



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی

چک لیست اصول استریلیزاسیون واحد بهداشت خانواده

مرکز بهداشتی درمانی.....

شبکه بهداشت / مرکز بهداشت.....

| ردیف | عنوان فعالیت | تاریخ بازدید | | تاریخ بازدید | |
|------|--------------------------------|---|------|--------------|------|
| | | اول: | دوم: | اول: | دوم: |
| | | بلی | خبر | بلی | خبر |
| ۱ | وخت و پرسنل | | | | |
| | | آیا پرسنل از روپوش فرم سفید و تمیز استفاده کرده اند؟ | | | |
| | | آیا پرسنل بر علیه بیماری هیپاتیت واکسینه شده اند؟ | | | |
| ۲ | شرایط فیزیکی اتاق ماما | | | | |
| | | آیا اتاق معاینه در محل رفت و آمد محدود است؟ | | | |
| | | آیا اتاق معاینه عاری از گرد و غبار است؟ | | | |
| | | آیا روی تخت ژنیکولوژی، کف اتاق، دیوار یا پاراوان عاری از لکه های خون یا ترشحات است؟ | | | |
| | | آیا در اتاق هواکش و یا پنجره جهت تهویه هوا وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا فضای اتاق معاینه از امنیت لازم برخوردار است؟ (عدم دیداز بیرون و محفوظ بودن پنجره ها) | | | |
| | | آیا دیوار اتاق تمیز است؟ | | | |
| | | آیا در اتاق سینک جهت شستن وسایل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا کاشی اطراف دستشویی (در صورتیکه کل اتاق کاشی نباشد) وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا صابون مایع و ظرف مخصوص آن در دستشویی ها وجود دارد؟ | | | |
| ۳ | نوع چیدمان اتاق ماما | | | | |
| | | آیا سطل در فاصله مناسب (۵۰-۳۰ سانتیمتری) از تخت ژنیکولوژی قرار دارد؟ | | | |
| | | آیا پوستر استریلیزاسیون بر روی دیوار موجود است؟ | | | |
| | | آیا لگن وسایل مصرفی در محل مناسب (۵۰-۳۰ سانتیمتری تخت ژنیکولوژی) قرار دارد؟ | | | |
| | | آیا اتاق منظم بوده و وسایل اضافی در آن وجود ندارد؟ | | | |
| ۳ | وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز | | | | |
| | | آیا سطل زباله در بردار پدال دار سالم در اتاق موجود است؟ (در صورت استفاده از اسپکلوم یکبار مصرف دوسطل مورد نیاز است) | | | |
| | | آیا درون سطل، کیسه زباله موجود است؟ | | | |
| | | آیا safety box جهت سر سوزن های مصرف شده در محل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا لگن پایه دار تمیز و بدون جرم در اتاق معاینه وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا برس جهت شستشوی وسایل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا پیشبند جهت شستشوی وسایل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا دستکش جهت شستشوی وسایل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا اسپکلوم یکبار مصرف وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا میز مخصوص جهت خشک کردن وسایل وجود دارد؟ | | | |
| | | آیا دستگاه استریلیزاسیون سالم در مرکز (فور- اتوکلاو) موجود است؟ | | | |
| | | آیا تست مخصوص دستگاه استریلیزاسیون (فور- اتوکلاو) در مرکز موجود است؟ | | | |
| | | آیا وسایل معیوب از رده خروج شده است؟ | | | |

