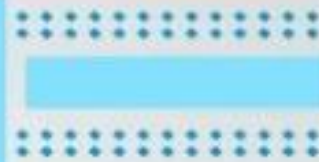




وزارة الصحة الفلسطينية

وزارة الصحة الفلسطينية



دليل الوقاية من العدوى ومكافحتها

2022

الجزء الأول



تأليف
بدعم من

منظمة
الصحة العالمية
الأراضي الفلسطينية
المحتلة





دليل الوقاية من العدوى ومكافحتها

مارس - 2022

تقديم

ان وزارة الصحة وضعت خططها الصحية ضمن رؤيتها المستقبلية في رفع كفاءة المراكز والمؤسسات الصحية من خلال تطوير السياسات التي تنهض بمستوى الرعاية الصحية وتعزيز جودتها ومأمونيتها ولا سيما في مجال مكافحة وضبط العدوى لما لها من دور كبير في تقليل معدلات المراضة والوفيات، هذا بالإضافة الى رفع كفاءة العاملين من خلال التدريبات المستمرة للتدريب والتعليم الصحي في كافة المستويات.

وحتى نضمن الوصول للنتائج المرجوة من تنفيذ خططنا التطويرية فقد تم العمل على اصدار النسخة الاولى من الدليل الوطني للوقاية من العدوى ومكافحتها في المؤسسات الصحية تزامناً مع ظهور الجائحة العالمية لفيروس كورونا (كوفيد-19) وذلك من أجل توحيد المفاهيم واليات العمل في المراكز والمستشفيات الفلسطينية من خلال اضافة جميع السياسات واجراءات العمل الخاصة بمكافحة وضبط العدوى على هذا الدليل ، مستعينين بما هو متوفر ومعمول به في الاقليم وفي العالم حسب توصيات منظمة الصحة العالمية والمركز الأمريكي لمكافحة الأمراض وصولاً إلى وضع نظام خاص لقياس مدى التزام هذه المراكز والمستشفيات بسياسات واجراءات العمل وتوفير المستوى المطلوب من الجودة ضماناً لمأمونية الخدمة المقدمة ولما تعكسه من أثر في ضبط ومكافحة العدوى في المراكز والمستشفيات على حدٍ سواء، ولما له من دور كبير في سلامة وصحة الأفراد والمجتمع وحمايتهم من انتشار الأمراض.

إن العمل على إصدار الطبعة الأولى من الدليل الفلسطيني للوقاية من العدوى ومكافحتها في المؤسسات الصحية هو جاء تلبية لحاجات الخطط التطويرية لوزارة الصحة من أجل توحيد السياسات في جميع مرافق وزارة الصحة وتطوير الخدمات المقدمة لضمان صحة وسلامة المريض من خلال جودة الخدمات بل وأيضاً لما لها من تأثير في الحفاظ على صحة الفرق الصحية العاملة والتي تنعكس آثاره على المجتمع الفلسطيني بأكمله، وكان هذا العمل نتاج عمل جاد من قبل وحدة الجودة وسلامة المريض في وزارة الصحة وبدعم من منظمة الصحة العالمية لدول الاقليم، وعليه فإن معالي وزيرة الصحة تتوجه بالشكر والتقدير لفريق وحدة الجودة وسلامة المريض ولجان الدعم و الإعداد والمراجعة وكل من ساهم بإثراء هذا الدليل القيم بالشكر والتقدير على هذا الجهد والإنجاز المميز.


الدكتورة مي سالم الكيلة
وزيرة الصحة الفلسطينية

تقديم

تعتبر بيئة المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية بيئة مواتية لنقل الجرائم واحداث العدوى لذلك أولت وزارة الصحة الاهتمام الكبير بهذا الجانب من خلال انشاء وحدة مستقلة هي وحدة السلامة ومكافحة العدوى تتبع للوكيل مباشرة وهي التي تعمل وفق منهجية علمية وخارطة طريق واضحة وفق معايير عالمية معتمدة للوصول للغاية المبتغاة والهدف المنشود من تجويد الخدمات الطبية المقدمة لضمان سلامة المرضى والطاقم والزوار

ولان الهدف الاسمي لوزارة الصحة الفلسطينية هو تقديم خدمات صحية آمنة وذات جودة ، دعمت الوزارة كافة الجهود التي بذلتها وحدة السلامة ومكافحة العدوى من أهمها إعداد دليل علمي متكامل يوضح فيه كافة السياسات والإجراءات التي ينبغي على كل المؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية من مستشفيات ومراكز رعاية وعيادات الالتزام بها والعمل على تطبيقها لما له من اثر بالغ الأهمية في توفير بيئة امنة للمريض مع خفض معدلات عدوى المنشآت الصحية وكذلك تقليص فترة بقاء المريض بالمنشأة الصحية مما ينعكس إيجابيا على عمل الطواقم الصحية ويحسن من رضى المرضى وذويهم

ان ضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة في قطاع غزة من أكبر التحديات القائمة في ظل الصعاب الكبيرة التي يواجهها القطاع من حصار خانق واعتداءات متكررة من قبل الاحتلال لذلك ترى وزارة الصحة ان الدعم الدائم والدؤوب لبرامج مكافحة العدوى هي الاستجابة الطبيعية إزاء هذا التحدي

هذا المرجع (دليل سياسات وإجراءات مكافحة العدوى) يعتبر خطوة مهمة للسير بالطريق الصحيح اذ يقدم خلاصة جهد أكثر من عام من البحث والمناقشات والاختلافات وتقديم الحلول والبدائل المقترحة ويعد هذا المرجع العلمي نتاج جهد من فريق علمي مختص بذل كل الوقت والجهد محتسبا الاجر عند الله

وانه ليسرني أن أتقدم لجميع الزملاء المشاركين بإعداد هذا المرجع والمراجعين والمدققين والجهات المشاركة (منظمة الصحة العالمية، مؤسسة جذور للإنماء الصحي والاجتماعي، مؤسسة أطباء بلا حدود فرنسا، ومؤسسة العون الطبي للفلسطينيين) للمحتوى العلمي بأسمى عبارات الشكر والامتنان على الجهد المبذول راجين الله ان يسهم ذلك في تجويد الخدمة الطبية المقدمة

وكيل وزارة الصحة

د. يوسف حرب أبو الريش



تقديم وحدة السلامة ومكافحة العدوى

الوقاية من العدوى ومكافحتها هو نهج علمي وعملي مبني على الأدلة والبراهين لحماية المرضى والزوار ومقدمي الخدمة الصحية من خطر التعرض للعدوى المكتسبة في المنشآت الصحية، والتي يمكن تجنبها.

ان هذا الاختصاص أصبح واحدا من أهم التخصصات العلمية التي تضمن سلامة المرضى وتجويد الخدمات الصحية، وخلال جائحة كورونا على مستوى العالم كان له الأثر الفعال والايجابي في حماية المرضى والعاملين في القطاع الصحي من العديد من المخاطر.

ان فلسطين بحاجة الى تطوير برامجها التعليمية والأكاديمية سواء على مستوى الجامعات او على مستوى المجلس الطبي الفلسطيني لكي تتواكب مع دول العالم المتقدم في هذا المجال، للارتقاء بالخدمات الصحية ومنع الضرر عن المرضى وضمان سلامتهم، وهذا حق كفلته كل الشرائع الدولية بضرورة حصول المرضى على خدمات آمنة.

ان تعرض المرضى للعدوى المكتسبة في المنشآت الصحية أو للإصابة بالميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية أمران خطيران للغاية ويجب العمل بكل جهد وبلا كلل أو ملل للحد من هذه المخاطر، والتي قد تؤدي الى زيادة اعداد المراضة والوفيات.

ان تطبيق برامج الوقاية من العدوى ومكافحتها والحد من انتشار البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية يعد أمرا أساسيا حسب توصيات منظمة الصحة العالمية، لتحقيق رعاية صحية جيدة وضمان سلامة المرضى، وأصبح من اهم المتطلبات ان يكون في كل دولة وفي كل مؤسسة صحية برامج للوقاية من العدوى ومكافحتها فعالة على أرض الواقع من خلال تطبيق المتطلبات الأساسية التي حددتها منظمة الصحة العالمية.

تم اعداد هذا الدليل بأيدي فلسطينية من أصحاب الخبرات والشهادات العليا في مجال الاختصاص مثل (الزمالة المصرية، ودبلومات مهنية) في مجالي مكافحة العدوى وسلامة المرضى، ليكون مرجعا علميا يتم العمل به في دولة فلسطين لنجنب مرضانا ومقدمي الخدمة الصحية مخاطر العدوى المكتسبة وضمان سلامتهم والارتقاء بالخدمة الصحية.

كما أتقدم بجزيل الشكر لكل الزملاء والزميلات الذي كان لهم بصمة واضحة أثناء مراجعة هذا الدليل، وكذلك كل الشكر لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ومكتبها في فلسطين، ومؤسسة جذور للإنماء الصحي والاجتماعي، ومؤسسة أطباء بلا حدود - فرنسا، ومؤسسة العون الطبي للفلسطينيين، وكل من ساهم في هذا العمل الوطني.

د. رامي حيدر العبادلة

استشاري مكافحة عدوى

غزة - فلسطين

تقديم وحدة الجودة وسلامة المريض

تشكل العدوى المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية للمرضى عبئا كبيرا لما تسببه من ارتفاع في نسبة المراضة والوفيات في المراكز والمؤسسات الصحية هذا بالإضافة الى إطالة فترة مكوث المريض في المستشفى مما ، يشكل عبئا يثقل كاهل المرضى وذويهم ومقدمي الرعاية الصحية وزيادة التكلفة أيضا على النظم الصحية، لذا تركز مكافحة العدوى و الوقاية منها في المستشفيات والمراكز الصحية على الممارسات الصحيحة للكوادر الصحية العاملة، وهي تخاطب العوامل المرتبطة بانتشار العدوى داخل أماكن تقديم الرعاية الصحية (سواء من مريض إلى مريض آخر، أو من المرضى لطاقم العمل بالمستشفيات، أو العكس من طاقم العمل إلى المرضى، أو فيما بين أعضاء طاقم العمل نفسه)، ومن هنا فان موضوع مكافحة وضبط العدوى هو موضوع أساسي يركز على الوقاية من خلال التدابير الوقائية من نظافة الايدي وعمليات التنظيف والتطهير البيئي وعملية التنظيف والتعقيم للأدوات وغيرها من التدابير الأخرى، بالإضافة الى إجراءات الوقاية من خلال التحقق من انتشار العدوى وتفشيها من خلال نظام الرصد والمتابعة، ومن هنا وإيماننا بوحدة الجودة وسلامة المريض لأهمية مكافحة وضبط العدوى

كان لابد من العمل على اصدار الطبعة الأولى من الدليل الفلسطيني لمكافحة وضبط العدوى في المؤسسات الصحية وخصوصا في ظل جائحة كوفيد 19، ولا بد ان نشير هنا ان هذه النسخة ما هي الا نتاج عمل متواصل ودؤوب من مختلف الجهات حيث تتقدم وحدة الجودة وسلامة المريض في زارة الصحة بالشكر الجزيل والتقدير على الجهد المميز لكل من ساهم في إعداد هذا الكتيب، وعلى الأخص الزملاء منسقي الجودة وسلامة المريض ومنسقي مكافحة وضبط العدوى، ومنظمة الصحة العالمية في دول الإقليم على دعمها لإنجاز هذا الدليل، وتأتي هذه الجهود ضمن العملية المستمرة لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية على المستوى الوطني وضمان سلامة المريض.

سلام الرظروط

رئيس وحدة الجودة وسلامة المريض

تمهيد

إن مبدأ مكافحة العدوى يتطلب وضع سياسات محددة مع هيكل تنظيمي يتم الإشراف على تنفيذه من قبل متخصصين في هذا الشأن، الى جانب القيام بالتدريبات اللازمة للعاملين والفريق الطبي لتحقيق ذلك.

تمثل برامج الوقاية من العدوى ومكافحتها إحدى الركائز الأساسية في المؤسسات الصحية، وتقوم البلدان كافة بتطوير قدراتها في هذا المجال، حيث تعتمد الوقاية من العدوى ومكافحتها على تطوير التنسيق مع فرق العاملين في الحقل الصحي كافة سواء مقدمي الرعاية الصحية في المنشآت الصحية أو المختبرات الطبية وغيرهم. كل منشأة صحية ملزمة بإنشاء أنظمة رصد لعدوى المنشآت الصحية وتحديد الحالات المرضية ذات الخطورة لاسيما مرضى أقسام العناية المركزة أو المرضى الذين يعانون من ضعف في المناعة؛ ويتوجب على كل منشأة صحية وضع خطة لمكافحة العدوى مع ضرورة متابعة الالتزام بهذه الخطة من خلال العمل كفريق واحد وبالتعاون مع جميع العاملين.

هذا الدليل يمثل العمل الجاد والتفاني من قبل موظفي وزارة الصحة لوضع معايير وإجراءات وسياسات الوقاية من العدوى ومكافحتها.

الهدف من هذه السياسات هو توفير الطريقة المهنية والعلمية الآمنة في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية وغير الحكومية العاملة في فلسطين للوقاية من العدوى ومكافحتها لتحسين سلامة المرضى وتجويد خدمات الرعاية الصحية في جميع المنشآت الصحية، بناءً على احتياجات كل مريض والنتائج المرجوة للمرضى.

يعتمد تنفيذ السياسات على برنامج محدد للتدريب الأولي القائم على الكفاءة، والتعليم المستمر لزيادة الوعي لدى جميع مقدمي الرعاية الصحية والعاملين في مجال الرعاية الصحية الحكومية وغير الحكومية مثل (الأطباء، التمريض، الإداريين، فني المختبر، فني الأشعة، المراسلين، عمال النظافة، الأمن، وغيرهم...)، وإدارة جودة الخدمات الصحية المتعلقة بمكافحة العدوى بطريقة مستمرة.

من هنا، كان لزاماً أن يتم توحيد مرجع الاعتماد عليه ويشتمل على السياسات والإجراءات وقوائم التحقق في جميع المنشآت الصحية الحكومية وغير الحكومية العاملة في فلسطين، وتتكفل كل منشأة صحية في دعم النظام الصحي لرعاية المرضى والحد من انتشار الأمراض المعدية للوقاية منها ونشر الوعي الصحي، وتعزيز سلامة المرضى والحد من المخاطر الصحية وفق مرجعية موحدة.

وقد تم تصميم هذا الدليل العملي للمكونات الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) من أجل دعم المنشآت الصحية لتحقيق التنفيذ الفعال للوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) وفقاً للمعايير الدولية.

شكر وعرفان

تتقدم وزارة الصحة الفلسطينية بجزيل الشكر من جميع الذين ساهموا بوقتهم وخبراتهم، في إعداد ومراجعة هذا الدليل.

المشاركين في الاعداد

د. رامي حيدر العبادلة	أ. عبير النونو	أ. معين المدهون	د. رولا الطويل
أ. نور الغريز	أ. سهام المقيد	أ. علي أبو جلهوم	أ. سماح محسن
د. هيثم عمران	أ. مها جربوع	أ. علا أبو شنب	أ. حنان فياض
أ. مؤيد الرن	أ. مهند الحجار	أ. مريان الخضري	أ. محمد الشيخ
د. توفيق نور الدين	أ. عبد الحميد البيومي	أ. ميساء أبو موسى	أ. شادي إشتوي
أ. سليمان العديني	أ. محمد عبيد	أ. محمد مقاط	د. رانيا القوقا
أ. وائل حرب	أ. محمود صالح	أ. راوية زعرب	أ. أنس الشيخ
د. منتصر الفرا	أ. كامل أسمر	أ. أحمد الشريف	أ. عابد أبو شعله
أ. إيمان أبو عيه	أ. محمود عودة	أ. جهاد عبيد	أ. إيمان ضاهر
أ. هيثم منصور	د. عائشة فتيحة	أ. خالد أبو الخير	أ. ليندا علي
أ. كفاية الشيخ			

فريق المراجعة

د. رامي حيدر العبادلة	استشاري مكافحة عدوى الزمانة المصرية في مكافحة العدوى	وزارة الصحة الفلسطينية Ministry of Health
أ. سلام الرطروط	رئيس وحدة الجودة وسلامة المريض ومكافحة وضبط العدوى رام الله - فلسطين	
د. مها طلعت	مستشار إقليمي، وحدة الوقاية من العدوى والتصدى لمقاومة الميكروبات المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية القاهرة القاهرة - مصر	
أ.د. ريم مغنية	بروفيسور الأمراض المعدية، استشاري مكافحة عدوى، مستشار للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بيروت - لبنان	
د. باسم زايد	مسنول طبي، وحدة الوقاية من العدوى والتصدى لمقاومة الميكروبات المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية القاهرة - مصر	World Health Organization REGIONAL OFFICE FOR THE Eastern Mediterranean
د. محمود حمودة	استشاري مكافحة عدوى، وحدة الوقاية من العدوى والتصدى لمقاومة الميكروبات المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية القاهرة - مصر	
د. إيمان هويدى	استشاري مكافحة عدوى، وحدة الوقاية من العدوى والتصدى لمقاومة الميكروبات المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية القاهرة - مصر	
د. رنده ابوربيع	المسؤول الوطني للوائح الصحية الدولية والأمراض الوبائية. مكتب القدس. منظمه الاراضي المحتلة الفلسطينية	
أ. دينا ناصر	مستشار صحي، مؤسسة جذور للانماء الصحي والاجتماعي ماجستير صحة عامة القدس - فلسطين	JUZOR
أ. رولا المعلم	استشاري مكافحة العدوى لمؤسسة أطباء بلا حدود - فرنسا باريس - فرنسا	MEDECINS SANS FRONTIERES
Dr. Robert Spencer	استشاري وخبير تعقيم لندن - بريطانيا	MEDICAL AID FOR PALESTINIANS

جدول المحتويات

رقم الصفحة	العناوين	رقم السياسة
14	الفصل الأول: أهمية مكافحة العدوى في المنشأة الصحية	
14	العدوى المكتسبة في المؤسسات الصحية: تعريف المشكلة	
14	أهمية برنامج مكافحة العدوى	
17-15	الفصل الثاني: مكونات الأساسية لبرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها	
28-18	الفصل الثالث: الهيكلية التنظيمية لبرامج مكافحة العدوى	
19-18	اللجنة الوطنية لمنع ومكافحة العدوى	
21-18	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	
24-23	أقسام السلامة ومكافحة العدوى بالمستشفيات والرعاية الصحية الأولية	
24-23	لجان مكافحة العدوى بالمنشآت الصحية	
24	موظف الاتصال في المرافق الصحية	
26-25	الاحتياج من الكادر البشري لتأدية المهام المنوطة لهم بما يتناسب مع المنشأة الصحية	
27-26	اللجنة الوطنية للإشراف على المضادات الحيوية	
28-27	لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات بمرافق الرعاية الصحية	
29	الفصل الرابع: مصادر وعوامل وأسباب انتشار العدوى في المنشأة الصحية	
29	التحول من استعمار الميكروبات الى العدوى	
29	الفئة الأكثر عرضة للإصابة بالعدوى في المنشأة الصحية	
33-30	سلسلة انتقال العدوى	
75-34	الفصل الخامس: الاحتياطات العملية للوقاية من العدوى ومكافحتها في المنشأة الصحية	
39-35	1 - IPC سياسة الاحتياطات القياسية	
46-40	2 - IPC سياسة نظافة الأيدي	
53-47	3 - IPC سياسة أدوات الواقة الشخصية	
56-54	4 - IPC سياسة الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب العطس	
59-57	5 - IPC سياسة الأساليب المانعة للتلوث	
64-60	6 - IPC سياسة ممارسات الحقن الآمن	
71-65	7 - IPC سياسة التعامل مع المفروشات والاقمشة	
75-72	8 - IPC سياسة الإجراءات الصحية والأمانة في عملية تنظيف انسكايات الدم وسوائل الجسم	
103-76	الفصل السادس: احتياطات العزل الخاصة	
79-76	9 - IPC سياسة العزل	
82-80	10 - IPC إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	
87-83	11 - IPC احتياطات منع نقل العدوى المنقولة عن طريق التلامس	
91-88	12 - IPC احتياطات منع نقل العدوى المنقولة عن طريق الرذاذ	
96-92	13 - IPC احتياطات منع نقل العدوى المنقولة عن طريق الهواء	
103-97	14 - IPC عزل المرضى منقوصي المناعة	
144-104	الفصل السابع: الميكروبات المقاومة لمضادات الميكروبات والإشراف على استخدام مضادات الميكروبات	
108-105	15 - IPC الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ولا تشمل السل	
112-109	16 - IPC التعامل مع حالات MRSA (Colonized / Infected / Suspected)	
116-113	17 - IPC التعامل مع حالات Carbapenem-Resistant gram-negative Organisms (CRO)	
119-117	18 - IPC التعامل مع حالات Vancomycin-Resistant Enterococcus (VRE)	
124-120	19 - IPC التعامل مع حالات Clostridium Difficile Infection (CDI)	
130-125	20 - IPC سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي في جميع أقسام المنشأة الصحية	
134-131	21 - IPC دور قسم الميكروبيولوجي في مكافحة العدوى	

144-135	ترشيد استخدام مضادات الميكروبات	IPC - 22
176-145	الفصل الثامن: العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	
151-146	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI	IPC - 23
156-152	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	IPC - 24
162-157	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	IPC - 25
165-163	الأساليب المانعة للعدوى المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي (VAP)	IPC - 26
169-167	الأساليب المانعة للعدوى أثناء أخذ عينة سائل النخاع الشوكي (البزل القطني)	IPC - 27
176-170	الامراض المنقولة عن طريق الدم	IPC - 28
200-177	الفصل التاسع: الترصد	
180-178	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	IPC - 29
186-181	الابلاغ عن الامراض المعدية	IPC - 30
190- 187	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية	IPC - 31
197-191	إجراءات مكافحة العدوى أثناء تفشي جائحة كورونا	IPC - 32
200-198	التعامل مع حالات القمل والجرب	IPC - 33
214-201	الفصل العاشر: التطعيمات الخاصة بمقدمي الخدمة الصحية، وقيود العمل	
210-202	تطعيم العاملين في المنشآت الصحية	IPC - 34
214-211	قيود عمل مقدمي الخدمة الصحية (Work Restriction)	IPC - 35
242-213	الفصل الحادي عشر: إجراءات مكافحة العدوى في بيئة المنشأة الصحية	
225-216	نظافة بيئة المنشأة الصحية	IPC - 36
234-226	إدارة النفايات الطبية	IPC - 37
242-233	الترميم وإعادة بناء مرافق المنشأة الصحية	IPC - 38

جدول المرفقات

رقم الصفحة	العناوين	رقم المرفق
245	سياسة الاحتياطات القياسية-1- IPC	
245	الاحتياطات القياسية	1
254-246	سياسة نظافة الايدي – 2 - IPC	
246	اللحظات الخمس لغسل اليدين	1
247	طريقة غسل اليدين الروتيني	2
248	طريقة غسل اليدين الصحي بواسطة الماء والصابون	3
249	طريقة الفك بواسطة المحلول الكحولي	4
251-250	فرك اليدين الجراحي بواسطة الماء والصابون المطهر	5
253-252	فرك اليدين الجراحي بواسطة المحلول الكحولي	6
254	أداة تدقيق نظافة وتطهير الايدي	7
255	سياسة أدوات الوقاية الشخصية – 3 - IPC	
255	توصيات عند ارتداء الواقيات الشخصية	1
256	توصيات أثناء خلع الواقيات الشخصية	2
257	خطوات ارتداء القفازات الجراحية المعقمة	3
258	خطوات خلع القفازات الملوثة	4
258	خطوات ارتداء العباءات	5
259	خطوات خلع العباءات الجراحية	6
259	خطوات ارتداء كمادة الوجه الجراحية	7
260	خطوات ارتداء الكمامة عالية الكفاءة	8
260	خطوات نزع الكمامة عالية الكفاءة	9
261	خطوات ارتداء الواقيات الشخصية	10
262	خطوات خلع الواقيات الشخصية	11
263	طريقة ارتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية	12
266-264	سياسة الاحتياطات الصحية التنفسية وأداب العطس – 4 - IPC	
264	آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال (1)	1
265	آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال (2)	2
266	آداب السعال والعطس	3
272-267	سياسة الأساليب المانعة للتلوث – 5 - IPC	
267	أنواع أساليب العمل المانعة للتلوث	1
270-268	أمثلة لتحضير اليدين، الجلد، وارتداء الواقيات الشخصية أثناء الإجراءات غير الجراحية والتي تحتاج الى الأساليب المانعة للتلوث.	2
272-271	أمثلة للأساليب المانعة للتلوث	3
274-273	سياسة ممارسات الحقن الامن – 6 - IPC	
273	استمارة التعرض للوخز	1
274	خطوات طريقة اليد الواحدة لتغطية سن الابرة (النيدل) SCOOP Technique	2
274	صور عن أنواع الصناديق الامنة	3
275	سياسة التعامل مع المفروشات والاقمشة – 7 - IPC	
275	نموذج الاستلام والتسليم للأقمشة والمفروشات	1
275	نموذج ملصق بيانات أكياس الغسيل المتسخ	2
276	سياسة الإجراءات الصحيحة والأمانة في عملية تنظيف انسكابات الدم وسوائل الجسم – 8 - IPC	
276	جدول استخدامات تركيزات الكلور المختلفة	1

277	أطقم أدوات التعامل مع انسكابات الدم وسوائل جسم المريض	2
278	الخطوات العشرة للتعامل مع انسكابات الدم	3
279	سياسة احتياطات العزل-IPC-9	
279	الاحتياطات القياسية	1
291-280	سياسة إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل-IPC-10	
291-280	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض	1
294-292	سياسة احتياطات العزل عن طريق التلامس-IPC-11	
292	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس	1
293	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرذاذ	2
294	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس	3
296-295	سياسة احتياطات العزل عن طريق الرذاذ-IPC-12	
295	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الرذاذ	1
296	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرذاذ	2
299-297	سياسة احتياطات العزل عن طريق الهواء-IPC-13	
297	خطوات ارتداء الكمامة عالية الكفاءة	1
298	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء	2
299	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس	3
290	سياسة عزل المرضى منقوصي المناعة-IPC-14	
300	ملصق مجموع الاحتياطات الخاصة لعزل النقص المناعي	1
301	سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ولا تشمل السل-IPC-15	
301	Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection form	1
307-302	سياسة التعامل مع حالات MRSA (Colonized/ Infected / Suspected)-IPC-16	
302	بروتوكول إزالة التلوث من MRSA	1
303	بروتوكول إنهاء عزل اللمس في حالة MRSA	2
305	مخطط التدفق لإعادة قبول ودخول المرضى المستعمرين بجرثومة MRSA	3
307-305	استمارات إبلاغ عن حالات (MRSA)/ ترصد حالة (MRSA) نموذج	4
308	سياسة التعامل مع حالات VRE-IPC-18	
308	الفحص الاحتمالي لأنواع المرضى في الوحدات التمريضية	1
309	سياسة التعامل مع حالات العدوى (CDI) Clostridium difficile-IPC-19	
310-309	C. difficile Diagnosis Algorithm	1
313-311	سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي-IPC-20	
311	تصنيفات المخاطر لاماكن الرعاية الصحية التي تشمل المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالسل والتي ينصح بتكرارها للكشف عن العدوى بين موظفي الرعاية الصحية	1
313-312	Risk Classifications for Healthcare Settings That Serve Community with High Incidence of TB and Recommended Frequency of Screening for MTB Infection among Healthcare Personnel	2
313	إنهاء إجراءات العزل	3
315-314	سياسة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات-IPC-22	
314	تصنيف منظمة الصحة العالمية لمجموعات المضادات الحيوية (Aware Classification)	1
314	تعليمات إعطاء المضادات الحيوية الوقائية قبل العمليات	2
315	نموذج صرف المضادات الحيوية المقيدة	3
318-316	سياسة الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI-IPC-23	
316	Five moments of Hand Hygiene for CAUTI	1
317	URINARY CATHETER CARE BUNDLE	2
318	URINARY CATHETER CARE BUNDLE	3

323-319	سياسة الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية IPC-24-CLSBSI	
319	قائمة مرجعية للوقاية من عدوى مجرى الدم المكتسبة من القسطرة المركزية	1
320	اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية طرفية	2
321	اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية مركزية	3
322	An evidence-based approach for vascular Access Device (YAD) selection	4
323	Differences between Central line-associated bloodstream infection and Catheter- related bloodstream infection	5
362-324	سياسة الوقاية من عدوى الموضع الجراحي IPC-25-SSI	
324	قائمة التحقق قبل واثناء وبعد العملية الجراحية	1
326	التوصيات داخل غرفة العمليات بخصوص مرضى عزل الهواء: المريض المصاب بالسيل	2
328-327	توصيات للوقاية من العدوى ومكافحتها في غرفة العمليات اثناء وجود جانحة COVID	3
330-329	قائمة بأسماء العمليات التي تحدث بها عدوى الأعضاء (Organ/Space)	4
331	WHO 5 moments of hand hygiene for SSI	5
332	Wound dressing checklist	6
362-333	als for Commonly Used Recommended Doses and Redosing Inter Antimicrobials for Surgical Prophylaxis	7
365-363	سياسة الأساليب المانعة للعدوى المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي IPC-26-(VAP)	
363	نظام مراقبة /ترصد الأنشطة/ الالتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي	1
364	نظام مراقبة /ترصد الأنشطة/ الالتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي	2
365	نظام مراقبة /ترصد الأنشطة/ الالتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي	3
366	سياسة الأساليب المانعة للعدوى اثناء اخذ عينة سائل النخاع الشوكي (البزل القطني)-IPC-27	
366	طقم مستلزمات البزل القطني	1
373-367	سياسة احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم-IPC-28	
367	الوقاية بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب عن طريق ق الإصاصة عن طريق الجلد	1
368	العلاج الوقائي الموصى به بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب من التعرض للأغشية المخاطية والجلد غير السليم	2
369	التهاب الكبد الفيروسي سي	3
371-370	التهاب الكبد الفيروسي سي	4
372	توصيات للوقاية بعد التعرض المهني لفيروس نقص المناعة المكتسب	5
373	متابعة موظفي الرعاية الصحية المعرضين لفيروس نقص المناعة المكتسب	6
382-374	سياسة ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية-IPC-29	
374	طرق احتساب مؤشرات الأداء	1
375	Denominator Days Form (Adult and Pediatrics)	2
376	Denominator Days Form Neonates (NICU)	3
377	Surveillance Form: Ventilator Associated Pneumonia Form	4
378	Catheter Associated Urinary Tract Infection Form	5
379	Catheter Associated Urinary Tract Infection Form	6
381-380	Surveillance Form Surgical Site Infection Bundles and Event Form	7
382	طرق احتساب مؤشرات الأداء	8
383	سياسة الإبلاغ عن الامراض المعدية-IPC-30	
383	communicable disease notification form	1
384	نموذج تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من عيادة	2
385	تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من مستشفى	3

396-386	سياسة التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية-IPC-31	
387-386	خطوات التعامل مع حالة التفشي	1
388	نموذج التبليغ عن التفشي رقم (1)	2
389	كشف المعلومات الشخصية للحالات نموذج رقم (2)	3
390	كشف المعلومات الشخصية للحالات نموذج رقم (3)	4
391	التقرير النهائي لحالة التفشي نموذج رقم (4)	5
396-392	نهج التحقيق ببعض الكائنات الحية	6
403-397	سياسة التعامل مع حالات القمل والجرب-IPC-33	
398-397	علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice	1
399	علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice	2
400	علاج قمل الجسم Treatment of Body Lice	3
401	سياسة تطعيم العاملين في المنشآت الصحية-IPC-34	
403-401	تطعيمات الروتينية للعاملين في الرعاية الصحية	1
410-404	سياسة نظافة بيئة المنشأة الصحية-IPC-36	
404	تصنيف مناطق العمل حسب الخطورة	1
404	محتويات صندوق الانسكابات	2
405	جدول الأعمال اليومية لعمال النظافة	3
407-406	تنظيف بيئة المنشأة الصحية المعدات وأدوات رعاية المرضى	4
408	mops/towels color code UK NHS example	5
409	General Equipment Cleaning Checklist	6
410	Environmental Checklist for Monitoring Terminal Cleaning	7
416-411	سياسة إدارة النفايات الطبية-IPC-37	
411	الدليل اللوني لفرز النفايات الطبية	1
412	بوستر نظام إدارة النفايات	2
413	بوستر النفايات المعدية	3
414	بوستر النفايات الحادة	4
415	ملصق بيانات يوضع على كيس النفايات	5
415	علامات النفايات الحيوية الخطرة	6
416	نموذج لسجلات استلام وتسليم النفايات الطبية	7
426-417	سياسة الترميم وإعادة بناء المرافق المنشآت الصحية-IPC-38	
417	معياري أخذ عينات الهواء للكشف عن الفطريات	1
420-418	مصفوفة تقييم مخاطر مكافحة العدوى	2
424-422	تصريح عمل مكافحة عدوى	3
425	أداة مراقبة البناء والتجديد والهدم اليومية	4
426	قائمة تحقق الانتهاء من المشروع	5

الفصل الأول: أهمية مكافحة العدوى في المؤسسات الصحية

العدوى المكتسبة في المؤسسات الصحية: تعريف المشكلة

- العدوى المكتسبة في المؤسسات الصحية هي التي تحدث الإصابة بها اثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية او ترتبط بها ولا يشمل ذلك العدوى التي كان مصابا بها المريض وقت دخوله المؤسسة الصحية او كان في فترة حضانة المرض. تعتبر العدوى المكتسبة في المؤسسات الصحية مشكلة يعاني منها الكثيرون في جميع انحاء العالم.
- وتعتبر هذه العدوى من الأسباب الأساسية لزيادة نسب الوفاة، كما انها تتسبب في ارتفاع معدلات الإصابة ببعض الامراض لدى المرضى الذين يتلقون خدمات الرعاية الصحية، وهذه الامراض التي تأتي كمضاعفات لأنشطة الرعاية الصحية تتسبب في اهدار موارد الرعاية الصحية وزيادة التكلفة. من جهة مقابلة، هذه العدوى تتسبب بزيادة استخدام المضادات الحيوية الواسعة الطيف مما يؤدي الى زيادة نسب المقاومة لهذه المضادات الحيوية.

اهمية برنامج مكافحة العدوى

- على الرغم من أن الوقاية من عدوى المستشفيات قد تبدو وكأنها اجراء عادي، إلا أن الوقاية من العدوى ومكافحتها أصبحت علما ومجالاً عمليا بذاته يحتاج إلى موظفين متخصصين وذوي خبرة.
- ان مبادئ مكافحة العدوى موحدة على مستوى العالم، وقد تم النهوض بالخبرة الفنية وتطوير التوصيات المهمة بمكافحة العدوى في الدول التي تتوفر بها أنظمة مطورة للرعاية الصحية.
- أظهرت عدة دراسات أن وجود برنامج جيد التنظيم للوقاية من العدوى ومكافحتها كان له تأثير كبير على تقليل من نسب حدوثها.
- يعد إنشاء وتعزيز برنامج جيد التنظيم لمكافحة العدوى بشكل فعال جزءاً من جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، والتي يمكن أن تسهم في تقليل مدة إقامة المريض في المستشفى، تخفيض تكلفة الاستشفاء، خفض معدل إعادة الدخول الى المستشفى، الاستخدام الفعال للأسرة، الحد من انتشار الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية
- وتجدر الإشارة إلى أن فوائد الوقاية من العدوى ومكافحتها على مستوى صحة الإنسان وحياته وصحة الاقتصاد تفوق إلى حد بعيد تكاليف مثل هذه البرامج على المستوى الوطني ومستوى مرافق الرعاية الصحية.
- الجدير بالذكر ان برنامج مكافحة العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية احدي الاولويات التي تهتم بها وزارة الصحة والبيئة في فلسطين.

الفصل الثاني: مكونات الأساسية لبرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها

في عام ٢٠١٦، نشرت منظمة الصحة العالمية توصيات قائمة على الأدلة العلمية وتوافق آراء الخبراء بشأن استراتيجيات فعالة لمنع ومكافحة العدوى. الهدف من هذه التوصيات هو دعم بناء القدرات لمنع حدوث العدوى المكتسبة داخل المستشفيات وانتشار الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية على الصعيدين الوطني ومستوى المنشآت الصحية، بما في ذلك العمل من أجل أنظمة صحية آمنة ومرنة.

العنصر/ المكوّن	توصية أو بيان الممارسة الجيدة
1. برامج منع ومكافحة وترصد العدوى	<u>على مستوى المنشأة الصحية</u> توصي اللجنة بضرورة وضع برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها مع فريق متخصص ومدرب في كل مرفق رعاية صحية حاد لغرض منع العدوى المكتسبة من المستشفيات ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات من خلال الممارسات الجيدة.
	<u>على المستوى الوطني</u> يجب وضع برامج وطنية نشطة ومستقلة منفردة للوقاية من العدوى ومكافحتها ذات أهداف ووظائف وأنشطة محددة بوضوح لغرض منع العدوى بالرعاية الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات من خلال الممارسات الجيدة للوقاية من العدوى ومكافحتها. ينبغي ربط البرامج الوطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها بالبرامج الوطنية والمنظمات المهنية الأخرى ذات الصلة.
2. إرشادات منع ومكافحة العدوى	يوصي الفريق بضرورة تطوير وتنفيذ المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة لغرض الحد من الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات يجب القيام بتثقيف وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية المعنيين بشأن التوصيات الإرشادية ومراقبة الالتزام بتوصيات المبادئ التوجيهية لتحقيق التنفيذ الناجح.
3. التدريب على منع ومكافحة العدوى	<u>على مستوى المنشأة الصحية</u> توصي اللجنة بضرورة توفير تعليم مكافحة العدوى لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية من خلال استخدام استراتيجيات قائمة على الفريق والمهام تكون تشاركية وتتضمن تدريباً بجانب السرير والمحاكاة لتقليل مخاطر الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات.
	<u>على المستوى الوطني</u> يجب أن يدعم برنامج التواصل بين الأفراد الوطني تعليم القوى العاملة الصحية وتدريبها كأحد وظائفه الأساسية.

4. الترصد	على مستوى المنشأة الصحية توصي اللجنة بضرورة إجراء مراقبة الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية المرتكزة على المرافق لتوجيه تدخلات مكافحة العدوى واكتشاف الفاشيات، بما في ذلك مراقبة مقاومة مضادات الميكروبات مع تغذية مرتدة في الوقت المناسب للنتائج للعاملين في الرعاية الصحية والإدارة
	على المستوى الوطني يوصي الفريق بضرورة إنشاء برامج وشبكات مراقبة الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية الوطنية التي تتضمن آليات للتغذية المرتدة على البيانات في الوقت المناسب مع إمكانية استخدامها لأغراض القياس للحد من الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات
5. استراتيجيات متعددة الوسائط	على مستوى المنشأة الصحية يوصي الفريق بضرورة تنفيذ أنشطة مكافحة العدوى التي تستخدم استراتيجيات متعددة الوسائط لتحسين الممارسات وتقليل الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات بهدف تحقيق ممارسات رعاية صحية أكثر أماناً وعالية الجودة يجب أن ترتبط الاستراتيجيات متعددة الوسائط الناجحة بتغيير شامل للثقافة التنظيمية حيث يمكن أن يكون التواصل الفعال بين الأفراد والمؤسسات انعكاساً للرعاية الجيدة وثقافة تنظيمية إيجابية ومناخاً معززاً لسلامة المرضى. على المستوى الوطني يوصي الفريق بضرورة أن تنسق البرامج الوطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها وتسهل تنفيذ أنشطة مكافحة العدوى من خلال استراتيجيات متعددة الوسائط على المستوى الوطني أو المحلي.
6. مراقبة / تدقيق ممارسات مكافحة العدوى والتغذية الراجعة	على مستوى المنشأة الصحية توصي اللجنة بضرورة إجراء المراقبة / التدقيق المنتظم والتغذية الراجعة في الوقت المناسب لممارسات الرعاية الصحية وفقاً لمعايير مكافحة العدوى لمنع ومراقبة الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحة مقاومة مضادات الميكروبات على مستوى مرفق الرعاية الصحية. يجب تقديم الملاحظات إلى جميع الأشخاص الخاضعين للتدقيق والموظفين المعنيين. على المستوى الوطني توصي اللجنة بضرورة وضع برنامج وطني للرصد والتقييم في مجال مكافحة العدوى لتقييم مدى تلبية المعايير وتنفيذ الأنشطة وفقاً لأهداف البرنامج وأهدافه. يجب اعتبار مراقبة نظافة اليدين مع الملاحظات كمؤشر أداء رئيسي على المستوى الوطني.
7. الموارد البشرية والموظفين وإشغال الأسرة	يوصي الفريق بضرورة الالتزام بالعناصر التالية من أجل الحد من مخاطر الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية وانتشار مقاومة مضادات الميكروبات: (1) يجب ألا يتجاوز إشغال الأسرة السعة القياسية للمنشأة ؛ (2) ينبغي تعيين مستويات توظيف العاملين في مجال الرعاية الصحية بشكل ملائم وفقاً لعبء عمل المريض.

يجب تنفيذ أنشطة رعاية المرضى في بيئة نظيفة و / أو صحية تسهل الممارسات المتعلقة بالوقاية من الالتهابات المكتسبة في المنشأة الصحية ومكافحتها، وكذلك مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك جميع العناصر المتعلقة بالبنية التحتية وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وتوافر المواد والمعدات المناسبة الخاصة بمكافحة العدوى.	8. البيئة المحيطة والمواد والمعدات الخاصة بمكافحة العدوى على مستوى المرفق
توصي اللجنة بضرورة توفير المواد والمعدات اللازمة لأداء نظافة اليدين المناسبة بسهولة في أماكن الرعاية.	

الفصل الثالث: الهيكلية التنظيمية لبرامج مكافحة العدوى

مقدمة:

تعتبر مكافحة العدوى أحد المكونات الضرورية لرعاية المرضى بشكل آمن وتوفير أفضل مستويات الرعاية لهم وهي ضرورية لصحة كل من المرضى وفريق العمل، وذلك بتطبيق سياسات واجراءات منع العدوى والسيطرة عليها بغض النظر عن الموارد والامكانيات.

يستلزم الأمر أن يقوم برنامج مكافحة العدوى بوضع هيكل تنظيمي قوي وواضح على كل مستويات نظام الرعاية الصحية وتحديد الأدوار والمسؤوليات وذلك كخطوة أولى، ويعتبر هذا الهيكل التنظيمي عنصراً هاماً من عناصر نجاح أي برنامج من برامج الصحة العامة كما يعد المرجعية لتحديد المسؤولية في حالة وجود قصور في تنفيذ التوصيات.

وينبغي أن يشارك الجميع في مسؤولية الوقاية من العدوى بشكل عام بداية من الأفراد المسؤولين عن الدعم الإداري وانتهاء بالقائمين بتقديم الرعاية الصحية المباشرة للمريض، وذلك في كل مستوى من مستويات برنامج الوقاية من العدوى ومكافحتها.

الرؤية: خدمة صحية آمنة وخالية من جميع أنواع المخاطر.

أولاً: اللجنة الوطنية لمنع ومكافحة العدوى:

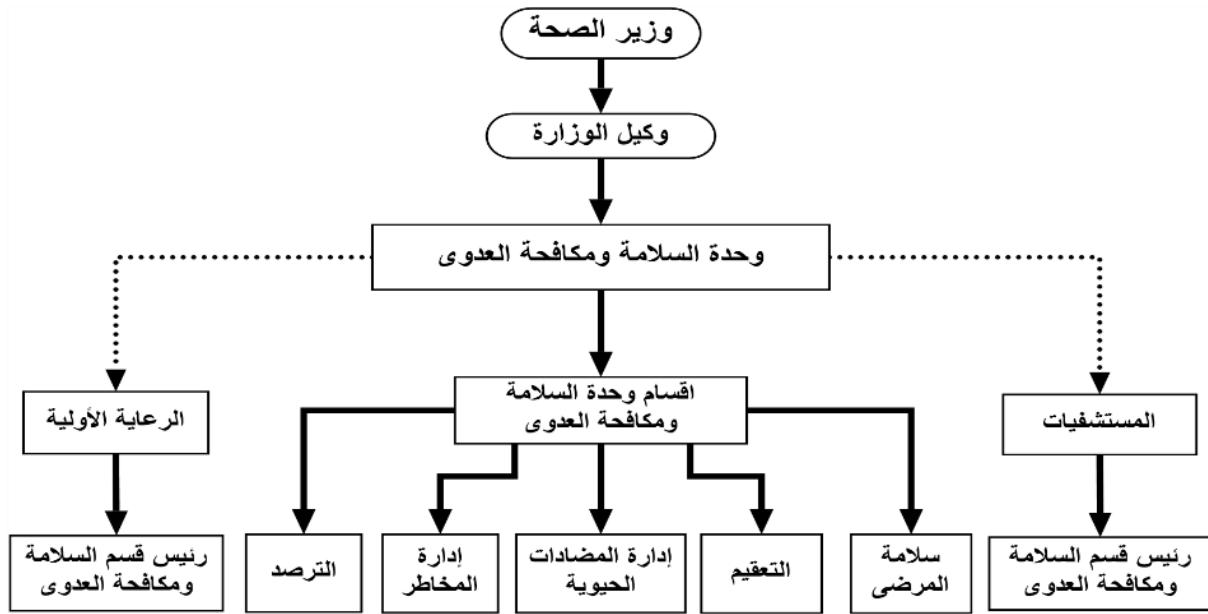
الأعضاء	الصفة	الملاحظات
الوزير أو وكيل الوزارة	رئيساً	
مدير وحدة السلامة ومكافحة العدوى	مقرر اللجنة	
مدير عام المستشفيات	عضواً	
مدير عام الرعاية الأولية	عضواً	
مدير عام التمريض	عضواً	
مدير وحدة الاجازة والتراخيص	عضواً	
مدير وحدة المختبرات وبنوك الدم	عضواً	
الخدمات الطبية العسكرية	عضواً	
منظمة الصحة العالمية	عضواً	
المجلس الطبي الفلسطيني	عضواً	
طبيب اخصائي امراض وبائيات ممثل للقطاع العام	عضواً	
طبيب أخصائي امراض وبائيات ممثل للقطاع الخاص	عضواً	
طبيب اخصائي مختبر ممثل للقطاع العام	عضواً	
طبيب اخصائي مختبر ممثل للقطاع الخاص	عضواً	
ممثل عن نقابة الأطباء	عضواً	
ممثل عن نقابة الصيادلة	عضواً	
ممثل عن نقابة أطباء الاسنان	عضواً	

- ويمكن للجنة الاستعانة بغيرهم من التخصصات الأخرى بما يتناسب مع حاجة العمل بالإضافة الى خبراء من القطاع الخاص.

مهام ومسؤوليات اللجنة الوطنية لمنع ومكافحة العدوى:

- تسهيل انشاء ووضع اساسيات الخطة الوطنية لتطوير برامج مكافحة العدوى.
- مناقشة الخطة الوطنية لتطوير برامج مكافحة العدوى.
- تنسيق العمل والجهود لتوحيد القواعد الارشادية وإجراءات وأنشطة التشغيل القياسية على جميع مستويات الرعاية الصحية.
- العمل على ضمان توفير المتطلبات اللازمة لتنفيذ وتطبيق البرنامج الوطني لمكافحة العدوى بالمنشآت الصحية المختلفة.
- التواصل مع الهيئات المعنية من أجل مراجعة القوانين الحالية وإعداد صياغة للقوانين اللازمة لإقرار سياسات مكافحة العدوى على المستوى الوطني.
- التنسيق بين الادارات المختلفة والهيئات داخل وخارج وزارة الصحة للعمل على تنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة العدوى.
- العمل على كونها جهة استشارية وناظمة ومراقبة لإجراءات مكافحة العدوى على المستوى الوطني.

ثانياً: وحدة السلامة ومكافحة العدوى:



تعريف:

الوحدة هي المرجعية العلمية والفنية والاستشارية لكل ما يتعلق بالسلامة والتي تشمل على (سلامة المرضى، سلامة البيئة، السلامة المهنية، وسلامة المواقع الصحية، وأي مواضيع ذات صلة بالسلامة بكافة أنواعها وأشكالها) وكذلك الوقاية من العدوى ومكافحتها داخل المنشآت الصحية.

التوصيات:

- يجب أن يكون هناك إخطار رسمي بشأن وجود هيكل رسمي للوقاية من العدوى ومكافحتها على المستوى الوطني مع أهداف ومسؤوليات محددة بوضوح.

- يجب تعيين شخص يقود هذه الوحدة بدوام كامل ويفضل أن يكون مدرباً وذو خبرة في مجال الصحة العامة والوقاية من العدوى ومكافحتها
- يجب أن يكون للوحدة الدعم الإداري الكامل.

الأهداف:

- العمل على تحقيق أعلى مستويات الأمان للمرضى أثناء تلقيهم الخدمات الطبية.
- العمل على تحقيق سلامة المرضى وسلامة البيئة وسلامة العاملين وسلامة المواقع ومنع العدوى المكتسبة في المنشآت الصحية.
- الارتقاء بالكوادر الطبية والمساندة بما يدعم السلامة والصحة المهنية.
- الحد من الأخطاء الطبية والوصول الى أفضل معدلات على المستوى الدولي.

مهام ومسئوليات وحدة السلامة ومكافحة العدوى:

- إعداد الأدلة والسياسات والإجراءات الخاصة بالسلامة (سلامة المرضى، سلامة البيئة، السلامة المهنية، وسلامة المواقع، إلخ...) والوقاية من العدوى ومكافحتها، في المنشآت الصحية.
- تحديث السياسات والإجراءات الخاصة بالسلامة والوقاية من العدوى ومكافحتها بشكل دوري وفق التطور العلمي والخبرات والتجارب العالمية وبما يتناسب مع الإمكانيات المتاحة محليا.
- مراجعة وتدقيق واعتماد أي سياسات وإجراءات ذات صلة بالسلامة والوقاية من العدوى ومكافحتها تصدر عن أي جهة داخل وزارة الصحة.
- وضع الخطط والبرامج للاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية ومنع انتشار الميكروبات المقاومة لها
- وضع الخطط والبرامج لتحسين أداء الخدمة الصحية ومأمونيتها، وتكون الأولوية للبرامج والأنشطة التي تشكل خطر بليغ أو أحداث جسيمة.
- تصميم برنامج موحد لرصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية
- إعداد معايير تقييم المنشآت الصحية في مجال السلامة والوقاية من العدوى.
- تقييم المنشآت الصحية دورياً، لتحديد مدى التزامها بمعايير السلامة والوقاية من العدوى ومكافحتها.
- جمع البيانات والاحصائيات من مختلف المنشآت الصحية ذات العلاقة بالسلامة والوقاية من العدوى.
- إعداد تقارير ربع سنوية وسنوية تتواكب مع التقارير العالمية في مجال السلامة والوقاية من العدوى ومكافحتها.
- تقديم التوصيات والاستشارات الفنية لكافة مراكز تقديم الرعاية الصحية بكافة مستوياتها بما يضمن تقديم خدمات آمنة.
- مشاركة الخطة السنوية مع الجهات ذات العلاقة في وزارة الصحة، والتوافق على محتواها وبرامجها وأنشطتها.
- التنسيق مع الإدارات المختلفة داخل وخارج وزارة الصحة لتنفيذ البرامج والأنشطة في مجال الاختصاص.
- متابعة تنفيذ البرامج والأنشطة التي تم إدراجها في الخطة وإعداد تقارير عن مدى الالتزام وتحقيق الأهداف المرجوة.
- المشاركة في تسويق البرامج والمشاريع الخاصة بمأمونية وسلامة الخدمة الصحية، وذلك من خلال تحديد الأولويات وتدعيمها من خلال التقارير والاحصائيات التي تخدم البرامج والمشاريع.
- إعداد البرامج التدريبية وتنفيذها والخاصة بالسلامة والوقاية من العدوى بما يتناسب مع تقييم الاحتياج وتطوير الخدمات الصحية.

- إعداد المواد العلمية الخاصة بمجال الاختصاص، وإعداد مدربين بكفاءة عالية على قدرة بتوصيل المفاهيم الصحيحة للسلامة والوقاية من العدوى.
- اعتماد المدربين في مجال السلامة والوقاية من العدوى داخل وزارة الصحة.
- الإعداد والمشاركة في الأيام العلمية والمناسبات الدولية والحملات التوعوية في مجال اختصاص الوحدة، داخل وخارج وزارة الصحة.
- المشاركة في المؤتمرات الدولية والإقليمية والمحلية في مجال الاختصاص.
- التدخل الفني والاستشاري السريع في حالة الطوارئ بما يخص مجال الاختصاص.
- متابعة التفشي الوبائي والأمراض المعدية داخل أروقة المنشآت الصحية.
- المشاركة وإبداء الرأي في التصاميم الهندسية الخاصة بالمنشآت الصحية المستحدثة والمعاد ترميمها.
- المشاركة وإبداء الرأي في تصاميم وإمدادات المياه والصرف الصحي ومعالجتهما.
- المشاركة في توصيف الأجهزة والمعدات الطبية في مجال الاختصاص مثل (أجهزة التعقيم، أجهزة معالجة النفايات، أجهزة تكييف الهواء، إلخ...)
- المشاركة وإبداء الرأي في توصيف الواقيات الشخصية، وتحديد الكميات وآليات توزيعها.
- المشاركة في توصيف المستهلكات والمستلزمات والمحاليل بما يضمن سلامتها عند الاستخدام.
- المشاركة في توصيف المطهرات بكافة أنواعها، والمشاركة في تحديد الاحتياج وآليات التوزيع.
- التواصل والدعم الفني والاستشاري للأقسام العاملة في المرافق الصحية في مجال الاختصاص.
- المشاركة في اللجان التي يستوجب وجود عضوية الوحدة في مجال عمل اللجنة.
- تطوير برامج الكترونية للترصد الوبائي والعدوى المكتسبة وسلامة المرضى وتحديثها داخل المنشآت الصحية، لتسهيل الحصول على المعلومات وإعداد التقارير في الوقت المناسب وبسهولة.

ثالثاً: أقسام السلامة ومكافحة العدوى بالمستشفيات والرعاية الأولية

- **رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى:** يفضل ان يكون رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى في المنشآت الصحية، حاصل على درجة البكالوريوس في مجال الطب أو الصيدلة أو درجة ماجستير في التمريض أو درجة ماجستير في اختصاص تحاليل طبية، وان يكون حاصلاً على شهادة عليا في مجال مكافحة العدوى أو سلامة المرضى، بالإضافة الى كونه مدرباً وذو خبرة في مجال الصحة العامة والوقاية من العدوى ومكافحتها.
- في المستشفيات التي يقل فيها عدد الاسرة عن 100 سرير يسمح بأن يكون رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى حاصلاً على عدد ساعات تدريبية معتمدة من وزارة الصحة أو من أي جهة تدريبية أخرى معتمدة وموافق عليها من قبل وزارة الصحة أو خبرة لا تقل عن عامين في العمل تحت مشرف مؤهل ومختص في ذات الاختصاص.

مهام ومسئوليات رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى بما يخص مكافحة العدوى:

- إعداد خطة سنوية لتطبيق برنامج مكافحة العدوى بالمنشأة تماشياً مع الخطة الوطنية.
- إعداد واعتماد ونشر سياسات مكافحة العدوى على الأقسام المختلفة.
- التأكد من سلامة الممارسات الطبية وخاصة الاجراءات عالية الخطورة بالأقسام المختلفة.
- تقديم المشورة اللازمة للعاملين بجميع أقسام المنشأة فيما يتعلق بأعمال مكافحة العدوى لتحقيق سلامة المرضى والعاملين.

- عمل مراجعة تصحيحية للممارسات اليومية الخاصة بتقديم الرعاية للمريض والتي تهدف إلى الوقاية من العدوى.
- متابعة تطبيق نظام ترصد العدوى المكتسبة داخل المستشفى ومتابعة النتائج واستقراء البيانات والعمل على خفض معدلات العدوى بالتعاون مع رؤساء الأقسام المختلفة.
- تحديد معوقات تطبيق خطة مكافحة العدوى مع وضع مقترحات الحلول ورفعها إلى لجنة مكافحة العدوى بالمنشأة.
- إعداد وتنفيذ خطة تدريبية وتعليمية للعاملين بصورة منتظمة ومستمرة على مدار السنة بشأن كافة جوانب مكافحة العدوى.
- المشاركة في تنفيذ التدريب على رأس العمل بشأن ممارسات مكافحة العدوى داخل الأقسام المختلفة.
- متابعة توافر المستلزمات والمعدات اللازمة لمكافحة العدوى بالأقسام مع إبلاغ لجنة مكافحة العدوى بالمنشأة في حالة وجود أي عجز أو قصور لاتخاذ اللازم نحو توفير النواقص بكميات كافية لحجم العمل.
- تنفيذ إجراءات التقصي عند حدوث تفشي للعدوى بالتعاون مع الفريق الطبي وفريق التمريض بالمنشأة وإبلاغ لجنة مكافحة العدوى واتخاذ الخطوات التصحيحية اللازمة للحد من انتشار العدوى ومنع تكرار حدوثها مستقبلاً.
- متابعة برامج التطعيم الخاصة بمقدمي الخدمة الصحية وبرامج التعرض المهني للعدوى للفريق الصحي بالمنشأة.
- المشاركة بالرأي الفني في أعمال التجديدات والإنشاءات والمستلزمات بالمنشأة فيما يخص مكافحة العدوى.
- إعداد تقرير شهري بأنشطة مكافحة العدوى ومدى التزام العاملين بالتوصيات وعرض التقارير على لجنة مكافحة العدوى بالمنشأة مشتملة على التوصيات الخاصة بمكافأة المتميزين واتخاذ اللازم نحو المقصرين في تطبيق أنشطة واجراءات مكافحة العدوى من مقدمي الخدمة الطبية في الأقسام المختلفة.
- بالإضافة الى مهام السلامة والتي تشمل سلامة المرضى وسلامة العاملين، وسلامة المنشأة، وهذه المهام موضحة في دليل سلامة المرضى.

رابعاً: لجان مكافحة العدوى فى المنشآت الصحية:

1. لجنة مكافحة العدوى بالمستشفيات:

الملاحظات	الصفة	الأعضاء
	رئيساً	مدير المستشفى أو المدير الطبي.
	مقرر اللجنة	رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى
	عضواً	مدير التمريض
	عضواً	المدير الإداري
	عضواً	مدير المختبر
في المجمعات مدراء المستشفيات بدلا من رؤساء الاقسام	عضواً	رئيس الأقسام (باطنة، جراحة، أطفال، نساء وولادة)
	عضواً	مسؤول قسم العمليات
	عضواً	مسؤول قسم التعقيم المركزي
	عضواً	طبيب أمراض الأوبئة بالمستشفى
	عضواً	مسؤول تكنولوجيا المعلومات
	عضواً	مهندس طبي حيوي
	عضواً	صيدلي اكلينيكي

ويمكن للجنة الاستعانة بغيرهم من التخصصات الأخرى بما يتناسب مع حاجة العمل.

2. لجنة مكافحة العدوى لكل منطقة صحة الرعاية الأولية:

الملاحظات	الصفة	الأعضاء
	رئيساً	مدير المنطقة
	مقرر اللجنة	رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى
	عضواً	مشرف التمريض
	عضواً	المسؤول الإداري
	عضواً	صحة المرأة
	عضواً	طب الأسرة
	عضواً	طب الأسنان
	عضواً	رئيس قسم الصيدلية
	عضواً	رئيس قسم المختبر
	عضواً	طبيب أخصائي امراض جرثومية/وبائية
	عضواً	مسؤول قسم الخدمات والنظافة البيئية
	عضواً	مسؤول قسم المشتريات

ويمكن للجنة الاستعانة بغيرهم من التخصصات الأخرى بما يتناسب مع حاجة العمل.

• مهام ومسؤوليات لجنة مكافحة العدوى بالمنشأة الصحية:

- اعتماد ومراجعة الخطة السنوية لمكافحة العدوى على مستوى المنشأة تماشياً مع الخطة الوطنية.
- اعتماد السياسة العامة لمكافحة العدوى بالمنشأة.
- متابعة تطبيق أساليب وأنشطة مكافحة العدوى مع دعم أعمال قسم مكافحة العدوى بالمنشأة.
- مراجعة بيانات نظام الترصد للعدوى المكتسبة داخل المستشفى مع تحديد الإجراءات المطلوب اتخاذها بالأماكن التي تحتاج إلى تدخل.
- المساعدة وتوفير شراء المستلزمات والأجهزة اللازمة لتطبيق أنشطة مكافحة العدوى على مستوى المنشأة.
- حل المشكلات التي تعوق تطبيق أنشطة مكافحة العدوى.
- تسهيل ودعم تدريب العاملين (أطباء – تمريض – فنيين - عمال) في مجال مكافحة العدوى.
- الإبلاغ الفوري عن أي تفشي للعدوى بالمنشأة إلى إدارة المنشأة ووحدة السلامة ومكافحة العدوى والتنسيق معها والمشاركة في إجراءات التقصي والتعامل مع الحالات واتخاذ الإجراءات اللازمة.
- إرسال التقارير الدورية إلى إدارة المنشأة ووحدة السلامة ومكافحة العدوى شهرياً وعند الحاجة.

خامساً: موظف الاتصال:

يعمل موظف الاتصال في مختلف الأقسام داخل المنشأة الصحية كحلقة وصل بين أعضاء قسم السلامة ومكافحة العدوى والعاملين بالأقسام (على أن تكون موظف الاتصال هو رئيس القسم أو نائبه)

• مهام ومسؤوليات موظف الاتصال:

- متابعة تنفيذ التوصيات الخاصة بأنشطة مكافحة العدوى بالأقسام مع إرسال التغذية الراجعة إلى قسم السلامة ومكافحة العدوى.
- استيفاء نماذج الترصد الخاصة بالأقسام المختلفة تحت إشراف رؤساء الأقسام وإرسالها إلى قسم السلامة ومكافحة العدوى.
- الإبلاغ عن حدوث أي إصابة بالعدوى المكتسبة داخل القسم.
- تعزيز المفاهيم الخاصة بالسلامة ومكافحة العدوى بين كافة العاملين بالقسم.
- الإبلاغ عن حالات التعرض المهني للعدوى التي تحدث للفريق الصحي بالأقسام المختلفة، المشاركة في تنفيذ الخطط التصحيحية اللازمة بالتنسيق مع فريق مكافحة العدوى.
- الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة والاختفاء الطبية داخل القسم إلى قسم السلامة ومكافحة العدوى.
- رفع تقرير بالاحتياجات اللازمة من مستهلكات لتطبيق الاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى داخل القسم.
- وضع خطة سنوية لتدريب العاملين في القسم على أساسيات السلامة ومكافحة العدوى.

سادساً: الاحتياج من الكادر البشري لتأدية المهام المنوطة لهم بما يتناسب مع المنشأة الصحية:
ملاحظة: الاحتياج الموضح في التالي لا يشمل مهام السلامة وإنما فقط لمهام مكافحة العدوى.

1. المستشفيات:

❖ يتم تعيين ممارس واحد على الأقل لمكافحة العدوى لكل 100 سرير عادي بما في ذلك الأقسام الباطنة وأقسام الجراحة ... إلخ.

○ الاحتياج المطلوب توفيره بما يتناسب مع عدد الأسرة:

عدد أسرة المرضى	حتى 100	200 – 101	300 – 201	400 – 301	500 – 401	600 – 501
عدد طاقم مكافحة العدوى المطلوب	1	2	3	4	5	6

❖ يتم تعيين موظف واحد إضافي لمكافحة العدوى للأقسام الحرجة والتي تتمثل في أقسام الطوارئ وأقسام العناية المركزة مثل (العناية المركزة للكبار وقسم العناية المركزة للأطفال وقسم الحضانة وحدة عناية الحروق، ... إلخ).

○ الاحتياج المطلوب توفيره بما يتناسب مع عدد الأسرة الحرجة:

عدد الأسرة الحرجة	أقل من 30	59 – 30	89 – 60	119 – 90
العدد الإضافي المطلوب	0	1	2	3

❖ يتم تعيين موظف واحد إضافي لمكافحة العدوى لإجراء غسيل كلوي لعدد 100 يومياً.

○ الاحتياج المطلوب توفيره بما يتناسب مع عدد مرات الغسيل الكلوي:

عدد مرات الغسيل الكلوي يومياً	أقل من 100	200 – 101	300 – 201
العدد الإضافي المطلوب	0	1	2

أمثلة عن الاحتياج حسب سعة المستشفيات:

عدد الموظفين المطلوب	مثال (2)	عدد الموظفين المطلوب	مثال (1)	
5	495	2	150	السعة السريرية للمستشفى
2	60	0	25	العنايات المركزة والحضانة وقسم الطوارئ
1	50 سريراً (تعمل 3 نوبات) 150 جلسة غسيل كلوي يومياً	0	35 سريراً (تعمل نوبتين) 70 جلسة غسيل كلوي يومياً	وحدة غسيل الكلوي
8		2		المجموع

2. مراكز الرعاية الأولية.

➤ الاحتياج المطلوب توفيره بما يتناسب مع تصنيف مراكز الرعاية الصحية الأولية:
العيادات المصنفة المستوى الرابع:

عدد المراكز مستوى رابع	2-1	4 - 3	6 - 5	8 - 7
عدد طاقم مكافحة العدوى المطلوب	1	2	3	4

المستوى الثاني والثالث:

عدد المراكز مستوى ثاني أو ثالث	10 فأقل	20 - 11	30 - 21
عدد طاقم مكافحة العدوى المطلوب	1	2	3

- يتم متابعته جدول عمل الموظفين كل ثلاث شهور للتحقق من ظروف القسم إذا طرأ أي تغيير ويتم التغيير حسب وضع القسم وفقاً لنطاق الخدمات.

سابعاً: اللجنة الوطنية العليا للإشراف على مضادات الميكروبات

الأعضاء	الصفة	الملاحظات
الوزير أو وكيل الوزارة	رئيساً	
مدير وحدة السلامة ومكافحة العدوى	مقرر اللجنة	
مدير عام الصيدلة	عضواً	
مدير عام الرعاية الأولية	عضواً	
مدير عام المستشفيات	عضواً	
مدير وحدة الاجازة والتراخيص	عضواً	
مدير وحدة المختبرات وبنوك الدم	عضواً	
الخدمات الطبية العسكرية	عضواً	
منظمة الصحة العالمية	عضواً	
طبيب أخصائي امراض جرثومية/وبائيات اذا توفر (اذا لم يتوفر يتم الاستعانة بمستشار خارجي ذو خبرة في هذا المجال)	عضواً	
طبيب أخصائي امراض وبائيات ممثل للقطاع الخاص	عضواً	
ممثلين عن وزارة الزراعة والطب البيطري	عضواً	
ممثلين عن الجامعات	عضواً	
ممثلين عن نقابة الأطباء	عضواً	
ممثل عن نقابة الصيادلة	عضواً	

- مناقشة واقع مقاومة المضادات الحيوية ووضع المقترحات والتوصيات والحلول لتقليل مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية
- مناقشة خطة عمل وطنية بشأن التقليل من مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية من خلال برنامج الاشراف على مضادات الميكروبات
- توفير الدعم الاستراتيجي بشأن تدابير الاشراف على مضادات الميكروبات في إطار خطة العمل الوطنية وذلك بوضع برنامج الاشراف على مضادات الميكروبات ضمن الأولويات الأساسية لبرامج العمل الوطني
- توجيه خطة النظم الصحية على الصعيدين الوطني والعالمي الى الاستخدام الأمثل لمضادات الميكروبات.
- اصدار تقرير سنوي عن نسب مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية في المنشآت الصحية.

ثامنا: لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات بمرافق الرعاية الصحية

الأعضاء	الصفة	الملاحظات
مدير مرفق الرعاية الصحية أو المدير الطبي	رئيساً	
صيدلي أو طبيب برنامج الاشراف على مضادات الميكروبات	مقرر اللجنة	
طبيب (قائد فريق الاشراف على المضادات الحيوية) اخصائي امراض جرثومية/وبائيات إذا توفر (إذا لم يتوفر يتم الاستعانة بمستشار خارجي ذو خبرة في هذا المجال)	عضواً	
رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى	عضواً	
ممثل طاقم التمريض	عضواً	
ممثل طاقم الصيدلية	عضواً	
ممثل الطاقم الطبي في الأقسام المختلفة	عضواً	
ممثل الميكروبيولوجي	عضواً	
ممثل تكنولوجيا المعلومات	عضواً	
ممثل لجنة الادوية والعلاج	عضواً	

- يتم الاستعانة بموظفين حسب الحاجة للمساعدة في عمل اللجنة

الغرض من اللجنة

تتولى لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية اعمال المراقبة والتنسيق لتنفيذ برنامج الاشراف في المرفق والمراجعة، ويتضمن برنامج الاشراف أسلوباً منهجياً لتحسين استخدام مضادات الميكروبات للحد من وصف مضادات الميكروبات على نحو غير ملائم بهدف تقليل الآثار الضارة عن ذلك بما فيها مقاومة مضادات الميكروبات والتكاليف غير الضرورية

المسؤوليات والأنشطة

- (1) التواصل مع اللجان القائمة الأخرى (مثل لجنة الادوية والمداواة، ولجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها ولجنة سلامة المرضى).
- (2) تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات فيما يتعلق باستخدام مضادات الميكروبات
- (3) وضع خطة عمل ترويجية للمنشأة الصحية للإشراف على مضادات الميكروبات واعتمادها وتنفيذها وتضمن الخطة الاستخدام الأمثل لمضادات الميكروبات
- (4) ضمان وجود خطة التعليم والتدريب في مجال الاشراف على مضادات الميكروبات تستفيد منها الطواقم السريرية بالمنشأة

- (5) إضفاء الطابع الرسمي على فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية، وذلك برفع تقارير فريق الاشراف على لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات.
- (6) تعتمد تنفيذ أنظمة رصد استهلاك مضادات الميكروبات أو استعمالها ومقاومتها
- (7) اعتماد تنفيذ برنامج تعليمي في مجال وصف الادوية على النحو الملائم والاشراف على مضادات الميكروبات
- (8) تسهيل اعداد ونشر تقارير منتظمة تتضمن بيانات عن استعمال المضادات الحيوية.
- (9) وتبين التدخلات التي نفذها فريق الاشراف على مضادات الميكروبات

الفصل الرابع: مصادر وعوامل واسباب انتشار العدوى في المؤسسات الصحية

هناك مصدران يتم من خلالهما التقاط العدوى:

العدوى الداخلية (مصدر عدوى ذاتي): الميكروبات المقيمة الخاصة بالمريض بنفسه (الفلورا الطبيعية) واثناء اقامة المريض في المؤسسة الصحية قد يطرأ تغير على مستوى مناعته او تصل هذه الميكروبات الى المناطق المعقمة طبيعياً اثناء القيام ببعض الاجراءات الاختراقية كما هو الحال في اجراء عملية جراحية مما يؤدي الى حدوث التهابات.

العدوى الخارجية (مصدر عدوى خارجي): تأتي العدوى عن طريق وصول بعض الميكروبات الى جسم المريض من مصدر خارجي بطريقة مباشرة او غير مباشرة وغالباً ما تكون هذه الميكروبات مقاومة للمضادات الحيوية.

• الحواجز الطبيعية التي تقي من العدوى داخل الجسم

- **الجلد:** هو خط الدفاع الأول بشرط أن يكون سليماً.
- **الأغشية المخاطية:** تغطي الأغشية المخاطية بإفرازات طبيعية تقي الجسم من بعض الميكروبات التي قد تهاجم الجسم، كما أن الأغشية المخاطية عادة ما تغير وتبدل خلاياها للحفاظ على سلامتها، وتغطي الميكروبات المفيدة لجسم الانسان (Normal flora) الأغشية المخاطية وتقيها من البكتيريا الضارة الخارجية.
- **المناعة الذاتية المعتمدة على الأجسام المضادة:** وهي أجسام مضادة أو بروتينات تفرزها بعض خلايا الجسم، ووظيفتها الهجوم على الميكروبات المسببة للأمراض التي تدخل الجسم وتحول دون انتشارها في الجسم.
- **المناعة الخلوية:** تتحكم في هذا النوع من المناعة بعض أنواع خلايا الدم البيضاء التي تتولى تنسيق عملية مواجهة الميكروبات الغريبة عن الجسم، ولديها القدرة على تدمير الميكروبات المسببة للأمراض، حيث تهاجم هذه الخلايا الميكروبات مباشرة أو تحفز مواداً معينة (أجسام مضادة أو الإنترفيرون).

التحول من الاستعمار بالميكروبات الى العدوى

- تعتمد فرصة الإصابة بالعدوى من عدمها بعد التعرض للميكروبات على التفاعل بين هذه الميكروبات ودفاعات الجسم وليس كل من يصاب بالاستعمار الميكروبي سوف يصاب بالعدوى فقد يمثل أولئك الأشخاص الذين انتقلوا من مرحلة الاستعمار الميكروبي الى مرحلة العدوى جزءاً بسيطاً فقط من إجمالي الأفراد الحاملين للميكروب المسبب للمرض .

الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالعدوى في المستشفيات

- إن القيام ببعض الاجراءات الاختراقية كما هو الحال في اجراء عملية جراحية، أو إدخال قسطرة وريدية، أو إدخال قسطرة بولية، الخ...ممكن ان يؤدي الى اختراق الحواجز الطبيعية التي تحول دون العدوى وبالتالي تسهيل دخول الميكروبات وحدث هذه التهابات المكتسبة.
- يتمتع الأشخاص الاصحاء بمناعة طبيعية ضد العدوى، اما المرضى المصابون بنقص المناعة والاطفال حديثي الولادة والمسنون والأشخاص المصابون بأمراض مزمنة فهم اقل مقاومة للعدوى، ومن ثم فهم أكثر تعرضاً للإصابة بالعدوى بعد الاستعمار بالميكروبات لذلك نجد العاملين الاصحاء معرضون لخطر الإصابة بالعدوى ولكن بصورة اقل من المرضى.

سلسلة انتقال العدوى

- التعرف على كيفية انتشار العدوى والعوامل المساهمة في الانتشار أمر مهم في تطوير نهج لإجراءات وقائية قوية من الأمراض.
- "سلسلة العدوى" هي طريقة سهلة لتصوير طرق انتقال العدوى للتركيز على العدوى المكتسبة داخل المنشآت المرتبطة بالرعاية الصحية (HAI). توضح سلسلة العدوى الشروط الستة التي يجب أن تكون موجودة حتى تنتقل الميكروبات (الشكل 1)
- يجب أن يكون كل حالة أو رابط في سلسلة النقل موجوداً وبالترتيب التسلسلي الموضح حتى ينتشر الكائن الدقيق ويسبب العدوى.
- كسر أي رابط في السلسلة سيمنع حدوث العدوى، حيث أن أسهل طريقة لكسر السلسلة هي كيفية التعامل مع طريقة انتقال الميكروبات.



المكونات الستة لدورة انتقال المرض: لا تحدث العدوى إلا مع وجود العناصر الأساسية المؤدية إلى ذلك وهذه العناصر:

1. الميكروبات المسببة للعدوى (Infectious Agent)

الجراثيم التي يمكن أن تتسبب في الإصابة بالعدوى، وتشمل البكتيريا والفيروسات والبر وتوزوا والفطريات.

2. مصادر العدوى (Reservoir)

هو المكان الذي تعيش فيه الجراثيم وتنمو وتتكاثر، وقد تكون من الكائنات الحية أو مصادر أخرى (الإنسان، الحيوان، الماء، التربة، الأدوات)

3. أماكن خروج مسببات العدوى (Place of exit)

هي الطريقة التي تخرج منها العوامل المسببات للعدوى، ومن الممكن أن تكون الدورة الدموية أو الفتحات الموجودة بالجلد والأغشية المخاطية والجهاز التنفسي والبولي والتناسلي والهضمي.

4. وسيلة الانتقال (Mode of transmission)

هي الطرق التي تنتقل بها مسببات العدوى من مصدر العدوى إلى الشخص المعرض للإصابة، وتوجد خمسة طرق لانتقال مسببات العدوى وهي:

طريقة الانتقال	التعريف	أمثلة
التلامس	يعتبر التلامس من أهم طرق انتقال العدوى وأكثرها شيوعاً في المنشآت الصحية ويمكن تقسيمه إلى نوعين فرعيين	التلامس المباشر التلامس غير المباشر
أ. التلامس المباشر	انتقال الميكروبات نتيجة تلامس سطح جسم شخص مصاب بالمرض مع سطح جسم آخر عرضة للإصابة بذلك المرض	البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية
ب. التلامس غير المباشر	هو انتقال الميكروبات نتيجة تلامس المعرض للإصابة بالمرض مع أدوات ملوثة	المعدات والإبر والضمادات الطبية الملوثة أو الأيدي الملوثة للقائمين على خدمات الرعاية الصحية القفازات الملوثة التي لم يتم استبدالها عند التعامل مع المرضى
الرداذ	انتقال الميكروبات المسببة للمرض عن طريق الرذاذ الذي يحتوي على الميكروبات الناتجة عن الشخص مصدر العدوى أثناء قيامه بالتحدث أو العطس أو السعال أو الناتج عن بعض الإجراءات الطبية. وينتشر ذلك الرذاذ الملوث عبر الهواء لمسافة قصيرة لا تزيد عن 1-2 متر	إجراء منظار للشعب الهوائية أو أجهزة شفط السوائل من الجهاز التنفسي

	ويتم دخوله إلى جسم العائل عن طريق الفم أو الأنف أو الملتحمة	
عن طريق الهواء	ينتقل العامل المسبب للعدوى عبر نويات قطيرية صغيرة جداً (أقل من أو تساوي 5 ميكرون) تحتوي على كائنات دقيقة تظل معلقة في الهواء الذي يحملها لمسافات بعيدة. يقوم العائل المعرض للإصابة بالمرض باستنشاق تلك النويات الصغيرة، وتظل هذه النويات الصغيرة معلقة في الهواء لفترات زمنية متغيرة	الحصبة والدرن
العامل الوسيط الناقل	تنتقل الميكروبات المسببة للعدوى بطريقة غير مباشرة إلى العائل المعرض للعدوى عن طريق مادة ملوثة بالعامل المسبب للعدوى ومن هذه النواقل الطعام، الماء، الدم	السالمونيلا، فيروس التهاب الكبد (C،B) وفيروس العوز المناعي لدى الإنسان (HIV)، الكوليرا، والشيغلا
العائل الوسيط الناقل	تنتقل الميكروبات المسببة للمرض للعائل المعرض للإصابة عن طريق الحشرات وغيرها من اللافقاريات	البعوض الذي قد ينقل الملاريا والحمى الصفراء وحمى الوادي المتصدع، والبراغيث التي قد تنقل الطاعون

أين يمكن قطع حلقة انتقال العدوى؟

يجب أن يتم قطع حلقة انتقال العدوى عند نقطة معينة من الحلقة للحيلولة دون انتشار العدوى، وأسهل نقطة يمكن أن يتم قطعها هي وسيلة الانتقال، ويتم ذلك عن طريق اتباع الإجراءات المناسبة لمنع انتشار العدوى حيث يتم منع العوامل المعدية من الانتقال من الحاضنة إلى أي من الأشخاص المعرضين لخطر العدوى.

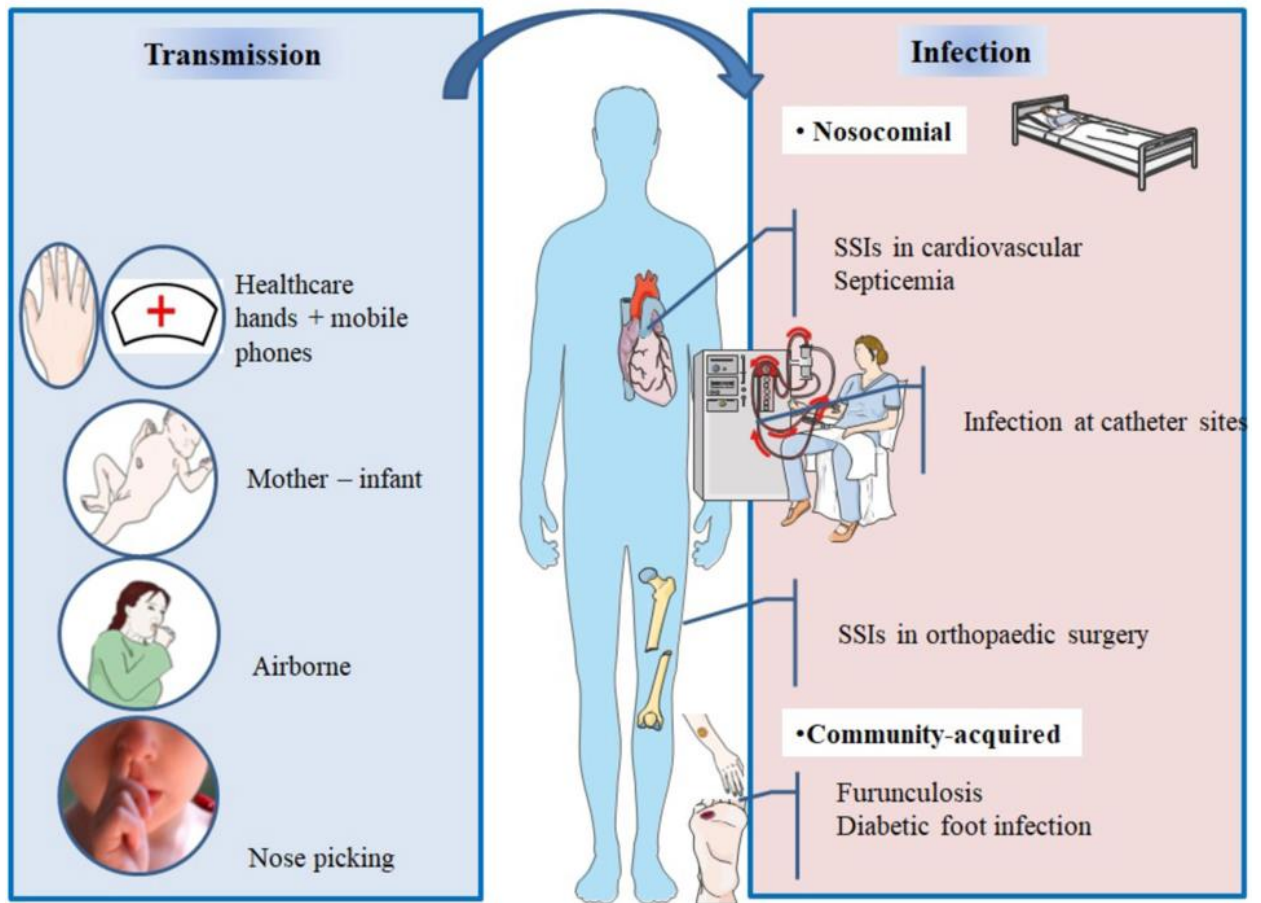
5. أماكن دخول مسببات العدوى (Place of entry)

الطريق الذي تسلكه مسببات العدوى لتدخل جسم العائل المعرض للإصابة، وقد تدخل عن طريق:

- مجرى الدم (من خلال مكان دخول الأجهزة للدم مثل: القساطر الوريدية والمحاقن)
- فتحات الجلد (مثال: الجروح السطحية والعميقة والطفح الجلدي وموضع الجراحة)
- الأغشية المخاطية (مثال: العيون والأنف والفم)
- الجهاز التنفسي (مثال: الشعب الهوائية والربتين)
- الجهاز البولي والتناسلي (مثال: المهبل ومجرى البول)
- الجهاز الهضمي (مثال: الفم وفتحة الشرج)

6. العائل المعرض للإصابة (Susceptible host)

وهو الشخص الذي يمكن أن يصاب بالعدوى عن طريق الميكروبات المسببة للمرض، وقد يكون هذا العائل هو المريض أو مقدم الرعاية الصحية أو الزوار وغيرهم من أفراد المجتمع، ويختلف العائل باختلاف العامل المسبب للمرض، ويساعد التطعيم ضد أنواع معينة من الميكروبات المسببة للعدوى في تقليل الإصابة بالأمراض التي تسببها هذه الميكروبات



الفصل الخامس:

الارشادات العملية للوقاية من العدوى ومكافحتها في المؤسسات الصحية



اسم السياسة:	الاحتياطات القياسية	رقم السياسة:	IPC-1
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	المنشآت الصحية والعاملين فيها	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 تعد الاحتياطات القياسية حجر الأساس في توفير الرعاية الصحية المأمونة وللحد من انتقال العدوي وحماية المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية ويجب أن تطبق مع جميع المرضى في أماكن الرعاية الصحية 1.2 تستخدم الاحتياطات القياسية لكسر سلسلة انتقال العدوى بالتزامن مع احتياطات العزل. 1.3 تعتبر هذه الاحتياطات القياسية احتياطات عامة تطبق اثناء رعاية جميع المرضى (بغض النظر عن التشخيص او حالة العدوى) من قبل جميع العاملين بالمنشأة الصحية بالإضافة الى التزام المرافقين والزوار 1.4 تشمل الاحتياطات القياسية علي: • نظافة اليدين • استخدام الواقيات الشخصية • النظافة التنفسية وآداب السعال • الأساليب المانعة للتلوث • ممارسات الحقن الآمن • معالجة المفروشات والأقمشة • إعادة معالجة الأدوات • تنظيف وتطهير بيئة المنشأة الصحية • إدارة النفايات الطبية		
2. السياسة:	2.1 يجب تطبيق هذه المجموعة من الاحتياطات القياسية لمنع انتقال مسببات الأمراض داخل المنشآت الصحية بين المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية والزوار والبيئة. 2.2 يجب اتباع الاحتياطات القياسية عند التعامل مع جميع المرضى		
3. الغرض:	3.1 الحد من مخاطر انتقال العدوي في المنشأة الصحية 3.2 حماية المرضى والعاملين والزوار والبيئة.		
4. مجال التطبيق:	4.1 تطبق هذه الاحتياطات القياسية في جميع مرافق المنشأة الصحية وعند التعامل مع جميع المرضى		
5. التعريفات:	الاحتياطات القياسية: هي الاحتياطات التي تهدف الى منع العدوى في المنشآت الصحية وحماية المرضى والعاملين والمتدربين والزوار		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية.		
7. المتابعة:	7.1 مسئول مكافحة العدوى 7.2 جميع رؤساء الأقسام		

يجب اتباع الاحتياطات القياسية عند التعامل مع جميع المرضى وعند التعرض للدم و/أو افرازات الجسم وتشمل:

8.1 نظافة اليدين: (راجع سياسة نظافة اليدين رقم...2- IPC)

8.1.1 أنواع غسل اليدين:

- أ. الغسل الروتيني لليدين:** هو إزالة الاتساخات والمواد العضوية والميكروبات المؤقتة وذلك بفرك الأيدي بالصابون العادي وشطفها جيدا بالماء الجاري حتى منطقة الرسغ لمدة 40 - 60 ثانية.
- ب. غسل اليدين الصحي:** هو غسل اليدين باستخدام المطهرات مثل (الايودوفورات الكلورهيكسدين) للقضاء على الميكروبات المؤقتة والتقليل من تواجد الميكروبات المستوطنة على اليدين أو استخدام المحلول الكحولي.
- ت. غسل اليدين الجراحي:** هو غسل اليدين أو فركهما بالمطهرات قبل التدخل الجراحي لمنع نمو الميكروبات السطحية والعميقة الموجودة على اليدين لفترة من الوقت، تتراوح مدة غسل اليدين من 3 - 5 دقائق.

8.1.2 مبادئ عامة:

- أ.** يجب على جميع مقدمي الخدمة الصحية الالتزام بنظافة الأيدي
- ب.** يتم استخدام الماء والصابون عند حدوث تلوث ظاهر لليدين أو (بالدم أو أحد سوائل الجسم).
- ت.** يتم استخدام الكحول أو الماء والصابون المطهر لنظافة الأيدي بين اجراء وآخر حسب اللحظات الخمس. (**غسل اليدين الصحي**)
- ث.** يجب المحافظة على الجلد ومنع حدوث أي تشققات باستخدام مرطب لليدين.
- ج.** تغطية أي جروح ظاهرة بالأيدي قبل أي اجراء.
- ح.** لا يتم استخدام الكحول كبديل عن غسل الأيدي بعد معاينة المرضى الذين يعانون من الاسهال (Viral Gastroenteritis أو Clostridium Difficile)

8.1.3 اللحظات الخمس لنظافة الأيدي:

- أ.** قبل ملامسة المريض
- ب.** قبل أي جراح طبي
- ت.** بعد ملامسة سوائل المريض
- ث.** بعد ملامسة المريض
- ج.** بعد ملامسة محيط المريض

8.2 استخدام الواقيات الشخصية:

- 8.2.1 تستخدم الواقيات الشخصية لعمل عازل ومانع بين افرازات المريض او جلده ومقدم الرعاية الصحية.
- 8.2.2 على مقدم الرعاية الصحية اختيار نوع الواقيات بحسب درجة التعرض للخطورة من قبل المريض او الافرازات الناتجة عنه بالإضافة الى نوع الاجراء المقدم للمريض.
- 8.2.3 يجب تغيير الواقيات الشخصية في حال ملامسة الواقيات للمريض بين كل مريض واخر مع مراعاة غسل أو فرك الأيدي بعد الخلع.
- 8.2.4 يتم ارتداء الواقيات الشخصية او خلعها حسب السياسة المعتمدة عند مغادرة وحدة المريض (**راجع سياسة الواقيات الشخصية رقم 3- IPC**).

8.3 استخدام الأساليب المانعة للتلوث (Aseptic technique) لمنع التعرض للعدوى

والتلوث:

- 8.3.1 استخدام الأساليب المانعة للتلوث هي مجموعة ممارسات للوقاية من العدوى ومكافحتها التي تستخدم لتقليل وجود الميكروبات المسببة للأمراض أثناء الإجراءات السريرية.
- 8.3.2 يجب أن يكون الهدف من كل إجراء سريري هو عدم إلحاق أذى بالمريض من خلال الحفاظ على التعقيم في جميع الأوقات عن طريق حماية أجزاء الجسم وأماكن ومواقع رئيسية من التلوث بالميكروبات بواسطة الملامسة.
- 8.3.3 يعتبر الالتزام بنظافة اليدين بشكل جيد وفي الوقت الصحيح الإجراء الوحيد الأكثر أهمية لمنع انتقال العدوى في أماكن الرعاية الصحية.
- 8.3.4 إن الطريقة الأكثر أماناً لحماية جزء أو موقع رئيسي معقم من التلوث هي استخدام تقنية عدم اللمس للجزء الموقع المراد التعامل معه.
- 8.3.5 يجب ارتداء القفازات المعقمة في حالة الحاجة إلى لمس جزء رئيسي أو موقع رئيسي، أو إذا كان من المحتمل أن يتم لمسه عن طريق الخطأ، أثناء الإجراء. خلاف ذلك، يمكن استخدام قفازات غير معقمة.
- 8.3.6 خلال جميع الإجراءات، يجب تحديد الأجزاء الرئيسية والمواقع الرئيسية وحمايتها من التلوث.
- 8.3.7 يجب تعقيم الأجزاء الرئيسية غير المعقمة قبل استخدامها في إجراء معقم.
- 8.3.8 قبل القيام بإجراء معقم، يحتاج الأطباء إلى التأكد من عدم وجود مخاطر بيئية للإجراء تؤدي إلى التلوث.
- 8.3.9 يجب أن يتم اختيار المجال المعقم (المكان المناسب للإجراء) مثل غرفة العمليات لضمان حماية الأجزاء الرئيسية والمواقع الرئيسية.

8.4 النظافة التنفسية وآداب السعال:

- 8.4.1 تغطية الفم والأنف بالمناديل عند العطس والسعال والتخلص منها فوراً أو استخدام المرفق عن طريق ثني الذراع.
- 8.4.2 غسل اليدين فوراً بعد التلامس مع الإفرازات.
- 8.4.3 ارتداء الكمامة في حال الاشتباه بأمراض تنفسية.
- 8.4.4 ترك مسافة لا تقل عن 1 متر عن الشخص المصاب بالأعراض.

