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

ЗРАЗКИ СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР З ОРГАНІЗАЦІЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

співпраця з німеччиною
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT
KFW
unicef

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 консиліумів, 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 – пропоновані 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 посіви 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 вентиляційної підтримкою)	(n / (вентилятор-годин)) * 1000
2	Інфекції, асоційовані з сечовим катетером	(n / (днів на катетері)) * 1000
3	Інфекції, асоційовані з венозним катетером	(n / (днів на катетері)) * 1000
4	Інфекції ділянки хірургічного втручання	(n / (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 (≥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 імунодефіцитними 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 штамами 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 штамами 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°С, 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 дифтероїди (Corynebacterium spp., НЕ C. Diphteriae), Bacillus spp. (Не 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°С[1];
- 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 сечовипускання[2].

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°C;
  - бронхіальна гіперсекреція;
  - індекс оксигінації (PaO_2 / FiO_2) менше 240;
  - кашель, тахіпное, локальна крепітація, вологі хрипи, бронхіальне дихання;
  - кількість лейкоцитів у крові менше $4 \cdot 10^9$/л або більше $12 \cdot 10^9$/л, паличкоядерний зсув більше 10%;
  - гнійне мокротиння / бронхіальний секрет (більше 25 поліморфоядерних лейкоцитів у полі зору при мікроскопії з малим збільшенням x100).

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°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 (органа, 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 органа/порожнини з дотриманням вимог асептики під час забору матеріалу;
- абсцес або інші ознаки інфекції, включаючи інфікування органа/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 абревіатури.

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 ізольованих 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:

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

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».

ДОДАТОК 1.

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 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 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 якої 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 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 інфекцію, що передається повітряним шляхом, встановлюється у разі виявлення у пацієнта таких симптомів: температура тіла вище 37,2°С, кашель, біль у горлі, нежить, катаральні симптоми, загальна слабкість, біль у м'язах, висип[1].

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 СОПи

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 якої 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.

ґ) 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.