. Місця зберігання мають забезпечувати сухість, відсутність пилу, прямого сонячного та ультрафіолетового опромінення. В кожному приміщенні, де зберігаються стерильні ВМП, ведеться облік параметрів температури та вологості повітря.

Терміни зберігання залежать від виду пакувального матеріалу, визначаються виробником та рахуються від дати стерилізації:

- двошаровий крафт-папір – 6 місяців;
- композитні конверти – 6 місяців;
- композитні рулони – 12 місяців.

Розміщуючи в місцях зберігання простерилізовані ВМП, слід враховувати терміни придатності за правилом «перший прийшов – першим використаний»: ВМП, що були простерилізовані пізніше, мають стояти на полиці далі від краю; ВМП, що мають малий залишковий термін зберігання, мають стояти ближче до краю та використовуватись першими.

Кожен медичний працівник перед використанням будь-якого стерильного виробу має звертати увагу на дату стерилізації та цілісність пакування. У разі виявлення пакування, що не відповідає вимогам якості (термін стерильності, цілісність, наявність хімічного індикатора, його доступність, відповідність еталону), вироби з нього не використовуються, а віддаються співробітнику, відповідальному за дезінфекцію ВМП. Перев'язувальний матеріал повторній стерилізації не підлягає.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Персонал, що приймає простерилізовані вироби з ЦСВ, має проводити контроль якості (п. 4.6.). Неякісно упаковані та простерилізовані вироби, з ЦСВ не приймаються та реєструються в журналі дефектури.

Щомісяця старші медсестри організують пошук в місцях зберігання простерилізованих стерильних виробів з термінами, що минули або незабаром минуть, з порушенням вимог якості.

Персонал повинен доповідати старшій медсестрі про випадки використання ВМП із пакунків з вичерпаним терміном придатності або таких, що не відповідають вимогам якості (п. 4.6.).

Кожен з таких випадків анонімно слід обговорити на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесенням змін до наявних документів, щодо дезінфекції, ПСО, потоків інструментів, персоналу, режиму роботи приміщень, плану або порядку закупівлі тощо.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПИ

6.1. СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

6.2. СОП «Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення».

6.3. СОП «Стерилізація виробів медичного призначення».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

- 7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.
- 7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.
- 7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.
- 7.4. ДСТУ ISO 11607-2003 «Вироби медичні простерилізовані. Пакування».
- 7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Контроль передстерилізаційного очищення: постанова азопірамових проб		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення та зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, шляхом організації контролю передстерилізаційного очищення.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь в контролі якості передстерилізаційного очищення на всій території лікарні.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Передстерилізаційне очищення – видалення органічних забруднень та залишків лікувальних препаратів із внутрішніх та зовнішніх поверхонь медичних виробів перед їх дезінфекцією та стерилізацією.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Азопірамова проба призначена для експрес-контролю наявності залишків крові на поверхнях та каналах ВМП, що пройшли ПСО та готуються для стерилізації або зберігання з наступною стерилізацією.

4.1. Організація контролю якості ПСО

Контроль якості ПСО проводиться персоналом ЦСВ. Контролю підлягає кожна партія виробів медичного призначення, що пройшла ПСО, в кількості 1% оброблених ВМП кожного найменування, але не менше трьох одиниць.

4.2. Приготування, маркування та зберігання розчинів

Основний розчин азопіраму готує старша медична сестра ЦСВ, із розрахунку на 2 місяці роботи. Основний розчин використовується для приготування робочого розчину.

Для приготування 300 мл основного розчину використовується тест-набір реактивів. Тест-набір зберігається в умовах, що заявлені виробником. Перед приготуванням слід переконатися, що термін придатності та умови зберігання не були порушені. Основний розчин готують у спеціальному скляному посуді. Для цього акуратно змішують 30,0 г порошку амідопіріну, 0,45 г порошку солянокислого аніліну та заливають 96% етиловим спиртом до позначки «300 мл». Суміш перемішується скляною паличкою до повного розчинення всіх компонентів.

На ємкості для зберігання основного розчину азопіраму розміщена позначка «300 мл» та інформація щодо дати приготування, термінів зберігання, особи, що приготувала розчин, за шаблоном:

ОСНОВНИЙ РОЗЧИН АЗОПІРАМУ	
Дата приготування	
Кінцевий термін використання	
Особа, що приготувала	
Особистий підпис	

Кожна приготована партія основного розчину обов'язково проходить тестування на марлевій серветці, що містить пляму крові. Розчин вважається придатним, якщо в місці нанесення робочий розчин не пізніше ніж за 1 хвилину набув фіолетового або бузкового забарвлення. Якщо тест не пройдено – основний розчин не є придатним для користування.

