

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مازندران

مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج)

واحد بهداشت محیط

برنامه عملیاتی مدیریت اجرایی پسماند بیمارستان در سال ۱۳۹۷

تهیه و تنظیم:

مهندس الهام تقوایی (کارشناس بهداشت محیط)

مهندس حدیثه محمدی (کارشناس بهداشت محیط)

تاریخ تنظیم: اردیبهشت ۹۷

بسمه تعالی

برنامه عملیاتی پسماندهای پزشکی بیمارستان

(براساس قانون مدیریت پسماندها و آئین نامه اجرائی مربوطه)

اطلاعات سیستم مدیریت پسماند بیمارستان:

- (۱) نام واحد :
آدرس : اراک میدان ولیعصر
کد پستی: ۳۸۱۴۹۵۷۵۵۸
- (۲) نام و نام خانوادگی ریاست بیمارستان :
شماره تماس ثابت: ۰۸۶۳۲۲۴۸۰۴۶
- (۳) نام و نام خانوادگی مدیریت بیمارستان :
شماره تماس ثابت: ۰۸۶۳۲۲۴۸۰۴۶
- (۴) نام و نام خانوادگی کارشناس تجهیزات پزشکی بیمارستان:
شماره تماس ثابت: ۰۸۶۳۲۲۲۲۰۰۳ داخلی ۲۲۰۷
- (۵) نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت محیط بیمارستان :
شماره تماس ثابت : ۰۸۶۳۲۲۲۲۰۰۳ داخلی ۲۳۵۲

مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج)
شماره تماس: ۰۸۶۳۲۲۲۲۰۰۳

دکتر سید محمد جمالیان
شماره فکس : ۰۸۶۳۲۲۳۱۲۸۳

دکتر احمدرضا عابدی

ساويز ابراهيمی

مهندس الهام تقوایی

اطلاعات پرسنل خدمات درگیر در برنامه مدیریت پسماند:

- (۱) نام و نام خانوادگی: علی اصغر نمکی
زمان شروع به کار: ۱۳۹۰

اطلاعات بخش های درمانی

ردیف	نام بخش	مسئول بخش	تعداد تخت ثابت	تعداد تخت فعال	تعداد پرسنل
۱	اورژانس حاد	عصمت رنجبر	۱۶	-	۵۳
۲	اورژانس زنان	عصمت رنجبر	۲۱	۲۲	۲۴
۳	اورژانس مردان	عصمت رنجبر	۳۰	۲۴	۲۶
۴	اورژانس سرپایی	معصومه عابدی منفرد	۷	-	۱۰
۵	سوختگی	زهرا شایسته	۲۰	۲۰	۱۳
۶	فیزیوتراپی	علی ساجدیان	-	-	۳
۷	آزمایشگاه	مهرداد نحوی	-	-	۳۷
۸	جراحی B	مریم سادات مکی	۲۴	۲۴	۱۴
۹	جراحی A	مختار ولی اللهی	۳۶	۳۶	۱۷
۱۰	جراحی اعصاب	مسعوده عاشق حسینی	۳۶	۳۶	۲۰
۱۱	ارتوپدی	شیرین زادحسین گنجی	۵۶	۵۶	۲۵
۱۲	عفونی و ایزوله تنفسی	مریم نوروزی	۴۰	۴۰	۲۴
۱۳	اتاق عمل	اکبر محسنی	-	-	۸۸
۱۴	همودیالیز		۱	-	۱
۱۵	کلینیک تخصصی	محمدجواد بهرامی هزاوه	-	-	۱۴
۱۶	رادیولوژی	رضا تقی خانی	-	-	۲۵
۱۷	ICU اجراحی	عطیه حبیبی	۸	۸	۲۱
۱۸	ICU انورسجری	زهرا نظری	۸	۸	۲۲
۱۹	ICU انورولوژی	اکرم داود آبادی	۱۱	۱۱	۲۳

اطلاعات پسماند تولیدی

(کیلوگرم در روز)

