

1. Санитарно противоэпидемические мероприятия при госпитализации, осмотре пациента. Санитарная обработка пациента, осмотр на чесотку и педикулез.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ №73 от 05 июля 2017г

Осмотр врача, эпиданамнез.

Осмотр кожн покровов, вол части головы, швов на педикулез.

Регистрация в мед. документации

Сан обработка пациента: полная или частичная по назначению врача. Особенность ОАР: частичная обработка после стабилизации состояния.

Бельевой режим, осмотр на чес. и пед. с отметкой в темп. листе.

При санитарной обработке:

мыло или шампунь в одноразовой расфасовке или в дозирующем устройстве, продезинфицированная мочалка; для удаления волос бритвенные принадлежности однораз. или индивид. применения. При необходимости удаления волос перед операцией должны использ. депиляторы (кремы, гели) не травмирующие кожные покровы, использованные мочалки, машинки для стрижки волос, кусачки и ножницы для ногтей должны дезинфиц., после мытья ванна подвергается очистке и дезинф. После сан обработки пац. в случае необходимости должно быть предоставлено: чистое полотенце; чистое нательное и постельное белье, халат; сменная обувь, подвергаемая дезинф. пациенты могут использовать: личное чистое белье и одежду; сменную обувь, посуду; предметы личной гигиены.

Допускается хранение личной одежды и обуви пациентов в помещениях (выделенных местах) для хранения вещей или передача их родственникам.

Порядок действия в случае выявления пациента с педикулезом, чесоткой в центре (нормативные документы).

ПРИКАЗ №477 от 29.08.2005г. «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбы с педикулезом»,

ВНУТРЕННИЙ ПРИКАЗ №311С целью профилактики больные 1 раз в неделю и при поступлении осматриваются. Осм пациента, особое внимание на височно-затылочную область головы. Результат в историю болезни. выявленный случай в "Журнал учета" (ф. № 060/у). О выявленном случае информировать территориальный ЦГЭ по телефону с экстренным извещением (ф. № 058/у). Профилактические и истребительные мероприятия. Дез мероприятия одновременно, уничтожая вшей на теле человека, белье, одежду, вещах и предметах.

Дезинсекционные мероприятия: механический, физический и химических способы. на теле : сан. обработка, мытье горячей водой с мылом и мочалкой, с одновременной сменой белья, сбивание волос.

Медработнику: доп. комплект СГО (халат, kleenчатый передник, шапочка) и СИЗ (перчатки, маска) Противопедик. обработка пациента с использованием противопедик. укладки, одежда пац. должна быть снята, помещена в kleenчатый мешок, орошена педикулицидом и подвергается камерной обработке, при температуре 80-85° при экспозиции 5 минут.

Укладка в приёмном покое

Перечень противопедикулезной укладки

Мешок для сбора вещей пациента (достаточный по объему).

Комплект СО и СИЗ (халат, шапочка, kleenчатый передник) – 1 шт.

Резиновые перчатки – 2-3 пары.

Маска – 1шт.

Оцинкованная емкость для сжигания волос (объемом не менее 5л) – 1шт.

Клеенчатая пелерина – 1шт.

Косынка матерчатая – 1 шт.

Ножницы – 1шт.

Машинка для стрижки волос – 1 шт.

Бритвенный станок однократного применения –1 шт.

Часть гребень – 1шт.

Вата.

Столовый уксус.

Инсектициды-педикулициды (для головных -**перметрин**), для дезинсекции пом. -
(эктосепт).

Емкость для дезинсекции промаркированная – 1шт.

Распылитель для орошения педикулицидом – 1шт.

При незначительном поражении головными вшами (от 1 до 10 экземпляров, включая яйца) механический способ, вычесывание частым гребнем, стрижки , сбивание. Для сбора волос клеенка, бумага, с волосами и насекомыми сжигают. Перед применением **Перметрина**, волосы вымыть и просушить полотенцем. распыляют лек. средство на волосы, втирая в корни. После обработки ср-во на волосах на 10-40 мин, тщательно смывать теплой проточной водой и высушивать. волосы расчесывают густым гребешком, при обнаружении живых вшей повторить через 7 дн. в течение 3-х дней не рекомендуется мыть волосы с использованием моющего ср-ва(шампуня), мытьё водой допускается. Беременные, кормящие матери и дети подлежат механической очистке. Предметы обработки обработать педикулоцидом .Обязательно контроль.Дезинсекция помещения и предметов орошением водным раствором педикулицида. влажную уборку помещения после экспозиции.Проветрить.

ЧЕСОТКА - заразное паразитарное заболевание кожи, возбудитель чесоточные клещи Путь передачи - контактный Инкубац. период - до 2-х недель

Все поступающие осматриваются в приемном отделении с отметкой в истории.

Всех с подозр. на чесотку на консультацию в кожвендинспансер с диагнозом «Чесотка», одновр, не позже 12час, экстр. извещение в ЦГ.Инф. в журнал (Ф 060/) в приемном отделении

противоэпидемические мероприятия

1. Изоляция + предм. индивид. пользования (Если возможен перевод в ГКВД)
2. Тек. дезинфекции в очаге- 2% горячий мыльный раствор
3. Дезкамерная обработка нательного белья, одежды и обуви пац., посл окончания леч. - матрас, подушка, одеяло
4. Мед наблюдение за контактами в очаге в теч. 3-х нед. осмотр кожных покровов.
5. Заключ. дезинф. в палате после выписки больного или оконч. лечения
6. В случае уточнения д-за (чесотка) или его отмены (н-р чесотка на аллергический дерматит), сообщ в течении 12 ч в территориальную СЭС (повторное экстр. извещение) по тел. или письменно
7. О всех случаях чесотки в отделении информировать госпит. Эпидемиолога

Вопрос2 Предоперационная подготовка пациента. Противоэпидемические особенности ухода за пациентами в постоперационном периоде.

Постановление №73

В день операции:

1 Гигиен душ :сан обработка.2.Подготовка опер поля: удаления волос (за 30 мин.) бритв. принадлежностями однораз или индивид прим. При необх. депиляторы (кремы, гели), не травм. кожн. покровы 3 Пациенту в день операции выд. чистое нат. белье, смена постельного белья.4.Очистит. клизма и антибиотикопрофилактика по назначению врача.5.Для антисептической обработки кожи операц поля прим. антисептические средства, разрешенные в РБ;

.На операц. столе пациент укрыт стерильным бельем. Открытыми остаются участки кожи операционного поля, используемые при мед. вмеш.;

Смена нат. и пост. белья и одежды проводиться после операции ежедневно до прекращения выделений из ран и по мере загрязнения, в оар ежедневно.

При загрязнении белья замена на чистое незамедлительно.

Постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) обработка мет. **камерной дезинфекции**: (Дез камера VACUDES PL 200IR, пар под давлением)

1. Прогр. РО2 (АВ+НЕРА)- бактерии, грибы, вирусы + гепатит 105°C ,1 мин.

2. Прогр. РО3 (АВС)- бактерии, грибы, вирусы, гепатиты + споры 105°C ,5 мин.

А-вегетативные бактерии, грибы, микобактерии

В- иноктивация вирусов

С-споры

НЕРА-гепатит

Проводят после выписки или перевода из хир отд, в которых проводятся опер. вмешательства по эпид. показаниям;

при загрязн. постельных принадлежностей биоматериалом; после смерти пациента.

Матрацы и подушки, в герметичных гигиенических чехлах, дезинф. способом протирания или орошения чехлов дез средствами.

Вопрос 3. Алгоритм проведения генеральной уборки .Кратность ее проведения. Текущая уборка помещений-кратность, используемые моющие средства и средства дезинфекции, инвентарь.

Инструкция по проведению ежедневных уборок

- Влажная уборка - ежедневна , проводиться регулярно с кратностью, определяющейся назначением помещения и структурного подразделения с применением моющих и (или) дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию. Ежедневную уборку помещений проводят утром и вечером либо утром, днем и вечером.
- *Оснащение:*
 - защитная одежда для медицинского персонала (клеенчатый фартук, маска (при необходимости), шапочка, перчатки, обувь);
 - уборочный инвентарь: текстильный инвентарь (одноразовый либо многоразовый продезинфицированный) для поверхностей выше пола, оборудования, пола; швабра для пола, дезинфицирующий/моющий раствор Емкости для моющих/дезинфицирующих растворов. Весь уборочный инвентарь должен быть четко промаркирован (для уборки какого помещения и объекта в помещении).

- **Маркировка инвентаря:**
- **желтый**- помещение особого режима(-палата со шлюзом ,кладовая грязного белья),
- **зеленый**—помещение ограниченного режима(КПК,моечная дезинфекционная),
- **синий**- помещения общего пользования(коридор ,комната персонала .служебные помещения.ординаторские санпропускник,кабинеты),
- **черный**-комплект уборочного инвентаря на случай выявления пациента с ГСИ/ВБИ,инфекционного заболевания,
- **красный** –санкомнаты(сливы палат и туалет для работников)
- **Кратность:**
- отделения реанимации и интенсивной терапии (кроме ординаторских, сестринских, буфетных),
- манипуляционных, процедурных, перевязочных, смотровых,
- помещений для мойки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий,
- проводятся не реже 3-х раз в сутки, с применением моющих средств и средств дезинфекции.
- **Проветривание не менее 3-х раз в сутки.**
- **Алгоритм проведения уборки:**
- Надеть санитарную одежду и СИЗ.
- Осмотреть помещение (определить уровень загрязнения).
- Приготовить дез/моющий раствор.
- Чистящим средством чистятся умывальники и др. санитарно-техническое оборудование.
- Одноразовым текстильным инвентарем обрабатывается оборудование и мебель (сверху вниз, от дальней стены к выходу)
- Ветошью с маркировкой «выше пола» протираются подоконники в одном направлении, нагревательные приборы.
- Шваброй с текстильным инвентарем «пол» протирается пол дезинф/моющим раствором в направлении от дальней стены к двери.
- Включается бактерицидная лампа.
- Уборочный инвентарь промывается, обеззараживается, ополаскивается в проточной воде, сушится и хранится в специально выделенном месте.
- После снятия перчаток руки моются дважды с использованием жидкого мыла.