Комплект для приготування робочого розчину азопіраму зберігається в холодильнику. Комплект містить:

- ємкість з основним розчином азопіраму зі щільною кришкою;
- ємкість із 3% розчином перекису водню зі щільною кришкою;
- два підписані шприци з голками для дозування перекису водню та основного розчину азопіраму;
- ємкість для приготування робочого розчину азопіраму;
- шприц без голки або піпетка для дозування робочого розчину.

Робочий розчин готує спеціаліст ЦСВ, що проводить контроль якості ПСО безпосередньо перед проведенням проби.

Ємкість із 3% розчином перекису водню містить фабричне маркування. Ємкість для приготування робочого розчину азопіраму підписана «Для робочого розчину азопіраму». Шприци для дозування реактивів підписані

«Азопірам», «Перекис водню». Шприц або піпетка для дозування робочого розчину не мають спеціального маркування.

Кожна приготована партія робочого розчину обов'язково проходить тестування на марлевій серветці, що містить пляму крові. Розчин вважається придатним, якщо в місці нанесення робочий розчин не пізніше ніж за 1 хвилину набув фіолетового або бузкового забарвлення. Якщо тест не пройдено – основний розчин не є придатним для користування.

4.3. Постановка проби

Проби ставляться на повністю сухі та холодні вироби, одразу після ПСО та висушування. Контролю підлягають найбільш складні для доступу частини та деталі ВМП: шарніри, зубчасті частини, канали, порожнини, різьбові з'єднання тощо. Зі шприца або піпетки наноситься декілька крапель розчину, що стікає по поверхні або каналу виробу на білу марлеву серветку, або змоченою розчином білою марлевою серветкою проводиться мазок по поверхні виробу.

Протягом 60 секунд (що вимірюють таймером або пісочним годинником) чекають на зміну кольору розчину. Позитивною вважається проба, якщо прозорий розчин набув фіолетового або бузкового забарвлення. Якщо забарвлення з'явилося після 60-ї секунди, проба не вважається позитивною.

За позитивної проби вся партія одночасно відмитих виробів підлягає повторній ПСО з повторним контролем якості очищення.

Результат кожної азопірамової проби (як негативний, так і позитивний) заноситься до відповідного журналу за підписом особи (осіб), що проводила пробу.

Забороняється проводити стерилізацію ВМП, що не пройшли процедуру ПСО та контролю якості ПСО.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль проведення проби додатково проводить 1 раз на тиждень старша медсестра ЦСВ та 1 раз на місяць головна медсестра лікарні шляхом вибіркової перевірки у випадково вибраний день.

Індикатором є показник питомої ваги позитивних проб по всій лікарні, який обчислюється за формулою:

$$\frac{\text{(кількість позитивних проб)}}{\text{(кількість інструментів, що були перевірені)}} \times 100\%$$

Відхиленням є перевищення середнього показника за рік.

Випадки перевищення питомої ваги позитивних проб два та більше місяців поспіль обговорюються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема із внесенням змін до наявних документів щодо дезінфекції, ПСО, а також можливої заміни препаратів для дезінфекції ВМП, ПСО та реактиву Азопіраму.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОПи

6.1. СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

6.2. СОП «Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.

7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.

7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.

7.4. Методические указания «Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения с помощью реактива Азопирам». – №28-6/13. – 26.05.1988 г. – МЗ СССР.

7.5. ДСТУ ISO 9001:2015.

Назва закладу	Стандартна операційна процедура (СОП)	Номер: СОП-ІК-**
Контроль передстерилізаційного очищення: постановка фенолфталеїнових проб		Дата введення в дію
		Номер перегляду 0.1
Погоджено: ПІБ – медичний директор ПІБ 2 – головна медсестра ПІБ 3 – спеціаліст з інфекційного контролю		Затверджую: ПІБ – директор

1. МЕТА: Підвищення якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення та зниження ризику поширення інфекцій, що передаються через медичне обладнання, шляхом стандартизації контролю передстерилізаційного очищення.

2. ЗАСТОСУВАННЯ:

Процедура застосовується всім медичним персоналом, що бере участь в контролі якості передстерилізаційного очищення на всій території лікарні. Процедуру застосовують, якщо для очищення виробів медичного призначення обраний препарат з рН робочого розчину понад 8,5.

3. АБРЕВІАТУРИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА ТЕРМІНИ:

Вироби медичного призначення – це медичні вироби з металу, скла, полімерних, гумових, текстильних та інших матеріалів, а також апарати, прилади, обладнання, матеріали, що застосовуються в медичних цілях окремо або в поєднанні між собою.

Передстерилізаційне очищення – видалення органічних забруднень та залишків лікувальних препаратів із внутрішніх та зовнішніх поверхонь медичних виробів перед їх дезінфекцією та стерилізацією.

Абревіатури:

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення.

ПСО – передстерилізаційне очищення.

ВМП – вироби медичного призначення.