8.5 ممارسات الحقن الآمن (راجع سياسة الحقن الآمن رقم 6-IPC)

- 8.5.1 يمنع استخدام سرنجة واحدة لأكثر من مريض حتى لو تم تغيير الإبرة (النيدل).
- 8.5.2 يجب استخدام جهاز محلول أو وصلة المحلول المعقمة لمريض واحد.
- 8.5.3 يجب تطهير فوهة العبوة متعددة الجرعات في كل مرة يتم سحب العلاج منها باستخدام الكحول 70%.
- 8.5.4 يجب عدم ترك أي علاج أو عبوات متعددة الجرعات عند وحدة المريض بل تحفظ في مكان خاص أو يتم التخلص منها حسب تعليمات الجهات المختصة.
- 8.5.5 يفضل استخدام عبوات العلاجات والمحاليل أحادية الاستخدام وفي حال عدم توفرها يجب تطهير فوهة العبوة متعددة الاستخدام بالكحول 70% قبل كل استخدام.

- 8.5.6 يتم التخلص من كل الأدوات الحادة (المشارط – الإبر) الملوثة بدم المريض ولعابه على أنها معدية،
- 8.5.7 يمنع إعادة تغطية أو كسر أو ثني أي إبرة بعد استعمالها بل يتم التخلص من الإبرة والحقنة (السرنية) كوحدة واحدة في الصندوق الآمن مباشرة.
- 8.5.8 يجب عدم تغطية سن الإبرة (النيذل) إلا عند الحاجة الماسة وذلك باستخدام طريقة اليد الواحدة أو باستخدام الإبر ذاتية الإغلاق
- 8.5.9 يجب وضع الحقن والإبر المستخدمة لمرة واحدة المشارط والأدوات الحادة الأخرى في حاويات مناسبة مقاومة للثقب (الصندوق الآمن) في أقرب مكان ممكن من المنطقة التي تستخدم فيها الأدوات.

8.6 معالجة المفروشات والأقمشة (راجع سياسة المفروشات والأقمشة رقم 7-IPC...):

- 8.6.1 يجب جمع المفروشات والأقمشة بطريقة آمنة تضمن عدم حدوث تلامس بين الموظف والمفروشات المتسخة.
- 8.6.2 يتم نقل المفروشات من الأقسام إلى المغسلة في أكياس غسيل خاصة ومغلقة على عربات مخصصة أو من خلال ممر خارجي مغلق يوصل الأكياس إلى المغسلة.
- 8.6.3 توضع المفروشات المبللة في كيس غسيل غير منفذ للسوائل ويتم إغلاقه بإحكام.
- 8.6.4 لا يتم وضع الأقمشة المتسخة على الأرض أو الأثاث بل توضع مباشرة في كيس الغسيل.
- 8.6.5 لا يتم غسل أو نقع الأقمشة المستخدمة عند وحدة المريض.
- 8.6.6 يجب ألا يمتلئ كيس الغسيل لأكثر من ثلثي سعته.
- 8.6.7 يجب أن يبقى كيس الغسيل مغلقاً عند نقله للمغسلة.
- 8.6.8 يجب أن يتم نقل الأقمشة النظيفة بطريقة تحمي الأقمشة من الغبار والبلل أثناء التخزين والنقل.

8.7 إدارة النفايات الطبية:

- 8.7.1 يتم التخلص من النفايات الطبية عند وحدة المريض مباشرة.
- 8.7.2 يتم تغيير الأكياس عند الامتلاء (ثلثي سعتها) وعند الحاجة.
- 8.7.3 يتم إغلاق كيس النفايات بطريقة (رقبة الإوزة).
- 8.7.4 يتم حمل الكيس بعيداً عن الجسم لمنع تعرض العاملين للتلوث والعدوى.
- 8.7.5 يتم وضع ملصق خاص للنفايات الطبية يكتب عليه اسم القسم وتاريخ الجمع.
- 8.7.6 يتم تخزين النفايات الطبية في مكان جيد التهوية لمنع الروائح الكريهة.
- 8.7.7 يجب متابعة الالتزام بالفرز اللوني في الأقسام

8.8 إعادة معالجة الأدوات:

- 8.8.1 يتم تنظيف وتعقيم الأدوات مباشرة بعد الانتهاء من الإجراء الطبي.
- 8.8.2 يتم اختيار طريقة التطهير التي بناء على طبيعة الأدوات المستخدمة ودرجة التلوث الناجمة بعد استخدامها مباشرة حسب تعليمات الشركة المصنعة بحيث لا يعرض الأداة للتلف وضمان تطهيرها.

8.8.3 التعامل بحرص مع الأدوات الطبية الملوثة وارتداء الواقيات الشخصية المناسبة عند عملية التنظيف والتطهير لتجنب التعرض للسوائل. 8.8.4 يتم تنظيف الأدوات بالمحلول الانزيمي أو بالماء والصابون لإزالة التلوث الظاهر على الأدوات وهو كاف لإزالة 80% من التلوث قبل كل عملية تطهير أو تعقيم. 8.8.5 يتم تنظيف وإعادة معالجة جميع المعدات الطبية القابلة لإعادة الاستخدام (على سبيل المثال: جهاز قياس نسبة السكر في الدم وأجهزة قياس الضغط، والأدوات الجراحية، والمناظير) بشكل مناسب قبل استخدامها مع مريض آخر. 8.8.6 يجب تنظيف المعدات الطبية القابلة لإعادة الاستخدام وإعادة معالجتها وفقًا للبروتوكولات العامة للتطهير والتعقيم كما يلي: • إذا لم تكن متسخة بشكل واضح، تُمسح الأسطح الخارجية للمعدات الكبيرة المتنقلة (على سبيل المثال: كاسيت الأشعة السينية ومجسات الموجات فوق الصوتية) التي تم استخدامها في غرفة العزل مع مطهر معتمد عند إزالتها من غرفة المريض أو منطقته. • يعد التنظيف والتطهير المناسبين لمعدات التنفس القابلة لإعادة الاستخدام أمرًا ضروريًا في رعاية المرضى المنومين. • إتباع توصيات الشركة المصنعة لاستخدام المطهرات والتعامل معها وفترة الاستخدام ومدة التلامس • يتم غسل اليدين قبل وبعد عملية التنظيف والتطهير. 8.9 تنظيف وتطهير بيئة المنشأة الصحية: 8.9.1 يتم تنظيف غرفة المريض ووحدته تنظيف روتيني يومي للتخلص من الغبار بواسطة المسح. 8.9.2 يجب المحافظة على تنظيف غرفة المريض والأدوات المستخدمة يوميًا حسب جدول التنظيف، وعند خروج المريض 8.9.3 يتم تنظيف المكاتب الإدارية تنظيف روتيني. 8.9.4 يمنع استخدام الكنس الجاف في أماكن رعاية المرضى. 8.9.5 يفضل استخدام الماء الساخن ومواد التنظيف لتنظيف بيئة العمل. 8.9.6 لا يتم عمل مسحات بكتيرية للبيئة بشكل روتيني الا في حال ظهور تفشي. 8.9.7 يتم التعامل مع الانسكابات مباشرة. 8.9.8 يتم تنظيف غرف العزل بالمطهر المعتمد بشكل يومي. 8.9.9 يتم تطهير الأماكن كثيرة التلامس باستمرار بالمطهر المعتمد وبعد كل تلوث ظاهر. 8.9.10 يتم مسح المواد الكيميائية المطهرة المستخدمة بعد التأكد من مرور وقت التلامس المطلوب حسب تعليمات الشركة المصنعة.	
ملصق الاحتياطات القياسية	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020 • GCC infection prevention and control manual 3rd Edition	10. المراجع

اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع العاملين في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	7 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 تعتبر نظافة اليدين من أهم الإجراءات التي تمنع انتشار العدوى داخل المنشآت الصحية وقد أشارت دراسات عديدة الى أهمية نظافة اليدين في منع انتشار العدوى داخل المنشأة الصحية فان من أهم الخطوات التي يجب اتباعها لتحقيق هذه الغاية هو الالتزام الأمثل للعاملين في المنشآت الصحية بنظافة اليدين، حيث أشارت الدراسات انه يمكن ان تحد نظافة الايدي نحو 80% من انتشار العدوى المصاحبة للخدمة الصحية. كما أشارت دراسات أخرى أن 40% فقط من العاملين في المنشآت الصحية ملتزمون بسياسات غسل اليدين. 1.2 تنقسم جراثيم الجلد الى قسمين أساسيين: أ. الجراثيم المقيمة او المستوطنة (Resident flora) ب. الجراثيم العابرة (Transient flora)		
2. السياسة:	2.1 التزام العاملين بنظافة الأيدي بطريقة صحيحة تبعاً لنوع الإجراء المستخدم مع المريض		
3. الغرض:	3.1 التأكيد على أهمية نظافة اليدين وضرورة إلزام العاملين باعتباره الإجراء الأكثر فعالية لخفض نسبة العدوى التي تنتقل عن طريق الأيدي لحماية العاملين والمرضى والمجتمع.		
4. مجال التطبيق:	4.2 يُطبق هذا الإجراء من قبل جميع العاملين والمرضى والزوار في المنشأة الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 الجراثيم المقيمة المستوطنة: (Resident flora) هي الجراثيم التي تستوطن الطبقات العميقة من الجلد التي لا يمكن إزالتها باستخدام الصابون والمنظفات العادية بل ينبغي استخدام أحد المنتجات التي تحتوي على مضادات البكتيريا للقضاء عليها أو إيقاف نشاطها مثل (جراثيم البكتيريا العنقودية) 5.2 الجراثيم العابرة (Transient flora): هي الجراثيم التي تستوطن الطبقات السطحية من الجلد والتي تلتصق بالجلد عند التلامس المباشر أو غير المباشر مع المريض أو الأجهزة أو البيئة المحيطة وهي تعيش فترة وجيزة وتعد سبب لنقل العدوى في المنشآت الصحية ويمكن إزالتها عن طريق التنظيف البسيط والفعال لليدين 5.3 غسل اليدين الصحي (Antiseptic Hand Washing): غسل اليدين بالماء والصابون، أو غيرها من المواد التي تحتوي على عامل مطهر. 5.4 تطهير اليدين (Hand Rubbing): فرك اليدين بمطهر كحولي للحد من نمو الكائنات الحية الدقيقة أو تثبيطه دون الحاجة للمياه ولا يتطلب أي شطف أو تجفيف. 5.5 غسل اليدين الجراحي (Surgical Hand Washing): هو غسل اليدين أو فركهما بالمطهرات قبل التدخل الجراحي لمنع نمو الميكروبات السطحية والعميقة لفترة من الوقت. 5.6 MRSA: Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 جميع العاملين والمرضى في المنشأة الصحية.		

7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 جميع رؤساء الأقسام والمشرفين في المنشأة الصحية	7. المتابعة:
8.1 مبادئ عامة: 8.1.1 يجب على مقدمي الرعاية الصحية الالتزام بنظافة الأيدي باستخدام الكحول أو الصابون والماء في الحالات السريرية التالية: ● مباشرة قبل لمس المريض ● قبل القيام بالإجراءات التداخلية بمهمة مطهرة (على سبيل المثال: تركيب كانيولا) ● قبل الانتقال من العمل في موقع الجسم المتسخ إلى موقع الجسم النظيف على نفس المريض ● بعد لمس المريض أو محيط المريض ● بعد ملامسة الدم أو سوائل الجسم أو الأسطح الملوثة 8.1.2 بالإضافة إلى ذلك، هناك لحظات يوصى فيها أيضاً بغسل اليدين: ● عند دخول القسم وقبل بدء العمل اليومي وبعد نهايته. ● عند اعداد الطعام والشراب وقبل وبعد تناوله. ● بعد لمس الأسطح البيئية المحتمل تلوثها. ● بعد استعمال الحمام ● عندما تكون الأيدي متسخة بشكل واضح ● مباشرة بعد خلع القفازات. After removing gloves. 8.1.3 في حال كانت الأيدي نظيفة ظاهرياً يفضل فرك الأيدي بالكحول على استعمال الماء والصابون في معظم الحالات السريرية حيث أشارت الأدلة العلمية على فعالية استخدام المطهر الكحولي مقارنة بالماء والصابون. فرك اليد عموماً هي وسيلة فعالة لتنظيف اليدين. 8.1.4 يفضل استخدام الصابون المطهر على الصابون العادي في الحالات التالية: ● قبل التدخلات الجراحية ● عند التعامل مع مرضى العناية المركزة ● عند التعامل مع المرضى المصابين بالجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية مثل: جرثومة MRSA أو غيرها من الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية. (راجع سياسة: Antimicrobial Resistance). 8.2 طريقة غسل اليدين الصحي: بواسطة الماء والصابون مدة الإجراء: من 40 إلى 60 ثانية 8.2.1 اخلع جميع الحلي في اليدين والمعصمين قبل البدء بالإجراء 8.2.1 بلل اليدين بالماء. 8.2.2 ضع مقداراً من الصابون يكفي لتغطية اليدين معاً. 8.2.3 أفرك اليدين بدعك الراحتين. 8.2.4 أفرك ظهر اليد اليسرى براحة اليد اليمنى مع تشبيك الأصابع ثم افعل نفس الشيء باليد اليمنى. 8.2.5 تخليل الأصابع بالماء وشبكهما مع فرك الراحتين. 8.2.6 أفرك بظهر أصابع اليد اليمنى راحة اليد اليسرى، وظهر أصابع اليد اليسرى	8. الإجراءات:

- براحة اليد اليمنى مع قبض الأصابع .
- 8.2.7 أفرك ظهر الكف الأيمن بإبهام اليد اليسرى بشكل دائري ثم أفرك ظهر الكف الأيسر بإبهام اليد اليمنى .
- 8.2.8 أفرك راحة اليد اليمنى بحركة دائرية إلى الخلف وإلى الأمام بحيث تشتبك أصابع اليد اليمنى براحة اليد اليسرى والعكس بالعكس .
- 8.2.9 أشطف يديك بالماء .
- 8.2.10 جفّف اليدين جيداً بمنشفة تستخدم لمرة واحدة فقط .
- 8.2.11 استخدم المنشفة لغلق الصنبور.

8.3 طريقة غسل اليدين الصحي: الفرك بواسطة المحلول الكحولي

مدة الإجراء من ٢٠ الى ٣٠ ثانية

- 8.3.1 اخلع جميع الحلي في اليدين والمعصمين قبل البدء بالإجراء
- 8.3.1 املاً راحة إحدى يديك بالمستحضر وورّعه على كلتا اليدين .
- 8.3.2 أفرك اليدين بدعك الراحيتين . معا
- 8.3.3 أفرك ظهر اليد اليسرى براحة اليد اليمنى مع تشبيك الأصابع ثم افعل الشيء نفسه باليد اليمنى .
- 8.3.4 خلل الأصابع بالماء وشبكهما مع فرك الراحيتين.
- 8.3.5 أفرك ظهر أصابع اليد اليمنى مع راحة اليد اليسرى، وظهر أصابع اليد اليسرى مع راحة اليد اليمنى مع قبض الأصابع .
- 8.3.6 أفرك إبهام اليد اليسرى بشكل دائري براحة اليد اليمنى وكرّر نفس العملية بالنسبة لإبهام اليد اليمنى.
- 8.3.7 أفرك اليد اليمنى بحركة دائرية إلى الخلف وإلى الأمام بحيث تشتبك أصابعها براحة اليد اليسرى والعكس بالعكس .
- 8.3.8 عندما تجف يدك، تصبح آمنة لتقديم الرعاية.

8.4 غسل اليدين الجراحي

8.4.1 أوقات غسل اليدين الجراحي

يلزم القيام بغسل اليدين الجراحي بالمطهرات:

- قبل إجراء أي تدخل جراحي
- قبل العمليات الجراحية
- قبل التدخلات الاختراقية ذات الخطورة العالية مثل:
 - ✓ تركيب القسطرة الوريدية المركزية.
 - ✓ تركيب قسطرة سائل النخاع الشوكي
 - ✓ تركيب الأنبوبة الصدرية

8.4.2 خطوات غسل اليدين الجراحي بواسطة الماء والصابون المطهر

- 8.4.2.1 إخلع جميع الحلي من اليدين والمعصمين.
- 8.4.2.2 بلّل اليدين والساعدين تماماً إلى أعلى مستوى المرفق.

8.4.2.3 نظّف أسفل كل ظفر من الأظافر وحول قاعدته، يُحظر استخدام الفرشاة الخشنة لتنظيف الأظافر حيث أنها تتسبب في التهابات الجلد مما يساعد على إنتقال العدوى.

8.4.2.4 ضع مادة مطهرة (مما سبق ذكره) على اليدين والساعدين إلى المرفق مع رفع اليدين إلى أعلى فوق مستوى المرفق وبحركة دائرية، إبدأ عند أطراف الأصابع في إحدى اليدين ثم كرر الاجراء على اليد الأخرى ثم افرك بين الأصابع واستمر من أطراف الأصابع إلى المرفق.

8.4.2.5 واصل الغسل لمدة 5 دقائق على الأقل قبل أول عملية في اليوم ولمدة 2-5 دقائق على الأقل قبل العمليات التالية.

8.4.2.6 اشطف كل ذراع على حدة بدءاً بأطراف الأصابع مع رفع اليدين أعلى مستوى المرفق.

8.4.2.7 استخدم منشفة معقمة للتجفيف. استخدم أحد جانبي المنشفة لتجفيف إحدى اليدين والجانب الآخر من المنشفة لتجفيف اليد الأخرى.

8.4.2.8 اجعل اليدين فوق مستوى الخصر ولا تلمس أي شيء قبل لبس الرداء المعقم والقفاظات الخاصة بالجراحة.

8.4.3 خطوات فرك اليدين الجراحي بواسطة المحلول الكحولي

مدة الإجراء من ٦٠ الى ٩٠ ثانية

8.4.3.1 إخلع جميع الحلي من اليدين والمعصمين

8.4.3.1 قم بوضع 5 ملل من المحلول في كف اليد اليسرى، استخدم مرفق اليد اليمنى بالضغط على مضخة علبة الكحول

8.4.3.2 ضع أطراف أصابع اليد اليمنى في المحلول الكحولي لإزالة التلوث تحت الأظافر

8.4.3.3 افرك المطهر الكحولي على ذراع اليد اليمنى حتى تصل الى ٥ سم فوق المرفق

8.4.3.4 تأكد من وصول المطهر الى جميع المناطق المراد فركها وبحركة دائرية حول الذراع حتى يجف المحلول (10-15 ثانية)

8.4.3.5 قم بتوزيع المحلول على الساعد الايمن الى المرفق، تأكد من أنه تمّ تغطية كل الجلد باستخدام الحركة الدائرية حتى يجف المحلول (10-15 ثانية)

8.4.3.6 يتم وضع 5 ملل من الكحول في كف اليد اليمنى باستخدام مرفق اليد الأخرى للضغط على المضخة

8.4.3.7 ضع أطراف أصابع اليد اليسرى في المحلول الكحولي لإزالة التلوث تحت الأظافر (5 ثواني)

8.4.3.8 قم بتوزيع الكحول على الساعد الايسر حتى المرفق تأكد من أنه تمّ تغطية كل الجلد باستخدام الحركة الدائرية حتى يجف الكحول

8.4.3.9 ضع حوالي 5 ملل من الكحول باستخدام مرفق الذراع الايمن على مضخة علبة الكحول وذلك كلتا اليدين حتى الرسغ (20-30 ثانية)

8.4.3.10 افرك المطهر الكحولي على ذراع اليد اليسرى حتى تصل الى ٥ سم فوق المرفق

8.4.3.11 تأكد من وصول المطهر الى جميع المناطق المراد فركها وبحركة دائرية حول الذراع حتى يجف المحلول (10-15 ثانية)

8.4.3.12 تأكد من إتمام جميع خطوات فرك اليدين الصحي حسب الخطوات التالية:

- افرك باطن اليد اليمنى بباطن اليد اليسرى للأمام وللخلف مع تشبيك الأصابع
- افرك ظهر اليد اليسرى بباطن اليد اليمنى بالإضافة الى الرسغ، حرّك اليد اليمنى اليسرى للأمام وللخلف والعكس بالعكس .
- تأكد من تغطية جميع أسطح اليدين بالكامل بالمحلول المستخدم حتى تصل الى الرسغ، افرك راحتي اليدين ببعضهما بحركة دائرية
- افرك ظهر أصابع اليد اليمنى مع راحة اليد اليسرى، وظهر أصابع اليد اليسرى مع راحة اليد اليمنى مع قبض الأصابع .
- افرك إبهام اليد اليسرى بشكل دائري براحة اليد اليمنى وكرّر نفس العملية بالنسبة لإبهام اليد اليمنى.
- عندما تجف يديك، باستطاعتك ان ترتدي ملابس العمليات

8.5 مبادئ عامة أخرى:

- 8.5.1 يجب توفير الأدوات والأحواض والمستلزمات المطلوبة لغسل اليدين (الصابون، المواد المطهرة، ادوات التجفيف).
- 8.5.2 يجب أن تكون الأحواض مخصصة لغسيل اليدين فقط وليس لأعمال أخرى مثل غسيل الأدوات أو سكب سوائل الجسم.
- 8.5.3 يجب غسل اليدين قبل ارتداء القفازات حيث أن استخدام القفازات لا يعتبر بديلاً آمناً عن غسل اليدين.
- 8.5.4 يجب خلع المجوهرات وساعة اليد لضمان تنظيف كافة أجزاء اليدين وتجنب تمزق القفازات.
- 8.5.5 يجب أن تكون الأظافر قصيرة وغير مطلية بطلاء الأظافر ويمنع استخدام أظافر صناعية.
- 8.5.6 يجب تغطية الجروح في حال وجود أي التهابات أو تشققات جلدية في اليدين أو الأظافر.
- 8.5.7 يمكن استخدام مرطبات اليدين لتجنب جفاف اليدين.
- 8.5.8 يجب تدريب جميع العاملين على نظافة اليدين.
- 8.5.9 الامتنال للإجراءات التي يتوجب فيها استخدام القفازات
- 8.5.10 قد يحدث تلوث اليد نتيجة لثقوب صغيرة لم يتم اكتشافها في قفازات الفحص
- 8.5.11 قد يحدث التلوث أثناء إزالة القفازات
- 8.5.12 ارتداء القفازات لا يعتبر بديل عن نظافة اليدين
- 8.5.13 عدم إزالة القفازات بعد رعاية المريض قد يؤدي إلى انتقال الميكروبات الدقيقة ونقل العدوى من مريض إلى آخر

8.6 البرامج التعليمية والتحفيزية للعاملين في مجال الرعاية الصحية

- 8.6.1 في برامج تعزيز نظافة اليدين، يجب التركيز بشكل خاص على العوامل التي يتبين حالياً أن لها تأثيراً كبيراً على السلوك، وليس فقط على نوع منتجات نظافة اليدين. ويجب أن تكون الاستراتيجيات متعددة الأوجه ومتعددة الوسائط وأن تشمل التعليم والدعم التنفيذي رفيع المستوى للتنفيذ.

8.6.2 يجب تثقيف مقدمي الخدمة الصحية حول نوع أنشطة رعاية المرضى التي يمكن أن تؤدي إلى تلوث اليدين وحول مزايا وعيوب الطرق المختلفة المستخدمة لتنظيف أيديهم 8.6.3 يجب مراقبة مدى التزام مقدمي الخدمة الصحية بممارسات نظافة اليدين الموصى بها وتزويدهم بنتائج تقييم الأداء	
8.7 <u>المسؤوليات الحكومية والمؤسسية</u> 8.7.1 لمديري الرعاية الصحية 8.7.1.1 من الضروري أن يضمن المسؤولون أن تكون الظروف مواتية لتعزيز استراتيجية متعددة الوسائط ونظافة اليدين متعددة الوسائط ونهج يعزز ثقافة سلامة المرضى. 8.7.1.2 يجب تسهيل وصول مقدمي الخدمة الصحية إلى إمدادات مياه آمنة ومستمرة في جميع المنافذ والوصول إلى المرافق اللازمة لغسل اليدين 8.7.1.3 يجب تزويد مقدمي الخدمة الصحية بمطهر كحولي لفرك اليدين بطريقة يمكن الوصول إليه بسهولة في أماكن رعاية المرضى 8.7.1.4 جعل تحسين الالتزام بنظافة اليدين (الامتثال) أولوية مؤسسية وتوفير الدعم الإداري والموارد المالية ولدعم نظافة اليدين وغيرها من أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها 8.7.1.5 ضمان تخصيص لكافة مقدمي الخدمة الصحية وقتاً للتدريب على مكافحة العدوى، بما في ذلك جلسات حول نظافة اليدين 8.7.1.6 تنفيذ برنامج متعدد التخصصات ومتعدد الأوجه ومتعدد الوسائط يهدف إلى تحسين التزام مقدمي الخدمة الصحية بالممارسات الموصى بها في مجال نظافة اليدين 8.7.1.7 فيما يتعلق بنظافة اليدين، تأكد من فصل إمدادات المياه عن الصرف الصحي في إطار الرعاية الصحية. 8.7.2 للحكومات الوطنية 8.7.2.1 جعل تحسين الالتزام بنظافة اليدين أولوية وطنية والنظر في توفير برنامج تنفيذ ممول ومنسق، مع ضمان الرصد والاستدامة على المدى الطويل 8.7.2.2 دعم تعزيز قدرات مكافحة العدوى في إطار بيئات الرعاية الصحية 8.7.2.3 تعزيز نظافة اليدين على مستوى المجتمع المحلي لتعزيز كل من الحماية الذاتية وحماية الآخرين	
9.1 مرفق رقم 1 : اللحظات الخمسة لغسل الأيدي 9.2 مرفق رقم 2 : غسل اليدين الروتيني 9.3 مرفق رقم 3 : غسل اليدين الصحي: بواسطة الماء و الصابون المطهر 9.4 مرفق رقم 4 : غسل اليدين الصحي: الفرك بواسطة المحلول الكحولي 9.5 مرفق رقم 5 : غسل اليدين الجراحي : بواسطة الماء و الصابون المطهر 9.6 مرفق رقم 6 : فرك اليدين الجراحي: بواسطة المحلول الكحولي 9.7 مرفق رقم 7 : أداة تدقيق لنظافة وطهارة اليدين	9 المرفقات

نسبة التزام الكوادر بنظافة اليدين بتطبيق نموذج المراقبة	10 مؤشرات الأداء
• الدليل الأردني لمكافحة العدوى 2017 (دليل ضبط العدوى في مؤسسات الرعاية الصحية) • سياسات مكافحة العدوى بالمنشآت الصحية (USAID) • الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020 • Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force • WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge: Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization 2009 ISBN-13: 978-92-4-159790-6	11 المراجع

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	الأقسام والعاملين في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	8 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 أدوات الوقاية الشخصية تعمل على وقاية العاملين في المنشأة الصحية من خطورة تعرض الجلد، الأغشية المخاطية، أو الجهاز التنفسي للإصابة بمسببات الأمراض وكما أنها توفر الحماية للعاملين من المخاطر الأخرى المنتشرة في بيئة المنشأة الصحية مثل التعرض للمواد الكيميائية ولا تقتصر فائدة الواقيات الشخصية على حماية العاملين فقط بل تستخدم أيضا لحماية المرضى من العدوى عند خضوعهم للإجراءات التداخلية مثل تركيب قسطرة وريد مركزي أو إجراء عملية جراحية وغيرها. 1.2 يعتمد إختيار أدوات الوقاية الشخصية على درجة خطورة تعرض العاملين للتلوث بالدم وسوائل الجسم والافرازات الأخرى اثناء تقديم الرعاية الصحية، كما يجب أن يعتمد استخدامها على تقييم مخاطر إنتقال العدوى بين العاملين في المنشأة الصحية والمرضى وبيئة العاملين بالمنشأة بصورة عامة.		
2. السياسة:	2.1 إلتزام العاملين في المنشأة الصحية بارتداء الواقيات الشخصية المناسبة أثناء الرعاية الصحية		
3. الغرض:	3.1 تقديم الرعاية الصحية الأمانة التي تساهم في حماية كلاً من مقدمي الرعاية الصحية والمرضى والمجتمع 3.2 تقليل خطر إنتقال العدوى داخل المنشأة الصحية.		
4. مجال التطبيق:	4.1 تطبق هذه السياسة على جميع العاملين في المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1 <u>القفازات المعقمة (Sterile Gloves):</u> هي قفازات لا تستعمل إلا لمرة واحدة فقط كما أن كل زوج يكون مغلفاً على حدة، وتستخدم هذه القفازات عندما يتطلب الإجراء الطبي اختراق دفاعات الجسم المعقمة مثل اختراق الجلد أو ملامسة الأغشية المخاطية والأنسجة المختلفة، كما في العمليات الجراحية أو تركيب قسطرة بول أو تركيب قسطرة وريدية مركزية وعمليات بزل سوائل الجسم مثل سائل النخاع الشوكي. 5.2 <u>القفازات غير المعقمة (نظيفة) (Clean Gloves):</u> هي قفازات تستعمل لإجراء طبي واحد فقط ويتم التخلص منه بعد الاستخدام ولا يتم في الغالب تعبئة هذه القفازات في أغلفة منفصلة، وتستخدم هذه القفازات للحماية من التعرض بشكل مباشر للدم، أو سوائل الجسم، وعند التعامل مع الأغشية المخاطية، وقبل لمس المعدات أو الأسطح الملوثة. 5.3 <u>القفازات شديدة التحمل (Heavy Duty):</u> هي قفازات تستخدم عند التعامل مع المخلفات أو الأدوات الملوثة وعند القيام بأعمال التنظيف داخل المنشأة الصحية. 5.4 <u>العباءات النظيفة غير معقمة (Disposable Gown):</u> هي العباءات الغير منفذة للسوائل والتي تستخدم في الإجراءات الطبية التي ينتج عنها تناثر الرذاذ والدم وسوائل الجسم أو ضمن إجراءات العزل. 5.5 <u>العباءات المعقمة (Surgical Sterile Gown):</u> هي العباءات الغير منفذة للسوائل والتي تستخدم في العمليات الجراحية ومعظم الإجراءات التداخلية العميقة (مثل تركيب قسطرة وريدية مركزية). 5.6 <u>المرابيل البلاستيكية أحادية الاستخدام غير المعقمة (Disposable Apron):</u> هي المرابيل التي تستخدم لمرة واحدة عند تنفيذ بعض الإجراءات التي يمكن أن تؤدي الى تناثر الرذاذ والدم وسوائل الجسم، ويمكن ارتداؤها منفردة أو ارتداؤها تحت أوفوق العباءات وفقاً لنوع الإجراء.		

5.7 أغطية الرأس (Head Cover): هي أغطية أحادية الاستخدام محكمة على الرأس تعمل على احتواء الشعر جيداً. 5.8 الكمامة الجراحية القياسية (Surgical Mask): هو قناع مطابق للمواصفات يغطي الأنف والفم بإحكام للحماية من انتقال العدوى عن طريق الرذاذ التي يزيد حجم قطرات الرذاذ عن 0.5 ميكرون. 5.9 واقي الجهاز التنفسي عالي الكفاءة (N95 Respirator) أو ما يماثلته: هو قناع يرشح الهواء بكفاءة عالية لمقاومة دخول الجزيئات بدرجة 95% فأكثر، ويغطي الأنف والفم بإحكام للحماية من انتقال العدوى عن طريق الهواء، والتي تقل حجم قطرات الهواء عن 0.5 ميكرون. 5.10 واقي الوجه والعينين (Face Shield & Eye Goggles): هو قناع يستخدم لوقاية الوجه والعينين من خطر التعرض للرذاذ والدم وسوائل الجسم المتناثرة وقد يكون أحادي أو متعدد الاستخدام. 5.11 واقيات القدم والساق (Leg & Shoes Cover): هو غطاء بلاستيكي يتم ارتداؤه فوق الحذاء، ولا ينصح باستعماله لأنه لا يوفر الحماية الكافية ويعتبر وسيلة لنقل الميكروبات من الأرض أو الحذاء إلى اليد عند محاولة ارتدائه وخلعه، ولا تستدعي الحاجة لاستبدال الحذاء بواقيات القدم والساق إلا في بعض الأماكن الخاصة مثل غرفة العمليات. 5.12 الحذاء الطبي (Medical Shoes): هو حذاء مطاطي مغلق وغير منفذ للسوائل لحماية القدمين من التعرض للسوائل أو الوخز، ويسهل تنظيفه وتطهيره.	6. المسؤوليات والأدوار: 6.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية: مسؤولين عن تطبيق هذه السياسة والإجراء 7. المتابعة: 7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 جميع رؤساء الأقسام والمشرفين في المنشأة الصحية 8. الإجراءات:
8.1 المبادئ العامة لاستخدام الواقيات الشخصية: 8.1.1 يجب المحافظة على نظافة اليدين قبل ارتداء الواقيات الشخصية وبعد التخلص منها مباشرة من خلال اتباع الإجراءات في سياسة تنظيف اليدين رقم (IPC- 2). 8.1.2 يجب اختيار أدوات الوقاية الشخصية وفقاً لخطر التعرض للدم أو سوائل الجسم أو الإفرازات الخ. 8.1.3 تجنب أي تلامس بين معدات الحماية الشخصية الملوثة (المستعملة) والأسطح أو الملابس أو الأشخاص خارج منطقة رعاية المريض. 8.1.4 لا يجب مشاركة نفس معدات الحماية الشخصية المستعملة بين مقدمي الرعاية الصحية. 8.1.5 يجب تغيير معدات الحماية الشخصية وغسل اليدين بشكل كامل بين المريض والآخر أو بين المهمة والأخرى. 8.1.6 يجب التخلص من الواقيات الشخصية مباشرة بطريقة آمنة من خلال اتباع الإجراءات في سياسة إدارة النفايات الطبية رقم: IPC- 37	

8.2 أنواع الواقيات الشخصية:

- 8.2.1 القفازات
- 8.2.2 العباءات
- 8.2.3 الأقنعة (الكمامات الجراحية، الكمامات عالية الكفاءة)
- 8.2.4 واقي الوجه والعينين
- 8.2.5 واقيات القدم والساق
- 8.2.6 الحذاء الطبي

8.3 المبادئ العامة لارتداء وخلع الواقيات الشخصية

8.3.1 القفازات

- أ. يجب ارتداء قفازات (نظيفة وغير معقمة) عند احتمال التعرض للتراشق بالدم أو سوائل الجسم أو الإفرازات أو لمس الأغشية المخاطية.
- ب. يجب غسل اليدين فور نزع القفازات.
- ت. استخدم الماء وصابونًا عاديًا أو مادة مضادة للميكروبات أو استخدام الكحول جل.
- ث. يجب عدم إعادة استخدام القفازات التي تستخدم لمرة واحدة ولكن يجب التخلص منها في سلة النفايات وفقًا للدليل اللوني
- ج. يجب تغيير القفازات في الحالات التالية:
 - بعد الانتهاء من التعامل مع أحد المرضى وقبل الانتقال إلى مريض آخر.
 - إذا ظهر عليها علامات الاتساخ أو التلوث أو الثقب.
 - في حالة القيام بأكثر من تدخل طبي لنفس المريض يتم التغيير بين الاجراء والآخر.
 - يتم نزع القفاز بعد إتمام الإجراء مباشرة ويجب التخلص منه قبل المغادرة.

ح. أنواع القفازات:

i. القفازات المعقمة

ii. القفازات النظيفة غير المعقمة: العادية أو شديدة التحمل

i. القفازات المعقمة (Sterile Gloves)

يجب ارتداء القفازات المعقمة قبل التدخلات الطبية مثل:

- العمليات الجراحية
- تركيب قسطرة بولية - تركيب قسطرة وريد مركزي - تركيب كانيولا طرفية للمرضى ضعيفي المناعة أو لحديثي الولادة، جميع عمليات البزل القطني
- قبل وضع الغيار على الجروح
- عند التعامل مع الحروق
- عند خلط المحاليل الوريدية
- عند استخدام عبوات الحقن ذات الجرعات المتعددة للمرضى ضعيفي المناعة

ii. القفازات غير المعقمة (نظيفة) (Clean Gloves)

يجب ارتداء القفازات غير المعقمة قبل التدخلات الطبية مثل:

- رفع الضمادات عن الجروح.

- التعامل مع العينات المخبرية.
- القيام بالعناية بالفم أو اطعام المريض بواسطة أنبوب يصل للمعدة
- إعطاء المحاليل الوريدية أو الحقن الوريدي أو تركيب الكانيولا للمرضى في الأقسام الطبية العادية.
- تنظيف الأجهزة والمعدات والمواد الملوثة بالدم أو أي من افرازات المريض الأخرى

.iii

القفازات شديدة التحمل (Heavy Duty):

يجب ارتداء القفازات شديدة التحمل في مثل هذه الحالات:

- التعامل مع أكياس النفايات
- التعامل مع المنظفات والمطهرات والمواد الكيميائية عند تحضيرها
- اجراء تنظيف الأدوات الجراحية
- تنظيف وتطهير البيئة
- يمكن إعادة استخدام هذه القفازات بعد تنظيفها وتطهيرها بشكل مناسب.
- يجب التخلص منها إذا تعرضت للثقب أو التمزق أو التلوث الشديد.

8.3.2 العباءات

أ. المبادئ العامة لاستخدامها:

- يعد ارتداء العباءات أمراً مهماً أثناء القيام ببعض الإجراءات الطبية التي ينتج عنها تناثر الرذاذ والدم وسوائل الجسم التي ينتج عنها تلوث الملابس أو الزي الرسمي للعاملين بسبب تناثر الرذاذ أو وسوائل الجسم.
- يفضل استخدام العباءات غير المنفذة.
- يجب إزالة العباءة المتسخة أو المبللة في أسرع وقت ممكن.
- يمكن ارتداء مريول بلاستيكي فوق الثوب لحماية التعرض للدم وسوائل الجسم والإفرازات.
- يجب غسل العباءات والمريول البلاستيكي أو الجلدي بشكل مناسب إذا كانت قابلة لإعادة الاستخدام، وفقاً لسياسة إعادة الاستخدام
- لا يجب إعادة استخدام العباءات والمريول البلاستيكي التي تستخدم لمرة واحدة.
- يجب التخلص منها في سلة النفايات حسب الدليل اللوني لفرز النفايات

ب. أنواعها:

- i. العباءات النظيفة غير معقمة
- ii. العباءات المعقمة
- iii. المرايل البلاستيكية أحادية الاستخدام (غير المعقمة)

i. العباءات النظيفة غير معقمة (Disposable Gown): هي العباءات الغير منفذة

للسوائل والتي تستخدم في الإجراءات الطبية التي ينتج عنها تناثر الرذاذ والدم وسوائل الجسم أو ضمن إجراءات العزل.
يجب ارتداء العباءات غير المعقمة قبل التدخلات الطبية مثل:

- المرضى المصابين بأمراض تنتقل عن طريق التلامس.
- العناية بجسم المريض
- في حالات الاشراف على عمليات الولادة الطبيعية

ii. العباءات المعقمة (Surgical Sterile Gown): هي العباءات الغير منفذة للسوائل والتي تستخدم في العمليات الجراحية ومعظم الإجراءات التداخلية (مثل تركيب قسطرة وريدية مركزية).

✓ يجب ارتداء العباءات المعقمة قبل التدخلات الطبية مثل:

- القيام بالعمليات الجراحية
 - إجراء عمليات المناظير.
 - تركيب قسطرة بولية - تركيب قسطرة وريد مركزية - تركيب قسطرة سرية
 - إعداد و خلط المحاليل والأدوية الوريدية
 - رعاية مرضى ضعاف المناعة وزراعة الأعضاء.
 - سحب عينة من سوائل الجسم المختلفة مثل سائل النخاع الشوكي - السائل البلوري
- ✓ يجب الحذر من ملامسة السطح الخارجي للعباءة لسطح ملوث.
- ✓ يجب التخلص من العباءات أحادية الاستخدام بعد الانتهاء من الإجراء مباشرة.
- ✓ في حال كانت العباءة متعددة الاستخدام يتم معالجتها وفق سياسة التعامل مع الأقمشة المفروشات.

iii.

المرابيل البلاستيكية أحادية الاستخدام غير المعقمة (Disposable Apron): هي المرابيل التي تستخدم لمرة واحدة عند تنفيذ بعض الإجراءات التي يمكن أن تؤدي إلى تناثر الرذاذ والدم وسوائل الجسم، ويمكن ارتداؤها منفردة أو ارتداؤها تحت أو فوق العباءات وفقاً لنوع الإجراء.

- ✓ يجب ارتداء المرابيل البلاستيكية أحادية الاستخدام (غير المعقمة) عند احتمال وجود تناثر الدم وسوائل الجسم الأخرى مثل غرفة التوليد - تنظيف الأدوات الطبية - قسم المغسلة
- ✓ ينبغي أن يتم إحكام ربط العنق والخاصرة عند ارتداء هذه المرابيل.
- ✓ يجب فك ربط العنق وحزام الوسط عند الخلع والقائها في أكياس المخلفات الخطرة

8.3.3 أغطية الرأس (Head Cover) :

هي أغطية أحادية الاستخدام محكمة توضع على الرأس تعمل على احتواء الشعر جيداً.

✓ يجب ارتداء أغطية الرأس قبل التدخلات الطبية مثل:

- الإجراءات جراحية في غرف العمليات
- أثناء تركيب قسطرة وريدية مركزية
- خلط المحاليل الوريدية
- التعامل مع المرضى ضعاف المناعة مثل مرضى زراعة النخاع العظمي

8.3.4. الأقنعة/ الكمامات الجراحية

- ✓ يجب ارتداء الأقنعة لحماية الأغشية المخاطية للفم والأنف عند القيام بإجراءات من المحتمل أن تولد رذاذاً من الدم أو سوائل الجسم أو الإفرازات.
- ✓ ارتداء الأقنعة والكمامات الجراحية تستخدم لحماية مقدم الخدمة الطبية والمرضى على حد سواء
- ✓ لا تعيد استخدام الأقنعة التي تستخدم لمرة واحدة.

✓ يجب تغيير الأقنعة عند تعرضها للرطوبة أو البلل حيث أنها تفقد قدرتها.

✓ يجب التخلص منها في سلة المهملات

أنواعها:

i. الكمامة الجراحية القياسية

ii الكمامات عالية الكفاءة

i. **الكمامة الجراحية القياسية (Surgical Mask)** : هو قناع مطابق للمواصفات يغطي

الأنف والفم بإحكام للحماية من انتقال العدوى عن طريق الرذاذ والتي تريد حجم قطيرات الرذاذ عن 0.5 ميكرون.

✓ يجب ارتداء الكمامة الجراحية القياسية قبل التدخلات الطبية مثل:

- العمليات الجراحية
- بعض الإجراءات التداخلية العميقة (مثل تركيب قسطرة وريدية مركزية - البزل القطني)
- التعامل مع المرضى ضعيفي المناعة
- عند التعرض لأي رذاذ ملوث مثل (التعرض لرذاذ غسل الآلات الجراحية أو عمل تشفيط الجهاز التنفسي)
- ✓ يجب تغيير الكمامة الجراحية في حال تعرضها للرطوبة أو البلل.

ii. **الكمامات عالية الكفاءة (N95 Respirator) أو ما يماثلته:**

✓ هو قناع يرشح الهواء بكفاءة عالية لمقاومة دخول الجزيئات بدرجة 95% فأكثر، ويغطي الأنف والفم بإحكام للحماية من انتقال العدوى عن طريق الهواء، والتي تقل حجم قطيرات الهواء عن 0.5 ميكرون.

✓ عند ارتداء الكمامات عالية الكفاءة يجب إحكام القناع جيدا عند منطقتي الأنف والفم وفي حالة عدم توافر هذه الكمامات عالية الكفاءة يجب على العاملين الالتزام بارتداء عدد 2 من الأقنعة الجراحية القياسية التي توفر لهم نوعا من الحماية مع الالتزام بالإجراءات الأخرى التي تقلل احتمالية التعرض لعدوى الأمراض المعدية المتنقلة عبر الهواء مثل السل، ومثال ذلك أن يحرص المريض المصاب بالسعال على استخدام مناديل ورقية مخصصة للاستخدام مرة واحدة وأن يرتدي قناعا أثناء تواجده بالمرمات أو حينما يتواجد في المناطق الغير المزودة بنظام التهوية سالبة الضغط.

✓ يجب ارتداء الكمامة عالية الكفاءة قبل التعامل مع المرضى الثابت أصابتهم أو المحتمل إصابتهم بالأمراض المنقولة عن طريق الهواء مثل: السل الرئوي النشط، أنفلونزا الطيور، السارس، إيبولا، كوفيد 19 عند القيام بإجراءات طبية تؤدي إلى انبعاث الرذاذ من إفرازات المريض.

✓ عند ارتداء الكمامة عالية الكفاءة يجب التأكد من مدى إحكامها على الوجه من خلال إجراء اختبار (Seal Check)

8.3.5. وافي الوجه والعينين (Face Shield & Eye Goggles) :

هو قناع يستخدم لوقاية الوجه والعينين من خطر التعرض للرذاذ والدم وسوائل الجسم المتناثرة وقد يكون أحادي أو متعدد الاستخدام.

✓ يجب ارتداء وافي الوجه والعينين قبل التدخلات الطبية مثل:

- التعامل مع المرضى الثابت أصابتهم أو المحتمل إصابتهم بالأمراض المنقولة عن طريق الهواء أو الرذاذ.
- قبل البدء بالتدخل الجراحي في غرف العمليات
- وحدة المناظير

✓ يجب التخلص من واقى الوجه والعينين احادي الاستخدام بعد الاستخدام مباشرة في أكياس النفايات المعدية . ✓ يجب إعادة تنظيفه وتطهيره بعد استخدامه مباشرة إذا كان متعدد الاستخدام. ✓ يجب تغييره أو تطهيره بعد التعامل مع أحد المرضى وقبل الانتقال لمريض آخر 8.3.6. واقيات القدم والساق (Leg & Shoes Cover): هو غطاء بلاستيكي يتم ارتدائه فوق الحذاء، ولا ينصح باستعماله لأنه لا يوفر الحماية الكافية ويعتبر وسيلة لنقل الميكروبات من الأرض أو الحذاء الى اليد عند محاولة ارتدائه وخلعه، ولا تستدعي الحاجة لاستبدال الحذاء بواقيات القدم والساق الا في بعض الأماكن الخاصة مثل غرفة العمليات. ✓ يجب ارتداء واقيات القدم والساق غير المثقوبة أو المنفذة للسوائل (أحذية مطاطية) وذلك في الأماكن التي يمكن التعامل فيها مع الدم أو سوائل الجسم أو الأدوات الحادة مثل: - غرف العمليات - وحدة المناظير - أقسام الولادة ✓ يجب إعادة تنظيفها وتطهيرها بعد استخدامها مباشرة إذا كانت متعددة الاستخدام ويحظر ارتداء واقى القدم البلاستيكي 8.3.7. الحذاء الطبي (Medical Shoes): هو حذاء مطاطي مغلق وغير منفذ للسوائل لحماية القدمين من التعرض للسوائل أو الوحز، ويسهل تنظيفه وتطهيره.	
9.1 مرفق رقم 1 : توصيات عند ارتداء الواقيات الشخصية 9.2 مرفق رقم 2 : توصيات أثناء خلع الواقيات الشخصية 9.3 مرفق رقم 3 : خطوات ارتداء القفازات الجراحية المعقمة 9.4 مرفق رقم 4 : خطوات خلع القفازات الملوثة 9.5 مرفق رقم 5 : خطوات ارتداء العباءات 9.6 مرفق رقم 6 : خطوات خلع العباءات الجراحية 9.7 مرفق رقم 7 : خطوات ارتداء كمامة الوجه 9.8 مرفق رقم 8: خطوات ارتداء للكمامة عالية الكفاءة 9.9 مرفق رقم 9: خطوات نزع الكمامة 9.10 مرفق رقم 10: خطوات ارتداء الواقيات الشخصية 9.11 مرفق رقم 11: خطوات خلع الواقيات الشخصية 9.12 مرفق رقم 12: طريقة إرتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية	9. المرفقات
10.1 نسبة التزام الكوادر بارتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية بتطبيق نموذج المراقبة	10. المؤشرات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020 • WHO. Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities	11. المراجع

اسم السياسة:	الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال	رقم السياسة:	IPC-4
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 تعتبر الامراض التنفسية المعدية من أكثر الامراض التي تنتقل بسهولة بين الناس اذ تحدث الإصابة غالباً بسبب عدوى مسببات الامراض، إن التعرض لرذاذ العطس من شخص مصاب أو إعادة استخدام أو لمس أدواته من أكثر مسببات نقشي الامراض التنفسية المعدية ومنها الانفلونزا الموسمية، ونزلات البرد الشائعة والالتهاب الرئوي الحاد، والسعال الديكي، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس)، وكوفيد 19 1.2 كما يعتبر اتباع الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال وغسل اليدين من أكثر الوسائل الوقائية التي تحد من انتشار الامراض التنفسية المعدية، إذ تعمل على احتواء الإفرازات التنفسية		
2. السياسة	2.1 الالتزام باتباع الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال لجميع العاملين والمرضى والزوار في المنشأة الصحية.		
3. الغرض	3.1 منع انتقال عدوى الجهاز التنفسي للمرضى والعاملين والزوار في المنشأة الصحية، والسيطرة على العدوى المكتسبة من المجتمع.		
4. مجال التطبيق	4.1 جميع العاملين والمرضى والزوار في المنشأة الصحية		
5. التعريفات	5.1 الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال • ممارسة تغطية الأنف والفم أثناء السعال أو العطس بمنديل متبوعاً بالتخلص الآمن من المنديل وغسل اليدين الصحي مما يؤدي إلى تقليل انتشار الرذاذ والإفرازات التنفسية التي تحتوي على جزيئات معدية في المكان • ممارسة تغطية الأنف والفم أثناء السعال أو العطس بالكُم أو ثني الكوع مما يؤدي إلى تقليل انتشار الرذاذ والإفرازات التنفسية التي تحتوي على جزيئات معدية في المكان • يلتزم المريض الذي يعاني من اعراض التهاب الجهاز التنفسي بإرتداء قناع جراحي – أو قناع من القماش • الالتزام بغسل اليدين الصحي في حال تم ملامسة القناع مباشرة		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 جميع العاملين والمرضى والزوار في القطاع الصحي.		
7. المتابعة	7.1 رؤساء الأقسام الفنية والإدارية. 7.2 مسؤول مكافحة العدوى.		

8.1 يجب توجيه جميع الأشخاص الذين تظهر عليهم علامات وأعراض عدوى الجهاز التنفسي (بما في ذلك موظفو المنشأة) إلى ما يلي:

- يجب ان يلتزم الجميع بإرتداء القناع الجراحي لتغطية الانف والفم في حال حدوث تفشي للأمراض التنفسية المعدية مثل جائحة كوفيد-19
- يجب تغطية الفم والأنف بمنديل ورقي عند السعال أو العطس ثم التخلص من المناديل المستخدمة في أقرب حاوية للنفايات،
- في حال عدم توفر مناديل ورقية يمكن استخدام الجزء العلوي من الكم عند السعال أو العطس مع تجنب استخدام اليد
- يجب غسل اليدين الصحي بعد ملامسة إفرازات الجهاز التنفسي مباشرة.

8.2 إرشادات عامة داخل مؤسسة المنشأة الصحية:

- 8.2.1 يجب تدريب ونشر الوعي الكافي لدى كل العاملين والمرضى والزوار في القطاع الصحي بالاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال.
- 8.2.2 يجب تعليق ملصقات على مداخل المنشأة الصحية ومداخل الأقسام الداخلية لإرشاد العاملين والمرضى والزوار على الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال.
- 8.2.3 يمكن استخدام شاشات العرض المتوفرة في المنشأة الصحية لعرض محتوى مرئي عن أهمية استخدام الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- 8.2.4 يجب توفير المستلزمات في منطقة الاستقبال ومنطقة الانتظار وأي منطقة أخرى حسب الحاجة وهي تشمل ما يلي:
- ✓ أحواض غسل الأيدي ومستلزمات غسل وتجفيف الأيدي على الأحواض.
 - ✓ مطهر كحولي لتطهير الأيدي.
 - ✓ الأقنعة الجراحية والمناديل الورقية.
 - ✓ حاويات النفايات التي تفتح وتغلق بواسطة القدم للتخلص من المناديل المستخدمة.
- 8.2.5 يجب توفير التطعيمات اللازمة للعاملين والمرضى، وضعاف المناعة مثل تطعيم الانفلونزا الموسمية وتطعيم كوفيد 19.
- 8.2.6 يجب التواصل مع الإدارات المعنية بالوزارة للاطلاع على آخر المستجدات فيما يخص الأمراض التنفسية مثل: الأنفلونزا وفي حالة التفشيات الوبائية يتم تكثيف أنشطة المراقبة والمتابعة لسرعة اكتشاف الحالات الجديدة
- 8.2.7 يجب على العاملين في المنشأة الصحية ملاحظة أي شخص لديه أعراض تنفسية، ليتم عزله عن الآخرين واعطائه قناع جراحي لارتدائه طوال فترة تواجده بالمنشأة الصحية.

8.3 إرشادات التعامل مع المريض المصاب بالتهاب الجهاز التنفسي المعدي خلال فترة تواجده في المنشأة الصحية في حال تفشى وباء تنفسي مثل الانفلونزا الموسمية أو جائحة مثل جائحة كورونا:

يتم استقبال المرضى الذين يعانون من أعراض التهاب الجهاز التنفسي من خلال مدخل منفصل إذا كان متاحاً، ويتم فحصهم وتحديد مواعيد لاحقة للحالات غير العاجلة

8.3.1 العيادات الخارجية:

- ✓ يجب فرز المرضى الذين يعانون من أعراض التهاب الجهاز التنفسي مع ضرورة توفير أماكن مخصصة منعاً للاختلاط بغيرهم من المرضى وذلك لمنع انتشار المرض بين المرضى والمراجعين للعيادات
- ✓ يجب فحص المريض الذي يعاني من أعراض تنفسية في غرفة مغلقة في أسرع وقت ممكن.
- ✓ يجب تحديد غرفة خاصة لفحص المرضى المشتبه بإصابتهم بأمراض تنفسية معدية ويتم وضع ملصق على باب الغرفة بالاحتياطات الخاصة الواجب اتباعها
- ✓ يجب تطبيق الاحتياطات الصحية التنفسية واحتياطات عزل التلامس بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عند التعامل مع المرضى الذين يعانون من عدوى الجهاز التنفسي.

8.3.2 داخل الأقسام في المنشأة الصحية:

- ✓ يجب عزل المرضى المؤكدة إصابتهم بعدوى جهاز تنفسي في قسم العزل أو جمع المرضى في غرف مستقلة للمصابين بعدوى الجهاز التنفسي وتخصيص قسم لهؤلاء المرضى إذا كان ممكناً مع اتباع احتياطات العزل بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية.
- ✓ يجب تنظيم تواجد الزوار والحركة داخل المنشأة الصحية والحد من الزوار للمرضى المعزولين حيث تكون للضرورة القصوى فقط، وإذا لزم الأمر يجب تطبيق الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال التي سبق ذكرها من قبل الزوار.
- ✓ يتم منع الزوار الذين يعانون من أعراض عدوى الجهاز التنفسي من زيارة المرضى.
- ✓ يجب اتباع إجراءات التنظيف والتطهير البيئي حسب الطريقة الصحيحة.
- ✓ (راجع سياسة نظافة بيئة المنشأة الصحية رقم: 36 - IPC)

8. المرفقات	8.1 مرفق رقم 1.: آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال، عربي (1)
	8.2 مرفق رقم 2.: آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال، عربي. (2)
	8.3 مرفق رقم 3.: آداب السعال والعطس
9. المراجع	• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020 • Respiratory Hygiene/Cough Etiquette in Healthcare Settings. https://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للتلوث	رقم السياسة:	IPC-5
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة:	1.1 إن الأساليب المانعة للتلوث مصطلح عام ينطوي على الخطوات التي تهدف إلى تقليل انتقال عدوى الميكروبات من مريض إلى آخر أثناء تقديم الرعاية الصحية لهم كما تحد من انتقال العدوى من المريض نفسه. أو من المريض لمقدمي الخدمة الصحية وبالعكس 1.2 يتم القيام بالإجراءات العمليات الطبية والتدخلات الجراحية بثلاث تقنيات أو أساليب: نظيفة ومطهرة ومعقمة. 1.3 وكقاعدة عامة فإنه كلما زادت خطورة الإجراء، كلما كانت الحاجة ملحة إلى استخدام الأسلوب المعقم وكلما كان الإجراء الطبي أقل خطورة، كلما كان من الممكن الاكتفاء بالأسلوب النظيف فقط.		
2. السياسة:	2.1 الأساليب المانعة للتلوث		
3. الغرض:	3.1 حماية مقدمي الخدمة ومتلقيها من إحتتمالية وانتقال العدوى مهم عن طريق الدم وسوائل الجسم أو حدوث تلوث أثناء القيام بالإجراءات التداخلية. 3.2 تهيئة بيئة صحية آمنة خالية من التلوث.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع أقسام الرعاية في المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1 الأساليب المانعة للتلوث: هي مجموعة الممارسات التي يجب أن تتبع قبل وأثناء وبعد الإجراءات الطبية الاختراقية والجراحية والتي تهدف إلى تقليل خطر انتقال عدوى الميكروبات إلى المرضى أثناء العناية بهم، كما توفر الحماية لمقدمي الخدمة الصحية من خطر انتقال العدوى، وضمان توفير بيئة صحية آمنة. 5.2 الأجزاء الرئيسية: هي الأجزاء الأكثر أهمية في الإجراء المانع للتلوث التي من المحتمل أن تتسبب في العدوى إذا كانت ملوثة كالأجهزة والأدوات وأطراف أدوات الحقن المعقمة. 5.3 المواقع الرئيسية: هي مواقع اختراق انسجة الجسم لوصول الأجهزة الطبية أو مفتوحة كالجروح. 5.4 الأسلوب النظيف للإجراءات غير الاختراقية: يتبع عند التعامل مع الجلد السليم أو مع الغشاء المخاطي السليم (مكان غير معقم بطبيعته). 5.5 الأسلوب المانع للتلوث للإجراءات الاختراقية المطهرة: عندما يكون الإجراء بسيط وغير معقد، زمن الإجراء يكون قصير نسبياً، عدد الآلات أو المستلزمات المستخدم محدود، ويقوم به عدد قليل من العاملين، غالباً لا يحتاج مكان خاص بالإضافة إلى إجراءات العناية بالمرضى خارج غرف العمليات. يتم حماية الأجزاء والمواقع الرئيسية من التلوث بوضع أغطية/ أردية / ملاءات معقمة. 5.6 الأسلوب المعقم: تقنية تهدف إلى تحقيق الغياب التام للكائنات الحية الدقيقة والميكروبات المسببة للالتهابات. ويعتبر هذا الإجراء معقد، وزمن الإجراء طويل نسبياً، ويتم استخدام عدد من الآلات أو المستلزمات المعقمة ويقوم بالإجراء عدد كبير من العاملين، يحتاج مكان خاص ومجال معقم مثل الأساليب الجراحية (المعقمة) التي تهدف إلى منع انتشار العدوى إلى مواضع الجراحة. لا يتم تحقيق تقنية معقمة إلا في غرف العمليات التي توافق معايير منع العدوى.		

<u>5.7 تقنية منع التلوث القياسية العامة:</u> ○ يجب القيام بغسل اليدين الصحي. ○ يجب ارتداء قفازات نظيفة غير معقمة. ○ يجب اعتماد تقنية عدم للمس. ○ يجب ان يكون محيط العمل معقما. <u>تستخدم هذه التقنية في:</u> ■ إجراءات طبية بسيطة ومدتها قصيرة كتضميد الجروح الصغيرة وغير المعقدة وعند إعطاء العلاج بالوريد. ■ الإجراءات التي تشمل أجزاء او مواقع رئيسية عددها قليل كتحضير مستلزمات إعطاء العلاج بالوريد. <u>5.8 تقنية منع تلوث الاجراء الجراحي المعقم:</u> ○ يجب القيام بغسل اليدين الصحي / الجراحي بحسب الاجراء. ○ يجب ارتداء قناع جراحي وواقي رأس وعباءة معقمة وقفازات معقمة ○ يتم اعتماد تقنية عدم للمس عندما يكون ذلك متاحا. ○ يجب ان يكون محيط العمل معقما <u>تستخدم هذه التقنية في:</u> ■ إجراءات طبية معقدة ومدتها طويلة مثل تركيب قسطرة الوريد المركزية. ■ الإجراءات التي تشمل أجزاء او مواقع رئيسية كبيرة ومفتوحة مثل معالجة الحروق والجروح الكبيرة.	
6.1 مسؤول مكافحة العدوى. 6.2 رؤساء الأقسام التمريضية والجراحية.	6. المسؤوليات والأدوار
7.1 قسم السلامة ومكافحة العدوى. 7.2 رؤساء الأقسام التمريضية والجراحية.	7. المتابعة
<u>8.1 أساسيات الأساليب المانعة للتلوث المتبعة عند القيام بالتدخلات الطبية والجراحية:</u> ● يجب تعليم وتدريب مقدمي الخدمة الصحية بشكل جيد لممارسة التقنيات المانعة للتلوث. ● يجب الاختيار بين تقنية العمل المانعة للتلوث القياسية المطهرة والتقنية المعقمة تبعا لنوع الاجراء الطبي. ● يجب أن تكون جميع الأدوات والمواد أثناء الاجراء معقمة. ● لا يجب إعادة استخدام الادوات والأجهزة الطبية والمستلزمات ذات الاستخدام الاحادي على سبيل المثال: المحاقن، والإبر، القسطرة البولية، القسطرة الوريدية المركزية. ● يجب غسل اليدين واستخدام القفازات المعقمة إذا كان من الضروري لمس جزء أو موقع رئيسي خلال الاجراء. خلاف ذلك ممكن استخدام قفازات غير معقمة. ● وتختلف طريقة غسل الأيدي ونوعية الملابس الواقية المطلوبة باختلاف التدخل الطبي وباختلاف تقنية العمل المانعة للتلوث القياسية العامة او تقنية التعقيم الحرجة.	8. الإجراءات:

• يجب استخدام محاليل مطهرة ذات الاستخدام الواحد لتطهير المواقع الرئيسية بشكل صحيح (مواقع الوصول عن طريق الوريد، الجروح المفتوحة أو المكسورة، إلخ). • أثناء الإجراءات المعقمة، يجب المحافظة على تعقيم العناصر المستخدمة مثل (الأدوية، والسوائل، والأجهزة) وذلك بمنع تعرضها للأسطح الغير معقمة، وعدم إعادة استخدامها إذا كانت أحادية الاستخدام طوال الإجراءات السريرية.	
مرفق رقم ١: انواع اساليب العمل المانعة للتلوث مرفق رقم ٢: أمثلة لتحضير اليدين والجلد وارتداء الواقيات الشخصية أثناء الإجراءات غير الجراحية والتي تحتاج إلى الأساليب المانعة للتلوث أمثلة عن الإجراءات غير الجراحية التي تحتاج إلى الأساليب المانعة للتلوث	10. المرفقات
Iwamoto P, Post M., Aseptic Technique. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/basic-principles-of-infection-prevention-practice/aseptic-technique. Accessed Jan 31, 2022.	11. المراجع

اسم السياسة:	ممارسات الحقن الآمن	رقم السياسة:	IPC-6
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	المنشآت الصحية والعاملين فيها	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 قد يتعرض مقدمو الرعاية الصحية الى مختلف انواع الإصابة من الأمراض المنقولة عن طريق الدم مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة وفيروس التهاب الكبد الوبائي ب او س في حال ممارسات الحقن غير الأمانة. 1.2 ويعتبر الحقن الآمن من أهم الاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى بالمنشآت الصحية ويجب تطبيقها عند العناية بالمرضى في كل مستويات الرعاية الصحية بصرف النظر عما إذا كان معلوم انهم مصابين بأمراض معدية أم لا للحد من انتقال العدوى.		
2. السياسة:	2.1 ممارسات يقوم بها مقدمي الخدمة الصحية عند التعامل مع الأدوات الحادة والإبر لمنع انتقال مسببات الأمراض من وإلى المريض وحماية مقدمي الخدمة الصحية والحفاظ على سلامة البيئة.		
3. الغرض:	3.1 منع أو تقليل خطر انتشار العدوى في مواقع الحقن المختلفة لمتلقي الخدمة الصحية. 3.2 حماية مقدم الخدمة الصحية من الوخز بالإبر أو الأدوات الحادة. 3.3 منع تلوث وسائل الحقن		
4. مجال التطبيق:	4.1 يطبق في جميع منشآت الرعاية الصحية.		
5. التعريفات:	<u>الحقن الآمن:</u> - هو الاجراء الذي لا يتسبب في أذى لمتلقي الخدمة الصحية، كما أنه لا يعرض مقدم الخدمة الصحية الى أي من المخاطر التي يمكن تجنبها، - يشمل الحقن الآمن حقن أي مادة طبية سواء تحت الجلد، العضل، الوريد، تركيب كانيولا، أخذ عينة دم، أو عمليات الحقن الخاصة في عيادة الأسنان أثناء العلاج، أو حقن سائل النخاع الشوكي. - ويعتبر تجنب الحقن غير الضروري هو اول خطوات الوقاية من العدوى المحتملة الناجمة عن الحقن.		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية.		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 جميع رؤساء الأقسام.		

8.1 توصيات عامة:**عند تحضير الدواء:**

- يجب توفير مكان مناسب يتم فيه تحضير وتخزين أدوات الحقن الآمنة.
- يفضل استخدام عبوات العلاجات والمحاليل أحادية الاستخدام.
- تجنب استخدام عبوات أو أمبولات أحادية الجرعة لأكثر من مريض.
- يجب تطهير فوهة العبوة متعددة الاستخدام بالكحول 70% قبل كل استخدام.
- ويتم التخلص من هذه العبوات تبعاً لتوصيات الشركة المصنعة. (يجب استخدام سن ابرة (نيدل) وسرنجة جديدة ومعقمة لكل مريض).
- يجب تخصيص عبوات العلاجات متعددة الاستخدام لمريض واحد إن وجد.
- يجب التأكد من سلامة المنتج (تاريخ الانتهاء، فحص المصق، التخزين السليم، عدم وجود شوائب أو تلوث ظاهري أو كسر أو تشقق في الغطاء المطاطي) لجميع العلاجات قبل الاستخدام.

لمقدم الرعاية بشكل عام:

- يجب غسل اليدين الصحي قبل وبعد عملية الحقن ويتم ارتداء قفازات حسب الاجراء. لا يوجد حاجة لارتداء القفازات النظيفة غير المعقمة في حالة الحقن العضلي أو في الجلد أو تحت الجلد ويجب ارتداء القفازات في حالة وجود احتمال التعرض للدم أو سوائل الجسم.
- يجب أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الحركة المفاجئة للمريض أثناء الحقن.
- يجب التركيز على ما تقوم بعمله وعدم التشتت لتجنب الحاق الأذى بالمريض.

لمقدم الرعاية عند استخدام أدوات الحقن:

- يجب استخدام السرنجة وسن الابرة (النيدل) سليمة ومعقمة ويتم التخلص منهما فوراً في حال تعرضها للرطوبة أو القطع أو أي تلف.
- في حال اللجوء لاستخدام عبوات متعددة الجرعات يجب استخدام نيدل وسرنجة جديدة ومعقمة لكل مريض وكل مرة يتم فيها استخدام العبوات متعددة الاستخدام.
- يجب التخلص فوراً من السرنجة أو النيدل التي تم ملامستها أو تلوثها بأي ملوث خارجي أو تم ملامستها لأي جسم غير معقم.
- يمنع إعادة استخدام الأدوات لأكثر من مريض.
- يجب عدم ثني النيدل أو كسرها.
- يجب عدم تغطية النيدل بل يجب التخلص منها كوحدة واحدة داخل الصندوق الامن.
- عند الحاجة الماسة لتغطية سن الابرة يتم ذلك باستخدام طريقة اليد الواحدة.

8.2 الخطوات:

- يجب غسل أو تطهير اليدين قبل البدء بالتطهير
- يجب عدم ملامسة سن الابرة والتجفيف الداخلي لبداية السرنجة وذلك أثناء تركيب النيدل بالسرنجة.
- يتم مسح الجزء العلوي من العبوات الدوائية متعددة الجرعات بمطهر مناسب مثل الكحول 70% وتركه ليجف قبل إعادة إدخال ابرة حقن جديدة داخل هذه العبوات.
- تجنب ترك ابرة الحقن داخل العبوة متعددة الجرعات وذلك لأنها تعتبر طريق مباشر لدخول الميكروبات وتلوث السائل داخل العبوة.
- تطهير الجلد بالكحول 70% بطريقة دائرية من الداخل الى الخارج وتركه يجف قبل البدء بالحقن. إذا كان الجلد متسخاً بشكل واضح، فيجب تنظيفه بالماء والصابون.
- لمس المنطقة المراد حقنها بواسطة اليد مع وجود قفاز حسب الاجراء كما هو مذكور اعلاه، يتم تطهير الجلد بالكحول 70% بطريقة دائرية من الداخل الى الخارج وتركه يجف قبل البدء بالحقن.
- يجب المحافظة على نظافة البيئة بعدم تلويثها بالمخلفات الخاصة بعملية الحقن.
- يتم التخلص من السرنجات المستخدمة في صندوق الأمان مباشرة عند الانتهاء من استخدامها والتخلص منها بالطريقة الآمنة (حسب سياسة إدارة النفايات الطبية ---).
- يجب التخلص من الأمبولات الزجاجية والسرنجات والنيادل والمشارط المستخدمة في الصندوق الآمن مباشرة.
- يجب تجنب إعادة تغطية النيدل أو ثنيها أو كسرها.
- يجب عدم تغطية النيدل إلا عند الحاجة الماسة وذلك باستخدام طريقة اليد الواحدة.
- يجب الالتزام بغسل اليدين الصحي بعد الاجراء للحقن الآمن.

8.3 التعامل مع المحاليل الوريدية: التخزين + مدة المكوث

- يجب أن تكون فوهة المحاليل مغلقة بواسطة غطاء مطاطي، ويجب تطهيرها بقطعة قطن مبللة بكحول 70% وتترك حتى يجف قبل كل استخدام.
- يمنع منعاً باتاً وخز أكياس او عبوات المحاليل من الخارج، وعند إضافة أي أدوية يتم فقط عن طريق الفتحة المطاطية بعد تطهيرها بكحول 70%.
- يجب تخصيص وصلة الأغذية الوريدية، حيث تعتبر هذه الأدوية بيئة مناسبة لتكاثر الميكروبات (TPN).
- يجب تخصيص كانيولا/ وصلة لعملية نقل الدم إن أمكن ذلك.
- أقصى مدة لمكوث الوصلات الوريدية عند استخدامها للمحاليل العادية 96 ساعة ما عدا الدم أو منتجات الدم أو المستحلبات الدهنية.
- أقصى مدة لمكوث الوصلات الوريدية 24 ساعة في حالات استخدام الدم continuous blood transfusion أو منتجات الدم أو المستحلبات الدهنية lipid formulations

8.4 التعامل مع الصندوق الامن:

- يتم فيه التخلص من كل الأدوات الحادة (المشارط – الابر).
- يتم اختيار الحجم والمكان المناسب لوضع الصندوق.
- يتم كتابة التاريخ على الصندوق الامن عند بداية استخدامه. في حال عدم توفر الحجم المطلوب يتم استخدام الصندوق لمدة أقصاها ٧ أيام لأنه قد يشكل بيئة مناسبة لنمو البكتيريا.
- يتم وضع الصندوق الامن في مكان بعيد عن الأرض وعلى ارتفاع مناسب عن الأرض وبعيدا عن ايدي الأطفال وكبار السن او ذوي الإعاقة الذهنية.
- يجب إحكام غلق الصندوق الآمن واستبداله بآخر عند امتلاءه حوالي 3/4 ويسجل عليه اسم القسم

8.5 اعتبارات خاصة:

علاج انتراليبيد (Intralipid):

- يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 12 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.

علاج الامينوسول (Amionosol):

- يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 24 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.

خليط محضر من (Intralipid, Amionosol & Glucose):

- يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 24 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.
- يجب استخدام العلاج المخلوط مباشرة وعدم الاحتفاظ به لمدة لا تزيد عن 24 ساعة أو تركه لمدة تزيد عن ذلك موصول بالمريض من لحظة تحضيره

عند نقل الدم للمريض او مشتاقاته يجب ان لا تتجاوز مدة النقل 4 ساعات بحيث يتم التخلص من كيس الدم والوصلة. أقصى مدة لمكوث الوصلات الوريدية 24 ساعة في حالات استخدام الدم continuous blood transfusion أو منتجات الدم أو المستحلبات الدهنية lipid formulations .

8.6 خطوات الوقاية من الإصابة بالأدوات الحادة:

- يجب التخلص من جميع الأدوات الحادة في أوعية مضادة للثقوب فور استخدامها، وتكون متوفرة في المنطقة التي يجب استخدام الأدوات الحادة فيها.
- يجب عدم تفريغ الصناديق المستخدمة للتخلص من الأدوات الحادة، اذ يتم التخلص من كل صندوق بما يحتويه باعتباره وحدة واحدة.

● يجب ارتداء قفازات سميكة عند التخلص من جميع المخلفات الطبية بما في ذلك الأوعية المستخدمة للأدوات الحادة. ● يجب عدم وضع الأدوات الحادة في أماكن غير متوقعة مثل على سرير المريض أو الكوميدينو . ● في حالة التعرض للوخز بالإبر أو الآلات الحادة يجب إبلاغ المسؤول المباشر ومسؤول مكافحة العدوى مع تدوين الحدث في تقرير الحوادث الخاص. ● يجب استخدام قطعة شاش نظيفة عند كسر الأمبولات لمنع التعرض للوخز أو الجرح عند الاجراء وذلك لحماية مقدم الخدمة الصحية ● يجب التأكد من توفر كميات كافية من صناديق الأمان المطابقة للمواصفات بالمنشآت الصحية لضمان استمرارية التخلص الآمن من الأدوات الحادة بالمنشآت الصحية. ● طبقاً لأحدث توصيات منظمة الصحة العالمية، فإن استخدام الحقن ذاتية الغلق في عملية الحقن تفيد في منع تعرض العاملين للوخز بالإبر وكذلك منع إعادة الحقن مثل: حقن ذاتية التدمير (AD) حقن الحماية من الوخز (SIP) وحقن غير قابلة لإعادة الاستخدام (RuP).	
● مرفق رقم 1. استمارة الوخز ● مرفق رقم 2. خطوات طريقة اليد الواحدة Scoop technique for recapping ● مرفق رقم 3. صورة عن أنواع الصناديق الأمانة	9. المرفقات:
الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020 CDC.InjectionSafety. https://www.cdc.gov/injectionsafety/index.html	10.المراجع:

اسم السياسة:	التعامل مع المفروشات والأقمشة	رقم السياسة:	IPC-7
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	7 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة

1. المقدمة	تحتوي المفروشات والأقمشة المستخدمة على العديد من الميكروبات التي تنقل العدوى للعاملين والمرضى والمجتمع، وبالرغم من انها تشكل نسبة بسيطة من نقل العدوى الا انه يجب التعامل معها ونقلها ومعالجتها بشكل آمن حتى لا تسبب انتشاراً للعدوى.
2. السياسة:	التزام جميع العاملين بالمنشأة الصحية بالتعامل الصحيح مع المفروشات والأقمشة أثناء الاستخدام والجمع والنقل والمعالجة.
3. الغرض:	- المحافظة على عدم تعرض العاملين والمرضى والبيئة بالمنشأة الصحية للعدوى المنقولة بواسطة المفروشات والأقمشة. - تقليل إمكانية المخاطر المهنية لعمال المغسلة من التعرض للعدوى.
4. مجال التطبيق:	جميع العاملين في المنشأة الصحية.
5. التعريفات	المفروشات والأقمشة: هي كل المنسوجات التي بحاجة للغسيل لاستعادة استخدامها. المفروشات والأقمشة الملوثة: هي التي تحتوي على سوائل المريض مثل (دم أو بول أو براز أو غيرها). كيس الغسيل: هي أكياس ذات قوة (متانة) وحجم ملائم لاحتواء الغسيل وغير منفذه للسوائل.
6. المسؤوليات والأدوار	- طاقم التمريض. - العاملين بالأقسام الفنية (الاشعة والعلاج الطبيعي وغيرها...) - العاملين بقسم المغسلة.
7. المتابعة	- مسؤول مكافحة العدوى - رئيس قسم التمريض - رؤساء الأقسام الفنية - رئيس قسم الخدمات الفندقية. - رئيس قسم المغسلة
8. الإجراءات:	المبادئ الأساسية للتعامل مع المنسوجات هي كما يلي: - يجب وضع الغسيل في أكياس مناسبة في غرفة الغسيل المخصصة في القسم الذي تم الاستخدام فيه. - يجب وضع الغسيل المتسخ والملوث بسوائل الجسم داخل أكياس غير منفذة للسوائل وإغلاق الأكياس بإحكام لنقلها لتجنب أي انسكابات أو قطرات من الدم أو سوائل الجسم أو الإفرازات ومن ثم توضع في حاوية الغسيل المتسخ. - لا يجب ان يتم فرز أو شطف المفروشات في مناطق رعاية المرضى (يجب ان تفرز في المنطقة المخصصة) - يجب تجنب عد الغسيل المتسخ في مناطق رعاية المرضى لتجنب انتشار الميكروبات المسببة للأمراض - يجب التعامل مع جميع أنواع المنسوجات بأقل قدر من التحريك داخل اقسام المرضى لتجنب انتشار الميكروبات المسببة للأمراض. - يجب فصل الملابس عن الملاءات المتسخة وان تنقل / تخزن بشكل منفصل بحسب تحملها للحرارة المرتفعة.

- تغسل ملابس مقدمي الخدمة على حدة وتغسل ملابس المرضى مع الغسيل الملوث.
- يجب غسل المنسوجات المستخدمة (الشراشف والبطانيات القطنية) في ماء ساخن (70 درجة مئوية إلى 80 درجة مئوية ومنظف، ويفضل شطفه وتجفيفه في مجفف أو في الشمس. (يوصى باستخدام غسالات / مجففات شديدة التحمل لغسيل المستشفى).
- يجب تعقيم بعض المنسوجات والشراشف النظيفة كالأردية والغطية والاثواب الجراحية قبل الاستخدام في غرف العمليات، وبالتالي تتطلب التعقيم بالبخار / الأوتوكلاف بعد الغسيل وقبل توريدها إلى غرف العمليات.
- يجب غسل البطانيات الصوفية بالماء الدافئ على درجة ٥٠ درجة مئوية وإضافة الكلور في الدورة النهائية، أو في المجففات على درجات حرارة باردة أو القيام بالتنظيف الجاف.
- يجب مسح الفرشات والوسائد ذات الأغطية البلاستيكية بمنظف مطهر مناسب معتمد من وزارة الصحة.
- يمكن استخدام اغطية البطانيات أحادية الاستخدام، اذ يتم التخلص منها بعد الاستخدام.
- يجب إعادة معالجة جميع المفروشات والأقمشة الخاصة بغرف العزل حتى ولو لم يتم استخدامها.

• **التعليم والتدريب:**

يجب على العاملين في الأقسام الفنية (أقسام المغسلة) تلقي التدريب الكافي واتخاذ الاحتياطات القياسية لمنع العدوى مثل غسيل **الأيدي (راجع سياسة رقم: 2 - IPC)** واستخدام الواقيات الشخصية **(راجع سياسة رقم: 3 - IPC)**

• **جوانب عملية:**

يجب على العاملين بالأقسام تغيير المفروشات والأقمشة في الحالات التالية:

- يجب تغيير غطاء الوسادة والشرشف يوميا وعند وجود اتساخ أو تلوث ظاهري وبين كل مريض وآخر وعند وجود رائحة أو بلل للمفروشات والأقمشة.
- يجب غسل الستائر الخاصة بالمنشأة الصحية حسب نوع القماش ومدى مقاومته للحرارة بشكل دوري وعند حدوث اتساخ ظاهري وعند خروج المريض.

يتم جمع المفروشات والأقمشة المتسخة أو الملوثة من الأقسام الفنية على النحو التالي:

- يقوم العاملون بارتداء قفازات نظيفة ومريول نظيف غير معقم عند التعامل مع المفروشات والأقمشة المتسخة.
- يجب إزالة جميع الأدوات والمعدات الطبية ومخلفات الرعاية الصحية (أدوات جراحية، سنون الابر، شاش وغيرها) وأدوات المريض (النظارات والسماعات وغيرها) قبل جمع المفروشات والأقمشة المتسخة لتأثيرها على الغسالة.
- يمنع نفض المفروشات والأقمشة المتسخة عند جمعها ويجب التعامل معها بحذر.
- يمنع وضع المفروشات والأقمشة المتسخة على الأرض أو على الأثاث.
- يجب جمع المفروشات والأقمشة وذلك بوضعها في كيس الغسيل مباشرة من جانب سرير المريض، ولا يسمح بالسير بها لمسافات دون وضعها في الكيس المخصص.
- يجب عدم ملء كيس الغسيل المتسخ لأكثر من $\frac{3}{4}$ السعة الكلية.
- يجب وضع كيس الغسيل في عربة مغلقة الإحكام ومن ثم نقلها الي غرفة الغسيل المخصصة في داخل القسم.
- يجب عدم وضع كيس الغسيل على الأرض ويجب ان يكون مرتفع بمقدار 20-25 سم.

مكان وضع المفروشات والأقمشة المتسخة أو ملوثة:

- يجب أن تتوفر غرفة للغسيل المتسخ وتكون معروفة ومغلقة دائماً وبعيدة عن الجمهور.
- يجب توفير عربة خاصة مغلقة لجمع الغسيل المتسخ حيث تحتوي على كيس غير منفذ للسوائل (بلاستيك مقوى، أو قماش غير منفذ للسوائل).
- يجب إحضار الحاوية إلى منطقة الجمع بجوار سرير المريض لضمان سلامة البيئة وعدم تلوث الأماكن المحيطة أثناء الجمع.

جمع المفروشات والأقمشة المتسخة أو ملوثة:

يتم جمع المفروشات والأقمشة المتسخة أو ملوثة من الأقسام الفنية على النحو التالي:

- يقوم العاملون بثني المفروشات والأقمشة المتسخة أو ملوثة من الطرف بحيث تكون الأجزاء المتسخة أو ملوثة للداخل.
- يجب وضع المفروشات والأقمشة المتسخة أو ملوثة في كيس غير منفذ للسوائل وإغلاقه بإحكام ومن ثم توضع في حاوية الغسيل المتسخ.
- يمكن التمييز بين أنواع المنسوجات المتسخة باستخدام ألوان أكياس جمع مختلفة: مثلاً أبيض للمنسوجات العادية الملوثة والمتسخة، أخضر لغسيل قسم العمليات وقسم التعقيم المركزي...

نقل المفروشات والأقمشة:

- يجب أن تكون حاوية الغسيل المتسخ منفصلة عن حاوية الغسيل النظيف
- يجب على عامل المغسلة المسؤول عن نقل المفروشات والأقمشة اتخاذ التدابير التالية:
- القيام بغسل اليدين الروتيني من ثم غسل اليدين الصحي قبل وبعد كل عملية تعامل ونقل غسيل.
- يقوم عامل جمع الغسيل بارتداء قفازات نظيفة ومريول بلاستيكي احادي الاستخدام أو جلدي متعدد الاستخدام.
- نقل الغسيل المتسخ في عربة خاصة ومحكمة الإغلاق.
- عدم استخدام عربة الغسيل المتسخ لنقل الغسيل النظيف.
- نقل الغسيل في المسار المحدد له وفي أوقات محددة (غير وقت الذروة وأعمال التمريض).
- يجب استلام وتسليم المفروشات والأقمشة المتسخة والنظيفة عن طريق سجل خاص

بيئة العمل داخل قسم المغسلة:

- ينبغي فصل منطقة استلام وفرز المفروشات والأقمشة المتسخة عن منطقة العمل الفعلي (عملية الغسيل).
- يجب توفر طاولة لفرز الغسيل المتسخ وتكون في مستوى أو أعلى من منطقة الخصر.
- يجب أن تخصص منطقة لتخزين مواد التنظيف المستخدمة للغسيل ولا تستخدم لغير ذلك.
- ينبغي الحفاظ على بيئة المكان نظيفة وجافة وخالية من الأتربة بشكل دائم.
- ينبغي على عامل النظافة تنظيف أرضية القسم مرتين يومياً على الأقل وكما اتسخت.

- يجب تحديد مسار باتجاه واحد يحدد مدخل للغسيل المتسخ ومخرج اخر للغسيل النظيف.
- يجب توفر فاصل مادي بين المنطقة النظيفة (منطقة الغسيل والكي والتخزين) والمنطقة الملوثة (منطقة استلام الغسيل المتسخ).
- يفضل أن تزود المغسلة بنظام تهوية أوتوماتيكية ويكون ضغط الهواء داخل المنطقة النظيفة موجب الضغط (أي أن اتجاه سير الهواء يكون من المنطقة النظيفة إلى المنطقة الملوثة).

• طاقم قسم المغسلة:

- يجب على العاملين تلقي التدريب الكافي واتخاذ الاحتياطات القياسية لمنع العدوى مثل غسيل الأيدي (راجع سياسة رقم: 2 - IPC) واستخدام الواقيات الشخصية (راجع سياسة رقم: 3 - IPC)
- يجب اتباع الاحتياطات القياسية لمنع العدوى عند التعامل مع الغسيل المتسخ.
 - تجنب ملامسة كيس الغسيل للملابس وجسم العاملين.
 - ينبغي توثيق تطعيم العاملين ضد التهاب الكبد الوبائي (ب) والتطعيم الموسمي مثل تطعيم الانفلونزا.

• عملية فرز الغسيل:

- يجب على العاملين بالمغسلة ارتداء الواقيات الشخصية المناسبة (زي العمل (الأبرهول)، كمامة، غطاء رأس، قفازات شديدة التحمل، مريشة غير منفذة للسوائل).
- يتم التعامل مع الغسيل المتسخ والستائر وغيرها على أساس نوع المنسوجات واستعمالها وليس على أساس نوع ودرجة الاتساخ.
- يجب عدم فرز أو غسل المفروشات والأقمشة المتسخة في غرف وأقسام المرضى.
- ينبغي أن تكون منطقة الفرز مزودة بحوض لغسيل الأيدي (يعمل بالكوع أو القدم) وصابون وورق لتجفيف الأيدي.
- يجب أن يتوفر صندوق أمان للتخلص من النفايات الطبية الحادة في حال وجودها.
- يجب توخي الحذر عند عملية الفرز للغسيل المتسخ لتجنب وخز الإبر.
- يجب توخي الحذر عند فحص المفروشات لفرز التالف والممزق والتخلص من الأدوات الحادة باستخدام ملقط.
- يجب تبليغ المسئول المباشر ومسئول مكافحة العدوى عند التعرض للدم وسوائل الجسم.
- يفضل توزيع الغسيل قبل عملية المعالجة.

الأقمشة الملوثة بسوائل الجسم وتتحمل درجات حرارة عالية:

- يجب الالتزام بملء الغسالة إلى ثلثي حجم الاستيعاب كحد أقصى وذلك للسماح بسهولة حركة الأقمشة أثناء عملية الغسيل، وكذلك للحفاظ على الغسالة من التلف نتيجة وضع كمية كبيرة من الأقمشة وزيادة الوزن عما هو مسموح به.

• دورات الغسيل:

المرحلة الأولى:

- يتم شطف الغسيل بدرجة حرارة المياه العادية لمدة 5 دقائق مرتين على التوالي بحد أدنى، ويمكن تكرار عملية الشطف حتى يلاحظ نقاوة المياه وعدم تلونها.

المرحلة الثانية:

- يجب إضافة المواد الانزيمية بمعدل 100 جرام لكل 5 كيلو من الأقمشة، وإضافة 120-150 جرام من الصابون لكل 5 كيلو من الأقمشة، ويجب أن يتم رفع درجة حرارة المياه إلى 71 درجة مئوية بحد أدنى وأن تستمر عملية الغسيل بعد الوصول لهذه الدرجة لمدة 25 دقيقة بالحد الأدنى.
- في حالة عدم توفر الماء الساخن يجب تطهير الأقمشة بنقعها بكلور تركيزه 0.05% ولمدة 30 دقيقة

المرحلة الثالثة: يتم شطف الأقمشة من بقايا الصابون.

المرحلة الرابعة: يتم إضافة كلور بتركيز 150 جزء بالمليون لكل لتر ماء، مثال: (الغسالات بسعة 200 لتر يضاف إليها 600 مل كلور بتركيز 5% وتستمر عملية الغسيل لمدة 10 دقائق لتطهير الأقمشة).

المرحلة الخامسة: تتم عملية العصر والتنشيف الأولية.

الأقمشة التي لا تتحمل درجات حرارة عالية:

يجب ملء الغسالة إلى ثلثي حجم الاستيعاب.

المرحلة الأولى: يجب شطف الغسيل بدرجة حرارة المياه العادية لمدة 5 دقائق مرة واحدة بحد أدنى، ويمكن تكرار عملية الشطف حتى يلاحظ نقاوة المياه وعدم تلونها.

المرحلة الثانية: يتم إضافة المواد الانزيمية بمعدل 100 جرام لكل 5 كيلو من الأقمشة، وإضافة 200 جرام من الصابون لكل 5 كيلو من الأقمشة، ويجب أن تكون درجة حرارة المياه عن 25 درجة مئوية وأن تستمر عملية الغسيل بعد الوصول لهذه الدرجة لمدة 25 دقيقة بالحد الأدنى.

المرحلة الثالثة: يتم شطف الأقمشة من بقايا الصابون.

المرحلة الرابعة: إضافة كلور بتركيز 150 جزء بالمليون لكل لتر ماء، مثال: (الغسالات بسعة 200 لتر يضاف إليها 600 مل كلور بتركيز 5% وتستمر عملية الغسيل لمدة 10 دقائق لتطهير الأقمشة).

المرحلة الخامسة: تتم عملية العصر والتنشيف الأولية.

• عملية الفرز بعد الغسيل:

- يتم فرز الغسيل النظيف لإعادة غسل المفروشات والأقمشة التي بها بقع بواسطة العمال المسؤولين عن ذلك.
- يتم حياكة الممزق من المفروشات والأقمشة بواسطة الخياط المسؤول عن ذلك.
- يتم إعادة عملية الغسيل مرة أخرى بعد إتمام عملية الحياكة.

• عملية التجفيف والكوي:

- يجب تجفيف الأقمشة جيداً.
- يجب معاينة الأقمشة قبل الحفظ وأي أقمشة تظهر عليها علامات اتساخ وغير نظيفة وإعادة معالجتها مرة أخرى.
- يجب أن يتم تهوية الأقمشة بعد التجفيف أو كيوها بالمكواة للتخلص من الرطوبة وذلك لمنع تكاثر الفطريات في الأقمشة وكذلك لمنع انبعاث روائح كريهة نتيجة الرطوبة وعدم جفاف الأقمشة بشكل جيد.
- يفضل كوي الغسيل بعد عملية المعالجة قبل عملية التغليف.