Генеральная уборка помещений проводиться по утвержденному графику с тщательным мытьем стен, полов, оборудования, мебели, светильников. Мытье оконных стекол изнутри не реже 1 раза в мес. и по мере загрязнения, и снаружи 1 раз в 3 мес. (весной, летом, осенью). Ген. уборки осуществляются младшим мед. персоналом под контролем медсестры, либо медсестрами ответственными за работу кабинета.

Ген. уборки проводятся:

- 1.не реже 1 раза в 7 дней в помещениях:- процедурных- реанимационных палатах; - санпропускниках, – туалетах, – душевых
2. после одномоментной выписки пациентов, при перепрофилировании палат
в палатах для пациентов с инфекционными заболеваниями;
в палатах для пациентов с гнойно-септическими инфекциями;

1 раз в месяц по утвержденному графику в др. функциональных помещениях.

соблюдать последовательность этапов:

Работники одевают СГО, СИЗ;

помещение освобождают от оборудования, инвентаря, инструментов, лек. средств и т.д.; оборудование и мебель сдвигают к центру пом.; столы и шкафы должны быть свободны и доступны для обработки. Отключаются от сети электроприборы (по возможности)

1 этап-вл. уборку поверхностей проводят растворами средств дезинф. с моющим эффектом в последовательности: потолок, окна и подоконники, стены и двери – сверху вниз, оборудование и мебель, пол – от дальней стены к выходу (указанная последовательность и при выполнении других этапов); туалет в последнюю очередь; смывание нанесенных средств дезинф. водопроводной водой, с исп. изделий из текстильного материала;

2 этап - дезинф. стен, подоконников, пола, оборудования, мебели проводиться хим. средствами дезинфекции (по вирулицидному режиму), в соответствии с инструкциями Обработка бактерицидной лампы (защитный корпус) ветошью с раствором средства дезинф.

смена СГО и защитных перчаток на чистые проводиться работниками перед этапом смывания;

3 этап -смывание проводиться водопроводной водой с использованием изделий из текстильного материала; расстановка оборудования и мебели; обеззараживание воздуха, дезинфекция, очистка и сушка уборочного инвентаря.

Снятие санитарной одежды и СИЗ. Многоразовую одежду в контейнер для грязного белья
Снятие перчаток. Вымыть руки дважды намыливая под комфортно теплой водой.

Примечание: Должен использоваться отдельный, специально-выделенный уборочный инвентарь для:

-палат и др. помещений ОАР;

-палат для пациентов с инфекционными заболеваниями и ГСИ;

Уборочный инвентарь должен соответствовать следующим требованиям:

- быть современным по устройству и техническим параметрам;

- иметь четкую маркировку «пол», «выше пола» с указанием назначения помещения;

- использоваться строго по назначению;

- подвергаться обеззараживанию, очистке и сушке после использования;

- храниться в шкафах, стеллажах или тележках в специально выделенных помещениях.

Вопрос № 4 основные элементы противоэпидемического режима в ОЗ: деконтаминация ,очистка,дезинфекция,стерилизация,асептика,антисептика.

Деконтаминация-процесс удаления и уничтожения микроорганизмов в целях обеспечения инфекционной безопасности. Включает в себя очистку, дезинфекцию и стерилизацию.

Очистка- механическое удаление видимых загрязнений с изделий перед их дальнейшей обработкой или использованием.

Дезинфекция - мероприятие, направленное на уничтожение или снижение численности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды. **Может быть профилактической и очаговой.**

Профилактическая – для защиты людей от возможного заражения. В ЛПО выполняется в виде текущей ежедневной влажной уборки и генеральной уборки.**Очаговая дезинфекция**

– проводиться в случае возникновения или подозрения на возникновение инфекционного заболевания.

4 основных метода:

Механический метод – это проветривание, вентиляция помещений, стирка белья, обработка поверхностей пылесосом, протирание влажной ветошью.

Физический метод – высокотемпературная обработка: кипячение, паровой метод в стерилизаторе (автоклаве), воздушный метод в суховоздушном шкафу. Метод надежный, экологически чист и безопасен для персонала.

Химический метод – обработка медицинских предметов химическими веществами в жидким, газообразном состоянии.

Биологический метод – основан на использовании антагонизма различных видов микроорганизмов. Так, при использовании бактериофагов, то есть вирусов бактерий, уничтожаются стафилококки, синегнойная палочка, брюшнотифозные бактерии и т.д.

Стерилизация - мероприятие, направленное на полное освобождение изделий от микроорганизмов, включая споровые формы.

Стерилизации должны подвергаться медицинские изделия, контактирующие с кровью пациента, контактирующие с раневой поверхностью и соприкасающиеся со слизистой оболочкой и могущие вызвать нарушение ее целостности.

Асептика – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микробов в рану. В понятие асептики включается:-стерилизация инструментов, материала, приборов-дезинфекция (обеззараживание всех изделий) -антисептика

Антисептика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране и в организме в целом, максимальное их уменьшение или подавление роста микроорганизмов (с помощью лекарственных средств).

Виды антисептики: 1.Механическая - исходит из того, что все раны инвазированы микробами, поэтому она направлена на уменьшения количества микробов в ране и создания неблагоприятных условий для их жизни. Это достигается хирургическим туалетом раны (удаление инородных тел, некротизированных тканей, промывание раны и иные манипуляции, направл. на очищение инфицир. раны).

2.Физическая- заключается в использовании физических методов, с помощью которых в ране создаются неблагоприятные условия для развития микробов, обусловливается их гибелью, разрушаются или ликвидируются токсины, продуцируемые микробными клетками. К физической антисептике относится

-использование гигроскопических повязок для отсасывания раневого секрета с содержанием микробов и их токсинов,

- применение гипертонических растворов, создающих высокое осмотическое давление, превышающее онкотическое давление в ране. Разность между онкотическим и осмотическим давлением в ране способствует оттоку раневого отделяемого в повязку. Кроме того, гипертонические растворы, оказывают химическое и биологическое воздействие на рану и микробы.

-действие света, сухого тепла, ультразвука, УФ лучей и иных явлений.

3.Химическая — это использование различных хим. В-в, которые обладают бактерицидным и бактериостатическим действием.

4.Биологическая — предусматривает применение большой группы лечебных препаратов, которые воздействуют не только на микробы, но и на макроорганизм. К таким средствам можно отнести: антибиотики, бактериофаги и антитоксины, применяемые в виде сывороток (АДС), вакцины, анатоксины, иммуноглобулины, кровь и ее препараты, ферменты, способств. очищению раны.

5.Смешанная — предусматривает применение нескольких видов антисептики. Классический пример смешанной антисептики: современный принцип лечения ран первичная обработка раны дополняется противостолбнячной сывороткой и применение антибиотиков + использование физиотерапевтических процедур, стерильного перевязочного материала, одноразовых шприцев.

Применяемые антисептические средства. Критерии выбора антисептиков.

галлоидсодержащие – хлорамин, спиртовой раствор йода

группа окислителей – перекись водорода, марганцовка, борная кислота

группа тяжелых металлов – сулема, протаргол

спирты – этиловый спирт

группа формальдегидов – формалин

группа фенола – фенол

группа анилиновых красок – зеленка, синька

нитрофураны – фурацилин

сульфаниламиды

антибиотики

Вопрос 5 Гигиеническая и хирургическая антисептики рук медперсонала в соответствии с требованиями Евростандарта EN 1500. Алгоритм мытья рук медицинского персонала

две цели:

Удаление грязи и транзиторной микрофлоры. применяется мытье рук с мылом и водой.

Уничтожение транзиторной микрофлоры, снижение численности резидентной микрофлоры. применяются антисептические вещества (антисептики).

Мытье рук обязательно применяется:

в начале рабочей смены.

На протяжении рабочей смены в следующих случаях:

1. перед гигиенической антисептикой кожи кистей рук, если руки загрязнены, в том числе биоматериалом

2. после посещения туалета

3. перед выполнением хирургической антисептики кожи рук.

Для мытья рук применяется жидкое мыло. При использовании жидкого мыла не допускается добавлять его в частично заполненный дозатор. Перед заполнением дозатор опорожнить, вымыть, провести дезинфекцию, ополоснуть проточной водой, высушить и заполнить свежей порцией мыла.

Последовательность выполнения процедуры:

руки обмыть под струей комфортно теплой воды (гор. вода не применяется т.к. приводит к обезжириванию и раздражению кожи); взять достаточное количество мыла, чтобы покрыть все поверхности рук, намылить и энергично тереть друг о друга руки **не менее 15 секунд** (по EN-1500); обмыть водой; повторить процедуру; высушить руки одноразовым бумажным полотенцем либо индивидуальным многоразовым полотенцем либо электрополотенцем. смена индивид. полотенца, не реже 1 раза в раб. смену.

Гигиеническая антисептика рук: цель- удаления и уничтожения транзиторной микрофлоры.

Гигиенич. Антисептика кожи рук проводится в отсутствие явного загрязнения рук во всех ниже перечисленных случаях:

- 1.до и после контакта с пациентом;
- 2.до входа и перед выходом из палаты;
- 3.перед контактом и после контакта с объектами внешней среды в окружении пациента (включая медицинское оборудование);
- 4.перед надеванием перчаток и после снятия перчаток при проведении нехирургических медицинских вмешательств;
- 5.в случае контакта неповрежденной кожи рук работников структурных подразд. Центра с биоматериалом (после мытья рук);
- 6.если при осмотре одного пациента вы переходите от контаминированного участка тела к неконтаминированному;
- 7.после контакта «с собой» - касание носа, прикрывание рта при кашле и чихании и т.д.

Последовательность выполнения процедуры:

- антисептик наносят на сухие руки в **количество 3 мл.** и тщательно втирают в ладонные, тыльные и межпальцевые поверхности кожи рук в **течение 30-60 сек** в соответствии со схемой до полного высыхания.