ردیف	نام بخش / واحد	عادی	عفونی	شیمیایی_دارویی	نوک تیز و برنده
۱	اورژانس حاد	۱۱	۳۶	۰.۷	۰.۳
۲	اورژانس زنان	۱۶.۵	۱۰	۰.۳	۰.۳
۳	اورژانس مردان	۱۰.۵	۹	۰.۲	۱
۴	اورژانس سرپایی	۲۱	۱۵	۰.۶	۲
۵	سوختگی	۷.۵	۳۷	۰.۷	۰.۲
۶	کلینیک تخصصی	۱۱	۵	۰.۴	۰.۴
۷	آزمایشگاه	۶.۵	۲۳	۰.۳	۰.۹
۸	جراحی B	۲۵	۵	۱	۰.۵
۹	جراحی A	۳۲	۱۳	۱.۳	۰.۳
۱۰	جراحی اعصاب	۴۳	۲۰	۰.۷	۰.۸
۱۱	ارتوپدی	۶۵	۱۶	۱.۲	۱.۲
۱۲	عفونی و ایزوله تنفسی	۱۰	۵۶	۱.۹	۰.۵
۱۳	اتاق عمل	۲۰	۸۰	۰.۵	۰.۴
۱۴	ICU اجراحی	۹.۵	۲۷	۰.۷	۰.۳
۱۵	ICU انروسرجری	۹	۱۹	۰.۹	۰.۳
۱۶	ICU انورولوژی	۱۱.۵	۳۹	۲.۸	۰.۶
۱۷	پرتوپزشکی	۴	۲.۵	-	-
۱۸	اداری	۴۰	-	-	-

برنامه عملیاتی مدیریت پسماند بیمارستان

تحلیل وضع موجود

طبق قانون مدیریت پسماندها، پسماندهای بیمارستان به "کلیه پسماند عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستان ها، مراکز بهداشتی، درمانی، آزمایشگاههای تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه" گفته می شود، که مدیریت اجرایی آن که شامل شخصیت حقیقی یا حقوقی است که مسئول برنامه ریزی، ساماندهی، مراقبت و عملیات اجرایی مربوط به تولید، جمع آوری، ذخیره سازی، جداسازی، حمل و نقل، بازیافت، پردازش و دفع پسماند ها و همچنین آموزش و اطلاع رسانی در این زمینه می باشد.

بر طبق ماده هفتم قانون پیشگفت که بیان می دارد "مدیریت اجرایی پسماندهای صنعتی و ویژه (که شامل بیمارستانی هم می باشد) بر عهده تولیدکننده خواهد بود و در صورت تبدیل آن به پسماند عادی به عهده شهرداری ها، دهیاری ها و بخشداری ها می باشد. کلیه مراحل مدیریت اجرای از نظر قانونی متوجه تولیدکننده خواهد بود که در واقع بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی، وزارت بهداشت مدیرا اجرایی می باشد و در خصوص مراکز غیردولتی نیز هر مرکز بایستی مسئولیت آن را برعهده بگیرد یا آن را به افراد حقیقی یا شرکت های تخصصی به منظور مدیریت دفع یا تبدیل آن به پسماند عادی و ارجاع آن به شهرداری ها، دهیاری ها و بخشداری ها به عهده بگیرند. با صرفه ترین و بهترین روش برای کلیه مراکز بهداشتی و درمانی همین روش اخیر یعنی بی خطر سازی و تبدیل آن به پسماند عادی می باشد. ولی می بایست کلیه روش ها موردنظر بوده و برای هر مرکز تولیدکننده حسب مطالعات انجام شده روش های خاصی را در نظر داشت.

مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) یک مرکز درمانی، دانشگاهی است که به عنوان مهمترین مرکز ارائه خدمات درمانی در استان مرکزی و استان های همجوار می باشد. تخت مصوب بیمارستان ۲۸۰ تخت و تعداد تخت فعال ۳۲۰ تخت می باشد همچنین دارای ۸ اتاق عمل مجهز و ۱۲ بخش بستری، درمانگاه سرپایی و اورژانس تخصصی می باشد و مرکز اصلی تروما و حوادث استان است.

میانگین روزانه پسماند عفونی تولیدی بیمارستان ۴۰۸ کیلوگرم (۲۰۱۴ کیلوگرم به ازای هر تخت) می باشد. این بیمارستان در نظر دارد جهت کاهش پسماند عفونی و نزدیک کردن به استاندارد ۱۰۲ کیلوگرم به ازای هر تخت بیمارستانی سیاست کاهش پسماند عفونی را اتخاذ نماید، چنانچه معتقدیم بیمارستان ها قادرند با اعمال مدیریت موثر و جداسازی تفکیک در مبدا پسماندهای تولیدی، هزینه های بخش های بی خطر سازی و دفع را تا حد قابل توجهی کاهش دهند، زیرا با کاهش حجم پسماندهای تولیدی از یک سو با استهلاک کمتر دستگاه ها و از سوی دیگر با کاهش وسایل و تجهیزات مورد نیاز تصفیه و دفع، هزینه ها کاهش می یابد.