| ردیف | عنوان فعالیت | تاریخ بازدید اول: | | تاریخ بازدید دوم: | | |
|---|---------------------------------|--|-----|-------------------|-----|--|
| | | خبر | بلی | خبر | بلی | |
| ۴ | وضعیت لوازم مورد استفاده | آیا ست IUD اسالم (تناکولوم، هیسترومتر، پینس، قیچی، گالی پات و رسیور) موجود است؟ | | | | |
| | | آیا اسپکولوم فلزی سالم موجود است؟ | | | | |
| | | آیا بیگس سالم موجود است؟ | | | | |
| | | آیا موادشوینده و دترجنت به اندازه کافی در مرکز (پودر رختشویی، وایتکس، ساولن، بتادین و الکل) موجود است؟ | | | | |
| | | آیا جار سالم موجود است؟ | | | | |
| | | آیا چیتل سالم موجود است؟ | | | | |
| | | آیا دستورالعمل کار با دستگاه بر روی دیواره دستگاه استریلیزاسیون موجود است؟ | | | | |
| | | آیا پوشش بر روی تخت ژنیکولوژی موجود است؟ | | | | |
| ۵ | عملکرد مشور و نظافت واحد | آیا safety box در واحد موجود است؟ | | | | |
| | | آیا شستن دستشویی روزانه با محلول دترجنت (وایتکس) روزانه انجام می شود؟ | | | | |
| | | آیا هنگام شستشوی وسایل از پیشبند پلاستیکی و دستکش بلند و سالم استفاده می شود؟ | | | | |
| | | آیا نظافت و ضد عفونی کف اتاق به صورت روزانه انجام می شود؟ | | | | |
| | | آیا روزانه سطوح زباله تخلیه می گردد؟ | | | | |
| | | آیا دفع زباله های مرکز بعنوان زباله های بیمارستانی به روش صحیح (در کیسه های مخصوص) انجام می شود؟ | | | | |
| | | آیا safety box ها به صورت در بسته به محل نگهداری زباله ها انتقال می یابد؟ | | | | |
| | | آیا کیسه های زباله قبل از پر شدن کامل (۳/۴-۲/۳) تعویض می شود؟ | | | | |
| ۶ | شستشوی وسایل | آیا سطل های زباله روزانه نظافت می شود؟ | | | | |
| | | آیا وسایل مصرف شده قبل از شستشو داخل لگن حاوی محلول غوطه ور شده است؟ | | | | |
| | | آیا شستن وسایل با برس انجام می شود؟ | | | | |
| | | آیا وسایل قبل از استریل کردن خشک می شود؟ | | | | |
| ۷ | وضعیت استریلیزاسیون | آیا در لگن پایه دار، محلول ساولن بر اساس دستورالعمل تهیه شده است؟ (غلظت ۱ به ۳۰) | | | | |
| | | آیا برجسب تاریخ روز بر روی کلیه وسایل استریل شده بعد از خروج از دستگاه استریلیزاتور نصب شده است؟ | | | | |
| | | آیا جار حاوی چیتل تا ۲/۳ با محلول ساولن رقیق شده و آب پر شده است؟ | | | | |
| | | آیا جار و چیتل روزانه نظافت و استریل می شود؟ | | | | |
| | | آیا از کاغذ گراف برای هر مراجعه کننده استفاده می شود؟ | | | | |
| | | آیا فور و اتوکلاو هفته ای یکبار شستشوی می شود؟ (مشاهده ثبت شستشودر فرم و تمیز بودن آن) | | | | |
| ۸ | کنترل کیفی عملکرد استریلیزاسیون | آیا دستگاه استریلیزاسیون (فور-اتوکلاو) هفته ای یکبار با تست مخصوص چک می شود؟ | | | | |
| | | آیا چک لیست روزانه نظارت بر اتاق مامایی تکمیل گردیده است؟ | | | | |
| | | در صورت استفاده از فور موارد زیر تکمیل شود | | | | |
| | | تعداد فور سالم: | | | | |
| | | آیا وسایل با فاصله مناسب در داخل فور قرار داده شده است؟ (باز کردن درب فور و مشاهده آن) | | | | |
| | | آیا لبه های وسایل (مثل پینسها یا چیتل فور سپس...) در داخل فور باز است؟ | | | | |
| | | آیا وسایل با فاصله از جدار فور (۵/۷-۵ سانتی متر) فور قرار داده شده است؟ | | | | |
| | | آیا دیش درب دار و بیگس ها بادرپ باز قرار داده شده است؟ (مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل) | | | | |
| | | آیا درب وسایل بصورت ایستاده و تکیه بر جدار فور قرار داده شده است؟ | | | | |
| | | آیا درجه حرارت فور روی ۱۷۰ درجه بمدت ۱ ساعت و یا ۱۶۰ درجه بمدت ۲ ساعت رعایت شده است؟ | | | | |
| آیا درب فور در تمام مدت استریلیزاسیون باز نمی شود؟ | | | | | | |
| آیا وسایل استریل شده با چیتل استریل از داخل فور به داخل بیگسها و دیش های درب دار انتقال داده می شود؟ | | | | | | |
| آیا کلیه منافذ بیگسها و دیشهای درب دار بلافاصله بعد از خروج از فور بسته می شود؟ (مشاهده بسته بودن دریچه و درب ها) | | | | | | |

| تاریخ بازدید دوم: | تاریخ بازدید اول: | عنوان فعالیت | | ردیف | |
|-------------------|-------------------|---|-----|------|--|
| | | خیر | بلی | | |
| | | در صورت استفاده از اتوکلاو موارد زیر تکمیل شود | | | |
| | | تعداد اتوکلاو سالم: | | | |
| | | آیا پگ ها بصورت مناسب در اتوکلاو (بدون ازدحام زیاد پگ ها و یا شل بودن آنها) قرارداده شده است؟ | | | |
| | | آیا درجه حرارت اتوکلاو ۱۲۱ درجه و فشار ۱۰۶ کیلو پاسکال به مدت ۲۰ دقیقه برای وسایل پیچیده نشده و ۳۰ دقیقه برای وسایل پیچیده شده رعایت شده است؟ | | | |
| | | آیا پگ های استریل شده هنگام خروج از اتوکلاو خشک هستند؟ (مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل) | | | |
| | | آیا فضای زیر سبد وسایل تمیز و آب داخل آن مرتب تعویض می شود؟ (حداقل هر دو هفته یکبار) | | | |
| | | جمع نمره کسب شده | | | |

• کل نمره ۷۰ امتیاز است.

| مشکلات و پیشنهادات بازدید اول | مشکلات و پیشنهادات بازدید دوم |
|-------------------------------|-------------------------------|
| | |