Хирургическая антисептика рук преследует цель удаления и уничтожения транзиторной микрофлоры, снижения численности резидентной микрофлоры. Должны проводить хирургическую антисептику рук медицинские работники, являющиеся членами хирургической бригады, перед проведением операции.

Последовательность выполнения процедуры:

- мытье кожи кистей рук, запястий и предплечий жидким мылом и водой путем двукратного намыливания;
- кисти рук и предплечья высушивают одноразовым стерильным полотенцем или салфеткой;
- обработка спиртосодержащим антисептиком кожи кистей рук, ногтевых лож, запястий и предплечий: антисептик наноситься на кисти рук и предплечья порциями по 2,5-3 мл. - в течение 5 мин тщательно втирают в кожу по стандартной методике (не допуская высыхания кожи):
- надеть стерильные одноразовые медицинские перчатки на руки сразу после полного высыхания антисептика.

Рекомендуется нанесение средств ухода за кожей при выполнении гигиенической антисептики рук в конце рабочего дня.

- в случае выявления устойчивости выделенных микроорганизмов к средству для проведения гигиеническое антисептику рук осуществляется его замена на другой антисептический препарат с высокой эффективностью.

Европейский стандарт обработки рук, EN-1500

- 1) тереть ладонью о ладонь;
- 2) левой ладонью тереть по тыльной стороне правой кисти, и наоборот;
- 3) тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами;
- 4) тыльной стороной согнутых пальцев тереть по ладони другой руки;
- 5) поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук;
- 6) поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев другой руки.

Вопрос № 6

Алгоритм проведения внутривенных, внутримышечных инъекций.

Приказ МЗ РБ№1355 от 27.11.2017)

ИНСТРУКЦИЯ № 9

Выполнение внутримышечной инъекции

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

- 1.Проинформировать пациента, получить устное согласие
- 2.Провести дезинфекцию оборудования (столика,лотков и т.д.),
3. Подготовить все необх. для манипуляции
4. обработка рук в соответствии с нпа
5. вскрыть упаковку с шариками, обработать ампулы, набрать ЛС в шприц из ампулы и сменить иглу,поместить шприц с лс в упаковку от шприца.
- 5.проводить гигиеническую антисептику кожи рук.

ОСНОВНОЙ ЭТАП

Выбрать место инъекции.

Взять два шарика, смочить антисептиком.

Обработать кожу в месте инъекции: широко, узко 2-3 раза в одном направлении.

Поместить использованные шарики в контейнер «Отходы загрязненные кровью».

Подождать до полного испарения антисептика, выдержать время экспозиции.1 мин
Взять шарик, смочить антисептиком.

Взять шприц с ЛС из вскрытой упаковки

Снять колпачок с иглы, придерживая канюлю иглы.

натянуть участок кожи (у пациентов со слабовыраженным мышечным слоем кожу и мышцу в складку).

Ввести быстрым движением иглу под углом 90° на 3/4 иглы в мышечную ткань.

Ввести медленно ЛС, надавливая на поршень шприца.

Приложить к месту инъекции шарик, смоченный антисептиком, извлечь быстрым движением иглу, прижать шарик на 2-3 минуты.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

снять иглу со шприца с использованием иглоотсекателя (иглосъемника) и поместить в контейнер «Острые предметы».

Поместить использованый шприц в контейнер «Одноразовые шприцы бывшие в употреблении»

При введении суспензии и масляного раствора. Потянуть слегка поршень «на себя», убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд При появлении крови в шприце необходимо, не извлекая иглу полностью, изменить ее положение

Обработать руки в соответствии с НПА.

Зарегистрировать введение ЛС в медицинской документации.

Наблюдать за пациентом

Провести дезинфекцию наружных поверхностей

Техника проведения внутривенной инъекции

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

- 1.Проинформировать пациента, получить устное согласие
- 2.Провести дезинфекцию оборудования (столика,лотков и т.д.),
3. Подготовить все необх. для манипуляции
4. обработка рук в соответствии с нпа
5. вскрыть упаковку с шариками, обработать ампулы, набрать ЛС в шприц из ампулы и сменить иглу,поместить шприц с лс в упаковку от шприца.
- 5.проводить гигиеническую антисептику кожи рук.
- 6.надеть перчатки

Выбрать место инъекции.

Положить валик под руку

Наложить жгут

Взять два шарика, смочить антисептиком.

Обработать кожу в месте венепункции: широко, узко 2-3 раза в одном направлении.
Поместить использованные шарики в контейнер «Отходы загрязненные кровью».
Подождать до полного испарения антисептика, выдержать время экспозиции. 1 мин
Взять шарик, смочить антисептиком.
Взять шприц с ЛС из вскрытой упаковки
Снять колпачок
Зафиксировать вену
Ввести иглу под кожу срезом вверх, ввести иглу в вену, потянуть поршень шприца на себя, что бы убедиться, что игла в вене
снять жгут
Ввести ЛС
Приложить к месту инъекции шарик, смоченный антисептиком, извлечь быстрым движением иглы, прижать шарик на 3-5 минуты.
Наложить давящую повязку
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП
снять иглу со шприца с использованием иглоотсекателя (иглосъемника) и поместить в контейнер «Острые предметы».
Поместить использованный шприц в контейнер «Одноразовые шприцы бывшие в употреблении»
Обработать руки в соответствии с НПА.
Зарегистрировать введение ЛС в медицинской документации.
Наблюдать за пациентом
Провести дезинфекцию наружных поверхностей

Постинъекционные осложнения, возможные причины их возникновения.
Методы профилактики ПИО (постинъекционных осложнений). Факторы риска возникновения ПИО (постинъекционных осложнений)

1. Нарушения правил асептики – инфильтрат, абсцесс, вирусный гепатит В, С, СПИД.
2. Неправильный выбор места инъекции – инфильтраты, повреждения надкостницы (периостит), сосудов (некроз, эмболия), нервов (паралич, неврит).
3. Неправильная техника выполнения инъекции – поломка иглы, воздушная или медикаментозная эмболия, аллергическая реакция, некроз тканей, гематома.

Лучший способ профилактики инфекций, связанных с инъекциями, - это отменить ненужные инъекции.

Вакцинация медработников вакциной против вирусного гепатита В

Методы снижения риска и профилактики передачи инфекций включают: гигиену рук, использование перчаток, минимальные манипуляции с острыми инструментами (включая приспособления для инъекций) и надлежащее разделение и удаление острых отходов, применение только стерильных материалов и инструментов разового использования. Точное выполнение техники (методики) проведения инъекции.

Факторы риска ПИО:

1. Экзогенные факторы – поверхностные травмы кожи, потертости, загрязнение кожи; несоблюдение гигиенических правил; переохлаждение и перегревание.
2. Эндогенные факторы – это и нарушения в системе иммунитета врожденного и приобретенного генеза; нарушения углеводного обмена (гипергликемия); эндокринные расстройства (гипотиреоз); функциональные нарушения нервной системы (вегетоневрозы); нарушения питания (гипопротеинемия, гиповитаминозы А и С); острые и хронические заболевания; желудочно – кишечные расстройства; некоторые наследственные факторы.

ВОПРОС 7

АЛГОРИТМ

проведения обеззараживания (дезинфекция, очистка, стерилизация) аппаратов искусственной вентиляции легких в отделении анестезиологии и реанимации

Оборудование: аппараты искусственной вентиляции легких

1. Очистку и дезинфекцию аппаратов ИВЛ необходимо проводить не позднее 30 минут после отключения от пациента.

2. одеть СГО И СИЗ

3. Дезинфекция дыхательного контура и дополнительного оснащения проводиться в моечно-дезинфекционном помещении отделения, транспортируются в закрытом контейнере. Контейнер после транспортировки обеззараживается в этом же помещении с применением дез средств методом протирания.

4. Предстерилизационная очистка и стерилизация дыхательного контура и дополнительного оснащения проводится в ЦСО, куда доставляется в закрытом контейнере. Контейнер для транспортировки подвергается очистке и дезинфекции в моечно-дезинфекционном помещении отделения.

5. Корпус аппаратов ИВЛ и шланги подачи газов обрабатываются путем протирания дезинфицирующим средством на месте .

П.Комплектация дыхательного контура и дополнительного оснащения, требующие проведения обеззараживания:

1. Бактериальный фильтр (одноразового использования)не реже24 часа, и по мере загрязнения

2. Кювета датчика СО₂ (многоразового использования)еженедельно и после каждого пациента ,многоразового использъ. моем в машине

3. Y-образный тройник (многоразового использования)замена 1р. в 3 дня

4.Шланги дыхательного контура (одноразового, многоразового использования)1 раз в 3 суток

5. Влагосборник со стаканом (многоразового использования)1р, в 3дня

6. Увлажнитель дыхательной смеси и внутренний температурный датчик (многоразового использования)еженедельно

7. Медикаментозный распылитель (многоразового использования)еженедельно

8. Клапан выдоха (многоразового использования)еженедельно

9. Датчик потока Spirolog, SpiroLife, (многоразового использования)еженедельно,

погружение в 70% этанол на 60 мин., проветривание 30 мин.

10. Датчик СО₂ (многоразового использования)ежедневно протиранием(70% этанол)

11. Датчик температуры (многоразового использования)еженедельно, протирание (70% этанол)

12. Корпус аппаратов ИВЛ и шланги подачи газов обрабатываются путем протирания дезинфицирующим средством ежедневно .

Ш.Этапы обработки:

1. Отключить аппарат и увлажнитель, отсоединить сетевые кабели.