● عملية التغليف والتخزين: ● يجب طي وتغليف المفروشات والأقمشة في أكياس غير منفذه للسوائل ويفضل كل واحدة في كيس منفصل. ● يجب وضع غسيل قسم العمليات في كيس غير منفذ للسوائل لحين نقلها لقسم التعقيم المركزي لاستكمال عملية المعالجة. ● يجب تخزين الغسيل النظيف في مكان جيد التهوية. ● يجب إعادة المعالجة لأي من المفروشات والأقمشة إذا اتسخت أثناء عملية التغليف والتخزين. ● يجب حفظ الأقمشة المعالجة في غرفة مناسبة أو دولااب محكم الإغلاق وتكون الأبواب باستمرار مغلقة لعدم تعرض الأقمشة للأتربة أو التلوث. ● مواصفات مكان التخزين: ● يجب أن يكون مكان التخزين جيداً ويتناسب مع حجم المفروشات والأقمشة. ● يمنع الطعام والمشروبات داخل أماكن التخزين ● يجب أن تكون المنطقة نظيفة وخالية من الغبار والحشرات وبعيدة عن تسريب المياه. ● يجب أن تتراوح درجة الحرارة من 21 – 24 درجة مئوية ونسبة الرطوبة بين 30-60%. ● يجب أن تبقى أبواب الدواليب مغلقة دائماً. ● يفضل ألا يكون الدولااب والأرفف مصنوعة من الخشب وأن تكون مصنوعة من مادة صلبة وسهلة التنظيف ولا تصدأ مع مرور الزمن. ● يجب أن تكون أرفف التخزين بعيدة عن الجدران مسافة 5 سم، وأن تكون بعيدة عن الأرضية من 20-25 سم وأن تكون بعيدة عن السقف مسافة 50 سم. ● يجب تنظيف الدواليب والأرفف يومياً. ● يجب عدم وضع الغسيل النظيف على الأرض أو الأسطح الملوثة. ● يجب التخلص من المفروشات والأقمشة التي لا تتوافق مع المعايير الأساسية والمطلوبة للاستخدام داخل المنشأة الصحية. ● يجب تنظيف جميع المعدات المستخدمة في الغسيل يومياً وعند الاتساخ. ● تداول المفروشات والأقمشة النظيفة: ● يجب نقل المفروشات والأقمشة النظيفة في عربة نظيفة محكمة الإغلاق. ● يجب فصل عربة الغسيل النظيفة عن عربة الغسيل المتسخ. ● التهوية: ● يجب أن تكون منطقة الغسيل المتسخ سالبة الضغط. ● يجب أن تكون منطقة الغسيل النظيفة إيجابية الضغط. ● الصيانة: ● يلتزم العاملون بتعليمات المصنع عند صيانة الغسالة أو المجفف. ● يجب عمل جدول لصيانة الغسالة والمجفف والمكواة حسب تعليمات الشركة المصنعة وكلما اقتضت الضرورة لذلك.	
9.1. نموذج الاستلام والتسليم للأقمشة والمفروشات.	9. المرفقات
● الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020	10. المراجع

• The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. • KKM Policies & Procedures on Infection Prevention and Control, Third Edition. • NHS Policies & Procedures 2018. Infection Prevention and Control • CDC. Linen and laundry management. https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/laundry.html • Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	
---	--

اسم السياسة:	الإجراءات الصحيحة والأمانة في عملية تنظيف إنسكابات الدم وسوائل الجسم.	رقم السياسة:	IPC-8
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة:	- بالرغم من الحرص الشديد للعاملين في الرعاية الصحية كطواقم التمريض والأطباء وعمال النظافة وفني المختبر وغيرهم من التخصصات الطبية المختلفة إلا أن حوادث إنسكابات السوائل والمواد المعدية قد تحدث مهما كان الحرص. - إن تدريب مقدمي الخدمة الصحية وتوعيتهم بالإجراءات السليمة للتعامل مع حوادث الانسكابات يعتبر أهمية قصوى وبالأذات طواقم التمريض والمختبر وعمال النظافة لضمان السلامة وتوفير بيئة عمل آمنة يجب على المسؤولين بالمرفق الصحي التأكد بانه تم تدريب جميع العاملين على الاستجابة للطوارئ وتوعيتهم بالإجراءات السليمة للتعامل مع حوادث الإنسكابات ولتفاديها مستقبلاً.		
2. السياسة:	إتباع الإجراءات الصحيحة والأمانة في عملية تنظيف إنسكابات الدم وسوائل الجسم والعناصر الثقيلة.		
3. الغرض:	- حماية مقدم الخدمة ومتلقيها من إحتتمالية إنتقال العدوى عن طريق الدم وسوائل الجسم المنسكبة. - تهيئة بيئة صحية وآمنة.		
4. مجال التطبيق:	جميع اقسام الرعاية في المنشأة الصحية		
5. التعريفات	الزئبق: معدن سائل ويتبخر ببطء في درجة حرارة الغرفة، وليس له رائحة ولونه فضي، وهو عنصر سام يصل إلى جسم الإنسان عن طريق إستنشاق أبخرته وينفذ بدرجة أقل عبر الجلد في حال التلامس.		
6. المسؤوليات والأدوار	- قسم مكافحة العدوى. - مسؤول/ة الخدمات الفندقية. - رؤساء الأقسام التمريضية. - عمال النظافة.		
7. المتابعة	- عمال النظافة/الخدمات العامة - رؤساء الأقسام التمريضية. - مشرف مكافحة وضبط العدوى.		
8. الإجراءات:	يجب على المسؤولين بالمرفق الصحي توفير المعدات اللازمة للتعامل مع حوادث الإنسكابات (صندوق الانسكاب الذي يجب ان يتوفر في اماكن واضحة للجميع وعلى عربات التنظيف). 8.1 محتويات صندوق الانسكاب: الواقيات الشخصية: قفازات مطاطية سميكة قابلة لإعادة الاستخدام، ثوب أو مريول بلاستيكي، قناع، نظارات واقية وواقي الوجه والعينين، واقي الحذاء البلاستيكي. - أوراق للتنشيف / قطع قماش/مناشف ماصة / مواد أخرى لامتصاص السوائل. - أقراص كلور (الكلور السائل يكون موجودا خارج الصندوق)		

- سائل الكلور
- أكياس للنفايات الطبية والمعدية
- ملقط
- فرشاة
- المجرود

8.2 الإجراءات العامة المتبعة لتنظيف الانسكابات

- إخلاء المنطقة الملوثة التي حدث فيها الانسكاب.
- إبلاغ الجهة المسؤولة عن إدارة المخلفات الطبية بالمرفق الصحي.
- من المهم جدا تحديد طبيعة الانسكاب.
- إخلاء جميع العاملين غير المدربين على عملية التنظيف إذا كان عامل التلوث خطيراً.
- يجب ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة: قفازات مطاطية سميكة قابلة لإعادة الاستخدام، مريول بلاستيكي (إذا كان يوجد خطر رذاذ أو انسكاب كبير) قناع، نظارات واقية وواقى الوجه والعينين (إذا كان يوجد خطر رذاذ أو انسكاب كبير)، وواقى الحذاء البلاستيكي.
- إذا كان هنالك أدوات حادة يجب التقاطها بواسطة الملقط الخاص أو بواسطة الفرشاة والمجرود والتخلص منها في صندوق الأدوات الحادة.

○ التعامل مع انسكابات الدم القليلة:

- يجب استخدام صندوق الانسكاب
- يجب تواجد صندوق الانسكابات في اماكن واضحة للجميع وعلى عربات التنظيف.
- يجب مسح كمية الدم القليلة " نقاط من الدم" بقطعة قماش ويتم التخلص منها في كيس النفايات المعدية .
- يتم التطهير باستخدام محلول الكلور 1000 جزء بالمليون.

○ التعامل مع انسكابات الدم الكبيرة:

- يجب حصر التسرب ومسحه على الفور بورقة أو قطعة قماش أو منشفة ماصة أو بواسطة مواد أخرى لامتصاص السوائل. يتم وضع قطعة قماش كبيرة جافة تستخدم لمرة واحدة حتى تمتص السوائل.
- يتم التخلص من الفوط في كيس النفايات الأصفر.
- يجب التنظيف جيداً، وذلك باستخدام المياه الدافئة والصابون أو أي منظف معتمد.
- يجب سكب محلول الكلور 5000 جزء بالمليون لمدة 10 دقائق على المنطقة.
- يجب مسح مكان الانسكاب بمحلول الكلور 1000 جزء بالمليون مع التخلص من المواد المستخدمة في معالجة الانسكاب بالوعاء المناسب.
- يجب إزالة التلوث عن المواد التي تم استعمالها في إزالة المواد المنسكبة (كالملاقط والفرشاة والمجرود....).
- ينبغي بعد ذلك التخلص من جميع النفايات المعدية تبعاً للسياسة المتبعة للتخلص من هذا النوع من النفايات.
- يجب خلع الواقيات الشخصية والتخلص منها كنفايات طبيه خطرة تبعاً للسياسة المتبعة للتخلص من هذا النوع من النفايات.

- إرسال جميع اللوازم والمعدات القابلة لإعادة الاستخدام (مثل ملابس التنظيف والمماسح) لإعادة المعالجة (أي التنظيف والتطهير) بعد الانتهاء من عملية إزالة الانسكاب حسب سياسة التنظيف المتبعة.

○ عند التعامل مع انسكابات الدم مع وجود قطع زجاج مكسورة

- يتم التقاط الزجاج المكسور باستخدام ملقط وليس باليد والتخلص منها في الصندوق الآمن.
- يتم وضع قطعة قماش تستعمل لمرة واحدة على الانسكاب.
- الالتزام بالخطوات الموضحة في التعامل مع انسكابات الدم الكبيرة او القليلة بما يتناسب مع حجم الانسكاب الموضح في الفقرة السابقة إجراءات التعامل مع انسكاب البول والبراز والقيء:
- يجب تغطية الانسكاب بمناشف ورقية لامتناس المواد المنسكبة ثم تجمع وتلقى في كيس النفايات الصفراء.
- يجب تنظيف المنطقة بالماء والصابون.
- يمنع سكب محاليل الكلور مباشرة على انسكابات البول أو القيء لأنها تسبب انبعاث غاز الكلور.
- يتم التطهير باستخدام محلول الكلور 1000 جزء في المليون.
- يتم التخلص من الملابس الواقية في اكراس القمامة الصفراء.
- يجب غسيل اليدين بعد خلع القفازات

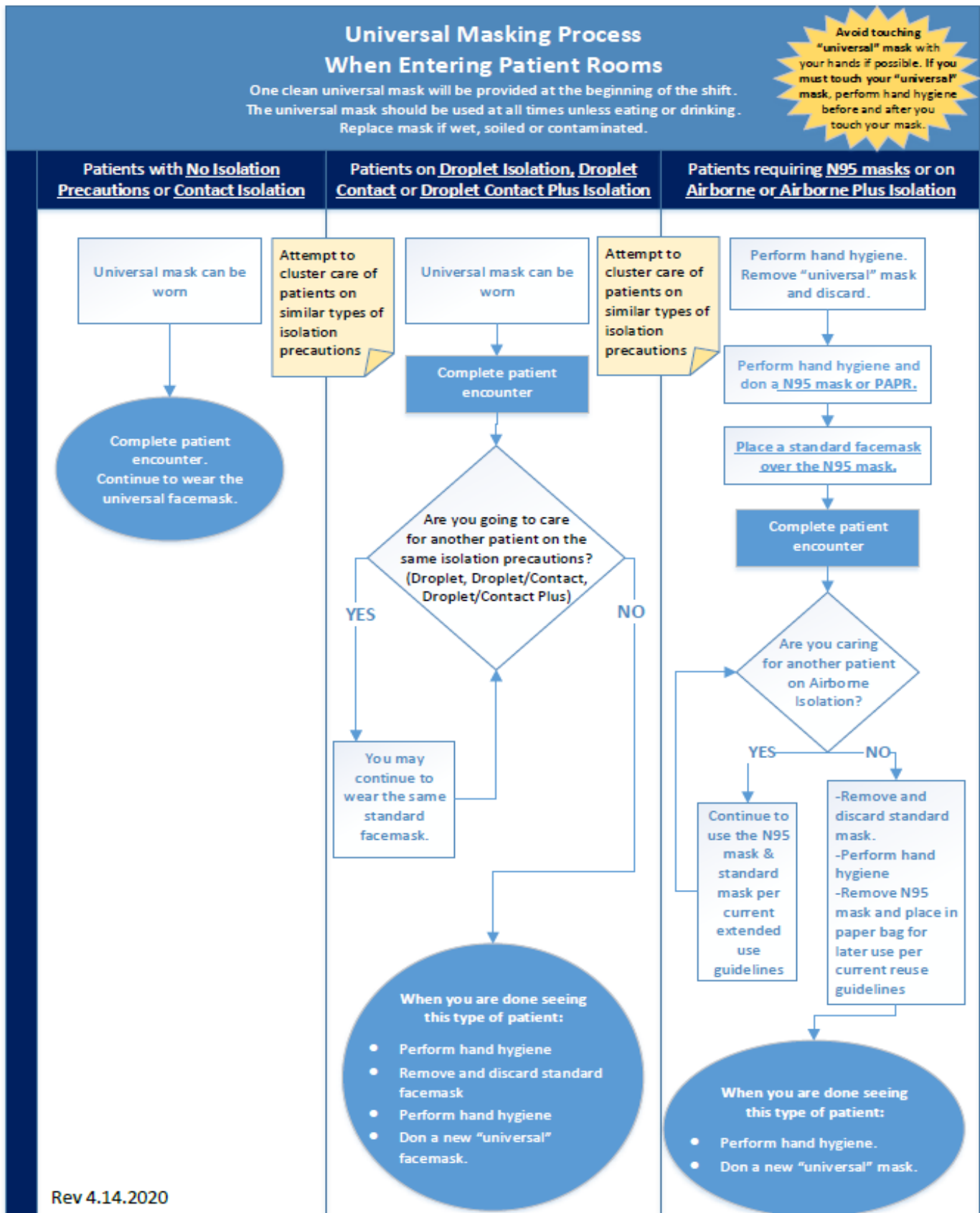
○ إجراءات التعامل مع انسكاب الزئبق:

- يجب إزالة قطع الزجاج المكسور أولاً باستعمال ملقط وبحذر ووضعها في عبوة صلبة مغلقة عليها بطاقة تعريف توضح أنها تحتوي على زجاج ملوث بالزئبق.
- يجب تحديد مكان قطرات الزئبق وجمعها باستعمال قطع الكرتون المقوى ببطء.
- يجب استعمال المصباح لتحديد أماكن القطرات في الغرف المظلمة وجمعها بواسطة الورق المقوى.
- يجب الفحص الكامل لموقع الانسكاب عند البحث عن قطرات الزئبق.
- يجب استخدام المحقنة لسحب قطرات الزئبق الذي تم جمعه.
- يجب تفريغ الزئبق من المحقنة ببطء وحذر شديد في العبوة البلاستيكية وإغلاقها جيداً.
- يجب وضع العبوة البلاستيكية في الكيس البلاستيكي ذاتي الإغلاق مع التأكد من وضع بطاقة التعريف.
- بعد إزالة القطرات الكبيرة يستخدم الشريط اللاصق لتجميع القطرات الصغيرة.
- عند الانتهاء توضع جميع العبوات والأكراس والقفازات والملابس وجميع ما استخدم في عملية تنظيف الانسكاب في كيس النفايات البلاستيكية مع تحديد تاريخ الانسكاب على بطاقة التعريف.
- يجب تهوية المكان الذي حدث فيه الانسكاب لفتح النوافذ الخارجية لإزالة أي أبخرة زئبق متبقية.
- يحفظ الكيس في خزانة مخصصة لنفايات المواد الكيماوية.
- يجب وضع وتثبيت يافطة واضحة على الباب من الخارج مكتوب عليها (مستودع نفايات الزئبق).

• يجب تركيب وتخصيص أرف جدارية (إن لم تكن موجودة) لصناديق وأكياس نفايات الزئبق. • عندما تمتلئ الأرف المخصصة، يجب الإتصال مع وزارة البيئة لمعرفة آلية النقل والتخلص من نفايات الزئبق.	
• مرفق رقم 1. جدول استخدامات التركيزات المختلفة للكلور • مرفق رقم 2. اطقم أدوات التعامل مع إنسكاب الدم وسوائل جسم المريض • مرفق رقم 3. الخطوات العشرة للتعامل مع انسكابات الدم	9. المرفقات
• CDC and ICAN. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; Cape Town, South Africa: Infection Control Africa Network; 2019. Available at: https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html and http://www.icanetwork.co.za/icanguideline2019/ • Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	10. المراجع

الفصل السادس:

احتياطات العزل خاصة



اسم السياسة:	احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-9
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 يتم التحكم في انتقال العدوى داخل المنشآت الصحية من خلال اتباع الاحتياطات القياسية والاحتياطات المستندة على طريقة انتقال العدوى، حيث يوجد ثلاث طرق لاحتياطات العزل المستندة على طريقة الانتقال: • التلامس، • الرذاذ، • المحمولة بالهواء، • بالإضافة الى العزل المناعي والمقصود به عزل مرضى زراعة النخاع العظمي قبل وبعد العملية. 1.2 وتعتمد الاحتياطات المستندة على طريقة انتقال العدوى على العناصر الأساسية: • التعرف على خصائص الأمراض المعدية وطرق انتقالها وأهميتها وخطورتها لاتخاذ القرارات المتعلقة باحتياطات العزل. • التوقع المباشر المبني على العلامات الاكلينيكية (الاشتباه) أثناء استقبال ودخول المريض إلى المنشأة الصحية. التوقع المباشر هو من العوامل الهامة والتي تساعد على اتباع الإجراءات المناسبة التي ينبغي اتخاذها بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية، وغالباً لا ينبغي انتظاراً التأكيد المخبري. • إيجاد حاجز مادي بين كل مريض وآخر (عزل المريض داخل حجرة منفصلة أو مكان منفصل مجهز بكافة الخدمات التي يحتاجها). 1.3 بعض الامراض المعدية لها طرق انتقال متعددة حسب طريقة انتقال الميكروب المسبب للمرض والتي يمكن ان تجمع عدة طرق للاحتياطات.		
	2.1 اتباع احتياطات عزل التلامس أو الرذاذ أو الهواء بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها.		
	3.1 منع انتقال العدوى إلى المرضى أو العاملين أو الزوار أو البيئة المحيطة.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع مقدمي الرعاية في المنشأة الصحية.		
	4.2 جميع العاملين في غرف العزل.		
5. التعريفات:	5.1 الاحتياطات القياسية: هي احتياطات لتقليل مخاطر انتقال الكائنات الحية الدقيقة من مصادر معروفة وغير معروفة في المنشأة الصحية وتطبق عند التعامل مع جميع سائل الجسم والجلد الغير سليم والأغشية المخاطية ومع جميع المرضى		
	5.2 الاحتياطات المستندة على طريقة الانتقال: هي احتياطات تعتمد على المرضى المشتبه بهم والمؤكد اصابتهم بمرض معدي أو ذات أهمية وبائية والتي تتطلب احتياطات إضافية بجانب الاحتياطات القياسية.		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 فريق مكافحة العدوى.		
	6.2 طاقم تمريض أقسام وغرف العزل، والطوارئ، والرعاية الأولية.		
	6.3 طاقم أطباء غرف العزل، والطوارئ، والعيادات الخاصة.		
	6.4 عمال النظافة.		

- 7.1 مسؤول مكافحة العدوى.
- 7.2 رئيس تمريض القسم.
- 7.3 رئيس أطباء القسم.
- 7.4 الإدارة

8.1 مسؤوليات الإدارة في المنشأة الصحية:

- وضع مبادئ منع انتشار العدوى والسيطرة عليها ضمن أهداف برامج مكافحة العدوى لضمان السلامة المهنية وسلامة المرضى بالمنشأة الصحية ضمن أولويات الإدارة.
- تقديم الدعم الإداري، بما في ذلك الموارد المالية والبشرية للحفاظ على استمرار وحسن سير العمل لبرامج مكافحة العدوى.
- جعل الوقاية من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية كأحد العوامل المحددة لمستويات التوظيف والتكوين للكوادر والاطمق التمريضية، خاصة في أقسام الرعاية أو العناية الفائقة المركزة.

8.2 توصيات بشأن التعليم والتدريب:

- يجب توفير تعليم وتدريب خاص على أساسيات مكافحة العدوى لكافة العاملين ومن ثم يكون من ضمن المهام والتقييم والالتزام منع انتشار العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية والسيطرة عليها.
- يجب تحديث المعلومات بشكل دوري خلال برامج التعليم المستمر.
- يجب وضع نظام لضمان أن العاملين في مجال الرعاية الصحية المعنيين من قبل جهات/شركات تقديم الخدمة أو ضمن المنشأة الصحية قد تلقوا ما يكفي من التعليم والتدريب المطلوب في هذا مجال من خلال البرامج المخصصة لهم التي تقدمها هذه الشركات أو من خلال المشاركة في برامج مرافق الرعاية الصحية المصمم للموظفين
- يجب توفير مواد إرشادية للمرضى والزائرين بشأن نظافة اليدين والاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال واحتياطات العزل المبنية على طريق الانتقال.

8.3 مسؤولية اتخاذ قرار العزل

أ. يجب أن يعتمد اتخاذ قرار العزل داخل المنشأة الصحية على المعلومات الآتية:

- عدد الحالات المعدية أو المشتبه بإصابتها بمرض معدي وهي بحاجة إلى عزل.
- مدة العزل المطلوبة لكل مريض.
- نوع وحدة العزل.
- مجموعة الحالات التي يمكن أن تتأثر بعدوى موسمية أو أي عدوى أخرى لها نمط خاص في الانتشار.
- نوعية الخدمات المقدمة بالمنشأة.

ب. يجب على طاقم تمريض قسم العزل اتباع ما يلي:

- البدء باتباع احتياطات العزل على النحو المحدد أو بناءً على التقييم السريري للمريض بالتشاور مع الطبيب المعالج ومسئول مكافحة العدوى.
- ترتيب مستلزمات العزل المطلوبة للغرفة قبل دخول المريض للغرفة.
- وضع علامة على باب الغرفة وأخرى على ملف المريض لاتخاذ الاحتياطات الملائمة لكل عزل..
- إعطاء التعليمات اللازمة للمريض والزوار وعمال النظافة.

8.4 غرف/اقسام العزل:

- يجب أن تتوفر غرف عزل في كل قسم أو قسم عزل منعزل في جميع المنشآت الصحية مجهزة لاستقبال مرضى قد يلزم عزلهم لحماية باقي المرضى المقيمين من احتمال انتقال العدوى إليهم. عدد هذه الغرف/الاقسام يعتمد على الترصد الوبائي الموجود في المنشأة الصحية

9.1. مرفق رقم 1: الاحتياطات القياسية

9. المرفقات:

الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020.

- The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
(Last update: July 2019)

10. المراجع:

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 بعض الامراض المعدية يتم تناقلها عبر التلامس المباشر او غير المباشر، الرذاذ، والهواء. لذلك عند التعامل مع المرضى المصابين أو المحتمل أصابتهم بهذه الأمراض المعدية، يجب اتخاذ احتياطات العزل المناسبة اعتمادا على طريقة نقل العدوى ويجب مراعاة التدابير القياسية أثناء تقديم الرعاية المباشرة للمريض. 1.2 من المهم أن يتم التأكيد على أن بعض مسببات الامراض الجرثومية تنتقل بأكثر من طريقة، ولذلك يجب اتباع أكثر من فئة من هذه الاحتياطات الخاصة بتلك الطرق، وفي مثل هذه الحالات يجب أن تطلب النصح من أحد أعضاء فريق ضبط العدوى واتباع احتياطات العزل التي يجب أن يتم تعديلها وفقاً لمتطلبات المكان. عند استخدامها منفردة أو مجتمعة، يتم استخدامها دائماً بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية.		
2. السياسة:	2.1 الالتزام بتطبيق اجراءات بدء وانهاء احتياطات العزل للمرضى المصابين بأمراض معدية أو المشتبه إصابتهم.		
3. الغرض:	3.1 الحد من انتشار العدوى داخل المنشآت الصحية خلال عملية بدء وانهاء احتياطات العزل للمرضى المصابين بأمراض معدية أو المشتبه إصابتهم.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في أقسام العزل.		
5. التعريفات:	5.1 لا يوجد		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 طاقم التمريض. 6.2 الطبيب المعالج.		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس تمريض القسم. 7.3 رئيس أطباء القسم.		
8. الإجراءات:	8.1 مبادئ عامة: • يجب مراعاة الاحتياطات القياسية أثناء تقديم الرعاية المباشرة للمرضى. • يجب وضع علامات عزل مناسبة على الأبواب حسب الحاجة. • يمكن التعرف على المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات العزل من خلال النتائج المخبرية أو التشخيص المخبري أو من خلال نظام الإبلاغ. • يجب توضيح احتياطات العزل للمريض والزوار لتشجيعهم على التعاون. 8.2 دور الطبيب في عملية بدء وإنهاء العزل: • يجب تحديد المرضى المصابين بأمراض معدية مشتبه بها أو مؤكدة. • يختص الطبيب المعالج باتخاذ قرار العزل بأمر طبي مكتوب بناءً على التقييم السريري للمريض وإذا احتاج الامر، يتم التشاور مع فريق مكافحة العدوى. • يقوم الطبيب المعالج بكتابة أمر لوضع المريض تحت الاحتياطات العزل المناسبة. يوضع هذا الامر الطبي في ملف المريض.		

8.3 مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض (المرفقات)

- تستمر احتياطات العزل المستندة إلى نوع انتقال العدوى سارية المفعول لفترات زمنية محدودة (على سبيل المثال، أثناء استمرار خطر انتقال العامل المعدي أو طول مدة المرض).
- بالنسبة لمعظم الأمراض المعدية تكون مدة حضانة وانتشار العدوى معروفة ومعلومة، يتم عزل المريض خلال هذه الفترة دون الحاجة إلى إجراء فحوصات
- بالنسبة لبعض الأمراض (على سبيل المثال، الخناق البلعومي أو الجدي أو RSV (السعال الديكي)، تظل الاحتياطات المستندة إلى الانتقال سارية المفعول حتى توثق نتائج اختبار الزرع أو نتائج اختبار الكشف المستضد استئصال العامل المسبب للعدوى، وبالنسبة لـ RSV، يتم زوال الأعراض المرضية.
- في المرضى الذين يعانون من نقص المناعة، يمكن أن يستمر انتشار الفيروس لفترات طويلة من الزمن (عدة أسابيع إلى شهور) وقد يحدث انتقال الفيروس للآخرين خلال تلك الفترة؛ لذلك، قد تطول مدة عزل التلامس و/ أو الرذاذ لعدة أسابيع.
- يجب اتخاذ كافة التدابير اللازمة في حال وجود مرضى مصابين ببكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية لاحتمالية انتقالها بين المرضى

8.4 دور مسؤول مكافحة العدوى في عملية بدء وإنهاء العزل:

- يجب تقديم المشورة المناسبة لطاقتهم التمريض فيما يتعلق بنوع العزل والإجراءات المراد اتباعها.
- يجب متابعة التزام العاملين بالاحتياطات القياسية واحتياطات العزل وتقديم الاستشارات عند الضرورة.
- يجب متابعة العاملين الغير مطعمين والذين يعانون من ضعف المناعة وإمكانية استبعادهم عن العمل مع الحالات المشتبه بها أو المؤكدة.
- يجب متابعة رصد الحالات ورفع التقارير للجهات المختصة.

8.5 دور ممرض الاتصال:

- يجب تعبئة نموذج تقرير الأمراض السارية لجميع الحالات المشخصة للأمراض الواجب الإبلاغ عنها لوزارة الصحة.
- يجب متابعة إجراء التنظيف النهائي الشامل لغرف العزل، والتأكد بأنها تمت بالشكل الصحيح. (راجع سياسة نظافة بيئة المنشأة الصحية 36 - IPC)

8.6 دور الممرض في عملية بدء وإنهاء العزل:

- يجب الشروع في إجراءات العزل المتفق عليها وإبلاغ الإدارة. ويجب إبلاغ أخصائي مكافحة العدوى أن المريض قد وضع تحت الاحتياطات العزل اللازمة المتفق عليها.
- يجب إبلاغ أخصائي مكافحة العدوى فوراً عندما يكون هناك إصابة مشتبه بها أو مؤكدة لمرض معدي.
- يجب وضع المريض في غرفة مناسبة (يمكن تجميع بعض المرضى من نفس نوع العدوى، إذا أمكن بحسب توصيات مسؤول مكافحة العدوى).

• يجب وضع علامة العزل المناسبة على باب الغرفة من الخارج مع التأكد من الحفاظ على احتياطات العزل المناسبة طوال مدة العزل. • يتم إنهاء العزل بالتشاور مع مسئول مكافحة العدوى والطبيب المعالج. • يجب معالجة الأدوات القابلة لإعادة الاستخدام بالطريقة الصحيحة (راجع سياسة معالجة الأدوات).	
9.1 مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض (المرفقات)	9. المرفقات:
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع. 2020 • The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. • Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last update: July 2019)	10. المراجع:

اسم السياسة:	احتياطات نقل العدوى المنقولة عن طريق التلامس	رقم السياسة:	IPC-11
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 إن التعرف على خصائص الأمراض المعدية ومعرفة أنواع الميكروبات، التي تنتقل عن طريق التلامس يشكل أهمية كبرى في الحد من انتقال العدوى بين المرضى او مقدمي الخدمة الصحية أو البيئة المحيطة ومنها إلى المجتمع. 1.2 ومن الأمثلة على الميكروبات التي تنتقل عن طريق التلامس: • Hepatitis A • Clostridium Difficile • MDROs • Herpes Simplex • Lice • Scabies		
2. السياسة:	2.1 اتباع احتياطات عزل التلامس بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض معد ينتقل عن طريق التلامس.		
3. الغرض:	3.1 اتخاذ التدابير اللازمة لمنع انتقال العدوى التي تنتقل من خلال الاتصال المباشر وغير المباشر مع المريض أو فضلاته وإفرازاته أو مع البيئة المحيطة به. 3.2 سلامة العاملين والمرضى والزوار والحفاظ على البيئة		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية وخاصة غرف العزل.		
5. التعريفات:	5.1 يتم اتباع احتياطات عزل التلامس عندما يشتبه في إصابة المريض بالعدوى التي تنتشر عن طريق اللمس المباشر له او غير المباشر نتيجة لمس الأسطح الموجودة في بيئة المريض المحيطة. 5.2 كما يجب اتباع احتياطات عزل التلامس عند المرضى المصابين ببكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية الميكروبات الأخرى التي تنتقل عبر البيئة المحيطة. 5.3 يجب اتباع احتياطات عزل التلامس في حال كان المريض يعاني من الإسهال الشديد أو الخراجات المصحوبة بتصريف كبير أو افرازات كثيرة ممكن ان تؤدي الى تلوث البيئة المحيطة وبالتالي انتشار العدوى.		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 طاقم تمريض أقسام وغرف العزل. 6.2 طاقم أطباء. 6.3 عمال النظافة. 6.4 العاملين في قسم الطوارئ 6.5 العاملين في قسم العناية المركزة 6.6 العاملين في الرعاية الأولية		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس تمريض القسم. 7.3 رئيس أطباء القسم.		

8.1

الإدارة في المنشأة الصحية:

- يجب أن يكون العاملون مدربين على سياسة العزل واحتياطاته.
- يفضل تخصيص عاملين لغرف العزل ان أمكن.
- يجب تطعيم العاملين بالتطعيمات اللازمة.
- يجب توفير الاحتياجات اللازمة.

8.2

فريق مكافحة العدوى / الطبيب المعالج:

- يختص الطبيب المعالج باتخاذ قرار العزل بأمر طبي مكتوب بناءً على التقييم السريري للمريض وإذا احتاج الأمر يتم التشاور مع فريق مكافحة العدوى.
- يقوم الطبيب المعالج العدوى بكتابة أمر لوضع المريض تحت احتياطات عزل التلامس. يوضع هذا الأمر الطبي في ملف المريض.
- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الالتزام الدائم باتباع الاحتياطات القياسية بالإضافة إلى احتياطات عزل التلامس عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض معدي ينتقل عن طريق التلامس.
- يجب توضيح احتياطات العزل للمريض والزوار لتشجيعهم على التعاون.
- يتم إبلاغ فريق مكافحة العدوى أن المريض قد وضع تحت الاحتياطات اللازمة المتفق عليها..
- يجب وضع علامة على باب الغرفة توضح وجود عزل التلامس.

8.3

المكان:

- يفضل ان تكون الغرفة مفردة لكل مريض ومزودة بحوض لغسل أيدي ودورة مياه خاصة وباب ذاتي الغلق إذا أمكن.
- يجب الحفاظ على باب الغرفة مغلقاً.
- يجب ان تكون جيدة التهوية ومزودة بشفافات سحب هواء لخارج المنشأة وتكون موجودة في مكان بعيد عن بقية أماكن رعاية المرضى.
- لا يشترط أن يكون ملحق بها غرفة أمامية (Ante-room).
- إذا لم تتوفر غرفة منفصلة لكل مريض، يتم التشاور والتنسيق مع مسؤول وفريق مكافحة العدوى بشأن المخاطر المختلفة المرتبطة بخيارات جمع المرضى مثلاً أو إبقاء المريض المصاب مع زميله الآخر غير المصاب سويًا في نفس الغرفة.
- في الغرف المتعددة الاسرة، يُنصح بالفصل بمقدار متر 1 بين المرضى وتقليل فرص المشاركة للأدوات بين المريض المصاب / المستعمر والمرضى الآخرين بقدر الإمكان

• **يجب اتباع الاشتراطات التالية عند الاضطرار لوضع المريض مع مرضى آخرين غير مصابين بنفس نوع الميكروب:**

- ✓ يجب التأكد من عدم إصابة مريض العزل بجروح مفتوحة أو وجود إفرازات.
- ✓ يجب عدم وضع مريض العزل مع مرضى معرضين للعدوى مثل المرضى منقوصي المناعة.
- ✓ يجب وضع المريض في آخر الغرفة ووضع حاجز مادي مثل ستارة، يفصله عن بقية المرضى بمسافة لا تقل عن متر في حال عزل الأمراض المنقولة عن طريق التلامس.
- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الالتزام الدائم باتباع الاحتياطات القياسية بالإضافة إلى احتياطات عزل التلامس.

8.4 نظافة اليدين: (راجع سياسة نظافة اليدين رقم (2 - IPC)

- يجب على مقدمي الخدمة للمرضى تنظيف اليدين قبل الدخول وبعد الخروج من غرفة العزل.
- يجب غسل اليدين بالماء والصابون المطهر السائل ومن ثم تجفيفهما كلياً باستخدام المناشف الورقية أو فرك اليدين بالمطهر الكحولي بحسب اللحظات الخمس عند التعامل مع المريض.
- عند المرضى المصابين بـ *C. difficile* ، يجب غسل الأيدي حصراً بالماء والصابون المطهر السائل ومن ثم تجفيفهما كلياً باستخدام المناشف الورقية بحسب اللحظات الخمس عند التعامل مع المريض.
- يجب تشجيع المريض على مراعاة النظافة الشخصية ومنها نظافة اليدين

8.5 أدوات الوقاية الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية:

- يجب ارتداء القفازات ذات الاستخدام الواحد غير المعقمة عند التلامس مع المريض أو البيئة المحيطة له.
- يجب ارتداء العباءة الطبية النظيفة غير الجراحية عند دخول الغرفة.
- يجب ارتداء أدوات الوقاية الشخصية عند الدخول الى غرفة العزل وإزالتها والتخلص منها بشكل صحيح قبل الخروج من غرفة المريض وذلك للحد من انتشار الميكروبات التي تنتقل عبر الأسطح الملوثة والبيئة المحيطة مثل: *VRE, c.diff., Norovirus & other intestinal tract pathogens, RSV*
- يجب ارتداء القناع الجراحي مع الإجراءات التي قد يتولد عنها رذاذ أو عندما يوصى بعمل الشفط للمريض من الفم أو الأنف.
- يجب تغيير القفازات بين كل مريض وآخر حتى لو كان المريضان يشتركان في نفس الغرفة وكلاهما يخضع لاحتياطات عزل التلامس.

8.6 التنقل بين الأقسام:

- يجب الحد من حركة ونقل المريض خارج الغرفة وقصرها على الأغراض الضرورية فقط، مع مراعاة استشارة مسؤول مكافحة العدوى بالمنشأة الصحية إذا احتاج الأمر
- لا توجد اشتراطات خاصة ولكن يفضل تغطية مكان الإصابة في حالة الجروح المفتوحة أو في حالة وجود إفرازات.
- يجب إعلام القسم المتجه إليه المريض قبل نقله لاتخاذ الإجراءات المناسبة.
- يجب القيام بالتنظيف والتطهير اللازم بعد زيارة المريض المصاب للقسم المضيف.

8.7 الزوار:

- يجب الحد من الزيارة بقدر الإمكان وعدم زيارة أكثر من مريض في نفس الوقت.
- يجب إن يلتزم الزوار بغسيل الأيدي
- يمنع الأطفال من زيارة أماكن العزل.
- يجب أن يلتزم الزائرون بسياسة واحتياطات المكان.

8.8 المفروشات:

- يجب اتباع إجراءات خاصة بالنسبة للمفروشات المستعملة، ويتم التعامل مع المفروشات وفق المعتاد.
- (راجع سياسة التعامل مع المفروشات والأقمشة (7 – IPC).

8.9 التخلص من المخلفات:

- يجب التعامل مع المخلفات الناتجة عن غرف العزل واعتبارها نفايات طبية معدية.

8.10 نظافة البيئة:

- يتم التأكيد على دقة نظافة البيئة وخاصة الأسطح الأكثر تلامساً مثل مقابض الأبواب، إطارات الأسرة، مقابض الإضاءة وغيرها.
- عند المرضى المصابين بميكروب الكلوستريديوم *Clostridium Difficile* يجب تنظيف وتطهير المكان واسطة منظف ومطهر معتمد في المؤسسة مقاوم لهذا الميكروب أو، يجب التطهير بواسطة محلول الكلور (5000 جزء في المليون).
- يجب أن يرتدي عامل النظافة العباءة وقفازات قبل دخول غرفة العزل ويجب التخلص منها في حاوية النفايات الموجودة داخل الغرفة عند المغادرة.

8.11 العينات المخبرية:

- يجب وضع ملصقات خاصة، أو اتباع إجراءات خاصة. حيث إن الاحتياطات القياسية المتخذة لنقل العينات كافية.

8.12 الإجراءات بعد الوفاة:

- يتم اتباع جميع إجراءات مكافحة العدوى في التعامل مع الجثة، ولا يوجد إجراءات خاصة.

• مرفق رقم 1. ملصق الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس • مرفق رقم 2. ملصق مجموع الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرداذ. • مرفق رقم 3. ملصق مجموع الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس.	9. المرفقات:
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020. • The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. • Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last update: July 2019)	10. المراجع

اسم السياسة:	احتياطات منع العدوى المنقولة عن طريق الرذاذ	رقم السياسة:	IPC-12
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 تطبق احتياطات عزل الرذاذ في حال كان المريض معروف أو مشتبه بإصابته بالعدوى المنقولة عن طريق الرذاذ التنفسي. 1.2 يمكن ان تنتقل العدوى عن طريق اليدين وذلك عند قيام شخص بتغطية منطقة الفم والانف اثناء السعال او العطاس بسطح اليد، مما يؤدي الى التصاق هذه الميكروبات على سطح اليد وتكون سبب لانتشار العدوى 1.3 ينتشر الرذاذ الملوث عبر الهواء لمسافات قصيرة لا تزيد عن 3 أمتار. 1.4 ومن الأمثلة على الميكروبات التي تنتقل عن طريق الرذاذ: <i>German Measles</i> ✓ <i>Whooping Cough</i> ✓ <i>Influenzae</i> ✓ <i>Meningococcal Meningitis</i> ✓ <i>COVID-19</i> ✓		
2. السياسة:	2.1 اتباع احتياطات عزل الرذاذ بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية واحتياطات عزل التلامس عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض ينتقل عن طريق الرذاذ.		
3. الغرض:	3.1 الحد من انتقال العدوى عن طريق الرذاذ إلى المرضى أو العاملين أو الزوار أو البيئة المحيطة في المنشأة الصحية		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في غرف العزل. 4.2 جميع مقدمي خدمة الرعاية الصحية.		
5. التعريفات:	الرذاذ: عبارة عن كميات صغيرة من السوائل تخرج من الرئتين أو الفم أو الأنف قطرها أكبر من أو يساوي 5 ميكرون ويتم توزيعها في الهواء عند السعال أو التحدث أو العطس		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 طاقم تمريض أقسام وغرف العزل. 6.2 طاقم أطباء غرف العزل. 6.3 عمال النظافة. 6.4 جميع مقدمي خدمة الرعاية الصحية.		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس تمريض القسم. 7.3 رئيس أطباء القسم.		
8. الإجراءات:	8.1 الإدارة في المنشأة الصحية: • يجب أن يكون العاملون مدربين على سياسة العزل واحتياطاته. • يفضل أن يكون العاملون مخصصين لهذا المكان. • يجب تطعيم العاملين بالتطعيمات اللازمة. • يجب توفير الاحتياجات اللازمة من مستلزمات الوقايات الشخصية.		

8.2 فريق مكافحة العدوى / الطبيب المعالج:

- يختص الطبيب المعالج باتخاذ قرار العزل بأمر طبي مكتوب بناءً على التقييم السريري للمريض وإذا احتاج الأمر، يتم التشاور مع فريق مكافحة العدوى.
- يجب أن يتم توثيق قرار العزل في ملف المريض من قبل الطبيب المعالج وإبلاغ التمريض بوضع المريض تحت احتياطات عزل الرذاذ.
- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الالتزام الدائم باتباع الاحتياطات القياسية بالإضافة إلى احتياطات عزل الرذاذ عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض معد ينتقل عن طريق الرذاذ.
- يجب توضيح احتياطات العزل للمريض والزوار لتشجيعهم على التعاون.
- يتم إبلاغ فريق مكافحة العدوى أن المريض قد وضع تحت الاحتياطات اللازمة المتفق عليها.
- يجب وضع علامة على باب الغرفة توضح وجود عزل الرذاذ ولوحة إرشادية بالاحتياطات الواجب اتباعها.

8.3 المكان:

- يفضل أن تكون الغرفة منفردة لكل مريض ومزودة بحوض لغسل أيدي ودورة مياه خاصة وباب ذاتي الغلق إذا أمكن.
- يجب أن تكون الغرفة جيدة التهوية ومزودة بشفافات سحب هواء لخارج المنشأة وتكون موجودة في مكان بعيد عن بقية أماكن رعاية المرضى.
- لا يشترط أن يكون ضغط الهواء سلبياً.
- لا يشترط أن يكون ملحق بها غرفة أمامية (Ante-room).
- يجب الحفاظ على باب الغرفة مغلقاً.
- **في حال عدم توفر غرفة منفصلة:** يتم عزل المرضى المصابين بنفس الميكروب (مجموعة متماثلة) في مكان واحد مع وضع حاجز مادي بينهم (ستائر مثلاً) وذلك بعد التشاور مع مسؤول مكافحة العدوى إذا احتاج الأمر. في الغرف متعددة الاسرة، يُنصح بالفصل بمقدار ٣ أقدام (1 متر) على الأقل بين المرضى.
- **عندما يكون هناك نقص في الغرف الفردية:** يجب إعطاء أولوية العزل في غرفة منفردة للمرضى الذين يعانون من فرط إفراز البلغم والسعال. يتم جمع المرضى في منطقة واحدة إذا كانوا مصابين بنفس العدوى وإذا كان الأمر مناسباً لوضعهم الصحي.
- **إذا أصبح من الضروري وضع المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات عزل الرذاذ في غرفة مع مريض ليس لديه نفس العدوى:** يجب تجنب وضع مرضى عزل الرذاذ في نفس الغرفة مع المرضى الذين يعانون من بعض الأمراض التي قد تزيد من خطر العدوى وذلك لسهولة انتقال العدوى اليه وتؤدي إلى تدهور الوضع الصحي (على سبيل المثال، أولئك الذين يعانون من نقص المناعة، أو المرضى المتوقع لهم المكوث لفترات طويلة داخل المستشفى). يُنصح بالفصل بمقدار مترين على الأقل بين المرضى مع وضع حاجز مادي بينهم (ستائر مثلاً).

8.4 نظافة اليدين: (راجع سياسة غسل اليدين رقم: 2 – IPC)

- يجب على مقدمي الخدمة للمرضى تنظيف اليدين قبل الدخول وبعد الخروج من غرفة العزل.
- يجب غسل اليدين بالماء والصابون المطهر السائل ومن ثم تجفيفهما كلياً باستخدام المناشف الورقية أو فرك اليدين بالمطهر الكحولي بحسب اللحظات الخمس عند التعامل مع المريض.
- تشجيع المريض على مراعاة النظافة الشخصية ومنها نظافة اليدين.

8.5 أدوات الوقاية الشخصية:

- يجب وضع الواقيات الشخصية عند مدخل الغرفة أو في الغرفة الأمامية إن وجدت.
- يجب ارتداء القناع الجراحي عند دخول غرفة المريض وخلعه بعد الخروج من الغرفة.
- ينبغي ارتداء القفازات ذات الاستخدام الواحد غير المعقمة عند التلامس مع الأماكن الملوثة، أو عند التعامل مع الإفرازات.
- يجب ارتداء العباءة الطبية النظيفة غير الجراحية في حالة وجود اتصال مباشر بالمريض أو بمحيطه/بيئته المحتمل أن تكون ملوثة بنفس الميكروب.
- يجب تغيير القفازات بين كل مريض وآخر حتى لو كان المريضان يشتركان في نفس الغرفة وكلاهما يخضع لاحتياطات عزل الرذاذ.
- من المفضل أن يرتدي المريض قناع جراحي عندما يتواجد مقدم الرعاية الصحية داخل الغرفة إذا كان ممكناً.
- عند القيام بالإجراءات ينبغي استخدام أدوات الوقاية الشخصية كما هو متبع في الاحتياطات القياسية. (راجع سياسة الاحتياطات القياسية رقم: 1 – IPC)

8.6 التنقل بين الأقسام:

- يجب الحد من حركة ونقل المريض خارج الغرفة وإن تكون مقتصرة عند الحاجة الضرورية فقط مع مراعاة استشارة فريق مكافحة العدوى بالمنشأة الصحية.
- إذا احتاج المرضى الخاضعون لاحتياطات عزل الرذاذ إلى مغادرة الغرفة لإجراء اختبار أو أي إجراء، يجب عليهم ارتداء كمادة جراحية على الأنف والفم إذا أمكن.
- ولكن إذا كان المريض المصاب لا يستطيع تحمل القناع، فيجب على مقدم الرعاية المسئول عن نقله ارتداء قناع جراحي وتنبيهه إلى ضرورة الالتزام بالاحتياطات الصحية والتنفسية وأداب السعال وتوفير المناديل له لاستخدامها عند السعال.
- يفضل نقل أو تحريك المريض في مسارات مخصصة وتجنب أوقات الزحام.
- يجب إعلام القسم المتجه إليه المريض قبل نقله لاتخاذ الإجراءات المناسبة.
- يجب القيام بالتنظيف والتطهير اللازم بعد مغادرة المريض المصاب للقسم المضيف.

8.7 الزوار:

- يجب الحد أو منع الزيارة بقدر الإمكان وعدم زيارة أكثر من مريض في نفس الوقت.
- يجب أن يلتزم الزوار بغسيل الأيدي ولبس قناع جراحي
- يمنع الأطفال من زيارة أماكن العزل.
- يجب أن يلتزم الزوار بسياسة واحتياطات المكان.

8.8 المفروشات:

- لا يجب اتباع إجراءات خاصة بالنسبة للمفروشات المستعملة، ويتم التعامل مع المفروشات وفق المعتاد. (راجع سياسة التعامل مع المفروشات والأقمشة رقم : 7 - IPC).

8.9 التخلص من المخلفات:

- يجب التعامل مع المخلفات الناتجة من غرف العزل باعتبارها نفايات طبية معدية.

8.10 نظافة البيئة:

- يتم التأكيد على دقة نظافة البيئة وخاصة الأسطح الأكثر تلامساً مثل مقابض الأبواب، إطارات الأسرة، مقابس الإضاءة وغيرها.
- يجب تنظيف اليدين قبل الدخول وبعد الخروج من غرفة العزل
- يجب أن يرتدي عامل النظافة قناع جراحي وعباءة نظيفة وقفازات قبل دخول غرفة العزل ويجب التخلص منها في حاوية النفايات الموجودة داخل الغرفة قبل المغادرة.
- يجب تنظيف وتطهير المكان واسطة منظف ومطهر معتمد في المؤسسة.
- يجب عدم المشاركة أدوات التنظيف بين المرضى المصابين والمرضى الآخرين في غرف أخرى

8.11 العينات المخبرية:

- يجب وضع ملصقات خاصة على العينات المخبرية، أو اتباع إجراءات خاصة إذ يكتفي بالالتزام بالاحتياطات القياسية عند نقل العينات مثل غسل اليدين وارتداء القفازات. حيث إن الاحتياطات القياسية المتخذة لنقل العينات كافية.

8.12 إنهاء العزل:

- يتم اتخاذ قرار إنهاء العزل بعد زوال علامات وأعراض العدوى أو وفقاً للتوصيات الخاصة بالعامل الميكروبي المسبب للعدوى وذلك بأمر طبي مكتوب من الطبيب المعالج و إذا احتاج الامر، يتم التشاور مع فريق مكافحة العدوى.

8.13 الإجراءات بعد الوفاة:

- يتم اتباع جميع إجراءات مكافحة العدوى في التعامل مع الجثة، (حسب سياسة مكافحة العدوى ما بعد الوفاة رقم 65 - IPC).

9. المرفقات:

1. مرفق رقم 1. ملصق الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الرذاذ
2. مرفق رقم 2. ملصق الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرذاذ

10. المراجع:

- الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020.
- The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html> (Last update: July 2019)

اسم السياسة:	احتياطات نقل العدوى المنقولة عن طريق الهواء	رقم السياسة:	IPC-13
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 تعتبر الميكروبات التي تنتقل عن طريق الهواء مصدراً خطراً لنقل العدوى، حيث أنها تنتقل على جسيمات صغيرة من الهواء بحجم 5 ميكرون أو أقل من خلال القطرات المتبخرة التي تحتوي على كائنات دقيقة تظل معلقة في الهواء لفترة طويلة أو جزيئات الغبار التي تحتوي على مسببات الأمراض، حيث يمكن أن تنتشر هذه الكائنات الدقيقة على نطاق واسع بواسطة التيارات الهوائية وقد يتم استنشاقها بواسطة شخص مستقبل في نفس الغرفة أو على مسافة طويلة من المريض المصاب واعتماداً على العوامل البيئية مثل درجة الحرارة والتهوية، لذلك لا بد من اتباع الاحتياطات المناسبة للحد من انتشار العدوى. 1.2 ومن الأمثلة على الميكروبات التي تنتقل عن طريق الهواء: • Measles • Mycobacterium Tuberculosis • SARS • Aerosol producing procedure/equipment in COVID.		
2. السياسة:	2.1 اتباع احتياطات عزل نقل العدوى بالهواء بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض ينتقل عن طريق الهواء.		
3. الغرض:	3.1 منع انتقال العدوى من مسببات الأمراض المنقولة عن طريق الهواء إلى المرضى أو العاملين أو الزوار أو البيئة المحيطة في المنشأة الصحية		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في جميع الغرف وخاصة غرف العزل. 4.2 جميع مقدمي خدمة الرعاية الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 غرفة أمامية (Anteroom): هي منطقة نظيفة نسبياً ومستخدمة بشكل متكرر لنقل المرضى/ العاملين من وإلى غرفة عزل الهواء/الهباء الجوي عندما تكون تحت ضغط سلبي، وغالباً تكون بين غرفة العزل والممر.		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 طاقم تمريض أقسام وغرف العزل. 6.2 طاقم أطباء غرف العزل. 6.3 عمال النظافة. 6.4 جميع مقدمي خدمة الرعاية الصحية.		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس تمريض القسم. 7.3 رئيس أطباء القسم.		

8.1 الإدارة في المنشأة الصحية:

- يجب أن يكون العاملون مدربين على سياسة العزل واحتياجاته.
- يفضل أن يكون العاملون مخصصين لهذا المكان.
- يجب تطعيم العاملين بالتطعيمات اللازمة.
- يجب توفير الاحتياجات اللازمة.

8.2 فريق مكافحة العدوى / الطبيب المعالج:

- يختص الطبيب المعالج باتخاذ قرار العزل بأمر طبي مكتوب بناءً على التقييم السريري للمريض وإذا احتاج الأمر، يتم التشاور مع فريق مكافحة العدوى.
- يقوم الطبيب المعالج العدوى بكتابة أمر لوضع المريض تحت الاحتياطات عزل الهواء. يوضع هذا الأمر الطبي في ملف المريض.
- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الالتزام الدائم باتباع الاحتياطات القياسية بالإضافة إلى احتياطات عزل الهواء عند التعامل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بإصابتها بمرض معد ينتقل عن طريق الهواء.
- يتم إبلاغ فريق مكافحة العدوى أن المريض قد وضع تحت الاحتياطات اللازمة المتفق عليها.
- يجب توضيح احتياطات العزل للمريض والزوار لتشجيعهم على التعاون.
- يجب وضع علامة على باب الغرفة توضح وجود عزل الهواء.

8.3 المكان:

- يجب عزل المرضى في غرفة خاصة مزودة بحوض غسل أيدي ودورة مياه خاصة وباب ذاتي الغلق.
- يجب أن تكون الغرفة سالبة الضغط ويكون فرق الضغط بين غرفة المريض والممر الخارجي 2.5 باسكال.
- يجب أن يكون عدد مرات تغيير الهواء لا يقل عن 12 مرة / ساعة.
- يجب أن تكون الغرفة مزودة بشفافات سحب هواء لخارج المنشأة بعيداً عن المناطق السكنية. قد يلزم تزويد الغرفة بفلاتر عالية الكفاءة (HEPA) في حال إعادة تدوير الهواء لداخل الغرفة.
- يفضل أن تكون في مكان بعيد عن بقية أماكن رعاية المرضى، ولا يشترط أن يكون ملحق بها غرفة أمامية (Ante-room) إلا في حال التعامل مع حالات مصابة بفيروس الإيبولا ومرض الدرن الرئوي النشط والجذري.
- يجب أن يتم قياس اتجاه تدفق الهواء داخل الغرفة يومياً خاصة في حال وجود مريض وذلك إلكترونياً أو باستخدام اختبارات مرئية (مثل: اختبار الدخان) والتسجيل في سجل خاص بذلك.
- في حال عدم توفر غرفة منفصلة مخصصة لعزل الهواء، يجب نقل المريض إلى منشأة تتوفر فيها نوع هذا العزل في أسرع وقت ممكن.

● في حالة تفشي المرض أو تزايد اعداد المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات عزل

الهواء:

- ✓ يجب استشارة متخصصي مكافحة العدوى قبل وضع المريض لتحديد سلامة الغرفة البديلة التي لا تفي بالمتطلبات الهندسية للغرف المنفصلة المخصصة لعزل الهواء.
- ✓ يجب جمع المرضى الذين يُفترض أنهم مصابون بنفس العدوى (بناءً على التشخيص والعوارض السريرية والتشخيص إذا أمكن) في مناطق نسبياً بعيدة ومعزولة عن المرضى الآخرين، وخاصة المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالعدوى (على سبيل المثال، الذين يعانون من نقص المناعة المرضى).
- ✓ يجب استخدام الحلول المؤقتة (على سبيل المثال، شفاط الهواء) لإنشاء بيئة ضغط سلبي في المنطقة المحولة بالمنشأة.
- ✓ يتم تفريغ الهواء مباشرة إلى الخارج، بعيداً عن المارة ومداخل الهواء، أو يتم توجيه كل الهواء عبر فلاتر HEPA قبل إدخاله إلى المساحات الهوائية الأخرى.
- يجب أن يبقى باب غرفة العزل مغلقاً إلا في حالة الضرورة للدخول أو الخروج.
- يجب إزالة جميع الأدوات التي ليس لها حاجة قبل إيواء المريض بالغرفة.
- يفضل توفير المناديل الورقية والمطهرات اللازمة والمنظفات مع توفير وسائل المطهر الكحولي لتطهير وغسيل الأيدي ويفضل أن تعمل عن طريق التحكم بالقدم أو الأشعة تحت الحمراء.

● عند تعذر توفر هذه الاشتراطات يجب اتباع الآتي:

- ✓ وضع المريض في غرفة فردية لها نافذة تطل على منطقة بعيدة عن غرف المرضى.
- ✓ الاحتفاظ بباب الغرفة مغلق والنافذة مفتوحة.
- ✓ يفضل أن تكون هذه الغرفة في مكان متطرف بالمنشأة الصحية وعكس تيار الهواء.
- ✓ يجب أن يكون اتجاه تيار الهواء من الباب إلى النافذة.
- ✓ يمكن الاستعانة بشفاط هواء يعمل على سحب الهواء من الغرفة وتوجيهه إلى المنطقة البعيدة عن غرف وحركة المرضى والعاملين أو استعمال جهاز فلتر عالي الكفاءة متنقل (portable HEPA filter) يوضع على مقربة من رأس المريض.
- ✓ يفضل وضع سرير المريض قرب النافذة

8.4 العاملين:

- يقتصر العمل بقسم العزل على الأفراد الذين لديهم مناعة ضد المرض المعزول من أجله المريض.
- يجب أن يكون العاملون مدربين على سياسة العزل واحتياطاته.
- يفضل أن يكون العاملون مخصصين لهذا المكان.
- يجب أن يكون جميع العاملين محصّنين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات مثل: الحصبة، الأنفلونزا، كوفيد وغيرها.
- يجب أن يلتزم العاملون غير المحصّنين بأدوات الوقاية الشخصية المناسبة وأن يتم تحصينهم في أقرب وقت ممكن.

أ. نظافة اليدين: (راجع سياسة غسل اليدين رقم: 2 – IPC)

- يجب على مقدمي الخدمة للمرضى تنظيف اليدين قبل الدخول وبعد الخروج من غرفة العزل.
- يجب غسل اليدين بالماء والصابون المطهر السائل ومن ثم تجفيفهما كلياً باستخدام المناشف الورقية أو فرك اليدين بالمطهر الكحولي بحسب اللحظات الخمس عند التعامل مع المريض.
- يجب تشجيع المريض على مراعاة النظافة الشخصية ومنها نظافة اليدين

ب. أدوات الوقاية الشخصية:

- يجب ارتداء الكمامات الواقية ذات الكفاءة العالية (respirator) عند دخول حجرة المريض N95, KN95, FFP2/FFP3.
- يجب تدريب العاملين على الطريقة الصحيحة لارتداء الكمامات عالية الكفاءة (respirator) واختبار مدى إحكامها.
- يجب على العاملين التخلص من الكمامة عالية الكفاءة بعد كل تعامل مع المريض خارج غرفة العزل .
- يجب غسل اليدين بالماء والصابون المطهر السائل ومن ثم تجفيفهما كلياً باستخدام المناشف الورقية أو فرك اليدين بالمطهر الكحولي بعد ملامسة القناع.
- عند القيام بالإجراءات مثل سحب عينات الدم ينبغي استخدام أدوات الوقاية الشخصية كما هو متبع في الاحتياطات القياسية بالإضافة الى احتياطات عزل الهواء

ج. في حالة التفشي ووجود عجز في تأمين كميات الكمامات عالية الكفاءة يجب اتباع ما يلي:

- تعليمات الشركة المصنعة.
- في عدم وجود تعليمات، أثناء حالات النقص، يوصى باستخدام هذه الكمامات لمدة لا تزيد عن 6 ساعات، طالما أن الكمامة الواقية ذات الكفاءة العالية (respirator) محكمة على الوجه ولا يزال محكم الإغلاق والقناع غير مبلل أو تالف.
- التخلص من أي كمامة تالفة أو رطبة أو وجود صعوبة في التنفس من خلالها.
- توجيه العاملين حول تنظيف الأيدي بعد التخلص أو تخزين الكمامة.

ح. التنقل بين الأقسام:

- يجب الحد من حركة ونقل المريض خارج الغرفة وقصرها على الأغراض الضرورية فقط مع مراعاة استشارة فريق مكافحة العدوى بالمنشأة الصحية قبل النقل.
- بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الأمراض الجلدية المرتبطة الجدري أو الأمراض الجلدية النازفة التي تسببها *Mycobacterium tuberculosis*، يجب تغطية المناطق المصابة لمنع الانتشار الجوي أو ملامسة العامل المعدي في المنطقة الجلدية.
- يجب أن يرتدي هذا المريض كمامة جراحية عند تحركه خارج الغرفة ومراعاة آداب النظافة التنفسية/السعال إذا أمكن.
- يفضل نقل أو تحرك المريض في أقصر الطرق وفي مسارات مخصصة مع تجنب أوقات الازدحام.
- يجب إعلام القسم المتجه إليه المريض قبل نقله لاتخاذ الإجراءات المناسبة.
- يجب القيام بالتنظيف والتطهير اللازم بعد زيارة المريض المصاب للقسم المضيف.

8.5 الزوار: ● يجب الحد من الزيارة بقدر الإمكان وعدم زيارة أكثر من مريض في نفس الوقت. ● يجب إن يلتزم الزوار بغسيل الأيدي ولبس قناع تنفسي. ● يمنع الأطفال من زيارة أماكن العزل. ● يجب أن يلتزم الزوار بسياسة واحتياطات المكان. 8.6 المفروشات: ● يجب اتباع إجراءات خاصة بالنسبة للمفروشات المستعملة، ويتم التعامل مع المفروشات وفق المعتاد. (راجع سياسة التعامل مع المفروشات والاقمشة رقم: 7 - IPC). 8.7 التخلص من المخلفات: ● يجب التعامل مع المخلفات الناتجة عن غرف العزل نفايات طبية معدية. 8.8 نظافة البيئة: ● يتم التأكيد على دقة نظافة البيئة وخاصة الأسطح الأكثر تلامساً مثل مقابض الأبواب، إطارات الأسرة، مقابض الإضاءة وغيرها. ● يجب أن يرتدي عامل النظافة القناع التنفسي وعباءة وقفازات قبل دخول غرفة العزل ويجب التخلص منها عند المغادرة. باستثناء القناع التنفسي يتم خلعه خارج الغرفة ● يتم إجراء التطهير النهائي للغرفة بعد خروج المريض. 8.9 العينات المخبرية: ● لا يجب وضع ملصقات خاصة، أو اتباع إجراءات خاصة، حيث إن الاحتياطات القياسية المتخذة لنقل العينات كافية. ● التعامل بحذر عند فحص العينات وخاصة عينات الجهاز التنفسي. 8.10 الإجراءات بعد الوفاة: ● يتم اتباع جميع إجراءات مكافحة العدوى في التعامل مع الجثة.	
9.1 مرفق رقم 1. خطوات ارتداء الكمامة عالية الكفاءة 9.2 مرفق رقم 2. ملصق الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء 9.3 مرفق رقم 3. ملصق الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس	9. المرفقات:
● الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020. ● The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. ● Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last update: July 2019) ● Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	10. المراجع:

اسم السياسة:	عزل المرضى منقوصي المناعة	رقم السياسة:	IPC-14
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	أقسام العزل في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	7 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 المرضى الذين يعانون من نقص المناعة مثل مرضى السرطان الذين يتلقون علاجاً كيميائياً أو مرضى عمليات زراعة الأعضاء معرضون لخطر متزايد للإصابة بالعدوى المكتسبة أثناء تلقيهم الرعاية الصحية ذلك لطول فترة المكوث بالمستشفيات بالإضافة إلى تعرضهم للإجراءات الجراحية والإجراءات الطبية الاختراقية المختلفة مثل تركيب القسطر الوريدي. وبذلك يجب الالتزام بالاحتياطات القياسية في جميع الإجراءات بالإضافة الى تطبيق احتياطات العزل المبني على طريقة الانتقال وذلك لان الوقاية هي الحل الأمثل لمكافحة العدوى.		
2. السياسة:	2.1 الالتزام بتطبيق الاحتياطات القياسية وإجراءات العزل في التعامل مع مرضى منقوصي المناعة.		
3. الغرض:	3.1 تقليل مخاطر تعرض مرضى منقوصي المناعة للعدوى داخل المنشآت الصحية.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في أقسام العزل والعلاج الكيميائي وزراعة الأعضاء		
5. التعريفات:	لا يوجد		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 طاقم التمريض. 6.2 الطبيب المعالج.		
7. المتابعة:	7.1 مسئول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس تمريض القسم. 7.3 رئيس أطباء القسم.		
8. الإجراءات:	8.1 مبادئ عامة: - المرضى الذين يعانون من نقص المناعة معرضون لخطر متزايد للإصابة بالعدوى المكتسبة أثناء تلقيهم الرعاية الصحية ذلك لطول فترة المكوث بالمستشفيات. - يجب الالتزام بالاحتياطات القياسية في جميع الإجراءات بالإضافة الى تطبيق احتياطات العزل المبني على طريقة الانتقال بواسطة للمس والرداذ وذلك لأن الوقاية هي الحل الأمثل لمكافحة العدوى. - يجب عزل هؤلاء المرضى في غرف منفصلة. - يجب مراقبة جودة المياه والهواء. - يجب الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى عند تركيب الأجهزة الاختراقية للمرضى منقوصي المناعة. - يجب الالتزام بإجراءات السلامة والصحة المهنية. - يجب الالتزام بإجراءات نظافة وتطهير الأسطح والبيئة.		

- يجب الالتزام بسلامة إجراءات تغذية المريض.
- يجب الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية للمرضى.
- يجب الالتزام بإجراءات التعقيم الصحي للمرضى.
- يجب الالتزام بإجراءات ترصد العدوى.

8.2 مراقبة جودة المياه (Water policy)

يجب مراقبة جودة مياه الشرب وكذلك المياه التي تستخدم في كل الأقسام وخاصة في أقسام رعاية المرضى منقوصي المناعة من خلال:

- التأكيد على استخدام ماء معقم لترطيب الهواء والأوكسجين.
- التنظيف والتطهير الدوري لخزانات وامتدادات المياه الخاصة بالقسم.
- الحفاظ على درجة حرارة الماء الساخن لتكون على الأقل 51 درجة مئوية والماء البارد أقل من 20 درجة مئوية أو تطهير الماء باستخدام الكلور على أن يكون الكلور المتبقي بمخارج صنبور القسم من 1- 2 جزء في المليون.
- التنظيف والتطهير الشهري باستخدام الكلور 500 جزء في المليون للمصافي الخاصة بصنابير المياه ورؤوس دش الاستحمام.
- وضع استراتيجيات للفحص الدوري لعينات المياه للتأكد من خلو المياه من ميكروب الليجيونيلا (Legionella) في صنابير مياه الشرب ومياه الاستحمام وذلك من جميع مصادر المياه الخاصة بأقسام زرع الأعضاء مثل أقسام زرع النخاع العظمي HSCT.
- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الأخذ بعين الاعتبار أن المرضى الخاضعين لعملية زرع الأعضاء هم أكثر الفئات عرضة للإصابة بمرض الفيلق (الليجيونيلا).
- يمكن إجراء الزرع الدوري لليجيونيلا في عينات المياه المتداولة في هذا القسم كجزء من استراتيجية شاملة للوقاية من مرض الفيلق (الليجيونيلا) عند هؤلاء المرضى.
- - لا توجد توصية عالمية بشأن المنهجية المثلى (أي عدد المرات أو الية أخذ العينة أو عدد المواقع) للزرع البيئي الروتيني في هذا القسم.
- في حال حدوث حالة واكتشافها في هذا القسم أو أي قسم آخر، يجب القيام بتقصي وبائي وبائي مشترك ومتكامل لإيجاد مصدر العدوى (إجراءات مكافحة العدوى للوقاية من مرض الفيلق).
- يجب القيام بإجراءات التقصي في حال اكتشاف حالة مرضية مؤكدة مخبرياً بميكروب الليجيونيلا وأخذ عينات من جميع مصادر المياه الخاصة بالقسم (مثل: مياه الشرب، والاستحمام، المياه الخاصة لترطيب الهواء والأوكسجين) لمعرفة المصدر مع الحرص على القيام بإجراءات الترصد لاكتشاف حالات مرضية أخرى وذلك لمدة لا تقل عن شهرين من تاريخ اكتشاف الحالة الأولى.

● في حال حدوث حالة واكتشافها في هذا القسم، يجب القيام ببعض التدابير التي من شأنها التخلص الكلي من وجود الليجيونيللا، بحيث تكون نتيجة الزرع البيئي سالبة وهذه الإجراءات تشمل ما يلي:

- يجب تنظيف وتطهير مصادر وامتدادات المياه الخاصة بالقسم باستخدام الكلور على أن يكون الكلور المتبقي بمخارج صنبور القسم 2 جزء في المليون أو أكثر لمدة لا تقل عن خمس دقائق أو تدفق الماء الساخن 71 - 77 درجة مئوية من سخانات الغرف لمدة أكثر من خمس دقائق.
- يجب منع استخدام المياه الخاصة بالقسم لحين ثبوت خلو المياه من ميكروب الليجيونلا.
- يجب استخدام مياه معقمة للشرب وأثناء رعاية الفم والأسنان وكذلك أثناء تنظيف أنابيب التغذية المعدية.
- يجب استخدام مياه من مصدر آخر خالٍ من ميكروب الليجيونلا لاستحمام المرضى.

● بالإضافة إلى الاحتياطات المذكورة أعلاه، يوصى بما يلي:

- تطهير مياه الشرب.
- تستخدم المياه الصالحة للشرب للعناية بالفم.
- منع استخدام آلات صنع الثلج
- منع استخدام نوافير في داخل المنشأة.
- لا يجب استخدام الآلات المرطبة لهواء الغرفة ذات الحجم الكبير التي تولد الهباء الجوي ما لم يتم تعقيمها بمستوى عالٍ ويتم ملؤها بالماء المعقم فقط.

8.3 التهوية ومراقبة جودة الهواء لأقسام زرع النخاع العظمي (HSCT)

- يجب التقليل من تعرض المرضى للأنشطة التي قد تسبب بانبعاث الميكروبات والأبواغ الفطرية في الهواء.
- يجب تقليل من طول الفترة الزمنية التي يقضيها المرضى خارج غرفهم لإجراءات التشخيص والأنشطة الأخرى.
- يجب توفير أدوات حماية الجهاز التنفسي (كماسة عالية الكفاءة) عندما يتعين عليهم مغادرة غرفهم لإجراءات التشخيص والأنشطة الأخرى.
- يجب التأكد من أن باب الغرفة يبقى مغلقاً
- يجب دمج مواصفات هندسة التهوية وعمليات التحكم في الغبار في تخطيط وبناء هذا القسم:

- يجب أن تزود مداخل الهواء بغرف المرضى بمرشح هوائي عالٍ الكفاءة (HEPA Filter) خاصة في حال زيادة عدد حالات العدوى بالفطريات. يجب أن تكون إيجابية الضغط ودورات تغيير الهواء أكثر أو يساوي 12 دورة وفارق ضغط أكثر أو يساوي 2.5 باسكال بالنسبة للممر.
- يجب البناء السليم للنوافذ والأبواب ومنافذ الدخان والعامد؛ والحفاظ على الأسقف ناعمة وخالية من الشقوق والفواصل المفتوحة؛ وعزل الجدران فوق وتحت السقف، ومراقبة التسرب وإجراء الإصلاحات اللازمة.

- يجب تحديد موقع شبكات الإمداد بالهواء والعام بحيث يدخل الهواء النظيف والمصفى من جانب واحد من الغرفة، ويتدفق عبر سرير المريض، ويخرج من الجانب الآخر من الغرفة.
- يجب المحافظة على أنماط تدفق الهواء ومراقبتها على أساس يومي باستخدام وسائل بصرية مثبتة بشكل دائم لاكتشاف تدفق الهواء في البناء الجديد أو المجدد، أو باستخدام طرق بصرية أخرى (على سبيل المثال، شرائط الرقعة، أو أنابيب الدخان) مع توثيق نتائج المراقبة.
- يجب تركيب أجهزة الإغلاق الذاتي على جميع أبواب الخروج إذا أمكن أو التأكد من أن باب الغرفة يبقى مغلقاً.
- لا يجب استخدام أنظمة تدفق الهواء الرقائقي splint unit في هذه الغرف المبنية حديثاً.
- يجب اتخاذ تدابير لحماية المرضى الذين يعانون من نقص المناعة والذين يعانون أيضاً من مرض معدي ينتقل عن طريق الهواء (على سبيل المثال، عدوى VZV الحادة أو السل).
- يجب تأكد من أن غرفة المريض مصممة للحفاظ على الضغط الإيجابي.
- يجب استخدام anteroom لضمان توازن الهواء وتوفير عادم مستقل للهواء الملوث للخارج، أو وضع مرشح HEPA في مجرى العادم إذا كان يجب إعادة تدوير الهواء العائد.
- في حالة عدم توفر anteroom، يجب وضع المريض في غرفة AII (غرفة الأمراض التي تنتقل عبر الهواء) واستخدام مرشحات المحمولة لتعزيز ترشيح الجراثيم في الغرفة.
- يجب الاحتفاظ بمعدات التهوية الاحتياطية (مثل الوحدات المحمولة، مرشح HEPA Filters) لتوفير متطلبات التهوية الطارئة واتخاذ خطوات فورية لاستعادة وظيفة نظام التهوية الثابتة في هذه الغرف.
- 8.4 الاحتياطات أثناء أعمال البناء والإنشاءات:**
- يجب تقييم المخاطر فيما يخص منع انتشار الأتربة ومكافحة العدوى وذلك قبل القيام بالأعمال الإنشائية.
- يمنع خروج المرضى من غرفهم أثناء الأعمال الإنشائية وفي حال الضرورة يتم تحديد ممرات خاصة للانتقال من وإلى منطقة الإنشاءات.
- يجب استخدام حواجز غير منفذة للأتربة مع عزل كامل للمنطقة قيد الأعمال الإنشائية.
- يجب أن يكون ضغط الهواء بموقع الإنشاءات سالباً.
- عند خروج المريض من الغرفة: يجب أن يرتدى المريض الكمامة المناسبة حسب تقييم المخاطر. في حالة مرضى زرع الخلايا الجذعية الدموية، يجب أن يرتدي المريض الكمامة الوقائية ذات الكفاءة N95.

8.5 نظافة وتطهير الأسطح والبيئة:

- يتم تنظيف غرف المرضى تنظيفاً رطباً يومياً خاصةً الأسطح الأفقية باستخدام المنظفات والمطهرات البيئية المناسبة والمطابقة للمواصفات، ولا يتم استخدام التنظيف والكنس الجاف مطلقاً.
- يمكن استخدام المكنسة الكهربائية المزودة **فقط** بفلتر عالية الكفاءة (HEPA) Filters للتخلص من الأتربة كبديل للكنس الجاف.
- يحظر استخدام السجاد والموكيت وفرش الأرضيات في الممرات وغرف المرضى كما يحظر استخدام الأثاث المصنوع من القماش.
- يحظر وضع النباتات والزهور الطبيعية والمجففة داخل غرف المرضى.

8.6 إجراءات تركيب والعناية بالأجهزة الاختراقية (راجع سياسة الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI رقم: 24 - IPC)

- يجب اتباع الحزم الوقائية الخاصة بمنع العدوى المصاحبة لتركيب والعناية بالأجهزة الاختراقية، ويفضل تخصيص فريق عمل لتركيب والعناية اليومية بالقسطر الوريدية.
- يجب متابعة إجراءات تركيب والعناية بالأجهزة الاختراقية عن طريق قوائم التحقق مع التقييم اليومي لمدى إمكانية رفع الأجهزة الاختراقية.

8.7 السلامة والصحة المهنية:

- يجب فرض قيود العمل المناسبة على العاملين الذين تبين إصابتهم بمرض معدي على أن يستأنفوا أعمالهم طبقاً لسياسة محددة.
- يجب التأكد من تطعيم العاملين بتطعيم الإنفلونزا الموسمية سنوياً.
- يجب التأكد من مناعة العاملين ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف وكذلك الجدري المائي.
- يجب التأكد من عدم وجود أعراض أو علامات للعدوى وأيضاً التأكد من عدم التطعيم حديثاً بالفيروسات الحية المضعفة (مثل تطعيم الإنفلونزا وشلل الأطفال).

8.8 الزوار:

- يجب حظر الزوار الذين لديهم أعراض التهاب الجهاز التنفسي العلوي أو الإسهال أو الأمراض المنقولة عن طريق الهواء.
- يجب توجيه جميع الزائرين باتباع نفس الاحتياطات القياسية أو احتياطات منع انتقال العدوى كمقدمي الخدمة الطبية.
- يمنع زيارة الأطفال للمرضى وفي حال الضرورة يجب توجيههم باتباع احتياطات منع انتقال العدوى.

8.9 التعامل مع المفروشات

- لا توجد ضرورة لتعقيم المفروشات ويتم التعامل مع المفروشات الخاصة بهؤلاء المرضى طبقاً للاحتياطات القياسية (راجع سياسة التعامل مع المفروشات والاقمشة رقم: 7 – IPC).

8.10 الألعاب في منطقة اللعب:

- يجب استخدام الألعاب التي يسهل تنظيفها وتطهيرها.
- يمنع استخدام الألعاب المحشوة بالقطن.
- تجنب الألعاب التي تحتفظ بالماء أو التراب.
- يجب التخلص من الألعاب عند التلف أو عدم المقدرة على التنظيف.
- يمنع مشاركة الألعاب بين الأطفال الذين يضعون الألعاب في فمهم قبل إعادة تنظيفها وتطهيرها.
- يجب تنظيف وتطهير الألعاب بشكل منتظم وعند الحاجة وذلك بغسلها بالماء والصابون ومن ثم غمرها بمحلول مطهر معتدل وتجفيفها بالهواء أو غسلها على الدورة الساخنة بالغسالة.
- يجب تنظيف وتطهير أدوات العلاج الوظيفي والفيزيائي وفقاً للسياسات التطهير والتعقيم.

8.11 تغذية المريض المنقوص المناعة بشكل عام:

أ. التغذية عن طريق الفم:

- يجب أن يكون طعام المرضى مطهي جيداً مثل (اللحوم والدواجن والبيض) ولا يتكون من فاكهة أو خضروات طازجة غير قابلة للتقشير والغسيل يمنع استخدام الألبان غير المعالجة أو المحفوظة بصورة غير صحيحة وأن تكون معدة حديثاً بدون تخزين.
- يجب التأكد من تنظيف وتطهير الأواني والأوعية الخاصة بتقديم الطعام للمرضى.

ب. التغذية عن طريق الأنبوبية المعدية (NGT):

- يجب مراعاة تغيير أنبوب التغذية المعدية طبقاً لتوصيات الشركة المصنعة.
- يجب شطف أنبوب التغذية المعدية بعد كل استخدام بماء الشرب إلا في حالة وجود ميكروب الليجيونيلا يتم استخدام ماء معقم.
- يتم تغيير أدوات إعطاء التغذية المعدية مثل الحقن والوصلات كل 24 ساعة.

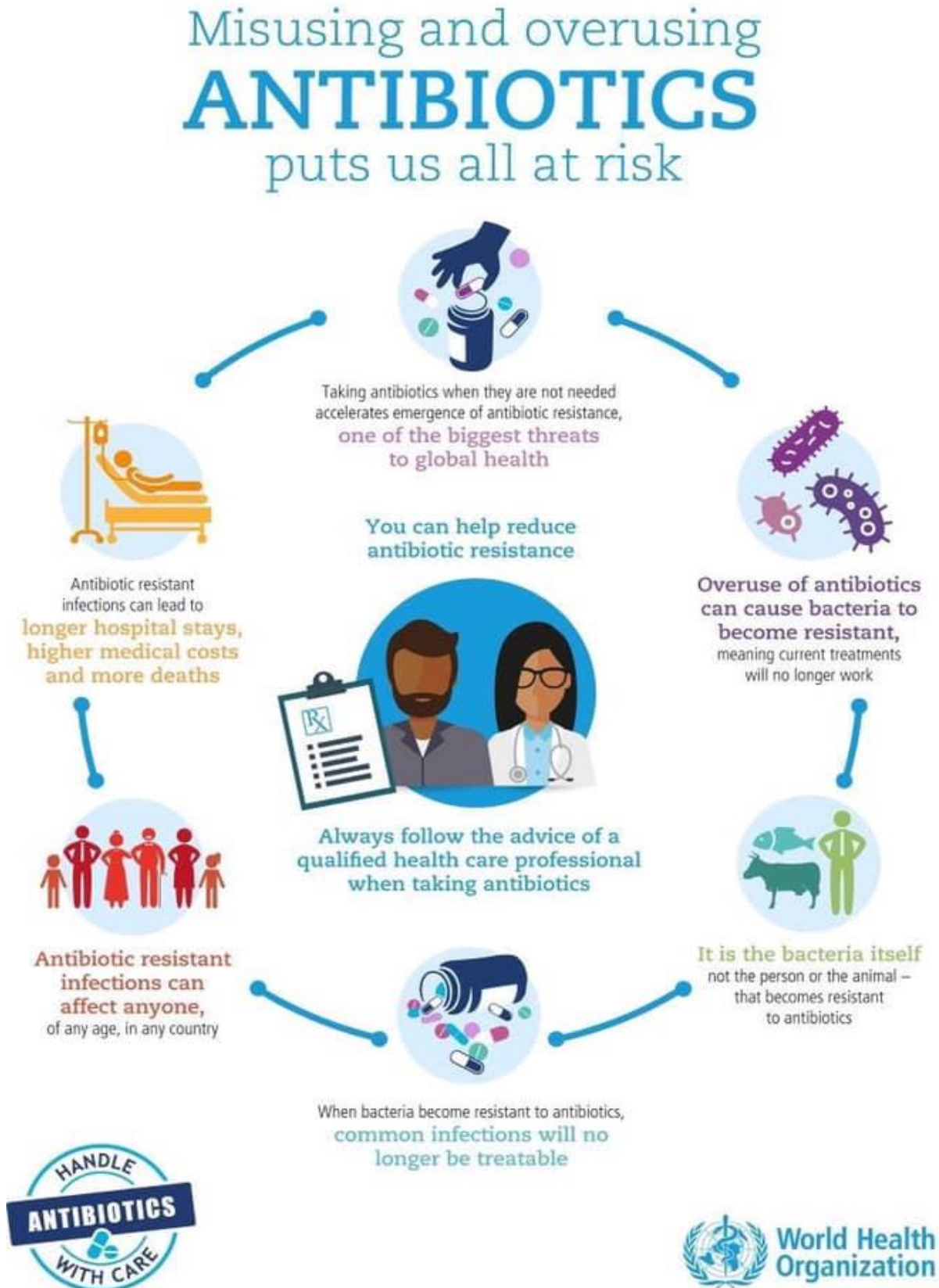
8.12 النظافة الشخصية للمرضى منقوصي المناعة بشكل عام:

- يجب الاستحمام اليومي للمرضى بالصابون ويفضل استخدام الكلور هيكسدين.
- يجب حث المرضى على ارتداء ملابس نظيفة وتغييرها بشكل دوري.
- يجب حث المرضى على تنظيف الفم والأسنان يومياً بالطريقة المناسبة طبقاً لدرجة التهاب اللثة الناتج عن العلاج المستخدم. ويجب استخدام المياه المعقمة.

8.13 التثقيف الصحي للمرضى منقوصي المناعة بشكل عام: • وضع برنامج للتثقيف الصحي لهؤلاء المرضى على أن يشمل الآتي على الأقل: • نظافة الأيدي. • النظافة الشخصية. • العناية بالجروح وبأماكن تركيب الأجهزة الاختراقية. • احتياطات الصحة التنفسية وأهمية تجنب أماكن الازدحام. 8.14 برنامج التحكم في استخدام المضادات الحيوية للمرضى منقوصي المناعة بشكل عام: • يجب صياغة وتنفيذ برنامج للتحكم في استخدام المضادات الحيوية (Antimicrobial Stewardship) وذلك لخفض معدل الإصابة بعدوى الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية 8.15 ترصد العدوى للمرضى منقوصي المناعة بشكل عام: • يجب الالتزام بتطبيق سياسة ترصد العدوى مع ضرورة التأكيد على: • رفع كفاءة مختبر الميكروبيولوجي للتأكد من القدرة على تشخيص الميكروبات المختلفة والتي قد تصيب مرضى منقوصي المناعة. • ترصد العدوى بالميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية والشائع حدوثها في مرضى منقوصي المناعة. • ترصد حالات العدوى بالفطريات مثل فطر الإسبرجلس (Aspergillus) • اختيار المرجعية المناسبة (Benchmarking) عند مقارنة معدلات العدوى الخاصة بهؤلاء المرضى حيث يجب أن تكون المقارنة مع منشآت صحية مماثلة، أو العمل على المرجعية الداخلية (Internal Benchmarking).	
• مرفق رقم 1. ملصق مجموع الاحتياطات الخاصة لعزل النقص المناعي	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020. • The GCC Infection Prevention and Control Manual, Third Edition. • Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last update: July 2019) • Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	10. المراجع

الفصل السابع:

الميكروبات المقاومة لمضادات الميكروبات والاشراف على استخدام مضادات الميكروبات



اسم السياسة:	الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ولا تشمل السل	رقم السياسة:	IPC-15
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 تمثل الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية مشكلة كبيرة لأنظمة تقديم الخدمة الصحية في الدول النامية والمتقدمة، حيث تؤدي الإصابة بالعدوى بهذه الميكروبات لزيادة مدة وتكلفة العلاج، وزيادة حدوث المضاعفات والوفيات. 1.2 وينتج عن ذلك أيضا أن يصبح بعض المرضى ومقدمي الخدمة الصحية حاضنين لمستعمرات الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية والتي تمثل مصدرا لانتقال العدوى إلى مجموعة أخرى من المرضى داخل المنشأة الصحية. 1.3 كما أن استخدام المضادات الحيوية بطريقة غير رشيدة يعتبر أحد العوامل المؤثرة على ظهور سلالات من الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية، ويحدث ذلك نتيجة عدم وجود سياسات وضوابط واضحة للتحكم في المضادات الحيوية وعدم ضمان استكمال العلاج بها. 1.4 حيث يؤدي فرط استخدام المضادات الحيوية إلى ظهور أنواع من البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية مثل: • <i>Methicillin resistant staphylococcus aureus (MRSA)</i> • <i>Extended spectrum Beta lactamase (ESBL) producing Enterobac</i> • <i>Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)</i> • <i>Carbapenem-resistant Enterobacteriales (CRE)</i> • <i>Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB)</i> • <i>Carbapenem-resistant Pseudomonas aeruginosa (CRPA)</i>		
2. السياسة:	2.1 الالتزام بتطبيق إجراءات مكافحة العدوى والالتزام بضوابط صرف المضادات الحيوية للحد من ظهور سلالات بكتيرية مقاومة لها.		
3. الغرض:	3.1 الحد من اكتساب وانتشار العدوى بالميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية داخل المنشأة الصحية لحماية العاملين والمرضى والمجتمع.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشآت الصحية.		
5. التعريفات	الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية (MDRO): هي كائنات دقيقة في الغالب تكون بكتيريا تقاوم فئة واحدة أو أكثر من المضادات الميكروبات على الرغم أنه بعض أنواع من البكتيريا تكون مقاومة فقط لفئة واحدة مثال: MARSA.VRE وغالبا ما تكون مقاومة لمعظم الفئات المضادة للميكروبات المتاحة		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 الصيدالة. 6.2 فريق مكافحة العدوى 6.3 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.4 لجنة مكافحة العدوى 6.5 لجنة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.6 الطبيب المعالج. 6.7 مسؤول التمريض في القسم		

7.1 فريق مكافحة العدوى 7.2 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 7.3 مدير الصيدلية. 7.4 مدير المختبر. 7.5 رئيس قسم الأطباء.	7. المتابعة
8.1 الاجراءات الإدارية: • يجب إعطاء أولوية لتطبيق الاستراتيجيات اللازمة لمنع ظهور والحد من انتشار الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية. • يجب توفير الموارد المالية والبشرية اللازمة لمنع ظهور الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية • يجب تشكيل فريق مؤهل وذو خبرة لإدارة المضادات الحيوية في المنشأة الصحية. (راجع سياسة إدارة المضادات الحيوية). • يجب وضع وتطبيق أنظمة محوسبة للتعرف على المرضى الذين سبق إصابتهم أو حملهم للميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية وجعل هذه الانظمة المعلوماتية في متناول الجهات المعنية. • يجب ان تدعم إدارة المنشأة مشاركة الجهات المعنية والمسؤولة في نشاطات لمكافحة مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية على المستوى المحلي/الوطني/الإقليمي. 8.2 الاجراءات المخبرية: • يجب رفع كفاءة معامل الميكروبيولوجي وقدرتها على ترصد الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية مع تحديد النمط السائد وخرائط الاتجاه. • يجب ان تتبع المختبرات الطرق المتبعة عالميا لإجراء الفحوصات البائية التي تهدف للكشف عن حدوث عدوى وبائية والكشف عن الميكروب وتحديد مدى مقاومته للمضادات الحيوية. • يجب ان يقوم مختبر الميكروبيولوجي بوضع نظام محدد لإنذار وإبلاغ فريق مكافحة العدوى والأطباء المختصين بنتائج المزارع الإيجابية بالميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية لسرعة اتخاذ اللازم من علاج لحالات العدوى وإجراءات عزل لحالات العدوى والاستعمار الميكروبي بهذه الميكروبات. • يجب ان يقوم مختبر الميكروبيولوجي أو قسم مكافحة العدوى بإصدار تقرير سنوي على الأقل أو دوري يشمل نتائج مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية على مستوى المنشأة وخاصة لتلك المذكورة أعلاه. • يجب ان يرسل مختبر الميكروبيولوجي التغذية الراجعة الخاصة على الأقل سنويا أو دوريا بمعدلات حدوث الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية من المختبر للجهات المعنية للمتابعة لاتخاذ الإجراءات اللازمة لخفض معدلات ظهور تلك الميكروبات. • يجب مراقبة معدلات حدوث العدوى البائية المتسببة بها الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية مع تحديد النمط السائد مع الوقت من خلال استخدام الاساليب الإحصائية اللازمة.	8. الإجراءات

8.3 تعليم وتدريب العاملين:

- يجب أن يكون طاقم العاملين على دراية كافية بسياسة استخدام المضادات الحيوية.
- يجب عمل برامج تدريبية وحملات توعية ورفع وعي العاملين في المنشأة الصحية على الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية وفق سياسة استخدام المضادات الحيوية.
- يجب تعليم وتدريب العاملين على مخاطر وطرق انتقال وانتشار الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية على مستوى المنشأة ضمن فترات التدريب التوجيهي الأولي في بداية عملية التوظيف او ضمن فترة التدريب المستمر والدوري للعاملين.
- يجب تكثيف تعليم وتدريب العاملين في مجال خدمات النظافة خاصة أولئك العاملين في اقسام العزل على القيام بعملهم بشكل صحيح لمنع انتقال الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية عبر بيئة المريض المحيطة بالإضافة الى مراقبة عملهم بشكل دوري ومدى التزامهم بسياسة تنظيف وتطهير البيئة.

8.4 التعامل مع حالات العدوى والاستعمار الميكروبي بالـ MDRO او المرضى المشتبه اصابتهم

- يجب الأخذ باحتياطات عزل التلامس بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية. (مراجعة سياسات احتياطات منع نقل العدوى عن طريق التلامس 11 - IPC).
- من المفضل طلب استشارة من مختص الأمراض المعدية لوضع الخطة العلاجية وآلية التعامل مع الحالة. إذا استحال هذا الامر، يجب تشكيل فريق يتضمن صيدلي إكلينيكي واطباء ميكروبيولوجي والطبيب المعالج للبت في هذا الامر.
- يجب وضع علامة على ملفات المرضى الذين خرجوا من المستشفى من قبل وكانوا ايجابيا للـ MDROs وتوثيقهم من قبل قسم مكافحة العدوى
- يمكن فقط لقسم مكافحة العدوى إزالة هذه العلامة من ملف المريض للمرضى المصابين بـ MDROs
- يفضل استمرار تطبيق احتياطات عزل التلامس خلال فترة بقاء المريض في المستشفى
- يتم التوقف عن عزل المريض الإيجابي للـ MDROs فقط بعد التشاور مع قسم السلامة ومكافحة العدوى واطباء الأمراض المعدية.
- يتم اخراج المريض من المستشفى عندما تسمح حالته الطبية بذلك.
- في حال نقل مريض مصاب بـ MDROs، فإنه يجب إبلاغ المستشفى المحول إليها بتفاصيل الحالة لضمان العزل المناسب، كما يجب إعلام المشاركين في نقل هذا المريض لأخذ الاحتياطات القياسية في التعامل معه.
- في حال دخول مريض مستعمر او مصاب بـ MDROs من مستشفى آخر خلال الأشهر الستة السابقة، يجب أخذ مسحة وإجراء مزرعة ميكروبيولوجية لـ MDRO ووضع المريض تحت احتياطات عزل التلامس حتى تظهر نتائج الفحوصات المخبرية.
- يجب أخذ مسحات بيئية وإجراء مزارع ميكروبيولوجي في حالات تفشي العدوى.

