چک لیست پایش نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..........

تاریخ پایش........

ساختار تیم ستاد دانشگاهی مجری برنامه پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی

* مشخصات کارشناس برنامه مراقبت عفونتهای بیمارستانی ستاد معاونت بهداشتی دانشگاه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | آخرین مدرک تحصیلی | سابقه خدمت | سابقه فعالیت به عنوان کارشناس برنامه مراقبت عفونت بیمارستانی | سابقه شرکت در دوره های آموزشی برنامه مراقبت عفونت بیمارستانی |
|  |  |  |  |  بلی خیر |

* مشخصات کارشناس برنامه پیشگیری و کنترل عفونتهای یمارستانی ستادمعاونت درمان دانشگاه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | آخرین مدرک تحصیلی | اداره محل خدمت | سابقه فعالیت به عنوان کارشناس برنامهپیشگیریوکنترلعفونتهایبیمارستانی |
|  |  |  |  |

روند ثبت داده های دانشگاه در سامانه کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی**(INIS)**

ارزیابی در محل ستاد معاونتهای بهداشت/درمان دانشگاه

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعدادکلشهرستانهایتحتپوششدانشگاه(1) | تعدادکلبیمارستانها درحوزهجغرافیایی تحت پوشش دانشگاه(2) | تعدادبیمارستانهایدارای کمیته کنترل عفونت(3) | تعدادبیمارستانهایتعریفشدهدرسامانهکشوریمراقبتعفونتبیمارستانی(4) | تعدادبیمارستانهایدارای ثبت دادهدرسامانهکشوریمراقبتعفونتبیمارستانی\*(5) | درصد بیمارستانهای دارای ثبتدادهدرسامانهکشوریمراقبتعفونتبیمارستانی2÷5=6 |
|  |  |  |  |  |  |

\***مهم ترین دلایل عدم ثبت اطلاعات در سامانه مراقبت عفونت بیمارستانی در سایر بیمارستان ها ذکر شود:**

1. ..................
2. ..................
3. ..................

ارزیابی فرایند ثبت داده های بیمارستان در سامانه کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی**(INIS)**

(بازدید از بیمارستان)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام بیمارستان  | نوع بیمارستان | تعداد تخت | تعداد عفونت بیمارستانی ثبت شده در سامانه طی سال گذشته | تعداد پرستار کنترل عفونت | سابقهفعالیتبهعنوانپرستار کنترلعفونتبیمارستانی | سابقه شرکت در دوره های آموزشی نظام مراقبت عفونت بیمارستانی |
|  | دولتیخصوصیسایر(نوع ذکر شود) |  |  |  |  | بلی خیر[Grab your reader’s attention with a great quote from the document or use this space to emphasize a key point. To place this text box anywhere on the page, just drag it.] |

* **ترکیب تیم کنترل عفونت بیمارستان شامل چه کسانی است؟(صرفا رشته تحصیلی ذکر شود) 1)................... 2)................... 3)...........................**
* **جریان کار نظام مراقبت عفونت بیمارستانی در بیمارستان چگونه است؟(توضیح دهید)**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

* **آیا جریان کار نظام مراقبت عفونت بیمارستانی در بیمارستان طبق دستورالعمل است؟ بلی**  **خیر**
* **آیا موارد عفونت بیمارستانی، قبل از ثبت در سامانه توسط پزشک کنترل عفونت بیمارستان تائید می شود؟ بلی**  **خیر**
* **میانگین زمان مورد نیاز جهت جمع آوری اطلاعات لازم برای ثبتهر مورد عفونت در سامانه کشوری چه قدر است؟ .......................**
* **میانگین زمان مورد نیاز جهت ثبتاطلاعاتهرموردعفونتدرسامانهچه قدر است؟ .......................**
* **عملیات آماری و آنالیز داده هاتوسط سامانه را بدون مشکل و به سهولت انجام می دهید ؟بلی**  **خیر** 
* **در صورتی که پاسخ بلی است؛بخشی از مستندات آنالیزهای انجام شده ارائه ؛ ارزیابی و نتایج درج شود .**
* **در صورتی که پاسخ خیر است؛ مهمترین مشکلات موجود ذکر شود**

 **1)...........................**

 **2) ..........................**

 **3).............................**

* **جهت شناسایی و گزارش دهی به هنگام طغیانهای عفونت بیمارستانی، در بخش ها چه فرایندی تعریف شده است؟**

**..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

* **در ثبت اطلاعات در سامانه، هر بخش از سوالات را چگونه ارزیابی می کنید؟(در جداول ذیل ذکر شود)**

الف) بخشثبت یا ویرایش مورد عفونت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان | مناسب | نیازبهاصلاح | توضیحات |
| کد بیمارستان  |  |  |  |
| نام بخش  |  |  |  |
| کد عفونت  |  |  |  |
| تاریخ بروز عفونت  |  |  |  |
| شماره پرونده  |  |  |  |
| نام بیمار  |  |  |  |
| بیماری اولیه  |  |  |  |
| این عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است  |  |  |  |
| تاریخ بستری  |  |  |  |
| جنسیت  |  |  |  |
|  سن  |  |  |  |
|  وزن  |  |  |  |
| فاصله زمانی بستری تا بروز عفونت  |  |  |  |
|  پیامد بیمار  |  |  |  |
| تاریخ ترخیص یا فوت  |  |  |  |
| طول مدت بستری تا ترخیص بیمار  |  |  |  |
| نوع ابزار  |  |  |  |
| محل تعبیه  |  |  |  |
| تاریخ تعبیه  |  |  |  |
| فاصله تعبیه ابزار تا بروز عفونت  |  |  |  |
| ارگانیسم  |  |  |  |
| نوع نمونه  |  |  |  |
| تاریخ نمونه گیری  |  |  |  |
| کشت خون مثبت همزمان(BSI ثانویه)  |  |  |  |
| آنتی بیوگرام |  |  |  |
| میزان مقاومت  |  |  |  |
| شیوه انجام |  |  |  |

ب ) بخش ثبت آمار مخرج ها

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان | مناسب | نیاز به اصلاح | توضیحات |
| بیمار – روز  |  |  |  |
| تعداد بستری جدید  |  |  |  |
| تعداد فوت  |  |  |  |
| تعداد جراحی  |  |  |  |
| کاتتر ادراری –روز  |  |  |  |
| کاتتر شریانی –روز  |  |  |  |
| کاتترنافی-روز  |  |  |  |
| کاتتر ورید محیطی-روز  |  |  |  |
| کاتتر ورید مرکزی دائمی-روز  |  |  |  |
| کاتتر ورید مرکزی موقت-روز  |  |  |  |
| ونتیلاتور –روز  |  |  |  |