2. Разобрать узлы, снять шланги, дополнительное оснащение:

– **датчик СО₂** извлечь из кюветы датчика СО₂, вытащить штекер из гнезда на задней стенке аппарата;

– **датчик температуры** извлечь из Y-образного тройника, вытащить штекер из гнезда на задней стенке аппарата;

– снять **шланг медикаментозного распылителя** с входного штуцера аппарата, затем отсоединить его от распылителя;

- снять **шланги контура пациента** со штуцеров (при отсоединении дыхательных шлангов браться рукой всегда за жесткий патронный наконечник, запрещается тянуть за мягкую трубку, так как возможен разрыв шланга или отрыв трубы от патронного наконечника);
 - **датчик потока** извлечь из аппарата;
 - **клапан выдоха** извлечь из аппарата;
 - после отключения **увлажнителя дыхательного газа** подождать 10 минут, чтобы он остыл, затем извлечь водяную камеру, удалить содержимое в сливные раковины вне реанимационных палат; нагревательный элемент продезинфицировать путем протирания дезинфицирующим средством;
 - **аппарат ИВЛ и шланги подачи газов** продезинфицировать путем протирания дезинфицирующим средством в соответствии с инструкцией к нему.
- Экран выполнен из оргстекла, поэтому его запрещается подвергать действию спиртов или спиртсодержащих средств – опасность образования трещин.*

ВОПРОС 8 . Работа в условиях очага анаэробной инфекции.

АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология:

Различают две группы микроорганизмов – возбудителей. К первой группе относят спорообразующие анаэробы, или клостридики (*Clostridium perfringens*, *Cl. septicum*, *Cl. oedematiens* и *Cl. histolyticum*). Вторая группа - неспорообразующие, или неклостридиальные, анаэробы.

Предупреждения внутрибольничного распространения анаэробной инфекции

Для предупреждения внутрибольничного распространения анаэробной инфекции необходимо соблюдать следующие правила

В ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА

изолировать в отдельной палате, оборудованной УФО-облучателями воздуха;
- установить емкости для медицинских отходов;
- обеспечить использование предметов ухода – посуды плевательницы, подкладного судна, а также стетоскопа, термометра и др только для данного пациента с возможностью проведения дезинфекции в данном помещении;
- выделить промаркованный уборочный инвентарь для проведения текущей уборки и дезинфекции данной палаты. Использовать строго по назначению.

Перед помещением больного в палату мебель и пол обрабатывают 6% раствором перекиси водорода с добавлением моющих средств (либо др. средством обладающим спороцидным действием. В дальнейшем уборку палаты проводят 2 раза в день.

Ограничить посещение палаты

выделить отдельный медицинский персонал. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы.

При необходимости проведения перевязок, обеспечить их выполнение в палате П. Перевязки и другие хирургические манипуляции у таких больных выполняют в последнюю очередь.

При входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки, шапочки и снимает их при выходе. В случае использования одноразовой спец. одежды, после использования она сбрасывается в емкость для мед. отходов с последующим обеззараживанием в утилизационной по режиму для споровых форм бактерий.

При входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком в соответствии с алгоритмом антисептической обработки рук медицинского персонала.

Все медицинские отходы после сбора орошают 6% перекисью водорода (либо др. средством обладающим спороцидным действием, мешок маркируют (дополнительно

указывается информация о загрязнение споровыми формами бактерий) и транспортируют в непрокалываемых емкостях в утилизационное отделение, где производится автоклавирование отходов по требуемому режиму при 2 кгс/см² (132°C в течение 20 минут).

Индивидуальную посуду после приема пищи замачивают в 2% растворе питьевой соды и кипятят в течение 90 минут (либо обрабатывают др. средством обладающим спороцидным действием, затем моют ее проточной водой и хранят в специально отведенном месте в этой же палате.

Грязное белье, многоразовая спец одежда, используемая при обслуживании П собирается в специальные промаркованные пакеты (с указанием, что белье загрязнено анаэробными микробами) и передается для проведения камерной дезинфекции по режиму для споровых форм бактерий. После проведения дезинфекции белье стирается в прачечной центра по технологическому режиму стирки белья 3 степени загрязненности с применением 400 мл.3% перекиси водорода на 10 л. автоматическую стиральную машину.

После выписки П проводится заключительная дезинфекция помещения, с ультрафиолетовым обеззараживанием воздуха; предметы ухода, уборочный инвентарь дезинфицируется химическим способом, с последующим автоклавированием по спороцидному режиму, либо подвергают камерному обеззараживанию. Так же проводится камерное обеззараживание постельных принадлежностей по режиму, рекомендуемому производителем камеры для дезинфекции вещей, зараженных споровыми формами микробов.

- После дезинфекции в палате проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды.

ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТА необходимо обеспечить:- сопровождение медицинским персоналом, осуществляющим уход, за данным пациентом;

- проведение текущей и заключительной дезинфекции в машине, осуществляющей перевозку данного пациента в соответствии с требованиями, силами сотрудников отделения скорой медицинской помощи.

ОПЕРАЦИОННЫЙ ЗАЛ

Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Число персонала, должно быть сведено к минимуму.

Членам операционной бригады необходимо использовать одноразовые костюмы и передники. Использовать стерильное одноразовое хирургическое белье или стерильные одноразовые специальные комплекты. ограничить использование многоразовой спец. одежды и белья.

Все мед. работники, находящиеся в операционной должны быть в шапочках, покрывающих волосы, перчатках, масках, спец. одежде, бахилах, члены операционной бригады во время проведения операции – в фартуках. Обязательно проведение антисептической обработки рук медицинским персоналом.

Перед проведением операции у П большой и малые операционные столы не накрываются. Используются индивидуальные укладки на операцию, включая стандартный набор медицинских инструментов и отдельно упакованные стерильные инструменты. Для обработки раны используют **антисептики из группы окислителей (перекись водорода или перманганат калия), которые обладают дезодорирующими свойствами.**

Использованный перевязочный материал, др. медицинские отходы собирают в специальные маркированные пакеты (дополнительно указывается информация о загрязнение споровыми формами бактерий), орошают 6% перекисью водорода (либо др. средством обладающим спороцидным действием, и транспортируют в непрокалываемых емкостях в утилизационное отделение, где производится автоклавирование отходов по требуемому режиму при 2 кгс/см² (132°C в течение 20 минут).

Инструменты, фартуки, клеёнки подвергают обработке средством дезинфекции по спороцидному режиму.

Операционное белье, многоразовая спец одежда, собирается в специальные промаркированные пакеты (с указанием, что белье загрязнено анаэробными микробами) и передается для проведения камерной дезинфекции по режиму для споровых форм бактерий. После проведения дезинфекции белье стирается в прачечной центра по технологическому режиму стирки белья 3 степени загрязненности с применением 400 мл.3% перекиси водорода на 10 л. автоматическую стиральную машину.

После проведения оперативного вмешательства в операционной проводится генеральная уборка по типу заключительной дезинфекции с применением средств дезинфекции со спороцидным действием. Данными средствами должны быть обработаны все поверхности, предметы, материалы, связанные с лечением и уходом за больным с анаэробной инфекцией.

ВНИМАНИЕ!

- ✚ Генеральные уборки проводятся в соответствии с Алгоритмом проведения генеральной уборки. При проведении текущих и генеральных уборок в помещениях, загрязненных споровыми формами бактерий необходимо применять средства дезинфекции с моющим эффектом со спороцидным действием.
- ✚ При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

Анаэробная неклостридиальная инфекция не имеет тенденции к внутригоспитальному распространению, поэтому санитарно-гигиенический режим для больных с этой патологией должен соответствовать общим требованиям, принятым в отделении гнойной хирургии

ВОПРОС 9

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке обращения с медицинскими отходами

**Постановление МЗ РБ и Мин-ва природных ресурсов и охраны окружающей среды
РБ №137/44 02.09.2024**

инструкция РКМЦ 05.06.2024г по обращению с отходами производства.

Правила обращения с медицинскими отходами. Условия их хранения, транспортировки, обеззараживания, утилизации

К медицинским отходам, требующим особого порядка обращения с учетом наличия опасных инфекционных и (или) токсических свойств, относятся:

медицинские отходы, загрязненные биологическими жидкостями, в том числе медицинские изделия, контактировавшие со слизистой оболочкой и (или) поврежденной кожей организма человека, и не подлежащие дальнейшему использованию;

острые, колющие, режущие медицинские отходы;

анатомические отходы;

биологические жидкости;

медицинские отходы, образующиеся при работе с условно-патогенными микроорганизмами и патогенными биологическими агентами 1–4 групп риска;

средства индивидуальной защиты и санитарная одежда в случаях, предусмотренных настоящей Инструкцией;

медицинские отходы, образовавшиеся при оказании медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями, которые могут вызвать чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, по перечню согласно приложению 1;

пищевые отходы в случаях, предусмотренных настоящей Инструкцией;

отходы ЦЛС;

фармацевтические отходы и отработанные растворы дезинфицирующих средств.

1. Работники, осуществляющие обращение с медицинскими отходами, при поступлении на работу и в дальнейшем не реже 1 раза в год должны проходить обучение. 2. Сбор медицинских отходов и разделение их по видам осуществляются непосредственно в местах их образования (в структурных подразделениях организации).

3. Сбор медицинских отходов осуществляется в одноразовую и (или) непрокалываемую многоразовую тару в зависимости от состава отходов и условий для их удаления в организации и за ее пределами. Одноразовая тара (полимерные мешки-вкладыши) располагается внутри многоразовой тары (в том числе емкостей, тележек, стоек).

4. Острые, колющие, режущие медицинские отходы собираются в непрокалываемую одноразовую тару с плотно прилегающей крышкой, исключающей возможность самопроизвольного вскрытия. Для удаления игл используются устройства для снятия инъекционных игл (в том числе иглосъемники, иглоотсекатели) в соответствии с инструкцией производителя.

5. Биологические жидкости собираются в непрокалываемую влагостойкую тару с крышкой, исключающей возможность самопроизвольного вскрытия и обеспечивающей при перемещении герметичность тары.

6.. Отходы ЦЛС собираются в герметичную одноразовую тару.

7. Тара для сбора медицинских отходов в структурном подразделении организации маркируется с указанием структурного подразделения организации, даты начала сбора

медицинских отходов в тару (для тары с острыми, колющими, режущими медицинскими отходами – дата начала и завершения сбора), наименования и (или) кодов медицинских отходов

8. Дезинфекция многоразовой тары для сбора и перемещения медицинских отходов проводится после каждого ее опорожнения.