۱) کاهش پسماند تولیدی:

در بخش بهداشت و پزشکی به علت محدودیت استفاده از وسایل، کمی امکان استفاده مجدد، کاهش پسماند تولیدی محدود می باشد ولیکن در بخش های خدمات و اداری می توان با توجیه کارکنان هر قسمت در جهت کاهش تولید پسماند و استفاده از امکانات، فرایند تولید پسماند را از لحاظ مقدار و حجم به حداقل میزان رسانید.

۲) کاهش پتانسیل خطرزایی:

برای کاهش پتانسیل خطرزایی پسماندهای پزشکی، تفکیک پسماند در مبدا تولید مهم ترین گام می باشد، که پسماندهای پزشکی با توجه به نوع عفونی، عادی، شیمیایی و نوک تیز و برنده قابل تفکیک می باشند.

۳) نگهداری و ذخیره پسماند در بخش یا واحد بیمارستان:

پسماندهای بیمارستانی از قبیل عفونی، عادی، نوک تیز و برنده که شامل اعضای بدن و اجساد نباشد به صورت روزانه و پسماندهای شیمیایی دارویی توسط شرکت عصر صنعت سبز کاسپین ایرانیان به صورت فصلی حمل و امحاء می گردد. پسماندهای مربوط به اعضا و اندامهای قطع شده بدن نیز برای دفن به آرامستان منتقل می شوند.

۴) جمع آوری پسماند

پسماندهای پزشکی با توجه به ضرورت تفکیک از لحاظ نوع، در بین های مخصوص نگهداری می شوند.

- پسماند های عفونی در کیسه و سطل زرد
- پسماند های عادی در کیسه مشکی و سطل آبی
- پسماند های نوک تیز و برنده در سفتی باکس
- پسماند شیمیایی دارویی در کیسه قهوه ای و سطل قهوه ای

۵) حمل و نقل به سایت بی خطر سازی:

فرایند حمل و نقل پسماندهای عادی و عفونی بیمارستان به سایت بی خطر سازی در پایان هر شیفت کاری، توسط پرسنل خدمات با استفاده از ظروف نگهداری (بین) انجام می گیرد. همچنین اپراتور دستگاه امحاء پسماند عفونی، کار بی خطر سازی و جمع آوری پسماند های تیز و برنده و شیمیایی_ دارویی را نیز انجام می دهد.

۶) نگهداری در سایت بی خطر سازی:

پسماند عفونی و غیر عفونی بیمارستان در اتاقک های مخصوص مجزا نگهداری می شوند. پسماند هایی که در دستگاه بی خطر ساز، بی خطر شده اند به بین های مخصوص ۶۶۰ لیتری مکانیزه منتقل می شوند و مامورین شهرداری روزانه پسماند عادی و عفونی بی خطر شده را از اتاقک های مذکور تخلیه نموده و به لندفیل های مناسب منتقل می نمایند.

۷) واحد بی خطر سازی پسماند:

پسماند های عفونی و نوک تیز بیمارستان در دستگاه اتو کلاو بی خطر می شوند. دو دستگاه اتوکلاو تری فلش به ظرفیت ۵۰۰ لیتر جهت بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیزو برنده در این مرکز موجود است که روزانه حدوداً ۴۰۰-۳۰۰ کیلوگرم پسماند را بی خطر می نماید.

۸) انجام تست های بی خطر سازی:

روزانه قبل از شروع بکار دستگاه بی خطر سازی تست بوئیدیک در یک سیکل به منظور اطمینان از صحت عملکرد و پایش دستگاه های امحا انجام شده و نتایج روزانه ثبت می گردد. همچنین پایش شیمیایی (کلاس ۶) به صورت روزانه در هر سیکل و پایش بیولوژیک (تست ویال اسپور) به صورت هفتگی انجام می شود. ضمناً پایش بیولوژیکی دستگاه ها توسط آزمایشگاه معتمد محیط زیست (دریتم جنوب) به صورت فصلی انجام و نتایج ارسال می گردد.

۹) فضای فیزیکی:

فضای فیزیکی فعلی به لحاظ نزدیکی به اتاق عمل و آشپزخانه و انبار مواد غذایی و تردد پرسنل و مراجعین مکان مناسبی نمی باشد ولی با توجه به عدم وجود فضای مناسب تر و ساختار قدیمی بیمارستان به عنوان یک تهدید تلقی می شود. در هر بخش نیز وجود اتاق کثیف جایگاه مناسبی جهت نگهداری بین های جمع آوری پسماند ایجاد نموده است.