• لا يوصى بفحص العاملين في الرعاية الصحية أو أخذ مسحات من البيئة إلا في حالات التفشي • يمكن فحص العاملين والمرضى في بعض الأقسام للكشف عن MARSA مثل مرضى جراحة القلب أو المرضى المجدولين لعمليات العظام الكبرى • لا ينصح بعلاج مقدمي الخدمة الصحية المصابين بالاستعمار الميكروبي بـ MDRO إلا في حالات تفشي العدوى واحتمالية تسبب مقدم الخدمة الصحية في نقل الميكروب للمرضى أو يصاب به هو. • يجب الحد من الزيارة بقدر الإمكان. ويجب أن يلتزم الزائرون بنظافة الأيدي ومنعهم من زيارة أكثر من مريض في وقت واحد. 8.5 الإجراءات المشددة والمعززة لخفض معدل حدوث وانتشار MDRO يجب اتباع ما يلي: • جمع المرضى المصابين بنفس MDRO في غرفة أو جناح واحد. • يفضل تعيين طاقم تمريض متخصص وموظفي خدمة مساعدة لرعاية مرضى MDRO فقط. • يفضل استخدام معدات وأدوات وأجهزة تستخدم لمرة واحدة مخصصة لهؤلاء المرضى. • تكثيف وتعزيز التدريب حول الاحتياطات القياسية وتلك الخاصة بعزل التلامس. • مراقبة التنظيف البيئي. • الحصول على مسحات بيئية وإجراء مزارع ميكروبيولوجية بشكل كافي. • التشاور مع أخصائي الأمراض الجرثومية حول دور أخذ مسحات مراقبة وإجراء مزارع ميكروبيولوجية من العاملين كما في حال MRSA وعلاج الاستعمار الميكروبي (Decolonization) • تنفيذ سياسات دخول المريض وإجراءات عزله. • الحد من عدد الزوار إلى الحد الأدنى.	
• Appendix 1: Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الإصدار الرابع 2020 • Siegel, Jane D., et al. "Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006." (2017).	10. المراجع

اسم السياسة:	التعامل مع حالات MRSA (Colonized / Infected / Suspected)	رقم السياسة:	IPC-16
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 يتواجد ميكروب <i>Staphylococcus aureus</i> على الجلد وداخل الأجزاء الامامية من التجاويف الأنفية في 10% الى 20% من الأشخاص البالغين، حيث يستجيب هذا الميكروب لمركبات (Beta - lactams) استجابة متميزة والتي تشمل (Oxacillin- Cephalosporins – carbapenems)، ولذا تعد هذه المركبات الخيار الأول لعلاج العدوى التي يسببها هذا الميكروب، ونتيجة تحور جيني للميكروب أدى ذلك لظهور سلالة جديدة مقاومة لعقار الميثيسيللين (Methicillin) ونشوء السلالات المقاومة (MRSA) التي تقاوم كل مركبات Beta - lactams وتسبب لعقارات <i>Tetracycline</i> ، <i>Linezolid</i>، <i>Vancomycin</i> ، <i>Clindamycin</i> 1.2 1.3 وتعتبر MRSA من أهم الميكروبات المسببة لعدوى الموضع الجراحية والجروح داخل المستشفيات وكذلك العدوى المنتشرة في الجسم والمتعلقة بالإفرازات السامة للميكروب (septicemia). 1.4 يشمل reservoir MRSA في المستشفيات المرضى المستعمرين أو المصابين ومقدمي الرعاية الصحية بالإضافة إلى الأسطح والمعدات والأدوات الملوثة داخل بيئة رعاية المرضى. الانتقال معقد ولكنه يحدث إلى حد كبير من خلال انتشار المرض من مريض لآخر، ومن مقدمي الرعاية الصحية للمرضى أيضا.		
2. السياسة:	2.1 منع اكتساب وانتشار العدوى بالبكتيريا <i>Staphylococcus aureus</i> المقاومة لعقار الميثيسيللين MRSA بين المرضى والعاملين والمجتمع		
3. الغرض:	3.1 المحافظة على منع انتشار عدوى MRSA بين المرضى والعاملين والمجتمع لتقليل عدوى المنشآت الصحية ومنع مضاعفات تلك العدوى 3.2 حماية المرضى العاملين من الإصابة بـ MRSA		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشآت الصحية.		
5. التعريفات	5.1 لا يوجد		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 أخصائي التحاليل الطبية. 6.2 فريق مكافحة العدوى 6.3 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.4 لجنة مكافحة العدوى 6.5 لجنة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.6 الطبيب المعالج. 6.7 مسؤول التمريض في القسم		

7. المتابعة	7.1 فريق مكافحة العدوى 7.2 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 7.3 مدير الصيدلية. 7.4 مدير المختبر. 7.5 رئيس قسم الأطباء.
8. الإجراءات	بالإضافة إلى التوصيات العامة المذكورة في سياسة MDROs، هناك توصيات محددة بشأن المرضى المشتبه في إصابتهم أو ثبتت إصابتهم أو استعمارهم بـ MRSA: يجب التشديد على الالتزام الكامل بنظافة اليدين واللمس بالإضافة الى كافة إجراءات عزل التلامس 8.1 في حالات الالتهاب الرئوي بعدوى MRSA: ○ يجب ارتداء ماسك جراحي عند التعامل مع المريض بالإضافة الى اجراءات العزل باللمس. ○ يجب تهوية الحجرة جيدا ويحظر استخدام المراوح مع غلق الباب جيدا وفتح النافذة. 8.2 في حالات الالتهاب/الاستعمار الجلدي بعدوى MRSA: ○ يجب تواجد عربة معدنية خاصة للعناية بالجروح كذلك المستخدمة في اقسام الجراحة ويتم غسل العربة بماء وصابون ثم تطهيرها بالكلور 1000 جزء في المليون او تمسح بالكحول 70% بعد تجفيفها من الماء والصابون او بمادة مطهرة بحسب سياسة التنظيف والتطهير بالمستشفى بعد كل مريض. ○ يجب إعطاء المضاد الحيوي تبعاً لنتيجة المزرعة. 8.3 إيقاف إجراءات العزل ○ يمكن إيقاف إجراءات العزل باللمس عندما تكون ثلاث مسحات مراقبة أو أكثر للـ MRSA المستهدف سلبية بشكل متكرر على مدار أسبوع أو أسبوعين عند مريض لم يتلق علاجاً مضاداً للميكروبات لمدة ثلاثة ايام قبل أخذ أول مسحة وحتى اخر مسحة 8.4 في حالات التفشي: ○ يجب توفير الدعم الإداري والتمويل المالي والرقابة والمتابعة بشكل يومي للحد من انتشار العدوى ○ يجب الاستعانة بقسم مكافحة العدوى وأطباء مختصين لتقييم الوضع وتصميم ومتابعة تنفيذ خطة للحد من انتشار ميكروب MRSA ○ يجب الاستعانة بفريق إدارة المضادات الحيوية في حال عدم السيطرة على انتشار العدوى. ○ يجب القيام بتدريب مكثف خاص بالممارسات الخاصة للحد من انتشار هذه الميكروبات.

8.5 جراءات الترصد:

- يجب تحديد معدل العدوى أو الاستعمار الميكروبي لميكروب الـ MRSA.
- يجب إجراء مزارع ميكروبيولوجية للكشف عن المرضى المصابين بـ الـ MRSA.
- يجب تحديد أولوية اجراء تلك المزارع قبل/عند دخول المريض الى القسم كالاتي:
 - ✓ الأقسام عالية الخطورة (العناية المركزة، زراعة الكلى، أقسام الحروق، أقسام الأورام NICU) بشكل روتيني
 - ✓ الأقسام ذات المعدلات المرتفعة لحدوث الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية
 - ✓ المرضى السابق إقامتهم بالمستشفى فترات زمنية طويلة
 - ✓ المرضى السابق علاجهم بالمضادات الحيوية على فترات زمنية طويلة
 - ✓ المرضى الذي سبق تعرضهم للاستعمار الميكروبي بتلك الميكروبات المقاومة
 - ✓ قبل اجراء عمليات جراحية كبرى مثل: عمليات القلب المفتوح وعمليات تغيير المفاصل
- يتم اجراء تلك المزارع بأخذ مسحة من الأنف عند دخول المريض للقسم ويمكن اجراؤها دورياً وبعد ذلك يتم إجراؤها أسبوعياً عند المرضى ذوي المسحات السلبية للكشف عن الحالات المكتسبة داخل القسم.
- يتم اجراء مزارع ميكروبيولوجية للكشف عن الاستعمار الميكروبي لمقدمي الخدمة الصحية فقط مع حالات تفشي العدوى واحتمالية تسبب مقدم الخدمة في نقل الميكروب المقاوم للمضادات الحيوية للمريض.
- يوجد بروتوكول خاص لعلاج الاستعمار الميكروبي (Decolonization)
- يتم التشاور مع الأطباء والاستشاريين المختصين في إمكانية علاج هؤلاء المرضى وذلك طبقاً لتقييم كل حالة على حدة.
- قبل البدء في العلاج، يتم اجراء اختبار للكشف عن مدى حساسية الميكروب المعزول من المريض للمضاد الحيوي المستخدم في العلاج للتأكد من عدم مقاومة الميكروب للعلاج المستخدم وذلك بعد التشاور مع المختصين بمختبر الميكروبيولوجي.
- لا ينصح بعلاج مقدمي الخدمة الصحية المصابين بالاستعمار الميكروبي (MRSA) الا في حالات تفشي العدوى واحتمالية تسبب مقدم الخدمة الصحية في نقل ميكروب للمريض.

8.6 تنظيف وتطهير البيئة

- يجب الأخذ باحتياطات عزل التلامس بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية.
- (مراجعة سياسة احتياطات عزل التلامس وإعادة معالجة الأدوات وتنظيف البيئة).
- يجب تخصيص عمال نظافة لغرف المرضى المصابين بميكروب الـ MRSA
- يجب اخذ مسحات بيئية واجراء مزارع ميكروبيولوجية فقط في حالات تفشي العدوى واحتمالية ان يكون مصدر بيئي مثل أسطح او معدات في غرفة المريض هي المتسببة في نقل الـ MRSA للمرضى.

○ يجب تقييم إمكانية غلق القسم أو عدم استقبال حالات جديدة بعد التشاور مع الجهات المختصة وذلك للتقييم البيئي وتطبيق إجراءات مكثفة للنظافة والتطهير في حال التفشي.	
9.1 مرفق رقم 1. بروتوكول إزالة التلوث من Decontamination MRSA Protocol 9.2 مرفق رقم 2. بروتوكول إنهاء العزل عن اللمس في حالة MRSA 9.3 مرفق رقم 3. مخطط التدفق لإعادة قبول ودخول المرضى المستعمرين بجرثومة MRSA 9.4 مرفق رقم 4. استمارات إبلاغ عن حالات (MRSA) / ترصد حالة (MRSA) نموذج 9.5 Appendix 5: Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form: هذا النموذج مرفق مع سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية رقم: IPC - 15	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الإصدار الرابع 2020 • Siegel, Jane D., et al. "Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006." (2017). • NHS Foundation Trust. King's College Hospital. Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) Protocol. September 2011. • SHIELD: Eliminating Multidrug-Resistant Organisms. University of California Irvine Health. Hospital, Nursing Home, and Long-Term Acute Care Hospital Toolkits for Decolonization. https://www.ucihealth.org/shield and https://www.ucihealth.org/shield/hospital-decolonization-toolkit [last accessed September 8, 2019]. • NHS Foundation Trust. Portsmouth Hospital. Staphylococcus aureus (MRSA and MSSA) Management Policy. December 2021	10. المراجع

اسم السياسة:	التعامل مع حالات	رقم السياسة:	IPC-17
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 تتواجد مجموعة بكتيريا <i>Enteriobacteriaceae</i> في الأمعاء الغليظة للإنسان والحيوان بالإضافة للبيئة، وهذه المجموعة تعتبر سبباً شائعاً للعدوى المصاحبة لتقديم الخدمات الطبية داخل المنشآت الصحية حيث ارتبط هذا النوع من البكتيريا بارتفاع معدل الوفيات وخاصة عدوى مجرى الدم المصاحب للقسطر الوريدي والالتهاب الرئوي والمواقع الجراحية والمسالك البولية وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والاسهال. 1.2 ومن الأمثلة على المجموعة <i>Salmonella – Entrobacter – Proteus – Klebsiella – E. coli</i> التي تتميز بوجود الكثير من عوامل الضراوة التي تمثل قدرتها على الالتصاق بأنسجة العائل وافراز السموم والانزيمات وتكوين غشاء بيولوجي (biofilm) يحميها من الاجسام المضادة والمضادات الحيوية. 1.3 حيث أن هذه الميكروبات لا تتأثر بالعديد من المضادات الحيوية مثل البنسلين والجيل الثالث من cephalosporin فتنتشر في الأقسام عالية الخطورة حيث يوجد استهلاك كثير للمضادات الحيوية مثل أقسام العناية المركزة ووحدات الغسيل الكلوي والمرضى ذوي المناعة الضعيفة ومرضى أجهزة التنفس الصناعي. 1.4 تعالج هذه البكتيريا عادة بالaminoglycoside ، cephalosporin ، fluoroquinolone أو carbapenem، لقد اكتسبت مؤخراً جينات مقاومة متعددة جعلتها مقاومة لفئات متعددة من المضادات الحيوية بما في ذلك carbapenem. من الصعب علاجها مع عدم وجود مضاد حيوي فعال ضدها. يكون قد أصبح العلاج معقداً ويتكون من مضادات حيوية جديدة أو من مجموعة من المضادات الحيوية.		
	2.1 منع اكتساب وانتشار العدوى CRO بين المرضى والعاملين والمجتمع		
	3.1 المحافظة على منع انتشار عدوى CRO بين المرضى والعاملين والمجتمع لتقليل عدوى المنشآت الصحية ومنع مضاعفات تلك العدوى.		
	4.1 جميع العاملين في المنشآت الصحية.		
	5.1 <u>مسحات المراقبة:</u> المسحات المأخوذة من منطقة ما حول الشرج، مناطق الجلد والجروح، والبلغم. 5.2 <u>عدوى:</u> عندما تسبب هذه البكتيريا المرض والعدوى. 5.3 <u>استعمار:</u> عندما يتم نقل الـ CRO من قبل المريض إلى آخر دون التسبب في أي علامات أو أعراض للعدوى		

• <u>Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE):</u> Enterobacterales that test resistant to at least one of the carbapenem antibiotics (ertapenem, meropenem, doripenem, or imipenem) or produce a carbapenemase (an enzyme that can make them resistant to carbapenem antibiotics). Some Enterobacterales (e.g., <i>Proteus spp.</i>, <i>Morganella spp.</i>, <i>Providencia spp.</i>) have intrinsic elevated minimum inhibitory concentrations (MICs) to imipenem and therefore results for meropenem, doripenem, and ertapenem should be used for these organisms to determine if these organisms meet the CRE definition. • <u>Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB)</u> is defined as an <i>A. baumannii</i> isolate that is resistant to both imipenem and meropenem • <u>Carbapenem-resistant Pseudomonas aeruginosa (CRPA)</u> is defined as <i>Pseudomonas aeruginosa</i> isolate that is resistant or intermediate to both imipenem and meropenem	
6.1 الصيدالة. 6.2 أخصائي التحاليل الطبية. 6.3 فريق مكافحة العدوى 6.4 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.5 لجنة مكافحة العدوى 6.6 لجنة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.7 الطبيب المعالج. 6.8 مسؤول التمريض في القسم	6. المسؤوليات والأدوار
7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 مدير الصيدلية. 7.3 مدير المختبر. 7.4 رئيس قسم الأطباء. 7.5 فريق إدارة المضادات الحيوية.	7. المتابعة
8.1 <u>الإجراءات العامة داخل المنشأة</u> (راجع سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ولا تشمل السل رقم: 15 - IPC) <u>بالإضافة إلى التوصيات العامة المذكورة في سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ، هناك توصيات محددة بشأن المرضى المشتبه في إصابتهم أو ثبت إصابتهم أو استعمارهم بال CRE/CRAB/CRPA:</u>	8. الإجراءات

- يجب معرفة تأثير هذه الميكروبات على سلامة المرضى والالتزام بإرشادات الصحة العامة لاكتشاف، وتتبع، والإبلاغ عن وجود هذه الحالات.
- يجب فهم المبادئ والاسس الوبائية للجراثيم المنتجة لل carbapenemase، بما في ذلك انتشارها في المنشأة والمنطقة.
- يجب تقديم الدعم والإرشاد لمقدمي الرعاية الصحية الذين يصفون ويستخدمون المضادات الحيوية بشكل مناسب.
- يجب أن يكون في المنشأة نظام لتقييم ما إذا كان المريض قد تلقى رعاية طبية في مكان آخر، عند الدخول، بما في ذلك المرافق الأخرى أو البلدان الأخرى.
- يجب اجراء مسح للمرضى المعروف اصابتهم سابقا بهذه الميكروبات خلال الـ 6 أشهر الماضية أو أكثر.
- يجب اجراء مسح المرضى المتواجدين في نفس غرفة المريض المصاب بهذه الميكروبات والمرافقين المتواجدين لأكثر من 48 ساعة.
- يتم أخذ عينات المسح لهذه الميكروبات من منطقة الشرج، مناطق الجلد والجروح، البول في حال وجود قسطرة بولية.
- يجب الأخذ بعين الاعتبار استخدام الاجهزة المرتبطة بالمريض مثل القسطرة الوريدية المركزية. والقسطرة البولية لأنها تشكل عامل خطورة في حدوث العدوى المرتبطة بهذه الأجهزة
- يجب تقليل استخدام هذه الأجهزة في الرعاية الصحية بشكل عام لتقليل انتشار MDROS بما في ذلك CRE/CRAB/CRPA، مع العمل على متابعتها بانتظام إذا كانت مطلوبة والتوقف عن ذلك عند عدم الحاجة لها.
- يجب التأكد من أن يقوم مختبر الميكروبيولوجي بإبلاغ كل من القسم المختص وقسم مكافحة العدوى بنتائج مزارع CRE/CRAB/CRPA الإيجابية فوراً، وتسجيلهم ضمن سجلات MDROS، مع وضع علامة على ملفاتهم.
- يتم التشاور مع الأطباء والاستشاريين المختصين في إمكانية علاج هؤلاء المرضى وذلك طبقاً لتقييم كل حالة على حدة.
- يجب اجراء مسح مراقبة دوري للمرضى في العناية المركزة وقسم معالجة امراض الدم والأورام وزرع الأعضاء حيث الاستخدام الكثير للمضادات الحيوية.
- من الأفضل إبقاء المريض معزولاً أو مجموعاً مع مرضى آخرين مستعمرين ب CRE/CRAB/CRPA خلال فترة الإقامة الكاملة في المستشفى.

8.2 في حال نقل المريض الى جناح آخر/مؤسسة صحية أخرى:

- يجب على الجهة المحولة إبلاغ الجهة المستقبلة بحالة المريض المصاب بالـ CRE/CRAB/CRPA لأخذ احتياطات الوقاية من العدوى على الفور أو عند وصول المريض.
- يجب إبلاغ الجهة المختصة بنقل المريض بما فيها سيارة الإسعاف بحالة المريض المصاب بـ CRE لأخذ الاحتياطات اللازمة من واقيات شخصية ومطهرات في التعامل مع الحالة.
- يجب على المستشفى المستقبل وضع آلية لتحديد المرضى المستعمرين أو المصابين بـ CRE/CRAB/CRPA إذا دخل نفس المستشفى مرة ثانية أو مستشفى أخرى لأخذ احتياطات مناسبة عند التعامل معهم.

8.3 في حال التفشي: • تتم عملية الترصد والمراقبة بالتعاون مع فريق مكافحة العدوى حسب الحاجة وبالتعاون مع الإدارات الطبية والتمريضية والمخبرية وغيرها من الأقسام.	
Appendix 1: Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form هذا النموذج مرفق مع سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية رقم: IPC - 15	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الإصدار الرابع 2020 • Siegel, Jane D., et al. "Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006." (2017).	10. المراجع

اسم السياسة:	التعامل مع حالات VRE	رقم السياسة:	IPC-18
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 تتواجد بكتيريا المكورات المعوية <i>Enterococci</i> بشكل طبيعي في الأمعاء وعادة لا تسبب امراضاً لكنها قد تسبب العدوى في أي من مجرى الدم أو الجهاز البولي أو الدماغ أو صمامات القلب أو الجروح المفتوحة، وهي بطبيعتها مقاومة لمعظم المضادات الحيوية مثل <i>Vancomycin</i>، حيث نشأت سلالة مقاومة له تسمى <i>VRE</i>، التي تمكنها بسهولة للحصول على مقاومة باقي المضادات الحيوية وهي قادرة على نقل هذه المقاومة الى أنواع أخرى من البكتيريا مثل المكورات العنقودية <i>Staphylococcus</i>. 1.2 تنتشر هذه البكتيريا بسهولة في البيئة عن طريق أيدي العاملين في مجال الرعاية الصحية بعد ملامسة بعض الأدوات مثل السماعة الطبية، وجهاز الضغط، أو ملامسة الأسطح. 1.3 تحدث معظم الإصابات بهذا النوع من البكتيريا: • بين مرضى المنشآت الصحية وخاصة ذوي المناعة الضعيفة والذين يعانون من امراض خطيرة مثل القصور الكلوي وامراض الدم. • المرضى الذين يتلقون علاجاً بالفانكومايسين أو بمضادات حيوية أخرى مثل البنسلين والجنتاميسين لفترات طويلة. • بعد الخضوع لعمليات جراحية في البطن أو الصدر. • كبار السن ممن يبلغون 60 عاماً أو أكثر خاصة المقيمين في دور الرعاية الطبية.		
2. السياسة:	2.1 منع اكتساب وانتشار العدوى ببكتيريا المكورات المعوية <i>Enterococci</i> المقاومة لعقار الفانكومايسين <i>VRE</i> بين المرضى والعاملين والمجتمع		
3. الغرض:	3.1 المحافظة على منع انتشار عدوى الـ <i>VRE</i> بين المرضى والعاملين والمجتمع لتقليل عدوى المنشآت الصحية ومنع مضاعفات تلك العدوى.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشآت الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 <i>VRE</i>: سلالة من بكتيريا الأمعاء تسمى المكورات المعوية بطبيعتها مقاومة لمعظم المضادات الحيوية مثل <i>Vancomycin</i>		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 الصيدالة. 6.2 أخصائي التحاليل الطبية. 6.3 فريق مكافحة العدوى 6.4 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 6.5 لجنة مكافحة العدوى 6.6 لجنة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات		

	6.7 الطبيب المعالج. 6.8 مسؤول التمريض في القسم
7. المتابعة:	7.1 فريق مكافحة العدوى 7.2 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 7.3 مدير الصيدلية. 7.4 مدير المختبر. 7.5 رئيس قسم الأطباء
8. الإجراءات	8.1 الاجراءات عند المرضى اللذين تبين أنهم مصابون بعدوى VRE: • يجب تطبيق الاستراتيجيات الأساسية المنتظمة للوقاية من انتشار البكتيريا المتعددة المقاومة للأدوية (MDRO) بما في ذلك التشديد على إجراءات عزل التلامس. يضاف الى ذلك ما يلي: ○ يجب تطبيق التطهير النهائي بإستعمال الكلور بنسبة 5000 ppm أو 6% H₂O₂ ○ يتم إنهاء ووقف عزل المريض الإيجابي لـ VRE بعد التشاور مع فريق مكافحة العدوى وبحضور الطبيب المعالج. في حال أخذ مسحة من المريض بعد توقفه عن تناول المضاد الحيوي لمدة 72 ساعة وكانت النتيجة سلبية ○ يتم خروج المريض من المستشفى إذا كانت حالته الطبية تسمح بذلك. 8.2 في المختبر: • يجب على مختبر الميكروبيولوجي تحديد المكوّنات المعوية إلى مستوى الأنواع • يجب أن يتم فحص حساسية VRE • يقوم مختبر الميكروبيولوجي بإبلاغ كل من القسم المختص وقسم مكافحة العدوى بنتائج زرع VRE الإيجابية، وتسجيلهم ضمن سجلات الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة MDROS، مع وضع علامة على ملفاتهم. 8.3 الفحص الاحتمالي: • يجب فحص المرضى المعروف إصابتهم سابقاً بـ VRE خلال الـ 6 أشهر الماضية أو أكثر • يجب فحص المرضى المتواجدين في نفس غرفة المريض المصاب بـ VRE والمرافقين المتواجدين لأكثر من 48 ساعة • يتم أخذ عينات الفحص لـ VRE من منطقة الشرج، الجروح ومكان مخرج القسطرات. • يجب أن يتوقف نهج الفحص الاحتمالي على نسبة الإصابة بالعدوى، نوع المريض واختصاص الوحدة التمريضية. 8.4 في حال التفشي: • تتم عملية الترصد والمراقبة بالتعاون مع فريق مكافحة العدوى حسب الحاجة وبالتعاون مع الإدارات الطبية والتمريضية والمخبرية وغيرها من الأقسام. • ليس هنالك داعي لعمل فحص للعاملين أو البيئة لما له من تكاليف غير ضرورية.

8.5 استخدام المضادات الحيوية: • يتم التشاور مع الأطباء والاستشاريين المختصين في إمكانية علاج هؤلاء المرضى وذلك طبقاً لتقييم كل حالة على حدة. • يجب الاستعانة بفريق إدارة المضادات الحيوية لوصف المضادات الحيوية بشكل سليم وخاصة <i>Vancomycin</i>. • يجب انشاء وتعزيز برنامج ترشيد استخدام المضادات الحيوية.	
9.1 مرفق رقم 1. الفحص الاحتمالي لأنواع المرضى في الوحدات التمريضية Appendix 2: Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form هذا النموذج مرفق مع سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية رقم : IPC - 15	9. المرفقات
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الإصدار الرابع 2020 • Siegel, Jane D., et al. "Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006." (2017). • Australian Commission on safety and quality in health care Core strategies for VRE prevention and Control.	10. المراجع

اسم السياسة:	التعامل مع حالات العدوى <i>Clostridium difficile</i> (CDI)	رقم السياسة:	IPC-19
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة	1.1 <i>Clostridium Difficile</i> هي نوع من البكتيريا العصوية اللاهوائية موجبة لصبغة الجرام، ومكوّنة للأبواغ ويمكنها ان تسبّب عدوى الأمعاء والتهاب القولون. وهي السبب الأكثر شيوعاً للإسهال المعدي المرتبط بالرعاية الصحية 1.2 تتنوع هذه الالتهابات من اعراض الجهاز الهضمي الخفيفة الى الحالات الشديدة التي تهدد الحياة، تنتقل ال <i>Clostridium Difficile</i> بسهولة في بيئات الرعاية الصحية ولديها القدرة على التسبب في تفشي المرض في المستشفيات، ومراكز رعاية المسنين والتأهيل. 1.3 من العوامل الرئيسية المرتبطة بالإصابة ب <i>Clostridium Difficile</i> هي استخدام مضادات الميكروبات خاصة التعرض للكلينداميسين ومجموعة السيفالوسبورينات <i>Cephalosporins</i> او الفلوروكوينولونز <i>Fluoroquinolones</i> والكاربابينيمات <i>Carbapenems</i> والمكوث في المستشفى لفترة طويلة		
	2.1 منع ظهور وانتشار والتعامل مع حالات العدوى والاستعمار الميكروبي بال- <i>Clostridium difficile</i> (CDI) او المرضى المشتبه اصابهم		
	3.1 تزويد الموظفين بالإرشادات اللازمة للحد من انتقال الكلوسترديوم ديفيسيل <i>Clostridium Difficile</i> داخل مرافق الرعاية الصحية		
2. السياسة	4.1 تطبق هذه السياسة في جميع اقسام المستشفى		
3. الغرض			
4. مجال التطبيق			
5. التعريفات:	5.1 <u>المرضى المؤكد إصابتهم بمرض عدوى CDI: هم</u> المرضى الذين تم تحديدهم مصابين (إيجابية) ب CDI بناءً على الاشتباه السريري بالإضافة الى فحص البراز الإيجابي بواسطة (PCR) أو (EIA) قياس سموم المناعة الانزيمية لل CDI. 5.2 <u>المرضى المشتبه بهم بمرض عدوى CDI: هم</u> المرضى المعرضون لخطر الإصابة بالتهاب CDI والذين يعانون من الإسهال ولا يزالون ينتظرون نتيجة اختبار البراز لل <i>Clostridium Difficile</i> 5.3 <u>مخطط بريستول Bristol Chart:</u> مخطط طبي مصمّم لتصنيف البراز الى سبع مجموعات. 5.4 <u>إسهال Diarrhea:</u> هو مصطلح يطلق على خروج براز ذو طابع مائي رخو بمعدل 3مرات أو أكثر في 24 ساعة 5.5 <u>الأبواغ البكتيرية: Spores</u> هي مرحلة استرخاء وخمول في دورة حياة البكتيريا تساعد على الحفاظ على البكتيريا عند وجود ظروف بيئية غير مناسبة		

5.6 التوكسين او المادة السمية: Toxin مركب كيميائي ينتج من بعض البكتيريا المسببة للأمراض شديدة السمية للكائنات الحية، والأخرى 5.7 مرحلة التعافي: Case Resolution هي مرحلة التماثل من العدوى من البكتيريا (CDI) بحيث يتعافى المريض من الاسهال لمدة 48 ساعة على الأقل 5.8 المرضى الذين تم تحديدهم ليكونوا مصابين (إيجابية) بـ CDI بناء على العلامات السريرية بالإضافة الى الفحوصات المخبرية وفحص البراز الإيجابي بواسطة (PCR) أو (EIA) قياس سموم المناعة الانزيمية لل CDI	
6.1 مشرف التمريض 6.2 فريق مكافحة العدوى 6.3 قسم مختبر الميكروبيولوجي 6.4 الطاقم الطبي والتمريضي في القسم 6.5 عمال النظافة	6. المسؤوليات والأدوار
7.1 قسم مكافحة العدوى 7.2 المدير الطبي 7.3 الطاقم الطبي والتمريضي في القسم 7.4 فريق ترشيد المضادات الحيوية	7. المتابعة
8.1 كيفية التعامل مع المرضى المشتبه بإصابتهم والكشف المبكر لـ CDI - يجب تقييم المرضى الذين يعانون من الإسهال أو أعراض أخرى مثل الغثيان والقيء والحمى وآلام البطن والمشتبه إصابتهم (مع وجود عوامل مساعدة) بعدوى CDI في الوقت المناسب (وقت مبكر قبل ظهور الأعراض) من خلال أخذ عينة من البراز للفحص المخبري للكشف عن عدوى CDI - يجب بدء احتياطات عزل التلامس خلال عملية الكشف عن عدوى CDI أثناء عملية الفرز - يجب فحص المرضى الذين لا تظهر عليهم أعراض للكشف عن عدوى CDI - الاختبارات البيئية الروتينية للكشف عن عدوى CDI ليست مفيدة ولا ينبغي إجراؤها. إلا في حالات التفشي 8.2 الاجراءات عند التعامل مع المرضى اللذين تبين أنهم مصابون بعدوى CDI - يجب تطبيق الاستراتيجيات الأساسية المنتظمة لمنع انتشار البكتيريا المتعددة المقاومة للمضادات البكتيرية (MDRO) بما في ذلك التشديد على إتباع الاحتياطات القياسية والاحتياطات الخاصة بالعزل عن اللمس عند التعامل مع المريض . يضاف الى ذلك دور كل من : أ. مدير القسم والمدير الطبي ومشرف التمريض	8. الإجراءات:

- ✓ يجب التأكد من ان جميع موظفي الرعاية الصحية يخضعون ويكملون التدريب على مكافحة العدوى والتحديثات السنوية اثناء الخدمة
- ✓ يجب التأكد من ابلاغ فريق التحكم بالعدوى عن جميع الحالات المشتبه بالإصابة بها او المؤكدة
- ✓ يجب ضمان الالتزام بالامتثال لاحتياطات عزل التلامس وأفضل الممارسات خاصة نظافة اليدين وتنظيف الاسطح وتطهيرها

ب. فريق مكافحة العدوى

- ✓ يجب تقديم المشورة بشأن الوضع المناسب للمرضى الذين يعانون من CDI المشتبه فيهم او المؤكد اصابتهم
- ✓ يجب ضمان الالتزام باحتياطات عزل التلامس
- ✓ يجب التأكد من التنظيف والتطهير البيئي المناسب
- ✓ يجب تقديم ملاحظات في الوقت المناسب للجهات المعنية
- ✓ يجب اتخاذ كافة التدابير اللازمة ووضع خطة عمل واضحة لمنع زيادة الحالات المصابة ب CDI ومنع التفشي
- ✓ يجب دعم برنامج الإشراف على المضادات الحيوية
- ✓ يجب ضمان تنفيذ هذه السياسة ومراجعة المحتويات بانتظام

ت. قسم المختبر

- ✓ يجب التأكد من أن المختبر يجري الفحص المخبري لاختبار CDI طول أيام الأسبوع.
- ✓ يجب التأكد من ان جميع نتائج المختبر تم إبلاغها على الفور الى فريق مكافحة العدوى والى الأقسام المعنية بعد التشخيص.

ث. الطاقم الطبي والتمريضي في القسم

- ✓ يجب التأكد من التوثيق الصحيح للبراز والاسهال باستخدام مخطط بريستول.
- ✓ يجب الإبلاغ عن أي حالة مشتبه بها او مؤكدة الإصابة.
- ✓ يجب الالتزام باحتياطات عزل التلامس والتشديد على ممارسة نظافة اليدين في سياق CDI بواسطة الماء والصابون وليس بالمحلول الكحولي.
- ✓ يجب تجنب استخدام مضادات الميكروبات واسعة المجال.
- ✓ يجب استعمال مضادات الميكروبات كما هو منصوص بها في برنامج الإشراف على استعمال المضادات الحيوية .
- ✓ يجب نقل المريض الى غرفة فردية مع حمام خاص.
- ✓ يجب الحد من نشاط المريض خارج الغرفة
- ✓ يجب ابلاغ قسم الاستقبال أو الاشعة أو المناظير عن حالة عزل المريض في حال الاشتباه او التأكد (عزل التلامس مع ضرورة غسل الايدي بالماء والصابون بعد التعامل مع المريض او بيئته) عندما يجب نقل المريض للعلاج او الفحص (راجع سياسة احتياطات منع نقل العدوى المنقولة عن طريق التلامس رقم: 11 - IPC)

- ✓ يجب استخدام أدوات مخصصة للمريض مثل السماعة وجهاز الضغط وإذا لم يكن ممكناً يجب إتباع إرشادات مكافحة العدوى في تنظيف وتطهير الأدوات الغير حرجية بين المرضى ويفضل استخدام الأدوات لمرة واحدة
- ✓ يجب التخلص من الأدوات الملوثة وفقاً للاحتياطات القياسية

8.3 التنظيف البيئي :

- يجب التأكد من تنظيف الغرف وتطهيرها باستخدام محلول كلور 1000 جزء بالمليون وفقاً للبروتوكول والجدول الزمني لغرف المرضى المصابين أو المشتبه في إصابتهم بال CDI
- يجب تنظيف جميع الأسطح الأفقية والتي يتم لمسها بشكل متكرر في الغرفة ومساحات الاسرة المخصصة للمريض المشتبه فيه أو المؤكد ان لديه CDI بشكل متكرر (مرتين يومياً على الأقل) وعندما تتسخ
- يجب الانتباه بشكل خاص للمناطق والأدوات شديدة التأثير واللمس: مثل الحمام، مرافق الاستحمام، المرحاض، السرير، مفاتيح الإضاءة، جرس الإتصال ومقبض الباب
- يجب تنظيف الغرف والأسرة بمحلول مخصص للتنظيف والتطهير ومن ثم تطهيرها من التلوث باستخدام محلول الكلور 1000 جزء بالمليون
- عندما يتم نقل المريض المشتبه به أو المؤكد إصابته بـ CDI الى غرفة أخرى أو خروجه في بداية الإسهال الحاد، يجب إجراء تنظيف نهائي للغرفة المخصصة أو السرير المخصص أو المساحات حول المريض والحمام ويجب التخلص من فرشاة المرحاض وورق الحمام وتنظيف وتطهير الأدوات الغير حرجية
- يجب ضمان التنظيف المتزامن والنهائي في غرفة العزل وفقاً لإجراءات سياسة التنظيف والتطهير باستخدام محلول الكلور (١٠٠٠ جزء بالمليون) أو H_2O_2 6%
- يجب إجراء تطهير عالي المستوى القابلة لإعادة الاستخدام بعد خروج المريض.
- يجب إتخاذ التدابير للحد من تلوث محاليل التنظيف والتطهير بتغيير اقمشة التنظيف والممسحة بشكل متكرر
- يجب على عمال النظافة الامتثال لأفضل ممارسات نظافة اليدين في سياق CDI بواسطة الماء والصابون.

8.4 الزوّار

- يجب على جميع الزوار الالتزام الصارم بنظافة اليدين بواسطة الماء والصابون قبل وبعد الدخول إلى غرفة المريض

8.5 انتهاء عزل التلامس

- يجب أن يتم إيقاف احتياطات العزل لمريض CDI بالتشاور مع فريق مكافحة العدوى والطبيب المسؤول عن الحالة بعد التأكد من تماثله للشفاء
- يمكن إيقاف احتياطات عزل التلامس عندما يصبح براز المريض جيد التكوين ولا يصاب بالإسهال لمدة 48 ساعة على الأقل.
- لا ينصح بالحصول على اختبار البراز للكشف عن ال CDI لوقف وانهاء العزل (خصوصية وحساسية الاختبار ليسا الأمثل ولا يمكن الاعتماد عليهما)

8.6 التعامل مع جثة المتوفي • يجب إتباع الممارسات الروتينية المطبقة بشكل صحيح ومنسق بالإضافة الى احتياطات عزل التلامس عند التعامل مع الجثث وتحضيرهم للتشريح أو نقلها الى خدمات الدفن (راجع سياسة إجراءات مكافحة العدوى ما بعد الوفاة رقم: IPC - 65)	
• Appendix 1: C. difficile Diagnosis Algorithm • Appendix 2: Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form هذا النموذج مرفق مع سياسة الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية رقم: IPC - 15	9. المرفقات
• Siegel, Jane D., et al. "Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006." (2017). • Jason E. Bowling. Clostridium difficile Infection and Pseudomembranous Colitis. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/healthcare-associated-pathogens-and-diseases/clostridium-difficile-infection-and-pseudomembranous-colitis. Accessed Jan 31, 2022	10. المراجع

اسم السياسة:	سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي	رقم السياسة:	IPC-20
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع أقسام المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	6 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	السل (TB): هو مرض ينجم عن عدوى تسببها بكتيريا تعرف باسم <i>Mycobacterium tuberculosis</i> وتنتقل عن طريق الهواء (Airborne disease) والذي يصيب الجهاز التنفسي (ويسمى السل الرئوي) وقد يصيب الأجهزة الأخرى بخلاف الرئتين مثل العظام والكلية (ويسمى السل غير الرئوي) حيث أن أكثر الأشخاص المعرضين للإصابة في المنشأة الصحية هم: • الأشخاص المخالطين لأحد المصابين بالسل الرئوي المعدي. • الأشخاص الذين لديهم إصابة بمرض السرطان أو لديهم مرض نقص المناعة المكتسبة (HIV) أو يأخذون أدوية تؤثر على جهاز المناعة لديهم. • جميع العاملين في المنشأة الصحية وخصوصاً العاملين في أقسام الصدرية.		
2. السياسة:	2.1	اتباع إجراءات مكافحة انتشار السل الرئوي في أقسام المنشأة الصحية	
3. الغرض:	3.1	الحد من خطورة تعرض المرضى والعاملين بالمنشآت الصحية للإصابة بعدوى السل الرئوي.	
4. مجال التطبيق:	4.1	جميع العاملين في المنشأة الصحية	
5. التعريفات:	5.1	عدوى السل الكامنة (Latent TB Infection): هي العدوى التي تحدث بدون ظهور أعراض المرض حيث تبقى غير معدية وغير مرضية لفترات طويلة نتيجة مقاومة الجهاز المناعي وقد تتطور العدوى الكامنة إلى حالة مرضية عند ضعف المناعة.	
	5.2	عدوى السل الرئوي النشطة (Active Pulmonary TB Infection): هي العدوى التي تحدث عندما تبدأ الأعراض المرضية بالظهور على الشخص المصاب وتكون في هذه المرحلة معدية حيث يحتاج المصاب الي عزل .	
	5.3	السل الرئوي متعدد المقاومة: هو السل المقاوم للجيل الأول من أدوية معالجة السل (أيزونيازيد – ريفامبيسين)	
	5.4	السل الرئوي ممتد المقاومة XDR: هو السل المقاوم لأدوية الجيل الأول وأحد أدوية الحقن من الجيل الثاني مثل الأمينوجليكوزايد بالإضافة إلى الفلوروكينول.	
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1	الطبيب المعالج.	
	6.2	طاقم التمريض.	
	6.3	أخصائي الميكروبيولوجي.	
	6.4	أخصائي الأشعة.	

7.1 مسؤول مكافحة العدوى. 7.2 رئيس قسم الأطباء. 7.3 رئيس قسم التمريض. 7.4 مدير المختبر. 7.5 المدير الإداري.	7. المتابعة:
8.1 الرقابة الإدارية 8.1.1 تتكون الضوابط الإدارية من السياسات والإجراءات المستخدمة لتحديد المرضى المصابين بالسل المحتمل بأسرع ما يمكن حتى يتم عزلهم بشكل مناسب وبدء الضوابط الأخرى. 8.1.2 الضوابط الإدارية هي أهم جزء في خطة مكافحة السل، لأن الضوابط الأخرى تعتمد على التحديد المناسب لمرضى السل الرئوي. 8.1.3 عند الاشتباه بحالة السل الرئوي وتحتاج لعلاج طارئ والبدء فوراً بالإجراءات التالية: • يجب ان يلتزم جميع العاملين بتطبيق الاحتياطات القياسية والاحتياطات الخاصة بانتقال العدوى عبر الهواء Air borne • يجب ان يرتدي مقدمي الخدمة الصحية الواقيات الشخصية وخاصة القناع التنفسي عال الكفاءة N95 وخاصة العاملين بقسم الأشعة والعمليات والمناظير عند إجراء جراحة أو منظار لمرضى السل الرئوي أثناء التعامل مع مريض السل الرئوي أو الدخول إلى غرف عزل السل أو أماكن إقامتهم ورعايتهم • يجب إجراء اختبار الملاءمة للكمامة عالية الكفاءة N95 لضمان إحكام إغلاق الوجه قبل الدخول الى جميع الغرف. يجب ألا يزيل مقدم الخدمة الصحية حتى يخرج من جميع غرف عزل الهواء AII room . • يلتزم جميع العاملين بنظافة الأيدي قبل وبعد التعامل مع المريض وفركها بالمطهر تبعاً للحظات الخمس. • يمنع إعادة معالجة الأدوات داخل القسم، بل يجب معالجتها بالطريقة الصحيحة في قسم التعقيم. (راجع سياسة معالجة الآلات والأدوات الجراحية رقم: 41 – IPC) • يجب التخلص من الآلات والأدوات المستعملة أحادية الاستخدام في النفايات الطبية الملوثة (الحادة في صندوق الأمان وغير حادة في السلة الصفراء) 8.1.4 يتم تنظيف وتطهير البيئة بالكlor 1000 جزء بالمليون قبل دخول المريض وبعد خروجه وفي نهاية اليوم وفي حالة الاتساخ يتم عزل المصاب مع اتباع احتياطات العزل الآتية، الخاصة بالأمراض المنقولة عن طريق الهواء: • يفضل ان تكون الغرفة سالبة الضغط إذا أمكن • يجب توفير غرفة منفصلة بحمام وباب مغلق مع توفير تهوية جيدة ويمنع استخدام المروحة. • في حال عدم توفر غرفة منفصلة لكل مريض، يتم وضع فاصل مادي بين كل مريض وآخر وتجميع المرضى المصابين بمرض السل في غرفة واحدة	8. الإجراءات:

- يجب أن تكون البيئة في حالة نظافة مستمرة مع الالتزام بالفرز الصحيح للنفايات.
- يجب تقليل حركة المريض قدر الإمكان خارج غرفة العزل. إذا اضطر للخروج من الغرفة، يجب على المريض التنقل عند انخفاض حركة المرور ووضع قناع الوجه الجراحي
- يجب تقليل الإجراءات الخاصة والتي تزيد من مخاطر انتقال العدوى مثل أخذ عينات البصاق وإجراءات التنظير الشعبي (منظار الشعب) فقط عند الحاجة الملحة.
- يوقف عزل مريض السل المعدي الذي يخضع للعلاج الفعال سريريًا مع التأكد من استجابته للعلاج وتحسن حالته تبعاً لتوصيات الطبيب المعالج ويكون لديه 3 مسحات بصاق متتالية سلبية لل AFB التي تم جمعها في أيام منفصلة

8.2 عند إجراء عملية أو منظار لمريض سل رئوي أو اشتباه في سل رئوي:

- 8.2.1** يجب تأجيل الإجراء إلى أن يصبح المريض غير معدٍ إذا أمكن ذلك إلا إذا كان طارئاً لإنقاذ حياته life saving.
- 8.2.2** يُفضّل تحويل المريض إلى مكان مجهّز للاستقبال والتعامل مع مثل هذه الحالات.
- عند عدم القدرة على تحويل المريض، يتم الإجراء في آخر اليوم مع التزام العاملين بارتداء القناع التنفسي عال الكفاءة وتقليل عدد العاملين في الغرفة مع ضرورة غلق باب الغرفة وتقليل الحركة داخلها وخارجها، مع مراعاة أن تكون الغرفة سالبة الضغط.
- 8.2.3** إذا لم يتوفر الضغط السلبي، يجب تقليل عدد العاملين في الغرفة مع ضرورة غلق باب الغرفة وتقليل الحركة داخلها وخارجها and aspirate and ventilate the room afterwards.
- 8.2.4** يجب استخدام وصلات وقناع تخدير أحادية الاستخدام لجهاز التخدير وتزويد أجهزة التخدير بفلتر بكتيريّة لمنع دخول الميكروب للجهاز
- 8.2.5** لا يجب السماح بخروج المريض من غرفة المناظير إلا بعد التأكد من توقف السعال نهائياً مع ارتدائه قناع جراحي قبل الخروج من الغرفة.
- 8.2.6** يجب تطهير المنظار بطريقة صحيحة ويُفضّل استخدام غسالات المناظير حيث أن مدّة التطهير 60 دقيقة.
- 8.2.7** عند القيام بإجراءات طبية مثل تثبيت القسطرة البولية أو تركيب قسطرة مركزية أو صورة أشعة لمريض سلّ رئوي، يجب على مقدمي الخدمة الصحية ارتداء قناع عال الكفاءة بالإضافة إلى الواقيات الشخصية اللازمة للإجراء، مع ضرورة ارتداء المريض لقناع جراحي.
- 8.2.8** عند استخدام جهاز الاستنشاق لمريض السلّ الرئوي، يجب عزل المريض تماماً في مكان منفصل مع إتباع احتياطات العزل airborne .
- 8.2.9** يجب عمل اختبار فيروس نقص المناعة المكتسبة HIV لكل مرضى السلّ الرئوي مع عمل الفحوصات التأكيدية PCR، والتعاون مع الطب الوقائي لطلب العلاج والاستشارة وتوفير العلاج

8.3 التعامل مع مريض السل الرئوي بوحدة الغسيل الكلوي:

- 8.3.1** يجب عمل متابعة سنوية لمرضى الغسيل الكلوي للتأكد من خلوهم من مرض السل، حيث يمكن تحوّل المريض من مريض سلّ كامن إلى مريض سلّ نشط والتي تحتاج إلى نظام علاج خاص.
- 8.3.2** يجب ان يكون غسيل الكلى لمرضى السل النشط في غرفة عزل ذات ضغط سلبي ويجب أن يرتدي الموظفون معدات الوقاية الشخصية الخاصة بالعدوى التي تنتقل عبر الهواء والتلامس مع الالتزام بالإجراءات القياسية
- 8.3.3** يجب تدريب ومتابعة المخالطين لمريض السلّ على التعرّف على مرض السلّ الرئوي (الأعراض وكيفية إنتقال العدوى) وكيفية التعامل مع مريض السلّ والتخلص من إفرازات المريض بصورة صحيحة.

8.4 التعامل مع عينات السل في المختبر:

- 8.4.1** أماكن أخذ عينات البصاق:
- لا بد أن يكون مكاناً مفتوحاً وبعيداً عن أماكن التجمّع مع مراعاة ألا ينتقل الهواء من مكان أخذ العينات إلى داخل المبنى، حيث تتم ملاحظة المريض أثناء أخذ العينة من وراء حاجز زجاجي.
- 8.4.2** نقل العينات المحتمل احتوائها على ميكروب السل بمختلف أنواعها (عينات البصاق- عينات غسل الشعب والحوصلات الهوائية - سوائل الجسم) ويتم وضع العينة في أكواب بلاستيكية شقافة محكمة الغلق وبغطاء حلزوني والتي بدورها توضع في أوعية معدنية أو كرتونية محكمة الغلق مكتوب عليها اسم المريض وتُثقل محفوظة في صندوق التبريد الخاص بنقل العينات (صندوق الثلج) (Ice box) إلى المختبر.
- 8.4.3** التعامل مع العينات داخل المختبر:
- عند عمل شريحة من البصاق، يكتفى بارتداء قفاز طبي نظيف ومريّة بلاستيك أحادية الاستخدام، كما يُفضّل إرتداء قناع عال الكفاءة N95.
 - يجب منع تيارات الهواء أثناء ترك الشريحة لتجف، ويُمنع منعاً باتاً تجفيف العينة عن طريق اللهب.
 - يجب إستخدام كبينة أمان (فئة class III III) في حال توفرها عند فرد الشرائح.
- 8.4.4** التخلص الآمن من عينات السل الإيجابية:
- يجب تطهير أو تعقيم كل من عينات السلّ والمستلزمات المستخدمة أثناء الفحص في جهاز الأوتوكلاف الخاص بتعقيم النفايات شديدة العدوى قبل التخلص منها وإرسالها إلى المحرقة. (راجع سياسة إدارة النفايات الطبية رقم: 37 - IPC)
 - يجب تطهير أسطح العمل في المختبر باستخدام الكلور 1000 جزء في المليون

8.5 الموصفات البيئية لغرف مرضى السل النشط:

- 8.5.1** يجب أن تكون غرف عزل الهواء لمرضى السل تحت ضغط سلبي، بحيث يتدفق الهواء من القاعة إلى الغرفة.
- 8.5.2** يوصى بإجراء ما لا يقل عن 6 إلى 12 تبادلًا للهواء في الساعة لتقليل تركيز الجزيئات المعدية المحمولة في الهواء؛
- 8.5.3** يجب أن توفر المرافق الجديدة ما لا يقل عن 12 تبادل في الهواء الساعة.
- 8.5.4** يجب شطف الهواء من غرف عزل الهواء مباشرة إلى الخارج في مكان يمنعه من الدخول مرة أخرى إلى نظام التهوية بالمنشأة.
- 8.5.5** إذا كان إعادة تدوير الهواء أمرًا لا مفر منه، فيجب ترشيح الهواء من خلال مرشح هواء جسيمات عالي الكفاءة (HEPA) لإزالة القطيرات قبل أن يدخل الهواء مرة أخرى إلى نظام التهوية الرئيسي.
- 8.5.6** يجب أن يظل باب غرفة المريض مغلقًا في جميع الأوقات للحفاظ على الضغط السلبي وتدفق الهواء المناسبين.
- 8.5.7** يجب أن تحتوي غرف عزل الهواء على باب يغلق أوتوماتيكياً
- 8.5.8** يجب أن تنص خطة مكافحة السلّ على المراقبة اليومية لغرف عزل الهواء المستخدمة من أجل المرضى الذين يعانون من مرض السلّ المعروف أو المشتبه بإصابتهم.
- 8.5.9** يجب القيام الفحص والاختبار المنتظم (شهريًا) لجميع غرف عزل الهواء للتحقق من الضغط السلبي المناسب وتوثيقه، بحيث تكون الغرف جاهزة دائمًا لاستقبال مرضى السل.
- 8.5.10** يجب إخطار مكتب الدخول ومكافحة العدوى بالغرف التي فشلت في الاختبار حتى لا يتم استخدامها لحين القيام بإجراء الإصلاحات.
- 8.5.11** يجب إجراء تغييرات في نظام التهوية بالمنشأة بالتشاور مع أخصائي مكافحة العدوى لضمان تلبية الحاجة إلى غرف عزل الهواء.

8.6 الوقاية من السل بين مقدمي الرعاية الصحية:

- 8.6.1** يجب تدريب وتوعية العاملين بخطورة المرض وطرق انتقاله وكيفية الوقاية منه ومخاطر الإصابة به.
- 8.6.2** يجب تقييم مخاطر تعرض العاملين للعدوى في المنشأة.
- 8.6.3** يجب تقييم المنشأة ككل والأقسام المختلفة فيها من حيث تواجد المرضى المصابين بالسل النشط في هذه الأماكن ومدى خطورة تعرض العاملين والمرضى الآخرين لخطورة انتقال العدوى.
- 8.6.4** يجب إجراء مسح دوري للعاملين في أقسام الصدر في المستشفيات التي تتعامل مع حالات الإصابة بالسل حيث يشمل فحص البصاق وأشعة عادية على الصدر وإجراء اختبار حساسية الجلد للسل ((Tuberculin Skin Test)

8.7 فحص الجلد أو فحص الدم لمرضى السل أو لمخالطيه من ذوي:

- 8.7.1** عادة ما يكون اختبار جميع المخالطين للمريض المصدر غير ضروري. للمخالطين من ذوي المريض
- 8.7.2** يجب على المرضى الذين شاركوا غرفة مع المريض المصدر ومقدم الرعاية الصحية الذين كان لديهم اتصال متكرر أو مكثف معه (على سبيل المثال، الممرضات والأطباء وغيرهم ممن قضوا أكثر من لحظات وجيزة في الغرفة) إجراء اختبار السل الجلدي TST في أقرب وقت، خلال أسبوعين من التعرض، لتحديد النتائج الأساسية. (أي للتأكد من أن هؤلاء الأشخاص ليس لديهم بالفعل اختبار السل الجلدي TST إيجابي لأي سبب من الأسباب).

8.7.3 بعد الاختبار الأولي، يجب إعادة اختبار المرضى المعرضين ومقدمي الرعاية الصحية خلال 8 إلى 10 أسابيع. TST 8.8 التعامل مع العاملين في الرعاية الصحية ذوي اختبار سل جلدي إيجابي: 8.8.1 يوصى القيام بصورة الصدر/الرئتين بالأشعة السينية والتحقق من الأعراض عند العامل 8.8.2 إذا كانت نتيجة الأشعة السينية والأعراض سلبية، فيجب التفكير بعلاج السل الكامن latent TB 8.8.3 إذا كانت نتيجة الأشعة السينية و/أو الأعراض إيجابية، يجب إرسال مقدم الرعاية الصحية إلى أخصائي الأمراض الجرثومية أو الصدرية لتلقي العلاج. 8.8.4 لا يحتاج مقدم الرعاية الصحية الذي أجرى اختبار السل الجلدي TST أو فحص الدم لمرض السل IGRA إلى مزيد من الاختبارات، لأن هذه الفحوصات لا توفر أي معلومات إضافية مفيدة. بدلاً من ذلك، في وقت الاختبار السنوي، يجب على جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين لديهم تاريخ من الاختبار الإيجابي (سواء أكمل علاج السل الكامن أم لا) إكمال استبيان للتأكد من أنهم لا يعانون من أعراض شائعة لمرض السل (مثل السعال المستمر وخسارة الوزن والحمى والتعرق الليلي).	
9.1 مرفق رقم 1: تصنيفات المخاطر لأماكن الرعاية الصحية التي تشمل المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالسل والتي يُنصح بتكرارها للكشف عن العدوى بين موظفي الرعاية الصحية. 9.2 مرفق رقم 2 Risk Classifications for Healthcare Settings That Serve Communities with High Incidence of TB and Recommended Frequency of Screening for MTB Infection among Healthcare Personnel 9.3 مرفق رقم 3: إنهاء إجراءات العزل	9. المرفقات:
1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last update: July 2019) 2. Jose Cadena Zuluaga. Tuberculosis and Other Mycobacteria. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/healthcare-associated-pathogens-and-diseases/tuberculosis-and-other-mycobacteria. Accessed Jan 31, 2022	10. المراجع:

اسم السياسة:	دور قسم الميكروبيولوجي في مكافحة العدوى	رقم السياسة:	IPC-21
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	قسم الميكروبيولوجي في المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 مختبر الميكروبيولوجي يقوم بدور رئيسي في مكافحة العدوى حيث يقوم بتشخيص العدوى البكتيرية والفيروسية والفطرية للمرضى، كما يقوم بتشخيص البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية، ويلعب دوراً أساسياً في اكتشاف وتتبع حالات انتشار العدوى داخل المنشأة الصحية، حيث أن تحديد نوع الميكروب بدقة هو أول المؤشرات على حدوث التفشي. 1.2 ويجب على العاملين بالمختبر متابعة ما يستجد من متغيرات في أنماط العدوى والتقنيات اللازمة لتشخيصها فالزيادة في بعض أنواع العدوى الخطيرة لدى مرضى نقص المناعة وظهور ميكروبات مقاومة للعديد من المضادات الحيوية يستوجب أن يكون المختبر مستعداً لإجراء فحوص التعرف على تحديد السلالة من الميكروبات المسببة للعدوى واختبارات الحساسية للمضادات الحيوية.		
2. السياسة:	2.1 مهام مختبر الميكروبيولوجي ودورها الفاعل في مكافحة العدوى في المنشأة الصحية		
3. الغرض:	3.1 تفعيل دور الميكروبيولوجي في تحديد مسببات الأمراض لعينات المرضى بدقة مع تحديد المضادات الحيوية المناسبة. 3.2 اكتشاف السلالات الخطيرة المقاومة للمضادات الحيوية. 3.3 منع انتقال العدوى من وإلى العاملين أثناء التعامل مع عينات الميكروبيولوجي. 3.4 إصدار تقرير سنوي عن معدلات الحساسية للمضادات الحيوية ومدى مقاومتها لدى مجموعة من البكتيريا الذي سيستخدم كدليل توجيهي للعلاج المبدئي بالمضادات الحيوية.		
4. مجال التطبيق:	4.1 قسم الميكروبيولوجي في المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1 المقاومة الشاملة لمضادات الميكروبات (MDR): عدم القابلية للتأثر بدواء واحد على الأقل في جميع فئات مضادات الميكروبات باستثناء فئة واحدة أو اثنتين (أي أن البكتيريا تظل عرضة للأدوية من فئتين على الأكثر من المضادات الحيوية). 5.2 مقاومة لجميع مضادات الميكروبات (PDR): عدم القابلية للتأثر بجميع فئات مضادات الميكروبات (أي أن البكتيريا لا يستجيب لأي دواء متوفر سريريًا).		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 أخصائي الميكروبيولوجي 6.2 فريق ترشيد استخدام المضادات الحيوية 6.3 لجنة إدارة المضادات الحيوية		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 مدير المختبر 7.3 Antimicrobial Stewardship Team فريق ترشيد استخدام المضادات الحيوية 7.4 Antimicrobial Resistance Committee لجنة إدارة المضادات الحيوية		

8.1 جمع العينات:

8.1.1 يجب مراعاة الآتي عند جمع ونقل العينات الميكروبيولوجية:

- الاهتمام بتطهير الجلد عند اخذ عينات الدم والسائل النخاعي.
- جمع العينات بأدوات معقمة.
- جمع كمية كافية للفحص المطلوب.
- وضع العينات في حاويات معقمة محكمة الغلق لا توجد بها تشققات.
- عدم تلوث السطح الخارجي لأوعية العينات.
- نقل العينات الى المعمل بعد جمعها مباشرة في حاويات محكمة الغلق ووضع علامة الخطر أو اكياس **سحاب**. لا يمكن إغلاقها
- إذا تم اخذ العينة على ماسحة معقمة جافة وكان هناك احتمال حدوث تأخير في نقلها الى المعمل، يجب وضع الماسحة في مستنبت نقل transport media.
- يجب اعتبار أن جميع العينات تحتوي على مسببات الأمراض المنقولة بالدم والتعامل مع هذه العينات وفقاً للإرشادات القياسية (الوقاية من إصابة الوخز بالإبر، والأساليب المانعة للتلوث، والتخلص السليم من النفايات الطبية، وما إلى ذلك)
- يجب تدريب العاملين المنوط بهم سحب عينات المزارع ومتابعة التزامهم بالإجراءات القياسية السابقة والتي تم وضعها للتعامل مع عينات المزارع
- **يجب أن تتضمن البيانات المدونة في طلب الفحص ما يلي:**
 - تحديد الموضع الذي اخذت منه العينة بدقة.
 - التنويه عما إذا كان المريض يعالج بالمضادات الحيوية لأن وجود هذه المضادات في العينة يثبط نمو الميكروبات وقد يؤدي في بعض الحالات الى نتائج مضللة.
 - تحديد وقت وتاريخ جمع العينة.
 - التشخيص المبدئي

8. الإجراءات:

8.2 في مختبر الميكروبيولوجي

- 8.2.1 يتم تطوير إجراءات التشغيل القياسية طبقاً للأدلة الإرشادية المناسبة لسحب وجمع ونقل والتعامل مع العينات الخاصة بالمزارع بشكل يضمن سلامة سحب العينة وضمان عدم تلوثها ودقة النتائج وتوزيعها في الأقسام الداخلية والعناية المركزة وعيادة سحب العينات .
- 8.2.2 يقوم المختبر بإجراء الفحوص الميكروبيولوجية بدقة وفي ذات الوقت بصفة عاجلة عند احتمالية حدوث تفشي لتحديد نوع الميكروب والسلالة بدقة لاتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة.
- 8.2.3 يتم التعامل مع عينات المرضى والعاملين والبيئات البيئية (في حال الحاجة إليها) بالطريقة السليمة التي تؤدي تسهيل التشخيص الميكروبيولوجي.
- 8.2.4 يتم إجراء اختبار حساسية للمضادات الحيوية باتباع طرق دولية معترف بها.

- 8.2.5 يجب التفرقة بين العدوى والتلوث حتى لا يتم عمل اختبار حساسية بدون داع، وحتى يوصف العلاج لحالات العدوى فقط وليس التلوث حتى لا تزيد نسبة المقاومة للمضادات الحيوية
- 8.2.6 يتم اختبار كفاءة المطهرات والمنظفات حيثما كان ضروريا
- 8.2.7 يجب اتباع ممارسات آمنة بالمختبر لوقاية العاملين من العدوى (سياسة الاحتياطات القياسية رقم: 1 – IPC)
- 8.2.8 يجب التأكد من تحقيق ممارسات المختبر للمواصفات القياسية المناسبة

8.3 التواصل مع قسم مكافحة العدوى

- 8.3.1 يتم التواصل بين كل من رئيس قسم الميكروبيولوجي ومسؤول مكافحة العدوى والأطباء المعالجين وتبادل الآراء حول نتائج الفحوص الميكروبيولوجية عند اللزوم والتي يجب مراجعتها يوميا بالمختبر بمشاركة أعضاء فريق مكافحة العدوى.
- 8.3.2 يجب أن يحرص العاملون على معرفة التصنيف الوبائي للميكروبات بالمستشفى حيثما كان ضروريا وتقديم تقارير لمسؤول مكافحة العدوى عن الحالات التي تم فصل تلك الميكروبات التي لها دلالة وبائية منها ويستدعي ذلك تصنيف الميكروبات المفصولة من المزارع باسم الفصائل ولا يكتفى باسم العائلة لتفريق البكتيريا الممرضة من المتعايشة
- 8.3.3 يجب الإبلاغ الفوري لقسم مكافحة العدوى عن الميكروبات ذات الدلالة الوبائية والمقاومة للمضادات الحيوية Extensive Drug resistant and pan-Drug resistant
- 8.3.4 يجب توصيل النتائج المخبرية في الوقت المناسب إلى قسم مكافحة العدوى .
- 8.3.5 يجب توصيل النتائج المخبرية في الوقت المناسب إلى الطبيب المعالج وخاصة في حال التهاب مجرى الدم، التهاب السائل النخاعي، أو جرثومة مقاومة لمضادات الميكروبات.
- 8.3.6 يجب تقديم تقارير مختصرة لقسم مكافحة العدوى عن الحالات المقاومة للمضادات الحيوية بصفة دورية (كل ستة أشهر على الأقل) or alarm system on online daily report.
- 8.3.7 يجب تقديم تقارير لقسم مكافحة العدوى عن وجود زيادة في فصل ميكروبات معينة من حالات عدوى المستشفى
- 8.3.8 يجب إعداد قائمة استجابة السلالات البكتيرية للمضادات الحيوية Antibigram وهو قياس دوري لمدى استجابة السلالات البكتيرية المفصولة من المرضى بالمنشأة الصحية الواحدة للمضادات الحيوية (حساسية أو مقاومة) في أطباق المزارع طبقا لتقارير المختبر وهو الخطوة الأولية الأساسية لإعداد سياسة المضادات الحيوية المبدئية بالمستشفى.
- 8.3.9 يقوم أخصائي الميكروبيولوجي بإعداد هذا الملخص الدوري طبقاً للدلالة الإرشادية الموضوعية من معهد المعايير السريرية والمخبرية CLSI أو EUCAST لتوحيد طرق القياس.
- 8.3.10 يستخدم الأطباء نتائج هذا الملخص الدوري لتقييم معدلات الحساسية المحلية بالمنشأة، كوسيلة مساعدة في اختيار العلاج بالمضادات الحيوية المبدئية وفي مراقبة اتجاهات المقاومة مع مرور الوقت داخل المنشأة كما يستخدم أيضا لمقارنة معدلات

الحساسية في المنشآت المختلفة وتتبع اتجاهات المقاومة (وضع معايير مرجعية) Benchmarking 8.3.11 يجب أن يكون رئيس قسم الميكروبيولوجي عضوًا في لجنة مكافحة العدوى 8.3.12 يجب على رئيس قسم الميكروبيولوجي المشاركة في لجنة برنامج التحكم في استخدام المضادات الحيوية Antimicrobial Stewardship بهدف صياغة البروتوكولات الوقائية Prophylactic والتجريبية Empirical الخاصة بالمستشفى ومتابعة الالتزام بتنفيذها. 8.3.13 يوصى بالاحتفاظ بنتائج الفحوص الميكروبيولوجية لمدة سنتين في سجلات منظمة ومبوبة تتضمن: نوع العينة، التاريخ، بيانات المريض، والقسم، نتائج صبغة جرام، نوع الميكروب، نتائج اختبارات الحساسية. 8.3.14 تزود هذه البيانات لمسؤول مكافحة العدوى لتحليل اتجاهات وانماط العدوى بالمنشأة الصحية	
• لا يوجد	9. المرفقات:
• الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الثاني، الإصدار الرابع 2020 • Michael Brown. Microbiology Basics. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/microbiology-and-risk-factors-for-transmission/microbiology-basics. Accessed Jan 31, 2022	10. المراجع:

اسم السياسة:	ترشيد استخدام مضادات الميكروبات	رقم السياسة:	IPC-22
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	10 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة	1.1 يعد ترشيد استخدام مضادات الميكروبات واحدة من الركائز المهمة في مكافحة العدوى ولضمان سلامة المرضى وجودة الخدمات الطبية. 1.2 وفي ظل ارتفاع معدلات الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية في شتى أنحاء العالم، واستحداث عدد قليل جداً من المضادات الحيوية الجديدة، باتت المضادات الحيوية المتاحة حالياً مورداً محدوداً. 1.3 لذلك فمن الضروري المحافظة على المضادات المتوفرة والحد من الاستعمال العشوائي لها وذلك من خلال عدم وصف مضادات الميكروبات إلا للمرضى الذين يحتاجون إليها حقاً بالطريقة الأمثل بما يخص النوع والجرعة والمدة، لذلك فإن الإشراف على مضادات الميكروبات واتباع الإجراءات المحددة لاستعمالها على الوجه الأمثل تكتسب أهمية قصوى. 1.4 ومن مخاطر استخدام مضادات الميكروبات حدوث حساسية للدواء، وآثار جانبية لاستعماله، بالإضافة إلى اكتساب الميكروبات القدرة على مقاومة المضادات الحيوية مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة كزيادة مدة الإقامة بالمستشفى واحتمالية عدوى مجرى الدم خاصة عند الاستخدام الوريدي وزيادة تكاليف العلاج والإنفاق الصحي بالإضافة إلى زيادة معدلات الأمراض والوفيات.		
2. السياسة:	2.1 الإدارة والإشراف والتنفيذ على برنامج ترشيد في استخدام مضادات الميكروبات		
3. الغرض:	3.1 تحسين أداء وصف مضادات الميكروبات بما يخص السلامة والفعالية والسعر بهدف ترشيد استخدامها مراعاة لمصلحة المرضى. 3.2 التقليل من فرص اكتساب مقاومة الميكروبات لمضادات الميكروبات ومعدل ظهور حالات البكتيريا المقاومة للعلاجات. 3.3 المحافظة على فاعلية مضادات الميكروبات المتوفرة حالياً ومقدرتها على علاج الأمراض الالتهابية. 3.4 إعداد سياسات للاستخدام الأمثل لمضادات الميكروبات وضمان الالتزام بتطبيقها من خلال مراقبة ومراجعة النمط المستخدم في تحرير الوصفات الطبية ومعدلات استهلاك مضادات الميكروبات.		
4. مجال التطبيق:	4.1 الأطباء والصيادلة (السريريين إذا وجد) والتمريض		
5. التعريفات:	5.1 مضاد الميكروبات: مادة مستخلصة من أي مصدر (كائنات حية دقيقة أو نباتات أو حيوانات مخلقة أو شبه مخلقة) تنتشط ضد أي نوع من الكائنات الحية الدقيقة، مثل البكتيريا وأشباه الفطريات والفطريات والطفيليات والفيروسات، حيث أن جميع المضادات الحيوية هي مضادات للميكروبات، والعكس غير صحيح . 5.2 مقاومة مضادات الميكروبات: تغير الكائنات الحية الدقيقة عند تعرضها للأدوية المضادة للميكروبات حيث تصبح الأدوية غير فعالة تجاهها.		

5.3 <u>الإشراف على مضادات الميكروبات:</u> مجموعة منسقة من الإجراءات المستمرة التي تعزز الاستخدام المسؤول والمرشد لمضادات الميكروبات. وينطبق هذا التعريف على الإجراءات المتخذة على مستوى الأفراد وعلى المستوى الوطني والعالمي، وعلى عموم صحة الإنسان وصحة الحيوان والبيئة. 5.4 <u>الجرعة اليومية المحددة (DDD):</u> متوسط جرعة المداومة المفترضة في اليوم الواحد للدواء المستخدم كمؤشر رئيسي عند البالغين وهذا محدد جيداً من قبل منظمة الصحة العالمية لكل نوع من أنواع المضادات الحيوية. 5.5 <u>أيام المضادات الحيوية DOT:</u> عدد الأيام التي يتلقى فيها المريض مضاد للميكروبات بغض النظر عن الجرعة. 5.6 <u>تصنيف AWaRe للمضادات الحيوية:</u> هو تصنيف وضعته منظمة الصحة العالمية لتقسيم المضادات الحيوية الي ٣ مجموعات: المجموعة الأولى/ فئة الاتاحة (Access)، المجموعة الثانية/ فئة المراقبة (Watch) والمجموعة الثالثة/ فئة الاحتياط (Reserve). وهذا التصنيف يوفر أداة لدعم مراقبة المضادات الحيوية وأنشطة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات ، مع توصيات بشأن وقت الاستخدام. (مرفق رقم ١) 5.7 <u>العلاج بالمضادات الحيوية المبدئية (Empiric Antibiotics):</u> العلاج المبدئي بالمضادات الحيوية الذي يستهدف الكائنات الحية المتسببة في المرض على الأرجح. وينبغي أن تستند التوصيات إلى بيانات الحساسية المحلية أو البيانات العلمية المتاحة أو رأي الخبراء عند عدم توافر البيانات.	
6.1 الإدارة العامة للصيدلة 6.2 الصيدلي السريري 6.3 أخصائي الميكروبيولوجي 6.4 الطبيب المعالج 6.5 طاقم التمريض 6.6 فريق/لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات/ترشيد استخدام مضادات الميكروبات	6. المسؤوليات والأدوار:
7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات 7.3 فريق ترشيد استخدام مضادات الميكروبات 7.4 الإدارة العامة للصيدلة 7.5 وحدة السلامة ومكافحة العدوى بوزارة الصحة	7. المتابعة:

8.1 على مستوى السلطة المحلية:

يجب على السلطات المحلية أن تقرر وتعمل في اتجاه تنفيذ العناصر الأساسية للبرنامج الوطني لترشيد استخدام مضادات الميكروبات من ضمن الاستراتيجيات الصحية الوطنية ولذلك:

- يجب اعداد خطة عمل وطنية بشأن محاربة مقاومة مضادات الميكروبات والتي تنص على أن ترشيد استخدام مضادات الميكروبات في كافة المنشآت الصحية يمثل أولوية في هذه الخطة.
- يتم احتساب تكلفة خطة العمل الوطنية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات على ان تشمل الأنشطة الوطنية لتنفيذ أنشطة ترشيد استخدام مضادات الميكروبات على المدى القصير إلى المتوسط (1-3 سنوات) و / أو المدى الطويل (5 سنوات).
- يجب توفير الموارد المالية والبشرية ووسائل تكنولوجيا المعلومات اللازمة
- يجب إنشاء فريق عمل تقني معني بالإشراف على الاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات بشروط مرجعية واضحة
- يجب ان تكون خطة الاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات قابلة للتحقيق والتنفيذ مع أهداف ونتائج وجداول زمنية محددة.

يجب توفر اللوائح والمبادئ التوجيهية على المستوى الوطني:

- يجب دمج تصنيف AWaRe للمضادات الحيوية في قائمة الأدوية الأساسية الوطنية وكتيب الوصفات الوطني.
- يجب ان تضع السلطات المحلية لوائح بشأن تركيبات الجرعات الثابتة من المضادات الحيوية بحيث يحظر استخدام اي تركيبات غير المعتمدة من قبل السلطات المحلية وفقا للمعايير العلمية.
- يجب وضع إجراءات لضمان استمرار توافر المضادات الحيوية المضمونة الجودة
- يجب ان تعمل السلطات المحلية على وضع إجراءات لضمان استمرار توافر المضادات الحيوية المضمونة الجودة وألا يتم تسويق وبيع الأدوية دون المستوى أو المغشوشة.
- يجب القيام بالتدابير اللازمة لضمان القدرة على تحمل تكاليف المضادات الحيوية الأساسية.

يجب توفر التوعية والتدريب والتعليم على المستوى الوطني:

- يجب القيام بحملات توعية عامة منتظمة بشأن المضادات الحيوية.
- يجب تدريب فريق الإشراف على مضادات الميكروبات على الاجراءات القياسية المطلوبة بشأن ترشيد استخدام مضادات الميكروبات.
- يجب تثقيف وتدريب جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية بشأن ترشيد استخدام مضادات الميكروبات.
- يجب وضع حوافز لدعم تنفيذ برامج ترشيد استخدام مضادات الميكروبات في جميع مرافق الرعاية الصحية، بما في ذلك معايير التوظيف والتدريب والاعتماد.

7 الإجراءات:

التقنيات والبيانات الداعمة على المستوى الوطني:

- يجب انشاء نظام وطني لمراقبة مقاومة مضادات الميكروبات مع قدرة مختبرية مناسبة لتوجيه الاستخدام السريري الأمثل للمضادات الحيوية وتحديث المبادئ التوجيهية السريرية.
- يجب انشاء نظام ترصد وطني لاستهلاك مضادات الميكروبات.
- يجب ان تكون الاختبارات التشخيصية متاحة ويجب بناء القدرات لتحسين استخدام المضادات الحيوية.

8.2 على المستوى المنشأة الصحية:

يجب أن تدعم إدارة المنشأة الصحية وتعمل في اتجاه تنفيذ المكونات الأساسية لبرامج ترشيد استخدام مضادات الميكروبات.

المكونات الأساسية لهذه البرامج هي:

أولاً: الالتزام والدعم الإداري

- يجب ان يشكل ترشيد استخدام المضادات الميكروبات أولوية لإدارة المنشأة
- يجب اعداد واعتماد خطة عمل واضحة لترشيد استخدام مضادات الميكروبات في المنشآت الصحية.
- يجب توفير الموارد المالية والبشرية ووسائل تكنولوجيا المعلومات اللازمة.
- يجب تحديد قائد تنفيذي لمتابعة تنفيذ عناصر البرنامج وتذليل العقبات.
- يجب عقد اجتماعات منتظمة مع فريق الإشراف على مضادات الميكروبات لتقييم الأداء والحاجة للموارد المختلفة.
- يجب دعم التدريب والتعليم لفريق الإشراف على مضادات الميكروبات وأعضاء الفريق الصحي بالمنشأة.

ثانياً: المساءلة وتحديد المسؤوليات والادوار

- يجب انشاء لجنة متعددة الاختصاصات للإشراف على استخدام مضادات الميكروبات بمرافق الرعاية الصحية.

- العضوية والادوار: تتألف عضوية لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات مما يلي:

- مدير مرفق الرعاية الصحية (رئيس اللجنة)
- المدير الطبي (نائب الرئيس للجنة)
- طبيب (قائد فريق الإشراف على المضادات الحيوية) اخصائي امراض جرثومية/وبائيات إذا توفر (إذا لم يتوفر يتم الاستعانة بمستشار خارجي ذو خبرة في هذا المجال)
- صيدلي او طبيب برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات
- قسم وحدة السلامة ومكافحة العدوى (مقرر)
- ممثل طاقم التمريض
- ممثل طاقم الصيدلية
- ممثل الطاقم الطبي في الأقسام المختلفة
- ممثل الميكروبيولوجي
- ممثل تكنولوجيا المعلومات
- ممثل لجنة الادوية والعلاج
- يتم الاستعانة بموظفين حسب الحاجة للمساعدة في عمل اللجنة

• الغرض من اللجنة:

- تتولى لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية اعمال المراقبة والتنسيق لتنفيذ برنامج الاشراف في المرفق والمراجعة، ويتضمن برنامج الاشراف أسلوباً منهجياً لتحسين استخدام مضادات الميكروبات للحد من وصف مضادات الميكروبات على نحو غير ملائم بهدف تقليل الاثار الضارة عن ذلك بما فيها مقاومة مضادات الميكروبات والتكاليف غير الضرورية.

• المسؤوليات والأنشطة:

- التواصل مع اللجان القائمة الأخرى ذات العلاقة (مثل لجنة الادوية والمداواة، ولجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها ولجنة سلامة المرضى).
- تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات فيما يتعلق باستخدام مضادات الميكروبات.
- وضع خطة عمل ترويجية للمنشأة الصحية للإشراف على مضادات الميكروبات واعتمادها وتنفيذها وتضمن الخطة الاستخدام الأمثل لمضادات الميكروبات.
- ضمان وجود خطة التعليم والتدريب في مجال الاشراف على مضادات الميكروبات تستفيد منها الطواقم السريرية في المنشأة.
- إضفاء الطابع الرسمي على فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية، وذلك برفع تقارير فريق الاشراف على لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات.
- اعتماد تنفيذ أنظمة رصد استهلاك مضادات الميكروبات او استعمالها ومقاومتها
- اعتماد تنفيذ برنامج تعليمي في مجال وصف الادوية على النحو الملائم والاشراف على مضادات الميكروبات.
- مراجعة السياسات بشأن وصف مضادات الميكروبات واعتمادها وتنفيذها وتقييمها.
- اعداد ونشر تقارير منتظمة تتضمن بيانات عن استعمال المضادات الحيوية.
- توضيح التدخلات التي نفذها فريق الاشراف على مضادات الميكروبات
- رصد وتقييم الامتثال لواحد او أكثر من التدخلات النوعية التي وضعها فريق الاشراف على مضادات الميكروبات، ورفع تقارير الى فريق الاشراف على مضادات الميكروبات والقائمين على وصف الادوية بانتظام.
- تعقد اجتماعات لجنة الاشراف على مضادات الميكروبات كل شهر او كل ثلاثة شهور على الأكثر.

• يجب تشكيل فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية.

• العضوية: يتألف فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بالمنشأة الصحية مما يلي:

- طبيب اخصائي امراض جرثومية/ اخصائي ميكروبيولوجي
- صيدلي إكلينيكي
- بمساندة لجنة مكافحة العدوى
- مسؤول مكافحة العدوى
- مختبر الميكروبيولوجي.

وتكون مسؤولياته كالاتي:

- تحديد أدوار كل عضو في فريق الاشراف ومسؤولياته.
- مراجعة جميع السياسات والقرارات المتعلقة بالإشراف على مضادات الميكروبات ومتابعة تطبيقها.
- تحليل الوضع الراهن فيما يخص استخدام المضادات الحيوية.
- التأكد من قدرة مختبر الميكروبيولوجي على اجراء اختبارات حساسية الميكروبات للمضادات الحيوية المدرجة بالسياسة.
- تنفيذ أنشطة يومية في إطار الاشراف، ومنها جولات منتظمة في الأقسام وفي حال وجود ما يستدعي التدخل، يتم اتخاذ إجراءات مناسبة في نفس الوقت.
- متابعة نتائج ترصد العدوى في المنشأة الصحية لتقييم مدى ملاءمة الخطة العلاجية ووصفات المضادات الحيوية وفقاً للسياسة.
- رصد وتحليل وتفسير كمية المضادات الحيوية المستعملة وأنواعها على مستوى كل قسم و/أو المنشأة الصحية بأكملها وذلك بالتعاون مع صيدلية المنشأة.
- رصد معدلات الحساسية للمضادات الحيوية ومدى مقاومتها لدى مجموعة من البكتيريا كمؤشر نتائج لاستخدام المضادات الحيوية.
- تسهيل التعليم والتدريب في مجال الاشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة.
- تعقد اجتماعات فريق الاشراف على مضادات الميكروبات اسبوعياً الى مرتين في الشهر.

ثالثاً: الأنشطة المتعلقة بترشيد استخدام مضادات الميكروبات

- يجب ان تقوم لجنة استشارية بصياغة سياسات وأدلة إرشادية إكلينيكية لاستخدامات المضادات الحيوية المختلفة سواء العلاجية أو الوقائية بحيث تكون مستندة على:
 - دراسات محلية وعالمية بهذا الخصوص،
 - دليل وطني إذا كان متوفراً
 - معدلات الحساسية للمضادات الحيوية ومدى مقاومتها واستجابتها لدى مجموعة من البكتيريا على المستوى المحلي،
 - تصنيف AWaRe للمضادات الحيوية.
 - ومن ثم إقرارها بعد مناقشات موسعة بين العاملين بالمنشأة الصحية وخاصة رؤساء الأقسام الاكلينيكية وأخصائي الأمراض الجرثومية والميكروبيولوجي وبمساندة لجنة مكافحة العدوى ومسؤول مكافحة العدوى ومختبر الميكروبيولوجي والصيديلي.
 - يجب مراجعتها بصفة دورية ومنتظمة كل عام على الأكثر.
- يجب ان يقوم فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بإجراء التقييم المستمر والتدخل المباشر في حال وجود دواعي لاستخدام مضادات الميكروبات بالإضافة الى مناقشة ملاءمة الجرعة ومدة العلاج مع الطبيب وتقديم النصح والارشاد لكيفية تحسين الوصفة الطبية وجعلها متوافقة مع سياسة المستشفى.
- يجب ان يقوم فريق الاشراف على مضادات الميكروبات بتنفيذ أنشطة يومية في إطار الاشراف، ومنها جولات منتظمة في الأقسام وفي حال وجود ما يستدعي التدخل، يتم اتخاذ إجراءات مناسبة في نفس الوقت.

- يجب ان تكون النصائح والارشادات والتغذية الراجعة من قبل فريق الاشراف على مضادات الميكروبات متاحة لجميع الأطباء الذين يصفون مضادات الميكروبات.
- يجب وضع لوائح لبعض أنواع مضادات الميكروبات المسموح استخدامها في المنشأة الصحية
- يجب وضع لوائح لتقييد وصف بعض أنواع مضادات الميكروبات المرتبط وصفها بموافقة فريق الاشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة الصحية.
- في حالة عدم توفر ذلك، يجب أن تستند وصفة مضادات الميكروبات إلى تقييم نتائج الزرع الميكروبيولوجي من قبل اثنين من الأطباء الباطنيين للتمييز بين الاستعمار الميكروبي والعدوى باستثناء وحدة العناية المركزة، حيث يتم قبول العلاج بمضادات الميكروبات المبدئية لمدة 48 ساعة
- يجب توفير وسائل تكنولوجيا المعلومات اللازمة لدعم أنشطة برنامج ترشيد استخدام مضادات الميكروبات في المنشأة الصحية.
- يجب توفير خدمات المختبر الطبي والتصوير التشخيصي اللازمة لدعم أنشطة برنامج ترشيد استخدام مضادات الميكروبات في المنشأة الصحية.
- يجب اعتماد نماذج الوصفات الطبية والسجلات الطبية الموحدة في المنشأة الصحية.
- يجب توفر سياسة لتوثيق الأدوية الموصوفة في المنشأة الصحية.

رابعاً: التعليم والتدريب

- يجب وضع خطة تدريبية متكاملة على جميع المستويات حيث تستهدف: إدارة برنامج الإشراف على المضادات الحيوية، لجنة الإشراف، فريق الإشراف، مقدمو الخدمة الصحية في المنشأة.
- تقوم هذه الخطة على أسس التدريب الاولى والمستمر بشكل دوري ومنتظم.

خامساً: المراقبة والترصد

- يجب مراقبة المضادات الحيوية الموصوفة وقياس تأثير الإجراءات المختلفة لبرنامج ترشيد استخدام المضادات الحيوية على الاستهلاك الكمي والنوعي للمضادات الحيوية بالمنشأة الصحية وكذلك على أنماط المقاومة للمضادات الحيوية، ويمكن قياس استهلاك المضادات الحيوية بطريقة الجرعة اليومية المحددة DDD او بحساب أيام المضادات الحيوية DOT.
- يجب متابعة نتائج ترصد العدوى في المنشأة الصحية لتقييم مدى ملائمة الخطة العلاجية ووصفات المضادات الحيوية وفقاً للسياسة.
- يجب رصد معدلات الحساسية للمضادات الحيوية ومدى مقاومتها لدى مجموعة من البكتيريا كمؤشر نتائج لاستخدام المضادات الحيوية.

سادساً: الإبلاغ والتغذية الراجعة

- يجب اجراء التقييم المنتظم وتقديم التغذية الراجعة من قبل فريق الاشراف على مضادات الميكروبات لجميع الأطباء الذين يصفون مضادات الميكروبات بخصوص دواعي الاستخدام، ملائمة الجرعة، ومدة العلاج.

8.3 جوانب عملية أخرى:

أ. المبادئ الأساسية لاستخدام المضادات الحيوية:

تشتمل سياسات استخدام المضادات الحيوية عدة مبادئ أساسية وهي:

- استخدام المضادات الحيوية فقط عند وجود دواع طبية لذلك وعدم استخدامها روتينياً
- عدم استخدام المضادات الحيوية في علاج نزلات البرد أو العدوى الفيروسية.
- يجب علاج حالات العدوى وليس الاستعمار الميكروبي.
- يفضل استخدام المضادات الحيوية عن طريق الفم إلا إذا كانت العدوى شديدة أو إذا تعذر استخدام الدواء بالفم، ويجب العودة للاستخدام عن طريق الفم حينما يكون ذلك ممكناً.
- يجب صرف المضادات الحيوية بأوامر علاجية مكتوبة محددة الجرعة والمدة على أن تكون متماشية مع الارشادات العلمية الحديثة لكل نوع من المكروبات وأن تكون الفترة العلاجية أقصر مدة ممكنة.
- يفضل مراجعة كل وصفة قد تطول فيها مدة استخدام مضادات الميكروبات لأكثر من أسبوع. إذا كان هناك داع خاص لإطالة المدة العلاجية لأكثر من أسبوع، يجب أن يوثق ذلك مع السبب في ملف المريض.
- يجب إجراء مزرعة ميكروبية لتحديد الميكروب والمضاد الحيوي المناسب له تبعاً لاختبار الحساسية في أسرع وقت ممكن.
- يجب اختيار المضاد الحيوي الأكثر حيزاً في الطيف أكثر من واسعة الطيف كخيار أول للعلاج، للحد من نشوء المقاومة البكتيرية.
- يجب استخدام عقار واحد من المضادات الحيوية بقدر الإمكان إلا إذا كان هناك داع مؤكد مثل حالات الاشتباه بالإصابة بعدوى متعددة الأنواع من البكتيريا، وإذا كان استخدام أكثر من عقار يؤدي إلى زيادة فاعلية العلاج.
- يجب استخدام أنواع مختلفة من المضادات الحيوية للوقاية وأخرى للعلاج طبقاً للتصنيف الاتي لمنظمة الصحة العالمية لمجموعات المضادات الحيوية (Aware Classification) (مرفق رقم ١)
- يجب استخدام جرعات عالية ولفترة علاجية قصيرة تبعاً للسياسات والأدلة الإرشادية المتبعة
- يجب وقف صرف المضادات الحيوية الموصوفة بدون وجود مزرعة ميكروبية أو المخالفة لما ورد بالسياسة أو النتائج المخبرية.
- يجب تقييد وصف بعض أنواع المضادات الحيوية وتكون غالباً المستخدمة بإفراط أو التي يخشى من تطور المقاومة ضدها ويقتصر وصفها على حالات مرضية معينة أو لنوعيات مرضى محددين أو لدرجة خيرة طبية معينة وبعد موافقة فريق الإشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة الصحية (يجب اخذ العوامل الفردية للمريض في الحسبان عند اختيار المضاد الحيوي، وهذه العوامل هي:
 - مكان الإصابة الالتهابية.
 - درجة خطورة المرض الالتهابي.
 - تاريخ استخدام المضادات الحيوية سابقاً.
 - وجود أعراض مرضية أخرى متزامنة مع الحالة الحالية.
 - الحالة المناعية للمريض.
 - تاريخ الإصابة بالعدوى المكتسبة من الإقامة من مستشفيات سابقاً.
 - تجربة إصابة المريض بنوع من البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية سابقاً.

- التحسس من استخدام المضادات الحيوية ان وجد.
- خلو المريض من مشاكل صحية بالجهاز الهضمي التي تتداخل مع العلاجات المأخوذة بالفم.
- يجب توثيق استخدام المضادات الحيوية في ملف المريض مع كتابة دواعي الاستخدام، وذكر الجرعة وشكل الجرعة الصيدلاني ومدة استخدام المضاد الحيوي ويجب استخدام النموذج المخصص لذلك.
- يصرح بتحرير وصفات المضادات الحيوية للأطباء الذين يحملون ترخيص مزاوله المهنة وفق ما تسمح به نظم ولوائح النظم الصحية المعمول بها في المنشأة الصحية. يفضل أن يكون من قبل أخصائي الأمراض المعدية. إذا لم يكن هذا متاحاً، فستكون هناك قائمة بالأطباء الذين تلقوا تدريباً بشأن الإرشادات المحلية لوصف مضادات الميكروبات. يقوم هؤلاء الأطباء المرخص لهم بالتوقيع على النموذج بعد مراجعة الحالة والوصفة الطبية.

ب. الاستخدام المبني للمضادات الحيوية (Empiric Antibiotics):

- عندما تكون هناك حالة طارئة لا تحتمل الانتظار، وتتطلب استخدام المضاد الحيوي فوراً بسبب خطورتها أو شدتها، يسمح بالبدء في استخدام المضادات الحيوية على أساس تجريبي محض قبل التأكد التام من نوع الميكروب المسبب للمرض مع الأخذ في الاعتبار عوامل المريض الخاصة حسب التالي:
 - موقع العدوى.
 - الميكروب المتوقع.
 - المجال البكتيري المعروف للمضاد الحيوي.
 - حساسية البكتيريا للمضادات الحيوية بالمستشفى (Local Antibigram)، ولا يجب ان يستند الوصف الدوائي الى المعلومات المكتسبة من الدول الأخرى.
 - مدى الأمان والحركة الدوائية للمضاد الحيوي الذي تم انتقاؤه.
 - عمر المريض.
 - امراض مزمنة مثل القصور الكلوي والكبد.