9. После заполнения тары не более чем на три четверти одноразовая тара закрывается (завязывается) любыми удобными способами, исключающими рассыпание (разливание) медицинских отходов. Использование для закрытия (завязывания) одноразовой тары скоб или иных приспособлений, которые могут повредить упаковку, не допускается.

Многоразовая тара в процессе перемещения герметично закрывается крышкой.

10. Не допускается утрамбовывать медицинские отходы, а также пересыпать (перегружать) неупакованные необезвреженные медицинские отходы из одной емкости в другую.

11. Независимо от объема заполнения тары она удаляется из непосредственного места образования отходов в конце рабочей смены, за исключением одноразовой непрокалываемой тары с острыми, колющими, режущими медицинскими отходами, которые удаляются после заполнения тары на три четверти.

12. Для перемещения медицинских отходов допускается использовать тележки или иные емкости, предназначенные для этих целей и промаркованные с указанием их целевого назначения.

Обезвреживание медицинских отходов осуществляется путем проведения дезинфекционных мероприятий с использованием химических, физических и (или) комбинированных методов, в том числе путем сжигания.

Паровой стерилизатор Sterivar HP IL 666-IED

Режим :отходы- 105*С 20 мин., 134*С 7 мин, шприцы-121*С 20 мин.

Использованная одноразовая санитарная одежда, одноразовая санитарная одежда, используемая в палатах пациентов-носителей мультирезистентных штаммов микроорганизмов, медицинские перчатки и одноразовые средства индивидуальной защиты органов дыхания подлежат обезвреживанию.

Медицинские отходы, образовавшиеся при оказании медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями, которые могут вызвать чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, подлежат обезвреживанию сразу после их образования.

Срок временного хранения необезвреженных медицинских отходов в организации не должен превышать 72 часа, за исключением медицинских отходов, направляемых на сжигание.

Временное хранение в организации тары с анатомическими отходами, в специально выделенном холодильном (морозильном) оборудовании. Анатомические отходы подлежат сжиганию. Проведение их дополнительных дезинфекционных мероприятий перед направлением на сжигание не требуется.

Сбор удаленных зубов и их остатков допускается осуществлять совместно с иными отходами, загрязненными биологическими жидкостями, с последующим соблюдением порядка обращения с такими отходами.

Биологические жидкости подлежат обезвреживанию путем проведения дезинфекционных мероприятий.

Анатомические отходы передаются сторонним организациям для обезвреживания. Отходы крови и ее компонентов в контейнерах для заготовки крови (гемаконах) обезвреживаются аппаратным методом.

Обезвреженные шприцы передаются сторонним организациям для переработки.

Острые предметы и отходы загрязненные кровью, после обеззараживания передаются для захоронивания на полигон в г. Заславль.

Обеззараживание отходов проводится в кабинете утилизации в подвальном помещении 007

ВОПРОС 10

Постановление МЗРБ 01.03.2024 №41

САНИТАРНЫЕ НОРМЫ И ПРАВИЛА

«Требования к порядку выявления, организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции»

Парентеральные вирусные гепатиты (далее – ПВГ) – группа инфекционных заболеваний, вызываемых вирусом гепатита В, вирусом гепатита D, вирусом гепатита C, которые клинически характеризуются преимущественным поражением печени, эпидемически значимой циркуляцией вирусов в крови, в семенной жидкости, вагинальном содержимом и в меньших количествах в других биологических жидкостях (в грудном молоке, слюне, моче, поте, слезах), многообразием клинических проявлений (в том числе бессимптомным носительством вирусов) и исходов заболевания (в том числе в цирроз или онкологическое перерождение клеток печени). Инфицирование возможно как одним из вирусов, так и в сочетаниях.

механизмы инфицирования ПВГ:

естественный (вертикальный), контактно-гемоконтактный и артифициальный (искусственный).

Естественный (вертикальный) перинатальный путь (от матери к плоду) передачи вируса с формированием у ребенка врожденной инфекции.

Контактно-гемоконтактный при:

половых контактах (через кровь, сперму, вагинальный секрет);
прямом соприкосновении с поврежденными кожными или слизистыми покровами; бытовом парентеральном инфицировании (опосредованный контакт через общие бритвенные, маникюрные приборы, расчески, зубные щетки, другие предметы, использование которых сопряжено с повреждением кожи или слизистых).

Артифициальный (искусственный) через инфицированные донорскую кровь и ее компоненты, органы и (или) ткани человека, при немедицинском парентеральном введении наркотических средств, немедицинских и медицинских манипуляциях (с

нарушением целостности кожных покровов и слизистых) в случаях несоблюдения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

потребляющие наркотические средства;

имеющие беспорядочные половые связи;

проживающие совместно с инфицированными вирусами ПВГ;

дети, рожденные от инфицированных матерей;

дети и взрослые, регулярно получающие кровь и ее компоненты, имеющие в анамнезе трансплантацию органов и тканей человека (далее – реципиенты), другие инвазивные медицинские вмешательства.

ВИРУС гепатита В сохраняет свою жизнеспособность в условиях комнатной температуры в течение 3-6 месяцев, а в замороженных компонентах крови – годами.

Восприимчивость населения к вирусу гепатита В высокая, инфицирующая доза низкая, заражение возможно при инокуляции 0,0005 мл крови.

Инкубационный период ВГВ составляет от 50 до 180 дней, в среднем – 90 дней.

аварийный контакт – случай, при котором биологический материал работника организации попал на поврежденные кожные покровы или слизистые оболочки пациента (потребителя или другого лица, в зависимости от места возникновения аварийного контакта) и наоборот. Аварийный контакт может возникать при оказании медицинской помощи, бытовых услуг и в других ситуациях в организациях;

-информирование об аварийных контактах и проведенных мероприятиях руководителя организации здравоохранения и председателя комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, состав которой утверждается приказом руководителя организации здравоохранения (далее – комиссия).

Информация о произошедшем контакте работника Центра с биологическим материалом пациента и проведенных в связи с этим противоэпидемических мероприятиях (промывание раны, обработка антисептическими растворами и другие мероприятия, проведенные на месте контакта) немедленно передается руководителем структурного подразделения, в письменном виде председателю комиссии по профилактике заражения ВИЧ и ПВГ. В вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни информация передается ответственному дежурному врачу.

- осуществление регистрации случаев аварийных контактов для организаций здравоохранения,

- организация проведения лабораторного обследования работника организации здравоохранения и пациента, у которых произошел аварийный контакт на ПВГ и ВИЧ-инфекцию, в том числе с использованием экспресс-тестов по крови на ПВГ и ВИЧ-инфекцию, не позднее 24 часов после аварийного контакта.

- Взятие пробы крови у привитых от ВГВ лиц для исследования на напряженность иммунитета (определение концентрации anti-HBsAg) проводится до введения иммуноглобулина, но не позднее 24 часов после аварийного контакта.

- Положительный результат первичного лабораторного обследования на ПВГ и ВИЧ-инфекцию свидетельствует, что инфицирование ВИЧ, вирусом (вирусами) ПВГ произошло ранее и не имеет связи с данным аварийным контактом.

отрицательный результат: проводится повторное обследование вовлеченных в аварийный контакт, **на ПВГ – через 3, 6 месяцев, ВИЧ-инфекцию – через 1, 3 месяца.**

Если аварийный контакт произошел с пациентом организации здравоохранения, то информация о необходимости и сроках его обследования направляется в территориальную амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения по месту обслуживания (проживания) пациента для организации его повторного обследования;

в течение **24 часов** с момента возникновения аварийного контакта организуется **консультация врачом-инфекционистом** или врачом-терапевтом или врачом общей практики или врачом-педиатром (если пациентом является ребенок в возрасте до 18 лет) и принимается решение о назначении (продолжении) **постэкспозиционной профилактики ВИЧ** антиретровирусными лекарственными препаратами и иммунопрофилактики ВГ.

Постэкспозиционная иммунопрофилактика (введение иммуноглобулина) и (или) **постэкспозиционная вакцинопрофилактика** (введение вакцины против ВГВ) Иммуноглобулин (первая доза вакцины) вводится в максимально короткий срок после аварийного контакта.

Координация и контроль за выполнением мероприятий, направленных на предупреждение распространения вирусов ПВГ, ВИЧ в организации здравоохранения, в том числе связанных с аварийными контактами у работников организации здравоохранения, пациентов, осуществляются **комиссией**. При выявлении случая, в том числе при получении информации из другой организации здравоохранения, о случае ПВГ и (или) ВИЧ-инфекции, не исключающего связь с оказанием медицинской помощи в организации здравоохранения, комиссией (с включением врача-эпидемиолога ЦГЭ) организуется **эпидемиологическое расследование**

приказ главного врача № 203 от 04.05.22 РКМЦ

АЛГОРИТМ

действий работников организации здравоохранения при аварийных контактах

Любое повреждение кожи, слизистых оболочек, загрязнение их биологическими материалами пациентов в государственной организации здравоохранения квалифицируется как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ.

Все случаи, связанные с попаданием биологического материала пациента на раневую поверхность кожи или слизистую оболочку, подлежат регистрации в Журнале регистрации случаев учета контакта с биологическим материалом пациентов.

