

پرسش‌ها و ترتیب آن‌ها بر اساس بندهای اعتباربخشی سال ۱۴۰۱ هستند. بهتر است مواردی که نیاز به بهبود دارند مشخص شود تا نسبت به اصلاح اقدام شود. توصیه بر این است که به جز سوپروایزر، هر یک از پرسنل بخش استریل مرکزی نیز این ممیزی فرضی داخلی را انجام دهند. اگر قصد ممیزی با نکات بیشتر در سطحی بالاتر را دارید، لطفاً فایل دیگر به نام "چک لیست CSSD" مان آرتا سلامت که در وبسایت ما (www.marsimex.com) در منوی دانلود قرار دارد دانلود نمایید یا کد روبرو را اسکن نمایید.



استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها (نسخه مورد استناد دور پنجم اعتباربخشی ملی) - سال ۱۴۰۱



ب-۵ پیشگیری و کنترل عفونت

سطح	ب-۵-۱ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۱-۱ * پاک‌سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی ارزیابی می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۱-۲ * صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۱-۳ * استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.
سطح	ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۵-۲-۱ * آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۲ * قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۳ * استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
سطح دو	ب-۵-۲-۴ * سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.
سطح سه	ب-۵-۲-۵ * برجسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.
سطح	ب-۵-۳ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.
سطح یک	ب-۵-۳-۱ * در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.
سطح دو	ب-۵-۳-۲ * الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح	ب-۵-۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.

ب-۵-۱		بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید
ردیف	سنجه	پرسش
۰۱	ب-۵-۱-۱	آیا پس از استفاده از ابزار در نقطه استفاده (مثلا اتاق عمل) در مرکز شما، تا آغاز شستشوی ابزار در بخش استریل مرکزی، برای برداشتن آلودگی‌های اصلی و مرطوب نگه داشتن آلودگی کاری انجام می‌شود؟
۰۲		از کدام روش‌ها برای پاک‌سازی ابزار استفاده می‌کنید؟ شستشوی دستی (Manual)، اولتراسونیک (Ultrasonic cleaner)، دستگاه خودکار شستشو (Thermal Washer Disinfector)
۰۳		آیا در مرکز شما فهرستی وجود دارد که پرسنل بدانند هر ابزار با چه روشی و با چه موادی باید پاک‌سازی شود؟
۰۴		آیا برس‌های شستشوی ابزار، با اندازه‌های لازم، در مرکز در دسترس پرسنل هستند؟
۰۵		در زمان شستشوی دستی توسط پرسنل، چه پوشش و نکات ایمنی مد نظر است؟
۰۶		با توجه به نیاز به دقت در کار، آیا نور کافی در محل شستشوی دستی وجود دارد؟
۰۷		آیا محلول شستشوی دستی مورد استفاده از نوع مخصوص پزشکی است یا از درجنت نوع خانگی استفاده می‌کنید؟
۰۸		در زمان شستشوی دستی ابزار، از محلول پاک‌کننده یا درجنت غلیظ استفاده می‌کنید؟ چگونه محلول را رقیق می‌کنید؟
۰۹		آیا در کنار سینک شستشو، مولد آب پرفشار (تفنگ آب) وجود دارد؟
۱۰		در زمان شستشوی دستی، از چه بررسی استفاده می‌کنید؟ برس را در پایان روز پاک‌سازی و ضدعفونی می‌کنید؟
۱۱		معیار تمیزبودن ابزار و وسایل در مرکز شما چیست؟
۱۲		چگونه اطمینان پیدا می‌کنید که شستشوی دستی / دستگاه واشینگ / اولتراسونیک نتیجه مطلوب داشته است؟
۱۳		لطفا مشخص نمایید در تاریخ ... در شیفت ... کدام پرسنل مسئول پاک‌سازی بوده است؟
۱۴		لطفا یکی از پرسنل، دستورالعمل شستشوی دستی، اولتراسونیک، و دستگاه واشینگ را نشان دهد.