ج. الاستخدام العلاجي للمضادات الحيوية حسب نتائج حساسية الميكروب

TARGETED ABX THERAPY: المضادات الحيوية:

- عند توفر مزرعة ميكروبية لتحديد الميكروب والمضاد الحيوي المناسب له تبعاً لاختبار الحساسية، يجب استخدام المضاد الحيوي المناسب حسب المزرعة.

د. الاستخدام الوقائي للمضادات الحيوية خلال العمليات الجراحية:

- يتركز الاستخدام الوقائي للمضادات الحيوية بصفة أساسية للوقاية من عدوى المواضع الجراحية، إذا لم تكن هناك عدوى أو اشتباه بحدوث عدوى.
- يهدف الى الوصول لأعلى تركيز للمضاد الحيوي في الدم أثناء الاجراء الجراحي أو الاختراق العميق لتستطيع مناعة المريض التغلب على البكتيريا التي قد تصاحب التدخلات الاختراقية.
- ليس هناك جدوى من الوصف الدوائي المبكر للمضادات الحيوية أو من استمرار استخدامها لأكثر من 24 ساعة بعد انتهاء الاجراء الجراحي، بل على العكس قد يؤدي ذلك الى اكساب الميكروبات مقاومة ضد المضاد الحيوي المستخدم.

● معايير اختيار المضاد الحيوي الوقائي:

- لا يوجد أي تعارض بين المضاد الحيوي مع ادوية التخدير المعطاة
- لا توجد لدى المريض حساسية للمضاد الحيوي الموصوف.

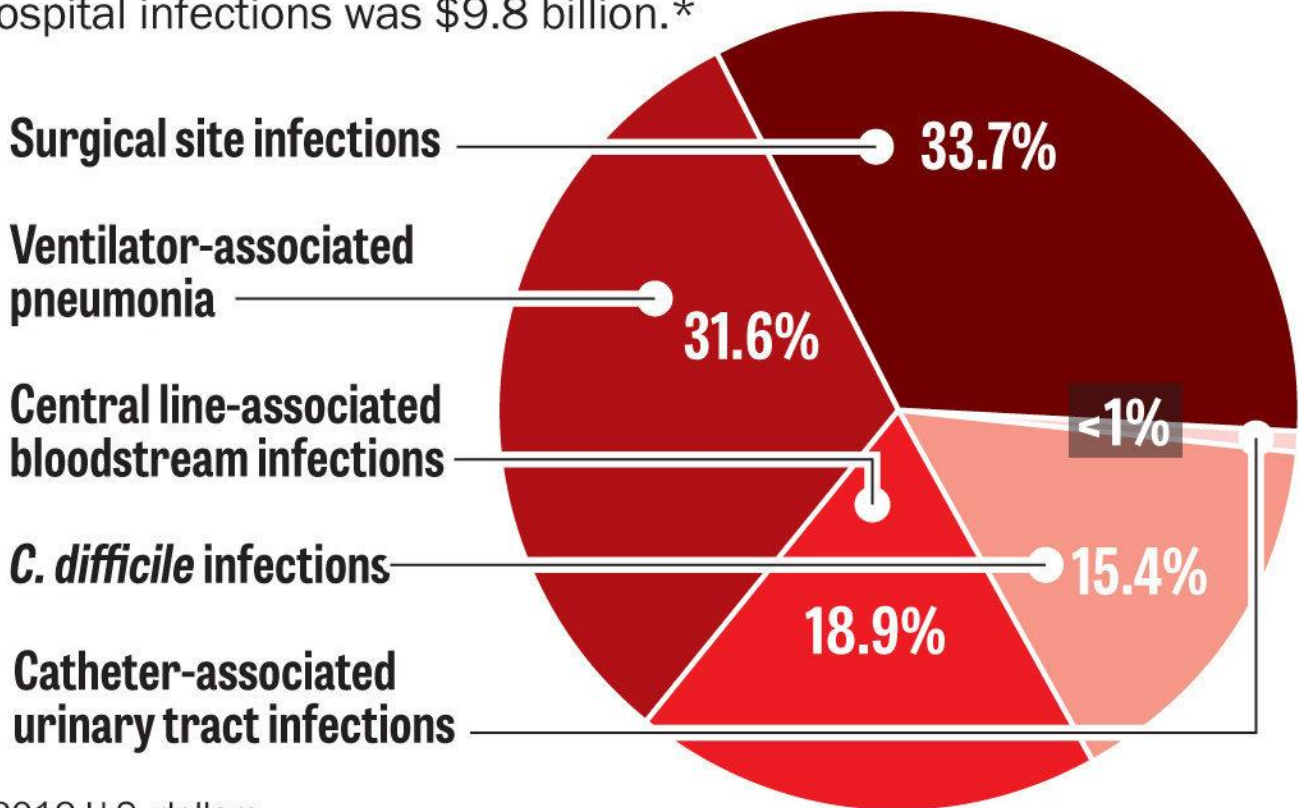
○ لا يوصى باستخدام الأجيال الحديثة من المضادات الحيوية الا في حالات معينة فقط. ○ لا بد ان يغطي مجال المضاد الحيوي المستخدم الميكروبات المحتمل ارتباطها بموضع الجراحة، ولا يتوقع وجود ميكروبات مقاومة لهذا المضاد لدى المريض. ○ لابد ان يكون قليل السمية. ○ من المفضل أن يكون الأقوى تأثيراً والأقل سعراً. ● دواعي استخدام المضادات الحيوية للوقاية من عدوى الموضع الجراحية: ✓ العمليات المصنفة كجرح نظيف: لا تستخدم المضادات الحيوية للوقاية من عدوى الموضع الجراحية الا في بعض الحالات التي تعتبر الإصابة بالعدوى فيها امراً بالغ الخطورة على المريض مثل جراحات القلب والاعوية الدموية وجراحات المخ او زراعة جسم غريب بالجسم (تغيير صمام القلب، تغيير مفصل، تركيب شريحة او مسامير، تركيب شبكة في حالات الفتق الجراحي الكبير). ✓ كل الجروح المصنفة كجروح نظيفة/ ملوثة، خاصة الجراحات المخطط لها التي تجري للفتوات المرارية او الزائدة الدودية او المهبل او البلعوم. ✓ المرضى الذين ترتفع مخاطر العدوى بالنسبة لهم مثل: ■ المرضى المستعمرون بالميكروبات الممرضة بسبب طول فترة البقاء بالمستشفى قبل الاجراء الجراحي او العلاج السابق بالمضادات الحيوية او تكرار الاجراء الجراحي بعد فترة قصيرة. ■ الحالات التي تؤثر تأثيراً سلبياً في مناعة المريض، مثل حالات العلاج الاشعاعي او العلاج الكيماوي او العلاج بالكورتيزون او مرض السكر او صغر السن او تقدم السن. ● (راجع بروتوكول استخدام المضادات الحيوية للوقاية من عدوى الموضع الجراحية)	
مرفق رقم 1: تصنيف منظمة الصحة العالمية لمجموعات المضادات الحيوية (Aware Classification). مرفق رقم 2: تعليمات إعطاء المضادات الحيوية الوقائية قبل العمليات. مرفق رقم 3: نموذج صرف المضادات الحيوية المقيدة.	8 المرفقات
● برامج الإشراف على مضادات الميكروبات في مرافق الرعاية الصحية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. مجموعة أدوات عملية صادرة عن منظمة الصحة العالمية 2020 ● practical WHO A. countries income-middle and- low in facilities care-health in programmes stewardship Antimicrobial toolkit (2020) ● الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى 2020 ● The-GCC-Infection-Prevention-and-Control-Manual-3rd-Edition2018 ● سياسة استعمال المضادات الحيوية 2016 – الإدارة العامة للصيدلة في وزارة الصحة الاتحادية – جمهورية السودان	9 المراجع

الفصل الثامن:

العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

TOTAL ANNUAL COSTS

The annual cost nationally for the five major hospital infections was \$9.8 billion.*



*2012 U.S. dollars

Source: National Institutes of Health

(Edward Riojas/MLive.com)

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI	رقم السياسة:	IPC-23
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	الأقسام والعاملين في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	6 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 يعد تثبيت القسطرة البولية داخل المثانة أحد التدخّلات الاختراقية التي تتطلب إتباع الأساليب المانعة للتلوث حيث أن عدم الالتزام بهذه الإجراءات يتسبب في العدوى المكتسبة داخل المنشأة الصحية والتي تحدث عند إدخال القسطرة البولية. كما أن تكرار تركيب القسطرة البولية قد يؤدي الى تهتك الأنسجة ممّا يساعد في حدوث العدوى، لذلك يجب تركيب القسطرة البولية الآ عند الحاجة. 1.2 تعدّ عدوى الجهاز البولي المصاحبة لتركيب القسطرة البولية من أكثر انواع العدوى شيوعاً وتتناسب تناسباً طردياً مع فترة بقائها في المريض		
2. السياسة:	2.1. التزام جميع مقدّمي الرعاية الصحيّة بإتباع الأساليب المانعة للتلوث أثناء: • تركيب القسطرة البولية. • أخذ عيّنة أو مزرعة للبول • تفريغ كيس جمع البول		
3. الغرض:	3.1 تركيب القسطرة بطريقة آمنة ومعقّمة ومنع نقل العدوى للمريض أثناء تركيب القسطرة البولية وخلال مدة مكوثها وعند تفريغ كيس جمع البول أو أخذ عينة البول.		
4. مجال التطبيق:	4.1. جميع الاقسام في المنشأة الصحية.		
5. التعريفات:	5.1. تركيب القسطرة البولية: عبارة عن إدخال أنبوب مطاطي أجوف عبر مجرى البول الى المثانة البولية • الدواعي الحصرية لتركيب القسطرة: ✓ عندما يعاني المريض من احتباس حاد في البول أو انسداد في مخرج المثانة. ✓ المريض بحاجة لقياس كمية السوائل الداخلة والخارجة منه ✓ قبل إجراء عمليّة جراحية (حسب نوع العملية ودواعي تركيب القسطرة والمدة الزمنية) ✓ الإستخدام حول الجراحة عند المرضى الذين يخضعون لجراحة المسالك البولية أو غيرها من العمليات الجراحية على الأماكن المجاورة للجهاز البولي. ✓ للمساعدة في التئام الجروح المفتوحة في الجزء السفلي من الجسم عند مرضى سلس البول incontinent patient. ✓ الحالة المرضية التي تستدعي عدم الحركة والثبات (على سبيل المثال: العمود الفقري الصدري أو القطني غير المستقر، وإصابات رض متعددة مثل كسور الحوض). ✓ العناية التلطيفية في نهاية الحياة		

Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI) in any age patient	Patient must meet 1, 2, and 3 below: 1. Patient had an indwelling urinary catheter that had been in place for more than 2 consecutive days in an inpatient location on the date of event AND was either: a. Present for any portion of the calendar day on the date of event, OR b. Removed the day before the date of event 2. Patient has at least one of the following signs or symptoms: a. fever ($>38.0^{\circ}\text{C}$) b. suprapubic tenderness c. costovertebral angle pain or tenderness d. urinary urgency e. urinary frequency f. dysuria 3. Patient has a urine culture with no more than two species of organisms identified, at least one of which is a bacterium of $\geq 10^5$ CFU/ml	
	6.1. الطواقم الطبية (الأطباء والتمريض) في الأقسام	6. المسؤوليات والأدوار:
	7.1. رؤساء الأقسام (أطباء وتمريض) 7.2. مسؤول مكافحة العدوى 7.3. ممرض الاتصال	7. المتابعة:
	<u>اتباع الاحتياطات القياسية لمنع العدوى أثناء تركيب القسطرة البولية</u> • يجب توفير البيئة المناسبة لمنع التهاب المسالك البولية المصاحب للقسطرة ✓ يجب توفير وتنفيذ مبادئ توجيهية مكتوبة لاستخدام القسطرة وإدخال القسطرة وصيانتها ✓ يجب التأكد من أن الموظفين المدربين فقط هم الذين يقومون بتركيب القسطرة البولية ✓ يجب ضمان توافر الأدوات والمواد اللازمة لاستعمال الأساليب المانعة للتلوث لإدخال القسطرة. ✓ يجب وضع نظام لتوثيق ما يلي في سجل المرضى: <u>طلب الطبيب لوضع القسطرة ، ودواعي تركيب القسطرة ، وتاريخ وقت وضع القسطرة ، اسم الشخص الذي قام بتركيب القسطرة ، توثيق التمريض للقسطرة ، وجود يومي لمهام متابعة القسطرة ، وتاريخ وقت إزالة القسطرة ، تسجيل معايير الإزالة ومبررات استمرار الاستخدام.</u>	8. الإجراءات:

✓ يجب ضمان توافر ما يكفي من الموظفين المدربين والموارد التكنولوجية لدعم مراقبة استعمال القسطرة ونتاجها.

• القيام بمراقبة/ترصد التهاب المسالك البولية المصاحب للقسطرة إذا أشير إليها على أساس تقييم المخاطر أو المتطلبات التنظيمية

- ✓ يجب تحديد مجموعات المرضى أو الوحدات التي يتم فيها إجراء المراقبة/الترصد على أساس تقييم المخاطر، والنظر في تكرار استخدام القسطرة والمخاطر المحتملة (على سبيل المثال: أنواع الجراحة والتوليد والرعاية الحرجة)
- ✓ يجب استخدام معايير موحدة، مثل التعاريف المعتمدة، لتحديد المرضى الذين لديهم التهاب المسالك البولية المصاحب للقسطرة
- ✓ يجب جمع معلومات عن أيام مكوث القسطرة وأيام إقامة المرضى ودواعي تركيب القسطرة.
- ✓ يجب حساب معدلات التهاب المسالك البولية المصاحب للقسطرة و/أو معدلات الإصابة الموحدة للمرضى
- ✓ يجب استخدام طرق المراقبة/الترصد المناسبة لاكتشاف الحالات الموثقة.
- ✓ يجب النظر في تقديم التغذية الراجعة للطواقم الطبية المعنية بتركيب القساطر

• توفير التعليم والتدريب

- ✓ يجب تثقيف وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية المشاركين في تركيب ومتابعة القسطرة البولية على الوقاية من التهاب المسالك البولية المصاحب لها بالإضافة إلى إجراءات إزالتها.
- ✓ يجب تقييم الكفاءة المهنية لموظفي الرعاية الصحية في استخدام القسطرة متابعتها.

• استخدام الأسلوب المناسب لإدخال القسطرة

- ✓ يجب إدخال القسطرة البولية فقط عند الضرورة لرعاية المرضى وتركها في مكانها فقط إذا دعت الحاجة.
- ✓ يفضل استخدام طرق أخرى، مثل القسطرة المتقطعة intermittent catheterization، عند الحاجة.
- ✓ يجب تركيب القسطرة من خلال اتباع الأساليب المانعة للتلوث.

1.3 إجراءات تركيب القسطرة البولية:

- يجب تجهيز صينية قسطرة معقمة تحتوي على الأدوات اللازمة لتركيب القسطرة البولية
- يجب الحرص على أن تكون القسطرة بالمقاس المناسب.
- يجب غسل الأيدي غسلاً صحيحاً قبل وبعد الإجراء ولبس القفازات النظيفة.
- يجب إتباع الاحتياطات القياسية المانعة للتلوث (aseptic techniques) لمنع العدوى أثناء تركيب القسطرة البولية.
- يجب وضع المريض في وضعية مريحة ومستلقي على الظهر مع تنظيف المنطقة جيداً قبل الإجراء بالماء والصابون مع الشطف والتجفيف.

- يجب خلع القفازات وغسل اليدين غسلاً صحيحاً بالماء والصابون المطهر ومن ثم ارتداء قفازات معقمة.
- يجب تنظيف وتطهير المنطقة باليوفيدون أيودين غسول مطهر جراحي بتركيز ٧.٥٪ أو كلورهيكسيدين بتركيز ٤٪ مع مراعاة وقت التلامس بين الأغشية والمظهر.
- ✓ **لل سيدات:** من أعلى الى أسفل، من الجانبين ثم من عند فتحة البول نزولاً للأسفل باتجاه فتحة الشرج.
- ✓ **للرجال:** يتم المسح بشكل دائري عند فتحة البول نزولاً الى أسفل الحشف مع الحرص دون لمس جلد للمريض
- يجب تجهيز المجال المعقم وفتح الصينية.
- يجب التأكد من صلاحية البالون بالقسطرة عن طريق ضخ الماء المعقم وإفراغه للتأكد من صلاحية البالون.
- يتم وصل القسطرة بكيس البول إذا كان معقم وإذا كان غير معقم يتم التوصيل بعد الانتهاء من التركيب.
- يستخدم الجل المخدر المعقم في إجراءات التركيب ويفضل ان يكون أحادي الاستخدام
- يتم إدخال القسطرة بلطف وبحركة حلزونية وليس بشكل مباشر حتى لا تحدث إصابة بجدار مجرى البول.
- يتم حقن كمية من الماء المعقم لنفخ البالون حسب توصيات الشركة المصنعة للقسطرة.
- يتم تثبيت القسطرة على فخذ المريض باللاصق الطبي.
- يتم خلع القفازات بالطريقة الصحيحة.
- يتم التخلص من الأدوات والمستهلكات في المكان المخصص له.
- يجب غسل اليدين بعد الانتهاء من الإجراء.
- **ملاحظة:** ممكن استخدام القسطرة البولية المصنوعة من السيليكون عندما تكون مدة المكوث لأكثر من 7 أيام. اما إذا كانت مصنوعة من اللاتكس، يجب تغييرها كل 7 أيام أو في حالة الانسداد
- يمنع استخدام المحلول الملحي لنفخ البالون أو أي محاليل أخرى بديلاً عن الماء

1.4 المتابعة اليومية

- يجب ملاحظة حدوث علامات التهاب بكتيري بعد 48 ساعة من تركيب القسطرة البولية وإبلاغ الطبيب بذلك.
- يجب الحفاظ على نظام القسطرة البولية نظاماً مغلقاً.
- يجب المحافظة على بقاء كيس البول على الحامل في السرير وجعله أسفل مستوى المثانة.
- يجب القيام بالتقييم اليومي مع المراجعة لإمكانية رفع القسطرة البولية لإنهاء الحاجة منها.
- في حال تسديد القسطرة البولية يتم رفعها ولا يتم عمل غسيل لها، ويتم تركيب قسطرة بولية جديدة في حال تطلب الامر.
- لا ينصح باستخدام المضادات الحيوية كإجراء وقائي عند تركيب القسطرة.
- يجب الحفاظ على تدفق البول دون عائق.

1.5 تفريغ الكيس البولي حسب الخطوات التالية:

- يجب تحضير المواد اللازمة.
- يجب فرك اليدين باستخدام المحلول الكحولي أو بالغسل الروتيني.
- يجب ارتداء القفازات غير المعقمة "اللاتكس"
- يجب فتح صمام التفريغ الموجود في قاعدة كيس جمع البول.
- يجب تفريغ البول داخل الوعاء المخصص لبول المريض.
- يجب تعقيم الوعاء المخصص لتفريغ البول بعد كل إجراء بالمطهر المناسب.
- يجب تعقيم محبس الإفراغ emptying stopcock
- يجب فرك اليدين باستخدام المحلول الكحولي أو غسلهما روتينياً بعد التعامل مع كيس جمع البول.
- يجب توثيق كمية ولون ومحتوى ورائحة البول (التاريخ – الوقت – اسم المريض).

1.6 رفع القسطرة البولية حسب الخطوات التالية:

- يجب تحضير المواد اللازمة.
- يجب فرك اليدين باستخدام المحلول الكحولي أو بالغسل الروتيني
- يجب ارتداء القفازات غير المعقمة "لاتكس".
- يجب تفريغ البول حسب الخطوات السابقة
- ✓ يجب إغلاق كيس البول.
- ✓ يجب تفريغ الماء من البالون باستخدام سرنجة ونيدل معقمة.
- ✓ يجب سحب القسطرة بلطف.
- ✓ يجب التخلص من كيس البول والقسطرة البولية في وعاء النفايات الطبية حسب التعليمات.
- ✓ يجب تنظيف المنطقة بالماء والصابون وتجفيف المريض.
- ✓ يجب فرك اليدين باستخدام المحلول الكحولي أو غسلهما روتينياً بعد التعامل مع محيط المريض.

1.7 طريقة أخذ عينة بول لعمل مزرعة وحساسية من القسطرة البولية

- يجب الحصول على عينة البول من الفتحة الخاصة لأخذ العينة **sampling port** باستخدام تقنية مانعة للتلوث. يجب تطهير الفتحة عن طريق المسح بمسحة كحول 70%. يمكن بعد ذلك سحب العينة باستخدام إبرة وحقنة معقمة ونقلها إلى وعاء معقم
- إذا لم تكن القسطرة مزودة بفتحة خاصة لأخذ العينة يتم اتباع ما يلي:
 - ✓ إغلاق كيس البول أسفل اتصال القسطرة مع كيس البول من 15 إلى 35 دقيقة حسب حالة المريض.
 - ✓ غسل صحي لليدين وارتداء قفاز نظيف.
 - ✓ تطهير مكان التقاء القسطرة بخرطوم كيس جمع البول بواسطة الكحول والانتظار 30 ثانية.
 - ✓ يتم سحب العينة باستخدام سرنجة ونيدل معقمة جديدة.
 - ✓ يتم أخذ العينة من نقطة أعلى من مكان دخول طرف كيس جمع البول
- بمنفذ خروج البول بالقسطرة، ويجب مراعاة الدخول بسن النيدل المعقم بزاوية مائلة 45 درجة.

✓ يتم توثيق الاجراء وارسال العينة للمختبر. • غسيل المئانة: غير موصى به، لأنه اثبت انه غير فعال وقد يسبب العدوى والتهاب جدار المئانة. • ملاحظات: ✓ لا يوجد موعد محدد لرفع القسطرة الا عند حدوث انسداد في القسطرة أو مضاعفات. ✓ يجب إغلاق القسطرة البولية من انبوبة كيس البول اثناء نقل المريض حتى لا يعود البول الى المئانة. ✓ في حال انسداد القسطرة يفضل ازالتها وعدم عمل غسيل للمئانة 1.8 اجراءات خاصة اخرى للوقاية من التهاب المسالك البولية المصاحب للقسطرة • يجب وضع برنامج على مستوى المنشأة لإزالة القسطرة غير الضرورية. • يجب وضع بروتوكول لإدارة احتباس البول بعد الجراحة، بما في ذلك الاستخدام الموجّه من قبل الممرضة للقسطرة المستمرة واستخدام أجهزة فحص المئانة. • يجب إنشاء نظام لتحليل والإبلاغ عن البيانات حول استخدام القسطرة والاعراض الجانبية لاستخدامها.	
1.1 معدل حدوث التهاب الجهاز البولي المصاحب للقسطرة البولية 1.2 مدى الالتزام بتطبيق الحزمة الوقائية لعدم حدوث العدوى	9. مؤشرات الأداء
1.1 Appendix 1: Five moments of Hand Hygiene for CAUTI 1.2 Appendix 2: CAUTI Bundle Checklists	10. المرفقات
○ دليل منع العدوى والسيطرة عليها في مؤسسات الرعاية الصحية 2017 ○ الدليل القومي لمكافحة العدوى إصدار 2020 ○ الدليل الاجرائي السعودي GCC infection prevention and control manual 3rd Edition • National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. JANUARY 2022. • Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. <i>Infect Control Hosp Epidemiol</i>. 2014;35(8):967-977. doi:10.1086/677216	11. المراجع:

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	رقم السياسة:	IPC- 24
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	5 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 تعتبر القسطرة الوريدية الطرفية شائعة الاستخدام في جميع الأقسام الداخلية في المنشأة الصحية وهذا الإجراء يعتبر من أكثر الإجراءات الاختراقية شيوعاً وكذلك يتم تركيب قسطر الوريد المركزي للمرضى بأقسام العناية المركزة وأقسام الغسيل الكلوي، وكذلك تعتبر مادة غريبة عن الجسم فإن وجودها في الأنسجة يؤدي الى حدوث رد فعل لدى المريض. 1.2 تشير كثير من الدراسات أن استخدام القساطر الوريدية تؤدي الى حدوث مخاطر عدوى مجرى الدم وتكون مسببة لنوعين من العدوى: • العدوى المصاحبة لاستخدام القسطرة الوريدية • تلوث السوائل والمحاليل والعلاجات المعطاة عن طريق القساطر او وريدية المركزية او الطرفية		
2. السياسة:	2.1 استخدام الأساليب المانعة للتلوث عند تركيب القسطرة الوريدية		
3. الغرض:	3.1 منع إنتقال العدوى أثناء تركيب القسطرة الوريدية ومتابعتها		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع اقسام المستشفى خاصة اقسام العناية المركزة		
	4.2 الكلية الصناعية		
5. التعريفات	5.1 <u>تركيب القسطرة الوريدية:</u> هي عملية إدخال قسطرة مجوفة في أحد الأوردة من أجل نقل الدم، إعطاء محاليل وإعطاء العلاج للمريض		
	5.2 <u>عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة المركزية (CLABSI):</u> هي عدوى تحدث عندما تدخل الجراثيم (البكتيريا والفيروسات) إلى مجرى الدم عبر القسطرة المركزية. تكون هذه العدوى مؤكدة مخبرياً لا تتعلق بالعدوى في موقع آخر والتي تتطور في غضون 48 ساعة من ادخال القسطرة المركزية.		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 الطبيب المعالج		
	6.2 طاقم التمريض		
7. المتابعة	7.1 مسؤول مكافحة العدوى		
	7.2 رؤساء الأقسام الطبية		
	7.3 رؤساء الأقسام التمريضية		
	7.4 الممرض المسؤول في القسم		

- عند البالغين يفضل استخدام الأطراف العلوية لتركيب القسطرة وفي حال تم تركيبها في الطرف السفلي يتم استبدالها بالطرف العلوي في أسرع وقت ممكن.
- عند الاطفال يمكن استخدام الأطراف العلوية أو السفلية أو فروة الرأس.
- يجب إختيار القسطرة حسب مدة الاستخدام والغرض المقصود من استخدامها.
- يجب غسل اليدين الصحي بالماء والصابون أو ذلك اليدين بالمحلول الكحولي.
- يجب إرتداء قفازات نظيفة لإدخال القسطرة الوريدية الطرفية والعناية بها.
- يجب أن يتم ربط العضد برباط ضاغط (يفضل تورنو كيت أحادي الاستخدام) ويفضل الذراع الأقل استخداماً.
- يجب تطهير موضع تثبيت القسطرة بمطهر مناسب (كحول 70% / 2%) كلور هكسديد (Chlorhexidine) مع التأكد من نظافة الجلد موضع الإدخال مع عدم لمس مكان الإدخال بعد عملية التطهير (تقنية عدم اللمس).
- يجب استخدام كانيولا معقمة جديدة في كل محاولة تركيب.
- يجب ان يتم فك الرباط الضاغط حول العضد مع استخدام لاصق طبي ويفضل أن يكون ضماداً معقماً أو لاصق طبي شفاف لتثبيت القسطرة مع تدوين التاريخ والوقت.
- يجب التخلص من الأدوات الحادة في الصندوق الآمن.
- يجب غسل اليدين وتجفيفها بعد خلع القفازات.
- يجب المحافظة على مكان دخول القسطرة الوريدية نظيفة وجافة.
- يجب استبدال القسطرة الوريدية الطرفية التي تم تركيبها في حالة الطوارئ بأسرع وقت ممكن خلال 24 ساعة.
- يجب تقييم مدى الحاجة الى استمرار وجود القسطرة الوريدية كل 24 ساعة.
- يجب إزالة القسطرة الوريدية:
 - ✓ إذا لم يكن هناك حاجة لاستخدامها
 - ✓ ظهور علامات التهاب
 - ✓ بعد مرور 72-96 ساعة ويستثنى من هذه القاعدة بعض الحالات التي يصعب معها تثبيت قسطرة جديدة مثل (الاطفال الخدج حديثي الولادة)
- يجب تجنب استخدام النيدل المعدنية لإعطاء السوائل والادوية
- إذا لم تكن هناك احتمالية حدوث تفاعل بين المحاليل، يمكن استخدام نفس جهاز الوريد بشرط إخراجها من زجاجة المحاليل الفارغة وتركيبه في مدخل زجاجة المحلول الجديدة مباشرة بعد أن يتم تطهير مكان الإدخال في العبوة.
- بالنسبة للمحاليل الوريدية:
 - يجب اتباع توصيات الشركات المصنعة للأدوية المحددة
 - علاج انتراليد (Intralipid):
 - ❖ يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 12 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.
 - علاج الامينوسول (Aminosol):
 - ❖ يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 24 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.

8. الإجراءات:

• خليط محضر من (Intralipid, Aminosol & Glucose):

- ❖ يجب ألا تزيد مدة توصيله بالمريض عن 24 ساعة كحد أقصى، ويجب إزالة العبوة ووصلة المحلول خلال المدة المحددة.
- ❖ يجب ألا تزيد فترة خلط العلاجات عن 24 ساعة من بداية التحضير.
- ❖ عند نقل الدم للمريض أو مشتقاته يجب أن لا تتجاوز مدة النقل 4 ساعات بحيث يتم التخلص من كيس الدم والوصلة.
- ❖ أقصى مدة لمكوث الوصلات الوريدية 96 ساعة ما عدا الدم أو منتجات الدم أو المستحلبات الدهنية.
- ❖ أقصى مدة لمكوث الوصلات الوريدية 24 ساعة في حالات استخدام الدم **continuous blood transfusion** أو منتجات الدم أو المستحلبات الدهنية **lipid formulations**.

8.2 القسطرة الوريدية المركزية

- يجب الموازنة بين مخاطر وفوائد استخدام القسطرة المركزية والمكان الموصى به لتقليل مضاعفات العدوى
- يجب توفير التعليم والتدريب اللازم للعاملين المعنيين بإدخال وعناية وصيانة القساطر المركزية لأجل الوقاية من عدوى مجرى الدم المكتسبة منها

أ. عند إدخال القسطرة:

- يجب وضع الية لضمان الالتزام بممارسات الوقاية من العدوى وقت إدخال القسطرة المركزية في قسم العناية المركزة والأقسام العادية، كقائمة تحقق. **CHECKLIST**
- يجب غسل اليدين غسلاً جراحياً باستخدام المطهر الرغوي أو الدلك الجراحي بالمحلول الكحولي المناسب للغسيل الجراحي.
- يجب الإلتزام بالاحتياطات القياسية (**maximal barrier precaution**) التي تشمل (غطاء الرأس، القناع الجراحي، واقي العينين، الرداء الطبي المعقم، القفازات المعقمة).
- يجب استخدام عربة أو أدوات قسطرة شاملة
- يجب أن يتم تجهيز واستخدام صينية تركيب القسطرة المركزية مع إحاطة مكان التركيب باستخدام فوطة معقمة لتأمين مجال معقم
- اختيار نوع ومكان القسطرة
- يجب تجنب استخدام الوريد الفخذي للوصول الى الوريد المركزي عند المرضى البالغين.
- يفضل استخدام الوريد تحت الترقوي بدلاً من الوريد الفخذي لتجنب مخاطر نقل العدوى.
- يجب تجنب إختيار الوريد تحت الترقوي لمرضى الغسيل الكلوي لتجنب تضيق الوريد ويفضل استخدام **PREFERABLE JUGULAR**
- يفضل استخدام التوجيه بالموجات فوق الصوتية لإدخال القسطرة في الوريد الوداجي الداخلي (**Internal Jugular**)
- تطهير موضع تركيب القسطرة
- يفضل استخدام كلوروكسيدين جلوكونيت 2% كحول 70%، وفي حال وجود محاذير أو عدم توفر المادة، تستخدم مطهرات بديلة مثل الكحول 70% مع البوفيدون أيودين على جلد نظيف.

- يمكن استخدام الماء والصابون أو الايودوفور الرغوي 7.5% لتنظيف منطقة الإدخال ثم الشطف والتجفيف الجيد، ثم يتم استخدام المطهر المناسب لتطهير المكان بحركة دائرية من الداخل للخارج ومراعاة زمن التلامس (على الأقل دقيقتين) ويترك الجلد ليجف قبل إختراقه.
- يجب لبس قفازات معقمة.
- يتم إدخال القسطرة بأسلوب عدم التلامس
- يجب التأكد من إمكانية سحب الدم من القسطرة بشكل حر قبل القيام بالحقن لضمان وجود القسطرة داخل الوعاء الدموي.
- يجب أن يتم تنظيف وتجفيف موضع القسطرة بعد التركيب
- يجب تغطية موضع التركيب بلاصق طبي شفاف لسهولة متابعة القسطرة ويمكن استخدام الشاش المعقم في حال وجود تسرب دموي في منطقة التركيب.
- بعد الانتهاء يجب خلع القفازات وغسل اليدين الصحي.

ب. العناية اليومية للقسطرة المركزية

- يفضل ان يكون عدد الممرضين مناسب لعدد المرضى في اقسام العناية المركزة وقسم غسيل الكلى
- يجب استخدام لاصق طبي شفاف معقم لتغطية القسطرة وإذا كان غير متوفر فاستخدام شاش معقم لكن لا يمكن تغطيتها بلاصق غير نفاذ لأن ذلك يزيد من احتمالات حدوث العدوى.
- إذا كان المريض يتعرق بكثرة أو حدوث نزف موضعي للقسطرة أو رشح، يتم استخدام ضماد شاش للضغط عليها حتى يتوقف ذلك.
- يجب استبدال الشاش في حال أصبحت رطبة أو مفكوكة أو متسخة بشكل واضح
- لا يتم استخدام مراهم أو كريمات مضاد حيوي للغيار على القسطرة عند موضع الإدخال باستثناء فساتر الغسيل الكلوي (البرميكات) لأنها تمنع البكتيريا والفطريات
- يجب عدم غمر موضع القسطرة أو الغيار الجراحي بالماء وفي حال الاستحمام، يجب أخذ بعين الاعتبار الاحتياطات اللازمة لمنع وصول الماء
- يتم استبدال الضمادات في مواقع القسطرة المركزية (CVC) كل يومين أو أقل لغيار الشاش العادي وفوراً في حال إذا كان الضماد ملطخاً أو فضفاضاً أو رطباً بالإضافة الى تنظيف الموقع بمحلول أساسه الكلور هكسيدين و كحول ويستثنى من ذلك الاطفال تحسباً لإزالة القسطرة من مكانها.
- يجب تطهير مدخل القسطرة، التوصيلات بدون أبر، ومنافذ الحقن باستخدام الكحول قبل عملية التوصيل لجهاز المحلول.
- يجب إزالة القسطرة الغير ضرورية.
- يجب استبدال توصيلات جهاز المحلول غير المستخدمة للدم أو منتجات الدم أو الدهون على فترات لا تتجاوز 96 ساعة.
- يجب مراقبة موضع ادخال القسطرة والغيار بصرياً بشكل دوري يومياً على الأقل ورفع الغيار في حال ظهور علامات التهاب

ج. في حال حدوث تجرثم دموي أو عدوى مجرى الدم المكتسبة من القسطرة المركزية • يجب البدء بعلاج المريض بالمضادات الحيوية فور التخلص من قسطرة الوريد المركزي • يجب اختيار المضادات الحيوية على أساس نتائج الزرع والحساسية • يجب إزالة القسطرة فوراً مع محاولة إدخال قسطرة مركزية جديدة بعد ٢٤ ساعة إذا أمكن من بدء العلاج بالمضاد الحيوي تبعاً لحالة المريض • يجب استبدال توصيلات جهاز المحلول غير المستخدمة للدم أو منتجات الدم أو الدهون على فترات لا تتجاوز 96 ساعة. • يجب استخدام مضادات الميكروبات البرهمية لمواقع إدخال القسطرة الخاصة بغسيل الكلى. ح. توصيات خاصة لمنع عدوى مجرى الدم المكتسبة من القسطرة المركزية • يجب استخدام الضمادات المحتوية على كلوروكسيدين مع الأطفال الذين تتجاوز أعمارهم الشهرين • يجب استخدام محور/ غطاء توصيلة / واقى المنفذ يحتوي على مطهر لتغطية التوصيلات	
9.1 مرفق رقم 1. قائمة مرجعية للوقاية من عدوى مجرى الدم المكتسبة من القسطرة المركزية 9.2 مرفق رقم 2. اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية طرفية 9.3 مرفق رقم 3. اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية مركزية 9.4 Appendix 4- An evidence-based approach for Vascular Access Device (VAD) selection 9.5 Appendix 5- Differences between Central line-associated bloodstream infection and Catheter-related bloodstream infection	9. المرفقات
10.1 معدل حدوث عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة الوريدية المركزية والطرفية 10.2 مدى الالتزام بتطبيق الحزمة الوقائية لعدم حدوث العدوى	10. مؤشرات الأداء
• الدليل القومي لمكافحة العدوى المصري 2020 • National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. JANUARY 2022. • Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. <i>Infect Control Hosp Epidemiol</i>. 2014;35(8):967-977. doi:10.1086/677216 • David Avalos. Vascular Access Device-Associated Infections. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/prevention-measures-for-healthcare-associated-infections/vascular-access-device-associated-infections. Accessed Jan 31, 2022.	11. المراجع

اسم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	رقم السياسة:	IPC- 25
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	6 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 إن عدوى موضع الجراحة هو التهاب يحدث بعد التداخل الجراحي في الموضع الذي أُجري فيه التداخل حيث أن معظم مرضى العمليات لا تحدث عندهم العدوى لأسباب طبيعية ومناعية. ومع ذلك، من الممكن أن تحدث الالتهابات بنسبة 1 إلى 3 من كل 100 مريض يخضع للجراحة، حيث تأتي الميكروبات المسببة لأغلب حالات عدوى موضع الجراحة من البكتيريا المستعمرة لبشرة المريض أو الأغشية المخاطية أو الأمعاء (الفلورا الطبيعية) أو قد تحدث نتيجة اختراق إجراءات التعقيم في غرفة العمليات.		
2. السياسة:	2.1 اتباع العاملين إجراءات مكافحة العدوى لمنع حدوث عدوى الموضع الجراحي.		
3. الغرض:	3.1 منع انتقال العدوى للمريض عند القيام بإجراء جراحي. 3.2 منع المضاعفات التي تؤدي إلى زيادة فترة مكوث المريض بالمستشفى، وزيادة استخدام المضادات الحيوية، والتي قد تؤدي إلى الوفاة.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في أقسام الجراحة والعمليات 4.2 الفريق السريري في رعاية ما بعد الجراحة		
5. التعريفات:	5.1 <u>الجرح:</u> هو شق في الطبقة الخارجية للجلد اما نتيجة التعرض للإصابة بأدوات حادة او اجراء عملية جراحية. 5.2 <u>جروح نظيفة:</u> هي الجروح النظيفة التي تحدث عند اجراء العملية الجراحية ولا تدخل في احشاء او تجويف الجسم مثل العيون والاعصاب والقلب او اصلاح الفتق الاربي الاختياري. 5.3 <u>جروح نظيفة ملوثة:</u> هي الجروح التي تكون في أماكن غير نظيفة وتدخل في احشاء او تجويف الجسم ولكن تحت ظروف خاضعة للرقابة مثل الأمعاء، المرارة، الفم، المريء. 5.4 <u>جروح ملوثة:</u> هي الجروح المفتوحة والأماكن غير النظيفة مثل عمليات الشرح. 5.5 <u>جروح ملتهبة /قذرة:</u> هي الجروح القديمة الملتهبة مثل القدم السكرية والدمامل 5.6 <u>عدوى الموضع الجراحي (SSI):</u> هي عدوى متعلقة بالرعاية الصحية تحدث في الجزء الذي أجريت فيه الجراحة ويصنف إلى التهاب جرح سطحي، التهاب جرح عميق، التهاب أعضاء. 5.7 <u>عدوى الجروح السطحية:</u> هي الالتهابات التي تحدث في غضون 30 يوم بعد الاجراء الجراحي، حيث تشمل الجلد او الانسجة تحت الجلد فقط، حيث لا يعتبر خراج الغرز وعدوى موقع الدبوس المثبت الخارجي ضمن التهاب المواضع الجراحية السطحية، ويجب ان تستوفي التهابات الجروح السطحية واحد أو أكثر من المعايير التالية: • تصريف صديدي من الجرح السطحي. • وجود مزرعة إيجابية مع تحديد نوع الميكروب. • يعاني المريض من: ألم موضعي، تورم موضعي، احمرار الجلد موضع الجرح • يتم فتح الجرح من قبل الجراح لتصريف الصديد. 5.8 <u>عدوى الجروح العميقة:</u> هي الالتهابات التي تحدث في غضون 30-90 يوم بعد الاجراء الجراحي، حيث تشمل الانسجة الرخوة العميقة للجرح مثل طبقات النسيج		

اللفافي مثل الأوتار والعضلات، ويجب ان تستوفي التهاب الجروح العميقة المعايير التالية: • تصريف صديدي من الجرح العميق. • جرح عميق يتفكك تلقائيا او يتم فتحه من قبل الجراح • وجود مزرعة إيجابية مع تحديد نوع الميكروب. • يتم تشخيص الجروح العميقة بواسطة الطبيب او الممرض المختص • يعاني المريض واحدة من العلامات التالية: ارتفاع درجة الحرارة >38 درجة مئوية، ألم موضعي، تورم موضعي، التهاب احمراري للجلد. ➤ مرفق قائمة بأسماء العمليات التي تحدث بها عدوى الجروح العميقة 5.9 عدوى الاعضاء (Organ/Space): هي الالتهابات التي تحدث في غضون 30-90 يوم بعد الاجراء الجراحي حيث تشمل أي جزء من الجسم أعمق من طبقات اللفافة/العضلات تم فتحه ومعالجته اثناء الاجراء الجراحي مثل العظام والمفاصل والأعضاء الداخلية، ويجب ان يعاني المريض من واحد على الأقل مما يلي: • تصريف صديدي من أنبوب الصرف الذي يتم وضعه في العضو/ او المكان المحيط به وعلى سبيل المثال (انابيب الصرف المغلقة بالشفط، الانابيب على شكل T) • وجود خراج في العضو يكتشف عن طريق الفحص المباشر، التشريح المرضي والفحص الاشعاعي. • وجود مزرعة إيجابية مع تحديد نوع الميكروب. • يتم تشخيص التهابات الاعضاء بواسطة الجراح او الطبيب المعالج. ➤ مرفق قائمة بأسماء العمليات التي تحدث بها عدوى الأعضاء (Organ/Space) 5.10. MRSA: Methicillin resistance Staphylococcus aureus	
6.1 طبيب الجراحة 6.2 طاقم التمريض 6.3 رئيس قسم العمليات 6.4 رئيس قسم التطهير والتعقيم المركزي 6.5 عيادة تغيير الجروح	6. المسؤوليات والأدوار
7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 رؤساء أقسام الجراحة. 7.3 رئيس قسم التمريض	7. المتابعة
8.1 إزالة الاستعمار الميكروبي عند المرضى قبل الخضوع للعمليات الجراحية وذلك باستخدام مرهم موبيروسين mupirocin ointment مع غسول الجسم غلوكونات الكلورهيكسيدين chlorhexidine gluconate للوقاية من عدوى المكورات العنقودية الذهبية للمواقع الجراحية Staphylococcus aureus • توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة أخذ مسحات من الانف للمرضى المراد اجراء عمليات لهم مثل مرضى القلب المفتوح، وعمليات العظام وزراعة المفاصل، وترميم العظام) وقبل الاجراء الجراحي للتأكد من عدم وجود استعمار لميكروب المكورات العنقودية الذهبية، والتي تسبب التهابات المواقع الجراحية بعد العمليات الجراحية.	8. الإجراءات:

• كل الحالات المجدولة يتم اخذ مسحات لها من الانف، وفي حال كانت النتائج إيجابية:

- (1) يتم تأجيل الاجراء الجراحي.
- (2) يجب غسيل الجسم يومياً على مدة 5 أيام الكلور هيكسيدين 4% مع إبقاء مادة الكلور هيكسيدين دقيقتين على الأقل على الجلد قبل شطفها. يجب غسل الشعر في اليوم الأول واليوم الخامس بالكلور هيكسيدين جلوكونات 4%. يجب مناقشة المرضى الذين لا يستطيعون تحمل الكلور هيكسيدين 4% مع فريق الوقاية من العدوى ومكافحتها
- (3) يجب وضع مرهم 2% mupirocin للأنف داخل فتحات الأنف، باستخدام قفاز الإصبع، مرتين أو ثلاث مرات يومياً لمدة 5 أيام. يجب ضغط على فتحتي الأنف معاً لبضع ثوانٍ لنشر المرهم جيداً على جانبي الانف من الداخل.
- (4) إذا كانت جرثومة المكورات العنقودية الذهبية مقاومة للـ mupirocin، فيجب استخدام ما يلي ؛ كلور هيكسيدين جلوكونات 4% غسول جلدي يومي وكريم نيومايسين أنفي يوضع على الفتحات الأمامية أربع مرات يومياً لمدة 5 أيام.
- (5) في حالة وجوب القيام بعملية جراحية، يجب جدولتها في اليوم الخامس من علاج المكورات العنقودية الذهبية . او يجب اكمال البروتوكول لمدة ٥ ايام وفي يوم العملية، يتم وضع مرهم 2% mupirocin وغسيل الجسم بجلوكونات الكلور هيكسيدين 4% قبل الخضوع للإجراء الجراحي.
- (6) يجب اتباع البروتوكول للأطفال الذين تبلغ أعمارهم شهر واحد أو أكثر، باستثناء الأطفال في وحدة حديثي الولادة.

8.2 ما قبل الجراحة:

- يتم تحديد وعلاج جميع الإصابات البعيدة عن الموضع الجراحي قبل العمليات الجراحية أو تأجيل العمليات الاختيارية للمرضى الذين يعانون من الالتهابات.
- يجب تجنب إزالة الشعر للمريض الا إذا لزم الامر او كان يتداخل مع مكان الشق الجراحي، لذلك يجب إزالته بواسطة ماكينة قص الشعر أو المقص اليدوي وذلك قبل الاجراء الجراحي بوقت قصير.
- يجب استحمام المريض قبل الاجراء الجراحي بصابون عادي او مضادات ميكروبات (2-4% chlorhexidine surgical scrub) .
- يجب إعطاء الجرعات الوقائية للمضادات الحيوية إذا كان هناك داعي خلال 60 دقيقة التي تسبق الشق الجراحي عدا الفانكوميسين فيعطى خلال 120 دقيقة قبل الشق الجراحي.
- يجب استخدام المطهر المناسب لتحضير الجلد في الموضع الجراحي بالكحول 70% مع الكلوروكسيدين 4% او اليود Povidone iodine aqueous solution 10%.
- يجب التحكم في مستوى الجلوكوز في الدم لمرضى السكر فوراً بعد الإجراء الجراحي
- يجب إدخال المريض إلى المنشأة الصحية بوقت قصير قبل وقت العملية.

8.3 أثناء الجراحة:

- يجب المحافظة على الضغط الإيجابي داخل غرفة العمليات
- يجب تحسين معدلات الأكسجين داخل الأنسجة عن طريق إعطاء الأكسجين الإضافي أثناء وبعد الإجراءات الجراحية التي تنطوي على استخدام التنفس الاصطناعي.
- يلتزم العاملون باتباع الاحتياطات القياسية واحتياطات عزل التلامس داخل قسم العمليات
- يجب المحافظة على درجة حرارة المريض أثناء الاجراء الجراحي
- من المفضل استخدام واقيات الجروح البلاستيكية غير المنفذة لجراحة القناة الهضمية والقنوات الصفراوية
- يجب المحافظة على باب الغرفة مغلقا أثناء الاجراء الجراحي
- يجب المحافظة على محدودية العاملين داخل غرف العمليات
- يجب استخدام قائمة تحقق للتأكد من الالتزام بكل احتياطات منع عدوى الموضع الجراحية.

8.4 ما بعد الجراحة:

- يجب إيقاف إعطاء المضادات الحيوية بعد 24 ساعة من الاجراء الجراحي ما عدا عمليات القلب حيث يتوقف اعطاؤه بعد 48 ساعة/ ما عدا حالات dirty surgeries حيث يجب استشارة اخصائي الامراض الجرثومية بخصوص ذلك.
- يجب تحسين معدلات الأكسجين داخل الأنسجة عن طريق إعطاء الأكسجين الإضافي أثناء وبعد الإجراءات الجراحية التي تنطوي على استخدام التنفس الاصطناعي.
- يجب استخدام قائمة مراجعة تستند إلى تلك الموضوعات من قبل منظمة الصحة العالمية لضمان الامتثال لأفضل الممارسات لتحسين سلامة المرضى بعد الجراحة.
- يجب القيام بترصد عدوى الموضع الجراحية.
- يفضل زيادة كفاءة المراقبة/ترصد العدوى من خلال استعمال البيانات الآلية.
- يجب تقديم التغذية الراجعة المستمرة لمعدلات عدوى الموضع الجراحية لمقدمي خدمة الرعاية الطبية والعاملين في قسم الجراحة والكادر الطبي والجراحي.
- يجب قياس وتقديم التغذية الراجعة للعاملين في قسم الجراحة والكادر الطبي الجراحي فيما يتعلق بمعدلات الامتثال لتدابير الوقاية من عدوى الموضع الجراحية
- يجب تثقيف الجراحين والعاملين في قسم الجراحة حول الوقاية من عدوى الموضع الجراحية.
- يجب موازنة المحاليل الوريدية مع مراعاة اللجوء إلى إعطائه محاليل تغذية وريدية (TPN) عند اللزوم للمرضى المنومين ممنوعين من الطعام (NPO)

8.5 احتياطات مكافحة العدوى الواجب مراعاتها عند العناية بالجروح:

أ. رفع الضمادات القديمة:

- يجب توفر عربات الضماد لعناية وتعقيم الجروح في كل جناح ويجب ان تكون نظيفة ومطهرة بواسطة محلول مطهر معتمد من قبل المنشأة قبل وبعد الاستخدام.
- يتم تحضير أدوات الغيار المعقمة لكل مريض على حدة وغسل اليدين روتينياً.
- يجب وضع صينية الضماد على عربة الضماد العناية بالجروح.
- يجب ارتداء قفازات نظيفة
- يتم رفع الضماد القديم ووضعه في سلة النفايات المعدية وفحص الجرح بالنظر

ب. وضع الغيار (الضماد) الجديد:

- يجب الالتزام بنظافة الأيدي الصحي وارتداء قفاز معقم
- يجب الالتزام بأسلوب عدم للمس اعتماداً على تقييم المخاطر.
- يجب تطهير الجرح باستخدام المحلول المطهر حسب توصيات الطبيب
- يتم مسح القطع أو الجرح من المنطقة النظيفة الى المنطقة القذرة ويتم من خلال مسحة واحدة بالشاش المعقم
- يجب إزالة أي عوالق او نتوءات من القطع أو الجرح ان أمكن
- يجب أن يتم عمل غسل للقطع الجراحي بواسطة المحلول المعقم إذا احتاج ذلك
- يجب أخذ مسحة من الجرح لعمل مزرعة عند وجود صديد.
- يجب تغطية الجرح بالضماد المعقم بالأساليب المانعة للتلوث من خلال عدم للمس أو بواسطة قفازات معقمة إذا كان هناك ضرورة للمس.
- يجب التخلص من كل الشاش الملوث في كيس المخلفات الطبية المعدية (راجع سياسة إدارة النفايات الطبية)
- يجب غمر الآلات المستخدمة في وعاء (به محلول منظف) مغلق تمهيداً لإعادة المعالجة.
- يجب غسل اليدين بالماء والصابون بعد خلع القفازات ثم تجفيفهما او فركهما بالمحلول الكحولي
- في الأقسام الجراحية يجب البدء بالغيار الجراحي للحالات النظيفة أولاً ثم يتبعها حالات الجروح الملتهبة والمقاومة للبكتيريا
- يجب الانتهاء من اعمال التنظيف واطفاء المراوح قبل ساعة من بدء الغيار.
- يجب المحافظة على تنظيف البيئة بالطريقة الصحيحة بعد الانتهاء من الغيار مباشرة.
- يجب رصد حالات التهاب عدوى الموضع الجراحي في نموذج ترصد SSI.

9. المرفقات

- | | |
|-----|--|
| 9.1 | مرفق رقم 1. قائمة التحقق قبل وأثناء وبعد العمليات الجراحية |
| 9.2 | مرفق رقم 2. التوصيات داخل غرفة العمليات بخصوص مرضى عزل الهواء |
| 9.3 | مرفق رقم 3. توصيات للوقاية من العدوى ومكافحتها في غرفة العمليات أثناء وجود جائحة COVID |
| 9.4 | مرفق رقم 4. قائمة بأسماء العمليات التي تحدث بها عدوى الأعضاء (Organ/Space) |

- Appendix 5: WHO 5 moments of hand hygiene for SSI

• Appendix 6: Wound Dressing Checklist • Appendix 7: Recommended Doses and Redosing Intervals for Commonly Used Antimicrobials for Surgical Prophylaxis	
10.1 معدل حدوث عدوى الموضع الجراحية 10.2 مدى الالتزام بتطبيق الحزمة الوقائية لعدم حدوث العدوى	10. مؤشرات الأداء
11.1 الدليل القومي لمكافحة العدوى إصدار 2016 وإصدار 2020 11.2 الدليل الاجرائي السعودي GCC infection prevention and control manual 3rd Edition • National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. JANUARY 2022. • Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2014;35(8):967-977. doi:10.1086/677216 • Khalefa MA, Khadabadi NA, Moores TS, Hossain FS. Evidence-based review of safe theatre practice during the COVID-19 pandemic beyond personal protective equipment. <i>Ann R Coll Surg Engl.</i> 2021 Feb;103(2):88-95. doi: 10.1308/rcsann.2020.7007.	11. المراجع

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي (VAP)	رقم السياسة:	IPC-26
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	اقسام العناية المكثفة	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 عدوى الجهاز التنفسي السفلي المصاحب لاستخدام أجهزة التنفس الصناعي تعتبر من العدوى التي تؤدي إلى زيادة معدل المراضة والوفيات بين مرضى العناية المكثفة لذلك يجب الاهتمام بتطبيق الحزمة الوقائية للحد من المضاعفات الناتجة عن استخدام أجهزة التنفس الصناعي.		
2. السياسة:	2.1 اتباع الحزمة الوقائية للحد من الإصابة بالالتهاب الرئوي المصاحب لاستخدام جهاز التنفس الصناعي		
3. الغرض:	3.1 منع انتقال العدوى للمرضى الموصولين بجهاز التنفسي الصناعي.		
4. مجال التطبيق:	4.1 العاملين في المستشفى خاصة العناية المكثفة والعمليات.		
5. التعريفات	5.1 حزمة الوقاية من العدوى المرتبطة بجهاز التنفس الصناعي: هي مجموعة التدخلات المسندة بالأدلة العلمية للمرضى الذين يستخدمون جهاز التنفس الصناعي والتي يجب الالتزام بها لتجنب عدوى جهاز التنفس الصناعي (VAP/VAE).		
	5.2 العدوى المكتسبة عن طريق جهاز التنفس الصناعي: هي ظهور أي علامات اكلينيكية و/أو إشعاعية، أو ميكروبيولوجية (راجع المرفق رقم 1.) بعد وضع المريض على جهاز التنفس الصناعي ب 48 ساعة ولا تكون العلامات المرضية موجودة لحال وضع المريض على الجهاز وكذلك لغاية 24 ساعة بعد فصل المريض عن جهاز التنفس الصناعي.		
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 الأطباء والتمريض في اقسام العناية المكثفة والعمليات. 6.2 التعقيم المركزي		
7. المتابعة	7.1 رئيس قسم التمريض. 7.2 رئيس قسم أطباء العناية والتخدير في المستشفى 7.3 مسؤول مكافحة العدوى		
8. الإجراءات:	1. الحزمة الوقائية للحد من الإصابة بالالتهاب الرئوي المصاحب لاستخدام جهاز التنفس الصناعي على عدة استراتيجيات خاصة: • يجب التقييم اليومي لإمكانية فصل المريض عن جهاز التنفس الصناعي. • يجب تخفيض أو إيقاف جرعات المنومات بشكل يومي اذا كانت حالة المريض تسمح بذلك • يجب وضع المريض بزاوية مقدارها من 30- 45 درجة إذا لم تكن هناك أي موانع طبية. • يجب تطبيق العلاج الوقائي من حدوث قرحة المعدة. • يجب الوقاية من تكون الجلطات العميقة بالساقين وذلك من خلال إعطاء المريض ادوية لتحسن سيولة الدم . • يجب العناية بفم واسنان المريض باستخدام غسول فم يحتوي على مادة الكلور هكسيدين بتركيز من 0.12% to 0.2%		

2. التوصيات الأساسية لمنع العدوى المصاحبة لجهاز التنفس الصناعي:

- يجب الالتزام بالاحتياطات القياسية واحتياطات عزل اللمس
- يجب الاهتمام بنظافة الأيدي قبل التعامل مع المريض أو جهاز التنفس الصناعي.
- تجنب استخدام أجهزة التنفس الصناعي كلما أمكن مع مراعاة إجراء التقييم اليومي لتحديد مدى إمكانية فصل المريض عن جهاز التنفس الصناعي.
- يتم شفط كافة الإفرازات من الفم والأنبوب الحنجري بصورة دورية
- يجب تدريب مقدمي الخدمة الصحية على الحزمة الوقائية.
- يجب اتباع الترصد النشط لعدوى الجهاز التنفسي السفلي.
- يجب تجنب الامتلاء الشديد للمعدة.

3. العناية بالمريض الموصول بجهاز التنفس الصناعي:

- لا يجب تغيير وصلات جهاز التنفس الصناعي الا في حالة الاتساخ او وجود عيوب في الوصلات.
- يفضل استخدام الأنابيب الحنجرية ثنائية أو ثلاثية التجويف وتكون أحادية الاستخدام مزودة بالبالون للتمكن من إخراج إفرازات القصبة الهوائية التي تتراكم أسفل حنجرة المريض بواسطة الشفط المستمر أو باستخدام قسطرة معقمة أحادية الاستخدام.
- يجب غسل جهاز ترطيب المياه الموصول بجهاز التنفس الصناعي وتطهيره يوميا
- يجب استخدام الماء المعقم (او المغلي مسبقا والمبرد في حال عدم توفر الماء المعقم) في ملء الحاويات الخاصة بالترطيب المتصلة بأجهزة التنفس الصناعي ويتم تغيير الماء كل 8 ساعات.
- يمنع منعاً باتاً وضع المحلول الملحي في الأنبوب الحنجري خلال عملية شفط الإفرازات.
- يجب أن يتم تثبيت فلتري بكتيري فيروسي بين الأنبوبة الحنجرية ووصلات جهاز التنفس الصناعي ويتم تغييره في حال الاتساخ أو حسب تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب تجنب الفصل غير المخطط له للأنبوبة الحنجرية.
- يجب الحفاظ على الدائرة التنفسية مغلقة طوال فترة استخدام جهاز التنفس الصناعي.
- يفضل تركيب الأنبوبة الحنجرية عن طريق الفم ولا يتم تركيبها عن طريق الأنف لأنه يؤدي إلى زيادة معدل حدوث التهاب الجيوب الأنفية.

4. تنظيف وتطهير الأدوات وجهاز التنفس الصناعي:

أ. وصلات جهاز التنفس الصناعي:

- يجب تنظيف وتعقيم الوصلات التي يعاد استخدامها حسب تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب تغيير مرطب الهواء بعد مرور 24 ساعة (على أن يتم ملئه بالماء المعقم) مع مراعاة تفرغها من بخار الماء المتكون بانتظام.

ب. قساطر الشفط من القصبة الهوائية:

- يجب استخدام قسطرة معقمة جديدة أحادية الاستخدام في كل مرة تشفط ويفضل استخدام نظم الشفط المغلقة مع تخصيص قسطرة منفصلة لتشفيط الفم وأخرى لتشفيط الأنبوبة الحنجرية.

ج. الأنابيب الحنجرية:

- تستخدم لمرة واحدة فقط ولا تعاد معالجتها

د. المنظار الحنجري:

- يفضل استعمال المناظير الحنجرية أحادية الاستخدام أو التي يمكن إعادة معالجتها بالتطهير عالي المستوى أو بالتعقيم بعد كل استخدام.
- يمكن الاحتفاظ بها في كيس نظيف self-seal أحادي الاستخدام.

هـ. المعدات التي تستخدم لإجراء التنفس الصناعي اليدوي والإنعاش الرئوي (الأمبوباج):

- يجب غسله بالماء والصابون وتطهيره بكحول 70 % مرة واحدة أسبوعياً وكلما يتسخ، عند استخدامه عند نفس المريض
- يجب أن يفكك ويتم غسله وتطهيره/تعقيمه بين المريض والآخر تبعاً لنوعية الأجزاء و مدى تحملها للحرارة. يفضل تعقيمها بالتعقيم الحراري الرطب باستخدام جهاز الأوتوكلاف على ١٢١ درجة مئوية لمدة ٢٠ دقيقة تبعاً لمدى تحملها للحرارة أو تحت درجات حرارة منخفضة أو استخدام بالتطهير عالي المستوى حسب تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب شطف هذه المعدات جيداً بالماء المعقم لإزالة أثر المطهر عالي المستوى.
- يجب تحفيقها بفوطه معقمة تمهيداً للاستخدام. (يفضل عدم استخدام المطهرات التي تسبب حساسية الجهاز التنفسي)
- ممكن استخدام التعقيم الحراري الرطب حتى 3 مرات ما لم يكن هناك أي تغيير في جودة الأمبو باج .
- يجب التحقق من عدم وجود تسرب أو تلف قبل كل إعادة استخدام.

و. أقتعة الأكسجين:

- يفضل استخدام الأنواع أحادية الاستخدام. في حالة استخدام أنواع متعددة الاستخدام فإنه يلزم تنظيفها وتعقيمها بالتعقيم الحراري الرطب باستخدام جهاز الأوتوكلاف على ١٢١ درجة مئوية لمدة ٢٠ دقيقة تبعاً لمدى تحملها للحرارة. ممكن استخدام التعقيم الحراري الرطب حتى 3 مرات ما لم يكن هناك أي تغيير في جودتها. يجب التحقق من عدم وجود تسرب أو تلف قبل كل إعادة استخدام. خلاف ذلك، يمكن إعادة معالجتها بالتطهير عالي المستوى.

ز. أوعية جمع الإفرازات (زجاجات التشفيط والنزح):

- يفضل استخدام الأنواع أحادية الاستخدام.
- يجب استبدالها كل 24 ساعة (أو قبل ذلك عند امتلائها)

	ح. في حال الأدوات المتعددة الإستعمال • قبل شراء هذه الأجهزة ينبغي التأكد من قابلية الغطاء البلاستيك الخارجي للتطهير والتعقيم. • بالنسبة للعبوات متعددة الاستخدام: يجب غسلها يوميا وبين كل مريض ومريض بالماء والصابون جيدا ثم تجفف ويتم نفعها في كلور بتركيز % لمدة 10 دقائق وثم شطفها وتركها جافة. • عدم ترك السوائل في زجاجات الشفط أكثر من 24 ساعة ط. جهاز التنفس الصناعي: • يجب دائما المحافظة على النظافة العامة لجهاز التنفس الصناعي من الخارج حيث يتم تنظيفه بقطعة قماش بها ماء وصابون في بداية كل يوم صباحا وعند حدوث أي اتساخ مرئي وبين المريض وآخر. • يتم تطهير جهاز التنفس الصناعي بعد التنظيف باستعمال مطهر حسب تعليمات الشركة المصنعة.
9. المرفقات	مرفق رقم 1. نظام مراقبة /ترصد الأنشطة/ الإلتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي مرفق رقم 2. اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية المريض الذي لديه أنبوب تنفسي مرفق رقم 3. حزمة الجهاز التنفسي
10. مؤشرات الأداء	10.1 معدل حدوث الالتهاب الرئوي المصاحب لجهاز التنفس الصناعي 10.2 مدى الالتزام بتطبيق الحزمة الوقائية لعدم حدوث العدوى
11. المراجع	الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى 2020 • National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. JANUARY 2022. • Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2014;35(8):967-977. doi:10.1086/677216

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى أثناء أخذ عينة سائل النخاع الشوكي (البزل القطني)	رقم السياسة:	IPC-27
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 البزل القطني LP هو إجراء للحصول على عينة من السائل الذي يحيط بالدماغ والحبل الشوكي؛ ممكن أن يكون فحص السائل أمراً حاسماً في تشخيص الأمراض مثل التهاب السحايا أو الأمراض العصبية أو إعطاء المضادات الحيوية وأدوية التخدير في القناة الشوكية 1.2 حيث أن البزل القطني يُعدّ آمناً، إلا أنه من المحتمل أن يكون خطيراً ويحدث بعض المضاعفات مثل الصداع وتسرب السائل النخاعي أو فتق الدماغ أو عدوى بكتيرية وتشير كثير من الدراسات الى إمكانية إنتقال العدوى من الشخص المصاب أو العاملين عن طريق الرذاذ.		
2. السياسة:	2.1 إتباع الأساليب المانعة للتلوث أثناء عملية اخذ العينة من سائل النخاع الشوكي للزراعة الميكروبيولوجية أو للتشخيص		
3. الغرض:	3.1 منع حدوث عدوى أثناء تنفيذ إجراء بزل النخاع الشوكي		
4. مجال التطبيق:	4.1 تطبيق هذه السياسة على جميع المرضى الذين يحتاجون لإجراء بزل النخاع الشوكي (القطني) في جميع اقسام المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1 البزل القطني: هو فحص يتم خلاله أخذ عينة من السائل الدماغي الشوكي ويتم هذا إجراء في منطقة أسفل الظهر حيث يتم ادخال إبرة مجوفة بين فقرتين قطنيتين تحت العنكبوتية القطنية للقناة الشوكية (L4-L5) من أجل اخذ عينة من سائل النخاع الشوكي. 5.2 سائل النخاع الشوكي: (CSF) هو السائل المحيط بالدماغ والعمود الفقري ويعمل كممتص للصدمات ويعمل علي توسيد الدماغ والحبل الشوكي، عادة ما يكون السائل الدماغي النخاعي واضحاً وعديم اللون والرائحة وهو داخل نظام مغلق .		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 الطبيب المسؤول على الإجراء 6.2 رئيس قسم التمريض		
7. المتابعة:	7.1 رئيس السلامة ومكافحة العدوى 7.2 الطبيب المعالج 7.3 رئيس قسم التمريض		
8. الإجراءات:	8.1 يجب الحفاظ على أخذ الاحتياطات القياسية أثناء الإجراء بالإضافة الى احتياطات منع العدوى عن طريق الرذاذ ويجب إستخدام أدوات الوقاية الشخصية المناسبة. 8.2 تحضير المستلزمات، الأدوات والصينية التي تستخدم في عملية البزل وهي تتكون من:		

- عباءة معقمة وقفازات معقمة وقناع جراحي
- صينية البزل القطني (للأطفال تحتوي على إبرة حجم 22 أو للبالغين على إبرة حجم 20 أو لحديثي الولادة بإبرة حجم 25 .
- محلول مطهر الكلور هكسيدين أو بوفيدون 10% ومحلول كحول ايثيلي 70%
- قطع شاش معقم
- ضمادات لاصقة
- أنابيب معقمة ذات غطاء لولبي
- حقنة وإبرة
- حاوية النقل
- ميديا ناقلة (transport media) (إذا كان السائل الدماغي النخاعي لا يمكن تحليله في مختبر ميكروبيولوجي على الفور)
- يجب تبريد ميديا ناقلة (transport media) عند 4 درجات مئوية

8.3 الاجراء

- يجب مساعدة المريض في الحفاظ على الوضع المطلوب وعدم التحرك أثناء الإجراء
- يجب تنظيف اليدين (غسل اليدين غسلاً جراحياً) ولبس معدات الوقاية الشخصية مثل العباءة والقفازات المعقمة والقناع الجراحي
- يجب تركيز مصدر الضوء.
- يجب تحضير المنطقة باستخدام مركب من البوليدين مع الكحول ويترك لمدة 3 دقائق ويمسح المنطقة باتجاه دائري ومن الداخل للخارج وفي حال عدم وجود المركب يتم استخدام كلور هكسيدين أو بوفيدون Povidone iodine أيودين 10% ومن ثم استخدام كحول الايثيلي 70% ومسح المنطقة بعد عملية التطهير باتجاه واحد أو باتجاه دائري من الداخل للخارج في حال عدم وجود combination
- لحديثي الولادة في حال تم استخدام البوليدين بتركيز ١٠٪ يجب مسحه فوراً بالماء المعقم أو كحول ٧٠٪ فوراً لمنع امتصاص الجلد للمادة
- يجب ترك المطهر مدة حسب المادة المطهرة المستخدمة مع مراعاة زمن التلامس.
- يجب تحديد المكان المطلوب باستخدام علامة فوق المسافة البينية من L4-L5 باستخدام القلم أو العلامة
- يجب تغطية موضع البزل بضمادة عند إزالة الإبرة.
- يجب التخلص من المعدات المستعملة بشكل مناسب وحسب الدليل اللوني للنفايات.
- يجب غسل اليدين بعد الاجراء.
- يجب استكمال طلب فحوصات المريض وكتابة الاسم على العينات التي تحتوي على السائل ووضع الأنبوبة داخل حاوية محكمة الإغلاق وترسل إلى المختبر في مدة لا تتجاوز ساعة ولا تحفظ في الثلاجة، حيث يوجد أنواع من الميكروبات الحساسة والضعيفة والتي قد تموت إذا لم تتم زراعة العينات خلال ساعة. وفي حال كانت المدة تتجاوز ساعة، يجب وضع العينة للزراعة الميكروبيولوجية في ميديا ناقلة (transport media) وترك في درجة حرارة الغرفة

• لنقل العينة إلى المختبر، يجب وضعها في وعاء يمكن إغلاقه بإحكام ويجب مسح هذا الوعاء من الخارج جيداً بمسحة كحول بنسبة 70٪. • لا يجب استخدام البوفيدون على الحاجز المطاطي لزجاجة زرع الدم أو الميديا الناقلة • يجب مساعدة المريض في وضع الاستلقاء مع وسادة رأس واحدة كحد أقصى للفترة التي يحددها الطبيب. • يجب مراقبة موقع الثقب كل نص ساعة لمدة لا تقل عن ساعة واحدة أو حسب الوقت الذي يحدده الطبيب لتسرب السائل الدماغي النخاعي أو تورمه أو نزيفه مع إخبار الطبيب إذا كانت هناك علامات واضحة.	
9.4 مرفق رقم 1. طقم مستلزمات البزل القطني LP kit	9. المرفقات:
4. LUMBAR PUNCTURE: assisting with and patient Care: Pediatrics and Neonatal, March 2012 Number 1034, Saskatoon health region, Sakatoon City hospital 5. Mayo Clinic Family Health Book 5th Edition. © 2021 Simon & Schuster 6. Canberra hospital and health services, Clinical procedure: Lumbar Puncture - Assisting Guidelines - Adult Only – Aug 2016	10. المراجع:

اسم السياسة:	احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم	رقم السياسة:	IPC-28
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع العاملين في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	7 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 يختلف معدل خطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الدم باختلاف نوع الفيروسات، حيث تقدر معدلات الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (B) إثر الوخز الإبر تقريبا 30%، بينما تتراوح معدل الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (C) إثر الوخز بالإبر بمتوسط 3%، في حين تتراوح معدل الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) إثر الوخز بالإبر 0.3%. 1.2 أهم مصادر العدوى المسببة للأمراض التي تنتقل عن طريق الدم داخل المنشآت الصحية : • إجراء نقل دم • مشاركة الإبر الملوثة • استعمال أدوات حادة ملوثة وخاصة لعيادة الأسنان • انتقال العدوى من الأم إلى الجنين الولادة اثناء الولادة		
2. السياسة:	2.1 اتباع الأساليب المانعة للتلوث والاحتياطات القياسية أثناء التعامل مع أي مريض لمنع العدوى بالأمراض المنقولة عن طريق الدم. 2.2 ضمان سلامة العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يتعرضون لمسببات الأمراض المنقولة عبر الدم مثل فيروس التهاب الكبد ب وسي وفيروس نقص المناعة المكتسبة.		
3. الغرض:	3.1 تقديم الرعاية الصحية امنية خالية من خطر حدوث عوى تنتقل عن طريق الدم من والى المريض 3.2 معالجة العاملين في مجال الرعاية الصحية لخطر الإصابة من مسببات الأمراض المنقولة عبر الدم مثل فيروس التهاب الكبد ب وسي وفيروس نقص المناعة المكتسبة.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع أقسام المنشأة الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 الجلوبيولين المناعي المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي ب (HBIG): غلوبولين مناعي بشري يستخدم لمنع تطور التهاب الكبد ويستخدم لشخص غير المطعمين او مكتملي التطعيم او للأشخاص الذين اكملوا التطعيم ولم تتكون لديهم اجسام المضادة (غير مستجيب التطعيم) 5.2 الغلوبولينات المناعية المضادة لالتهاب IVIG : تُعرف أيضاً باسم الأجسام المضادة ، وهي جزيئات بروتين سكري تنتجها خلايا البلازما (خلايا الدم البيضاء) 5.3 التعرض المهني: التعرض للدم ا أو لسوائل الجسم التي يحتمل أن تكون معدية والتي قد تنجم عن وخز الجلد بالحقن 5.4 الوقاية بعد التعرض (Post-exposure prophylaxis): العلاج بالأدوية المضادة بعد التعرض المحتمل لمنع الإصابة بالعدوى وذلك من خلال الحصول على العلاجات اللازمة بعد التعرض للدم من الشخص المصاب بأحد الفيروسات التي تنتقل عن طريق الدم مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة وفيروس التهاب الكبد الوبائي ب وسي		

6.1 مسؤول مكافحة العدوى 6.2 رؤساء الأقسام 6.3 رئيس قسم الخدمات الفندقية	6 المسؤوليات والأدوار
7.1 الصيدلانية 7.2 المختبر 7.3 الصحة والسلامة المهنية	7 المتابعة:
8.1 مبادئ عامة: • يجب على جميع العاملين الالتزام بالاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى. • يجب الالتزام بنظافة الأيدي قبل وبعد التعامل مع المريض حسب اللحظات الخمس لغسل اليدين • يجب استخدام أدوات الوقاية الشخصية لحماية المرضى والكادر الصحي عند تقديم الخدمة الصحية • يجب العمل على استخدام الأساليب المانعة للتلوث عند التعامل مع المريض • يجب الالتزام بأساليب الحقن الآمن والتعامل مع الأدوات الحادة • يجب التأكد من سلامة الدم من الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم قبل إجراء عملية نقل للدم أو أحد مشتقاته. • يجب فصل النفايات بالطريقة الصحيحة • يجب تطعيم جميع العاملين بالمتشأة ضد التهاب الكبد الفيروس (B). • يجب التعامل الصحيح مع الانسكابات الدموية • يجب الالتزام بالتوصيات الخاصة بقيود العمل في حالات الإصابة بأحد الفيروسات التي تنتقل عن طريق الدم. • يجب على مؤسسات ومنشآت الرعاية الصحية وضع برامج لمنع التعرض للفيروسات المنقولة بالدم ومعالجة حالات التعرض في حالة حدوثها 8.2 إجراءات التعامل ما بعد التعرض للإصابة: أ. الإسعافات الأولية (التعامل مع الجرح أو الوخز): • يجب غسل موضع الإصابة (الجرح) فوراً بالماء والصابون، بينما يجب غسل الأغشية المخاطية (العينين والأنف والفم) بالماء النظيف فقط أو المحلول الملحي. • لا يوجد ما يدل على أن استخدام المطهرات (مثل كلور هكسيدين 2%-4%) للعناية بالجروح أو إخراج الدم عن طريق الضغط على الجرح لتقليل من خطر الإصابة بعدوى التهاب الكبد الوبائي (B) إلا أن استخدامها غير ممنوع. • لا ينصح باستخدام المواد الكاوية (مثل الكلور) أو حقن المطهرات في الجرح. ب. سحب عينة من (المريض والموظف) ج. الإبلاغ عند التعرض وتعبئة النموذج الخاص بالتعرض للوخز: • يجب إبلاغ المسؤول المباشر ومسؤول مكافحة العدوى. • يجب تسجيل ظروف الحادثة والإجراءات التي تم اتباعها ما بعد التعرض في نموذج تقرير التعرض المهني.	

- يجب وضع نسخة من تقرير التعرض في السجل الطبي للشخص المعرض مع الحفاظ على سرية تلك السجلات، والتي تحتوي على:
 - ✓ تاريخ ووقت التعرض
 - ✓ تفاصيل الاجراء: أين وكيف حدث التعرض، وما إذا كان له علاقة أو صلة بألة حادة، ونوع الألة وكيف ومتي حدث التعرض أثناء التعامل مع الألة.
 - ✓ تفاصيل التعرض: نوع وكمية السوائل أو المواد وشدة التعرض.
 - ✓ تفاصيل عن مصدر التعرض: فيروس التهاب الكبد الوبائي (B)، فيروس التهاب الكبد الوبائي (C)، وفيروس نقص المناعة البشري المكتسبة (HIV).

د. يجب تقييم الحالة المعدية لمصدر العدوى: عند الوخز بالإبر

- إذا كان مصدر العدوى معروف
 - ✓ يجب تقييم (المصدر) الشخص صاحب الدم أو سوائل الجسم لمعرفة حالة إصابته بفيروس التهاب الكبد الفيروسي "B" أو "C"، وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة HIV (Hep BsAg و Hep C antibodies و HIV و
 - ✓ يجب مراجعة السجل الطبي للمصدر في وقت التعرض (نتائج الاختبارات المخبرية، تشخيص الدخول، التاريخ الطبي السابق أو المعلومات المتاحة من الشخص المصدر قد تؤكد أو تستبعد إصابته بعدوى الفيروسات التي تنتقل عن طريق الدم).
 - ✓ يجب التحقق من السجل الطبي للمتلقى حول فيروس نقص المناعة البشرية السابق، و Hep C Ab و HB Ag و HB core Ab و HBsAb
 - ✓ يجب فحص التاريخ السابق للتطعيم للفيروس الكبد B
 - ✓ يجب الحفاظ على سرية البيانات بالنسبة للشخص مصدر العدوى في جميع الأوقات.
- إذا كان مصدر العدوى غير معروف
 - ✓ يجب التعامل مع مقدم الخدمة الصحية كما لو أن المريض مصدر العدوى مصاب بفيروس التهاب الكبد الوبائي "B" أو "C" أو "HIV"

8.3 التعامل بعد التعرض المهني لفيروس التهاب الكبد الفيروسي بي:

أ. إذا كان مصدر العدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي (B) إيجابي: (الملحق: وخز إبرة ذات مصدر إيجابي لـ HBsAg)

- إذا كان مقدم الخدمة الصحية لم يأخذ التطعيم أو لم يستكمل:
 - في حالة عدم أخذ التطعيم: أخذ جرعة واحدة من الجلوبيولين المناعي المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي B (0.06 ml/kg HBIG) عن طريق العضل خلال 24 ساعة إلى 7 أيام على الأكثر من الإصابة ويعتبر أخذه بعد هذه المدة غير مضمون الفعالية) وفي نفس الوقت يتم حقن الجرعة الأولى من التطعيم وتستكمل باقي الجرعات.
 - في حالة أخذ جرعة من التطعيم: يأخذ الجلوبيولين المناعي ويستكمل سلسلة التطعيم.

- iii.** يتم عمل اختبار السيروولوجي (HBsAb) لتحديد مدى الاستجابة للتطعيم بعد 1-2 شهر من آخر جرعة من التطعيم.
- iv.** يتم عمل اختبار السيروولوجي (HBsAb) لتحديد مدى الاستجابة بعد 4-6 شهور على إعطاء الجلوبولين المناعي المضاد للالتهاب الكبدي الفيروسي (B)
- v.** **يتم التأكيد على الآتي:**
- ✓ عمل الاختبار المبدئي Base Line للعدوى بفيروس التهاب الكبد الفيروسي (Total – Anti HBc) في أسرع وقت ممكن بعد التعرض.
- ✓ عمل اختبارات للمتابعة Follow Up بعد حوالي ستة أشهر Total Anti-HBc - HBsAg
- **إذا كان مقدم الخدمة الطبية حصل على التطعيم (3 جرعات) يتم تقييم الاستجابة للتطعيم:**
- i.** يتم عمل قياس مستوى لمضادات الفيروس (HBsAb) إذا كانت أكثر من 10 وحدات دولية لكل مليلتر فلا داعي لأخذ الجلوبولين المناعي أو التطعيم ولا داعي عمل أي من التحاليل الإضافية.
- ii.** إذا كان مستوى المضادات للفيروس (HBsAb) أقل من 10 وحدات دولية لكل مليلتر وتعرض لوخز من مريض موجب لفيروس التهاب الكبد (HBsAg) أو من مريض غير معلوم فحصه فعليه أخذ جرعة واحدة من الجلوبولين المناعي (HBIG) في أسرع وقت خلال 24 ساعة وبحد أقصى 7 أيام على الأكثر من الإصابة) وفي نفس الوقت يتم إعادة التطعيم بحقن الجرعة الأولى واستكمال باقي الجرعات ويجري اختبار السيروولوجي لتحديد مدى استجابة للتطعيم بعد 1-2 أشهر من آخر جرعة
- iii.** **يتم التأكيد على الآتي:**
- ✓ عمل الاختبار المبدئي Base Line للعدوى بفيروس التهاب الكبد الفيروسي (Total – Anti HBc) في أسرع وقت ممكن بعد التعرض.
- ✓ عمل اختبارات للمتابعة Follow Up بعد حوالي ستة أشهر Total Anti-HBc - HBsAg
- **إذا كان مقدم الخدمة الصحية حصل على التطعيم 3 جرعات ضد التهاب الكبد الفيروسي (B) وثبتت استجابته للتطعيم فلا داعي لأخذ الجلوبولين المناعي أو التطعيم ولا داعي لعمل فحوصات إضافية.**
- **إذا كان مقدم الخدمة الصحية الذي أخذ التطعيم المضاد لفيروس الكبد (B) 3 جرعات متتالية مرتين أي 6 جرعات وتبين بعد ذلك من اختبار السيروولوجي لمضادات الفيروس أن تركيزها غير كاف (أقل من 10 وحدات دولية) للوقاية من المرض فيتم التعامل كالاتي:**
- ✓ إذا تعرض لخطر العدوى من مريض التهاب كبدي فيروسي (B) إيجابي (HBsAg) فعليه أخذ جرعتين من الجلوبولين المناعي المضاد للالتهاب الكبدي (HBIG) بفصل شهر بينهما كالاتي:

- عمل الاختبار المبدئي Base Line للعدوى بفيروس التهاب الكبد الفيروسي (B) (Total – Anti-Hbc) في أسرع وقت ممكن بعد التعرض.
- عمل اختبارات للمتابعة Follow Up بعد حوالي ستة أشهر (اختبار السيروولوجي (HBsAg) و (Total – Anti-Hbc))

ب. يجب اتباع الإجراءات الآتية إذا كان مصدر العدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي (B) سلبي:

- في حالة عدم أخذ التطعيم أو عدم استكمالها: ينبغي أخذ الجرعات الثلاثة أو استكمالها، وعمل اختبار السيروولوجي (HBsAb) لتحديد مدى الاستجابة للتطعيم بعد 1-2 شهر من آخر جرعة من التطعيم، ولا حاجة لأخذ الجلوبيولين المناعي المضاد للالتهاب الكبد (B).

8.4 التعامل بعد التعرض المهني لفيروس التهاب الكبد الفيروسي سي:

8.4.1 اختبار المريض المصدر

- يتم اختبار المريض المصدر باستخدام اختبار الحمض النووي (NAT) للكشف عن فيروس التهاب الكبد الوبائي سي (HCV)، أو يتم فحص نسبة مستضدات فيروس التهاب الكبد سي مع الانعكاس على نتيجة اختبار الحمض النووي إذا كانت إيجابية.
- إذا كان المريض المصدر معروفاً أو يشتبه في أن لديه سلوكيات تزيد من خطر اكتساب فيروس التهاب الكبد الوبائي سي حديثاً (على سبيل المثال، استخدام العقاقير بالحقن خلال الأشهر الأربعة السابقة) أو إذا كان لا يمكن تقييم المخاطر بشكل موثوق، فيجب أن يشمل الاختبار الأولي اختبار NAT.
- يوصى باختبار المتابعة لموظفي الرعاية الصحية إذا كان اختبار الحمض النووي للكشف عن فيروس التهاب الكبد الوبائي سي لدى المريض المصدر إيجابياً، أو مضاد لـ HCV إيجابي مع نتيجة اختبار الحمض النووي غير معروفة أو لا يمكن القيام بهذا الاختبار.

8.4.2 اختبار أفراد الرعاية الصحية

- يجب إجراء الاختبار المبدئي لأفراد الرعاية الصحية لنسبة مستضدات فيروس التهاب الكبد سي مع الانعكاس على نتيجة اختبار الحمض النووي إذا كانت إيجابية في أقرب وقت ممكن (يفضل في غضون 48 ساعة) بعد التعرض وقد يكون متزامناً مع اختبار المريض المصدر.
- في حالة التوصية باختبار المتابعة للعامل الصحي بناءً على حالة المريض المصدر، يجب اختباره باستخدام NAT ضمن 3 إلى 6 أسابيع بعد التعرض.
- إذا كانت نتيجة العامل الصحي سلبية ضمن 3 إلى 6 أسابيع بعد التعرض، يوصى بإجراء اختبار نهائي لمستضد فيروس التهاب الكبد سي ضمن 4-6 أشهر بعد التعرض.
- يجب تلقي المريض المصدر أو العامل الصحي إذا كان إيجابياً لـ HCV - RNA الرعاية والعلاج اللازمين.
- يجب القيام باختبار المتابعة للعامل الصحي عند وجود مخاوف بشأن سلامة العينة عند المريض المصدر، بما في ذلك ظروف النقل والتخزين التي قد تكون قد أضرت بنتائج هذا الاختبار، أو إذا ظهرت عليه أي علامات سريرية لعدوى فيروس التهاب الكبد سي.

8.5 في حال كان مصدر العدوى هو مريض مصاب بفيروس نقص المناعة المكتسبة، يجب إتباع الإجراءات التالية:

- ينبغي معاينة مرحلة المرض: الأعراض، تاريخ الحدث، ونتائج الفحوصات المخبرية مثل: (Viral load) في غضون 3 أشهر من التعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة
- تاريخ العلاج بمضادات الفيروسات (antiretroviral agent).
- الحمل الفيروسي (viral load)
- والمعلومات عن مقاومة الأدوية المضادة للفيروسات إن وجدت.
- يتم تقييم مقدمي الخدمة الصحية المتعرضين للعدوى بفيروس (HIV) في غضون ساعات بدلاً من أيام بعد تعرضهم للعدوى.

❖ يجب ان يشمل تقييم مقدم الخدمة الصحية كما يلي:

- تقييم نوع التعرض
- تعبئة تقرير الحادث
- عمل الاختبار المبدئي Base Line لفيروس (HIV) لتحديد حالة الإصابة في وقت التعرض (HIV-Ab) مع الحفاظ على سرية النتائج.
- معلومات عن الأدوية التي يتناولها.
- الظروف الصحية الحالية والتي قد تؤثر على اختيار الدواء مثل الحمل، الرضاعة، أمراض الكبد، أمراض الكلى.
- يتم إجراء اختبارات وظائف الكلى والكبد وصورة الدم (CBC) كاملة عند التعرض وبعد أسبوعين من التعرض.
- يجب البدء الفوري بالعلاج بمضادات الفيروسات (antiretroviral agent) إذا كانت نتيجة فحص فيروس (HIV) للعاملين في مجال الرعاية الصحية سلبية.
- يجب المراقبة الدقيقة للعوارض الجانبية المتعلقة بالعلاج، وكذلك العلامات الفيروسية والمناعية السيولوجية للعدوى
- يجب الاستمرار بعلاج الوقاية بعد التعرض لفيروس (HIV) لمدة 4 أسابيع
- يجب أن يحتوي علاج الوقاية بعد التعرض لفيروس (HIV) على 3 أو أكثر من مضادات الفيروسات (antiretroviral therapy) لجميع حالات التعرض المهني لفيروس نقص المناعة المكتسبة
- يوصى باستشارة أخصائي وبائيات أو أمراض باطنية لأي تعرض مهني لفيروس نقص المناعة المكتسبة
- يوصى بإعادة تقييم مقدمي الخدمة الطبية المتعرضين للعدوى خلال 72 ساعة بعد التعرض.
- يعاد الكشف عن مضادات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة في الدم بعد 6 أسابيع و12 أسبوعاً و6 أشهر من التعرض.
- يوصى بالمتابعة الممتدة لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة لمدة 12 شهراً لمقدمي الخدمة الصحية الذين أصيبوا بفيروس التهاب الكبد الوبائي (C) بعد التعرض لمصدر مصاب بكل من فيروس نقص المناعة المكتسبة وفيروس التهاب الكبد الوبائي لفيروس (C) معاً.