Работник Центра при аварийном контакте для предупреждения возникновения и распространения парентеральных инфекций должен соблюдать следующий порядок действий:

1. В случае повреждения целостности кожных покровов при работе с биологическим материалом:

снять перчатки рабочей поверхностью внутрь;

сбросить перчатки в емкость для медицинских отходов с маркировкой Б4 для последующей дезинфекции способом и средствами, разрешенными к применению в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь;

вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть рану водой или физиологическим раствором;

обработать рану 3% перекисью водорода,

наложить на рану бактерицидный пластырь;

надеть новые перчатки, при необходимости продолжить работу;

2. В случае загрязнения биологическим материалом кожных покровов без нарушения их целостности:

обильно промыть загрязненный участок кожных покровов водой с мылом и обработать антисептиком

3. В случае попадания биологического материала на слизистую оболочку:
немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и сбросить их в емкость для медицинских отходов с маркировкой Б4 для последующей дезинфекции способом и средствами, разрешенными к применению в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь;

щательно вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть (не тереть) слизистую оболочку водой или физиологическим раствором

4. В случае загрязнения биологическим материалом санитарно-гигиенической одежды (далее – СГО), личной одежды, обуви:

обмыть поверхность перчаток, не снимая с рук, под проточной водой с мылом или раствором антисептика, дезинфицирующего средства;

снять загрязненную СГО, личную одежду, обувь;
СГО, личную одежду и обувь сложить в непромокаемые пакеты для последующего обеззараживания;

снять защитные перчатки рабочей поверхностью внутрь сбросить их в емкость для медицинских отходов с маркировкой Б4 для последующей дезинфекции

вымыть руки с мылом под проточной водой и обработать кожные покровы в области проекции загрязнения СГО, личной одежды, обуви в соответствии с пунктом 2 настоящего приложения;

5. В случае загрязнения биологическим материалом объектов внешней среды:
биологические загрязнения на поверхности объектов внешней среды обеззараживаются раствором дезинфицирующего средства и удаляются с поверхности с последующей влажной уборкой.

Внутренние приказы РКМЦ ВИЧ-№212, ВГ-№203

ВОПРОС 11

Стерилизация: определение, методы – их преимущества и недостатки.

Контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения в структурных подразделениях. Сроки сохранения стерильности материала в зависимости от упаковки. Типы, классы химических индикаторов на стерилизуемых объектах

ПРИКАЗ М З РБ №1065 2.08.2024 г.

О ПРОВЕДЕНИИ ДЕЗИНФЕКЦИИ, ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

стерилизация - мероприятие, направленное на полное освобождение изделий от микроорганизмов, включая споровые формы;

Стерилизации подвергаются все виды изделий медицинского назначения, соприкасающиеся с кровью, раневой поверхностью и отдельные виды мединструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Методы стерилизации:

1. Термический : паровой и воздушный

- Паровой стерилизатор ВМТ STERIVAP- стерилизация в автоклаве пар под давлением.

существует 2 режима:

- 134гр-7 минут и --121гр-20 мин пар под давлением

Наиболее широко применяемый метод стерилизации. Распространенный, безопасный, короткая экспозиция, низкая стоимость.

могут повреждаться изделия. качество может нарушаться при попадании воздуха, влажности материалов, плохом качестве пара..

Упаковка после стерилизации:

- Нетканый материал 2сл.-6 мес.
- Крепированная бумага 2сл. 3 мес.
- Крафтбумага 3 сут.
- Бумажно-пленочная 3 года.

- **Воздушный** - сухой горячий воздух - сухожаровой шкаф существует также 2 режима:

- при 180°- 1 час обязательно в крафтбумаге, контроль - винная кислота т плавления 182°
- при 160° -2,5 часа, контроль - стрептоцид или салициловая к-та т плавления 160°.

Воздушный метод стерилизации рекомендуется для изделий из стекла, металла и силиконовой резины, но не пригоден для текстиля. Безопасный, длительная экспозиция, большой расход энергии. Инструменты должны быть сухими. Загружаться в сухожаровой шкаф на 70%, т.е. инструменты должны лежать свободно.

2. Химический: - химическими веществами:

- формальдегид(парами) 60 и 80 градусов
- перекись водорода 6% -18°-6 часов,
- газами:

Низкотемпературная стерилизация - процесс стерилизации с использованием физических и (или) химических агентов, способных уничтожить микроорганизмы при температуре ниже 100°C;

Плазменный низкотемпературный стерилизатор PHS ПС-220(перекись водорода H2O2 59-60%) -- температура 50 градусов.

Циклы стерилизации:

1. Увеличенный-120 мин.
2. Стандартный-50-60 мин.
3. Ускоренный 25-30 мин.

После стерилизации упаковка:

-Нетканый материал 2-х слойная упаковка 6 мес.

-Бумажно-пленочные пакеты TUVEK пакеты 1 год.

Преимущества:

Нетоксичный, безопасный, прост в обращении, работе, контроле

Недостатки:

Маленький размер стер. камеры, нельзя бумагу, белье, растворы, изделия с длинными узкими внутр. каналами, нужна синтетическая упаковка.

Низкотемпературный газовый этиленоксидный стерилизатор Steris Eagle 319 (стерилиз.)
Агент 100% газ этиленоксид)

- T -54гр-стер2ч--аэрация 12ч
- T54гр-стер4ч--аэр12ч
- T-38град-стер4ч--аэр 12ч ;
- T-38гр-стер4ч--аэр36.ч

После стерилизации упаковка:

-Нетканый материал 2-х слойная упаковка 6 мес.

-Бумажно-пленочные пакеты 3 года

Преимущества:

Проникновение в уп. материалы и пластик. пакеты.,можно использовать для большинства изд. мед. назн.

Недостатки:

Маленький размер камеры,требуется время для аэрации,ОЭ токсичен,канцероген,легко воспламеняется

3. Радиационный

4.Метод мембранных фильтров

Контроль за параметрами стерилизации проводят физическим, химическим и бактериологическим методами.

Оценка эффективности работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах и удовлетворительными результатами контроля физическими и химическими методами.

Химические тест-индикаторы: наружные, внутренние, мультипараметрические, интеграторы. Расположение в камере ВС – в виде конверта на каждой полке, в ПС – в соответствии с методическими указаниями.

Типы химических индикаторов – разделение в зависимости от размещения индикаторов на стерилизуемых объектах: внутренние и наружные.

Наружные индикаторы (ленты, наклейки) крепятся липким слоем на поверхности используемых упаковок (бумага, металл, стекло) и удаляются впоследствии. Наружным индикатором могут являться также некоторые упаковочные материалы (например, бумажно-пластиковые мешки, рулоны), содержащие химический индикатор на своей поверхности.

Внутренние индикаторы размещаются внутри упаковки со стерилизуемым материалом вне зависимости от ее вида (бумажный или пластиковый пакет, металлический контейнер и др.). К ним относятся различные виды бумажных индикаторных полосок, содержащие на своей поверхности индикаторную краску.

Классы химических индикаторов разделение в зависимости от количества контролируемых параметров стерилизационного цикла (чем выше класс индикаторов, тем больше параметров он контролирует и тем выше вероятность получения стерильных материалов при их использовании)

КЛАСС 1 Индикаторы процесса стерилизации

Назначение: для использования на индивидуальных упаковках со стерилизуемым материалом. Результаты расшифровки позволяют сделать заключение о том, что данная упаковка с инструментами (материалом) прошла стерилизационную обработку выбранным методом и, таким образом, отличить ее от необработанной

Класс 2 тест Бови-Дика(эффективность вакуумной системы парового стерилизатора)

КЛАСС 3. Индикаторы одной переменной

Назначение: для оперативного контроля действия одного из действующих факторов стерилизации (например, достижение определенной температуры, концентрации активно действующего вещества в химическом растворе, концентрации газа и т.д.).

КЛАСС 4. Мультипараметрические индикаторы.

Назначение: для оценки действия 2-х и более факторов стерилизационного цикла. Нанесенная на их поверхность индикаторная краска изменяет свой цвет только при одновременном действии нескольких параметров (например: температуры и экспозиции при воздушной стерилизации; температуры, экспозиции и насыщенного пара при паровом методе стерилизации, концентрации газа и относительной влажности при газовом методе и т.д.)

КЛАСС 5 Интеграторы.

Хим. индикаторы, которые являются аналогами биологических. Разработаны для использования в любых режимах парового или газового методов стерилизации.

Контролируют одновременно действие всех параметров выбранного метода стерилизации.

Принцип действия основан на том, что скорость плавления хим.вещества, содержащегося в нем, идентична скорости гибели споровых форм бактерий.

Преимущество: расшифровка результатов проводиться непосредственно после окончания цикла стерилизации и позволяет сделать заключение о стерильности (нестерильности) мат

КЛАСС 6 Эмуляторы.

КЛАССИФИКАЦИЯ медицинских изделий по категориям риска

Категория риска	Определение	Примеры медицинских изделий	Требования к обработке медицинских изделий
Критические медицинские изделия	изделия, проникающие в среды и ткани организма, в норме являющиеся стерильными; изделия, соприкасающиеся с поврежденными кожными покровами и слизистыми оболочками; изделия, имеющие контакт с биологическими жидкостями (в организме пациента или вводимыми в него) и растворами для инъекций	хирургические инструменты, жесткие эндоскопы, катетеры для мочевыводящих путей, набор для забора крови из пальца (капилляр, стекло) и другое	медицинское изделие должно быть стерильным. Изделия многократного применения подвергают стерилизации либо используют одноразовые стерильные медицинские изделия
Полукритические медицинские изделия	изделия, контактирующие с неповрежденными слизистыми оболочками	стоматологический наконечник, зубные пинцеты, загубники, эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и другое	изделие многократного применения подлежит стерилизации либо используют одноразовые медицинские изделия. В отдельных случаях допускается проводить дезинфекцию высокого уровня, когда данный способ обработки определен инструкцией производителя изделия (например, в отношении эндоскопов для нестерильных эндоскопических вмешательств)
Некритические медицинские изделия	изделия, контактирующие с неповрежденными кожными покровами, или изделия, находящиеся в окружении пациента	стетоскопы, термометры, подкладные судна, лицевой щиток и другое	изделия подлежат дезинфекции (допускается использовать дезинфицирующие средства, не обладающие туберкулоидной и (или) спороцидной активностью)

ВОПРОС 12. Противоэпидемические мероприятия при заносе или возникновении (подозрении) острых кишечных инфекций в центре (нормативные документы).
Постановление МЗРБ№14 от25.01.2024

САНИТАРНЫЕ НОРМЫ И ПРАВИЛА

«Требования к порядку организации и проведения санитарно противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения кишечных инфекций»

Приказ №368. противоэпидемические мероприятия при заносе, возникновении ОКИ в центре»

- больные изолируются, медсестра сообщает врачу
- консультация инфекциониста
- сообщить эпидемиологу
- решение вопроса о переводе в инф стационар
- посылается экстренное извещение на СЭС (ФОРМА 058/У)
- накладываются ограничительные меры на 7 дней (с момента последнего случая)
- ежедневный осмотр больного с отметкой стула, температуры
- забор материала на бак посев(угольная среда до 48 часов)
- влажная уборка проводится дезсредствами 3 раза
- частое проветривание палат
- ежедневный осмотр контактных
- Медперсонал обеспечивается отдельными СИЗ при посещении палаты, где находится больной.
- обработка посуды производится методом замачивания в дезрастворе
- для больного выделяются отдельные предметы ухода (подкладное судно и пр.)
- медперсонал работает в перчатках
- обращается внимание на туалеты (фекалии заливаются дезраствором, судна замачиваются при полном погружении).
- постель больного подвергается дезкамерной обработке
- уборочный инвентарь обеззараживается в дезрастворе.
- послевыписки заключ дезинфекция,быконтроль(смывы)

ВОПРОС 13 Порядок проведения процедуры взятия крови из вены с применением вакуумных систем.