۱۰) بازیافت و پردازش:

مقدار محدودی از پسماندهای بیمارستانی قابل بازیافت می باشند که از جمله آن می توان به بطری آب مقطر مورد استفاده در دیالیز اشاره کرد که همراه کاغذ باطله های اداری و کارتن تجهیزات برای بازیافت تحویل می شوند.

۱۱) برنامه های آموزشی (پرسنل / خدمات / بیماران / همراهان بیمار) :

- برگزاری کلاس های آموزشی به صورت مداوم در هر فصل جهت کارکنان خدمات و آموزش نحوه تفکیک پسماند های پزشکی جهت کادر درمانی
- آموزش چهره به چهره کارکنان خدمات و آموزش نحوه تفکیک پسماند های پزشکی جهت کادر درمانی در بازدیدهای دوره ای

- تهیه پمفلت های آموزشی جهت کارکنان ، بیماران و همراهان به منظور آشنایی و آموزش آن ها در نحوه و موارد استفاده از سطل های عفونی و غیر عفونی

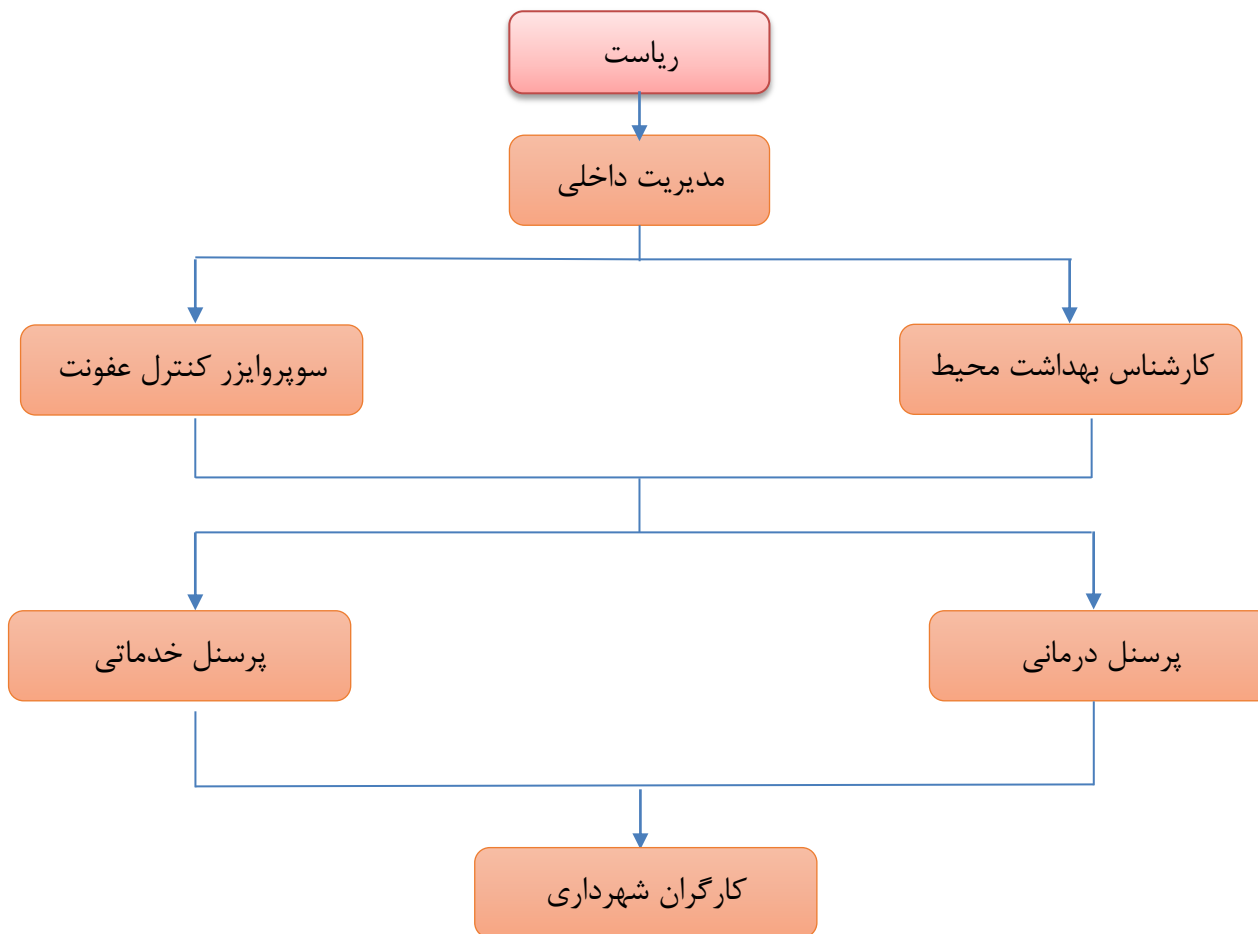
۱۲) نحوه مدیریت پسماند های ویژه :