۱۵		آیا برنامه نگهداری (PM) برای دستگاه شستشوی خودکار با توجه به توصیه سازنده آن دارید و اجرا می‌کنید؟
۱۶		آیا ضدعفونی کردن نیز پیش یا پس از شستشو برای برخی وسایل و ابزار انجام می‌شود؟
۱۷	ب-۵-۱-۲	لطفا یکی از پرسنل، دستورالعمل لازم برای ضدعفونی (شیمیایی و یا حرارتی) را نشان دهد.
۱۸		آیا از محلول ضدعفونی استفاده می‌کنید؟ لطفا ظرف مخصوص غوطه‌وری محلول ضدعفونی را نشان دهید.
۱۹		آیا از سوابینگ یا روش دیگری برای تعیین وضعیت کیفیت عملکرد و غلظت محلول ضدعفونی استفاده می‌شود؟
۲۰		زمان پایان استفاده از محلول ضدعفونی چه زمانی است؟ آیا بر اساس تاریخ است یا کدرشدن یا دستور سازنده آن؟
۲۱	ب-۵-۱-۳	آیا تمام پرسنل امکان دسترسی و مطالعه روش اجرایی مرتبط با استریل اقلام حساس به حرارت را دارند؟
۲۲		همیشه استریلایزر بخار باید اولین انتخاب باشد، آیا تمام وسایلی که با محلول‌های استریل‌کننده استریل می‌کنید، مشخص شده‌اند؟
۲۳		آیا در مرکز شما ممکن است به اشتباه از محلول ضدعفونی به جای محلول استریل‌کننده استفاده شود؟
۲۴		آیا از محلول استریل‌کننده استفاده می‌کنید؟ لطفا ظرف مخصوص غوطه‌وری آن را نشان دهید.
۲۵		این محلول استریل‌کننده در چه تاریخی آماده شده است؟
۲۶		این محلول استریل‌کننده با چه دوزی رقیق و استفاده می‌شود؟ آیا پایشی بر عملکرد محلول استریل‌کننده دارید؟
۲۷		در زمان رقیق کردن محلول‌ها و غوطه‌ور کردن از چه پوشش ایمنی فردی استفاده می‌کنید؟ لطفا پوشش‌ها را نشان دهید.
۲۸		در صورت توصیه سازنده محلول‌ها، آیا تهویه مناسب در محل رقیق‌سازی و غوطه‌وری وجود دارد؟

بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده اطمینان حاصل می‌نماید.			ب-۵-۲
بهبود	تایید	پرسش	ردیف / سنج
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	از کدام نوع استریلایزر دمای پایین استفاده می‌کنید؟ (پلازما پراکسید هیدروژن، فرمالدهید، اتیلن اکساید، ...)	ب-۵-۲-۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	همیشه استریلایزر بخار باید اولین انتخاب باشد، آیا تمام وسایلی که با استریلایزر دمای پایین استریل می‌کنید، مشخص شده‌اند؟	۰۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	با توجه به این که پایش هر استریلایزر شامل سه پایش فیزیکی (مکانیکی)، شیمیایی، و بیولوژیک است، برای پایش فیزیکی استریلایزر دمای پایین چه می‌کنید؟ آیا در پایان سیکل برگه چابی می‌دهد یا خودتان دستی یادداشت می‌کنید؟	۰۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در بسته‌بندی پک‌ها در استریلایزر دمای پایین، از چه نوع بسته‌بندی استفاده می‌کنید؟	۰۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در چینش پک‌ها در استریلایزر دمای پایین، چه نکاتی را مدنظر قرار می‌دهید؟	۰۵
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا محدودیت تعداد و نوع لومن را در زمان بارگذاری استریلایزر پلازما پراکسید هیدروژن رعایت می‌کنید؟	۰۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	پایش شیمیایی، و بیولوژیک عملکرد استریلایزر دمای پایین را چگونه انجام می‌دهید؟	۰۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا اطلاع دارید استریلایزر (های) بخار شما از نوع پیش خلا است یا خیر؟	۰۸
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	برای پایش فیزیکی استریلایزر بخار چه می‌کنید؟ آیا در پایان سیکل برگه چابی می‌دهد یا دستی یادداشت می‌کنید؟	۰۹
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا اطلاعات پایش فیزیکی سیکل بخار شامل دما، زمان و فشار توسط کاربر در انتهای سیکل بررسی می‌شود؟	۱۰