Взятие крови из вены системой вакуумной

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

1. Проинформировать пациента, устное согласие
2. Проверить:
целостность упаковки стерильного инструмента и стерильного материала, срок годности; срок годности пробирок;
правильность заполнения направления на исследование крови.
3. Поставить на столик манипуляционный штатив для пробирок.
4. Взять пробирку и промаркировать. Поместить пробирку в штатив для пробирок.
Обработать руки в соответствии с НПА, надеть перчатки.

ОСНОВНОЙ ЭТАП

Вскрыть упаковку с шариками

Подложить валик под руку пациента.

Наложить жгут на руку и обработать место венепункции антисептиком

Взять столика манипуляционного иглу системы вакуумной (далее - игла) в упаковке (игла находится в двух пластмассовых колпачках разного цвета).

Снять вращательным движением колпачок белого цвета со стороны резинового клапана.

Взять держатель и вставить в держатель иглу со стороны резинового клапана.

Завинтить в держатель иглу до упора.

Снять с иглы другой колпачок.

Взять шарик, смочить антисептиком, поместить в ладонь, удерживая четвертым и пятым пальцами.

Держа иглу срезом вверх, проколоть кожу под небольшим углом

расположить иглу параллельно вене, не меняя положения держателя с иглой в руке.

Взять из штатива пробирку и вставить ее в держатель до упора, проткнув иглой резиновую пробку в крышке пробирки.

Развязать жгут, предложить пациенту разжать кулак.

Наполнить пробирку кровью (осуществляется под действием вакуума).

Отсоединить от держателя с иглой пробирку, заполненную кровью.

Перевернуть пробирку сразу 1 раз, а после взятия всех анализов 4-5 раз для полного смешивания крови с реагентами (при взятии нескольких образцов крови вставить в держатель другую пробирку соответствующего цветового кода).

Поставить пробирку в штатив для пробирок.

Приложить к месту венепункции шарик, смоченный антисептиком, извлечь быстрым движением иглы с держателем, прижать шарик на 3-5 минут.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

опустить иглу в контейнер. Острые ИМН, отсоединить ее вращательным движением от держателя, поместить держатель и шарик в соответствующие контейнеры.

Поставить штатив с пробирками в контейнер для транспортировки проб биологического материала.

Снять перчатки. Обработать руки в соответствии с НПА.

Отправить в лабораторию контейнер для транспортировки проб биологического материала. Провести дезинфекцию наружных поверхностей ИМН и последующие этапы дезинфекции ИМН

Вопрос 14. Гигиенические требования к организации бельевого режима в о з.приказ мз рб от 08.11 2023 №1613 рекомендации о порядке обращения белья в оз

В организации здравоохранения используется белье:

одноразовое и многоразовое;
стерильное и нестерильное.

Многоразовое белье перед стиркой сортируется по отделениям, ассортименту, цвету (белое и цветное) и степени загрязненности.

По степени загрязненности белье организаций здравоохранения сортируется на белье:

I степень загрязненности - новые изделия, не бывшие в использовании, а также белье после ремонта;

II степень загрязненности - белье, имеющее общие загрязнения (без видимых биологических загрязнений);

III степень загрязненности - белье, загрязненное биологическими выделениями (кровь, гной, мокрота, моча, каловые массы и другое).

Белье I степени загрязненности перед использованием подвергается стирке. Допускается его стирка без дезинфекции.

Белье III степени загрязненности, а также белье II степени загрязненности из инфекционных отделений, палат для пациентов - носителей мультирезистентных штаммов микроорганизмов должно перед стиркой и (или) в процессе стирки подвергаться дезинфекции. Иное белье II степени загрязненности также рекомендуется подвергать дезинфекции в процессе стирки.

Белье от пациентов с инфекционными заболеваниями, перед направлением в прачечную должно подвергаться камерной дезинфекции.

Одеяла с синтетическим наполнением и шерстяные одеяла, подушки с синтетическим наполнением подвергаются:

дезинфекции - в случаях, определенных законодательством в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

стирке - при наличии видимых загрязнений.

Смена санитарной одежды работниками отделений анестезиологии и реанимации, осуществляется **ежедневно**.

Не допускается стирка санитарной одежды в домашних условиях.

Смена санитарной одежды ежедневно, незамедлительно в случае загрязнения. В наличии запас чистой сан одежды и СИЗ для экстренной замены в случае необходимости.

Работники, осуществляющие сбор грязного белья в отделении, в том числе при смене белья лежачим пациентам, должны использовать выделенные для работы с грязным бельем (проведения уборок) многоразовый или одноразовый дополнительный халат, одноразовые нестерильные или защитные влагостойкие перчатки, одноразовые СИЗ органов дыхания, головной убор, при необходимости - средства индивидуальной защиты глаз.

При работе с бельем пациентов с инфекционными заболеваниями с аэрозольным механизмом передачи выбор средств индивидуальной защиты органов дыхания (медицинской маски, респираторов).

После окончания работы с грязным бельем работники снимают сан одежду, дезинфицируют обувь и многоразовые СИЗ, удаляют одноразовые санитарную одежду и средства индивидуальной защиты при их использовании, проводят гигиеническую антисептику кожи рук.

Многоразовая санитарная одежда по окончании смены направляется в стирку.

Для дезинф транспортных ср, помещений, мебели, оборудования, медицинских изделий и иных объектов, задействованных в бельевом режиме, применяются дез средства, не содержащие в качестве действующего вещества компонентов, обладающих фиксирующим действием на белки и органические вещества (альдегиды, спирты при концентрации действующего вещества 60 % и более).

пациентам, поступающим на операцию, проводится смена нательного и постельного белья перед операцией, а также после операций ежедневно до прекращения выделений из ран и по мере загрязнения. Перед операцией пациенту выдается нательное белье ОЗ;

в реанимационных отделениях, палатах интенсивной терапии смена постельного и нательного белья проводится ежедневно и по мере загрязнения;

Сведения о смене пациентам постельного и иного белья организации здравоохранения должны быть задокументированы в темп. листе.

Отделение в течение рабочей смены должно быть обеспечено запасом белья в объеме, не менее среднесуточного расхода.

Белье выдается сестрой-хозяйкой в начале рабочей смены и по мере необходимости.

Хранение запаса белья с учетом расхода осуществляется в специально выделенном месте (шкафу), доступном для персонала отделения. Места хранения запаса белья оборудуются дозирующим устройством с антисептиком.

Бельевые тележки должны иметь соответствующую маркировку и использоваться по назначению.

Допускается использование тележки, укомплектованной тарой для сбора грязного белья, чистым бельем для смены в пределах одной палаты, необходимыми средствами, инвентарем для проведения смены белья и дезинфекции объектов в окружении пациента, при создании условий, препятствующих вторичной контаминации чистого белья. После смены белья в пределах одной палаты проводится замена (опорожнение с последующей дезинфекцией) тары для сбора грязного белья и дезинфекция тележки.

Сбор грязного белья в палатах осуществляется в тару, выделенную для сбора грязного белья, расположенную на бельевых тележках. Предварительно белье очищается от посторонних предметов, сформированных каловых масс, крупных сгустков крови. Запрещается встрихивать и бросать на пол грязное белье.

Белье III степени загрязненности собирается в отдельную тару, имеющую соответствующую маркировку.

После опорожнения многоразовая тара для сбора грязного белья подвергается дезинфекции, одноразовая тара удаляется.

После смены постельного и нательного белья в палатах проводят текущую уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в присутствии людей, дезинфекцию воздуха и проветривание. Наружная поверхность тары с грязным бельем перед транспортировкой из бельевой для грязного белья дезинфицируется с использованием средств дезинфекции с коротким временем экспозиции.

Сортировка грязного белья в отделениях может осуществляться непосредственно на этапе его сбора в палате.

В бельевой для грязного белья отделений временное хранение грязного белья до его сдачи в прачечную либо в централизованную грязную бельевую допускается не более 24 часов (за исключением выходных и праздничных дней).

Постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла) в организациях должны подвергаться обработке методом **камерной дезинфекции**:

- после выписки или перевода пациента;
- по эпидемическим показаниям;
- при загрязнении постельных принадлежностей биоматериалом;
- после смерти пациента.

Матрасы и подушки, находящиеся в **герметичных гигиенических чехлах**, должны дезинфицироваться **способом протирания** или орошения чехлов дезинфицирующими средствами.

ВОПРОС 15. Профилактика заноса и распространения ОOI в Центре. Использование работниками СИЗ. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к санитарной охране территории Республики Беларусь» Постановление МЗ РБ 05.03.2024 №43

СХЕМА

действия **врача**, выявившего больного с подозрением на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, другими Болезнями и Синдромами в структурных подразделениях центра в случае отсутствия консультантов

1. Закрыть в палате/кабинете **окна и двери**, при подозрении на чуму и ГВЛ - **заклеить вентиляционные отверстия**.
2. Не выходя из помещения, где выявлен больной по телефону или через нарочного, не бывшего в контакте с больным, **известить главного врача** центра о выявленном больном и его состоянии

Абельская Ирина Степановна

либо дежурного администратора (при отсутствии главного врача):

Заместитель главного врача по медицинской части Галицкая Светлана Сергеевна

Заместитель главного врача по хирургии Слободин Юрий Валерьевич

Перечень сведений о больном:

Ф.И.О., возраст больного (год рождения).