- ۱) برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی ویژه در بیمارستان تدوین شده است .
- ۲) در راستای کاهش میزان تولید پسماند های پزشکی ویژه اقدامات زیر صورت گرفته است :
- الف - آموزش به کادر در خصوص خالی کردن محتوی سرنگ ها ، سرم ها و سوند ها به بیرون از سطل زباله عفونی
- ب - آموزش در خصوص عدم جمع آوری پوشش های سرنگ ها و دارو ها
- ج - پیشنهاد به مدیریت بیمارستان در خصوص خرید مواد و وسایل با پسماند کمتر و غیر خطرناک
- د - نظارت بر جداسازی دقیق پسماند های عادی از پزشکی ویژه در مبدا تولید پسماند
- ۳) به کار گیری اپراتور مجرب و آموزش دیده در واحد بی خطر سازی زباله عفونی
- ۴) ملزم کردن کلیه کارکنان مدیریت پسماند به استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۵) تشکیل پرونده بهداشتی برای اپراتور دستگاه بی خطر ساز
- ۶) در نظر گرفتن امکانات لازم برای تفکیک پسماند های پزشکی و عادی در مبدا
- ۷) تهیه لیست انواع و محل تولید پسماند های پزشکی در بیمارستان
- ۸) تفکیک پسماند های ویژه به صورت عفونی ، نوک تیز و برنده ، شیمیایی - دارویی و عادی
- ۹) سطل های زباله پس از هر بار خالی شدن ، شسته و ضد عفونی می گردند (شست و شو با آب ۸۲ درجه سانتی گراد به مدت حد اقل ۱۵ ثانیه ، آلودگی زدایی با محلول هیپو کلریت سدیم یا سایر محصولات مورد تایید)
- ۱۰) از خروج کیسه های محتوی پسماند بدون داشتن بر چسب و تعیین نوع محتوی کیسه از محل تولید پیشگیری می شود .
- ۱۱) محل نگهداری پسماند عفونی دارای تابلوی گویا و واضح می باشد .
- ۱۲) توزین و ثبت دقیق انواع پسماند های تولیدی به صورت روزانه انجام و مستندات آن موجود می باشد.
- ۱۳) پسماند های عادی و بی خطر شده بیمارستان به شهرداری تحویل داده می شود .
- ۱۴) کالیبراسیون دستگاه بی خطر ساز به صورت سالیانه انجام می گیرد .
- ۱۵) تست بیولوژیکی دستگاه بی خطر سازی با اندیکاتور های مخصوص به صورت ماهانه انجام می گیرد .

۱۶) نمونه برداری میکروبی به صورت فصلی از پسماند های بی خطر شده توسط شرکت معتمد محیط زیست انجام شده و نتیجه نمونه جهت اخذ اظهار نامه به معاونت بهداشتی استان ارسال می گردد .

۱۷) جهت دفع پسماند های شیمیایی - دارویی با شهرداری و معاونت بهداشتی هماهنگی های لازم شده است .

ساختار اجرایی مدیریت پسماند :



جدول SWOT

<p style="text-align: center;">Opportunities فرصت‌ها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - برگزاری کارگاه‌های آموزشی - بازدید از ارگان‌های نظارتی خارج از سیستم 	<p style="text-align: center;">Strength نقاط قوت:</p> <ul style="list-style-type: none"> - وجود دستگاه بی‌خطر ساز پسماند - وجود سایت بی‌خطر سازی و جایگاه نگهداری موقت پسماندها - نظارت مستمر بر نحوه کار واحد مدیریت پسماند توسط مسئول واحد - نظارت مستمر بر نحوه تفکیک پسماند در بخش‌ها - آموزش و مشاهده در خصوص مشکلات بخش‌های درمانی در زمینه پسماندها - وجود برچسب شناسایی پسماندها - استفاده از پمفلت و پوستر در جهت آموزش بیماران و مراجعین
<p style="text-align: center;">Threats تهدیدها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - عدم جذب نیرو متخصص در سیستم - مستهلک شدن دستگاه‌های بی‌خطر ساز با گذشت زمان 	<p style="text-align: center;">Weaknesses نقاط ضعف:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نامناسب بودن فضای فیزیکی سایت امحاء و جایگاه نگهداری موقت پسماندها - کمبود نیروی انسانی شاغل در مدیریت پسماند با توجه به میزان پسماند تولیدی - نداشتن مهارت فنی و علمی اپراتور و متصدی حمل پسماند در خصوص دستگاه‌های بی‌خطر ساز - کمبود تجهیزات مورد نیاز از جمله لباس فرم، کفش مناسب و ... - نامتناسب بودن ظرفیت دستگاه بی‌خطر ساز با حجم پسماند عفونی تولید شده