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	برای استریلایزرهای بخار پیش خلا چه زمانی آزمون بووی دیک انجام می‌دهید؟	۱۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در زمان انجام آزمون بووی دیک آیا از سیکل بووی دیک در منوی دستگاه استفاده می‌کنید؟	۱۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در زمان انجام آزمون بووی دیک آیا چمبر را فقط با خود تست بووی دیک پر می‌کنید (چمبر خالی)؟	۱۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در زمان انجام آزمون بووی دیک، تست را در کجای چمبر قرار می‌دهید؟	۱۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا آزمون اسپور یا بیولوژیک در ۳ زمان لازم انجام می‌شود؟ (نصب و تعمیرات کلی، روتین مثلاً هفتگی (حداقل هفته‌ای یکبار)، سیکل حاوی ایمپلنت)	۱۵
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	اگر آزمون بیولوژیک به شکل هفتگی انجام می‌شود در چه روزی انجام می‌شود؟	۱۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در زمان انجام آزمون بیولوژیک هفتگی، اندیکاتور (های) بیولوژیک را چگونه و در کجای چمبر قرار می‌دهید؟	۱۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	انکوباسیون در چه دمایی انجام می‌شود؟ (برای هر یک از انواع استریلایزرها)	۱۸
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	طول زمان انکوباسیون بر چه اساسی انتخاب می‌شود؟	۱۹
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا برای اندیکاتورهای بیولوژیک، کنترل مثبت انجام می‌دهید؟ (بدون قراردادن اندیکاتور بیولوژیک در استریلایزر)	۲۰
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا با تعریف "ایمپلنت" آشنا هستید و ست حاوی ایمپلنت در مرکز شما شناسایی و مشخص شده است؟	۲۱
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا برای سیکل‌های حاوی ایمپلنت پایش متفاوتی اجرا می‌کنید؟	۲۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا نتایج پایش سیکل‌های حاوی ایمپلنت در مستندات باگانی شما قابل مشاهده است؟	۲۳
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	در موارد اورژانسی ایمپلنت که فرصت کافی برای پایان زمان انکوباسیون اندیکاتور بیولوژیک ندارید، چه می‌کنید؟	۲۴
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در مرکز شما مشخص شده است که برای استریلیزاسیون بخار، در کدام یک از پک‌ها از اندیکاتور شیمیایی کلاس (تیپ) ۴ استفاده شود و در کدام یک از اندیکاتور شیمیایی کلاس (تیپ) ۶؟	ب-۵-۲-۲
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در تمام پک‌ها از اندیکاتور داخلی کلاس (تیپ) ۴ یا ۶ استفاده می‌کنید؟ پک استثنایی وجود دارد که اندیکاتور داخلی نداشته باشد؟ در زمان استریل کردن گازها چه پایشی انجام می‌دهید؟	۲۶
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا آموزش تفسیر اندیکاتورهای داخل پک توسط بخش استریل مرکزی به مصرف‌کنندگان پک به تکرار داده می‌شود؟	۲۷
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در مرکز شما از استریلایزر بخار به عنوان روش استفاده فوری (IUSS) (فلش) هم استفاده می‌شود؟	ب-۵-۲-۳

ردیف	سنجه	پرسش	تایید	بهبود