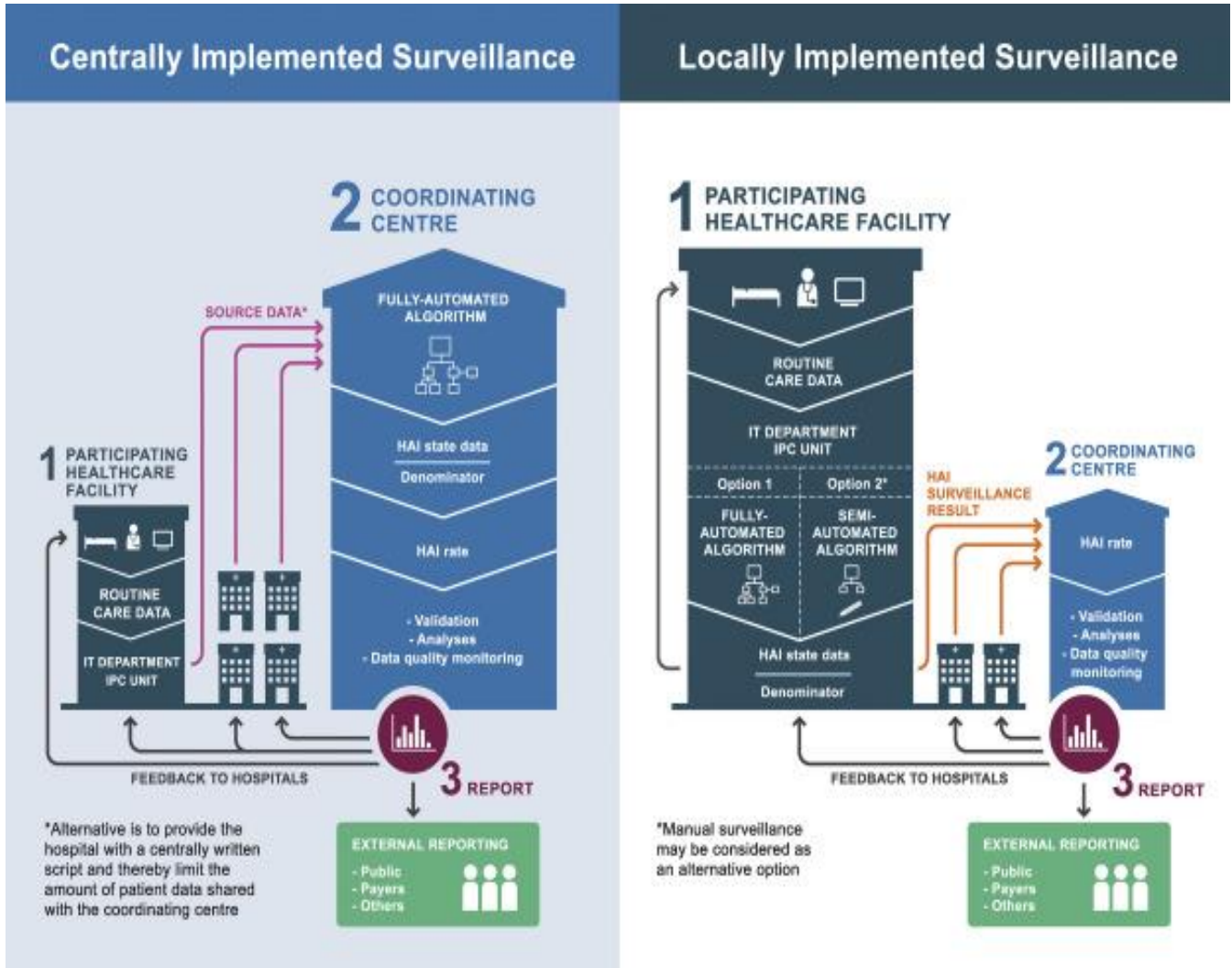
9. المرفقات:

- مرفق رقم 1. الوقاية بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب عن طريق الإصابة عن طريق الجلد

• مرفق رقم 2. العلاج الوقائي الموصى به بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب من التعرض للأغشية المخاطية والجلد غير السليم • مرفق رقم 3. التهاب الكبد الفيروسي سي • مرفق رقم 4. توصيات للوقاية بعد التعرض المهني لفيروس نقص المناعة المكتسب • مرفق رقم 5. متابعة موظفي الرعاية الصحية المعرضين لفيروس نقص المناعة المكتسب	
• الدليل القومي مكافحة العدوى المصري الجزء الثاني، الإصدار الرابع • دليل الإجراءات الواجب اتباعها في حالات الإصابة بالوخز بالإبر – المملكة العربية السعودية • Sonia Miller. Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/infection-prevention-for-occupational-health/occupational-exposure-to-bloodborne-pathogens. Accessed Jan 31, 2022 • Testing and Clinical Management of Health Care Personnel Potentially Exposed to Hepatitis C Virus — CDC Guidance, United States, 2020. • Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis; Update (May 23, 2018).	10 المراجع:

الفصل التاسع:

الترصد



اسم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	رقم السياسة:	IPC-29
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 إن الهدف الرئيسي من ترصد العدوى المكتسبة من المنشآت الصحية هو خفض معدلات العدوى بتلك المنشآت ويقتصر ترصد العدوى في المستشفيات على جمع البيانات وتحديد أماكنها ومسبباتها داخل المستشفيات والإبلاغ عنها وعمل تغذية راجعة من خلال تحليل البيانات وإجراء التدخل المناسب. ويعتبر رصد العدوى المكتسبة في المستشفيات من الوظائف الهامة لمنع العدوى والسيطرة عليها بحيث تهدف عملية الترخد الى: • الاكتشاف المبكر والسريع لأي زيادة غير طبيعية للعدوى المكتسبة في المستشفيات • مراقبة النمط الوبائي للأمراض التي تنتشر في المستشفيات والتغيرات التي تطرأ عليها • إجراء التدخلات المناسبة على بيانات الرصد • تقييم فعالية برنامج مكافحة العدوى داخل المستشفى • تحديد الاحتياجات والمتطلبات حسب التقييم • تشكيل قاعدة بيانات للدراسات والأبحاث 1.2 يمكن عمل ترصد عدوى لكل أقسام المنشأة الصحية مثل أقسام الجراحة والأطفال حديثي الولادة وجميع وحدات العناية وزراعة وغسيل الكلى والأقسام الداخلية بالمنشأة الصحية وتعتبر مناطق وأجهزة الجسم الأكثر عرضة لحدوث عدوى المستشفيات: الجهاز البولي، الجهاز التنفسي، موضع الجراحة، مجرى الدم، وتسمم الدم عند حديثي الولادة. 1.3 من الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالعدوى داخل المستشفيات فئة: المصابين بنقص المناعة، الحوامل، حديثي الولادة، المسنين، مرضى العناية المركزة، المصابين ببعض الأمراض المزمنة مثل السكري والقصور الكلوي.		
	2.1 الالتزام بإتباع إجراءات ترصد العدوى المكتسبة في المنشأة الصحية		
	2.2 توفير قاعدة بيانات في حدوث العدوى المكتسبة في المنشأة الصحية من أجل اتخاذ القرارات ووضع السياسات. 3.2 وصف معدلات الحساسية للمضادات الحيوية ومدى مقاومتها لدى مجموعة من البكتيريا التي تسبب العدوى المكتسبة في المنشأة الصحية 3.3 توفير معلومات مهمة لمكافحة العدوى والقيام بتدخلات وقائية نوعية اعتماداً على العدوى الأكثر شيوعاً ومعطيات الرصد		
3. الغرض:	4.2 جميع العاملين في المنشأة الصحية 5.3 الترصد: هو نظام دوري مستمر قائم على جمع منهجي للبيانات فيما يخص العدوى المكتسبة من المنشأة وتحليلها وتفسيرها ونشرها في الوقت المناسب لاتخاذ خطوات وإجراءات لتحسين الأداء.		
4. مجال التطبيق:			
5. التعريفات:			

5.4 العدوى المكتسبة للمنشأة الصحية: هي العدوى التي ظهرت على المريض بعد 48 ساعة من دخوله المستشفى ولم تكن عناصر تعريف الحالة ظاهرة عند دخول المريض للمستشفى وترتبط الإصابة بها بتقديم الرعاية الصحية للمريض وتشمل إصابة العاملين بالمنشأة.	
6.1 طاقم التمريض 6.2 الطبيب المعالج 6.3 اخصائي تحاليل طبية 6.4 مسؤول مكافحة العدوى	6. المسؤوليات والأدوار:
7.1 يحتاج فريق مكافحة العدوى وقتاً للقيام بمسؤوليات الترصد والتدريب على أساليب علم الأوبئة / الترصد في المنشأة الصحية والإشراف المنتظم من قبل الفريق الوطني لمكافحة العدوى للتأكد من أن صحة ونوعية البيانات التي تم جمعها. 7.2 في حال عدم وجود فريق متخصص لمكافحة العدوى، يمكن إجراء الترصد عن طريق: • طاقم تمريض مختص لمكافحة العدوى • مقدمي الرعاية الصحية من التخصصات الأخرى (مثل الجراحين والصيدلة) • العاملين في مجالات الترصد الأخرى أو في مجال علم الوبائيات أو الإحصاء (على سبيل المثال: التدريب الأولي، زيارات الإشراف المستمرة من الفريق العامل على المستوى الوطني).	7. المتابعة:
8.1 على المستوى الوطني: 8.1.1 يتضمن البرنامج الوطني لترصد العدوى المكتسبة في المنشأة الصحية آليات للتغذية الراجعة في الوقت المناسب، مع إمكانية استخدامها لأغراض القياس، ولتقليل العدوى المكتسبة ومقاومة المضادات الحيوية. 8.2 على مستوى المنشأة الصحية: 8.2.1 يقتصر ترصد العدوى في المنشأة الصحية على جمع البيانات وتحديد أماكنها ومعرفة مسبباتها داخل المنشأة الصحية والإبلاغ عنها وعمل تغذية راجعة من خلال تحليل البيانات وإجراء التدخلات المناسبة. 8.2.2 يجب أن يعمل الفريق الوطني لترصد العدوى في المنشأة الصحية على تنسيق تعريفات العدوى المكتسبة في المنشأة الصحية HAI وطرق الترصد في جميع المنشآت الصحية على المستوى الوطني. 8.2.3 يجب أن يضع الفريق الوطني خطة ترصد مكتوبة تتضمن العناصر المدرجة أدناه: • الأسس المنطقية لترصد فئات معينة والأهداف • الغرض والأهداف وكيفية استخدام البيانات • تحديد ومسؤوليات فريق الترصد المسؤول • منهجية العمل 8.2.4 يجب وضع تعريف واضح ومحدد للعدوى المكتسبة في المنشأة الصحية على أن تكون دقيقة ومحددة بالقدر الكافي لكي لا تحدث مبالغة في إحتساب حالات أخرى على أساس الأدلة الطبية 8.2.5 يجب تحديد مصادر البيانات ونوع جمع البيانات 8.2.6 يجب تقييم جودة البيانات 8.2.7 يجب إعداد تقرير دوري عن أعداد الحالات 8.2.8 يجب إعداد التقارير والتغذية الراجعة بعد تقييم التنفيذ	8. الإجراءات:

8.2.9 يجب تحديد المؤشرات الوطنية مع خطة للبدء بالعملية 8.2.10 يجب تحديد المؤشرات الوطنية مع خطة للبدء بالمؤشرات العملية ثم مؤشرات المخرجات وتنظيم جمع البيانات وتنفيذ تقرير البيانات الوطنية مع التغذية الراجعة والمشورة على أساس دوري 8.3 مهام فريق مكافحة العدوى في المنشأة الصحية: 8.3.1 يجب وضع ومتابعة المؤشرات الوطنية والتواصل مع الفريق الوطني ببيانات المؤشرات الوطنية بشكل دوري حسب طلب الفريق الوطني 8.3.2 يجب وضع مؤشرات محدّدة للمنشأة الصحية ومتابعتها ووضع خطة التحسين ومتابعة الإجراءات التصحيحية المقابلة 8.3.3 يجب تجميع المعلومات وتعبئتها بالنموذج الخاص بترصد العدوى أثناء متابعة وملاحظة المريض 8.3.4 يجب الإبلاغ عن الأمراض الانتقالية الواجب الإبلاغ عنها الى فريق مكافحة العدوى الوطني بالتعاون مع مسؤول مكافحة العدوى حسب قائمة التبليغ عن الأمراض 8.3.5 يجب تسجيل الحالات يومياً في سجل خاص 8.3.6 يجب رسم خارطة للمنطقة وتوزيع الحالات المرضية على خارطة داخل المنشأة الصحية 8.3.7 يجب تقصي كل حالة مرضية من الحالات المطلوب تقصيها 8.3.8 يجب عزل المريض عن باقي الحالات مباشرة في حجرة مغلقة مع إتخاذ إجراءات مكافحة العدوى والعزل لأي حالة سواء المشتبه فيها أو المؤكدة 8.3.9 يجب إعداد تقرير أسبوعي و/أو شهري عن أعداد الحالات 8.3.10 يجب إعداد التقارير والتغذية الراجعة بعد تقييم التنفيذ	
9.1 مرفق رقم 1: طرق احتساب مؤشرات الأداء 9.2 مرفق رقم 2: DENOMINATOR DAYS FORM (Adult and Pediatrics) 9.3 مرفق رقم 3: DENOMINATOR DAYS FORM Neonates (NICU) 9.4 مرفق رقم 4: VAP Surveillance Checklist 9.5 مرفق رقم 5: CLABSI Surveillance Checklist 9.6 مرفق رقم 6: CAUTI Surveillance Checklist 9.7 مرفق رقم 7: SSI Surveillance Checklist 9.8 مرفق رقم 8: كيفية أخذ العينات	9. المرفقات:
- National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. JANUARY 2022. - Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2014;35(8):967-977. doi:10.1086/677216	10. المراجع:

اسم السياسة:	الإبلاغ عن الأمراض المعدية	رقم السياسة:	IPC-30
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	6 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 يعد الإبلاغ عن حالات الأمراض المعدية أمراً مهماً لمنع تفشي الأمراض ومكافحتها، وضمان العلاج الصحي المناسب واكتشاف حالات تفشي الأمراض الشائعة. 1.2 تعد عملية الإبلاغ من قبل العاملين في المجال الصحي مطلب قانوني للسلطات الصحية المعنية ولا يتطلب من مقدمي الرعاية الصحية الحصول على موافقة المريض قبل تقديم هذه المعلومات مع ضمان السرية. 1.3 تتطلب بعض الأمراض سرعة في الإبلاغ عنها إذ من الممكن أن يضطر الفريق الطبي الإبلاغ عنها فوراً عبر الهاتف نظراً لخطورة المرض والحاجة إلى استجابة فورية مثل الحاجة إلى حجر أو عزل المريض المشتبه به أو المصاب أو استبعاده عن العمل أو المدرسة وغيرها، واتخاذ التدابير اللازمة للعاملين المخالطين مثل إعطاء المضادات الحيوية أو التطعيمات		
2. السياسة:	2.1 آلية الإبلاغ من قبل جميع العاملين بالمنشأة الصحية عن حالات الأمراض المعدية		
3. الغرض:	3.1 تحديد الفاشيات والأوبئة ومصدر العدوى والسيطرة على انتشار المرض. 3.2 تزويد العاملين بالمنشأة الصحية بآليات التبليغ عن الأمراض المعدية. 3.3 المساهمة في ترصد الأمراض المعدية وطرق الاستعداد لمواجهتها. 3.4 تمكين توفير العلاج الوقائي و/أو التنقيف لمقدمي الخدمة الصحية والمريض		
4. مجال التطبيق:	4.1 تطبيق في جميع أقسام المنشأة الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 تعريف الحالة (Case definition): عبارة عن مجموعة قياسية من المعايير لتقرير ما إذا كان المريض يصنف على أنه يعاني من الحالة المرضية وهذا يشمل الأغلبية إن لم يكن جميع الحالات الفعلية. 5.2 حالة متوافقة سريريًا (Clinically compatible): متلازمة سريرية (علامات، أعراض، فحوصات مخبرية) متوافقة بشكل عام مع المرض كما في تعريف الحالة. 5.3 الحالة المؤكدة (Confirmed case): حالة مصنفة على أنها مؤكدة الأعراض عند الإبلاغ. (موجبة) 5.4 حالة مرتبطة وبائياً (Epidemiologically linked cases): حالة توصف بالآتي: • شخص مخالط لحالة أو أكثر مصابة بالمرض أو تعرضوا لمصدر العدوى (أي مصدر واحد للعدوى) مثل تفشي الأمراض المصاحبة للغذاء (Food borne diseases) جميع مرضى الحالات المؤكدة مصابين بنفس المرض. • الحالة المرتبطة وبائياً يمكن اعتبارها مؤكدة مخبرياً في حال تأكيد حالة واحدة بالتحاليل المخبرية.		

5.5 الحالة المؤكدة مخبرياً (Laboratory-confirmed case): حالة تم تشخيصها وتأكيد إصابتها بالمرض المعدي بوحدة أو أكثر من الطرق المخبرية المدرجة في تعريف الحالة ضمن معايير التشخيص المخبري.

5.6 نتائج معملية داعمة أو افتراضية: نتائج معملية محددة تتوافق مع التشخيص لكنها لا تفي بمعايير التأكيد المعملية.

5.7 الحالة المشتبه بها: حالة تم تصنيفها على أنها مشتبه بها اذ تعاني من علامات واعراض مشابهة للحالات المصابة ولكن لم يتم تأكيد إصابتها بالطرق المخبرية

5.8 تصنيف الأمراض المعدية والإبلاغ عنها:

Group (A) Diseases الإبلاغ الفوري	Group (B) Diseases الإبلاغ الأسبوعي	Group (C) Diseases الإبلاغ الشهري
Acute Poliomyelitis & AFP شلل الأطفال الحاد والشلل الرخو الحاد	Bacterial & Viral Meningitis التهاب السحايا البكتيري والفيروسي	Animal Bites لدغات / عضات الحيوانات
HIV / AIDS فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	Brucellosis الحمى المالطية	Chicken Pox الجدري
Cholera الكوليرا	Meningitis A, B, C التهاب السحايا	Diarrhea الإسهال
COVID-19 19كوفيد-	Leishmeniasis الليشمانيا	Pneumonia & Upper Respiratory Infection الالتهاب الرئوي والتهابات الجهاز التنفسي العلوي
Diphtheria الدفتيريا	Influenza (H1N1) الإنفلونزا	Ascariasis (Round Worm) داء الصفر (الدودة المستديرة)
Food Poisoning تسمم غذائي	Malaria المالاريا	Amebiasis داء الزخار
Rubella الحصبة الألمانية	Mumps النكاف	Giardiasis الجيارديات
Measles الحصبة	Sexually Transmitted Diseases (Gonorrhea, Syphilis, Other) الأمراض التي تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي (السيلان، والزهرى، وغيرها)	Strongyloidiasis, Enterobiasis, Trichuriasis & Hymenolepiasis داء الإسطانيات، داء المعوية، داء المشعرات وداء الغشاء المخاطي
Meningococcal & Hemophilus Influenza B Meningitis التهاب السحايا بالمكورات السحائية والهييموفيلوس ب	Shigellosis داء الشيغيلات	Toxoplasmosis داء المقوسات

Rabies داء الكلب	Typhoid & Paratyphoid fever & Other Salmonellosis حمى التيفوئيد والحمى نظيرة التيفية وداء السلمونيلا الأخرى	Leprosy جذام		
Tetanus كزاز	Whooping Cough السعال الديكي	Multi-drug resistant bacteria including carbapenem-resistant Gram-negative bacteria and C. difficile		
Tuberculosis (Pulmonary, Extra-Pulmonary) السل (الرئوي، خارج الرئتين)				
Adverse events following immunization الأحداث الضارة بعد التحصين				
Any pan-antibiotic-resistant bacteria				
6.1 طاقم التمريض. 6.2 طاقم الأطباء. 6.3 طاقم المختبر. 6.4 العاملون بقسم الوبائيات بالمنطقة				6. المسؤوليات والأدوار:
7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 رؤساء الأقسام الطبية. 7.3 رؤساء أقسام التمريض. 7.4 رئيس قسم المختبر. 7.5 رئيس قسم الوبائيات في المنطقة. 7.6 دائرة الطب الوقائي				7. المتابعة:
8.1 خطوات الإبلاغ عن العدوى يتولى أعضاء البرنامج الوطني للوقاية من العدوى أن يقدم قائمة بالأمراض التي يمكن الإبلاغ عنها بناءً على الدلائل الإرشادية الدولية وعلم الأوبئة المحلي أ. تعريف الحالة (Identify cases) • يجب استخدام القواعد الأساسية لتعريف الحالة وتحديد الأولويات للمرضى والظروف المحيطة • يجب على السلطات الصحية (دائرة الطب الوقائي) المباشرة بالتحقيق والاستجابة. ب. تحليل وتفسير البيانات: (Analyze & Interpret data) • يجب تحليل وتفسير البيانات وجمع المعلومات وتحليلها ومقارنتها مع الفترات السابقة وتلخيص النتائج				8. الإجراءات:

ج. التحقق في الحالات (Investigate & Confirm Suspected Case & Outbreak)

- يجب التحقق في الحالات المشتبه بها وحالات تفشي المرض.
- إجراء فحوصات وتأكيد الحالات المشتبه بها (تشخيص الحالة) باتخاذ الاجراءات لضمان تأكيد الحالة بما في ذلك الفحوصات المخبرية وجمع الأدلة حول سبب تفشي المرض واستخدامها لمنع انتقال المرض إلى الآخرين

د. الاستجابة لتفشي المرض (Respond to Outbreak)

- يجب الاستجابة لتفشي المرض وحشد الموارد والأفراد نحو الاستجابة المناسبة.

هـ. التغذية الراجعة: (Provide Feedback)

- يجب تقديم الملاحظات والتشجيع على العمل التعاوني من خلال الإبلاغ عن حالات التفشي المبلغ عنها ونتيجة التحقيق ولنجاح تحقيق سرعة الاستجابة

و. تقييم وتحسين النظام: (Evaluate & Improve the system)

- يجب تقييم وتحسين النظام وتقييم فعالية سياسة الإبلاغ عن العدوى من حيث الجداول الزمنية وجودة المعلومات والاستعداد وإدارة الحالة والأداء العام.
- يجب على العاملين بوحدة السلامة ومكافحة العدوى ودائرة الطب الوقائي القيام بالآتي:
 - تحليل وتفسير المعلومات والتقارير الواردة وتحديد معايير الوقاية من المرض.
 - كتابة تقارير فورية ودورية إلى الإدارة العليا (اللجنة الوطنية للأمراض المعدية).
 - يجب على اللجنة الوطنية للأمراض المعدية مراقبة وتقييم العملية برمتها.
- على مستوى المنشأة الصحية، يجب على العاملين التعرف ومراجعة تصنيف الأمراض المعدية المشمولة بنظام الترصد في فلسطين وهي مصنفة إلى ثلاث مجموعات رئيسية حسب معدلات المراضة والوفيات وشدة العدوى وعجز السيطرة عليها والبرامج ذات الصلة للقضاء عليها أو للحد منها (راجع التعريفات)

ز. تدوين الحالات (Report):

- يجب تدوين وإبلاغ الحالات المشتبه بها والمؤكدة للسلطات الصحية المعنية (لجنة مكافحة العدوى في المنشأة إلى اللجنة الوطنية لمكافحة العدوى ثم إلى دائرة الطب الوقائي) على المستوى الحكومي وفقاً لقائمة الأمراض المحددة مسبقاً في كل فئة.
- يجب أن يتم الإبلاغ في الوقت المحدد وفقاً للقائمة الوطنية سواء كان الإبلاغ الفوري أو الإبلاغ الروتيني المنتظم وفقاً لمدى العدوى وخطورة المرض المبلغ عنه

8.2 معايير الإبلاغ عن العدوى

يوصى بتضمين الأمراض المعدية إذا كانت تدرج في واحدة أو أكثر من الفئات التالية:

- الحالات التي تسبب ارتفاع كبير في معدلات المراضة والوفيات (مثل أمراض الاسهال، السل والتهاب السحايا) أو الأمراض أثناء الأوبئة والجائحات
- حالات لديها امكانية لتفشي وباء (مثل داء الكلب، انفلونزا الخنازير والكوليرا).
- حالات معترف بها ويتم ترصدها دولياً (مثل الطاعون، الحمى الصفراء والكوليرا)
- توفير الوقاية والتدخلات الفعالة لمعالجة مشكلة الصحة العامة (مثل التهاب الكبد الوبائي).
- توفير برامج إجرائية مدعومة من منظمة الصحة العالمية لمنع ومكافحة أو القضاء عليها (مثل الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات في إطار البرنامج الموسع للتحصين والأمراض المدرجة ضمن استراتيجية الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة IMCI).

8.3 يتطلب إجراء فحوصات مخبرية للأمراض الآتية:

Acute flaccid paralysis (Suspected polio)	Diarrhea with blood (Shigella)	Influenza (H1N1)	Strongyloidiasis
Amebiasis	Diphtheria	Malaria	Toxoplasmosis
Ascariasis	Giardiasis	Measles & Rubella	Tuberculosis
Brucellosis	Hepatitis	Meningitis	Typhoid & Paratyphoid
Cholera	HIV / AIDS	Oxyuriasis	

8.4 إعداد التقارير للأمراض المعدية المؤكدة والمشتبه بها:

أ. الإبلاغ الفوري:

- يجب الإبلاغ الفوري عن جميع الأمراض المعدية في المجموعة (A) أو أي حدث صحي غير عادي (غير مألوف) بواسطة الهاتف أو البريد الإلكتروني أو وسائل تواصل متفق عليها باستخدام نموذج محدد للإبلاغ

ب. الإبلاغ الأسبوعي:

- يجب الإبلاغ الأسبوعي عن جميع الأمراض في المجموعة (B) باستخدام نموذج محدد للإبلاغ

ج. الإبلاغ الشهري: • يجب الإبلاغ الشهري عن جميع الأمراض في المجموعة (C) باستخدام نموذج محدد للإبلاغ • يجب الإبلاغ عن الأمراض المعدية من قبل جميع مقدمي الخدمة الصحية وفي أي مركز صحي لمسؤول مكافحة العدوى ومن مسؤول مكافحة العدوى إلى اللجنة الوطنية لمكافحة العدوى ثم إلى دائرة الطب الوقائي التابع للمنطقة 8.5 يجب على العاملين بقسم مكافحة العدوى وقسم الطب الوقائي القيام بالآتي: • مراجعة التقارير الواردة وجمع تفاصيل وبيانات أكثر حول الحالة لتحديد الأمراض باستخدام نموذج خاص • اتخاذ تدابير الوقاية لمنع انتشار أكثر للمرض. • رفع تقارير الحادثة إلى وحدة السلامة ومكافحة العدوى ودائرة الطب الوقائي.	
9.1 مرفق رقم 1 : reporting communicable diseases form 9.2 مرفق رقم 2 : نموذج تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من عيادة 9.3 مرفق رقم 3 : تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من مستشفى	9. المرفقات:
• Communicable Diseases-Reporting & Services (oct.2018 • National Guideline for Communicable Diseases Surveillance 1st edition 2011 • World Health Organization. (2001). Protocol for the assessment of national communicable disease surveillance and response systems : guidelines for assessment teams. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/66787	10. المراجع:

اسم السياسة:	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-31
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام بالمنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 يمكن أن يحدث تفشي للأمراض المعدية وغير المعدية في أي مكان للرعاية الصحية ويشكل تهديداً لسلامة المرضى والتحقيق في تفشي محتمل يتضمن مكونات وبائية معينة. ويعد التعاون بين أخصائي الأوبئة في مجال الرعاية الصحية والوقاية من العدوى، وخبراء الصحة العامة أمراً مهماً في الإدارة الفعالة لمنع التفشي في أماكن الرعاية الصحية. والهدف النهائي من أي تحقيق في تفشي المرض هو تحديد العوامل المساهمة في الانتشار ومنع أو تقليل حدوث التفشي في المنشأة.		
2. السياسة:	2.1 الالتزام بتطبيق اجراءات ادارة تفشي الأمراض المعدية بما في ذلك التعريف المبكر للمرض والشروع في اتخاذ تدابير السيطرة ومنع الانتشار وتحديد الأدوار والمسؤوليات.		
3. الغرض:	3.1 تزويد العاملين في المجال الصحي بالمعلومات الكافية حول تحديد حالة تفشي المرض بشكل مناسب، لضمان إبلاغ جميع الأطراف المعنية بالأمر للسيطرة على انتشار العدوى.		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية.		
5. التعريفات:	5.1 التفشي (Outbreak) في المنشأة الصحية: حدوث زيادة فوق المعدل الأساسي المتعارف عليه لمكان معين خلال فترة زمنية قصيرة، أو على مدى سنوات محددة. قد تكون هذه الزيادة عدوى واحدة نادرة الحدوث، أو قد تكون متعددة. قد تحدث هذه الزيادة في قسم واحد أو عدة أقسام في منشأة واحدة أو عبر العديد من المنشآت. 5.2 التجمعات (Cluster): تجميع الحالات في منطقة معينة خلال فترة معينة بغض النظر عما إذا كان عدد الحالات أكبر من المتوقع. 5.3 المنحنى الوبائي (Epidemic curve): هو رسم بياني يظهر فيه حالات المرض التي حدثت أثناء تفشي المرض حسب وقت ظهور المرض في كل حالة. 5.4 تعريف الحالة (Case definition): هي مجموعة من المعايير الأساسية. يتضمن تعريف الحالة المعايير السريرية وعلى وجه الخصوص في إعداد التحقيق في تفشي، والقيود حسب الوقت والمكان والشخص. 5.5 معدل الحدوث (Incidence Rate): هو عدد الحالات (الجديدة) المصابة بالعدوى على مجموعة محددة من الأشخاص المعرضين لخطر حدوث العدوى خلال فترة زمنية محددة. 5.6 معدل الانتشار (Prevalence Rate): هو عدد حالات العدوى (القديمة والجديدة) خلال فترة زمنية محددة على مجموعة محددة من الأشخاص المعرضين لخطر حدوث العدوى. 5.7 الوباء (Epidemic): هو انتشار مفاجئ وسريع لمرض معدي في رقعة جغرافية بما يتجاوز التوقعات الطبيعية في المنطقة المعنية. 5.8 المرض المستوطن (Endemic): هو مرض معدي يحدث بشكل مستمر يصيب عدداً محدداً من السكان في رقعة جغرافية محددة. 5.9 الجائحة (Pandemic): هو انتشار مرض معدي في مجال واسع جداً من العالم يمتد للقارات أو يشمل العالم بأسره.		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 إدارة المنشأة الصحية 6.2 مسؤول مكافحة العدوى		

6.3. فريق مكافحة العدوى 6.4. جميع العاملين 6.5. الجهات المشاركة	
7.1. السلطات العليا 7.2. وحدة السلامة ومكافحة العدوى 7.3. دائرة الطب الوقائي 7.4. إدارة المنشأة الصحية 7.5. لجنة مكافحة العدوى 7.6. مسؤول مكافحة العدوى 7.7. رؤساء الأقسام	7. المتابعة:
8.1. أولاً يجب تحديد وتأكيد وجود تفشي وزيادة في معدلات الإصابة. هذه الزيادة قد تكون: ○ ظهور مرض في مجموعة مرضى أو موظفين أعلى من المعدل المتوقع في أي وقت أو أي مكان. ○ حالتان أو أكثر من المرض المرتبطان بنفس التعرض حتى لو كان الرقم ليس أكثر من المتوقع. ○ حالة واحدة لمرض نادر أو حالة لها أهمية بالغة للصحة العامة (مثل: Covid-19، السل) التي تحتاج إلى تحقيق عاجل وإدارة. ○ إذا كان معدل الحدوث غير معروف؛ وهناك أكثر من حالتين من العدوى المصاحبة للرعاية الصحية بنفس الميكروب المرتبطة بنفس التعرض، في أي وقت أو أي مكان خلال 3 أيام أو تبعاً لفترة حضانة العدوى، ويجب اتباع ترصد العدوى في المنشأة الصحية ○ ظهور نتائج مخبرية لحالتين أو أكثر تبين التالي: ■ العدوى المكتسبة في المستشفى التي تتسبب بها ميكروبات مقاومة لكل مضادات الميكروبات المتوفرة ■ أي من الأمراض السارية والمعدية المكتسبة في المنشأة الصحية 8.2. الإجراءات الإدارية: ● يجب تعيين فريق متعدد التخصصات يمثل الإدارات والوظائف المناسبة لإدارة التفشي برئاسة مسؤول مكافحة العدوى ومكون من رؤساء الأقسام المعنيين وآخرين حسب الاحتياج. ● يجب على إدارة المنشأة/ الإدارة العليا تقديم الدعم الكامل للفريق وإعطائه السلطة لإجراء تغييرات في الممارسات للسيطرة على تفشي المرض (مثل: تقييد الزوار، حصر المرضى في غرفهم، نقل المرضى، زيادة التنظيف البيئي، وغيرها...). ● يجب منح الصلاحية الكاملة للفريق لسهولة الوصول للمعلومات (مثل: السجلات الطبية، السجلات المخبرية، السجلات الإدارية وغيرها...) 8.3. مهام فريق التعامل مع التفشي والخطوات التي يجب ان يتبعها: ● عقد اجتماعات للتحقيق في حالة التفشي. ● التحقق من معدلات الإصابة وكيفية تغييرها والتحقق من التشخيص وتعريف الحالة. ● توثيق التفشي من حيث الزمان والمكان والأشخاص. ● إبلاغ الجهات المعنية بشأن التفشي على المستوى الوطني مثل وحدة السلامة ومكافحة العدوى ومن ثم الإدارة العليا في الوزارة . ● رسم المنحنى الوبائي ووضع قائمة لوصف الحالات المحتملة والمكان والزمان). ● مراجعة الأبحاث والدراسات السابقة.	8. الإجراءات:

● مراجعة تعريف الحالة. ● مواصلة اكتشاف الحالات ورصدها. ● البحث عن أي أدلة إضافية ضرورة لتحديد طبيعة وحجم التفشي. ● تحليل المعلومات المتاحة عن التفشي. ● <u>إعداد خطة العمل لمواجهتها تتضمن:</u> ✓ تنفيذ الإجراءات المناسبة لمكافحة العدوى. ✓ إبلاغ وإشراك الجهات المعنية في الوقت المناسب. ✓ وضع واختبار فرضيات بشأن التفشي ومراجعة وجود روابط وبائية مشتركة بين الحالات ✓ اخذ مسحات بيئية وعينات من المرضى والموظفين كما هو محدد. ● تزويد العاملين برسائل إرشادية لتطبيق السياسات والتي تخص حالة التفشي. ● وضع تدابير التحكم التي يجب اتخاذها لتقليل التعرض للمخاطر والحد من انتشار العدوى. ● متابعة مدى توفير الموارد لتنفيذ تدابير مكافحة التفشي. ● ضمان الاحتفاظ بالسجلات للتحقيق وإدارة التفشي طوال العملية. ● تدريب العاملين على سياسات التعامل مع حالة التفشي. ● إعداد وتنفيذ دورات تدريبية إلزامية لجميع العاملين على تدابير التحكم الخاصة بالحالة الوبائية. ● تحديد آلية تواصل العاملين مع قسم ولجنة مكافحة العدوى. ● وضع الكتيبات والملصقات في جميع أقسام المنشآت الصحية لرفع وعي العاملين. ● مراجعة التحقيق والتقييم المستمر للحالة الوبائية وتعديل التدابير حسب الحاجة. ● عمل خطة للتوعية الإعلامية لجميع الفئات المعرضة للإصابة بهدف وضع مبادئ صحيحة للتعامل ودحض الشائعات التي قد ترسي مبادئ خاطئة في التعامل مع التفشي إذا كان ممكناً بحسب نوع التفشي. <u>يجب على فريق إدارة حالة التفشي إعداد التقارير ورفعها للجهات المعنية وكما هو موضح في النماذج المرفقة ويشمل على التالي:</u> ✓ نتائج التحقيق حول التفشي. ✓ تدابير التحكم التي تم اتخاذها. ✓ النشاطات المتخذة لمنع التكرار. ✓ التوصيات. <u>يجب على الفريق المتابعة والتقييم بعد انتهاء مرحلة التفشي بالقيام بالآتي:</u> ✓ مراجعة وتطوير السياسات والإجراءات وتدابير السلامة لمنع تكرار تفشي المرض. ✓ توفير مخزون من المستلزمات والإمدادات وموارد بشرية للعودة إلى الأنشطة اليومية. ✓ استحداث بعض أنشطة الترصد تبعاً لنتائج التقصي الوبائي. ✓ متابعة تدريب العاملين حول تدابير السلامة ومكافحة العدوى. ✓ التواصل المستمر مع الشركاء حول تطوير البرامج لمنع تكرار مثل هذه الفاشيات.	
9.1 مرفق رقم 1. خطوات التعامل مع حالة التفشي 9.2 مرفق رقم 2. نموذج التبليغ عن التفشي رقم (1) 9.3 مرفق رقم 3. كشف المعلومات الشخصية للحالات نموذج رقم (2)	9. المرفقات:

9.4 مرفق رقم 4. كشف معلومات الخطر ومصدر عدوى التفشي نموذج رقم (3) 9.5 مرفق رقم 5. التقرير النهائي لحالة التفشي نموذج رقم (4) 9.6 مرفق رقم 6. نهج التحقيق ببعض الكائنات الحية	
الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى الجزء الأول الإصدار الرابع 2020 - Elizabeth A. Campbell and C. Lynn Eichhorn. Outbreak Investigations. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/epidemiology-surveillance-performance-and-patient-safety-measures/outbreak-investigations. Accessed Jan 31, 2022 - Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. Lesson 6: Investigating an Outbreak. https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson6/section2.html - Guidelines on the Management of Outbreaks in Healthcare Facilities, General Directorate of infection Prevention and Control (GDIPC), 2ed Edition ,2018	10 المراجع

اسم السياسة:	إجراءات مكافحة العدوى اثناء تفشي جائحة كورونا	رقم السياسة:	IPC-32
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	7 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	- تعد فيروسات كورونا (CoV) عائلة كبيرة من فيروسات الحمض النووي (RNA) التي تسبب أمراضاً تتراوح من نزلات البرد إلى أمراض أكثر شدة، مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) ومتلازمة الجهاز التنفسي الحادة الوخيمة (SARS-CoV). تم التعرف على السلالة الجديدة من الفيروس التاجي في ديسمبر 2019 في مدينة وهان بمقاطعة هوبي الصينية، وقد تم تسميتها من قبل اللجنة الدولية لتصنيف الفيروسات (ICTV) على أنها متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد الوخيم فيروس كورونا 2-(SARS-CoV-2). قررت ICTV أن SARS-CoV-2 هو نفس نوع SARS-CoV ولكنه سلالة مختلفة. أطلقت منظمة الصحة العالمية (WHO) على المرض المرتبط بعدوى SARS-CoV-2 اسم "COVID-19" حيث انتقلت من عدوى مستوطنة إلى جائحة عالمية. - تم رصد العديد من الطفرات مثل Alpha، Beta، Gamma، Delta، Mu و Omicron. - لذلك شددت منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) وغيرهما على اتباع إجراءات السلامة ومكافحة العدوى الصحيحة والالتزام باحتياطات العزل بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية وفرز المرضى والتعرف المبكر على الأعراض وكبح مصادر العدوى بالإضافة إلى ضوابط إدارية وهندسية وبيئية لمنع انتقال العدوى وأكدت على ضرورة تلقي اللقاح والذي يساهم في رفع كفاءة جهاز المناعة والتخفيف من حدة الأعراض حال التعرض للإصابة لضمان بيئة آمنة للمريض ولمقدم الخدمة الصحية.		
2. السياسة:	احتياطات مكافحة انتقال العدوى الخاصة بعدوى كوفيد-19		
3. الغرض:	الوقاية من عدوى كوفيد-19 والحد من انتشارها		
4. مجال التطبيق:	جميع أقسام المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	تعريف الحالة المشتبه بها كوفيد-19 (Suspected case): مريض يعاني من ظهور مفاجئ من حرارة وسعال أو ظهور حاد لثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية: حرارة، سعال، إعياء عام، تعب، صداع، ألم عضلات، ألم بالحلق، ضيق في التنفس، فقدان الشهية، غثيان، تقيئ، إسهال وتغير في درجة الوعي. تعريف الحالات المؤكدة كوفيد-19 (Confirmed case): شخص تم تأكيده عن طريق اختبار (PCR) من قبل مختبر إكلينيكي معتمد مرخص من وزارة الصحة. أو الشخص الذي يستوفي تعريف الحالة المشتبه بها وتم اختباره إيجابياً بواسطة الفحص السريع RDT المرخصة من قبل وزارة الصحة. مرض تنفسي حاد وخيم (SARI): التهاب تنفسي حاد مع حرارة يساوي أو أكثر من 38°م وسعال، بدأت خلال عشر أيام واحتاجت دخول مستشفى.		
6. المسؤوليات والأدوار:	جميع العاملين في المنشأة الصحية		

رؤساء الأقسام الطبية والتمريضية مسؤول مكافحة العدوى	7. المتابعة
مبادئ استراتيجيات الوقاية من العدوى ومكافحتها المرتبطة بالرعاية الصحية مع المشتبه في إصابتهم بكوفيد-19 والمصابين هي: ▪ الضوابط الإدارية. ▪ التعرف المبكر والتحكم في مصدر العدوى. ▪ تطبيق الاحتياطات القياسية لجميع المرضى. ▪ تنفيذ احتياطات العزل الإضافية. ▪ الضوابط البيئية والهندسية. ▪ التنظيف والتطهير البيئي. ▪ جمع العينات المخبرية والتعامل معها. ▪ إجراءات التعامل مع الجثث. <u>الضوابط الإدارية:</u> ▪ اتباع سياسات وإجراءات مكافحة العدوى في جميع مرافق المنشأة الصحية مع التركيز على ترصد عدوى الجهاز التنفسي الحادة التي يحتمل أن تكون بسبب كوفيد-19. ▪ توفر سياسات التعرف المبكر على عدوى الجهاز التنفسي الحادة المحتملة بسبب كوفيد-19 في متناول اليد. ▪ إنشاء بنية تحتية وأنشطة مكافحة العدوى مستدامة. ▪ التدريب المستمر للموظفين على سياسات وإجراءات مكافحة العدوى، وتثقيف المرضى وذويهم. ▪ توفير الفحوصات المعملية PCR وRapid test. ▪ منع الازدحام وخاصة في قسم الطوارئ. ▪ توفير مناطق انتظار مخصصة مع لافتات واضحة لـ "منطقة انتظار الفرز التنفسي" للمرضى الذين تظهر عليهم الأعراض. ▪ توفير واستخدام الإمدادات الطبية مثل أدوات الوقاية الشخصية بكميات كافية. ▪ مراقبة امتثال مقدمي الرعاية الصحية للاحتياطات القياسية، جنباً إلى جنب مع آليات التحسين حسب الحاجة. ▪ تنظيم زيارات المريض وتخصيص مرافق واحد لكل مريض. ▪ إعطاء الأولوية لتطعيم الفئات المعرضة للخطر ومقدمي الرعاية الصحية وخاصة العاملين في أقسام الفرز التنفسي والعزل والعناية المكثفة. ▪ فحص العاملين المشتبه إصابتهم واستبعادهم عن العمل لحين تأكيد النتائج المخبرية ومن ثم عزلهم حسب سياسة وزارة الصحة، إذا كانت نتائجهم إيجابية. <u>التعرف المبكر والتحكم في مصدر العدوى:</u> ▪ تدريب العاملين تدريباً جيداً لمساعدتهم على التشخيص والتعرف على الحالات المرضية أو المشتبه إصابتها.	8. الإجراءات:

- تفعيل الفرز التنفسي.
- تعزيز ثقافة النظافة التنفسية وآداب السعال.
- يجب عزل مرضى كوفيد-19 المشتبه بهم في منطقة منفصلة عن المرضى الآخرين، وتنفيذ احتياطات إضافية لمنع العدوى ومكافحتها (الرذاذ والتلامس) على الفور.

تطبيق الاحتياطات القياسية وتشمل:

- التزام جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى والزوار بالنظافة التنفسية وآداب السعال.
- الاستخدام الصحيح للواقيات الشخصية ونظافة الأيدي.
- تنظيف اليدين بعد ملامسة إفرازات الجهاز التنفسي.
- تأكد من اتباع إجراءات التنظيف والتطهير البيئية بشكل مستمر وصحيح.
- إدارة الغسيل وأواني الطعام والنفايات الطبية وفقاً للإجراءات الروتينية الآمنة.
- الوقاية من إصابة الوخز بالإبر أو الأدوات الحادة، عند التعامل مع المرضى.

تأكد من إجراءات النظافة التنفسية وآداب السعال التالية:

- يجب على جميع العاملين في الرعاية الصحية والمرضى والزوار بارتداء الكمامة الجراحية.
- تغطية الأنف والفم أثناء السعال أو العطس بمنديل ورقي أو ثني الكوع ومن ثم تنظيف اليدين.

احتياطات الرذاذ والتلامس (Droplet & Contact Precaution) عند الاشتباه

في الإصابة بفيروس كوفيد-19:

يجب على جميع الأفراد، بما في ذلك أفراد أسرة المريض والزوار والعاملين في الرعاية الصحية تطبيق احتياطات الرذاذ والتلامس. بالإضافة إلى تطبيق الاحتياطات القياسية في جميع الأوقات:

- عزل المرضى في غرف فردية جيدة التهوية إذا أمكن ذلك.
- عدم تجميع مرضى كوفيد-19 المشتبه بهم قريبين من بعضهم البعض، لأنه ينطوي على ذلك خطر انتقال العدوى بين المرضى إذا تم تأكيد أحدهم، ولذلك يجب الحفاظ على التباعد.
- في حالات النقص الحاد في الغرف الفردية، من الممكن جمع المرضى المشتبه في إصابتهم بفيروس كوفيد-19 في نفس الغرفة مع الالتزام الصارم بالمعايير التالية:
 - يجب أن يكون هناك فاصل مادي بين أسرة المرضى (ستائر - قواطع متحركة أو ثابتة).
 - يجب ألا تقل المسافة بين سرير وآخر عن مترين.

○ يُمنع منعاً باتاً تنفيذ إجراءات توليد الهباء الجوي (AGPs) مثل الشفط التنفسي في هذه الغرف الجماعية، يجب نقل المريض إلى الغرفة الخاصة بتنفيذ الإجراءات.

- التقيد الصارم من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية بنظافة اليدين وارتداء الواقيات الشخصية.
- يجب خلع الواقيات الشخصية بعد رعاية المريض بطريقة مناسبة ثم تخلص منها، وبعد ذلك يجب تنظيف اليدين.
- استخدام معدات تستخدم لمرة واحدة أو معدات مخصصة (مثل السماعات وأصفاد ضغط الدم وأجهزة قياس الحرارة). إذا كان من الضروري مشاركة المعدات بين المرضى، فقم بتنظيفها وتطهيرها بين استخدام كل مريض (مثل الكحول الإيثيلي 70٪).
- عدم لمس العينين أو الأنف أو الفم بأيدي يحتفل أن تكون ملوثة.
- يجب أن يُطلب من المرضى ارتداء القناع الجراحي عند اقتراب الأشخاص منهم بمسافة أقل 1.5 متر فترة مكوثهم في المنشأة، ويجب عليهم عدم التنقل بين الأسرة والممرات.
- تجنب حركة ونقل المرضى خارج الغرفة أو المنطقة ما لم يكن ذلك ضرورياً.

■ إذا كانت حركة المرضى ضرورية:

- إبلاغ القسم المراد التوجه إليه قبل تحريك الحالة من مكانها في القسم والتأكد على المريض بارتداء القناع الجراحي. ان امكن ذلك.
- يجب ألا ينتظر المريض المحول في غرفة الانتظار أو الإنعاش.
- يجب وضع ملصق العزل على معدات نقل المريض.
- يجب على مقدمي الرعاية الصحية ارتداء الواقيات الشخصية المناسبة عند نقل المرضى والالتزام بنظافة اليدين.
- قم بتنظيف وتطهير الأسطح التي تلامس المريض بشكل روتيني بمطهر معتمد من وزارة الصحة مثل (استخدام محلول الكلور بتركيز 1000 جزء بالمليون)
- الحد من عدد العاملين في الرعاية الصحية وأفراد الأسرة والزوار عند التعامل مع مريض يشتبه في إصابته بعدوى كوفيد-19 أو المؤكدة.

الاحتياطات الواجب اتباعها عند القيام بإجراءات ينتج عنها توليد للهباء الجوي مع حالات كوفيد-19:

ارتبطت بعض الإجراءات التي ينتج عنها الهباء الجوي بزيادة خطر انتقال فيروسات كوفيد-19 (مثل: المسحة الأنفية البلعومية، والتنبيب الرغامي، والإنعاش القلبي الرئوي وغيرها). يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقومون بإجراءات توليد الهباء الجوي اتباع ما يلي:

- استخدم كمادة عالية الكفاءة مثل N95 تم اختبارها بشكل مناسب.
- إزالة شعر الوجه (الحية) عند استخدام قناع N95.

- يتم استخدام الواقيات الشخصية الأخرى حسب الاجراء المطلوب للمريض.
- نفذ الإجراءات في غرف الضغط السلبي مع ما لا يقل عن 12 تغييراً للهواء في الساعة واتجاه متحكم فيه لتدفق الهواء عند استخدام التهوية الميكانيكية.
- في حالة عدم توفر غرفة الضغط السلبي، يمكن القيام بالإجراءات التي ينتج عنها الهباء الجوي في غرفة مفردة جيدة التهوية مع مرشح HEPA محمول.
- قلل عدد الأشخاص الموجودين في الغرفة إلى الحد الأدنى المطلق المطلوب لرعاية المريض ودعمه.

الضوابط البيئية والهندسية

- استحداث منطقة للفرز التنفسي، مع توفير منطقة للانتظار وحواجز مادية بين المرضى يتوفر فيها الآتي:
 - مستلزمات نظافة اليدين والمطهر الكحولي.
 - أدوات الوقاية الشخصية بكميات مناسبة وفي متناول يد العاملين.
 - نماذج الاستقبال والفرز.
 - ميزان حرارة بالأشعة تحت الحمراء.
 - لافتات إرشادية للعاملين والمرضى حول إجراءات مكافحة العدوى والتعامل مع كوفيد-19.
- يجب الحفاظ على حركة المرضى والعاملين في اتجاه واحد.
- تحديد أو استحداث قسم أو غرف لعزل الحالات المشتبه بها أمراض تنفسية وأخرى للمصابين بكوفيد-19.
- يجب فصل المقاعد عن بعضها بمسافة متر في غرفة انتظار المرضى.
- إنشاء أو تصحيح البنى التحتية لمرافق الرعاية الصحية الأساسية.
- ضمان التهوية البيئية الكافية.
- يجب الحفاظ على الفصل المادي بمسافة لا تقل عن 1.5-2 متر بين كل مريض مشتبه به والآخرين.

التنظيف والتطهير البيئي:

يجب الالتزام بتنظيف وتطهير الأجهزة والمعدات الطبية بالإضافة إلى تنظيف الأسطح بمنظفات ومطهرات معتمدة من وزارة الصحة وتشمل عملية التنظيف:

تنظيف الأجهزة والمعدات الطبية:

- يتم التخلص من أجهزة الأكسجين أحادية الاستخدام (مثل: قناع الأكسجين، وصلة الأكسجين الأنفية، مرطب الأكسجين، وصلات جهاز التنفس الاصطناعي، عبوة جهاز التبخيرة وغيرها) بعد كل حالة، وفي كيس النفايات المعدية.

- في حال عدم القدرة على توفير المعدات والأدوات الطبية يتم إعادة استخدام بعض المعدات والأدوات أحادية الاستخدام بعد إعادة معالجتها وفق سياسة إعادة استخدام الأدوات أحادية الاستخدام.
- يجب تنظيف وتطهير الأجهزة والمعدات والأدوات الطبية بعد كل استخدام بمطهر معتمد.
- يجب تنظيف الأدوات الجراحية المستخدمة وإرسالها لقسم التعقيم المركزي لإعادة المعالجة.

التنظيف والتطهير البيئي بعد اشتباه أو تأكيد مرضى كوفيد-19 في المنشأة:

- يجب تنظيف غرف المرضى الداخليين (التي تضم مرضى كوفيد-19) وتطهيرها يومياً على الأقل وفي وقت نقل أو خروج المريض.
- يجب القيام بعمليات التنظيف والتطهير للأسطح عالية اللمس (مثل الطاولات والكراسي ومقابض الأبواب ومفاتيح الإضاءة وأجهزة التحكم عن بُعد والمقابض والمراحيز والأحواض) بشكل مستمر.
- يجب أن يرتدي عامل النظافة القفازات والقناع الجراحي والمريول لجميع المهام في عملية التنظيف، بما في ذلك التعامل مع النفايات.
- يجب أن يتم تنظيف الأسطح البيئية وتطهيرها باستخدام مطهر معتمد من وزارة الصحة، مثل محلول هيبوكلوريت الصوديوم 1000 جزء في المليون مع مراعاة وقت التلامس، أو أي مطهر آخر معتمد.
- بعد نقل المريض، يجب إجراء التنظيف النهائي.

جمع العينات المخبرية من المرضى المشتبه في إصابتهم بكوفيد-19 والتعامل معها:

- يجب اعتبار جميع العينات التي تم جمعها على أنها معدية.
- يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يجمعون العينات أو ينقلونها الالتزام بالاحتياطات القياسية لتقليل احتمالية التعرض لمسببات الأمراض.
- تأكد من أن مقدمي الرعاية الصحية الذين يجمعون العينات يستخدمون الواقيات الشخصية المناسبة (حماية العين، القناع الجراحي، مريول طويل الأكمام، قفازات).
- تأكد من أن جميع الأفراد الذين ينقلون العينات مدربون على الممارسات الآمنة وإجراءات التعامل مع الانسكاب.
- ضع العينات في أكياس عينة مانعة للتسرب (على سبيل المثال: كيس عينة من المخاطر البيولوجية البلاستيكية)، مع ملصق اسم المريض على حاوية العينة (الحاوية الأولية)، ومكتوب بوضوح استمارة طلب المختبر.
- تأكد من أن مختبرات مرافق الرعاية الصحية تلتزم بممارسات السلامة المناسبة ومتطلبات النقل.

اختبار مستضد سريع لـ SARS-CoV-2 ▪ تم تصميم الاختبارات التشخيصية للكشف عن المستضد للكشف المباشر عن بروتينات SARS CoV-2 التي يتم إنتاجها عن طريق تكرار الفيروس في إفرازات الجهاز التنفسي، وقد تم تطويرها كاختبارات مخبرية، وللاستخدام القريب من المريض، وهذا ما يسمى اختبارات التشخيص السريع، أو RDTs. ▪ يجب أن تكون الاختبارات السريعة (RDTs) معتمدة من وزارة الصحة. ▪ يجب على العاملين اتخاذ جميع إجراءات السلامة ومكافحة العدوى عند جمع ونقل والتعامل مع العينات. <u>إجراءات التعامل مع حالات الوفاة:</u> ▪ يتم التعامل مع المريض المتوفي بنفس اجراءات عزل التلامس مع المريض المصاب. ▪ راجع سياسة إجراءات مكافحة العدوى ما بعد الوفاة رقم: 65 – IPC .	
• كسر سلسلة عدوى كوفيد • الوقاية من كوفيد 19	9. المرفقات
• World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (كوفيد-19) is suspected or confirmed: interim guidance, 12 July 2021. No. WHO/2019-nCoV/IPC/2021.1. World Health Organization, 2021. • https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350925/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Health_Workers-Omicron_variant-2021.1-eng.pdf • Hirose R, et al. Differences in environmental stability among SARS-CoV-2 variants of concern: Omicron has higher stability. bioRxiv 2022.01.18.476607; doi: https://doi.org/10.1101/2022.01.18.476607 • https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2# • https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Health_Workers-Omicron_variant-2021.1 • https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350647/WHO-2019-nCoV-IPC-Surge-2021.1-eng.pdf?sequence=1	10. المراجع

اسم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	رقم السياسة:	IPC-33
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الاولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الاقسام في المنشأة الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	3 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 عدوى القمل هي من أنواع العدوى الجلدية تسببها حشرات صغيرة عديمة الأجنحة 1.2 ينتشر القمل والجرب في اغلب الأحيان عن طريق المخالطة بين شخص لآخر يعاني المرضى الذين لديهم قمل من الحكة الشديدة عادة، وتعتبر عدوى القمل والجرب من أكثر أنواع العدوى إحراجا 1.3 وتعتبر المعرفة بالية انتقال العدوى من أهم الطرق لتقليل التعرض لهذا النوع من الطفيليات		
2. السياسة:	2.1. اتباع اجراءات التعامل مع حالات القمل والجرب		
3. الغرض:	3.1 الحد من حدوث خطر العدوى بأمراض القمل والجرب داخل المستشفيات أثناء التعامل مع المصابين		
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1 الجرب: هو مرض جلدي طفيلي معدي يسمى (السوس <i>sarcoptes scabiei</i>). يصيب جميع الفئات العمرية. حيث تنتقل العدوى بهذا المرض عن طريق انتقال طفيل العث السوس من الشخص المصاب الى شخص اخر عن طريق الاحتكاك المباشر المطول أو بشكل غير مباشر عن طريق مشاركة الملابس أو الفراش وغيرها من الأدوات المستخدمة من قبل الشخص المصاب، كما تنتج الحكة كردة فعل لتحسس الجسم تجاه العث وبيضاها. 5.2 القمل: عبارة عن حشرات طفيلية صغيرة الحجم بلا أجنحة تتغذى على دم الانسان وينتشر بسهولة عبر الاحتكاك بالشخص المصاب ومشاركة الاغراض وخاصة الملابس المشتركة واغطية الرأس، وقد ينتشر في الشعر والرأس، حيث يشعر المريض المصاب بحكة شديدة في فروة الرأس او الجسم او في منطقة الاعضاء التناسلية وشعور بالنخر، ويوجد 3 انواع من القمل وهي قمل الرأس، وقمل الجسم، وقمل العانة		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 الطبيب المعالج. 6.2 طاقم التمريض 6.3 مسؤول مكافحة العدوى		
7. المتابعة:	7.1 رئيس قسم التمريض 7.2 مسؤول قسم مكافحة العدوى.		
8. الإجراءات:	• في حال الاشتباه بالمرضى أو التأكد من إصابته بأي شكل من الاشكال بالقمل أو الجرب فيجب اجراء فحص للمريض دون تأخير من قبل الاطباء ويجب على الطاقم الطبي التحقق من الإصابة قبل البدء بالعلاج. • يجب عزل المريض في غرفة منفصلة واحدة أو في حال عدم وجود غرفة يوضع في غرفة مع مجموعة مرضى بنفس التشخيص مع اخذ احتياطات منع العدوى الخاصة بالتلامس عند التعامل مع المريض (انظر سياسة عزل التلامس). • يجب استمرار وضع المرضى تحت احتياطات منع العدوى الخاصة بالتلامس حتى 24 ساعة بعد العلاج.		

- في الأشخاص المصابين بالجرب المتقشر crusted scabies، غالبًا ما تكون مدة العزل أطول، حيث يوصى ببقاء هذه الاحتياطات لمدة 4 أيام على الأقل بعد العلاج.
- يجب إبلاغ مسؤول مكافحة العدوى عن وجود عدوى موجودة في القسم
- يجب وصف العلاج المطلوب بعد التشخيص.
- يجب إبلاغ المريض بالتعليمات الخاصة باستخدام العلاج الموصوف للتشخيص المحدد بواسطة الطبيب المعالج.
- بخصوص آلية الانتقال بين الأقسام يجب ان تكون محددة طوال فترة العلاج مع إبلاغ القسم المنوي التوجه اليه لأخذ الاحتياطات المناسبة
- **عند مساعدة المريض في تقديم العلاج يستلزم التالي:**
 - ✓ استخدام الواقيات الشخصية (PPE: العباءة، القفازات، غطاء للرأس) عند الاتصال المباشر مع المصابين
 - ✓ ارتداء القفازات لكل حالات الاتصال مع المريض او المنسوجات التي يحتمل ان تكون ملوثة.
 - ✓ يتم التخلص من ادوات الوقاية الشخصية في كيس اصفر وربطها بشكل امن.
 - ✓ تحضير المريض للعلاج وتقديم العلاج له ثم وضعه في المكان المناسب
- يجب تشجيع المريض على الاستخدام الصحيح للعلاج مع استكمال الفترة المحددة للاستخدام
- يجب تشجيع المريض على الغسل والاستحمام بعد استخدام العلاج حسب الفترة المحددة له وبقاؤه على الجسم
- يجب توفير أدوات خاصة للمريض واحد مثل ميزان الحرارة، سماعة الطبيب، جهاز الضغط، جهاز قياس السكر، أغطية الكانيولا، ثم قم بتطهيرها بعد الاستخدام. يجب التخلص من مواد اخرى التي تستخدم لمرة واحدة مثل الكريمات والمستحضرات بسبب خطر انتقال العدوى.
- يجب تغيير جميع الملابس وغطية السرير للمرضى المصابين بشكل دوري.
- يجب غسل الملابس والشراشف في الغسالة في دورة ساخنة لمدة 10 دقائق على الأقل (50 درجة مئوية)، ثم تجفيفها في مجفف حار لمدة 20 دقيقة أو تعبئتها في أكياس لمدة 10 أيام.
- ليس من الضروري تنظيف الأثاث لأنها لا تتلامس عادة مع المناطق الموبوءة لفترة طويلة
- يفضل علاج مقدمي الرعاية الصحية الذين لا يعانون من أعراض والذين كانوا على اتصال وثيق بالمرضى المصابين أثناء أنشطة مثل الاستحمام واستخدام المستحضرات الموضعية أو التدليك.
- يجب إبلاغ أسرة المريض بشأن الاحتياطات الواجب اتخاذها، ويجب ان تكون الزيارات محددة مع تعريف الزوار بشأن التدابير التي يتعين اتخاذها مثل ارتداء مريول طبي، عدم الجلوس أو وضع الملابس على السرير، وعدم اخذ الغسيل قبل ان يطلب منه من قبل الفريق الطبي، وعدم استخدام الحمام الموجود في الغرفة وغسل اليدين عند الحاجة.
- يجب فحص أفراد الأسرة والمرضى الذين يعانون من القمل بشكل منهجي. يجب اعطاء العلاج فقط إذا تم الكشف عن الإصابة. الاستثناء الوحيد هو الاتصال الجنسي لمرضى قمل العانة. يمكن علاج هؤلاء الأفراد في وقت واحد دون فحص.
- يجب اتباع إجراءات التنظيف القياسية والتنظيف بالمكنسة الكهربائية. لا يوصى بالتنظيف الخاص للغرف التي يسكنها المرضى المصابون (على سبيل المثال، التبخير أو استخدام بخاخات المبيدات الحشرية)

9.1 مرفق رقم 1. علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice 9.2 مرفق رقم 2. علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice 9.3 مرفق رقم 3. علاج قمل الجسم Treatment of Body Lice 9.4 مرفق رقم 4. علاج قمل العانة Treatment of Pubic Lice 9.5 مرفق رقم 5. علاج الجرب Treatment of Scabies	9. المرفقات:
الأمراض الجلدية – وزارة الصحة السعودية. شبكة Mayo Clinic للرعاية الصحية. • Sanford guide to antimicrobials • Jan Lienau. Parasites. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/healthcare-associated-pathogens-and-diseases/parasites. Accessed Jan 31, 2022 • Gunning, Karen, Bernadette Kiraly, and Karly Pippitt. "Lice and scabies: treatment update." American family physician 99.10 (2019): 635-642.	10. المراجع:

الفصل العاشر:

التطعيمات الخاصة بمقدمي الخدمة الصحية، وقيود العمل

HOW VACCINES WORK

Vaccines contain a modified form of virus or bacteria that doesn't cause disease, but does "teach" your immune system what to do if you are ever attacked by the real, potentially dangerous virus or bacteria.

When you get vaccinated, your immune system responds just as it does to any other "intrusion", by creating antibodies to fight off the particular virus or bacteria.

For some diseases, more than one dose of the vaccine, or a booster dose later in life, may be needed to ensure full and lasting protection.

After vaccination your body remembers this specific intruder. If you ever come in contact with the real virus or bacteria, the right antibodies quickly destroy it – before it has the chance to make you sick.

Herd immunity

When you and nearly everyone else in your community is immune to a contagious disease, it cannot spread easily. Together you prevent the virus or bacteria from reaching those who cannot be vaccinated against it, including babies too young for the vaccine and individuals with health conditions or who are undergoing treatments that weaken their immune systems.

Consult with your doctor and check your family's immunization records to make sure that you are all fully protected.

#Vaccineswork to protect you and those around you
www.euro.who.int/vaccines
© WHO/3/2018

European Immunization Week
Prevent. Protect. Immunize.

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

اسم السياسة:	تطعيم العاملين في المنشآت الصحية	رقم السياسة:	IPC-34
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	9 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة:	- يعد التطعيم من أهم برامج مكافحة العدوى والتي يجب ان يكون من أولويات مؤسسات الرعاية الصحية حيث يعتبر حجر الأساس في حماية العاملين والمرضى من خطر التعرض للأمراض المعدية التي تهدد الحياة والتي يمكن الوقاية منها بأخذ التطعيم - حيث تشير تقديرات منظمه الصحة العالمية الى ان اللقاحات تنقذ حياه ما يقرب من 2 الى 3 ملايين شخص كل عام - يحد التطعيم من الإيقاف المؤقت للعاملين الذي يؤدي الى ارباك العمل وكذلك توفير الموارد حيث تعد تكلفه العلاج والمتابعة للعاملين بعد تعرضهم للعدوى تفوق تكلفه التطعيم		
2. السياسة:	تطبيق ومتابعه تطعيم جميع العاملين بالمنشأة الصحية		
3. الغرض:	حماية العاملين والمرضى من خطر التعرض للأمراض المعدية التي تهدد الحياة والتي يمكن الوقاية منها بأخذ التطعيم		
4. مجال التطبيق:	جميع العاملين بالمنشأة الصحية		
5. التعريفات	العاملين بالمنشأة الصحية (Healthcare Personnel-HCP): جميع الأشخاص الذين يعملون بأجر او بدون اجر ويقدمون الخدمات في أماكن الرعاية الصحية ولديهم إمكانية التعرض المباشر أو غير المباشر للمرضى أو المواد المعدية، بما في ذلك مواد الجسم (مثل الدم والأنسجة وسوائل الجسم الأخرى)، والإمدادات والأجهزة والمعدات الطبية الملوثة، والأسطح البيئية الملوثة أو الهواء الملوث. ويشمل موظفي الرعاية الصحية ، على سبيل المثال لا الحصر ، موظفي الخدمة الطبية في حالات الطوارئ (طواقم الإسعاف)، والتمريض ، ومساعدى التمريض ، والأطباء ، والفنيين، والصيادلة ، والطلاب والمتدربين ، والموظفين المتعاقدين غير العاملين في أماكن رعاية المرضى ، والأشخاص (على سبيل المثال ، الخدمات الادارية ، والغذائية ، والبيئية ، والغسيل ، والأمن ، والصيانة ، والهندسة وإدارة المرافق ، والمالية ، والمتطوعون) الذين لا يشاركون بشكل مباشر في رعاية المرضى ولكن يحتمل أن يكونوا معرضين للعوامل المعدية التي يمكن أن تنتقل بين موظفي الرعاية الصحية والمرضى.		
6. المسؤوليات والأدوار	- مسؤول مكافحة العدوى في المنشأة. - شؤون الموظفين. - طبيب الموظفين. - مدراء الدوائر بالمنشأة - مدير المنشأة		
7. المتابعة	- مسؤول مكافحة العدوى - طبيب الموظفين - مدير المنشأة		

تنقسم التطعيمات الى:

1. تطعيمات ضرورية لجميع العاملين في المنشأة الصحية ويجب التأكد من وجود مناعة لها

- تطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي من نوع B
 - تطعيم ضد الانفلونزا الموسمية
 - تطعيم ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف (MMR)
 - تطعيم ضد الكوفيد 19 - COVID
 - التطعيم ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (Tdap) or (TD)
- ### 2. تطعيمات خاصة يوصى بتطعيم مقدمي الخدمة الصحية ضدها في ظروف معينة

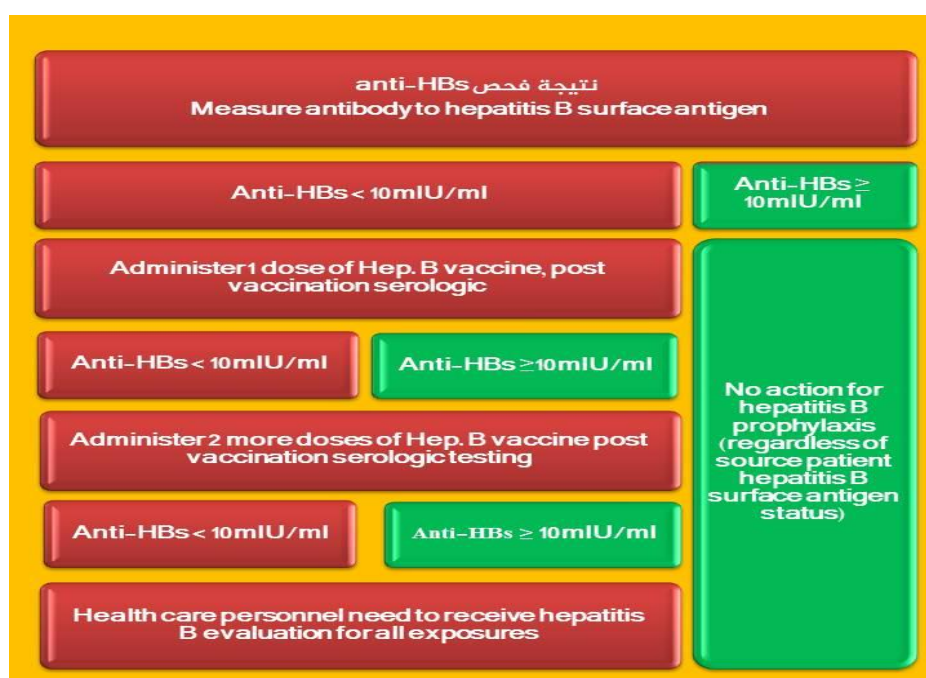
- تطعيم ضد التهاب السحايا Meningococcal

أولاً: التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد الوبائي من نوع (B).

- يعتبر التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي (B) من أهم التطعيمات في المنشآت الصحية
- التطعيم ضد فيروس الكبد الوبائي آمن جداً لأنه يخلو الفيروسات الحية ولذلك يوصى بأخذه قبل التعرض للإصابة وبعبءها .
- نوع التطعيم :بروتين غير حي مصنع بالهندسة الوراثية من نوع Recombinant vaccine والذي يعتمد على تحميل الجين المسؤول عن تكون الغلاف الخارجي للفيروس على المادة الوراثية لنوع من انواع الخمائر Saccharomyces Cerevisiae والتي تنمو على أوساط بيئية خاصة وتقوم بتصنيع غلاف الفيروس surface Ag الذي يستخدم في التطعيم.
- لا يوصى بعمل فحص سيرولوجي لمضادات الفيروس للعاملين قبل التطعيم بصورة روتينية حيث لا يوجد مضاعفات للتطعيم في الحالات التي سبق تطعيمها او في حالات إصابتها بالمرض.
- يوصى بإعطاء التطعيم لجميع العاملين وجميع الفئات وبالذات للعاملين في الأماكن التي على اتصال بالدم ومشتقاته.
- لا يوصى بأخذ جرعات تنشيطية بعد ثبوت الاستجابة.
- لا يتم إعطاء تطعيمات أو جرعات منشطة للعاملين الذين سبقوا إصابتهم بالمرض.
- أفضل وقت للتطعيم هو اثناء الدراسة للتخصصات الطبية.
- لا يوجد مضاعفات للتطعيم حتى لو تم اعطائه مع تطعيم آخر.
- نسبة نجاح التطعيم وتكوين اجسام مناعية تصل الى 96%.
- يتم تقييم الاستجابة المناعية بعد (1-2) شهر من الجرعة الثالثة للتطعيم للتأكد من وجود الأجسام المناعية (مضادات)
- يقوم مسؤول مكافحة العدوى بتسجيل النتيجة في ملفات العاملين للمتابعة ومعرفة الحالة المناعية لهم وتحديد الإجراءات التي سوف تتخذ **وهي على النحو التالي: -**
- 1. إذا كانت النسبة 10 أو أكثر مللي وحدة دولية/ مليلتر يكون مطعم مدى الحياة.
- 2. وإذا تبين ان الأجسام المناعية أقل من 10 مللي وحدة دولية/ مليلتر، ينصح بإعادة سلسلة أخرى من التطعيم
- 3. اذا ارتفعت النسبة لأكثر من 10 بعد 6 جرعات فهو مستجيب ومطعم.
- 4. اذا كانت النسبة اقل من 10 بعد 6 جرعات فهو غير مستجيب للتطعيم ولم يستطع جسمه تكوين اجسام مناعية.
- 5. ينصح بالتأكد من خلو الأشخاص الذين ليس لديهم تركيز وقائي لمضادات المستضدات السطحية لفيروس التهاب الكبد "بي" بعد إعادة التطعيم (أي بعد

8. الإجراءات

- تلقي 6 جرعات) من المرض وذلك بإجراء اختبار الكشف عن المستضدات السطحية لفيروس التهاب الكبد "بي" HBsAg ، ومضادات النواة لفيروس التهاب الكبد "بي" . anti-HBc •
6. إذا لم يكمل أحد العاملين جدول جرعات التطعيم، يقوم باستكمال الجرعات.
7. قد تنخفض مستويات مصل مضادات المستضدات السطحية لفيروس التهاب الكبد "بي" (Anti- HBs) ببطء بعد عدة سنوات من الاستجابة الناجحة للقاح
8. يجب اعتبار أولئك الذين يثبت عدم إصابتهم بالعدوى والذين ليس لديهم تركيز وقائي لمضادات المستضدات السطحية لفيروس التهاب الكبد "بي" بعد إعادة التطعيم (أي بعد تلقي 6 جرعات) غير مستجيبين للتطعيم وعرضة للإصابة بـ فيروس التهاب الكبد "بي" ، ويجب توجيههم بشأن الالتزام بتطبيق الاحتياطات اللازمة لتجنب العدوى بـ فيروس التهاب الكبد "بي" والحاجة إلى الحصول على الغلوبولين المناعي لـ فيروس التهاب الكبد "بي" بعد أي تعرض معروف أو محتمل للدم الإيجابي للمستضدات السطحية لـ فيروس التهاب الكبد "بي" في حالة عدم الاستجابة يجب على مسؤول مكافحة العدوى رفع التوصية لتفريغه للعمل في أقسام لا يوجد اتصال مباشر مع الدم ومشتقاته
- 9.



❖ ملاحظات على فترات انقطاع سلسلة التطعيم:

- إذا انقطعت سلسلة التطعيمات ضد التهاب الكبد الفيروسي "بي" بعد الجرعة الأولى يتم إعطاء الجرعة الثانية بأسرع ما يمكن، ويجب أن تكون المدة الزمنية بين الجرعة الثانية عن الثالثة على الأقل شهرين.
- إذا تأخرت الجرعة الثالثة، فيتم إعطاؤها فور سماح الظروف بذلك.

❖ عوامل تؤدي الى عدم حدوث استجابة للتطعيم:

- العمر حيث تقل الاستجابة المناعية لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 30 عام.
- إعطاء التطعيم في مكان غير صحيح تحت الجلد subcutaneous بدلاً من العضلي deltoid.

- عدم الالتزام بجدول التطعيم.
- عدم حفظ التطعيم بطريقة صحيحة حيث يحفظ على درجة حرارة 4°-8° في الثلاجة.
- التدخين.
- مريض فشل كلوي.

Vaccination and antibody response	Source HBsAg Positive	Source HBsAg Negative	Source Unknown or Not Available for Testing
Unvaccinated	HBIG *1 and Initiate Hepatitis B vaccine series	Initiate Hepatitis B vaccine series	Initiate Hepatitis B vaccine series
Known responder	No treatment	No treatment	No treatment
known non responder	HBIG*1 and initiate revaccination or HBIG*2	No treatment	If known high-risk source, treat as if source were HBsAg positive
Antibody response unknown	Test exposed person for anti-HBs 1) If adequate, no treatment is necessary 2) If inadequate, HBIG*1 and vaccine booster	No treatment	Test exposed person for anti-HBs If adequate, no treatment is necessary If inadequate, vaccine booster and recheck titer in 1-2 months

ثانياً: التطعيم ضد الإنفلونزا الموسمية:

ان تطعيم العاملين ضد الإنفلونزا الموسمية من التطعيمات التي يوصى بها لجميع العاملين في المنشأة الصحية لما لها من اثر في .

1. حماية المرضى من الفئات الحساسة من الإصابة.
2. حماية العاملين من الإصابة بالإنفلونزا الموسمية الحادة والتي تؤدي الى تقليل الايدي العاملة في المنشأة وارباك العمل.

نوع التطعيم: توجد انواع متعددة من التطعيم الثلاثي ضد الإنفلونزا:

- الفيروس الكامل غير النشط.
- الفيروس الحي المضعف.
- لقاح مصنع بالهندسة الوراثية Recombinant vaccine .
- لقاح يحتوى على عنصر مساعد Adjuvanted vaccine .

وتحتوي هذه التطعيمات على ثلاثة أو أربع فصائل مختلفة من الإنفلونزا

❖ استراتيجية إعطاء التطعيم:

يتم تحضير التطعيم سنوياً من أنواع الفيروسات المسببة للأنفلونزا الموسمية الأكثر شيوعاً والتي تم عزلها في مراكز الترصد على مستوى العالم ويفضل ان يعطى التطعيم في شهري أكتوبر ونوفمبر وليس بعد شهر ديسمبر

- يقوم مسؤول مكافحة العدوى بحصر العاملين وتكون الأولوية لفئات العاملين الذين يعملوا في الأماكن الحرجة على سبيل المثال (أقسام الطوارئ، العناية المركزة، الحضانة، أقسام الحروق، الكلية الصناعية، الأورام، أقسام الأمراض الصدرية).
- يعطى تطعيم 1 مل جرعة واحدة في منطقة Deltoid على الذراع.
- تظهر الاستجابة المناعية للتطعيم بعد 14 يوم.

❖ الفئات التي يوصى بإعطائها التطعيم كأولوية إذا كانت كميات التطعيم المتوفرة غير كافية لجميع العاملين:

- المرأة الحامل حيث ان خطر تعرض السيدات الحوامل للإصابة تفوق 6 مرات الخطورة على الفئات الأخرى ويوصى إعطاءها في الثلث الأخير من الحمل.
- الذين تتجاوز أعمارهم 50 عام.
- الذين يعانون من أمراض مزمنة.
- العاملين في أقسام مرضى تتضاعف نسبة خطورة تعرضهم للإصابة بالأنفلونزا الموسمية وتشمل هذه الأماكن:

أقسام الطوارئ، وحدات العناية المركزة، وحدات زرع الأعضاء، وحدات الأورام، وحدات ما قبل الولادة وما حول الولادة وما بعد الولادة، وحدات الغسيل الكلوي، المرضى المسنين، وخاصة أولئك الذين يعانون من الأمراض المزمنة ومرضى من ذوي الإقامة الدائمة في المستشفيات.

ثالثاً: التطعيم ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف _Mumps_Measles_Rubella (MMR):

هو التطعيم الذي يوفر الحماية من الإصابة بالحصبة والحصبة الألمانية والنكاف والذي يعطى حسب جدول التطعيم المعمول به في فلسطين في الأشهر الأولى من العمر.

1. يوصى بأن يكون كل العاملين في المنشآت الصحية الخاصة بالأطفال مطعّمين ضد الأمراض الثلاثة المذكورة MMR.
2. **نوع التطعيم:** يكون من فيروس حي مضعف live attenuated vaccine ويمكن ان يكون احادي وثنائي وثلاثي.
3. يعطى التطعيم على جرعتين في داخل العضلة وتكون الفترة بين الجرعتين شهر واحد.

استراتيجية التطعيم ضد MMR:

- ينصح بتطعيم جميع مقدمي الخدمة الصحية الذين لا يوجد لهم دليل مثبت على تحصينهم ضد هذه الأمراض (المثبت لديهم مناعة عن طريق الفحوصات السيرولوجية أو خلال التطعيمات الإجبارية أو من خلال النتائج المعملية أو وجود

تشخيص طبي مؤكد بحدوث العدوى سابقاً) ضد كل من (الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية)

- لا داعي لإجراء الاختبارات المناعية قبل التطعيم
- يفضل إعطاء التطعيم الثلاثي عن إعطاء التطعيم الفردي ضد كل مرض على حدة لعدم وجود آثار جانبية أو ضارة
- يوفر التطعيم حماية طويلة ضد الأمراض الثلاثة ولا يعتبر ضاراً بالأشخاص أصحاب المناعة الفعلية ضد واحد أو أكثر من مكوناته

جدول إعطاء التطعيم:

- جرعتان من التطعيم لمقدمي الخدمة الصحية يفصل بينهما شهر، كل جرعة 0,5 ملليتر تحت الجلد.

- يجب استخدام زجاجات التطعيم خلال 8 ساعات من تجهيزها

يمنع اعطاء التطعيم للفئات التالية:

- السيدات الحوامل
- العاملون المصابين بنقص المناعة
- لمن لديهم حساسية من البيض

احتياطات يجب مراعاتها عند أخذ تطعيم MMR

- يجب أخذ التطعيم بعد 9 أشهر من نقل الدم أو قبل نقل الدم بأسبوعين
- لا يقوم العاملین بفحص Tuberculin الا بعد 6 اسابيع من التطعيم
- السيدات التي تأخذ التطعيم يجب ان لا يحدث حمل الا بعد التطعيم ب 3 أشهر

الآثار الجانبية:

- حدوث ارتفاع في درجة الحرارة.
- ظهور بعض حالات الطفح الجلدي.
- في بعض الحالات النادرة قد يحدث حساسية مفرطة، نقص في عدد الصفائح الدموية
- قد يحدث لبعض الإناث المعرضين للمرض أعراض مؤقتة من التهاب وآلام في المفاصل
- عند التطعيم ضد الحصبة الألمانية، وعندما تحدث هذه الأعراض فإنها عادةً تحدث خلال الفترة من الأسبوع الأول إلى الثالث بعد التطعيم وتزول في خلال أيام إلى أسابيع قليلة من ظهورها.
- قد تظهر بعض أعراض التهاب الأعصاب الطرفية المؤقتة عند التطعيم ضد الحصبة الألمانية.

التباعد الزمني بين هذا التطعيم والتطعيمات الأخرى:

- التطعيم بالحصبة يسبب تثبيط مؤقت للجهاز المناعي والأهمية الإكلينيكية لهذا التأثير هي ظهور نتائج سلبية غير صحيحة لبعض الحالات عند إجراء اختبار الجلد الخاص بمرض الدرن الرئوي لمدة 6 أشهر بعد التطعيم

- يجب إعطاء التطعيم قبل أسبوعين على الأقل من إعطاء أي من مشتقات الدم:
- الامتناع عن إعطاء التطعيم قبل مرور مدة 9 أشهر من نقل مشتقات الدم للشخص المطلوب تطعيمه
- يجب فصل التطعيم الثلاثي عن باقي التطعيمات الفيروسية الحية المضعفة لفترة لا تقل عن 28 يوماً.

موانع التطعيم:

- الحمل أو توقع الحمل خلال الثلاثين يوم التالية للتطعيم.
- الحساسية السابقة ضد التطعيم أو أي من مشتقاته.
- الحساسية ضد البيض.
- المرضى ذوي المناعة الضعيفة (عدا مرضى العوز المناعي البشري "الايدز" حيث يمكن إعطاؤهم التطعيم).

الاختبارات السيرولوجية بعد التطعيم:

- لا توجد توصيات بعمل اختبارات روتينية للاستجابة المناعية بعد التطعيم.

فعالية وأمان التطعيم:

- التطعيم آمن وفعال حيث لا تتعدى نسبة غير المستجيبين 5% من المطعمين
- بعد جرعتين من التطعيم يكتسب الشخص مناعة طويلة المدى ضد الأمراض الثلاثة.

رابعا : التطعيم ضد فيروس كوفيد 19 (COVID-19)

- يعتبر تطعيم العاملين ضد فيروس كوفيد 19 من التطعيمات التي يوصى بها لجميع العاملين في المنشأة الصحية لما لها من آثار ايجابية في الوقاية من العدوى ويعتبر عالي الكفاءة وفعال جدا في الحد من الإصابة بحالات مرضيه شديده والوفاه.
- يتم الالتزام بأخذ التطعيم بناء على توصيات منظمه الصحة العالمية
- يعمل التطعيم على الحيلولة دون انتشار الفيروس بين كل من مقدمي الخدمة الصحية والمرضى مما يعمل على منع انتشار المرض او حدوث طفرات جديدة ويساهم في حدوث المناعة الجماعية (مناعة القطيع).
- الالتزام بإعطاء اللقاح يعمل على انخفاض خطر تكرار العدوى لنفس السلالة لمدة 6 أشهر على الأقل، وبما ان تكرار العدوى امر وارد فمن الأفضل لمن أصيبوا سابقا بالفيروس ان يأخذوا اللقاح.
- يعد الوصول الى اللقاحات المأمونة والفعالة مطلبا فائق الأهمية لإنهاء جائحه كوفيد_19 لذلك فان من المشجع جدا رؤية الكم الكبير من اللقاحات التي يجري تطويرها والتي تثبت فعاليتها
- ورغم ان اللقاحات المأمونة والفعالة اداه من شأنها تغيير مسار الاحداث فإن علينا بالمستقبل القريب ان نواصل ارتداء الكمامة وتنظيف أيدينا وضمان التهوية الجيدة للاماكن المغلقة وممارسه التباعد الجسدي وتجنب التجمعات.
- فتلقي التطعيم لا يعني ان بإمكاننا التخلي عن الحذر ونعرض أنفسنا والآخرين للخطر لا سيما ان البحوث ما زالت جاريه للوقوف على مدى حماية اللقاحات ليس ضد المرض فقط وانما ضد الإصابة بالعدوى ونقلها ايضا

الامراض التي قد يوصى بتطعيم أفراد الفريق الصحي ضدها في ظروف خاصة

أولاً : التطعيم ضد الالتهاب السحائي Meningococcal:

نوع التطعيم: اللقاح الرباعي المرتبط

دواعي التطعيم:

- أخصائيين التحاليل الطبية وخصوصاً العاملين في قي أقسام الأحياء المجهرية السريرية والبحثية الذين قد يتعرضون بشكل روتيني أثناء عزل بكتيريا النيسيريا السحائية.
 - يجب على مقدمي الخدمة الصحية الذين يعانون من أمراض مناعية أو سبق لهم استئصال الطحال أخذ جرعتين من اللقاح وجرعة تنشيطية كل 5 سنوات.
- موانع التطعيم: الحساسية السابقة ضد التطعيم أو أي من مشتقاته.

ثانياً : التطعيم ضد الحمى التيفية:

نوع التطعيم:

- الفيروس الحي المضعف (في صورة أربع كبسولات).
- أجزاء من بروتينات الفيروس (عن طريق الحقن العضلي -جرعة واحدة وجرعة منشطة كل عامين).

فعالية التطعيم:

- يحتاج التطعيم لجرعة تنشيطية كل 5 سنوات بينما يحتاج التطعيم عن طريق الحقن لجرعة تنشيطية كل سنتين.

دواعي التطعيم:

- يجب على مقدمي الخدمة الصحية الذين يعملون في المختبرات مع ميكروب التيفويد بشكل روتيني أخذ التطعيم

ثالثاً : مكورات الالتهابات الرئوية: Pneumococcal

دواعي التطعيم:

العاملين في المنشآت الصحية الذين يعانون من مرض الطحال الخامل أو استئصال للطحال عن طريق اخذ التطعيم كل 5 سنوات بشكل دوري وقبل استئصال الطحال مباشرة.

مع الالتزام بالجرعات التنشيطية حسب نوع التطعيم

مرفق: التطعيمات الروتينية للعاملين في الرعاية الصحية

9. المرفقات

- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/healthcare-personnel/appendix/terminology.html>
- <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>
- APIC-TEXT OF INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, IMMUNIZATION OF HEALTHCARE PERSONNEL-2017

10. المراجع

● الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى 2020.

- <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html>
- https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table4.pdf
- Immunization of Health – care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).(MMWR) November 25,2011/60(RR07); 1-45 . available online at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm>

اسم السياسة:	تقييد عمل مقدمي الخدمة الصحية (Work Restriction)	رقم السياسة:	IPC-35
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	4 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
مقدمة:	• ان من المبادئ الأساسية لتقديم خدمه طبيه امنه هو عدم تعرض المرضى لخطر انتقال العدوى من قبل مقدمي الرعاية الصحية اثناء تلقيهم هذه الخدمة وذلك يحدث عندما تحمل هذه الطواقم عدوى قد تكون سبب في انتقالها للمرضى الذين يلجؤون للمنشآت الصحية بهدف التعافي والحصول على خدمه صحية امنه • لذا يجب ان يكون داخل المنشآت الصحية نظام متابعه طبيه لجميع العاملين والتبليغ في حال تعرض العاملين لأمراض معديه والالتزام بسياسه قيود العمل المناسبة لتقييم كل حاله والتي تعتمد على العوامل التاليه: • العمر • طرق انتقال المرض • طرق توقف انتقال المرض • الفئه المعرضة للخطر ومدى تأثيرها • خبره ومدى التزام مقدمي الخدمة الصحية • الحالة السريرية (العلامات والاعراض) • نوعيه المرضى التي يتعامل معهم مقدم الخدمة الصحية ودرجه التعامل معهم		
السياسة:	• اتباع اليه تقييد عمل مقدمي الخدمة الصحية اثناء اصابتهم بأمراض معديه		
الهدف	• منع انتقال العدوى من مقدمي الخدمة الصحية المصابين بأمراض معديه اثناء تأدية عملهم الى المرضى		
مجال التطبيق:	• جميع العاملين بالمنشأة الصحية		
التعريفات	• لا يوجد		
المسؤوليات والأدوار	• مسؤول مكافحة العدوى في المنشأة • المسؤول الاداري. • طبيب العاملين بالمنشأة الصحية		
المتابعة	• مسؤول مكافحة العدوى • مدير المنشأة • طبيب العاملين • شؤون الموظفين		

التوصيات الخاصة بقيود العمل:

يجب اتباع نظام متابعة طبية للوقوف على حالة فريق العمل مع وضع قواعد لقيود العمل المناسبة لكل حالة، حيث يجب تقييم الحالة الصحية للعاملين للتأكد من خلوهم من بعض الأمراض المعدية المحددة مع التوصية بالقيود المناسبة للعمل وفقا للجدول الآتي:

المرضى	قيود خاصة بالعمل	المدة
التهاب الملتهمة	عدم الاتصال بالمريض أو البيئة المحيطة بالمريض	حتى تتوقف الإفرازات التي تخرج من العين
الإسهال	عدم الاتصال بالمريض أو البيئة المحيطة وعدم التعامل مع الأغذية	حتى تختفي الأعراض المرضية
المكورات العقدية من الفصيلة (بكتريا ستربتوكوكاس)	عدم الاتصال بالمريض أو البيئة المحيطة وعدم التعامل مع الأغذية	بعد 24 ساعة من بدء العلاج المناسب
الالتهاب الكبدي الفيروسي (A)	عدم الاتصال بالمريض أو البيئة المحيطة وعدم التعامل مع الأغذية	بعد سبعة أيام من بدء الإصابة (ظهور الصفراء)
الالتهاب الكبدي الفيروسي B	لا توجد قيود مع مراعاة الالتزام بالاحتياطات القياسية	حتى يكون الحمل الفيروسي بالدم $< 10\text{GE/ml}$ ويكون المستضد HBeAg لفيروس الالتهاب الكبدي الفيروسي سلبيا
1. مقدمو الرعاية الصحية الذين لا يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى	نعم	
2. مقدمو الرعاية الصحية الذين يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى		
الالتهاب الكبدي الفيروسي C	لا توجد قيود مع مراعاة الالتزام بالاحتياطات القياسية	حتى يكون الحمل الفيروسي بالدم أقل من $< 10\text{GE/ml}$
1. مقدمو الرعاية الصحية الذين لا		

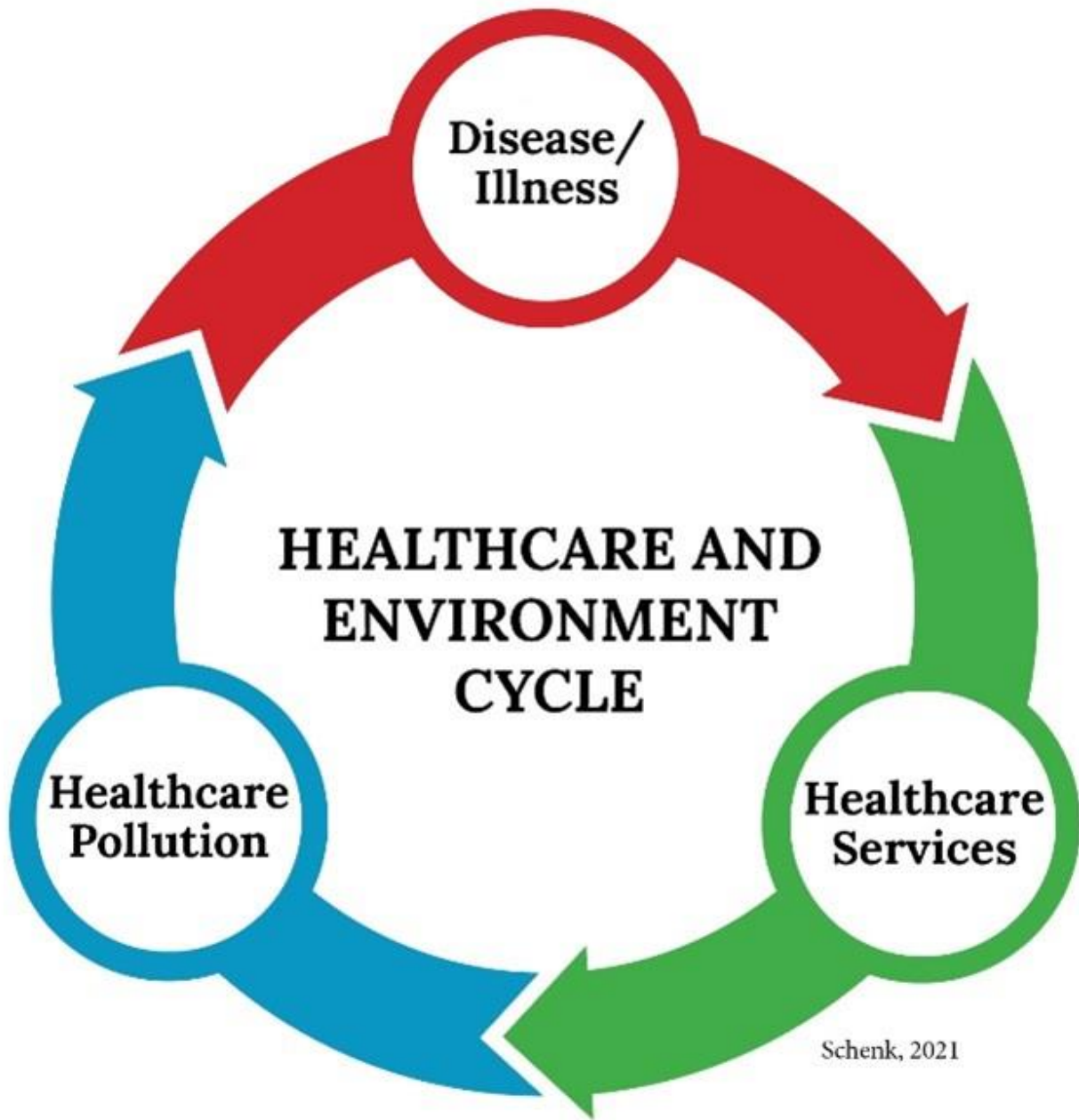
الإجراءات

		يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى
	نعم	2.مقدمو الرعاية الصحية الذين يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى
حتى يكون الحمل الفيروسي بالدم اقل من $10GE/ml$	لا توجد قيود مع مراعاة الالتزام بالاحتياطات القياسية	فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة 1.مقدمو الرعاية الصحية الذين لا يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى
	نعم	2.مقدمو الرعاية الصحية الذين يقومون بالإجراءات المعرضة للعدوى
حتى يلتئم التقرح وتجف جميع البثور وتنتشر	عدم الاتصال بالمريض او البيئة المحيطة بالمريض	هربس اليدين (البسيط النشط) هربس الظفر
من اليوم السابع بعد التعرض الاول للعدوى خلال 23 يوم بعد التعرض الاخير	استبعاد من العمل	الحصبة / الحصبة الألمانية
حتى يتم العلاج وتلتئم الجروح الجلدية	عدم الاتصال بالمريض او البيئة المحيطة وعدم التعامل مع الاغذية	التهاب الجلد بسبب المكورات العنقودية (بكتريا ستفيلوكوكاس)
حتى يتم تلقي العلاج المناسب وعمل ثلاثة اختبارات وأخذ عينة بصاق في كل اختبار والتأكد من خلوها من المرض مع توقف الكحة	استبعاد من العمل	السل
حتى تتلاشى الاعراض الحادة	يجب على العاملين بالرعاية الصحية المصابين بهذا المرض الابتعاد تماماً عن المرضى	الالتهابات الفيروسية للجهاز

	التنفسي , والحمى الحادة	ذوي الحالات الحرجة حتى تزول أعراض المرض تماماً	
	الهربس النطاقي النشط	يتم تغطية البثور واستبعاد من رعاية المرضى الأكثر عرضة للخطر	حتى تجف جميع البثور وتتقشر
	الجذري المائي	استبعاد من العمل	حتى تجف وتتقشر جميع الجراح من اليوم 8 بعد التعرض للعدوى خلال 21 يوماً بعد التعرض
	الالتهاب السحاي	استبعاد من العمل	حتى 24 ساعة من بدء العلاج
	الدرن (السل) الرئوي النشط	استبعاد من العمل	حتى يثبت عدم وجود عدوى
	الدفتيريا	استبعاد من العمل	حتى الانتهاء من العلاج والحصول على نتيجة مزرعتين سلبيتين بينهما 24 ساعة
	النكاف	استبعاد من العمل	حتى 5 أيام بعد ظهور التهاب الغدة النكافية
	السعال الديكي النشط ما بعد التعرض	استبعاد من العمل لا يوجد قيود وينصح بالوقاية	من بداية مرحلة النزلة خلال الأسبوع الثالث بعد بداية النوبات أو حتى 5 أيام من بداية العلاج بالمضادات الحيوية.
	الجرب	يحظر الاتصال بالمرضى	حتى يتم التأكد من تمام الشفاء بالتقييم الطبي
المرفقات	لا يوجد		
المراجع	GCC Infection Prevention & Control Manual 3rd Edition- Work Restrictions for Infected Healthcare Workers.		