جدول فعالیت برنامه عملیاتی:

هدف کلی: مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی

هدف اختصاصی: کاهش تولید پسماندهای عفونی تولیدی بخش‌ها براساس تفکیک از مبدا به میزان ۱۰٪ تا پایان اسفند ۹۷

راهکار یا استراتژی:

الف) توانمندسازی و آموزش همکاران درگیر در امر تفکیک پسماندهای عفونی از غیرعفونی (پرسنل درمانی)

ب) تهیه ملزومات استاندارد برای تفکیک پسماندها از جمله سطل‌های استاندارد ترولی حمل پسماند و ...

ج) جلب مشارکت بیماران و همراهان (منابع) تولیدکننده پسماند عفونی و غیرعفونی در خصوص تفکیک پسماند

د) توانمندسازی همکاران درگیر در امر تفکیک و جمع‌آوری پسماندهای عفونی از غیرعفونی (پرسنل خدمات)

ه) نظارت بر برنامه جمع‌آوری، تفکیک، انتقال و بی‌خطرسازی پسماندها

ج) جلب مشارکت بیماران و همراهان
(منابع) تولیدکننده پسماند عفونی و
غیرعفونی در خصوص تفکیک پسماند

ب) تهیه ملزومات استاندارد
برای تفکیک پسماندها از جمله
سطل های استاندارد ترولی حمل
پسماند و ...

الف) توانمند سازی و آموزش
همکاران درگیر در امر تفکیک
پسماندهای عفونی از غیرعفونی
(پرسنل درمانی)

کاهش ۱۰ درصدی
تولید پسماندهای
عفونی تولیدی بخش ها
براساس تفکیک از مبدا
تا پایان اسفند ۹۷

ه) نظارت بر برنامه جمع آوری ، تفکیک ،
انتقال و بی خطر سازی پسماندها استاندارد

د) توانمندسازی همکاران درگیر
در امر تفکیک و جمع آوری
پسماندهای عفونی از
غیرعفونی (پرسنل خدمات)

ماتریس تصمیم گیری:

موارد	الف	ب	ج	د	ه
الف		*	*		*
ب			*		
ج					
د					*
ه					
امتیاز ردیف ها	۳	۱	۰	۱	۰
امتیاز ستون ها	۰	۰	۰	۳	۲
جمع کل امتیاز ها	۳	۱	۰	۴	۲
مراتب اولویت	۲	۳	۵	۱	۴

جدول اولویت بندی و انتخاب:

ماتریس انتخاب							
دامنه امتیازات (۰-۵)							
رتبه (اولویت)	جمع امتیازات	تداوم	مقبولیت	اثر بخشی	سهولت اجرا	هزینه بری	عوامل موثر
۲	۱۹	۴	۴	۲	۴	۵	الف
۳	۱۴	۲	۳	۳	۳	۳	ب
۵	۱۲	۲	۳	۲	۳	۲	ج
۱	۲۵	۴	۴	۴	۴	۵	د
۴	۱۳	۳	۳	۳	۱	۳	ه

هدف اختصاصی:

کاهش تولید پسماندهای عفونی تولیدی بخش‌ها براساس تفکیک از مبدا به میزان ۱۰٪ تا پایان اسفند ۹۷

استراتژی‌های انتخاب شده به ترتیب اولویت:

۱. توانمندسازی و آموزش همکاران درگیر در امر تفکیک پسماندهای عفونی از غیرعفونی (پرسنل درمانی)
۲. توانمندسازی همکاران درگیر در امر تفکیک و جمع‌آوری پسماندهای عفونی از غیرعفونی (پرسنل خدمات)
۳. جلب مشارکت بیماران و همراهان (منابع) تولیدکننده پسماند عفونی و غیرعفونی در خصوص تفکیک پسماند
۴. نظارت بر برنامه جمع‌آوری، تفکیک، انتقال و بی‌خطرسازی پسماندها
۵. تهیه ملزومات استاندارد برای تفکیک پسماندها از جمله سطل‌های استاندارد ترولی حمل پسماند و ...