4. ОПИС ПРОЦЕСУ:

Фенолфталеїнова проба призначена для експрес-контролю якості відмивання ВМП від лужних мийних засобів на поверхнях та каналах ВМП, що пройшли ПСО та готуються для стерилізації або зберігання з наступною стерилізацією.

4.1. Організація контролю якості ПСО

Контроль якості ПСО проводиться персоналом ЦСВ. Контролю підлягає кожна партія виробів медичного призначення, що пройшла ПСО, в кількості 1% оброблених ВМП кожного найменування, але не менше трьох одиниць.

4.2. Приготування, маркування та зберігання розчинів

Робочий розчин фенолфталеїну готує старша медична сестра ЦСВ із розрахунку на 1 місяць роботи.

Для приготування робочого розчину використовується наважка реактиву, підготовлена безпосередньо перед приготуванням на високоточних вагах (аналітичні ваги тощо). Реактив зберігається в умовах, що заявлені виробником. Перед приготуванням слід переконатися, що термін придатності та умови зберігання не були порушені. 1% робочий розчин готують у спеціальному скляному посуді, акуратно змішуючи сухий реактив та 95% етиловий спирт до необхідної позначки. Суміш перемішують скляною паличкою до повного розчинення всіх компонентів.

Ємкість для зберігання робочого розчину фенолфталеїну містить позначку для розведення та інформацію щодо дати приготування, термінів зберігання, особи, що приготувала розчин, за шаблоном:

РОБОЧИЙ РОЗЧИН ФЕНОЛФТАЛЕЇНУ	
Дата приготування	
Кінцевий термін використання	
Особа, що приготувала	
Особистий підпис	

Кожна приготована партія робочого розчину обов'язково проходить тестування на марлевій серветці, що містить залишки лужного мийного засобу. Розчин вважається придатним, якщо в місці нанесення робочий розчин одразу набув малинового забарвлення. Якщо тест не пройдено, робочий розчин не є придатним для використання.

Комплект для приготування робочого розчину фенолфталеїну зберігається в холодильнику. Комплект містить:

- ємкість з робочим розчином фенолфталеїну зі щільною кришкою;
- шприц без голки або піпетка для дозування робочого розчину.

Шприц або піпетка для дозування робочого розчину не мають спеціального маркування.

4.3. Постановка проби

Проби ставляться на повністю сухі та холодні вироби, одразу після ПСО та висушування. Контролю підлягають найбільш складні для доступу частини

та деталі ВМП: шарніри, зубчасті частини, канали, порожнини, різьбові з'єднання тощо. Зі шприца або піпетки наноситься декілька крапель розчину, що стікає по поверхні або каналу виробу на білу марлеву серветку, або змоченою розчином білою марлевою серветкою проводиться мазок по поверхні виробу.

Одразу після нанесення чекають на зміну кольору розчину. Позитивною вважається проба, якщо прозорий розчин набув малинового забарвлення.

За позитивної проби вся партія одночасно відмитих виробів підлягає повторній ПСО з повторним контролем якості очищення.

Результат кожної фенолфталеїнової проби (як негативний, так і позитивний) заноситься до відповідного журналу за підписом особи (осіб), що проводила пробу.

Забороняється проводити стерилізацію ВМП, що не пройшли процедуру ПСО та контролю якості ПСО.

5. КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ, АУДИТ, КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Контроль проведення проби додатково проводить 1 раз на тиждень старша медсестра ЦСВ та 1 раз на місяць головна медсестра лікарні шляхом вибіркової перевірки у випадково вибраний день.

Індикатором є показник питомої ваги позитивних проб по всій лікарні, обчислений за формулою:

$$\frac{\text{(кількість позитивних проб)}}{\text{(кількість інструментів, що були перевірені)}} \times 100\%$$

Відхиленням є перевищення середнього показника за рік.

Випадки перевищення питомої ваги позитивних проб два та більше місяців поспіль розбираються на засіданні комітету з інфекційного контролю з наступною розробкою заходів, зокрема внесенням змін до наявних документів, щодо дезінфекції, ПСО, а також можливої заміни препаратів для дезінфекції ВМП, ПСО та реактиву фенолфталеїну.

6. ПОВ'ЯЗАНІ ДОКУМЕНТИ, ІНСТРУКЦІЇ, ІНШІ СОП

6.1. СОП «Дезінфекція виробів медичного призначення».

6.2. СОП «Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення».

7. ПОСИЛАННЯ НА ЗАКОНОДАВСТВО, ЛІТЕРАТУРУ

7.1. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затв. наказом МОЗ України від 11.08.2014 №552.

7.2. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare – CDC, 2008-2019.

7.3. Decontamination, Reprocessing of Medical Devices for Healthcare Facilities – WHO, 2016.

7.4. ДСТУ ISO 9001:2015.