الفصل الحادي عشر:

إجراءات مكافحة العدوى في بيئة المنشأة الصحية



اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع الأقسام في المنشأة	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	10 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. مقدمة:	1.1 تعتبر نظافة منشآت الرعاية الصحية أمراً ضرورياً من أجل صحة وسلامة المرضى والعاملين حيث تعتبر عنصراً أساسياً من الاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى، ويعتبر التنظيف اليومي ضرورياً لإزالة الاتساخات والأتربة بالإضافة إلى الجانب الوقائي. 1.2 تنقسم الأسطح البيئية إلى نوعين: أ. <u>الأسطح متكررة اللمس:</u> يحتاج إلى التنظيف بصفة متكررة بسبب مخاطر تلوثه بالملامسة المتكررة مما يؤدي لانتقال مسببات الأمراض مثل (مساند الأسرة - مقابض الأبواب - مفاتيح الإضاءة - التليفون - أزرار استدعاء التمريض - ريموت التلفاز - والطاولات المجاورة للمريض - الأدوات الصحية في الحمام). ب. <u>الأسطح قليلة اللمس:</u> لا يحتاج لتنظيف متكرر لأنه أقل عرضة للتلوث وانتقال مسببات الأمراض مثل (الأرضيات - الجدران - الستائر - مصابيح الإضاءة - فتحات هواء التكييف). 1.3 تصنف أماكن رعاية المرضى حسب الخطورة: أ. <u>مناطق قليلة الخطورة:</u> مثل صالات الانتظار والمناطق الإدارية وعادة ما تخلو هذه المناطق من التلوث بالدم وسوائل الجسم المحملة بمسببات الأمراض. ب. <u>مناطق متوسطة الخطورة:</u> مثل غرف وأقسام المرضى ويتم تنظيف تلك الأماكن باستخدام عملية التنظيف المبلل ولا ينصح باستخدام المكانس الكهربائية أو الكنس الجاف. ت. <u>مناطق عالية الخطورة:</u> مثل أقسام العزل ووحدات العناية المركزة وحديثي الولادة وغرف العمليات ووحدات الغسيل الكلوي وعيادات الأسنان ومثيلاتها حيث ترتفع نسبة التلوث بمسببات الأمراض في هذه الأماكن بشكل كبير ويتم استخدام المطهرات بشكل واسع عند الحاجة. 1.4 أنواع السوائل المستخدمة في نظافة وتطهير البيئة: أ. <u>محلول تنظيف:</u> يستخدم في أغراض التنظيف العامة، فالمنظفات — كالصابون السائل مثلاً تزيل الأتربة والمواد العضوية وتذيب الدهون والزيوت وغير ذلك من المواد أو تفككها بحيث يسهل تنظيفها بواسطة الدعك والفرك. ب. <u>منظف/مطهر:</u> هو عبارة عن مركب يجمع بين مواد تنظيف ومواد تطهير أخرى. ت. <u>مطهر:</u> تعمل المطهرات على التدمير السريع للكائنات الدقيقة أو تثبيط نشاطها، مثل محلول الكلور وذلك في أغلب المناطق وتستخدم المطهرات أيضاً لإزالة التلوث الناتج عن بقع الدم أو غيره من سوائل الجسم المتناثرة على الأسطح المختلفة، وكذلك لإزالة التلوث عن الأشياء التي تم استخدامها بواسطة المرضى.		
	2.1 يجب الالتزام باستخدام أدوات وأاليب النظافة العامة لضمان نظافة بيئة المنشأة الصحية والحفاظ على العاملين والمرضى والزوار والبيئة.		
2. السياسة:			

3. الغرض:	3.1 الحد من إنتقال مسببات الأمراض من وإلى المرضى والعاملين والزوار والبيئة.
4. مجال التطبيق:	4.1 جميع الأماكن في المنشأة الصحية.
5. التعريفات	5.1 عملية التنظيف: إزالة الغبار والاتساخات (مثل الأتربة، والمواد العضوية) عن الأسطح والأدوات ويتم ذلك عادة باستخدام الماء مع المنظفات أو المنتجات الأنزيمية. وهذه الخطوة تسبق عملية التطهير لأن المواد العضوية وغير العضوية التي تبقى على أسطح الأدوات تتداخل مع فعالية هذه العمليات. 5.2 عملية التطهير: تدمير الكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض وإزالة معظم الكائنات الحية الموجودة على الأسطح. 5.3 عملية التنظيف الجاف: إزالة الأوساخ والأتربة باستخدام أدوات تنظيف جاف وهذه الطريقة ممنوعة داخل أقسام المرضى. 5.4 عملية التنظيف المبلل: استخدام قطعة قماش مبللة باستخدام الماء مع محلول منظف آخر. • طريقة استخدام الوعائين: وهي أكثر الطرق شيوعاً في تنظيف الأرضيات وتتضمن وعاءً يحتوي على المحلول المطهر ووعاءً يحتوي على الماء للشطف. • طريقة استخدام الثلاثة أوعية: وهي أفضل الطرق في تنظيف الأرضيات وتتضمن وعاءً يحتوي على المحلول المنظف والثاني يحتوي على الماء والثالث يحتوي على المياه العادمة الملوثة الناتجة عن عملية التنظيف بعد تنظيف الممسحة. في جميع حالات عزل MDRO /COVID/C diff يجب استخدام الكلور بتركيز ١٠٠٠ جزء في المليون بشكل إضافي في الخطوة النهائية
6. المسؤوليات والأدوار	6.1 جميع العاملين في المنشأة الصحية. 6.2 الاسطح بشكل عام: عمال النظافة. 6.3 المعدات والاجهزة الطبية: التمريض.
7. المتابعة	7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 مشرف عمال النظافة 7.3 رؤساء الأقسام التمريضية والفنية 7.4 لجنة متابعة شركة النظافة. 7.5 مسؤول الخدمات الفندقية
8. الإجراءات:	8.1 إجراءات عامة لعمليات التنظيف: ○ يجب أن يتم إعداد جدول التنظيف ووضعه في مكان يسهل رؤيته والعمل بمقتضاه بما يتوافق مع سياسة القسم. ○ يجب التنظيف في بداية اليوم وبداية كل دوام ونهاية كل يوم وكلما لزم الامر (كل ٨ ساعات). ○ يجب الالتزام بنظافة الأيدي وارتداء أدوات الوقاية الشخصية المناسبة قبل دخول المكان وبدء العمل ○ يجب وضع إشارات واضحة أثناء عملية التنظيف لمنع التعرض للسقوط أو الانزلاق. ○ يجب تحضير وتوفير كل المواد والادوات المطلوبة للتنظيف والتطهير قبل عملية التنظيف والتطهير

- يجب أن تشمل عربة التنظيف مستلزمات النظافة من مواد تنظيف وتطهير وأدوات نظافة والمعدات الشخصية بشكل كافي، ممسحة ذات أذرع طويلة، قطعة قماش تنتشر بالماء بسهولة، أوعية للماء، مواد التنظيف والتطهير، أدوات وقاية شخصية.
 - يجب على العاملين ارتداء قفازات أثناء قيامهم بالتنظيف (حسب الإجراء) وأحذية مغلقة بحيث تغطي أصابع أقدامهم ومرايايل بلاستيكية غير منفذة للسوائل.
 - يجب الحرص أثناء عملية التنظيف في حال وجود إبر أو أدوات حادة يتم التقاطها بأداة مناسبة والتخلص منها في صندوق الأمان والتبليغ عن أي إصابة للمسؤول المباشر.
 - يجب البدء بإجراءات التنظيف من الأماكن الأقل إتساخاً إلى الأماكن الأكثر إتساخاً ومن الأعلى إلى الأسفل ومن الداخل إلى الخارج.
 - يجب أن يتم التنظيف في كل أنواع الغرف كالتالي: أولاً الغرفة، ثانياً المرحاض.
 - يجب تنظيف الجدران عند مرحلة التنظيف النهائي والأرضيات في غرف العزل بمادة مطهرة مثل الكلور بتركيز 1000 جزء من المليون.
 - يجب تنظيف قوائم الاسرة من الأوساخ العالقة بها باستخدام قطع من القماش المبلل بمادة مطهرة مثل (مركب رباعي الأمونيوم).
 - يجب تنظيف الاسطح البيئية بواسطة الدعك لإزالة الأوساخ الظاهرة والمواد العضوية والشوائب.
 - يجب مراعاة تقليل احداث اضطراب في تيارات الهواء لعدم انتشار الغبار أثناء عملية التنظيف.
 - يجب جمع النفايات في الكيس المخصص (بدون ضغطها في الكيس) ويحمل الكيس من الأعلى **(راجع سياسة إدارة النفايات الطبية رقم: 37 - IPC)**
 - يجب وضع إشارات تدل على ان المكان مبلل، لمنع انزلاق الموظفين والمرضى أثناء مرورهم في المكان الذي تم تنظيفه حديثاً.
 - يجب ارتداء القفازات أحادية الاستخدام بدلاً من القفازات شديدة التحمل في حالة تنظيف دورات المياه أو التعامل مع الانسكابات الدموية وعند وجود خطر الإصابة بالجروح من إمكانية وجود أدوات حادة.
 - يجب التخلص من أدوات الوقاية الشخصية في حاويات النفايات الطبية والالتزام بنظافة الأيدي قبل مغادرة المكان. **(راجع سياسة إدارة النفايات الطبية رقم: 37 - IPC)**
- 8.2 مواد وأدوات التنظيف والتطهير والخدمات البيئية:**
- يجب الإشراف على التنظيف البيئي ومراقبته من قبل لجنة متابعة شركة النظافة أو مسؤول الخدمات الفندقية بالمنشأة الصحية.
 - يجب أن يكون هناك اتصال وثيق بين الخدمات الفندقية ومكافحة العدوى.
 - يجب أن يشارك قسم مكافحة العدوى في تدريب عمال النظافة من حيث إعداد المواد وكيفية أداء العمل.
 - يجب مراجعة أنواع المنظفات والمطهرات وتطبيقاتها والموافقة عليها من قبل قسم الخدمات الفندقية، أو لجنة متابعة النظافة في المنشأة الصحية، ومكافحة العدوى.

- يجب أن يتم التعامل مع كل أنواع المنظفات والمطهرات حسب تعليمات الشركة المصنعة
- يجب التحقق من مواد التنظيف والتطهير من خلال تاريخ الصلاحية ومطابقتها للمواصفات.
- يجب استخدام التركيز المناسب والطريقة الصحيحة للتخفيف.
- يجب تحضير مواد التنظيف والتطهير في بداية فترة العمل والتخلص من المتبقي بعد الانتهاء من العمل مع تطهير العبوات قبل إضافة مواد التنظيف الجديدة.
- يمنع إبقاء أوعية مواد التنظيف والتطهير مفتوحة في أماكن تواجدها في المنشأة الصحية
- يجب حفظ أدوات التنظيف والتطهير جافة وإتباع الطرق السليمة في تخزينها، ويراعى دائماً تنظيف ثم تطهير هذه الأدوات بعد كل استخدام.
- يجب التخلص من عبوات المنظف والمطهر عند تلفها أو نفاذها وعدم استخدامها لمواد أخرى.
- يجب ألا تخلط المواد المطهرة مع مستحضرات التنظيف حيث يؤدي خلط هذه المواد الكيميائية إلى حدوث تفاعل كيميائي يغير من كفاءة المادتين ويؤثر على العاملين.
- يجب تغيير مادة التنظيف بعد تخفيفها بحسب تعليمات الشركة المصنعة، وتغيير الكلور كل 24 ساعة بعد تخفيفه.
- عندما تستخدم المادة الانزيمية يتم تغيير المحلول المخفف بحسب تعليمات الشركة المصنعة كل 24 ساعة.
- يجب أن يتم تغيير المحلول المطهر حسب تعليمات الشركة المصنعة، وعند تغير لون المادة وعندما يصبح متسخاً.
- يجب تغيير الماء المستخدم ومواد التنظيف في عملية التنظيف عند ملاحظة تغير المواصفات.
- **يجب أن يتم تغيير الماء ومواد التنظيف والمماسح أثناء عملية التنظيف كما يلي:**
 - في الأقسام العامة وفي غرف العلاج وغيار الجروح والمخازن وغرف الغسيل بعد كل 3 غرف.
 - في الممرات بعد كل تنظيف.
 - غرف الحالات الخاصة بعد كل غرفة.
 - غرف العزل حيث يتواجد مرضى مصابين أو مستعمرين ببكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية المتعددة بعد كل غرفة.
 - يجب توفير أدوات مخصصة لتنظيف الحمامات ولكل غرفة عزل.
 - يجب إفراغ الأوعية وتنظيفها وحفظها جافة بعد التنظيف.
 - يجب توفير مماسح إضافية للتعامل مع انسكابات الدم وإفرازات جسم المريض.
 - يجب تنظيف المماسح مرةً يومياً على الأقل وبعد كل استخدام وتجفف جيداً قبل استخدامها مرة أخرى.
 - يجب استبدال المماسح في بداية فترة العمل.

8.3 التنظيف البيئي حسب المكان:

○ غرف المرضى:

- يجب أن تكون هناك قائمة مرجعية مع جدول حيث يتم توثيق التنظيف وفقًا للجدول الزمني.
- يجب أن يكون الجدول مرة واحدة لكل دوام وفي بداية اليوم
- يجب ان تبدأ عملية التنظيف بإزالة النفايات.
- يجب تغيير القفازات / نظافة اليدين بعد التخلص من النفايات
- بالنسبة للأسطح والمعدات الطبية غير الحرجة، يجب استخدام محلولاً منظفًا / مطهرًا وفقًا لتعليمات الشركة المصنعة.
- يجب تنظيف المعدات والأسطح الطبية غير الحرجة بمحلول منظف. يمكن أن يتبع ذلك تطبيق مطهر مستشفى معتمد مع أو بدون قدرته على تدمير البكتيريا مثل السل (اعتمادًا على طبيعة السطح ودرجة التلوث) ، وفقًا لتعليمات ملصق المطهر. يقوم الممرض بهذه العملية.
- يجب تنظيف الأسطح العلوية – تنظيف الجدران عند الحاجة - النوافذ والابواب ومفاتيح الاضاءة - الكراسي - الاسرة – الارضيات يوميا مرة واحدة وبعد خروج المريض.
- يجب ان تنظف ثم تطهر الاسطح متكررة للمس عدة مرات وفقًا لجدول زمني في بداية كل فترة عمل وعند الحاجة وبعد خروج المريض.
- يجب أن يتم تنظيف الارضيات في بداية فترة العمل خلال كل دوام وعند الحاجة وبعد خروج المريض وفقًا لجدول زمني معد سابقًا.
- يجب تنظيف مناطق للمس المتكرر أولاً بشكل متكرر مرتين خلال الدوام وآخر الدوام
- يجب تنظيف أرضية الغرفة بعد مناطق للمس العالية ثم المراض، مع اتباع الترتيب من التنظيف إلى الأقل نظافة إلى المتسخ.
- يجب استخدام ممسحة مختلفة بين الغرفة والمراض.
- في عملية تنظيف المراض، تختلف الإسفنج المستخدم لمقعد المراض عن تلك المستخدمة لبقية المراض، ويجب تنظيف الحوض أخيرًا في المراض.
- يجب استخدام فرشاة خاصة لتنظيف المراض تكون مخصصة له ويتم تطهيرها بمادة الكلور بتركيز ٥٠٠٠ جزء بالمليون. يتم بعد ذلك تخزينها في نفس المراض.
- يجب ان يتم استخدام ماكينة دك الارضيات كلما دعت الحاجة لذلك.
- تتم عملية التنظيف والتطهير النهائي عند خروج المريض.

○ قسم العناية المركزة (تنظيف نهائي):

- يجب مراعاة ارتداء الملابس الخاصة بالمكان.
- يجب بدأ عملية التنظيف بإزالة النفايات ثم غسيل اليدين وتغيير القفازات.
- يجب معالجة كل غرفة / حجرة بمفردها، وليس في سلسلة.
- يجب تنظيف أماكن للمس المتكرر (الاسطح الافقية والاثاث والادوات) في كل دوام أكثر من مرة وبعد كل مريض بواسطة محلول منظف وماء ثم بمطهر منخفض المستوى.

- يجب تنظيف ثم تطهير الاجهزة الطبية خلال كل دوام بعد كل مريض وعند الحاجة بواسطة استعمال محلول منظف موصى به من قبل قسم مكافحة العدوى. يقوم الممرض بهذه العملية.
- يجب تنظيف الجدران عند الحاجة بالماء والمحلول المنظف بقوط ذات استخدام واحد ثم تطهر بالمطهر المناسب (كلور 1000 جزء في المليون) بعد خروج كل مريض.
- يجب اتباع نفس الترتيب كما هو الحال في الغرف العادية.
- بعد خروج المريض، يجب مسح المرتبة أو الفرشة والمخدة بمطهر المستشفى.
- في حالة وجود بكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية، يجب إجراء تنظيف وتطهير نهائي للغرفة.

○ قسم العمليات:

- يجب استخدام المطهرات المناسبة والمعتمدة من مسئول مكافحة العدوى والتأكد من تركيزها وعملية التحليل بالشكل الصحيح مع مراعاة زمن التلامس.
- يجب مراجعة السجلات الخاصة بالاستلام والتسليم ومستوى نظافة بيئة العمل من الفترة السابقة.
- يجب ارتداء الواقيات الشخصية قبل عملية التنظيف (قفازات، كمامة، واقية للوجه والعينين، مريول).

قبل وبعد كل إجراء:

- يجب التخلص من النفايات الطبية الحادة المستخدمة في الصندوق الآمن المملوء $\frac{3}{4}$ أو مضي على استخدامه 7 أيام.
- يجب مسح الأسطح الأكثر ملامسة (مثل مفاتيح الانارة ومقابض الأبواب) خارج محيط الجراحة بمطهر معتمد.
- يجب تنظيف الجدران والأرضية خارج محيط الجراحة خاصة قبل وبعد كل إجراء وعند ملاحظة تلوثها بالدم أو سوائل الجسم.
- يجب التنظيف ثم التطهير حول طاولة الجراحة بمسافة 1.5 متر على الأقل.
- يجب تنظيف وتطهير الأسطح (قليلة أو كثيرة الملامسة) والأرضية في محيط الجراحة وتشمل: مصابيح، جهاز التنشيط وملحقاته، تورنيكيت (Tourniquet cuff & Leads)، ترولي وأجهزة التخدير، سرير نقل المرضى، طاولة العمليات من الأعلى للأسفل والأدوات الملحقة لها.
- يتم إجراء تنظيف وتطهير نهائي في نهاية يوم العمل..

○ أماكن رعاية المرضى منقوصي المناعة:

- بالإضافة إلى التنظيف المنتظم للغرفة

✓ يجب تنظيف الأسطح الأفقية بالمسح الرطب ثم تطهيرها.

✓ يجب منع استخدام التنظيف الجاف الذي يؤدي لانتشار الألياف والغبار.

✓ عند عمل تطهير بيئي في حضانات المواليد والخدج، يجب تفادي تعرض المواليد لبقايا تلك المطهرات على الأسطح وذلك باتباع إرشادات الجهة المصنعة ونصائح السلامة والأمان.

○ غرف الفحص:

- يجب تنظيف الأسطح الأفقية (سرير الفحص والترولي) بعد كل مريض بماء ومحلول منظف معتمد باستخدام فوطة أحادية الاستخدام أو يمكن استخدام مفارش ورقية توضع على سرير الفحص وتستبدل بين كل مريض وآخر.
- يجب تنظيف الجدران أسبوعياً وعند الحاجة.
- يجب تنظيف الأرضيات في نهاية كل فترة عمل وعند الحاجة.
- يجب استبدال أكياس النفايات الملوثة.

○ وحدة الغسيل الكلوي:

- يجب الالتزام بنظافة الأيدي.
- يجب تنظيف ثم تطهير الأدوات والأسطح البيئية المحيطة بالمريض (مثل كرسي الغسيل الكلوي أو السرير - الجزء الخارجي من ماكينة الغسيل - المقصات - موقوفات النزيف - السماعات الطبية - أجهزة الضغط وغيرها) بمواد معتمدة بعد كل مريض.
- يجب التعامل مع الانسكابات الدموية على الفور.
- يجب تنظيف وتطهير ماكينة الغسيل الكلوي حسب تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب التخلص من النفايات الطبية بعد كل حالة مباشرة وعند الحاجة.
- يجب تنظيف الأرضيات ثم تطهيرها بعد كل فترة عمل وعند الحاجة.

○ عيادات الأسنان:

- يجب تنظيف ثم تطهير كل الأسطح (كرسي الأسنان - ترولي الأدوات - الأدوات - مقابض المغاسل - مفاتيح التشغيل - الإضاءة) في غرفة فحص الأسنان بمطهر معتمد بعد كل مريض.
- يجب التخلص من أغطية الأسطح متكررة للمس (أحادية الاستخدام) بعد كل مريض ويتم تطهير تلك الأسطح عندما يتمزق غطاؤها وعندما تتلوث ظاهرياً وفي نهاية فترة العمل بواسطة مساعد طبيب الأسنان.
- يجب تطهير الأدوات الجراحية وتعقيمها بعد كل مريض **(راجع سياسة إعادة معالجة الآلات والأدوات الجراحية رقم: 41 - IPC)**

○ المختبرات:

- يجب تنظيف وتطهير بيئة المختبرات يومياً.
- يجب إزالة تلوث أسطح العمل بعد نهاية فترة العمل وعند حدوث انسكاب.
- يجب جمع النفايات في نهاية كل فترة عمل وعند الحاجة ويتم إفراغ حاويات النفايات بإزالة وتبديل الأكياس.
- يجب تنظيف وتطهير كرسي التبرع بالدم وملحقاته بعد كل حالة.

8.4 تنظيف وتطهير المعدات والأجهزة بواسطة الممرض:

- يجب اتباع تعليمات الشركة المصنعة قبل عملية التنظيف أو التطهير.
- يجب أن يقوم العاملون في الأقسام الطبية بتطهير الأجهزة الطبية بمادة مرگب الأمونيوم الرباعي أو أي نوع معتمد من قبل المنشأة الصحية وحسب تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب القيام بعملية التنظيف والتطهير بعد كل استخدام.
- يجب مسح المناطق الملوثة بشكل واضح بالمحلول المنظف قبل عملية التطهير.
- يجب مسح شاشة عرض الأجهزة وعدسات المناظير بقطعة قماش أو شاش مبللة بالكحول 70% ما لم يتعارض مع تعليمات الشركة المصنعة.
- يجب تنظيف مفاتيح الأجهزة التي تعمل بالقدم بمحلول منظف معتمد.
- يجب مسح لوحات المفاتيح بعد كل استخدام باستخدام مطهر معتمد، ويومياً إذا لم يتم استخدامها.
- يجب استخدام أغطية الغبار عندما لا تكون الأجهزة قيد الاستخدام.
- يجب تفريغ وتنظيف جميع دواليب المستلزمات والأدوات اسبوعياً وكلما لزم الأمر.

8.5 التنظيف الفوري عند حدوث أي تلوث أو انسكاب لسوائل الجسم

- يجب الالتزام بنظافة الأيدي وارتداء أدوات الوقاية الشخصية المناسبة (قفازات أحادية الاستخدام، كمامة، واقي للعينين والوجه، مريول مقاوم للسوائل).

○ عند التعامل مع انسكابات الدم القليلة:

- ✓ يجب استخدام حقيبة الانسكاب
- ✓ يجب تواجد حقيبة الانسكابات في اماكن واضحة للجميع وعلى عربات التنظيف.
- ✓ يجب مسح كمية الدم القليلة " نقاط من الدم" بقطعة قماش ويتم التخلص منها.
- ✓ يجب ان يتم التطهير باستخدام محلول الكلور 1000 جزء بالمليون.

○ عند التعامل مع انسكابات الدم الكبيرة:

- ✓ يجب حصر التسرب ومسحه على الفور بورقة أو قطعة قماش أو منشفة ماصة أو بواسطة مواد أخرى لامتصاص السوائل. يتم وضع قطعة قماش كبيرة جافة تستخدم لمرة واحدة حتى تمتص السوائل.
- ✓ يتم التخلص من الفوط في كيس النفايات الأصفر.
- ✓ يجب التنظيف جيداً، وذلك باستخدام المياه الدافئة ومنظف.
- ✓ يجب التطهير باستخدام مطهر ذو مستوى متوسط معتمد من المرفق الصحي.
- ✓ يجب سكب محلول الكلور 5000 جزء بالمليون لمدة 10 دقائق على المنطقة.
- ✓ يجب مسح مكان الانسكاب بمحلول الكلور 1000 جزء بالمليون.

- ✓ الحرص على السماح للمطهر أن يبقى رطبا على السطح لوقت الملامسة المطلوب تبعا لحجم الانسكاب (على سبيل المثال، 10 دقائق)، ثم شطف المنطقة بالماء النظيف لإزالة بقايا الدم.
- ✓ يجب مسح مكان الانسكاب بمحلول الكلور 1000 جزء بالمليون مع التخلص من المواد المستخدمة في معالجة الانسكاب بالوعاء المناسب.
- ✓ يجب إزالة التلوث عن المواد التي تم استعمالها في إزالة المواد المنسكبة (كالملاقط والفرشاة والمجروود....).
- ✓ يجب بعد ذلك التخلص من جميع النفايات المعدية تبعا للسياسة المتبعة للتخلص من هذا نوع النفايات.
- ✓ يجب خلع الواقيات الشخصية والتخلص منها كنفايات طبية خطيرة تبعا للسياسة المتبعة للتخلص من هذا النوع من النفايات.
- ✓ إرسال جميع اللوازم والمعدات القابلة لإعادة الاستخدام (مثل ملابس التنظيف والمماسح) لإعادة المعالجة (أي التنظيف والتطهير) بعد تنظيف التسرب بحسب سياسة التنظيف المتبعة.

○ عند التعامل مع انسكابات الدم مع وجود قطع زجاج مكسورة:

- ✓ يتم النقاط الزجاج المكسور باستخدام ملقط وليس باليد والتخلص منها في الصندوق الآمن.
- ✓ يتم وضع قطعة قماش تستعمل لمرة واحدة على الانسكاب.
- ✓ يجب التنظيف جيدا، وذلك باستخدام المياه الدافئة ومنظف.
- ✓ يجب التطهير باستخدام مطهر ذو مستوى متوسط معتمد من المرفق الصحي.
- ✓ يجب سكب محلول الكلور 5000 جزء بالمليون لمدة 10 دقائق على المنطقة.
- ✓ يتم رفع قطعة القماش المشبعة بالدم أو السائل ويتم التخلص منها في كيس النفايات الأصفر.
- ✓ يجب مسح مكان الانسكاب بمحلول الكلور 1000 جزء بالمليون

○ إجراءات التعامل مع انسكاب البول والبراز والبصاق والقيء:

- ✓ يجب تغطية الانسكاب بمحارم ورقية لامتناس المواد المنسكبة ثم تجمع وتلقى في كيس النفايات الأصفر
- ✓ يجب تنظيف المنطقة بمحلول منظف وماء دافئ.
- ✓ يمنع سكب محاليل الكلور مباشرة فوقها لأنها تسبب انبعاث غاز الكلور.
- ✓ يجب ان يتم التطهير باستخدام بمحلول الكلور 1000 جزء في المليون بعد التنظيف بالماء والصابون.
- ✓ يجب ان يتم التخلص من الملابس الواقية أحادية الاستخدام في اكياس القمامة الصفراء.
- ✓ يجب غسل اليدين بعد خلع القفازات.

8.6 عمال النظافة بالمنشأة:

- يجب أن يتواجد بمنشآت الرعاية الصحية عدد كاف من عمال النظافة وذلك للحصول على بيئة نظيفة والمحافظة عليها على مدار الساعة.

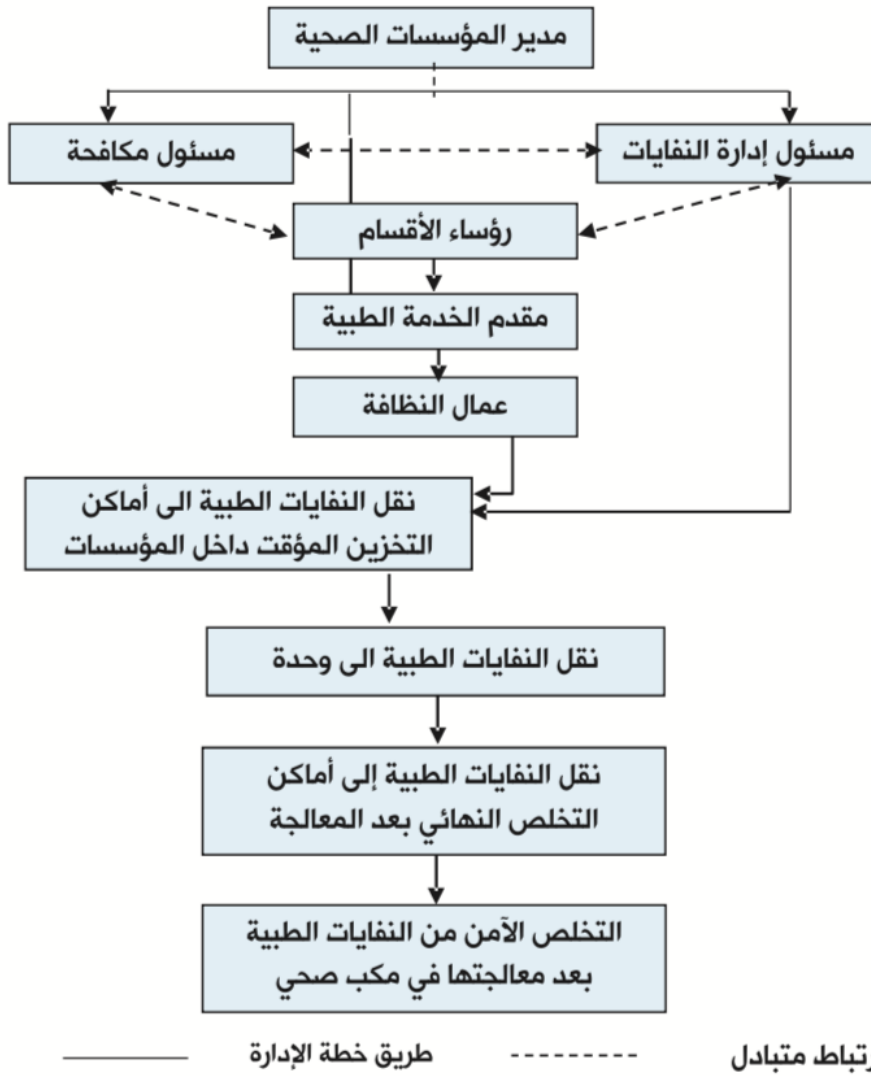
○ يفضل تخصيص عمال لتجميع ونقل النفايات من مختلف الأماكن في المنشأة. ○ يجب تدريب المسؤولين عن نظافة معدات رعاية المرضى تدريباً خاصاً حول طرق التنظيف الصحيحة، ويراعى أن تكون هناك إرشادات مكتوبة عن كيفية وسياسات التنظيف. ○ يجب مراقبة عملهم بشكل دوري بواسطة رؤساء الأقسام، ومتابعتهم من قبل لجنة متابعة شركة النظافة.. ○ يجب متابعة أعمال النظافة عقب الانتهاء منها لضمان القيام بها على الوجه الصحيح. ○ يجب أن يكون جميع عمال النظافة حاصلين على اللقاحات الموصى بها، وأن يتم تدريبهم على معدات الوقاية الشخصية / اللبس والخلع.	
9.1 جدول رقم 1. تصنيف مناطق العمل حسب الخطورة 9.2 جدول رقم 2. محتويات صندوق الإنسكابات 9.3 جدول رقم 3. جدول الأعمال اليومية لعمال النظافة 9.4 جدول رقم 4. تنظيف بيئة المنشأة الصحية المعدات وأدوات رعاية المرضى 9.5 مرفق رقم 5 mops/towels color code UK NHS example 9.6 مرفق رقم 6 General Equipment Cleaning Checklist 9.7 مرفق رقم 7 Terminal environmental cleaning checklist	9. المرفقات
10.1 الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى (نظافة البيئة من صفحة 166-184) 10.2 الدليل الأردني لمكافحة العدوى (نظافة بيئة المنشأة من صفحة 62-77) • Teresa Chou. Environmental Services. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/infection-prevention-for-support-services-and-the-care-environment/environmental-services Accessed Jan 31, 2022. • Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	10. المراجع

اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	رقم السياسة:	IPC-37
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	الأقسام والعاملين في المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	9 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1. تعتبر المخلفات الطبية منتجات جانبية تنشأ عن القيام بإجراءات الرعاية الصحية وتشمل الأدوات الحادة وغير الحادة وسوائل الجسم وأعضاء جسم الإنسان المبتورة والأجنة الهالكة والمواد الكيميائية والمستحضرات الدوائية والمواد الإشعاعية، ويؤدي التعامل الخاطئ مع هذه المخلفات إلى تعريض المرضى والعاملين والمجتمع والبيئة للإصابة بالأمراض المعدية والآثار الجانبية السامة والإصابات البدنية. 1.2. تحتوي مخلفات الرعاية الصحية على كائنات مجهرية قد تكون مضرّة ويمكنها نقل العدوى إلى المرضى في المستشفيات ومقدمي الخدمات الصحية وعامة الناس. وقد تشمل المخاطر المحتملة الأخرى انتشار كائنات مجهرية مقاومة للأدوية من مرافق الرعاية الصحية إلى البيئة. وتشمل أيضاً المخاطر الصحية ذات الصلة بالمخلفات والمنتجات الثانوية ما يلي: • الإصابات الناجمة عن وخز الأدوات الحادة؛ • التسمم والتلوث عن طريق مفعول المستحضرات الدوائية، وخصوصاً المضادات الحيوية والعقاقير السامة للخلايا؛ • التسمم والتلوث عن طريق مياه الصرف؛ وبغناصر أو مركبات مثل الزئبق أو الديوكسينات التي تُطلق أثناء حرق المخلفات.		
2. السياسة:	2.1. أساليب أمنه أثناء التعامل مع المخلفات الطبية وتبدأ بعملية الفرز ثم التداول والتخزين المؤقت للنفايات والتخلص الآمن منها.		
3. الغرض:	3.1. تجنب تعرض العاملين والمرضى والمجتمع والبيئة إلى المخاطر الجسيمة المترتبة على الإدارة الغير سليمة والتخلص الغير آمن للنفايات الطبية لما تحتويه من مواد خطره (معدية، مشعة، سامة).		
4. مجال التطبيق:	4.1. تطبق على جميع أقسام المنشأة الصحية		
5. التعريفات:	5.1. إدارة النفايات الطبية: عملية فرز، جمع، تخزين، نقل ومن ثم التخلص الآمن من جميع أنواع النفايات الناتجة عن نشاطات الرعاية الصحية. 5.2. النفايات الطبية: جميع النفايات الصلبة أو السائلة أو الغازية الناتجة من مختلف منشآت الرعاية الصحية والمختبرات الطبية ومراكز الأبحاث ومصانع ومستودعات الأدوية البشرية والبيطرية وعيادات الطب البيطري ومراكز التأهيل وتصنف إلى: • نفايات عادية (شبه منزلية): هي تشبه النفايات المنزلية ولا تشكل خطر على العاملين وتشكل حوالي 85% من مجموع النفايات مثل ورق المكاتب، بقايا الطعام وورق تجفيف الأيدي والأغلفة للمستهلكات والمواد. • نفايات طبية خطيرة: وتشكل حوالي 15% من مجموع النفايات الناتجة من المنشأة الصحية وهي الجزء من النفايات الذي يمكن أن يؤدي إلى مخاطر صحية وتشمل: ✓ نفايات معدية: هي النفايات التي يحتمل احتواؤها على مسببات الأمراض أو سمومها بتركيز كافية للتسبب بالمرض مثل المعدات والأدوات المستخدمة في العلاج والتشخيص والوقاية من الأمراض، والتي تحتوي على سوائل الجسم ومنها الضمادات والمسحات والقفازات المستخدمة، خافضات اللسان، المحاقن المستخدمة بدون الإبر للعلاج والنفايات السائلة مثل الدم والبصاق وإفرازات الرئة وإفرازات الجسم الأخرى.		

✓ النفائيات شديدة العدوى: هي النفائيات الناتجة عن مختبرات التحاليل الطبية الخاصة بالزراعة الجرثومية، ومخزون مسببات الأمراض شديدة العدوى وتشمل سوائل جسم المريض المصاب بأمراض شديدة العدوى مثل: الكوليرا، التيفوئيد، التهابات الكبد، السل، وحدات الدم الملوثة وبقايا عينات فحص الدم وعوادم أجهزة الفحص المخبري. ✓ نفائيات حادة: هي الأدوات التي قد تسبب قطع أو وخز في الجسم البشري مثل المحاقن والمشارط المستخدمة في العمليات وقطع الزجاج المكسور. ✓ النفائيات التشريحية (الباثولوجي): هي النفائيات التي لها علاقة بجسم المريض والأنسجة الموجودة به مثل المشيمة والأورام المستأصلة ومخلفات معامل الباثولوجي وأجسام وأعضاء حيوانات التجارب.	
• نفائيات كيميائية: هي النفائيات التي تحتوي على مواد كيميائية مثل المواد الكيميائية المستخدمة داخل المختبرات والزجاجات الكيميائية الدوائية الفارغة أو المستخدمة في المختبرات والمطهرات الغير صالحة والمواد المستخدمة في التشخيص والمواد السامة والمسببة للتآكل والمنظفات والمواد القابلة للاشتعال أو سريعة التفاعل وشديدة الحساسية للصدمات. • النفائيات المحتوية على المعادن الثقيلة: تعتبر هذه النفائيات جزءاً من النفائيات الكيميائية إلا أنها تتميز بسميتها العالية مثل الزئبق الناتج عن كسر أجهزة قياس الحرارة والضغط الزئبقي والكاديوم والرصاص الناتج عن بعض أنواع البطاريات المستهلكة وبقايا حشو الأسنان. • النفائيات الدوائية: هي المواد الأولية والأدوية والمستحضرات الصيدلانية واللقاحات والأمصال المنتهية الصلاحية أو التالفة أو الغير مطابقة للمواصفات. • النفائيات المشعة: هي النفائيات الصلبة أو السائلة أو الغازية الملوثة بالمواد المشعة المستخدمة في فحوصات الأنسجة والسوائل البشرية، وإجراءات تشخيص الأورام وعلاجها وأعمال البحوث التشخيصية والعلاجية. • النفائيات السامة للجينات: هي نفائيات شديدة الخطورة ممكن أن تسبب طفرة أو تشوهات في الجسم ولها نتائج مسرطنة للخلايا وتشمل: ✓ نفائيات العلاج الكيماوي الناتجة عن التصنيع، أو تحضير وإعطاء العلاج الكيماوي. ✓ افرازات المريض الذي يتلقى العلاج الكيماوي مثل البول والبراز والقيء. • نفائيات العبوات المضغوطة: هي العبوات التي قد تحتوي على غازات مضغوطة مثل عبوات المبيدات أو الأكسجين أو أكسيد الأثيلين وغيرها والتي قد تستعمل في أعمال علاجية أو غيرها والتي ممكن أن تنفجر إذا ما تعرضت لضغط عال من الداخل أو الخارج.	
5.3 مفاهيم عن طرق معالجة النفائيات: ○ الترميد: يستخدم المرمد ذي غرف الاحتراق المزدوجة على ألا تقل درجة حرارة غرفة الاحتراق عن 1200 درجة مئوية). يمنع استخدام المرمدة لمعالجة العبوات	

المضغوطة الفارغة، والنفايات ذات المحتوي العالي من العناصر الفلزية الثقيلة والنفايات التي تحتوي على مواد بلاستيكية مهجنة أو املاح أو وصلات التصوير أو التصوير الاشعاعي. ○ المعالجة بالتعقيم (الأوتوكليف) المعالجة بالتعقيم داخل أقسام المؤسسات الصحية المنتجة للنفايات شديدة العدوى ويتم إجراء معالجة أولية لها من خلال الإجراءات التالية: ✓ وضع النفايات في كيس أحمر ومن ثم في كيس حراري لتحويلها الى نفايات معدية. ✓ تشغيل جهاز التعقيم على درجة حرارة لا تقل عن (121 درجة مئوية) وضغط جوي (2 بار) وفترة تعقيم 20 دقيقة. ✓ وضعها في أكياس صفراء ومعاملتها معاملة نفايات طبية معدية. ○ المعالجة بالفرم والتعقيم: هي عملية معالجة تتم من خلال فرم النفايات ومن ثم تعقيمها بجهاز تعقيم أو بالميكروويف ومن ثم تعبئة المنتج النهائي بعد المعالجة في كيس بلاستيكي مزدوج أسود اللون وإغلاقه بأحكام ومعاملته كنفايات عادية في عمليات النقل والتخلص النهائي. ○ المعالجة بالكبسلة: وضع النفايات في حاويات معدنية أو بلاستيكية قوية وملائمة لنوعية المادة المعبأة فيها بحيث تعبأ ثلاث أرباع الحاوية بالنفايات وتنقل الى مكب النفايات المعتمد على أن توضع في كبسولات اسمنتية خاصة وبموافقة وزارة الصحة والجهات الرسمية الأخرى ذات العلاقة. ○ المعالجة بالتخميل: تستخدم لمعالجة النفايات الصيدلانية حيث تفرغ كميات الدواء الصلبة من عبواتها ثم طحنها وخلطها مع الماء والجير والإسمنت بالنسب التالية: ٦٥% نفايات، ١٥% جير (كلس)، ١٥% إسمنت، ٥% ماء. وبعد جفاف الخليط السابق يتم التخلص منه في مكب نفايات معتمد وبموافقة وزارة الصحة والجهات الرسمية الأخرى ذات العلاقة.	
6.1. جميع مقدمي الخدمة الصحية داخل المنشأة. 6.2. مسئول إدارة النفايات الطبية. 6.3. عمال شركة النظافة. 6.4. مشرف شركة النظافة.	6. المسؤوليات والأدوار:
7.1. مسئول مكافحة العدوى. 7.2. جميع رؤساء الأقسام. 7.3. مسئول الخدمات الفندقية. 7.4. مسئول شركة النظافة.	7. المتابعة:

8.1. هيكليّة إدارة النفايات الطّبية داخل المؤسسات الصحيّة وخارجها



8. الإجراءات:

8.2. مهام مسؤول مكافحة العدوى داخل المؤسسات الصحيّة

- تدريب العاملين في المؤسسة على السياسات والإجراءات الخاصة بالتخلص من النفايات الطّبية.
- التأكد من توفير وسائل الوقاية الشخصية الضرورية.
- متابعة الصحة المهنية للعاملين وتطعيمهم.
- التنسيق مع مسؤول إدارة النفايات الفندقية.
- متابعة عملية فصل وجمع ونقل وتخزين النفايات الطّبية.
- إعداد التقارير ورفعها الى الإدارة العليا حول المعوقات.

8.3 إجراءات التعامل مع النفايات:

أ. فرز النفايات:

يجب فرز النفايات الطبية حسب تصنيفها مباشرة في مكان تولدها، وفق دليل الترميز اللوني كالتالي:

- يتم فرز النفايات العادية (شبه منزلية): في أكياس بلاستيكية سوداء اللون.
- يتم فرز النفايات المعدية في أكياس بلاستيكية صفراء اللون.
- يتم فرز النفايات شديدة العدوى في أكياس بلاستيكية حمراء اللون.

يجب إجراء معالجة أولية في داخل القسم باستخدام الطرق التالية:

وحدات الدم الملوثة، يتم التعامل معها بأحد الطرق التالية:

- إما يضاف لوحدة الدم كلور بتركيز 5% 60 مل لمدة 30 دقيقة كي يصبح إجمالي تركيز الكلور بالوحدة (10000 جزء بالمليون)،
- أو يوضع كيس الدم داخل كيس حراري ويوضع داخل جهاز التعقيم تحت 121 درجة مئوية لمدة 20 دقيقة.
- ومن ثم يتم التخلص من الدم في الصرف الصحي
- وتعامل أكياس الدم كنفايات معدية.

يتم فرز النفايات الدوائية في أكياس بلاستيكية بنية اللون:

- يتم فرزها من قبل صيدلاني متخصص أو شخص ذو خبرة.
 - نفايات دوائية غير خطيرة (كريمات – فيا سينات – أدوية أزمة)
 - ما عدا نفايات دوائية خطيرة (مواد سامة للجينات – مضادات حيوية – مشعة - مطهرات – معقمات- مخدرات) يجب وضعها في أكياس بلاستيكية زرقاء اللون وإرسالها إلى دائرة الرقابة الدوائية لكي يتم التخلص منها بالتعاون مع الجهات المشاركة مثل (سلطة البيئة - مجالس النفايات الصلبة)
- national disposal company and committee for pharmaceutical waste.

فرز النفايات السامة للجينات:

- تفرز النفايات السامة للجينات في أكياس بلاستيكية زرقاء اللون.
- يمنع التخلص منها عن طريق استخدام الطمر والدفن أو سكبها في الصرف الصحي ويجب إرجاعها للمصدر (قسم الصيدلة) حيث توضع في مكعبات اسمنتية من قبل اللجنة المختصة..

يتم فرز الأدوات الحادة في أوعية خاصة مقاومة للثقب (الصندوق الآمن):

- يجب أن تكون الأوعية قوية مصنوعة من البلاستيك أو من مواد مصنفة صديقة للبيئة وغير مسربة للسوائل.
- يجب اختيار حجم صناديق أمان مناسبة لاماكن العمل المختلفة
- يجب كتابة التاريخ والوقت على الصندوق الآمن عند البدء باستخدام
- يجب غلق الصندوق الآمن بشكل محكم عند امتلائه الي 3/4 أو ٧ أيام أيها أقرب.

فرز النفايات المشعة:

- يجب جمع هذه النفايات في حاويات معدة خصيصاً لهذا الغرض وفقاً للمواصفات التي تحددها الجهات المختصة مصنوعة من الرصاص أو محاطة بالرصاص محكمة القفل مع وجود الشعار الدولي للإشعاع.

النفايات الكيميائية:

- يجب وضعها في أوعية قوية، محكمة الاغلاق وغير قابلة للتفاعل مع نوع المادة المحفوظة وفي مكان آمن.
- يمنع وضع أكثر من نوع من النفايات الكيميائية في نفس الوعاء.
- يجب ان تحفظ في مكان مغلق جيد الإضاءة والتهوية لمنع تراكم الغازات الكيميائية.

النفايات السائلة التي تحتوي على سوائل جسم المريض:

- يجب التخلص منها في الصرف الصحي وتجنب انسكابها حول الأطراف.
- ثم سكب كلور بتركيز 500 جزء بالمليون ثم شطف المكان بالماء.

يمنع خلط النفايات مع بعضها البعض وفي حال الاختلاط يمنع فصلها وتأخذ صفة النفايات المعدية وتعامل معاملة.

ب. جمع ونقل النفايات من الأقسام إلى مكان التخزين المركزي:

- يجب ارتداء الواقيات الشخصية المناسبة قبل البدء بعملية الجمع
- يتم جمع أكياس النفايات الصغيرة من أماكن انتاجها، ووضعها في الأكياس الكبيرة داخل الحاويات المخصصة حسب الدليل اللوني المتفق عليه بحيث لا يزيد امتلائه عن الثلثين ثم يغلق بإحكام بطريقة عنق الإوزة.
- يجب تعبئة ووضع ملصق على كيس النفايات موضح عليه البيانات التالية:
 1. اسم الوحدة أو القسم الناتج منه النفايات
 2. نوع النفايات
 3. وقت وتاريخ الجمع.
- يجب حمل أكياس النفايات بعيداً عن الجسم.
- يجب جمع النفايات بواسطة عربات أو حاويات خاصة وتتوفر فيها المواصفات التالية:

1. سهولة التحميل والتفريغ.
 2. ذات أسطح ملساء لسهولة التنظيف والتطهير
 3. عدم وجود زوايا حادة تؤدي إلى تمزق أو اتلاف الأكياس أو العبوات
 4. تكون مصنوعة من مادة ضد التآكل بسبب المحاليل والمواد الكيماوية و مواد التنظيف
- يجب نقل النفايات من أماكن انتاجها إلى التخزين بأوقات دورية مناسبة ومحددة مسبقاً ضمن مسار محدد.
 - يجب ألا يزيد وزن أكياس النفايات عن 12 كيلوجرام.
 - يجب تنظيف وتطهير عربة النقل فور تفريغها وفي حال حدوث أي انسكابات.
 - يجب وضع كيس جديد مكان الممتلئ مباشرة.
 - يجب تخصيص مركبة لنقل النفايات خارج المنشأة الصحية.

ت. تخزين النفايات الطبية:

- يجب تخزين النفايات في غرفة التخزين الخاصة على ان تتوفر فيها المواصفات التالية:

1. موقع التخزين منفصل عن بقية الأقسام.
2. الجدران ملساء ومصقولة.
3. أسطح ملساء وغير منفذة للسوائل لتكون سهلة التنظيف والتطهير.
4. جيدة الإضاءة والتهوية.
5. سهولة دخول العمال المكافين بنقل ومعالجة النفايات.
6. إمكانية الدخول السهل لمركبات نقل النفايات خارج المنشأة.
7. محمية من أشعة الشمس وعوامل المناخ.
8. وجود مصدر للمياه الجارية والصرف الصحي.
9. محكمة الإغلاق.
10. مضادة لانتشار الحشرات والقوارض والطيور مع وجود سلك شبكي مانع على النوافذ.
11. تتوفر فيها المطهرات وأدوات التنظيف المناسبة.
12. أن يتناسب حجمها ومساحتها مع حجم النفايات المنتجة.
13. ترتيب النفايات داخل موقع التخزين بأسلوب يكفل سلامة النفايات المخزنة.
14. يفضل ترتيب أكياس النفايات في غرفة التخزين بحيث يكون كل لون على حدا.
15. أن يكتب على باب الغرفة بوضوح (مخزن للنفايات الطبية).
16. متاحة للتخزين في أي وقت مع ضمان دورية نقل النفايات إليها.
17. إحكام إغلاق غرفة التخزين مع تحديد الأشخاص الذين بحوزتهم مفاتيح الموقع ويمنع دخول من ليس له عمل.
18. أن يكون التخزين في حاويات سليمة.

• فترة التخزين

1. يجب الا تزيد في فصل الشتاء عن 72 ساعة وفي فصل الصيف عن 48 ساعة.
2. يجب مراقبة درجة الحرارة والرطوبة.

• النقل الخارجي للنفايات الى مكان معالجة النفايات:

1. يجب ان يتم النقل في أوقات مناسبة (دورية)
2. في كل عملية نقل يجب تزويد السائق بكشف رسمي يبين التالي:
 - a. نوع ووزن النفايات التي تحتويها.
 - b. اسم الجهة المراد نقل النفايات إليها.
 - c. الطريقة المنوي معالجة النفايات بواسطتها.
3. يجب أن تحتوي المركبة على وسيلة اتصال مناسبة وعلى المعدات التالية:
 - a. معدات وقاية شخصية.
 - b. أدوات ومواد التنظيف والتطهير الضرورية.
 - c. مواد معالجة الانسكابات.
 - d. صندوق إسعافات أولية مزود بكافة المستلزمات الطبية الضرورية للإسعاف الأولي

4. يجب الأخذ بجميع الاحتياطات اللازمة لمنع تسرب السوائل من النفايات أو انسكابها.
5. يجب غسل وتطهير المركبة في نهاية كل يوم أو بعد كل انسكاب بطريقة مناسبة.
6. يجب تعبئة وإرفاق نموذج استلام وتسليم النفايات (حسب الأصول).
7. يجب الاحتفاظ بنسخ النماذج الموقعة من المنتج ومستلم النفايات لمدة ثلاث سنوات.

ث. الجهة المسؤولة عن معالجة النفايات والتخلص النهائي: Outsourcing

1. يلتزم مجلس النفايات الصلبة بمهمة المعالجة الآمنة للنفايات خارج المنشأة الصحية وهو جهة خاصة مجازة للقيام بهذا الامر ومرخص لها بذلك من قبل الجهات الحكومية المحلية كوزارة الصحة وسلطة جودة البيئة والحكم المحلي
2. مهام إدارة جهة المعالجة: الاستلام من المصدر والنقل بأمان والتخلص النهائي والمعالجة. يجب أن تتعاقد كل مستشفى لديها اقسام للتشخيص أو العلاج أو كلاهما أو إعادة تدوير

ج. طرق معالجة النفايات والتخلص النهائي:

- النفايات العادية: تستخدم طريقة الطمر الصحي بحسب المعيار المحلي للمعالجة.
- النفايات معدية: تستخدم طرق الترميد، التعقيم بالأوتوكليف، الفرغ ومن ثم التعقيم، أو بالإشعاع.
- النفايات حادة: تستخدم طرق الترميد، التعقيم بالأوتوكليف، الفرغ ومن ثم التعقيم، أو بالإشعاع .
- النفايات شديدة العدوى: تستخدم طريقة التطهير الكيماوي شريطة مراعاة استخدام المطهر الملائم
- النفايات التشريحية: تستخدم طريقة الترميد، أو الدفن
- أعضاء الجسم والأجنة المخلفة: الدفن.
- النفايات كيميائية السامة للجينات: تستخدم طرق الترميد بشرط ألا تنتج عنه غازات ملوثة، أو المعالجة بالكبسلة.
- النفايات الصيدلانية: تستخدم طريقة المعالجة بالكبسلة أو بالتخميل.
- النفايات المحتوية على المعادن الثقيلة: التخزين الآمن والتنسيق مع وزارة البيئة للتخلص النهائي. أو مجلس النفايات الصلبة
- نفايات العبوات المضغوطة وعبوات الادوية الفارغة وغير المكسورة: تستخدم طريقة الطمر الصحي.

ح. ممارسات الصحة والسلامة المهنية للعاملين في مجال إدارة النفايات الطبية

- تلتزم كل مؤسسة بتوفير التدريب اللازم للعاملين لديها على السياسات والإجراءات الخاصة بالتخلص من النفايات الطبية ونظافة الايدي واستخدام الواقيات الشخصية.
- تلتزم كل مؤسسة بإجراء الفحوصات اللازمة للعاملين ضد الأمراض المعدية.
- تلتزم كل مؤسسة بتوفير التطعيمات المناسبة للعاملين مثل: التهاب الكبد الوبائي، والتيتانوس .

تلتزم الجهات القائمة على إدارة النفايات الطبية بتوفير أدوات السلامة المهنية التالية: أدوات الوقاية الشخصية.					
#	الأداة	عامل جمع ونقل النفايات	عامل التخزين وتنظيف الحاويات في المؤسسة	عمال النقل خارج المؤسسة	عمال وحدة المعالجة
1	الزي*	✓	✓	✓	✓
2	كفات جلدية متعددة الاستخدام	✓	✓	✓	✓
3	نظارة واقية للوجه	-	✓	-	✓
4	مريول جلدي	-	✓	-	✓
5	كفات شديدة التحمل	-	✓	✓	✓
6	حذاء مطاطي ذو عنق طويل	-	✓	-	✓
7	حذاء مطاطي غير منفذ للسوائل بدون عنق	✓	-	✓	-
*الزي: بدلة من القماش تغطي الجسم ذات أكمام، يوجد عليه شريط فسفوري ومكان لوضع البطاقة التعريفية لتمييز طبيعة العمل.					
- حقيبة الإسعافات الأولية ويجب توفرها في سيارات نقل النفايات ووحدات المعالجة. - السلامة ضد الحرائق من خلال توفير طفايات حريق في أماكن التخزين، سيارات النقل، وفي وحدات المعالجة.					
9.1. مرفق رقم 1. الدليل اللوني لفرز النفايات الطبية 9.2. مرفق رقم 2. بوستر نظام إدارة النفايات الطبية 9.3. مرفق رقم 3. بوستر النفايات المعدية 9.4. مرفق رقم 4. بوستر النفايات الحادة 9.5. مرفق رقم 5. ملصق بيانات يوضع على كيس النفايات 9.6. مرفق رقم 6. علامات النفايات الحيوية الخطرة 9.7. مرفق رقم 7. نموذج لسجلات استلام وتسليم النفايات الطبية					9. المرفقات
- الدليل القومي المصري لمكافحة العدوى، الجزء الأول، الإصدار الرابع 2020. JICA program for establish a system of medical waste management in Gaza strip - سياسات مكافحة العدوى بالمنشآت الصحية (USAID) - Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html					10. المراجع

اسم السياسة:	الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية	رقم السياسة:	IPC-38
نوع السياسة:	مكافحة العدوى	رقم النسخة:	الأولى
معد السياسة:	وحدة السلامة ومكافحة العدوى	تاريخ الإصدار:	2022/02/01
نطاق السياسة:	جميع المنشآت الصحية	تاريخ المراجعة:	2026/01/30
عدد الصفحات:	10 صفحات	مصرح بواسطة:	وزارة الصحة
1. المقدمة:	1.1 إن الإصابات المصاحبة للرعاية الصحية التي سببها كائنات ممرضة مثل <i>Legionella species</i>، <i>Aspergillus species</i>، <i>Mycobacterium species</i> الموجودة في الأتربة والأنقاض الناتجة من نشاطات الهدم والبناء والتي لها مخاطر شديدة. 1.2 تنطبق هذه السياسة على جميع أعمال الترميم وإعادة البناء داخل المنشأة الصحية، والتي تشمل الصيانة الوقائية لنظام التدفئة والتهوية والتكييف (HVAC) ونظافة جهاز التهوية، واستبدال الفلتر، الخ... التي قد تشمل و/أو تلوث إمدادات الهواء والماء. 1.3 لذلك من الضروري تقييم مخاطر بيئة المنشأة الصحية وذلك بتحديد الخطوات والتدابير المتوافقة مع إجراءات الوقاية وضبط العدوى للقضاء على مخاطر العدوى التي قد تلحق بالعاملين والمرضى في بيئة المنشأة الصحية.		
2. السياسة:	2.1 تطبيق إجراءات الوقاية ومكافحة العدوى في هدم وترميم وإعادة بناء مرافق المنشأة الصحية.		
3. الغرض:	3.1 تقليل مخاطر اكتساب العدوى المصاحبة للرعاية الصحية للمرضى والعاملين في المنشأة الصحية التي قد تنتج من انتشار الميكروبات عن طريق الغبار أو الماء أثناء القيام بأنشطة الهدم والترميم.		
4. مجال التطبيق:	جميع مرافق المنشآت الصحية		
5. التعريفات:	5.1 الهدم: هو عملية إزالة جزء من مباني المنشأة الصحية 5.2 البناء: هو إنشاء مباني جديدة أو إعادة تأهيل المباني القديمة التي تعرضت للتلف والتصدعات.		
6. المسؤوليات والأدوار:	6.1 مسؤول مكافحة العدوى. 6.2 فريق متعدد التخصصات (الأقسام المعنية) مثل: طبيب القسم، إداري القسم، الخ. 6.3 قسم الهندسة 6.4 قسم صحة البيئة 6.5 العمال (فريق البناء). 6.6 الخدمات الفندقية. 6.7 مشرف النظافة		
7. المتابعة:	7.1 مسؤول مكافحة العدوى 7.2 مدير المنشأة الصحية 7.3 قسم الهندسة والصيانة 7.4 قسم صحة البيئة		

أ. مرحلة ما قبل التصميم والتخطيط والاستشارة:

- يجب على إدارة المنشأة الصحية العمل على تطبيق الاشتراطات الصحية والبيئية المطلوبة في عمليات الهدم والبناء والترميم والتجديد داخل المنشأة الصحية
- يجب على قسم مكافحة العدوى بالمنشأة مراقبة تطبيق الاشتراطات الصحية والبيئية في عمليات الهدم والبناء والترميم والتجديد داخل المنشأة الصحية، وأخذ القياسات والتدابير المطلوبة

التدابير الوقائية قبل البناء:

- يجب تشكيل فريق متعدد التخصصات ممثلين عن الأقسام المعنية للتوافق على خطة عمل متعددة التخصصات. يجب أن يكون ممثل عن قسم مكافحة العدوى جزءاً من هذه المجموعة
- يجب إجراء تقييم للعدوى المحتملة قبل التخطيط لأي مشروع هدم أو ترميم في أي من مرافق المنشأة الصحية.
- يجب أن يتم تعبئة وتوقيع نموذج تقييم مخاطر ضبط العدوى قبل بدء أي مشروع بناء (مرفق نموذج تقييم المخاطر)
- الآثار الموسمية المتعلقة بالإصابات يجب أن يتم أخذها في الاعتبار في خطة العمل للمشاريع.
- يجب على ممثل مكافحة العدوى أن يقدم المعلومات عن تقييم العدوى. لفريق العمل (مرفق نموذج مخاطر المرضى)

هناك أربعة مكونات رئيسية لهذا التقييم وإدارة المخاطر المصاحبة:

الخطوة 1. تحديد نوع نشاط مشروع البناء

النوع A	التفتيش والأنشطة غير المنتجة للغبار تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • إزالة السقف المعلق للفحص البصري فقط، على سبيل المثال، محدد ببلاط واحد لكل 50 قدم مربع • الطلاء (ولكن ليس الصنفرة) • تغطية الجدران، وأعمال القطع الكهربائية، والسباكة الصغيرة، والأنشطة التي لا تولد الغبار أو تتطلب قطع الجدران أو الوصول إلى الأسقف بخلاف الفحص البصري
النوع B	أنشطة صغيرة الحجم وقصيرة المدة تؤدي إلى الحد الأدنى من الغبار تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • تركيب كابلات الهاتف والكمبيوتر • قطع الجدران أو الأسقف حيث يمكن التحكم في انتقال الغبار
النوع C	العمل الذي يولد مستوى معتدلاً إلى مرتفع من الغبار أو يتطلب هدم أو إزالة أي مكونات أو مجموعات مبانٍ ثابتة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • حف الجدران للطلاء أو تغطية الجدران • إزالة أغطية الأرضيات والأسقف المعلقة • بناء جدار جديد • أعمال مجاري طفيفة أو أعمال كهربائية فوق الأسقف • أنشطة الكابلات الرئيسية • أي نشاط لا يمكن إكماله خلال نوبة عمل واحدة

- مشاريع الهدم والبناء الكبرى
يشمل على سبيل المثال لا الحصر:
- الأنشطة التي تتطلب دوامات عمل متتالية ومتعددة
 - يتطلب هدمًا كثيرًا أو إزالة نظام كابلات كامل
 - بناء جديد

النوع D

الخطوة 2. تحديد فئات المرضى المعرضة للخطر أو مجموعة المخاطر الجغرافية. إذا تأثرت أكثر من مجموعة، فحدد مجموعة المخاطر الأعلى

أعلى خطر	عالي الخطر	متوسط الخطر	قليل الخطر
• أي منطقة ترعى مرضى نقص المناعة • وحدة الحروق • معمل قسطرة القلب cath lab • قسم التعقيم المركزي • وحدات العناية المركزة • غرف العزل ذات الضغط السلبي • وحدة الدم و الأورام • غرف العمليات بما في ذلك غرف العمليات القيصريّة والجراحة النسائية	• وحدة العناية القلبية • غرفة الطوارئ • غرف التوليد • المختبرات • حضانة حديثي الولادة • الجراحة المرتبطة بالعيادات الخارجية • طب الأطفال • الصيدلية • وحدة رعاية ما بعد التخدير • أقسام الجراحية	• تخطيط القلب • التنظير • الطب النووي • الأشعة / التصوير بالرنين المغناطيسي • العلاج التنفسي	• منطقة المكاتب

الخطوة 3. تحديد "فئة" تدابير الرقابة المنصوص عليها باستخدام مصفوفة أنشطة البناء والمخاطر

النوع D	النوع C	النوع B	النوع A	فئة المخاطر
III/IV	II	II	I	قليل الخطر
IV	III	II	I	متوسط الخطر
IV	III/IV	II	I	عالي الخطر
IV	III/IV	III/IV	II	أعلى خطر

الإجراءات العامة المشتركة لجميع فئات إعادة الإعمار أو الهدم:

- يجب نشر نموذج متابعة إعادة البناء على باب موقع العمل موضحاً التوصيات الوقائية وفقاً لتصريح البناء المعتمد. (مرفق نموذج متابعة إعادة البناء).
- يقوم مسؤول مكافحة العدوى بـ:

- تحديد جميع المناطق المحيطة بالمشروع وتقييم المخاطر المحتملة.
- تحديد الموقع المحدد للنشاط من غرف المرضى وغرف الأدوية إلخ.
- يجب أن يقدم مسؤول مكافحة العدوى نصائح حول التخطيط لأقسام جديدة
 - عدد مناسب من غرف العزل/ ذات تدفق الهواء السلبي.
 - العدد المطلوب ونوع مغاسل غسل اليدين.
 - تدريب فريق البناء على هذه السياسة ليكونوا على دراية بالمخاطر الصحية لكل من مقدمي الخدمة الصحية أو المرضى أو المرافقين أثناء نشاطات الهدم والترميم.
- يجب تحديد الإجراءات المتعلقة بالتهوية والسباكة والكهرباء والإجراءات المناسبة عند حدوث الانقطاعات.
- يجب تحديد تدابير الاحتواء مثل أنواع الحواجز (الجدار الصلب) والحاجة إلى فلتر (HEPA – Filter)
- يجب عزل منطقة الترميم/ البناء من المناطق المأهولة أثناء البناء وستكون سالبة التهوية فيما يتصل بالمناطق المجاورة.
- يجب تقييم المخاطر المحتملة لتلف المياه أو المخاطر نتيجة الجدران أو السقف.
- يجب تحديد ساعات العمل، وتقييم ما إذا كان من الممكن العمل في غير ساعات رعاية المرضى.
- يجب مناقشة مسائل الاحتواء مثل الحد من تدفق المرور، الحراسة، إزالة الأنقاض.
- يجب إنشاء ممرات خاصة لعمال البناء لتجنب المرور في مناطق رعاية المرضى.
- يجب تخصيص مصعد – إن أمكن – لعمال البناء، مع التأكيد أن تهوية كابينة المصعد لا يتم إعادة تدويرها داخل المنشأة الصحية.
- يجب وجود آلية لحل المشاكل في الوقت المناسب.

في حال بناء جناح جديد

التدابير الوقائية العامة أثناء البناء أو الهدم:

- يجب على مسؤول مكافحة العدوى تقديم المشورة بشأن:
 - عدد مناسب من غرف العزل/ ذات تدفق الهواء السلبي.
 - العدد المطلوب ونوع مغاسل غسل اليدين.
- يجب وضع سيليكون مانع للتسرب عند تركيب جبس الأسقف النظيف.
- يجب أن يكون مسار أرضية الفواصل نظيفاً قبل تركيب عزل الصوت وإغلاق الفاصل.

- يجب على جميع الأقسام تبليغ مسؤول مكافحة العدوى عن أي تغيير في لون الماء فوراً لاتخاذ الإجراءات البديلة.
 - يجب أن يرتدي عمال البناء الملابس الواقية عند العمل في منطقة البناء بسبب التركيز العالي للغبار للحد من تشتت الغبار، إذا لم يكن هناك مخرج لمنطقة خارجية لغير المرضى فيجب أن يزيل عمال البناء الملابس الواقية واستخدام المكينة الكهربائية لإزالة الغبار if available من ملابسهم قبل مغادرة منطقة البناء.
 - يجب على جميع الموظفين الذين يدخلون منطقة البناء ارتداء أغطية الأحذية على أن تخلع في كل مرة عند الخروج.
 - يشرف مسؤول مكافحة العدوى بشكل منتظم (أسبوعياً مثلاً) وتبعاً للزمن المحدد للمشروع) على منطقة البناء حتى يكتمل المشروع للتأكد من التقيد بالتدابير الوقائية تبعاً لخطة تقييم المخاطر وفي حال وجود أي مخاوف فيجب إبلاغ مسؤول قسم الهندسة والصيانة.
 - يجب التأكد من أن المناطق المجاورة لمنطقة البناء يتم تنظيفها يومياً على الأقل بممسحة نظيفة مبللة
- توصيات عامة لجميع فئات المخاطر**
- تنفيذ ومراقبة الجودة لتدابير الرقابة المنصوص عليها**
- ملحوظة:** الموافقة على مكافحة العدوى ستكون مطلوبة عند بدء نشاط البناء ويشير مستوى المخاطر إلى أن إجراءات الرقابة من الفئة الثالثة أو الفئة الرابعة ضرورية
- وصف احتياطات مكافحة العدوى المطلوبة حسب الفئة**

عند الانتهاء من المشروع	خلال مشروع البناء	
منطقة عمل نظيفة عند الانتهاء من المهمة.	- يجب تنفيذ العمل بأساليب تقليل الغبار المتطايير من عمليات البناء. - يجب استبدال فوري لألواح السقف المعلق التالفة، أو ظهور علامات رطوبة اتساخ	الفئة I
- يجب مسح أسطح العمل باستخدام مطهر. - يجب احتواء نفايات البناء قبل نقلها في حاويات مغطاة بإحكام. - يجب المسح بممسحة مبللة و / أو مكنسة كهربائية يفضل أن تكون مزودة بفلتر HEPA قبل مغادرة منطقة العمل. - عند الانتهاء، يجب استعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء (HVAC) حيث تم تنفيذ العمل	- يجب نقل المرضى ذوي المناعة الضعيفة إلى منطقة بعيدة من منطقة البناء في حال عدم ضمان جودة الهواء أثناء البناء مع ضرورة ارتدائهم الكمامة عند نقلهم من خلال أو بالقرب من منطقة البناء. - يجب توفير وسائل فعالة لمنع الغبار من الانتشار في الجو المحيط. - يجب رش وترطيب أسطح العمل بالماء لضبط الغبار أثناء تكسير الجدر الخرسانية أو الأرضية. - يجب وضع فوطة رطبة مباشرة خارج مداخل ومخارج منطقة البناء لالتقاط الغبار من المعدات والأحذية، مع تغيير الفوطة بشكل يومي. - يجب تغليف الإمدادات والأجهزة المستخدمة وتوضع في حاويات مغطاة عندما يتم نقلها خارج المنطقة لمنع التدفق. - يجب إغلاق الأبواب غير المستخدمة ووضع شريط لاصق. - يجب سد وإغلاق فتحات التهوية. - يجب وضع حصيرة الغبار عند مدخل وخروج منطقة العمل - يجب إزالة أو عزل نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء في المناطق التي يتم فيها تنفيذ العمل	الفئة II

• لا يجب إزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم فحص المشروع المكتمل من قبل موظفي المستشفى المعتمدين. • يجب إزالة المواد الحازرة بعناية لتقليل انتشار الأوساخ والحطام المرتبط بالبناء. • يفضل تفريغ منطقة العمل بواسطة مكائن مزودة بفلاتر HEPA • يجب مسح منطقة العمل بواسطة ممسحة مرطبة بمطهر. • عند الانتهاء، يجب استعادة نظام HVAC حيث تم تنفيذ العمل.	• يجب إزالة أو عزل نظام التكييف والتبريد في المنطقة التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجاري الهواء. • يجب وضع الحواجز بشكل كافٍ لإغلاق المنطقة من خارج منطقة العمل قبل بدء البناء. • يجب احتواء مخلفات البناء قبل نقلها في حاويات محكمة الغلق. • يجب تغطية أوعية أو عربات النقل بغطاء شريطي ما لم يكن هناك غطاء صلب	الفئة III	
• يجب إزالة مادة الحازر بعناية لتقليل انتشار الأوساخ والحطام المرتبط بالبناء. • يجب احتواء نفايات البناء قبل نقلها في حاويات مغطاة بإحكام. • يجب تغطية أوعية أو عربات النقل. الغطاء قماشى أو شادر ما لم يكون هناك غطاء صلب • يفضل افراغ منطقة العمل بواسطة	• يجب عزل نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء في المنطقة التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجاري الهواء • يجب وضع الحواجز بشكل كافٍ لإغلاق المنطقة من خارج منطقة العمل قبل بدء البناء. • يجب احكام إغلاق الثقوب والأنابيب والقنوات. • يجب أن تكون جميع الشبابيك والأبواب وفتحات سحب وشفط الهواء مغلقة في مرافق المنشأة المجاورة للمباني التي سيتم هدمها بما فيها مناطق تواجد المرضى المعرضون للخطر وذلك لتجنب تسريبات الهواء إلى مناطق رعاية المرضى.	الفئة IV	

مكائن مزودة بفلتر HEPA • مسح منطقة العمل بممسحة مرطبة بمطهر • عند الانتهاء ، يجب استعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء (HVAC) حيث تم تنفيذ العمل.	• يجب إغلاق جميع الفتحات والأنابيب والقنوات والثقوب أو أي مصادر لتسرب الهواء في مكان البناء. • يجب أن يكون ضغط الهواء داخل منطقة البناء سلبياً مقارنة بالمناطق المجاورة له، حيث يمكن استخدام شفاط مفلتر لدفع الهواء أعلى من المباني المجاورة، (مرشحات HEPA إن وجدت). • يجب أن يتم شفط الهواء مباشرة إلى الخارج، وفي حال كان ذلك غير ممكناً يتم تنقيته من خلال فلتر HEPA قبل أن يتم إعادة تدويره في المستشفى. • يجب تقييم سلامة فلتر HEPA باستمرار، والتأكد من أنه غير مسدود أو معدل . • يجب تغطية أي فتحات تهوية غير مستخدمة في منطقة البناء لمنع سحب الهواء إلى داخل المنشأة. • يجب تفريغ قنوات الهواء والمساحات الموجودة أعلى السقف قبل البدء بالبناء في المناطق المشتركة، مع التأكيد على تنظيف التركيبات الميكانيكية أو الكهربائية قبل تركيب السقف المعلق. • يجب إنشاء غرفة انتظار وهي غرفة مؤقتة داخل أو خارج منطقة البناء مباشرة، وهي غرفة انتقالية للأشخاص الذي يدخلون ويخرجون من منطقة البناء. • يجب أن يكون حجم غرفة الانتظار مناسباً لأغلب المواد، والمعدات التي تدخل وتخرج من المنطقة، مع مراعاة عدم فتح كلا البابين في نفس الوقت.		
---	---	--	--

- يجب تخطيط طريق بديل حتى لا يمر جميع الأفراد المشاركين في البناء / التجديد بالمنطقة الحرجة. في الحالات التي لا يكون فيها ذلك ممكناً، يجب بناء غرفة انتظار والطلب من جميع الأفراد المرور عبر هذه الغرفة حتى يتمكنوا من ارتداء المعاطف التي يتم خلعها في كل مرة يغادرون فيها موقع العمل.
- لا يجب إزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم فحص المشروع المكتمل من قبل موظفي المستشفى المعتمدين.

التدابير الوقائية ما بعد البناء:

- يجب إزالة أنقاض البناء باستخدام حاويات مغلقة بإحكام بواسطة أغطية مرطبة قبل أن يتم نقلها من منطقة البناء، مع مراعاة إلزائها في فترة النشاط المنخفض في المستشفى إن أمكن (أي بعد ساعات الزيارة).
- يجب استخدام أبواب خارجي - إذا لزم الأمر - لإزالة الأنقاض إذا لم يكن البناء على مستوى الأرض.
- يجب التنظيف الدقيق لمنطقة البناء بما فيها الأسطح الأفقية قبل أن يتم إزالة الحواجز، ومرة أخرى بعد إزالة الحواجز وقبل إعادة دخول المرضى إلى المنطقة مع إتاحة الوقت الكافي لتسوية جميع المسائل المتعلقة بالأتربة والغبار قبل القيام بالتنظيف النهائي.
- يجب أن يقيم مسؤول مكافحة العدوى منطقة البناء قبل إعادة دخول المرضى إلى المنطقة المنتهية وقبل إزالة أو السماح لإزالة الحواجز مع ضرورة أخذ عينة الهواء الفطري fungal .
- يجب ان يقوم فريق متعدد التخصصات بإجراء جولة نهائية للتأكد بأن نظام التهوية يعمل بالشكل الصحيح في منطقة البناء والمناطق المجاورة .
- يجب التأكد من فتح خطوط المياه قبل الاستخدام إذا كانت معطلة.
- يجب التأكد من صلاحية مياه الشرب إذا كانت هناك مخاوف من وجود *Pseudomonas* و *Legionella species*، حيث يتم معالجتها بالكلور أو التسخين الزائد والتأكد من جريانها في قنوات المياه قبل إعادة ضغط نظام الماء.
- يجب أخذ عينات مياه للفحص البكتيري والكيميائي باستمرار وبعد نهاية إعادة البناء، وقياس نسبة الكلور الحر المتبقي فيها.
- يجب صيانة أجهزة التكييف والتبريد غير المستخدمة.
- يجب تقييم جودة المياه لتحديد ما إذا كانت تحقق المقاييس الفلسطينية.
- يجب تقييم جودة الهواء

• يجب اخذ عينات هواء للتأكد من خلو منطقة العمل من الفطريات خصوصاً الـ <i>Aspergillus</i>. (راجع مرفق رقم 1 معيار أخذ عينات الهواء)	
9.1 مرفق رقم 1: معيار أخذ عينات الهواء 9.2 مرفق رقم 2: Infection Control Risk Assessment (ICRA) Matrix مصفوفة تقييم مخاطر مكافحة العدوى 9.3 مرفق رقم 3: تصريح عمل مكافحة عدوى Infection Control work Permit 9.4 مرفق رقم 4: Daily Construction, Renovation and Demolition Monitoring Tool أداة مراقبة البناء والتجديد والهدم اليومية مرفق رقم 5: Completion of Project – Checklist الانتهاء من المشروع / قائمة التحقق	9. المرفقات:
a. دليل منع العدوي والسيطرة عليها في مؤسسات الرعاية الصحية 2017 b. الدليل القومي لمكافحة العدوي إصدار 2016 c. GCC infection prevention and control manual 3rd Edition المعهد الأمريكي لمهندسي المعمار، أكاديمية هندسة المعمار للصحة، إرشادات لتصميم وبناء مرافق الرعاية الصحية 2006 • Lewis Johnson, Construction and Renovation. In: Boston K.M., et al, eds. APIC Text. 2014. Available at https://text.apic.org/toc/infection-prevention-for-support-services-and-the-care-environment/construction-and-renovation. Accessed Jan 31, 2022. • Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30329 2003 Updated: July 2019. Accessible version: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html	10. المراجع:

المرفقات

اسم السياسة:	الاحتياطات القياسية	رقم السياسة:	IPC-1
مرفق رقم: 1	<u>الاحتياطات القياسية</u>		

الإحتياطات القياسية

إتبع دوماً هذه الإحتياطات القياسية

إعادة معالجة
الألات والأدوات
الطبية



تنظيف اليدين بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه



إتباع الإحتياطات
الصحية التنفسية
وآداب السعال



إستخدام معذات
الحماية الشخصية
عند خطر التعرض
لسوائل الجسم



إستخدام الأساليب
المانعة للتلوث



حسن إستخدام
الأدوات الحادة
والتخلص منها بأمان



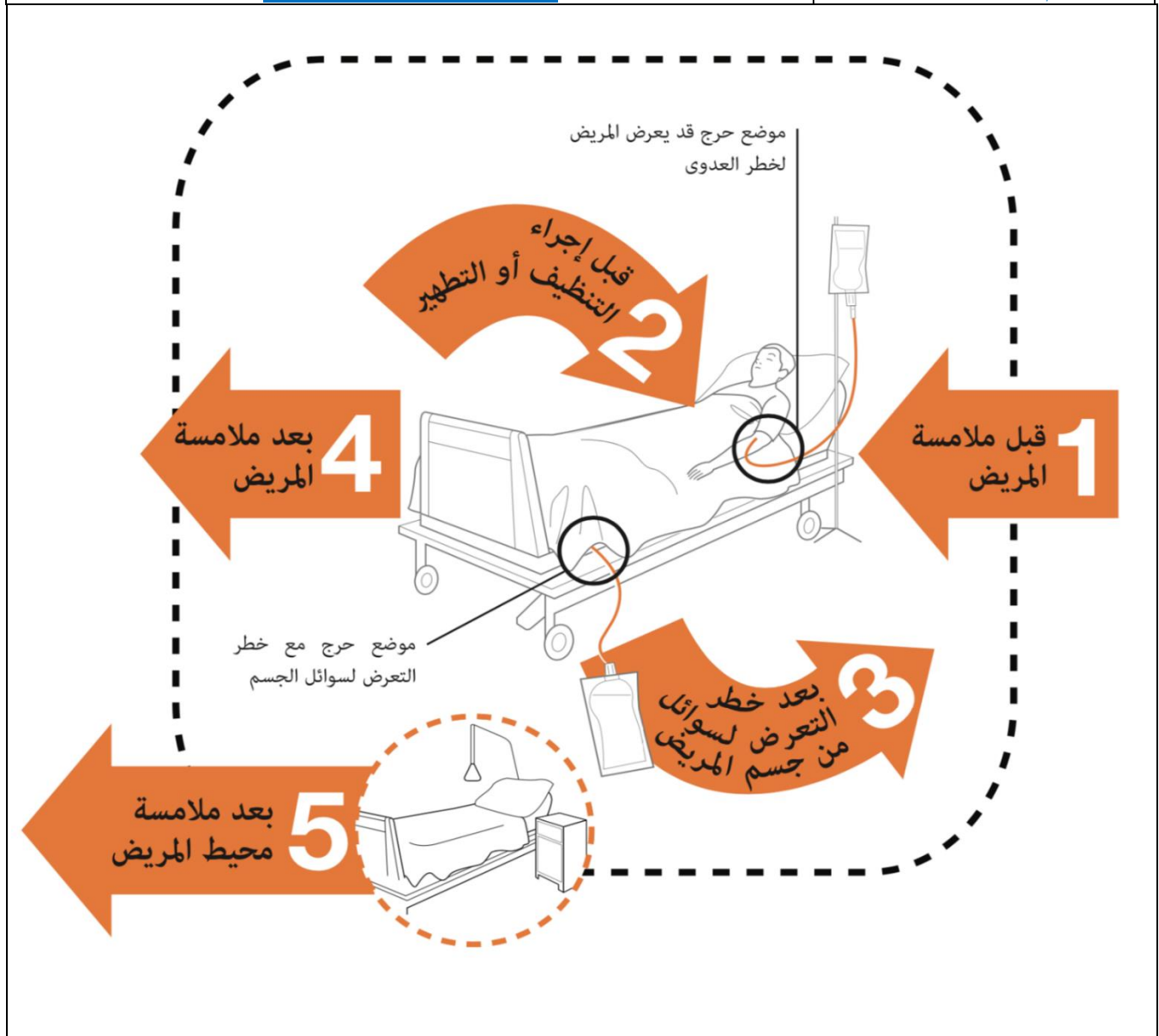
إدارة النفايات
وسلامة الغسيل
والممنسوجات



تنظيف وتطهير
البيئة الروتيني



اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 1	الحظرات الخمس لغسل اليدين		

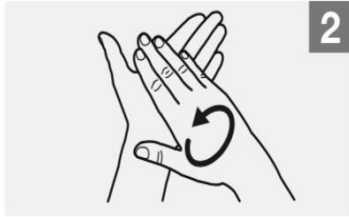


1 قبل ملامسة المريض	متى؟ لماذا؟	نظف يديك عند اقترابك من المريض قبل ملامسته. لحماية المريض من الجراثيم الضارة الموجودة على يديك.
2 قبل القيام بإجراء يستدعي التنظيف أو التطهير	متى؟ لماذا؟	نظف يديك قبل القيام بإجراء يستدعي التنظيف أو التطهير مباشرة. لحماية المريض من انتقال الجراثيم الضارة إليه، بما فيها جراثيم المريض نفسه.
3 بعد التعرض لخطر ملامسة سوائل من جسم المريض	متى؟ لماذا؟	نظف يديك بعد التعرض لسوائل جسم المريض مباشرة (وبعد خلع القفازات) لحماية نفسك ومحيط تقديم الرعاية الصحية من جراثيم المريض الضارة
4 بعد ملامسة المريض	متى؟ لماذا؟	نظف يديك بعد ملامسة المريض و ما يحيط به مباشرة، عند مغادرتك محيط المريض. لحماية نفسك ومحيط تقديم الرعاية الصحية من جراثيم المريض الضارة
5 بعد ملامسة محيط المريض	متى؟ لماذا؟	نظف يديك بعد لمس أي شيء أو أثاث في محيط المريض المباشر، عند مغادرتك - حتى لو لم تلمس المريض. لحماية نفسك ومحيط تقديم الرعاية الصحية من جراثيم المريض الضارة

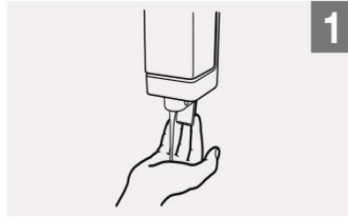
اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 2		طريقة غسل اليدين الروتيني:	
اغسلوا أيديكم بالصابون بانتظام			
			
افركوا الصابون بين الأصابع. افركوا الصابون حول أطراف الأصابع. اغسلوا أيديكم لمدة 20 ثانية.		افركوا الصابون على راحة اليدين. افركوا الصابون على ظهر اليدين. افركوا الرسغين.	
			
بلّلوا اليدين بالماء الجاري. ضعوا الصابون السائل على اليدين أو استخدموا قطعة صابون.			
اشطفوا اليدين وجففوها جيداً			
			
جفّفوا اليدين بمحارم ورقية أو دعوها تجفّ في الهواء.		اشطفوا اليدين بالماء الجاري.	

اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 3	طريقة غسل اليدين الصحي: بواسطة الماء والصابون		

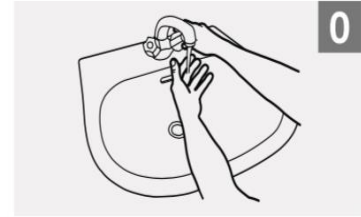
اغسل يديك عند اتساخهما بشكل ظاهر للعيان! أو استخدم مستحضرا لفرك اليدين
مدة الإجراء من 40 إلى 60 ثانية



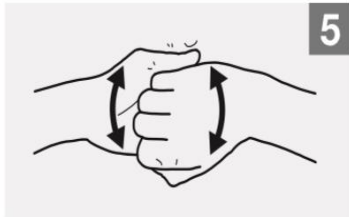
افرك اليدين بدعك الراحيتين.



ضع مقداراً من الصابون يكفي لتغطية اليدين معاً.



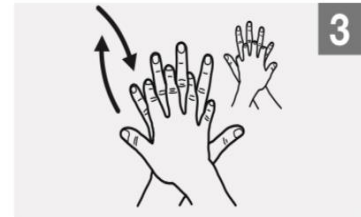
بلل اليدين بالماء.



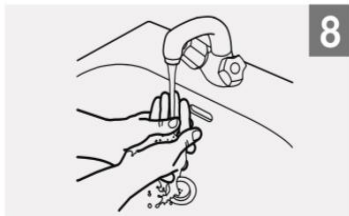
افرك بظهر أصابع اليد اليمنى راحة اليد اليسرى ،
وظهر أصابع اليد اليسرى براحة اليد اليمنى مع
قبض الأصابع.



خلل الأصابع وشبكهما مع فرك الراحيتين.



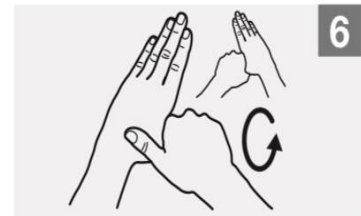
افرك ظهر اليد اليسرى براحة اليد اليمنى مع
تشبيك الأصابع ثم افعل نفس الشيء باليد اليمنى.



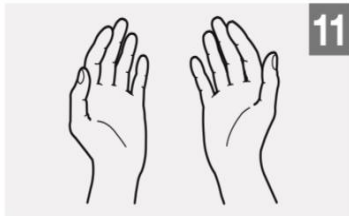
اشطف يديك بالماء.



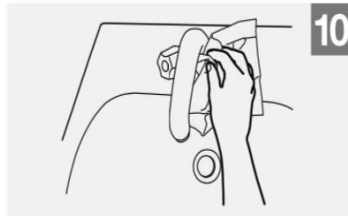
افرك راحة اليد اليمنى بحركة دائرية إلى الخلف
وإلى الأمام بحيث تشبك أصابع اليد اليمنى براحة
اليد اليسرى والعكس بالعكس.



افرك ظهر الكف الأيمن بإبهام اليد اليسرى بشكل
دائري ثم افرك ظهر الكف الأيسر بإبهام
اليد اليمنى.



ها قد أصبحت يداك آمنتين لتقديم الرعاية.



استخدم المنشفة لغلق الصنبور.



جفف اليدين جيداً بمنشفة تستخدم لمرة
واحدة فقط.

اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 4	طريقة غسل اليدين الصحي: الفرك بواسطة المحلول الكحولي		

افرك يديك لتنظيفهما ! اغسلهما عند اتساخهما بشكل ظاهر للعيان.

مدة الإجراء من 20 إلى 30 ثانية



1 أ



2 ب

املاً راحة إحدى يدك بالمستحضر ووزعه على كلتا اليدين.

افرك اليدين بدعك الراحتين.