۱_ هماهنگی با مترون و کسب نظر موافق و توجیه ایشان
در خصوص اهمیت برنامه تفکیک از مبداء

۲_ توجه مسئولین محترم بخش ها در خصوص اهمیت
تفکیک از مبداء پسماندها و نظارت بر کار کادر درمانی

استراتژی اول (S1):

توانمند سازی و آموزش همکاران درگیر در امر تفکیک پسماندهای
عفونی از غیر عفونی (پرسنل درمانی)

۳_ برگزاری جلسات آموزشی در هر بخش در خصوص انواع
پسماندها، اهمیت تفکیک و بی خطر سازی پسماندهای
عفونی برای پرسنل درمانی بخش

۴_ نظارت جدی تر در بازدیدهای روتین توسط کارشناس
بهداشت محیط بر مقوله تفکیک پسماندهای عفونی در
بخشها

۱_ هماهنگی با بخش ها و توجیه ایشان در خصوص نظارت بیشتر و حساس بودن در امر جمع آوری و تفکیک پسماندها در واحد مربوطه

۲_ توجیه کاربر بی خطر ساز در خصوص کنترل صحیح پسماندهای تحویلی بخشها از کادر خدمات

استراتژی دوم (S2) :

توانمندسازی همکاران درگیر در امر تفکیک و جمع آوری پسماندهای عفونی از غیر عفونی (پرسنل خدمات)

۳_ برگزاری دو جلسه آموزشی در خصوص نحوه صحیح جمع آوری ، انتقال و بی خطر سازی زباله های عفونی برای پرسنل خدماتی بیمارستان

۴_ بازدیدهای روزانه مشترک با مسئول خدمات از بخش ها و نظارت جدی تر بر پرسنل خدماتی در جریان پروسه جمع آوری و انتقال پسماندها و پرسنل خدماتی

۱_ تهیه و طراحی پمفلت آموزشی در خصوص اهمیت موضوع برای بیماران و همراهان

۲_ توزیع و در اختیار گذاشتن پمفلتهای آموزشی از طریق منشی های بخش به بیماران و همراهان

استراتژی سوم (S3) :

جلب مشارکت بیماران و همراهان (منابع) تولیدکننده پسماند عفونی و غیرعفونی در خصوص تفکیک پسماند

۳_ نصب پوستره های مشخص کننده تفکیک پسماند به روی درب سطل ها و بالای سطل ها برای اطلاع بیشتر همراهان و بیماران



صفحه :	مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) اراک																			
تاریخ تکمیل :	برنامه عملیاتی واحد بهداشت محیط																			
شماره ویرایش ۰۲	Gهدف کلی: مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی																			
کد مدرک : 01FM11	Oهدف اختصاصی: کاهش تولید پسماندهای عفونی تولیدی بخش ها براساس تفکیک از مبدا به میزان ۱۰٪ تا پایان اسفند ۹۷																			
کد مدرک : 01FM11	استراتژی شماره ۳ : جلب مشارکت بیماران و همراهان (منابع) تولیدکننده پسماند عفونی و غیر عفونی در خصوص تفکیک پسماند																			
گزارش پیشرفت برنامه	گانت چارت (جدول زمانی برنامه عملیاتی)											مدت اجرا	هزینه	شیوه پایش	هماهنگی مورد نیاز	فرد مجری	فعالیت	ردیف		
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱									
														تیر ۹۷	-	اجرا در موقع مقرر و هماهنگی های بیشتر و بازدید از بیمارستان	گرفتن دستور خرید از مدیریت و تامین اعتبار از امور مالی و هماهنگی با کارپرداز در خصوص تهیه آنها	کارشناس بهداشت محیط	تهیه و طراحی پمفلت آموزشی در خصوص اهمیت موضوع برای بیماران و همراهان	۱
														در طول سال	-	بازدید مستمر	گرفتن دستور خرید از مدیریت و تامین اعتبار مالی و هماهنگی با کارپرداز در خصوص تهیه آنها	کارشناس بهداشت محیط	توزیع و در اختیار گذاشتن پمفلتهای آموزشی از طریق منشی های بخش به بیماران و همراهان	۲
														خرداد ۹۷	-	اجرا در موقع مقرر	گرفتن دستور خرید از مدیریت و تامین اعتبار	کارشناس بهداشت محیط	نصب پوسترهای مشخص کننده تفکیک پسماند به روی درب	۳

۱_ هماهنگی با مسئول خدمات و بخش ها جهت جمع آوری پسماندها در ساعت خاص توسط خدمات

۲_ پایش و بازدیدهای مستمر و روتین از بخشها در شیفت های مختلف

استراتژی چهارم (S4) :

نظارت بر برنامه جمع آوری ، تفکیک ، انتقال و بی خطر سازی پسماندها

۳_ نظارت مرتب و مستمر بر کار اپراتور بی خطر ساز و تهیه و تکمیل چک لیست های مرتبط توسط کارشناس بهداشت محیط