Предварительный диагноз, кем поставлен (ФИО врача, его должность), на основании каких данных (клинические, эпидемические)

Адрес постоянного места жительства.

Название страны, города, района (территории, откуда прибыл больной). Вид транспорта, номер поезда, автомашины, рейс самолета, время, дата прибытия.

Место работы, учебы.

Дата и время заболевания. Выявления заболевания.

Где находится больной в настоящее время.

Краткий эпиданамнез, клиническая картина, тяжесть заболевания.

Принимал ли химиопрепараты, а/б, когда, дозы, количество, даты начала и окончания приема.

Получал ли профпрививки, сроки.

Меры, принятые по локализации и ликвидации очага (количество контактных, дез и противоэпидемические мероприятия)

Какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезсредства, транспорт Ф.И.О., должность, передавшего данное сообщение, подпись под данным сообщением.

1. До получения защитной одежды медицинские работники, контактные по палате, при подозрении на заболевание чумой или ГВЛ должны **временно закрыть нос и рот маской, сделанной из подручного материала** (вата, марля, полотенце), **больного уложить лицом к стене**. Строго **соблюдать меры личной профилактики** в зависимости от вида инфекции.

2. Контактных по палате, находящихся в момент выявления пациента вне палаты, иных контактных лиц **изолировать** в, предварительно освобожденную, одну из палат/кабинет с **проведением мер личной профилактики**.

3. Оказывать медицинскую помощь больному.

4. Начать проведение текущей дезинфекции, имеющимися дез. средствами.

5. После решения руководителя учреждения о продолжении работы в кабинете/палате врача, выявившего больного:

продолжает наблюдение за состоянием больного, и оказывать ему необходимую медицинскую помощь, уточняя данные эпиданамнеза;

получает укладку.

поддерживает оперативную связь с руководителем учреждения, выполняя его поручения и сообщая о динамике ситуации.

6. При получении укладок:

принять меры личной профилактики: провести обработку открытых участков тела 70 гр. этиловым спиртом, рот и горло прополаскивают 70 гр. этиловым спиртом, в нос и в глаза закапать растворы антибиотиков; при подозрении на холеру - руки обработать антисептическим средством (70 гр. этиловый спирт);

переодеться в защитную одежду, соответствующую выявленному заболеванию;

продолжить оказание, при необходимости, **помощи** больному;

дать распоряжение медсестре **подготовить** необходимое количество **хлорсодержащих растворов дезинфицирующих** средств и **проводить текущую дезинфекцию**, подготовить **укладку** для забора **биоматериала** для лабораторных исследований (при холере);

проводести забор материала для лабораторного исследования и **упаковать** его для отправки в бактериологическую лабораторию ГИБ г. Минска. **Оформить направления** в бактериологическую лабораторию (к выполнению готовы, однако забор материала не проводим)

оформить направление на госпитализацию больного в ИКБ;

составить список общавшихся с больным (находящихся в одной палате и др.) в **двух экземплярах;**

заполнить экстренное извещение на случай инфекционного заболевания (по возможности).

7. По прибытии бригады скорой медицинской помощи передает ей больного, сведения о больном, бикс с биоматериалом для лабораторных исследований.

8. После эвакуации больного передает информацию руководителю учреждения, покидает кабинет и проходит санобработку.

9. При прибытии эпидбригады передает ей сведения, полученные от больного и списки общавшихся с ним лиц.

Дальнейшие действия - по указанию прибывших врачей- эпидемиологов ЦГЭ.

После эвакуации больного, контактных с ним, проведения заключительной дезинфекции и генеральной уборки во всех помещениях, которые посещал больной подразделения центра могут работать в обычном режиме.

СОСТАВ

универсального комплекта противоэпидемической защиты

1. Защитный комбинезон с капюшоном – 1 шт. или пижама, халат и капюшон – по 1 шт.
2. Перчатки медицинские одноразовые нестерильные – 2 пары.
3. Очки защитные и респиратор FFP3 – по 1 шт. или полнолицевая маска с противоаэрозольным фильтром со степенью защиты по аэрозолю FFP3 – 1 шт.
4. Бахилы высокие ламированные – 1 пара.
5. Водонепроницаемый фартук – 1 шт.
6. Нарукавники – 1 шт.
7. Шапочка – 1 шт.

Производственный контроль – это система организационных, профилактических, противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций в лечебном учреждении

ВИДЫ:

- визуальный(внешний осмотр)
- лабораторный(смывы,бакпробы)
- инструментальный(калибровка оборудования,плановая диагностика,испытания)

Программа определяет порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил, технологических регламентов, выполнением санитарно- противоэпидемических и профилактических мероприятий и предусматривает обязанности Центра по выполнению требований санитарных правил.

Администрация предприятия обязана выполнять требования санитарно-эпидемиологического законодательства, а также постановлений, предписаний должностных лиц, осуществляющих государственный санитарный надзор, а также

- разрабатывать и проводить санитарно- противоэпидемические и профилактические мероприятия, направленные на оптимизацию условий труда, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, предотвращение развития профессиональной патологии и травматизма, снижение негативного влияния на окружающую среду;
- обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ, оказываемых услуг, пищевых продуктов при их производстве, транспортировке, хранении и реализации населению;

– осуществлять производственный контроль, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно- противоэпидемических и профилактических мероприятий при проведении (производстве) работ и оказании услуг, а также при производстве, транспортировке, хранении и реализации продукции.

Программа обязательна для исполнения руководителями всех структурных подразделений и должностными лицами.

Основанием для разработки настоящей Программы является Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 № 340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Санитарные правила 1.1.8-24-2003 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно- противоэпидемических и профилактических мероприятий» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РБ от 22.12.2003 №183).

Целью настоящей Программы является:

- обеспечение безопасных условий осуществления лечебно-диагностического процесса для пациентов и медицинского персонала;
- профилактика внутрибольничных инфекций, как основной составляющей безопасности лечебного процесса;ИСМП
- профилактика распространения внутрибольничных инфекций за пределы организации здравоохранения.
- снизить воздействие вредных факторов до безопасного уровня при работе в штатном режиме;
- своевременно выявлять аварийные ситуации (АС) и минимизировать их последствия

Настоящая Программа утверждается главным врачом Центра. Программа действует 5 лет..

При осуществлении производственного контроля ответственным лицом проводится:

- проверка соответствия выявленных параметров/факторов требованиям действующих санитарных норм;
- проверка соблюдения противоэпидемического, в том числе дезинфекционно

- стерилизационного, режима;
- информирование руководителя учреждения о санитарно-техническом состоянии и содержании объекта, нарушениях противоэпидемического режима;
 - разработка предложений и рекомендаций по приведению учреждения в соответствие с санитарными нормами и контроль их выполнения;
 - консультирование руководителей подразделений, специалистов и работников организации здравоохранения в части касающейся компетенции данного лица по вопросам санитарии, гигиены и эпидемиологии, работы инженерных коммуникаций и т.д.

Информация о результатах проводимого производственного контроля предоставляется органам, осуществляющим государственный санитарный надзор по запросам. При получении неудовлетворительных результатов исследований и испытаний информация представляется незамедлительно (по телефону, факсовой связи).

Мероприятия производственного контроля:

- контроль санитарного содержания помещений и оборудования;
- контроль за наличием аптечек первой медицинской помощи;
- контроль за использованием работниками СИЗ;
- контроль сроков прохождения сотрудниками мед.осмотров;
- контроль выполнения санитарно-гигиенических мероприятий;
- личная гигиена и обучение персонала: организация прохождения сотрудниками гигиенического обучения;
- организация проведения периодических лабораторных исследований факторов производственной среды на рабочих местах;
- контроль за сбором, учетом, хранением и утилизацией отходов.

В ОАР:

Смывы с объектов окружающей среды 1 раз в месяц

Бакконтроль воздушной среды 1 раз в квартал

Смывы с рук 1 раз в квартал

ИМН-1 раз в 6 мес.

Антисептики 1раз в 6 мес

Обратка кулеров 1 раз в 6 мес

Мероприятия, предусматриваемые программой производственного контроля

- Согласование с органами государственного санитарного надзора реконструкции, тех. перевооружения, перепланировки.
- Организация проведения проверки эффективности работы вентиляционных систем, профилактические дезинфекции систем водоснабжения и др.
- Контроль санитарного содержания помещений и оборудования.
- Контроль за наличием аптечек первой медицинской помощи
- Контроль за использованием работниками средств индивидуальной защиты.
- Определение списков контингентов лиц подлежащих периодическим медицинским осмотрам совместно с ЦГиЭ.
- Контроль сроков прохождения сотрудниками медицинских осмотров. Организация проведения медицинских осмотров работников.
- Контроль выполнения санитарно-гигиенических мероприятий, заключительных актов медицинских осмотров.
- Личная гигиена и обучение персонала: организация прохождения сотрудниками гигиенического обучения.
- Организация проведения периодических лабораторных исследований факторов производственной среды на рабочих местах.
- Осуществление контроля за выполнением предписаний, постановлений органов и учреждений Госсаннадзора.
- Информирование органов Госсаннадзора об аварийных ситуациях создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения.
- Контроль за сбором, учетом, хранением и утилизацией отходов.
- Организация и проведение профилактической дезинфекции, дератизации, дезинсекции производственных помещений.

Программа определяет порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил, технологических регламентов, выполнением санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий и предусматривает обязанности Центра по выполнению санитарных правил.

ЦЕЛЬ ПРОГРАММЫ:

- Обеспечение безопасных условий осуществления лечебно-диагностического процесса для пациентов и медперсонала
- Профилактика ИСМП, как основной составляющей безопасности лечебного процесса
- Снижение воздействия вредных факторов до безопасного уровня при работе в штатном режиме
- Своевременное выявление аварийных ситуаций и минимизация их последствий