۲۹		آیا می‌دانید در چه مواقعی این روش استفاده فوری را در استریل کردن وسایل به کار می‌گیرید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۰		این نوع سیکل‌های نوع استفاده فوری را چگونه پایش می‌کنید تا از استریل شدن وسایل اطمینان پیدا کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۱	ب-۲-۵-۴	لطفا نتایج پایش فیزیکی استریلایزر شماره ... در تاریخ ... را نشان دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۲		لطفا نتیجه آزمون بووی‌دیک دستگاه شماره ... را در تاریخ ... نشان دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۳		لطفا بگویید کدام یک از پرسنل، سیکل شماره ... استریلایزر شماره ... را در تاریخ ... بارگذاری کرده است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۴		زونکن بایگانی نتایج آزمون بیولوژیک روتین وجود دارد؟ لیبل اندیکاتور (های) بیولوژیک بایگانی شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۵		زونکن بایگانی نگهداری/تعمیرات دستگاه به روز است؟ لطفا آخرین تعمیرات استریلایزر شماره ... را نشان دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۶		آیا تعمیرات کلی بر روی استریلایزر داشته‌اید؟ آزمون بیولوژیک پس از آن انجام شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۷		لطفا موارد نگهداری پیشگیرانه (PM) استریلایزر شماره ... را که باید در شش ماه آینده انجام شود نشان دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۸		لطفا دستورالعمل استفاده از اندیکاتورها و استریلایزرهای دمای بالا را نشان دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۹		لطفا برچسب معتبر کالیبراسیون استریلایزرهای دمای بالا را نشان دهید و کپی آخرین کالیبراسیون را ارائه دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۰	ب-۲-۵-۵	پس از بسته‌بندی، چطور مشخص می‌نمایید نوع ست یا ابزار و وسایل داخل یک پک چیست؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۱		چطور به هر پک، سه اطلاعات شامل تاریخ استریل، شماره استریلایزر، و شماره چرخه (سیکل) را متصل / مرتبط می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۲		اگر در مرکز شما هر پک دارای یک تاریخ انقضای استریلیتی معین است، چطور آن را مشخص می‌نمایید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۳		اگر از اتاق عمل به شما اطلاع دهند پکی را که برای عمل جراحی باز کرده‌اند، اندیکاتور داخلی‌اش پاس نشده است، چه می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۴		اگر اندیکاتور آزمون بیولوژیک روتین هفتگی، در طی یا پس از انکوباسیون، مثبت شده باشد (رشد کرده)، چه می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۵		سه اطلاعات هر پک شامل تاریخ استریل، شماره استریلایزر، و شماره چرخه به پرونده بیمار چطور متصل / مرتبط می‌گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۶		آیا هر لحظه می‌دانید که پک‌هایی که در تاریخ ... در استریلایزر ... سیکل ... استریل شده است، در حال حاضر کجا هستند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۷		اگر هر زمان مطمئن شوید پک‌های یک سیکل به درستی استریل نشده‌اند، آیا می‌توانید آن پک‌ها را از انبار خود و اتاق عمل یا بخش‌ها رهگیری کنید و جمع‌آوری نمایید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۸		اگر هر زمان مطمئن شوید پک‌های یک سیکل به درستی استریل نشده‌اند، دستور بازخوانی یا Recall چگونه انجام می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۹		لطفا یکی از پرسنل روش اجرایی نحوه رهگیری پک‌های استریل شده را نشان دهد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵۰		لطفا یکی از پرسنل دستورالعمل نحوه بازخوانی پک‌ها یا Recall را نشان دهد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ب-۳-۵-۳ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.				