صفحه :	مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) اراک																		
تاریخ تکمیل :	برنامه عملیاتی واحد بهداشت محیط																		
شماره ویرایش ۰۲	Gهدف کلی: مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی																		
کد مدرک : 01FM11	Oهدف اختصاصی: کاهش تولید پسماندهای عفونی تولیدی بخش ها براساس تفکیک از مبدا به میزان ۱۰٪ تا پایان اسفند ۹۷																		
استراتژی شماره ۴ :	نظارت بر برنامه جمع آوری ، تفکیک ، انتقال و بی خطر سازی پسماندها																		
گزارش پیشرفت برنامه	گانت چارت (جدول زمانی برنامه عملیاتی)											مدت اجرا	هزینه	شیوه پایش	هماهنگی مورد نیاز	فرد مجری	فعالیت	ردیف	
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱								
													۹۷ خرداد	-	اجرا به موقع فعالیت و کسب نظر موافق	هماهنگی با مسئول خدمات و بخش ها	کارشناس بهداشت محیط	هماهنگی با مسئول خدمات و بخش ها توسط خدمات	۱
													در طول سال	-	اجرا به موقع فعالیت و کسب نظر موافق و بازدید روزانه	هماهنگی با مترون، مسئول خدمات و سوپروایزر کشیک	کارشناس بهداشت محیط	پایش و بازدیدهای مستمر و روتین از بخشها در شیفت های مختلف	۲
													در طول سال	-	اجرا به موقع فعالیت و بازدید روزانه	هماهنگی با مسئول	کارشناس بهداشت محیط	نظارت مرتب و مستمر بر کار اپراتور بی خطر ساز و تهیه و تکمیل چک لیست های مرتبط توسط کارشناس بهداشت محیط	۳

۱_ تهیه و تامین تعداد مورد نیاز سطل های استاندارد پدالی ویژه پسماندهای عفونی و غیر عفونی و ترولی های حمل پسماند

۲_ تهیه مستمر پلاستیک های مشکی و زرد رنگ در اندازه مناسب ویژه پسماندهای عفونی و غیر عفونی

استراتژی پنجم (S5) :

تهیه ملزومات استاندارد برای تفکیک پسماندها از جمله سطل های استاندارد ترولی حمل پسماند و ...

۳_ تهیه برچسب های اطلاعات پسماندهای عفونی و غیر عفونی

۴_ تهیه وسایل حفاظت فردی پرسنل خدماتی نظیر لباس کار ، چکمه ، دستکش ، ماسک و...



صفحه :	مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) اراک
تاریخ تکمیل :	برنامه عملیاتی واحد بهداشت محیط
شماره ویرایش ۰۲	Gهدف کلی: مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی
کد مدرک : 01FM11	Oهدف اختصاصی: کاهش تولید پسماندهای عفونی تولیدی بخش ها براساس تفکیک از مبدا به میزان ۱۰٪ تا پایان اسفند ۹۷
	استراتژی شماره ۵: تهیه ملزومات استاندارد برای تفکیک پسماندها از جمله سطل های استاندارد ترولی حمل پسماند و ...

گزارش پیشرفت برنامه	گانت چارت (جدول زمانی برنامه عملیاتی)											مدت اجرا	هزینه	شیوه پایش	هماهنگی موردنیاز	فرد مجری	فعالیت	ردیف		
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱								۱۲	
														تیر ۹۷	-	تهیه به موقع ملزومات	گرفتن دستور خرید از مدیریت، تامین اعتبار از امور مالی و هماهنگی با کارپرداز در خصوص تهیه آنها	کارشناس بهداشت محیط	تهیه و تامین تعداد موردنیاز سطل های استاندارد پدالی ویژه پسماندهای عفونی و غیرعفونی و ترولی های حمل پسماند	۱
														در طول سال	-	نبود کمبود در انبار	طرح در کمیته بهداشت محیط و الزام امور مالی به تامین براساس نیاز سالیانه	کارشناس بهداشت محیط	تهیه مستمر پلاستیک های مشکی و زرد رنگ در اندازه مناسب ویژه پسماندهای عفونی و غیرعفونی	۲
														تیر ۹۷	-	اجرا در موقع مقرر	گرفتن دستور خرید از مدیریت، تامین اعتبار از امور مالی و هماهنگی با کارپرداز در خصوص تهیه آنها	کارشناس بهداشت محیط	تهیه برچسب های اطلاعات پسماندهای عفونی و غیرعفونی	۳