ردیف	سنجه	پرسش	تایید	بهبود
۰۱	ب-۳-۵-۱	با استفاده از تابلو، علامت، رنگ یا هر امکان دیگری، قسمت‌های مختلف بخش استریل مرکزی از هم تفکیک و مشخص شده‌اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۲		به لحاظ تردد پرسنل تفکیک انجام شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۳		به لحاظ جابه‌جایی وسایل و ابزار تفکیک شده‌اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۴		به لحاظ گردش هوا به طور کامل تفکیک شده‌اند؟ پارتیشن‌ها یا دیوارها تا سقف ادامه دارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۵		آیا سیستم تهویه با گردش هوای لازم برای هر قسمت تعبیه شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۶		آیا از کولر آبی، پنکه، و یا پنجره باز استفاده می‌شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ردیف	سنجه	پرسش	تایید	بهبود
۰۷		آیا اگر فن در محل وجود دارد، دریچه آن تحت کنترل است که آلودگی وارد بخش استریل مرکزی نشود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۸		آیا وسایل نظافت هر قسمت مخصوص همان قسمت است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۹		آیا در نقطه ورود و خروج از هر قسمت، نکات لازم با تابلو یا علامت مشخص هستند؟ مثلاً پوشش ایمنی یا موارد لازم دیگر.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰		آیا وسایل محافظت فردی و ایمنی در هر قسمت برای پرسنل و مهمانها (بازدیدکنندگان) به سهولت قابل دسترسی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱		در نقاطی که پرسنل پوشش ایمنی را در می آورند، آیا سطل یا محل جمع آوری پوشش مصرف شده وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲		در نقاطی که پرسنل پوشش ایمنی را در می آورند، آیا امکان شستن دست و ضدعفونی آن وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	ب-۵-۳-۲	در انتخاب جنس بسته بندی، به هر دو موضوع استریل شدن و استریل ماندن توجه کرده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴		چه نکاتی را مورد توجه قرار می دهید تا جنس بسته بندی پکها در اثر فشار در زمان بارگذاری آسیب نبیند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵		چه نکاتی را مورد توجه قرار می دهید تا جنس بسته بندی پکها در اثر فشار در زمان انبارش آسیب نبیند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶		محل انبارش پکهای استریل شده فقط برای انبارش چنین پکهایی است یا وسایل دیگری نیز در این مکان انبار شده اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷		آیا فاصله ۲۰ تا ۲۵ سانتی متری قفسه های انبارش از کف زمین رعایت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸		آیا فاصله ۴۵ سانتی متری قفسه های انبارش از سقف رعایت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹		آیا محل انبارش مجهز به آتش خاموش کن سقفی است؟ آیا فاصله لازم از سقف به این منظور رعایت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰		آیا فاصله ۵ سانتی متری قفسه های انبارش از دیوارها رعایت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱		برای گردش هوا و فشار مثبت بودن آن در بخش انبارش چه اقداماتی شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲		در بخش انبارش پکهای استریل شده، برای دمای مناسب (کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد) و رطوبت نسبی مناسب (کمتر از ۷۰ درصد) چه اقداماتی شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳	ب-۵-۳-۳	به دلیل جلوگیری از انتقال آلودگی، آیا محل دریافت ابزار و وسایل آلوده با محل تحویل پکهای استریل شده جدا شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۴		آیا محل دریافت ابزار آلوده با محل دریافت وسایل تمیز (مانند وسایل بسته بندی شده، پارچه، گاز، ...) یکسان است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۵		آیا کنترل و نظارتی بر محل انبارش پک استریل در فضاهای خارج از بخش استریل مرکزی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۶		آیا چرخ دستی در بسته برای جابجایی وسایل آلوده از محل مصرف به بخش استریل مرکزی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۷		آیا چرخ دستی در بسته برای حمل پکهای استریل شده از بخش استریل مرکزی به محل استفاده (مثلاً اتاق عمل) دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بهداشت دستها مطابق ضوابط مربوط رعایت و اجرای آن نظارت می شود		ب-۵-۴		
ردیف	سنجه	پرسش	تایید	بهبود
۰۱	ب-۵-۴	در چه مواقع یا زمانهایی شستشوی دست و ضدعفونی دست را انجام می دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>