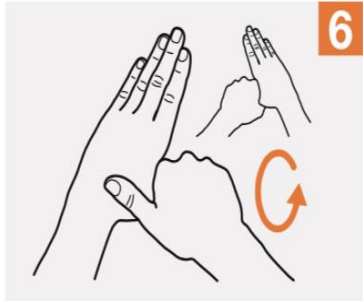
3



4

افرك ظهر اليد اليسرى براحة اليد اليمنى مع تشبيك الأصابع ثم أفعّل الشيء نفسه باليد اليمنى.

خلل الأصابع وشبكهما مع فرك الراحتين.



5



6

افرك إبهام اليد اليسرى بشكل دائري براحة اليد اليمنى وكرر نفس العملية بالنسبة لإبهام اليد اليمنى.

افرك اليد اليمنى بحركة دائرية إلى الخلف وإلى الأمام بحيث تشبك أصابعها براحة اليد اليسرى والعكس بالعكس.



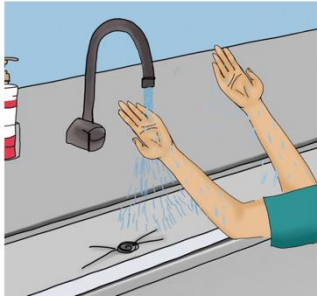
7



8

عندما تجف يدك، تصبح آمنة لتقديم الرعاية.

اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 5	<u>غسل اليدين الجراحي: بواسطة الماء والصابون المطهر</u>		
خطوات غسل لليدين الجراحي بواسطة الماء والصابون المطهر			
		1. اخلع جميع الحلي باليدين أو المعصمين.	
		2. بلل اليدين والساعدين تماما إلى أعلى مستوى المرفق.	
		3. نظف أسفل كل ظفر من الأظافر وحول قاعدته، يحظر استخدام الفرشاة الخشنة لتنظيف الأظافر حيث أنها تتسبب في التهابات الجلد مما يساعد على انتقال العدوى.	
		4. ضع مادة مطهرة مما سبق ذكره على اليدين والساعدين إلى المرفق مع رفع اليدين إلى أعلى فوق مستوى المرفق وبحركة دائرية، ابدأ عند أطراف الأصابع في إحدى اليدين ورغي ثم اغسل بين الأصابع واستمر من أطراف الأصابع إلى المرفق. كرر هذه العملية باليد والذراع الأخرين. واصل الغسل لمدة 5 دقائق على الأقل قبل أول عملية في اليوم ولمدة 2-5 دقائق على الأقل قبل العمليات التالية.	
			
4.2		4.3	
			
		4.4	



5. اشطف كل ذراع على حدة بدءاً بأطراف الأصابع مع رفع اليدين أعلى مستوى المرفق.



6. استخدم منشفة معقمة للتجفيف. استخدم أحد جانبي المنشفة لتجفيف إحدى اليدين والجانب الآخر من المنشفة لتجفيف اليد الأخرى.



7. اجعل اليدين فوق مستوى الخصر ولا تلمس أي شيء قبل لبس الرداء المعقم والقفازات الخاصة بالجراحة.

اسم السياسة:	نظافة الأيدي	رقم السياسة:	IPC-2
مرفق رقم: 6	فرك اليدين الجراحي بواسطة المحلول الكحولي (المدة ٦٠-٩٠ ثانية)		
  			
افرك المطهر الكحولي على ذراع اليد اليمنى حتى تصل الى ٥ سم فوق المرفق انقع اطراف اصابع اليد اليمنى لازالة تلوث تحت الاظافر لمدة ٥ ثواني ضع ما يقارب ٥ مل من مستحضرات فرك الايدي الكحولي في راحة اليد اليسرى باستخدام مرفق اليد اليمنى لضخ الكمية			
تأكد من وصول المطهر الى جميع المناطق المراد فركها وبعـركة دائرية حول الذراع حتى يتبخر المطهر الكحولي تماماً من ١٠ الى ١٥ ثانية			
  			
تابع للصورة التوضيحية رقم ٣ تابع للصورة التوضيحية رقم ٣ تابع للصورة التوضيحية رقم ٣			
  			
تابع للصورة التوضيحية رقم ٣ ضع ما يقارب ٥ مل من مستحضرات فرك الايدي الكحولي في راحة اليد اليمنى باستخدام مرفق اليد اليسرى لضخ الكمية انقع اطراف اصابع اليد اليسرى لازالة تلوث تحت الاظافر لمدة ٥ ثواني			



افرك المطهر الكحولي
على ذراع اليد اليسرى
حتى تصل الى ٥ سم
فوق المرفق



ضع ما يقارب ٥ مل من مطهر
فرك الايدي الكحولي في راحة
اليد اليسرى باستخدام مرفق
اليمنى لضخ الكمية
افرك اليدين معا بنفس الوقت
حتى تصل الى الرسغ

تأكد من وصول المطهر الى جميع المناطق المراد فركها وبحركة دائرية حول
الذراع حتى يتبخر المطهر الكحولي تماما من ١٠ الى ١٥ ثانية

تأكد من اتمام جميع خطوات فرك اليدين الصحي حسب الخطوات التالية



تأكد من تغطية جميع أسطح
اليدين بالكامل بمسحضر
فرك الايدي الكحولي
حتى تصل الى الرسغ
افرك راحتي اليدين
ببعضهما البعض بحركة دائرية



افرك ظهر اليد اليسرى
بباطن اليد اليمنى بالإضافة
الى الرسغ حرك اليد اليمنى
للامام والخلف والعكس بالعكس



افرك باطن اليد اليمنى
بباطن اليد اليسرى
للامام وللخلف
مع تداخل الاصابع



افرك ظهر الاصابع
بباطن اليد الاخرى
وحركهما حركة جانبية للامام
والخلف الاصابع مضممة



افرك ابهام اليد اليمنى
بتحريكه بحركة دائرية
بقبضة اليد اليسرى



عندما تجف اليدين
باستطاعتك ان ترتدي
العمليات ملابسات

IPC-2	رقم السياسة:	نظافة الأيدي	اسم السياسة:
<u>أداة تدقيق لنظافة وتطهير اليدين</u>			مرفق رقم: 7

نموذج المراقبة

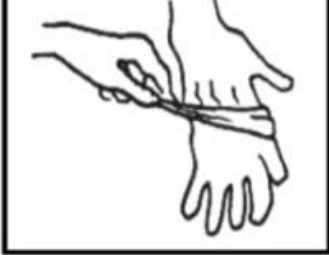
Facility:	Period N°:	Session N°:	
Service:	Date: (dd/mm/yy)	Observer: (initials)	
Ward:	Start/End time:(hh:mm)	:	:
Department:	Session duration: (mm)	Page N°:	

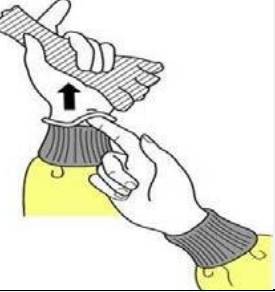
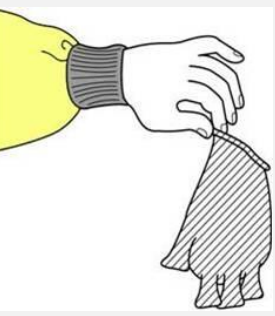
Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat	
Code N°		Code N°		Code N°		Code N°	

Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action
1	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	1	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	1	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	1	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves
2	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	2	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	2	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	2	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves
3	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	3	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	3	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	3	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves
4	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	4	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	4	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	4	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves
5	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	5	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	5	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	5	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves
6	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	6	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	6	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves	6	☐ bef-pat. ☐ bef-asept. ☐ aft-b.f. ☐ aft-pat. ☐ aft.p.surr.	☐ HR ☐ HW ☐ missed ☐ gloves

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 1	توصيات عند ارتداء الواقيات الشخصية		
• يجب غسل اليدين قبل ارتداء الواقيات الشخصية • في حالة ارتداء عباءة يتم ارتداؤها أولاً على أن يتم إحكام أربطتها من الخلف • في حالة ارتداء القناع الجراحي أو القناع عالي الكفاءة: - يحكم ربط الشريط المثبت خلف الرأس والرقبة. - يحكم تثبيت الواقي التنفسي على الأنف بضغط الشريحة المعدنية على قنطرة الأنف. - يتم تغطية الأنف والفم ابتداءً من أعلى الأنف وحتى أسفل الذقن • في حالة ارتداء قفازات بالإضافة إلى باقي الواقيات الشخصية في أقسام العزل وعند التعرض للإفرازات وسوائل الجسم (بخلاف غرف العمليات) يتم اتباع الترتيب الآتي: 1. العباءة الطبية. 2. القناع الجراحي أو القناع عالي الكفاءة. 3. واقي العينين والوجه 4. القفازات • اما في العمليات فيكون الترتيب كالاتي 1. واقي القدم. 2. غطاء الرأس. 3. القناع الجراحي. 4. واقي العينين والوجه. 5. المريلة البلاستيكية أحادية الاستخدام. 6. العباءة الطبية المعقمة. 7. القفازات المعقمة			

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 2		توصيات أثناء خلع الواقيات الشخصية	
• يتم خلع الواقيات قبل مغادرة غرفة الكشف على المريض أو البيئة المحيطة بالمريض، أما في حالة التعامل مع المرضى بقسم عزل الأمراض المنقولة عن طريق الهواء فإنه يتم خلع القناع التنفسي عالي الكفاءة خارج غرفة المريض وليس قبل مغادرتها • <u>ترتيب خلع الواقيات الشخصية في أقسام العزل:</u> 1. القفازات. 2. تطهير الأيدي أو غسلها روتينياً. 3. واقي العينين والوجه. 4. العباءة الطبية. 5. تطهير الأيدي أو غسلها روتينياً. 6. القناع التنفسي أو القناع عالي الكفاءة. 7. تطهير الأيدي أو غسلها روتينياً • <u>ترتيب خلع الواقيات الشخصية بعد إجراء العمليات:</u> 1. القفازات. 2. العباءة الطبية. 3. المريلة البلاستيكية أحادية الاستخدام. 4. تطهير الأيدي بالكحول أو غسلها روتينياً. 5. واقي العينين والوجه. 6. القناع الجراحي. 7. غطاء الرأس. 8. تطهير الأيدي بالكحول أو غسلها روتينياً			

IPC-3	رقم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	اسم السياسة:
خطوات ارتداء القفازات الجراحية المعقمة			مرفق رقم: 3
	• قم بإعداد مساحة لفتح عبوة القفازات، مع مراعاة أن تكون هذه المساحة نظيفة وجافة. قم بغسل اليدين جراحياً ثم اطلب من شخص آخر فتح العبوة بدلاً منك • افتح الغلاف الداخلي المحيط بالقفاز بحيث تكون راحة اليد بالقفاز لأعلى.		
	• التقط القفاز الأول من ناحية الطرف المثني ملامساً فقط الجزء الداخلي من الطرف المثني (الجانب الداخلي هو الجانب الملامس للجلد عند ارتداء القفاز).		
	• أثناء حمل الطرف المثني بإحدى اليدين، أدخل اليد الأخرى في القفاز (توجيه أصابع القفاز إلى الأرضية سوف يجعلها مفتوحة) احذر أن تلامس أي شيء واجعل القفاز فوق مستوى الخصر.		
	• التقط القفاز الآخر بإدخال أصابع اليد المرتدية القفاز تحت الطرف المثني لقفاز اليد الثانية. احذر من تلويث اليد المرتدية للقفاز باليد الأخرى.		
	• ضع فردة القفاز الثانية فوق اليد العارية عن طريق الجذب عبر الطرف المثني. اضبط أصابع القفاز وأطرافه حتى يتناسب تماماً مع اليد.		

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 4	خطوات خلع القفازات الملوثة		
	• امسك القفاز بالقرب من طرفه المثني الخارجي واجذبه بعيداً عن اليد وسينقلب القفاز إلى جهته الأخرى		
	 1. ضع القفاز في راحة اليد الأخرى 2. ادخل إصبع اليد العارية تحت القفاز في اليد الأخرى واقطب القفاز بحيث يصبح السطح الخارجي للداخل وبداخل القفاز الآخر		
	 • تخلص من القفازات على الفور. اغسل اليدين فور خلع القفازات او افركهما بالمطهر الكحولي		

مرفق رقم: 5	خطوات ارتداء العباءات
	1. غسل الأيدي
	2. اختيار الحجم والنوع المناسب
	3. تكون فتحة العباءة في الخلف والجهة المغلقة في الأمام.
	4. اربط الربطة عند العنق ثم الربطة عند الوسط.

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 6		خطوات خلع العباءات الجراحية	
		1. فك الارتباط من الأعلى للأسفل 2. نزع العباءة من العنق باتجاه الكتف	
		لف العباءة بحيث تكون الجهة الملوثة للداخل	
		التخلص من العباءة في الوعاء المناسب	

مرفق رقم: 7		خطوات ارتداء كمادة الوجه	
		1. وضع الكمامة على الوجه بحيث تغطي الفم والأنف والذقن بإحكام وثبت قطعة الأنف فوق الأنف. 2. ربط الأربطة العلوية وثبتها على الرأس. 3. ربط الأربطة السفلية أفقياً مروراً بالفك السفلي وفصوص الأذنين. 4. تثبيت الكمامة بحيث لا يرى فراغات على الجوانب	

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 8	خطوات ارتداء الكمامة عالية الكفاءة		
		امسك الكمامة براحة يدك كما في الصورة وقطعة الانف على الاصابع مع اعطاء الفرصة للمرابط لتتدلى تحت مستوى اليد	
		ضع الكمامة على الذقن وقطعة الانف في مكانها	
		سحب الرباط العلوي وتثبيتته على الرأس. سحب الرباط السفلي أفقياً مروراً بال فك السفلي وفصوص الأذنين. تثبيت الكمامة بحيث لا يرى فراغات على الجوانب.	
		ضع اصابع يديك الاثنتين على القطعة المعدنية" استخدم اصبعين من كل يد"، السبابة والوسطى وقم بالضغط على القطعة المعدنية لتأخذ شكل الانف. الضغط بيد واحدة يؤثر سلباً على كفاءة الكمامة	
		ضع يديك الاثنتين على مقدمة الكمامة وكن على حذر من تغيير مكانها. يجب التأكد من ان حجمها مناسب بفحصها على الفم والانف أ. <u>فحص الملائمة الايجابي</u>: الزفير بقوة، ضغط ايجابي داخل الكمامة، يجب ان لا يكون هناك تسريب. إذا حصل تسريب اعد التثبيت باعادة الخطوات السابقة حتى تتأكد من ملائمتها ب. <u>فحص الملائمة السلبي</u>: الشهيق بقوة. إذا لم يكن هناك تسريب فسوف تنكمش الكمامة لجهة الوجه التسريب سوف يفقد الكمامة الضغط السلبي بداخلها نتيجة دخول الهواء من الاطراف	

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 9	خطوات نزع الكمامة		
1. فك الأربطة السفلية أولاً ثم الأربطة العلوية مع عدم لمس الوجه الأمامي 2. التخلص من الكمامة مباشرة بعد الانتهاء من الإجراء. 3. عدم إعادة استخدام الكمامة. 4. عدم ترك الكمامة معلقة على الرقبة			



مرفق رقم: 10	خطوات ارتداء الواقيات الشخصية
قبل وضع معدات الوقاية الشخصية: 1. قم بغسل وتنظيف اليدين باستخدام الكحول أو الماء والصابون. 2. بعد الانتهاء تأكد من جفاف اليدين وأنت لا ترتدي ساعة أو خاتم في يدك.	
1 ارتد المئزر البلاستيكي، وتأكد من ربطه بإحكام في الخلف.	
2 ارتد الكمامة وتأكد من ربطها بمجرد أن يغطي الأنف، تأكد من تمديده لتغطية فمك وذقنك.	
3 ضع النظارات الخاصة لحماية العين	
4 ارتداء قفازات واختيار المقاس المناسب لك.	

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 11	خطوات خلع الواقيات الشخصية		
١ - قم بإزالة القفازات، عن طريق الإمساك بالجزء الخارجي من القفاز وأزالته ومن ثم استخدام الاصبع لإزالة القفاز الآخر دون ملامسة واجهة القفاز.  ٢ - قم بغسل اليدين بالكحول.  ٣ - قم بإزالة المثزر البلاستيكي  ٤ - قم بإزالة النظارات الخاصة لحماية العين.  ٥ - قم بغسل اليدين مجدداً بالكحول.  ٦ - قم بإزالة الكمامة.  ٧ - اغسل يدك بالماء والصابون. 			

اسم السياسة:	أدوات الوقاية الشخصية	رقم السياسة:	IPC-3
مرفق رقم: 12	طريقة ارتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية		

طريقة ارتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية

طريقة خلع معدات الوقاية الشخصية

الخطوة رقم ١

تجنب لمس نفسك والآخرين والبيئة المحيطة.
انزع الواقيات الأكثر تلوثاً أولاً.

نزع العباءة الطبية والقفازين

اخلع العباءة الطبية والقفازين وأدرهما بحيث يكون السطح الخارجي إلى الداخل.
تخلص من القفازين والعباءة الطبية بشكل آمن.

الخطوة رقم ٢

قم بتنظيف اليدين.

الخطوة رقم ٣ (أ)

في حالة ارتداء واقي للوجه، اخلع واقي الوجه من الجهة الخلفية.
التخلص من واقي الوجه بطريقة آمنة.

الخطوة رقم ٣ (ب)

في حالة ارتداء النظارة الواقية والقفازين، اخلع النظارة من الجهة الخلفية.
ضع النظارة في حاوية منفصلة لإعادة معالجتها.
اخلع القفاز من الجهة الخلفية وتخلص منه بطريقة آمنة.

الخطوة رقم ٤

قم بتنظيف اليدين.

طريقة ارتداء معدات الوقاية الشخصية (عندما تكون جميع هذه المعدات مطلوبة)

الخطوة رقم ١

قم بتحديد الأخطار وإدارة المخاطر، واجمع ما يلزم من الواقيات الشخصية.
قم بالتخطيط لكان ارتداء معدات الوقاية الشخصية وخلعها.
هل يوجد معك زميل يساعدك؟ أو مرآة؟
هل تعرف كيف ستتخلص من النفايات؟

الخطوة رقم ٢

قم بارتداء العباءة الطبية.

الخطوة رقم ٣ (أ)

قم بارتداء واقي الوجه.

أو

الخطوة رقم ٣ (ب)

قم بارتداء القناع الطبي وواقي العينين.

الخطوة رقم ٤

قم بارتداء القفازين (لغرض إرساء كم العباءة الطبية).

ملاحظة: عند القيام بإجراء ينطوي على توليد ضباب (إيروسولات) مثل التشغيل من الجهاز التنفسي أو تركيب الأنبوبة الحنجرية أو الإنعاش القلبي الرئوي أو إجراء منظار للشعب الهوائية أو تشريح الجثة ينبغي ارتداء قناع مانع لاستنشاق الجسيمات (مثل القناع N95 الذي اعتمدته المعهد الوطني للسلامة والصحة الوطنية في الولايات المتحدة، أو القناع FFP2 الذي اعتمدته الاتحاد الأوروبي، أو أي قناع آخر مماثل) وارتداء واقي الوجه أو واقي العينين. وعند استعمال القناع المانع لاستنشاق الجسيمات لابد من إجراء اختبار للتأكد من إحكامه على الوجه.

اسم السياسة:	الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال	رقم السياسة:	IPC-4
مرفق رقم: 1	آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال، عربي (1)		

توقف عن نشر الجراثيم التي تسبب المرض لك ولغيرك!

قم بتغطية أنفك وفمك عند السعال



m DEPARTMENT
OF HEALTH

Infectious Disease Epidemiology, Prevention and Control
PO Box 64975, St. Paul, MN 55164
651-201-5434 or 1-877-676-5434
www.health.state.mn.us

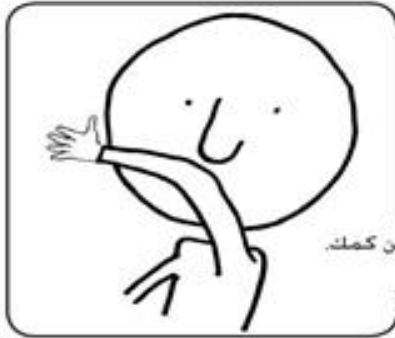
APIC
Association for Professionals in
Infection Control and Epidemiology, Inc.

Article 3/2020

اسم السياسة:	الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال	رقم السياسة:	IPC-4
مرفق رقم: 2	آداب نظافة الجهاز التنفسي والسعال، عربي (2)		

توقف عن نشر الجراثيم التي تسبب المرض لك ولغيرك!

قم بتغطية أنفك وفمك عند السعال



أو بالجزء العلوي من كمك.
وليس بيدك.

عند السعال أو العطس.
قم بتغطية أنفك وفمك
بمنديل ورقي.

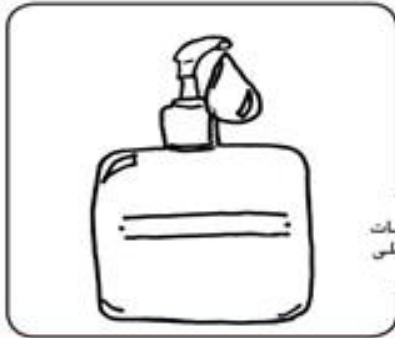


ضع منديلك المستعمل في
سلة المهملات.



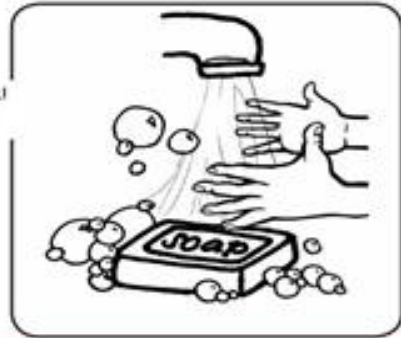
نظف يديك

بعد السعال أو العطس.



أو نظفهما بمخففات
اليد التي تحتوي على
الكحول.

اغسل يديك بالماء
الدافئ والصابون



APIC
Alliance for Public Infection Control



Minnesota Department of Health
625 N. Robert Street, PO Box 54975
St. Paul, MN 55154-0975
651-201-5414 TDD/TTY 651-201-5797
www.health.state.mn.us

MINNESOTA
MDH
DEPARTMENT OF HEALTH

11/2020

IPC-4	رقم السياسة:	الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال	اسم السياسة:
آداب السعال والعطس			مرفق رقم: 3

آداب السعال Cough Etiquette





اسعل في كم قميصك
Cough into your sleeve



اسعل في منديل
Cough into a tissue

اغسل يديك بالماء والصابون
Always wash your hands with soap & water

www.prospanarabia.com

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للتلوث		رقم السياسة:	IPC-5
مرفق رقم: 1	أنواع اساليب العمل المانعة للتلوث			
الأسلوب الاحتياطات القياسية	النظيف		المانع للتلوث المطهر	الجراحي (المعقم)
	التعامل مع الجلد السليم	التعامل مع الغشاء المخاطي السليم		
نوع غسل الأيدي	غسل اليدين روتيني أو فرك اليدين بالكحول		تطهير اليدين باستخدام المطهرات غسل صحي أو فرك بالكحول	تطهير اليدين باستخدام المطهرات غسل جراحي أو فرك جراحي بالكحول أدوات المعقمة القفازات المعقمة
الواقيات الشخصية	غالبا بدون أدوات وقاية شخصية	غالبا يكتفي بالقفازات النظيفة وقد يتم استخدام أدوات الوقاية الشخصية الأخرى طبقا لخطورة الإجراء	غالبا يكتفي بالقفازات المعقمة وقد يتم استخدام أدوات الوقاية الشخصية الأخرى طبقا لخطورة الإجراء	أدوات الوقاية الشخصية: • أغطية الرأس • الأقنعة الجراحية • واقيات العينين • المرايل البلاستيكية • واقيات الأقدام • العباءات الطبية المعقمة • القفازات المعقمة
إعادة معالجة الآلات والأدوات	التنظيف	التطهير عالي المستوى	التعقيم	التعقيم
مكان خاص للإجراء	خارج غرف العمليات	خارج غرف العمليات	خارج غرف العمليات	داخل غرف العمليات
تحضير جلد المريض	-	-	استخدام مطهر مناسب	استخدام مطهر مناسب

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للتلوث			رقم السياسة:	IPC-5
مرفق رقم: 2	أمثلة لتحضير اليدين والجلد وارتداء الواقيات الشخصية أثناء الإجراءات غير الجراحية والتي تحتاج إلى الأساليب المانعة للتلوث				
الإجراء	مثال	نظافة وتطهير اليدين	الواقيات الشخصية	إعداد موضع التدخل	ملاحظات هامة
إعطاء أدوية الحقن عن طريق العضل أو الوريد أو تحت الجلد	الحقن عن طريق الوريد أو العضل أو تحت الجلد	الغسل الروتيني (يتم فرك اليدين بالكحول أو إجراء الصحي مع المرضى منقوصي المناعة)	يوصى باستخدام القفازات النظيفة ذات الاستخدام الواحد. (تستخدم القفازات المعقمة في حالة التعامل مع المرضى منقوصي المناعة) يمكن الحقن بالعضل أو تحت الجلد بدون قفازات بشرط اتباع أسلوب عدم للمس	باستخدام المطهرات (مع مراعاة زمن التلامس) ويمكن استخدام المطهرات سريعة المفعول (مثل الكحول) بعد تنظيف الجلد جيداً	- تخلص من الأمبولات مباشرة عقب استخدامها لمرة واحدة - لا تستعمل الأمبولات المفتوحة مسبقاً - اتبع إرشادات الشركة المصنعة الخاصة بطرق التخزين والتخلص من الدواء - فيما يتعلق بالعبوات ذات جرعات حقن متعددة: - تطهير الفتحة المطالبة بالكحول قبل إدخال الإبرة. - استخدام سرنجة وإبرة جديديتين ومعقمتين في كل مرة يتم فيها الحقن
تركيب قسطرة وريد مركزي	إعطاء العلاج الكيميائي أو قسطرة الوريد السري لحديثي الولادة أو نقل الدم	غسل جراحي لليدين بمادة مطهرة أو فركهما جراحيًا بالكحول	الواقيات المستخدمة (غطاء الرأس، القناع الجراحي، الرداء الطبي المعقم، القفازات المعقمة، وواقيات العينين)	باستخدام المطهرات طويلة المفعول كالكلورهيكسادين والأيوذوفورز، بعد تنظيف الجلد جيداً	- إعداد مجال معقم (باستخدام فوط معقمة) قبل التركيب - يتم تغطية موضع التركيب بلاصق طبي شفاف معقم أو ضمادة معقمة. - نزع القسطرة إذا ظهرت مؤشرات أو دلائل عدوى، (راجع الجزء الخاص بتركيب قسطرة الوريد المركزية).
تركيب قسطرة وريدية طرفية (مثل الكانيولا، فراشة الحقن	العلاج الوريدي	الغسل الروتيني (يتم فرك اليدين بالكحول أو إجراء الغسل الصحي مع المرضى	يوصى باستخدام القفازات النظيفة ذات الاستخدام الواحد. (تستخدم	باستخدام المطهرات (مع مراعاة زمن التلامس) ويمكن استخدام المطهرات سريعة المفعول (مثل	- اتباع طريقة عدم للمس. - توضع ضمادة معقمة عقب التركيب - نزع القسطرة الوريدية: -إذا لم تعد هناك حاجة لاستخدامها.

الوريدي ... (الخ)		منقوصي المناعة).	القفاذات المعقمة في حالة التعامل المرضى منقوصي المناعة)	الكحول) بعد تنظيف الجلد جيدا	- لو ظهرت أي علامة قد تدل على حدوث عدوى. ● -بعد مرور من ٧٢ ساعة على الأكثر من وضعها
العلاج باستخدام التنقيط الوريدي	إضافة الأدوية إلى المحاليل الوريدية	الغسل الروتيني يتم فرك اليدين بالكحول أو إجراء العمل الصحي مع المرضى منقوصي المناعة).	يوصي باستخدام القفاذات النظيفة ذات الاستخدام الواحد.	تستخدم المطهرات (مثل الكحول) لتطهير مكان الإدخال	● يجب اتباع أسلوب عدم اللمس ● يجب تطهير المكان المخصص لدخول السررنجات الإبر داخل عبوات المحاليل وحاويات الأدوية باستخدام الكحول. ● استخدام سرنجة جديدة معقمة وإبرة جديدة ومعقمة في كل مرة يتم فيها أي إضافة أو سحب من قارورة المحلول أو عبوات أدوية الحقن المضافة. ● استخدام مذيبي معقم مخصص لتحضير أدوية الحقن الوريدي
خلط وتحضير المحاليل الوريدية بوحد الأطفال المبتسرين	خلط وتحضير المحاليل الوريدية بوحد الأطفال المبتسرين	الغسل الصحي للليدين باستخدام المطهرات أو فرك اليدين بالكحول.	الواقيات المستخدمة غطاء الرأس، القناع التنفسي الجراحي، العباءة الطبية المعقمة القفاذات المعقمة).	تستخدم المطهرات (مثل الكحول) لتطهير مكان الإدخال.	● استخدام منطقة خاصة مركزية نظيفة يسهل تنظيف سطحها ● يتم الإجراء بوجود مساعد لمناولة المستلزمات. ● استخدام مفارش معقمة لإعداد سطح العمل. ● يجب تطهير المكان المخصص لدخول سن السررنجة داخل عبوات المحاليل وحاويات الأدوية باستخدام الكحول. ● استخدام سرنجات جديدة معقمة وإبر جديدة ومعقمة. ● استخدام العبوات المعقمة المخصصة لتحضير أدوية الحقن الوريدي.
تجميع سائل الجسم من أماكن معقمة بالجسم	البزل من السائل النخاعي من تجويف	غسل جراحي للليدين بمادة مطهرة أو فركهما	الواقيات المستخدمة (غطاء الرأس، القناع الجراحي،	باستخدام المطهرات طويلة المفعول والأيودوفورز والكلورهيكيادين،	● إعداد مجال معقم (باستخدام فوط معقمة) قبل التركيب

	الصدر أو البطن.	جراحيا بالكحول..	الرداء الطبي المعقم، القفازات المعقمة وواقيات العينين).	مع تنظيف الجلد جيدا.	
التدخلات التي تتلامس مع الأغشية المخاطية	التشفيط من القصبة الهوائية ..	غسل روتيني لليدين أو فركهما بالكحول.	القفازات النظيفة، والقناع والمريلة البلاستيكية أحادية الاستخدام.		يجب استخدام قسطرة معقمة وفي الأماكن محدودة الموارد يمكن إعادة استخدامها لنفس المريض على أن يتم شطفها بمحلول الملح المعقم وحفظها لمدة 6-8 ساعات فقط.
تركيب قسطرة بولية	قسطرة مجرى الجهاز البولي مثل قسطرة فولي.	غسل صحي لليدين بمادة مطهرة أو فركهما بالكحول	الواقيات الشخصية المستخدمة: القفازات المعقمة والمريلة البلاستيكية	تنظيف منطقة العانة بالماء والصابون أو الأبودوفورز الـ 7.5 %، ثم يتم استخدام مطهر مناسب كالأيودوفورز 10 % حول مكان الإدخال ما حول فتحة قناة مجرى البول).	- الحفاظ على نظام تصريف البول (القسطرة - خرطوم البول كيس جمع البول) بدون أي اختراقات - غسل الأيدي روتينية قبل وبعد تفريغ أكياس جمع البول (مع مراعاة ارتداء القفازات النظيفة أثناء القيام بالإجراء) - تجنب تغيير القساطر بصفة مستمرة لأن هذا من شأنه أن يعرض المريض للمخاطر جرح والتهاب المثانة وقناة مجرى البول. - يتم تغيير القسطرة عند انسدادها، يتم عمل غسيل للمثانة

اسم السياسة:	الأساليب المانعة للتلوث	رقم السياسة:	IPC-5
مرفق رقم: 3	أمثلة للأساليب مانعة التلوث		
1. الأسلوب المانع للتلوث المتبع لحقن العلاج في الوريد: - تستخدم تقنية العمل المانعة للتلوث القياسية العامة المطهرة. - تكون الأجزاء الرئيسية عادةً هي تلك الأجزاء التي تتلامس بشكل مباشر مع التسريب السائل على سبيل المثال، الإبر وأطراف المحاقن وطرف القسطرة الوريدية. - يجب تحديد الأجزاء الرئيسية وحمايتها في جميع الأوقات ويجب أن تتلامس فقط مع الأجزاء الرئيسية المعقمة الأخرى و / أو المواقع الرئيسية. - يجب استخدام أسلوب عدم التلامس عند إدخال العناصر المعقمة داخل جسم المريض، ويعني ذلك عدم لمس الأيدي للمنطقة التي سيتم إدخال هذا العنصر من خلالها بعد تطهيرها، وعدم ملامسة أي أسطح من البيئة المحيطة بعد تطهير اليدين. كذلك يجب المحافظة على تعقيم جميع الوصلات والأجهزة بعدم تعريضها لغير الأيدي المطهرة المستخدمة لها كما يجب تطهير مدخل عبوة الدواء المأخوذ بالحقن قبل إدخال السرنجة (المحقنة) بها. - إذا حدث خرق ما في الأسلوب المانع للتلوث المتبع بسبب ظروف بيئية طارئة و / أو غير خاضعة للرقابة، فيجب توثيق ذلك وإدراجه في تقرير التسليم ويجب التخفيف من مخاطر العدوى في أقرب وقت ممكن. 2. الأسلوب المانع للتلوث المتبع لتركيب قسطرة الوريد المركزي: تستخدم التقنية المعقمة - يتم التأكد من وجود كل الأدوات المطلوبة في متناول اليد (قسطرة الوريد المركزي، شاش معقم، لاصق طبي شفاف معقم، مطهر مناسب للجلد كالأيودوفور ١٠٪ أو الكلوروهيكسيدين ٢٪ أو مطهر كحولي ٧٠٪، غطاء الرأس، القناع الجراحي، الرداء الطبي المعقم، القفازات المعقمة، وواقيات العينين، فوط معقمة). - يتم تجهيز المريض في الوضع المناسب. - يتم غسل الأيدي غسلاً جراحياً باستخدام الماء والصابون المطهر أو فركهما جراحياً بالمستحضرات الكحولية إذا لم يكن هناك اتساخ ظاهر. - يجب ارتداء الواقيات الشخصية الجراحية المعقمة لأقصى وقاية. - يمكن استخدام الماء والصابون أو الأيودوفور الرغوي ٧،٥ لتطهير منطقة الإدخال ثم يتم استخدام مطهر مناسب (كلوروهيكسيدين ٢٪ / كحول ٧٠٪) لتطهير المكان بحركة دائرية من الداخل الشطف الجيد والتجفيف، للخارج ومراعاة زمن التلامس الخاص بالمطهر المستخدم ويترك الجلد ليجف قبل اختراقه. - يحاط مكان التركيب بفوط/أردية معقمة كبيرة لتأمين حقل عمل معقم. - يجب ترك موضع إدخال قسطرة الوريد المركزي جافاً ونظيفاً بعد التركيب. - تغطية موضع الإدخال باستخدام لاصق طبي شفاف معقم لسهولة متابعة القسطرة، كما يمكن تغطيتها باستخدام الشاش المعقم مع شرائط من اللاصق الطبي. - قم بخلع أدوات الوقاية الشخصية المستخدمة واغسل يديك وجففهما. - يجب تطهير مدخل القسطرة باستخدام قطع الشاش المعقمة المشبعة بالكحول ٦٠ – ٩٥٪ قبل كل عملية توصيل وفصل لجهاز المحاليل الوريدية. - يجب العناية بالقسطر الوريدية يومياً، حيث يجب الكشف على موضع الإدخال يومياً ويتم استخدام مطهر مناسب (كلوروهيكسيدين ٢٪ / كحول ٧٠٪).			

- لا يجب أن يتم تغيير قسطرة الوريد المركزي بشكل روتيني كطريقة لمنع العدوى المرتبطة بالقسطر الوريدي المركزي
- يجب نزع قسطرة الوريد المركزي فوراً حسب توصيات الطبيب المعالج إذا حدثت بها مؤشرات عدوى أو عند انتهاء الحاجة إليها.
- يجب إجراء تقييم إذا ممكن استبدال القسطرة المركزية بقسطرة طرفية .

3. احتياطات مكافحة العدوى الواجب مراعاتها عند تثبيت القسطرة البولية :

تستخدم تقنية العمل المانعة للتلوث القياسية العامة المطهرة:

- غسل الأيدي: صحي
- الواقيات الشخصية: قفاز معقم، مريضة بلاستيكية أحادية الاستخدام.
- الآلات والمستلزمات: معقمة
- تحضير موضع التثبيت:
- تنظيف منطقة العانة باستخدام الماء والصابون أو منظف - مطهر (مثل البيتادين الرغوي) والتجفيف الجيد مع ارتداء قفاز نظيف ومريضة بلاستيكية أحادية الاستخدام.
- تطهير منطقة العانة باستخدام مطهر جلد مناسب (مثل الأيودوفور بتركيز ١٠%).
- فرش منطقة العانة بفرش معقم.
- ملاحظات هامة:
- يستخدم مزلق (جيل) معقم (يفضل أن تكون عبوة أحادية الاستخدام).
- يحظر لمس موضع إدخال القسطرة بعد تطهيره وكذلك القسطرة إلا بقفاز معقم.
- يحظر فصل كيس جمع البول من القسطرة لأي سبب (مثل تفريغ البول أو أخذ عينة بول).
- يحظر وضع الكيس أعلى من مستوى المريض أو وضعه ملاصقاً لسطح الأرض
- يحظر استخدام مضاد حيوي وقائي (سواء كان موضعياً أو عاماً) بغرض منع حدوث عدوى مجرى البول المرتبط بتثبيت القسطرة البولية

4. احتياطات مكافحة العدوى الواجب مراعاتها عند العناية بالجروح :

تستخدم تقنية العمل المانعة للتلوث القياسية العامة المطهرة:

أولاً: رفع الضمادات القديمة

- تحضير عبوة غيار (ضماد) معقمة لكل مريض على حدة وغسل اليدين صحياً وارتداء كفوف نظيفة.
- رفع الضماد القديم ووضعها في سلة النفايات الخطرة وفحص الجرح بالنظر.
- ثانياً: وضع الغيار (الضماد) الجديد
- غسل اليدين غسلاً صحياً والقيام بارتداء قفاز معقم (يتم ارتداء قفاز نظيف في حالة الجروح الصغيرة) والالتزام بأسلوب عدم اللمس اعتماداً على تقييم المخاطر.
- تطهير الجرح باستخدام ملقاط جراحي معقم وقطعة قطن أو شاش معقم مبللة بمطهر مناسب.
- عند وجود صديد تؤخذ عينة منه لعمل مزرعة.
- تغطية الجرح بالضماد المعقم.
- التخلص من كل الضمادات الملوثة في كيس المخلفات الطبية الخطرة.
- غمر الآلات المستخدمة في وعاء (به محلول منظف) مغلق تمهيداً لإعادة المعالجة.
- غسل اليدين صحياً بعد خلع القفازات ثم تجفيفهما.

اسم السياسة:	ممارسات الحقن الآمن	رقم السياسة:	IPC-6
مرفق رقم: 1		استمارة التعرض للوخز	
اسم الموظف:	المسمى الوظيفي:	اسم المؤسسة:	
مكان حدوث الإصابة (القسم):	ساعة حدوث الإصابة: ص/م	تاريخ الإصابة: / /	
موضع الإصابة:	تاريخ التبليغ عن الإصابة:	مهنة:	
• حدثت الإصابة أثناء:			
نوع الأداة التي أدت إلى الإصابة:	سحب الدم ()	عملية التغيريز ()	عملية جراحية ()
غسل الأدوات ()	إبرة مهمل ()	أعادة الغطاء ()	جمع ونقل النفايات ()
• كيفية حدوث الإصابة:			
نوع الأداة التي أدت إلى الإصابة	وخز ابرة ()	مشرط ()	زجاج ()
هل كنت ترتدي الألبسة الوقائية أثناء الإصابة:	نعم () لا ()		
مصدر الإصابة معروف:	نعم ()	لا ()	
في حال الإجابة بنعم تعبئة التالي:			
اسم المريض:	العمر:	رقم الملف:	التشخيص:
حالة المريض:			
مصاب: نعم ()	HBsAg ()	HCV ()	HIV ()
في حالة الإجابة لا اجراء الفحوصات التالية:			
HBsAg ()	HCV ()	HIV ()	
• التحصين ضد التهاب الكبد الوبائي: لا () ، في حال نعم () تعبئة الجدول التالي:			
عدد الجرعات:	جرعة ()	جرعتين ()	ثلاث جرعات ()
فحص Anti-HBs	10 IU <	10 IU >	غير معروف
توقيع المصاب:			
توقيع المدير المباشر:			
الارشادات:			
1. غسل المكان المصاب بالماء أو بالماء والصابون حسب مكان الإصابة			
2. تبليغ المدير المباشر			
3. تعبئة النموذج			
4. تسليم النموذج لمسؤول مكافحة العدوى في خلال 24 ساعة.			

اسم السياسة:	ممارسات الحقن الآمن	رقم السياسة:	IPC-6
مرفق رقم: 2	Scoop technique for recapping خطوات طريقة اليد الواحدة		
✓ ضع غطاء النيديل فوق سطح مستوٍ يفضل أن يكون الغطاء موضوع بطريقة تمكنه من التحرك أثناء ادخال النيديل ثم ارفع يدك من فوق غطاء النيديل. ✓ امسك السرنية بيد واحدة وحاول ادخال النيديل داخل الغطاء. ✓ عندما تدخل النيديل داخل الغطاء تماماً استخدم اليد الأخرى لضمان احكام الغطاء فوق النيديل مع توخي الحذر، اذ يجب امساك الغطاء عند مكان اتصاله بجسم السرنية وبعيداً عن سن النيديل. ✓ التخلص من السرنية والنيديل كوحدة واحدة في الصندوق الآمن			
مرفق رقم: 3	صورة عن أنواع الصناديق الآمنة		
			
			

اسم السياسة:	الإجراءات الصحيحة والأمنة في عملية تنظيف إنسكابات الدم وسوائل الجسم.	رقم السياسة:	IPC-8
مرفق رقم: 1		جدول استخدامات التركيزات المختلفة للكلور	
ملاحظة: لحساب تركيز الكلور يتم تحويل التركيز الى جزء بالمليون حسب التالي :			
• 5% = 50000 جزء بالمليون • 6% = 60000 جزء بالمليون • 6.5% = 65000 جزء بالمليون • 7% = 70000 جزء بالمليون			
المعادلة الاساسية:			
عدد أجزاء او مكاييل من الماء لكل جزء او مكيال من مادة الكلور المركز = نسبة التركيز المتوفر بالمليون / نسبة التركيز المطلوب بالمليون - ١			
مثال ١: تحضير 200 جزء بالمليون من محلول كلورين تركيزه ٥%.			
لحساب عدد المكاييل حسب التركيز المتوفر والمطلوب وحسب المعادلة المعمول بها سابقا:			
عدد مكاييل الماء = التركيز المتوفر / التركيز المطلوب - 1			
الحل ١: 200/50000 - 1 = 1 - 250 = 1 - 249 مكيال ماء مقابل مكيال من محلول الكلور تركيزه ٥%.			
مثال ٢: تحضير محلول كلورين تركيزه 5000 جزء في المليون من محلول كلورين تركيزه ٥%.			
لحساب عدد المكاييل حسب التركيز المتوفر والمطلوب وحسب المعادلة المعمول بها سابقا:			
عدد مكاييل الماء = التركيز المتوفر / التركيز المطلوب - ١			
الحل ٢: 5000/50000 - 1 = 1 - 10 = 1 - 9 مكيال ماء مقابل مكيال من محلول الكلور تركيزه ٥%.			
مثال 3: تحضير محلول كلورين تركيزه 1000 جزء في المليون من محلول كلورين تركيزه ٥%.			
لحساب عدد المكاييل حسب التركيز المتوفر والمطلوب وحسب المعادلة المعمول بها سابقا:			
عدد مكاييل الماء = التركيز المتوفر / التركيز المطلوب - ١			
الحل 3: 1000/50000 - 1 = 1 - 50 = 1 - 49 مكيال ماء مقابل مكيال من محلول الكلور تركيزه ٥%.			
ملاحظة			
يمكن تحويل المكيال الى أي حجم متعارف عليه ويجب كتابة التعليمات واضحة لعمال النظافة من قبل مشرف القسم المسؤول او مسؤول ضبط العدوى في المستشفى او المركز.			

IPC-8	رقم السياسة:	الإجراءات الصحيحة والأمنة في عملية تنظيف انسكابات الدم وسوائل الجسم.	اسم السياسة:
	مرفق رقم: 2	اطقم أدوات التعامل مع إنسكاب الدم وسوائل جسم المريض	



IPC-8	رقم السياسة:	الإجراءات الصحيحة والأمنة في عملية تنظيف انسكابات الدم وسوائل الجسم.	اسم السياسة:
		الخطوات العشرة للتعامل مع انسكابات الدم	مرفق رقم: 3
10 STEPS TO CLEAN A BLOOD SPILL			
1		Control access to area: Prevent people from walking through affected area	
		Put on appropriate Personal Protective Equipment (PPEs): Disposable Gown, Disposable face Mask with shield, Disposable Gloves.	2
3		Use plastic scoop or other mechanical means to remove any broken glass or other sharp objects from the spill area, and dispose into the sharp container.	
		Contain spill: Use absorbent granules or absorbent pads to contain the spill. Sprinkle absorbent granules over the spill and leave for two minutes or as per the manufacturer's recommended contact time. Allow the spill to solidify before removing.	4
5		Remove the solidified waste material using the scoop and scraper and carefully dispose all contaminated materials into the infectious waste bag	
		Add one tablets of chlorine disinfectant 2.5 gm/ 250 ml = 5000 ppm which is effective against any risky blood spill.	6
7		Use disposable wiping cloth to wipe up all the disinfectant, and then discard into the yellow plastic bag	
		Place all items including PPE into yellow biohazard plastic bag.	8
9		Close the yellow biohazard bag securely with fastener to prevent leakage.	
		Finally, Hand Hygiene	10

اسم السياسة:	احتياطات العزل	رقم السياسة: IPC-9
مرفق رقم: 1	الاحتياطات القياسية	

الإحتياطات القياسية

إتبع دوماً هذه الإحتياطات القياسية

إعادة معالجة الأدوات والأدوات الطبية		تنظيف اليدين بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه	
إتباع الإحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال		إستخدام معدات الحماية الشخصية عند خطر التعرض لسوائل الجسم	
إستخدام الأساليب المانعة للتلوث		حسن إستخدام الأدوات الحادة والتخلص منها بأمان	
إدارة النفايات وسلامة الغسيل والمنسوجات		تنظيف وتطهير البيئة الروتيني	

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Precautions/Comments	Duration of Precaution	Type of Precaution	Infection/Condition
Until drainage stops or can be contained by dressing.	Duration of illness	Contact + Standard	Abscess Draining, major
Use mask according to Standard Precautions.	Duration of illness	Contact + Standard	Bronchiolitis
Standard Precautions if nasopharyngeal and urine cultures repeatedly negative after 3 mos. of age.	Until 1 yr of age	Contact + Standard	<i>Congenital rubella</i>
Adenovirus most common; enterovirus 70, Coxsackie virus A24 also associated with community outbreaks. Highly contagious; outbreaks in eye clinics, pediatric and neonatal settings, institutional settings reported. Eye clinics should follow Standard Precautions when handling patients with conjunctivitis. Routine use of infection control measures in the handling of instruments and equipment will prevent the occurrence of outbreaks in this and other settings.	Duration of illness	Contact + Standard	<i>Conjunctivitis</i> <i>Acute viral (acute hemorrhagic)</i>
Until 2 cultures taken 24 hours apart negative.	Until off antimicrobial treatment and culture-negative	Contact + Standard	<i>Diphtheria</i> <i>Cutaneous</i>
Until 2 cultures taken 24 hours apart negative.	Until off antimicrobial treatment and culture-negative	Droplet + Standard	<i>Diphtheria</i> <i>Pharyngeal</i>
See specific disease agents for epiglottitis due to other etiologies.	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Droplet + Standard	<i>Epiglottitis, due to Haemophilus influenzae type b</i>
n/a	Duration of illness (with wound lesions, until wounds stop draining)	Contact + Standard	<i>Furunculosis, staphylococcal</i> <i>Infants and young children</i>
Discontinue antibiotics if appropriate. Do not share electronic thermometers; [853, 854] ensure consistent environmental cleaning and disinfection. Hypochlorite	Duration of illness	Contact + Standard	<i>Gastroenteritis</i> <i>C. difficile</i>

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Precautions/Comments	Duration of Precaution	Type of Precaution	Infection/Condition
solutions may be required for cleaning if transmission continues [847]. Handwashing with soap and water preferred because of the absence of sporicidal activity of alcohol in waterless antiseptic handrubs [983].			
Use Contact Precautions for a minimum of 48 hours after the resolution of symptoms or to control institutional outbreaks. Persons who clean areas heavily contaminated with feces or vomitus may benefit from wearing masks since virus can be aerosolized from these body substances [142, 147 148]; ensure consistent environmental cleaning and disinfection with focus on restrooms even when apparently unsoiled [273, 1064]. Hypochlorite solutions may be required when there is continued transmission [290-292]. Alcohol is less active, but there is no evidence that alcohol antiseptic handrubs are not effective for hand decontamination [294]. Cohorting of affected patients to separate airspaces and toilet facilities may help interrupt transmission during outbreaks. Gastroenteritis, Noroviruses Precaution Update [April 2019]  Update: The Type of Precaution was updated from “Standard” to “Contact + Standard” to align with Guideline for the Prevention and Control of Norovirus Gastroenteritis Outbreaks in Healthcare Settings (2011).	n/a	 Update: Contact + Standard	<i>Gastroenteritis</i> <i>Noroviruses</i>
Ensure consistent environmental cleaning and disinfection and frequent removal of soiled diapers. Prolonged shedding may occur in both immunocompetent and immunocompromised children and the elderly [932, 933].	Duration of illness	Contact + Standard	<i>Gastroenteritis</i> <i>Rotavirus</i>
Maintain Contact Precautions in infants and children <3 years of age for duration of hospitalization; for children 3-14 yrs. of age for 2 weeks after onset of symptoms; >14 yrs. of age for 1 week after onset of symptoms [833, 1066, 1067].	n/a	Contact + Standard	<i>Hepatitis, viral</i> <i>Type A-Diapered or incontinent patients</i>
n/a	Until lesions dry and crusted	Contact + Standard	<i>Herpes simplex (Herpesvirus hominis)</i> <i>Mucocutaneous, disseminated or primary, severe</i>

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
<i>Herpes simplex (Herpesvirus hominis) Neonatal</i>	Contact + Standard	Until lesions dry and crusted	Also, for asymptomatic, exposed infants delivered vaginally or by C-section and if mother has active infection and membranes have been ruptured for more than 4 to 6 hours until infant surface cultures obtained at 24-36 hours of age negative after 48 hours incubation. [1069, 1070]
<i>Herpes zoster (varicella-zoster) (shingles)</i> <i>Disseminated disease in any patient</i> <i>Localized disease in immunocompromised patient until disseminated infection ruled out</i>	Airborne + Contact + Standard	Duration of illness	Susceptible HCWs should not enter room if immune caregivers are available; no recommendation for protection of immune HCWs; no recommendation for type of protection (i.e. surgical mask or respirator) for susceptible HCWs.
<i>Human metapneumovirus</i>	Contact + Standard	Duration of illness	HAI reported [1071], but route of transmission not established [823]. Assumed to be Contact transmission as for RSV since the viruses are closely related and have similar clinical manifestations and epidemiology. Wear masks according to Standard Precautions.
<i>Impetigo</i>	Contact + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	n/a
<i>Influenza</i> <i>Pandemic Influenza (also a human influenza virus)</i>	Droplet + Standard	n/a	information may be found at Interim Guidance for Infection Control Within Healthcare Settings When Caring for Confirmed Cases, Probable Cases, and Cases Under Investigation for Infection with Novel Influenza A Viruses Associated with Severe Disease (accessed September 2018).] for current pandemic influenza guidance.
<i>Lice</i> <i>Head (pediculosis)</i>	Contact + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	See [This link is no longer active: https://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/lice/default.htm . Similar information may be found at CDC's Parasites – Lice (accessed September 2018).]

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Measles (rubeola)	Airborne + Standard	4 days after onset of rash; duration of illness in immune compromised	Interim Measles Infection Control [July 2019]  See Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings Susceptible healthcare personnel (HCP) should not enter room if immune care providers are available; regardless of presumptive evidence of immunity, HCP should use respiratory protection that is at least as protective as a fit-tested, NIOSH-certified N95 respirator upon entry into the patient's room or care area. For exposed susceptibles, postexposure vaccine within 72 hours or immune globulin within 6 days when available [17, 1032, 1034]. Place exposed susceptible patients on Airborne Precautions and exclude susceptible healthcare personnel.
Meningitis <i>Haemophilus Influenzae</i> , type b known or suspected	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	
Meningitis <i>Neisseria meningitidis</i> (meningococcal) known or suspected	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	See Meningococcal Disease below.
Meningococcal disease: sepsis, pneumonia, Meningitis	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Postexposure chemoprophylaxis for household contacts, HCWs exposed to respiratory secretions; postexposure vaccine only to control outbreaks. [15, 17]
Monkeypox	Airborne + Contact + Standard	Airborne – Until monkeypox confirmed and smallpox excluded	See CDC's Monkeypox website (accessed September 2018). [Current version of this document may differ from original.] for most current recommendations. Transmission in hospital settings unlikely [269]. Pre- and postexposure smallpox vaccine recommended for exposed HCWs.

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
		Contact – Until lesions crusted	
Multidrug-resistant organisms (MDROs), infection or colonization (e.g., MRSA, VRE, VISA/VRSA, ESBLs, resistant <i>S. pneumoniae</i>)	Contact + Standard		MDROs judged by the infection control program, based on local, state, regional, or national recommendations, to be of clinical and epidemiologic significance. Contact Precautions recommended in settings with evidence of ongoing transmission, acute care settings with increased risk for transmission or wounds that cannot be contained by dressings. See recommendations for management options in Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006 [870]. Contact state health department for guidance regarding new or emerging MDRO.
Mumps (infectious parotitis)	Droplet + Standard	Until 5 days after the onset of swelling	Mumps [October 2017]  Update: The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) voted to change the recommendation of isolation for persons with mumps from 9 days to 5 days based on this 2008 MMWR report Updated Recommendations for Isolation of Persons with Mumps (accessed September 2018). After onset of swelling; susceptible HCWs should not provide care if immune caregivers are available. The below note has been superseded by the above recommendation update Note: (Recent assessment of outbreaks in healthy 18-24 year olds has indicated that salivary viral shedding occurred early in the course of illness and that 5 days of isolation after onset of parotitis may be appropriate in community settings; however the implications for healthcare personnel and high-risk patient populations remain to be clarified.)
Mycobacteria, nontuberculosis (atypical)	Pulmonary	Standard	
Mycobacteria, nontuberculosis (atypical)	Wound	Standard	

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
<i>Mycoplasma pneumonia</i>	Droplet + Standard	Duration of Illness	
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Parainfluenza virus infection, respiratory in infants and young children	Contact + Standard	Duration of illness	Viral shedding may be prolonged in immunosuppressed patients [1009, 1010]. Reliability of antigen testing to determine when to remove patients with prolonged hospitalizations from Contact Precautions uncertain.
Parvovirus B19 (Erythema infectiosum)	Droplet + Standard		Maintain precautions for duration of hospitalization when chronic disease occurs in an immunocompromised patient. For patients with transient aplastic crisis or red-cell crisis, maintain precautions for 7 days. Duration of precautions for immunosuppressed patients with persistently positive PCR not defined, but transmission has occurred [929].
Pediculosis (lice)	Contact + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy after treatment	
Pertussis (whooping cough)	Droplet + Standard	Until 5 days after initiation of effective antibiotic therapy	Single patient room preferred. Cohorting an option. Postexposure chemoprophylaxis for household contacts and HCWs with prolonged exposure to respiratory secretions [863]. Recommendations for Tdap vaccine in adults under development. Tdap Vaccine Recommendations [2018]  Update: Current recommendations can be found at Tdap / Td ACIP Vaccine Recommendations (accessed September 2018).
Plague (<i>Yersinia pestis</i>) Pneumonic	Droplet + Standard	Until 48 hours after initiation of effective antibiotic therapy	Antimicrobial prophylaxis for exposed HCW [207].
Pneumonia Adenovirus	Droplet + Contact + Standard	Duration of illness	Outbreaks in pediatric and institutional settings reported [376, 1084-1086]. In immunocompromised

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
			hosts, extend duration of Droplet and Contact Precautions due to prolonged shedding of virus. [931]
Pneumonia <i>B. cepacia</i> in patients with CF, including respiratory tract colonization	Contact + Standard	Unknown	Avoid exposure to other persons with CF; private room preferred. Criteria for D/C precautions not established. See CF Foundation guideline. [20]
Pneumonia <i>Haemophilus influenzae</i> , type b Infants and children	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	
Pneumonia . Meningococcal	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	See Meningococcal Disease above.
Pneumonia <i>Mycoplasma</i> (primary atypical Pneumonia)	Droplet + Standard	Duration of illness	
Pneumonia <i>Streptococcus</i> , group A Adults	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	See Streptococcal Disease (group A Streptococcus) below Contact Precautions if skin lesions present.
Pneumonia <i>Streptococcus</i> , group A Infants and young children	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Contact Precautions if skin lesions present.
Poliomyelitis	Contact + Standard	Duration of illness	
Pressure ulcer (decubitus ulcer, pressure sore) infected Major	Contact + Standard	Duration of illness	Until drainage stops or can be contained by dressing.

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Respiratory infectious disease, acute (if not covered elsewhere) Infants and young children	Contact + Standard	Duration of illness	Also see syndromes or conditions listed in Table 2 .
Respiratory syncytial virus infection, in infants, young children and immunocompromised adults	Contact + Standard	Duration of illness	Wear mask according to Standard Precautions [24] CB [116, 117]. In immunocompromised patients, extend the duration of Contact Precautions due to prolonged shedding [928]. Reliability of antigen testing to determine when to remove patients with prolonged hospitalizations from Contact Precautions uncertain.
Rhinovirus	Droplet + Standard	Duration of illness	Droplet most important route of transmission [104 1090]. Outbreaks have occurred in NICUs and LTCFs [413, 1091, 1092]. Add Contact Precautions if copious moist secretions and close contact likely to occur (e.g., young infants) [111, 833].
Rubella (German measles) (also see Congenital Rubella)	Droplet + Standard	Until 7 days after onset of rash	Susceptible HCWs should not enter room if immune caregivers are available. No recommendation for wearing face protection (e.g., a surgical mask) if immune. Pregnant women who are not immune should not care for these patients [17, 33]. Administer vaccine within 3 days of exposure to non-pregnant susceptible individuals. Place exposed susceptible patients on Droplet Precautions; exclude susceptible healthcare personnel from duty from day 5 after first exposure to day 21 after last exposure, regardless of postexposure vaccine.
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Scabies	Contact + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Precautions/Comments	Duration of Precaution	Type of Precaution	Infection/Condition
See Staphylococcal Disease, scalded skin syndrome below.	Duration of illness	Contact + Standard	Scalded skin syndrome, staphylococcal
Airborne preferred; Droplet if AIIR unavailable. N95 or higher respiratory protection; surgical mask if N95 unavailable; eye protection (goggles, face shield); aerosol-generating procedures and “supershedders” highest risk for transmission via small droplet nuclei and large droplets [93, 94, 96]. Vigilant environmental disinfection (see [This link is no longer active: www.cdc.gov/ncidod/sars . Similar information may be found at CDC Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) (accessed September 2018).])	Duration of illness plus 10 days after resolution of fever, provided respiratory symptoms are absent or improving	Airborne + Droplet + Contact + Standard	Severe acute respiratory syndrome (SARS)
Until all scabs have crusted and separated (3-4 weeks). Non-vaccinated HCWs should not provide care when immune HCWs are available; N95 or higher respiratory protection for susceptible and successfully vaccinated individuals; postexposure vaccine within 4 days of exposure protective [108, 129, 1038-1040].	Duration of illness	Airborne + Contact + Standard	Smallpox (variola; see Vaccinia for management of vaccinated persons)
Until drainage stops or can be contained by dressing.	Duration of illness	Contact + Standard	Staphylococcal disease (<i>S. aureus</i>) Skin, wound, or burn Major
Consider healthcare personnel as potential source of nursery, NICU outbreak [1095].	Duration of illness	Contact + Standard	Staphylococcal disease (<i>S. aureus</i>) Scalded skin syndrome
Until drainage stops or can be contained by dressing.	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Contact + Droplet + Standard	Streptococcal disease (group A <i>Streptococcus</i>) Skin, wound, or burn Major
	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Droplet + Standard	Streptococcal disease (group A <i>Streptococcus</i>) Pharyngitis in infants and young children

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Streptococcal disease (group A <i>Streptococcus</i>) Pneumonia	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	
Streptococcal disease (group A <i>Streptococcus</i>) Scarlet fever in infants and young children	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	
Streptococcal disease (group A <i>Streptococcus</i>) Serious invasive disease	Droplet + Standard	Until 24 hours after initiation of effective therapy	Outbreaks of serious invasive disease have occurred secondary to transmission among patients and healthcare personnel [162, 972, 1096-1098]. Contact Precautions for draining wound as above; follow recommendations for antimicrobial prophylaxis in selected conditions [160].
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Tuberculosis (<i>M. tuberculosis</i>) Extrapulmonary, draining lesion	Airborne + Contact + Standard		Discontinue precautions only when patient is improving clinically, and drainage has ceased or there are 3 consecutive negative cultures of continued drainage [1025, 1026]. Examine for evidence of active pulmonary tuberculosis.
Tuberculosis (<i>M. tuberculosis</i>) Pulmonary or laryngeal disease, confirmed	Airborne + Standard		Discontinue precautions only when patient on effective therapy is improving clinically and has 3 consecutive sputum smears negative for acid-fast bacilli collected on separate days (MMWR 2005; 54: RR-17 Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, 2005) (accessed September 2018) [12].
Tuberculosis (<i>M. tuberculosis</i>) Pulmonary or laryngeal disease, suspected	Airborne + Standard		Discontinue precautions only when the likelihood of infectious TB disease is deemed negligible, and either 1. there is another diagnosis that explains the clinical syndrome, or

IPC-10	رقم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	اسم السياسة:
مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض			مرفق رقم: 1
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
			2. the results of 3 sputum smears for AFB are negative. Each of the 3 sputum specimens should be collected 8 -24 hours apart, and at least 1 should be an early morning specimen.
Infection/Condition	Type of Precaution	Duration of Precaution	Precautions/Comments
Vaccinia (adverse events following vaccination) Progressive vaccinia	Contact + Standard	Until lesions dry and crusted, scabs separated	For contact with virus-containing lesions and exudative material.
Vaccinia (adverse events following vaccination) Blepharitis or conjunctivitis	Contact + Standard		Use Contact Precautions if there is copious drainage.
Vaccinia (adverse events following vaccination) Secondary bacterial infection (e.g., <i>S. aureus</i> , group A beta hemolytic <i>Streptococcus</i>)	Standard + Contact		Follow organism-specific (strep, staph most frequent) recommendations and consider magnitude of drainage.
Varicella Zoster	Airborne + Contact + Standard	Until lesions dry and crusted	Susceptible HCWs should not enter room if immune caregivers are available; no recommendation for face protection of immune HCWs; no recommendation for type of protection (i.e., surgical mask or respirator) for susceptible HCWs. In immunocompromised host with varicella pneumonia, prolong duration of precautions for duration of illness. Varicella Post-exposure Prophylaxis Update [April 2019]  Update: Postexposure prophylaxis: provide postexposure vaccine ASAP but within 120 hours; for susceptible exposed persons for whom vaccine is contraindicated (immunocompromised persons, pregnant women, newborns whose mother's varicella onset is <5 days before delivery or within 48 hours after delivery) provide varicella zoster immune

اسم السياسة:	إجراءات عملية بدء وانتهاء احتياطات العزل	رقم السياسة:	IPC-10
مرفق رقم: 1	مدة ونوع العزل بحسب نوع المرض		
Precautions/Comments	Duration of Precaution	Type of Precaution	Infection/Condition
globulin as soon as possible after exposure and within 10 days. Use Airborne for exposed susceptible persons and exclude exposed susceptible healthcare workers beginning 8 days after first exposure until 21 days after last exposure or 28 if received varicella zoster immune globulin, regardless of postexposure vaccination. [1036]			
Ebola Virus Disease for Healthcare Workers [2014]  Update: Recommendations for healthcare workers can be found at Ebola For Clinicians. (accessed September 2018). Single-patient room preferred. Emphasize: 1. use of sharps safety devices and safe work practices, 2. hand hygiene; 3. barrier protection against blood and body fluids upon entry into room (single gloves and fluid-resistant or impermeable gown, face/eye protection with masks, goggles or face shields); and 4. appropriate waste handling. Use N95 or higher respirators when performing aerosol-generating procedures. Largest viral load in final stages of illness when hemorrhage may occur; additional PPE, including double gloves, leg and shoe coverings may be used, especially in resource-limited settings where options for cleaning and laundry are limited. Notify public health officials immediately if Ebola is suspected [212, 314, 740, 772]. Also see Table 3C for Ebola as a bioterrorism agent.	Duration of illness	Droplet + Contact + Standard	Viral hemorrhagic fevers due to Lassa, Ebola, Marburg, Crimean-Congo fever viruses
Until drainage stops or can be contained by dressing.	Duration of illness	Contact + Standard	Wound infections Major



الزائرين

راجع ممرضة للحصول على معلومات قبل دخول الغرفة

لجميع الموظفين

الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس

بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة

تخلص من القفازات



1

نظف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه



2

تخلص من العباءة أو
المريول البلاستيكي



3

نظف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه



4

قبل دخول الغرفة

نظف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه



1

ارتد العباءة أو
المريول البلاستيكي



2

ضع القفازات



3

الإحتياطات القياسية

- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وأداب السعال
- استعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والغسيل المستخدم بأمان

- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة

- نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- إلبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم

ودائماً إتبع
الإحتياطات
القياسية

اسم السياسة:	احتياطات العزل عن طريق التلامس	رقم السياسة:	IPC-11
مرفق رقم: 2	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرداذ		



قيود مفروضة على الزائرين

لجميع الزائرين
مجموع الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرداذ
بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة / منطقة الرعاية

- 1 أنزع وتخلص من القفازات
- 2 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 3 أنزع وتخلص من العباءة
- 4 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 5 تخلص من واقّي الوجه
- 6 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 7 أنزع وتخلص من القناع
- 8 أخرج من الغرفة / منطقة الرعاية
- 9 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض أو بعد لمس محيطه بعد الخروج من الغرفة / منطقة الرعاية



قبل دخول الغرفة / منطقة الرعاية

- 1 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 2 إرتد العباءة
- 3 ضع القناع الجراحي
- 4 ضع واقّي الوجه والعينين
- 5 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 6 إرتد القفازات



الإحتياطات القياسية

ودائماً إتبع الإحتياطات القياسية

- نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- لبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم
- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظّف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة
- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- استعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والسوائل المستخدمة بأمان

على مسيل المثال: عدوى الجهاز التنفسي الحادة غير معروفة الأسباب (مخاطر منخفضة لفيروس كوفيد-19)، الأنفلونزا الموسمية والـ"RSV"



قيود مفروضة على الزائرين

لجميع الزائرين
مجموع الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس
بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة/ منطقة الرعاية

أزل وتخلص من القفازات



نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



أزل وتخلص من العباءة



أخرج من الغرفة أو منطقة الرعاية



نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه (في غرفة الانتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)



تخلص من واقى الوجه (في غرفة الانتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)



نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه (في غرفة الانتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)



أزل وتخلص من القناع العالي الكفاءة (في غرفة الانتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)



نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



قبل دخول الغرفة/ منطقة الرعاية

نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



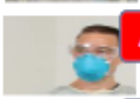
إرتد العباءة



ضع القناع العالي الكفاءة واختبر ملاءمته (P2/ N95)



ضع واقى الوجه والعينين



نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



إرتد القفازات



الإحتياطات القياسية

ودائماً إتبع الإحتياطات القياسية

- نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- إلبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم
- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة
- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- استعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والغسل المستخدم بأمان

يجب إبقاء الباب مغلقاً على الدوام



الزائرين

راجع ممرضة للحصول على معلومات قبل دخول الغرفة

لجميع الموظفين

الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الرذاذ

بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة

تخلص من القناع



1

نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



2

قبل دخول الغرفة

نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه



1

ضع القناع الجراحي



2

الإحتياطات القياسية

- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وأداب السعال
- إستعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والغسل المستخدم بأمان

- إستخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة

- نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- لبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم

ودائماً إتبع الإحتياطات القياسية

اسم السياسة:	احتياطات العزل عن طريق الرذاذ	رقم السياسة:	IPC-12
مرفق رقم: 2	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرذاذ		

قيود مفروضة على الزائرين

لجميع الزائرين

مجموع الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة اللمس والرذاذ بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية

قبل دخول الغرفة / منطقة الرعاية

1. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه
2. ارتد العباءة
3. ضع القناع الجراحي
4. ضع واقي الوجه والعينين
5. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه
6. ارتد القفازات

بعد الخروج من الغرفة / منطقة الرعاية

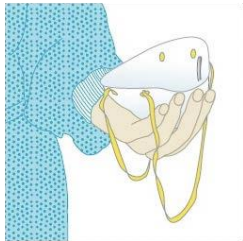
1. أنزع وتخلص من القفازات
2. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه
3. أنزع وتخلص من العباءة
4. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه
5. تخلص من واقي الوجه
6. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه
7. أنزع وتخلص من القناع
8. أخرج من الغرفة / منطقة الرعاية
9. نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض و بعد لمس محيطه بعد الخروج من الغرفة / منطقة الرعاية

الاحتياطات القياسية

ودائماً إتبع الاحتياطات القياسية

- نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- إلبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم
- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة
- إتبع الاحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- استعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والعضيل المستخدم بأمان

على سبيل المثال: عدوى الجهاز التنفسي الحادة غير معروفة الأسباب (مخاطر منخفضة لفيروس كوفيد-19)، الأنفلونزا الموسمية وال"RSV"

IPC-13	رقم السياسة:	احتياطات العزل عن طريق الهواء	اسم السياسة:
	خطوات ارتداء الكمامة عالية الكفاءة		مرفق رقم: 1
	امسك الكمامة براحة يدك كما في الصورة وقطعة الانف على الاصابع مع اعطاء الفرصة للمرابط لتتدلى تحت مستوى اليد		
	ضع الكمامة على الذقن وقطعة الانف في مكانها		
	سحب الرباط العلوي وثبتيته على الرأس. سحب الرباط السفلي أفقياً مروراً بالفك السفلي وفصوص الأذنين. ثبتيته الكمامة بحيث لا يرى فراغات على الجوانب .		
	ضع اصابع يديك الاثنتين على القطعة المعدنية " استخدم اصبعين من كل يد"، السبابة والوسطى وقم بالضغط على القطعة المعدنية لتأخذ شكل الانف. الضغط بيد واحدة يؤثر سلباً على كفاءة الكمامة		
	ضع يديك الاثنتين على مقدمة الكمامة وكن على حذر من تغيير مكانها . يجب التأكد من ان حجمها مناسب بفحصها على الفم والانف أ. <u>فحص الملائمة الايجابي:</u> الزفير بقوة، ضغط ايجابي داخل الكمامة، يجب ان لا يكون هناك تسريب. إذا حصل تسريب اعد الثبتيته باعادة الخطوات السابقة حتى تتأكد من ملائمتها ب. <u>فحص الملائمة السلبي:</u> الشهيق بقوة. إذا لم يكن هناك تسريب فسوف تنكمش الكمامة لجهة الوجه، التسريب سوف يفقد الكمامة الضغط السلبي بداخلها نتيجة دخول الهواء من الاطراف		

اسم السياسة:	احتياطات العزل عن طريق الهواء	رقم السياسة:	IPC-13
مرفق رقم: 2	الاحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء		

الزائرين

راجع ممرضة للحصول على معلومات قبل دخول الغرفة

لجميع الموظفين

الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء

بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة

تخلّص من القناع

1

نظّف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه

نظّف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه

2

قبل دخول الغرفة

نظّف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض وبعد لمس محيطه

1

إرتد القناع التنفسي العالي
الكفاءة N95 أو P2

2

إختبر تأكيد الملاءمة

3

يجب إبقاء الباب مغلقاً على الدوام

الإحتياطات القياسية

ودائماً إتبع
الإحتياطات
القياسية

- نظّف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد أي
رعاية مريض وبعد لمس
محيطه
- إلبس الواقية عند وجود
خطر التعرض لسوائل الجسم

- استخدم وتخلّص من
الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي
الروتيني
- نظّف وأعد معالجة
معدّات المريض
المشتركة

- إتبع الإحتياطات الصحية
التنفسية وأداب السعال
- إستعمل الأساليب المانعة
للتلويث
- تعامل وتخلّص من
النفايات والغسيل
المستخدم بأمان



قيود مفروضة على الزائرين

لجميع الزائرين
مجموع الإحتياطات الخاصة بالعدوى المنتقلة بواسطة الهواء واللمس
بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة/ منطقة الرعاية

- 1 أزل وتخلص من القفازات
- 2 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 3 أزل وتخلص من العباءة
- 4 أخرج من الغرفة أو منطقة الرعاية
- 5 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه (في غرفة الإنتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)
- 6 تخلص من واقى الوجه (في غرفة الإنتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)
- 7 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه (في غرفة الإنتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)
- 8 أزل وتخلص من القناع العالي الكفاءة (في غرفة الإنتظار / خارج الغرفة / منطقة الرعاية)
- 9 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه

قبل دخول الغرفة/ منطقة الرعاية

- 1 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 2 ارتد العباءة
- 3 ضع القناع العالي الكفاءة واختبر ملاءمته (P2/ N95)
- 4 ضع واقى الوجه والعينين
- 5 نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد رعاية المريض وبعد لمس محيطه
- 6 ارتد القفازات

الإحتياطات القياسية

ودائماً إتبع الإحتياطات القياسية

- نظّف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- إلبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم
- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظّف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة
- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- إستعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والعيال المستخدم بأمان

يجب إبقاء الباب مغلقاً على الدوام



قيود مفروضة على الزائرين

لجميع الزائرين
مجموع الإحتياطات الخاصة لعزل النقص المناعي
بالإضافة إلى الإحتياطات القياسية

بعد الخروج من الغرفة / منطقة الرعاية

أنزع وتخلص من القفازات



1

نظف يديك بالماء والصابون أو
بالكحول قبل وبعد رعاية المريض
و بعد لمس محيطه



2

أنزع وتخلص من العباءة



3

نظف يديك بالماء والصابون أو
بالكحول قبل وبعد رعاية المريض
و بعد لمس محيطه



4

تخلص من واقي الوجه



5

نظف يديك بالماء والصابون أو
بالكحول قبل وبعد رعاية المريض
و بعد لمس محيطه



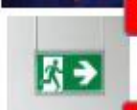
6

إنزع وتخلص من القناع



7

أخرج من الغرفة / منطقة الرعاية



8

نظف يديك بالماء والصابون أو
بالكحول قبل وبعد رعاية المريض أو
بعد لمس محيطه بعد الخروج من
الغرفة / منطقة الرعاية



9

قبل دخول الغرفة / منطقة الرعاية

نظف يديك بالماء والصابون أو
بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض و بعد لمس محيطه



1

إرتد العباءة



2

ضع القناع الجراحي



3

ضع واقي الوجه والعينين



4

نظف يديك بالماء والصابون
أو بالكحول قبل وبعد رعاية
المريض و بعد لمس محيطه



5

إرتد القفازات



6

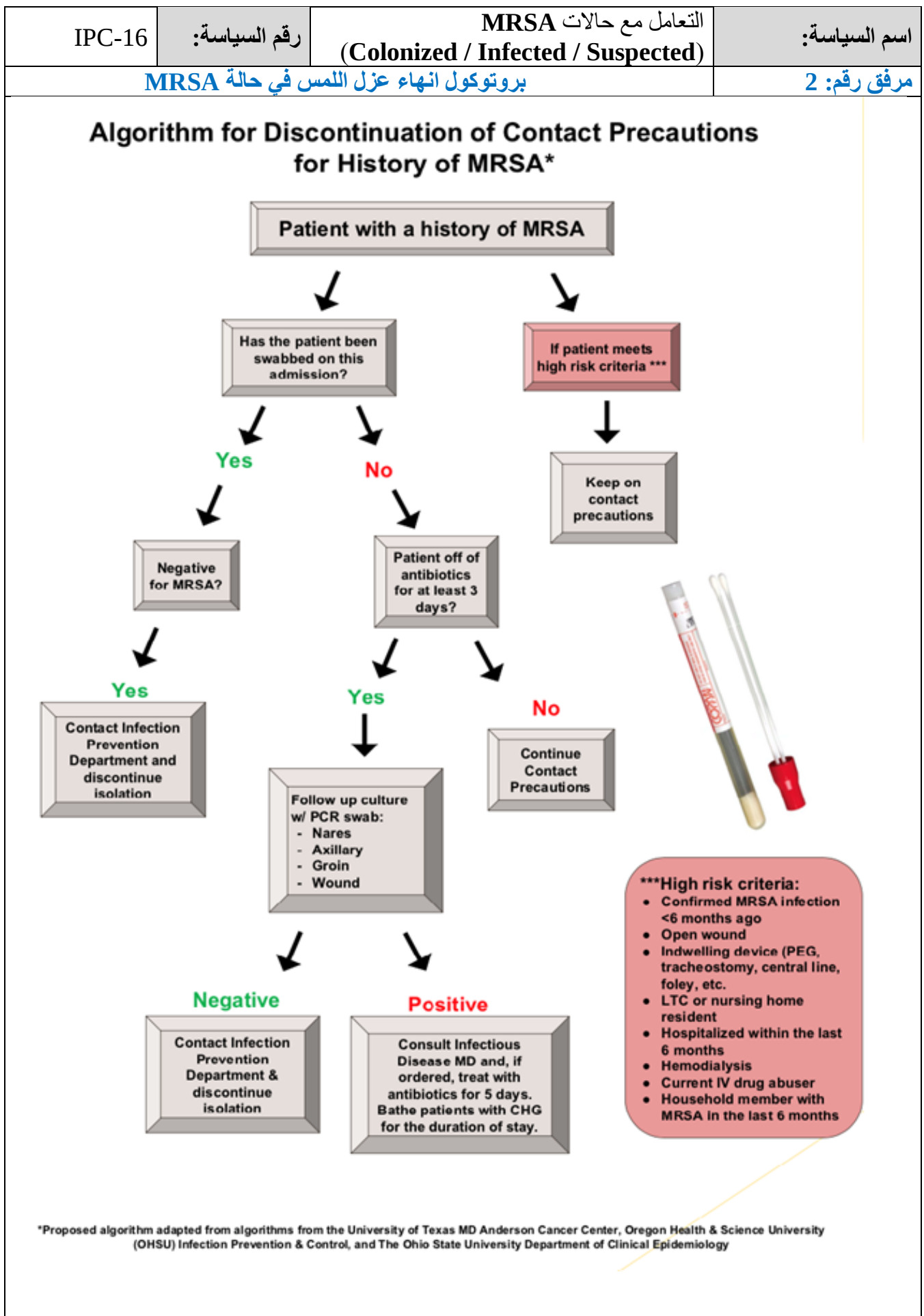
الإحتياطات القياسية

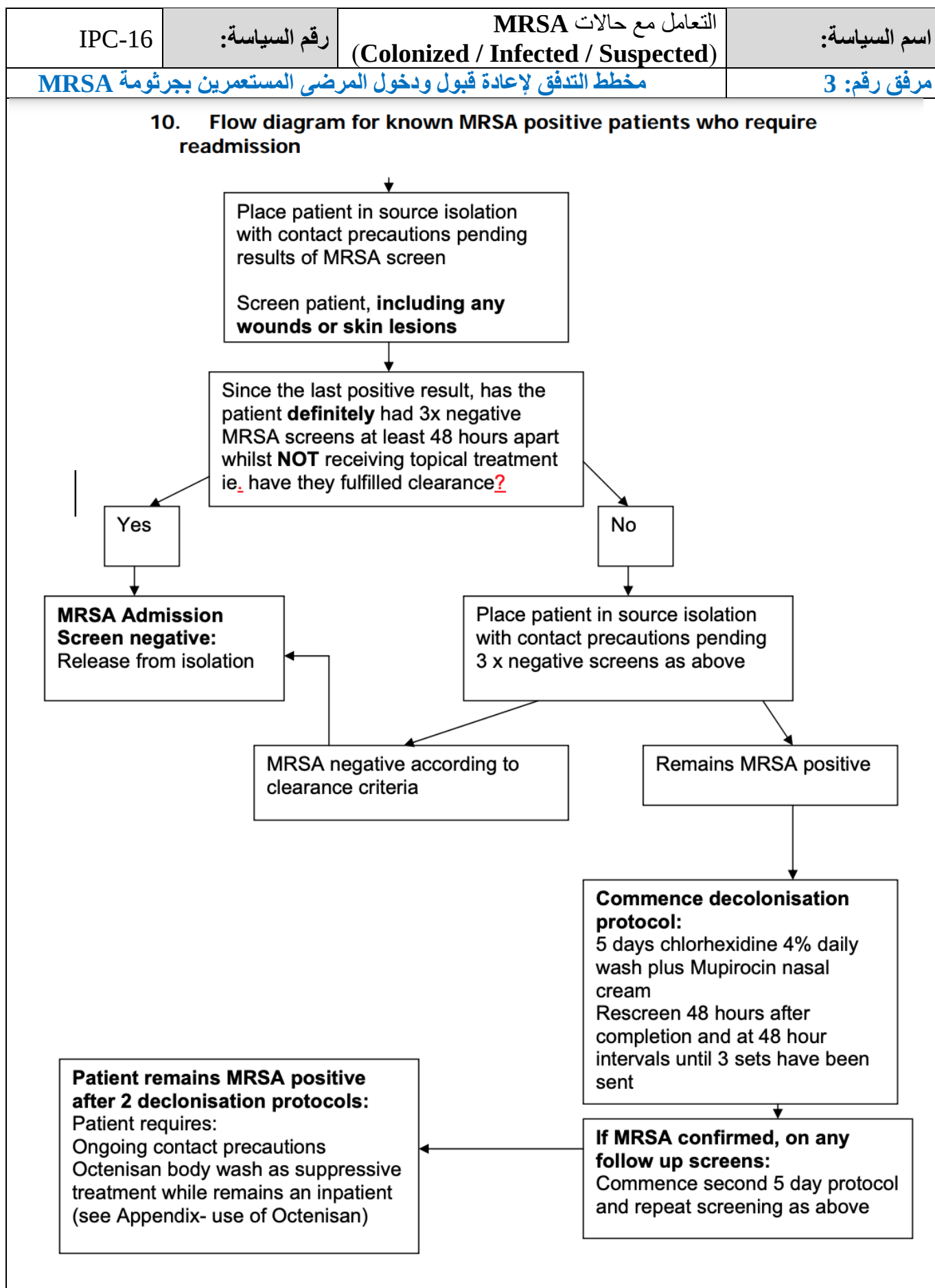
ودائماً إتبع الإحتياطات القياسية

- نظف يديك بالماء والصابون أو بالكحول قبل وبعد أي رعاية مريض وبعد لمس محيطه
- لبس الواقيات عند وجود خطر التعرض لسوائل الجسم
- استخدم وتخلص من الأدوات الحادة بأمان
- قم بالتنظيف البيئي الروتيني
- نظف وأعد معالجة معدات المريض المشتركة
- إتبع الإحتياطات الصحية التنفسية وآداب السعال
- إستعمل الأساليب المانعة للتلوث
- تعامل وتخلص من النفايات والغسيل المستخدم بأمان

IPC-15	رقم السياسة:	الميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية ولا تشمل السل	اسم السياسة:
Multidrug Resistant Organism and C. Diff Data Collection Form			مرفق رقم: 1
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		 دولة فلسطين وزارة الصحة	
Facility ID :		Patient ID:	
Patient name:		Gender: F ☐ M ☐	Age:
Diagnosis on Admission:			
Date Admitted to Facility: / /		Location (Area/Unit):	
Event Details			
*Event Type: [For Event Type = BSI, PNEU, SSI, or UTI use the event specific form]			*Date of Event:
Post Procedure Event: Yes No		Date of Procedure:	
*Specific Organism Type: (Select up to 3)		☐ MRSA ☐ MSSA ☐ VRE ☐ CRE- Klebsiella ☐ CRE-E. coli ☐ CRE-Enterobacter ☐ MDR-Acinetobacter ☐ C. difficile	
Specify Criteria Used (check all that apply)			
Signs and Symptoms		Laboratory or Diagnostic Testing	
☐ Abscess ☐ Heat ☐ Dysuria ☐ Apnea ☐ Hypotension ☐ Fever ☐ Bradycardia ☐ Hypothermia ☐ Bilious aspirate ☐ Cough ☐ Lethargy ☐ Erythema or redness ☐ Vomiting ☐ Nausea ☐ Suprapubic tenderness ☐ Abdominal distension ☐ Pain or tenderness ☐ Wheezing, rales or rhonchi ☐ Diarrhea+ ☐ Swelling or inflammation ☐ Occult or gross blood in stools (with no rectal fissure) ☐ Surgical evidence of extensive bowel necrosis (>2 cm of bowel affected) ☐ Surgical evidence of pneumatosis intestinalis with or without intestinal perforation		☐ Organism(s) identified ☐ Not cultured ☐ Organism(s) identified from blood specimen+ ☐ Other positive laboratory tests+ ☐ > 15 colonies cultured from IV cannula tip using semiquantitative culture method ☐ Pneumatosis intestinalis by radiograph ☐ Portal venous gas (Hepatobiliary gas) by radiograph ☐ Pneumoperitoneum by radiograph ☐ Imaging test evidence of infection+	
☐ Other evidence of infection found on invasive procedure, gross anatomic exam, or histopathologic exam +		Clinical Diagnosis ☐ Physician diagnosis of this event type+ ☐ Physician institutes appropriate antimicrobial therapy+	
☐ Other signs and symptoms+:			
Per specific site criteria (Clostridium difficile Infection)			
*Admitted to ICU for CDI complications: ☐ Yes ☐ No		*Surgery for CDI complications: ☐ Yes ☐ No	
* Secondary Bloodstream Infection: ☐ Yes ☐ No		**Died: ☐ Yes ☐ No	
Event contributed to death? ☐ Yes ☐ No		Discharge Date: / /	

اسم السياسة:	التعامل مع حالات MRSA (Colonized / Infected / Suspected)	رقم السياسة:	IPC-16
مرفق رقم: 1	بروتوكول إزالة التلوث من MRSA		
إنهاء الاستعمار الموضعي:			
- الغرض من بروتوكول إزالة الاستعمار الموضعي هو محاولة القضاء على MRSA المستعمرة للجلد، مما يقلل من خطر الإصابة بعدوى الجرح اللاحقة وانتقالها إلى مرضى آخرين. - يجب أن يقتصر استخدام 2% intranasal mupirocin على دورتين كحد أقصى مدة كل منهما 5 أيام ، حيث ارتبط الاستخدام المطول بزيادة المقاومة			
البروتوكول الأساسي لإنهاء الاستعمار:			
- يجب فرك الجسم يومياً لمدة 5 أيام بالكلور هيكسيدين 4٪ حتى تغطي رغوة المستحضر كامل الجسم من العنق وحتى أسفل القدمين، مع إبقاء مادة بالكلور هيكسيدين دقيقتين على الأقل على الجلد قبل شطفها. - يجب غسل الشعر في اليوم الأول واليوم الخامس بالكلور هيكسيدين جلوكونات 4٪. - يجب مناقشة المرضى الذين لا يستطيعون تحمل الكلور هيكسيدين 4٪ مع فريق الوقاية من العدوى ومكافحتها - يجب وضع مرهم 2% mupirocin داخل فتحات الأنف، باستخدام قفاز ويجب الضغط على فتحتي الأنف معاً لبضع ثوانٍ لنشر المرهم جيداً على جانبي الأنف من الداخل، مرتين أو ثلاث مرات يومياً لمدة 5 أيام.. - إذا كانت جرثومة MRSA مقاومة للـ mupirocin ، فيجب استخدام ما يلي: كلور هيكسيدين جلوكونات 4٪ غسول جلدي يومي وكريم نيومايسين أنفي يوضع على الفتحات الأمامية أربع مرات يومياً لمدة 5 أيام. - يجب على المريض إعادة القيام ببروتوكول MRSA، عند الدخول الى المستشفى مرة أخرى. - في حالة وجوب القيام بعملية جراحية، يجب جدولتها في اليوم الخامس من بروتوكول MRSA. أو يجب اكمال البروتوكول لمدة ٥ ايام وفي يوم العملية، يتم وضع مرهم 2% mupirocin وغسيل الجسم بجلوكونات الكلور هيكسيدين 4٪ قبل الخضوع للإجراء الجراحي. - يجب اتباع البروتوكول للأطفال الذين تبلغ أعمارهم شهرين أو أكثر، ويستثنى الأطفال في وحدة حديثي الولادة.			





IPC-16	رقم السياسة:	التعامل مع حالات MRSA Colonized / Infected / Suspected	اسم السياسة:
استمارات ابلأ عن حالات (MRSA) / ترصد حالة (MRSA) نموذج			مرفق رقم: 4
MANDATORY SURVEILLANCE OF STAPHYLOCOCCUS BACTERAEMIA INFECTIONS			
IN STRICT CONFIDENCE		Please tick boxes or write in the white space(s) provided (see notes on page 3)	
PATIENT DETAILS			
Patient's initials:		Patient's surname:	
patient ID:		Hospital Name:	
Date of birth: / /		Sex: Male: ☐ Female: ☐	
Date specimen taken:		Lab number:	
SPECIES			
Staphylococcus data collection	MRSA	☐	MSSA ☐
	Staphylococcus aureus	☐	Staphylococcus schweitzeri ☐
	Staphylococcus argenteus	☐	
Episode category: (Please tick one option)		New infection: ☐ Repeat/Relapse: ☐ Continuing infection: ☐ Unknown: ☐	
Is patient on dialysis:		Yes: Acute RF ☐ Yes: Established RF: ☐ No: ☐ Unknown: ☐	
ADMISSION DETAILS			
Patient category:	In-patient: ☐	Emergency assessment: ☐	Regular attender: ☐
(Please tick one option)	Day patient: ☐		
If patient admitted complete this section			
Admitted this episode:	Yes: ☐ No: ☐ Unknown: ☐	Date of admission: / /	
Admission method: (Please tick one option)	Waiting list: ☐	Planned (deferred): ☐	
	Unknown: ☐	Emergency: ☐	
On dialysis: Yes: ☐ No: ☐			
Main specialty:		Treatment specialty:	
Provenance of patient: (Please tick one option)	Home: ☐	Private hospital: ☐	Mental health hospital: ☐
	Governmental Hospital ☐	Nursing/residential home ☐	
If hospital; hospital name:			
If Other; Location:			
Additional comments:			
PRIOR TRUST EXPOSURE			
Has the patient been discharged from an elective or emergency hospital admission in the reporting trust in the last 28 days? Yes: ☐ No: ☐ Don't Know: ☐			
Please Provide the date of discharge for the most recent elective or emergency hospital admission prior to the patient's positive specimen			
SOURCE			
Primary focus of bacteremia: (Please tick one option)			
No clinical signs of bacteremia	☐	Ventilator associate pneumonia	☐
No underlying focus of infection	☐	Skin/soft tissue	☐
CVC associated	☐	(including ulcers, cellulitis, diabetic foot infections without OM)	
Dialysis line	☐	Other	☐
Endocarditis	☐	Unknown	☐
Osteomyelitis	☐	Certainty (Please tick option)	
PVC associated	☐	Unknown	☐
Prosthetic joint infection	☐	Certain	☐
Septic arthritis	☐	Highly likely	☐
SSI	☐	Probably	☐
Pneumonia	☐	Possibly	☐
Tunneled IV line	☐		
UTI	☐		

ASSOCIATED CLINICAL INFECTIONS (Please tick one option)			
None	☐	Gastro	☐
Leg Ulcer	☐	Thrombophlebitis	☐
Other Skin/soft tissue	☐	Line site	☐
UTI	☐	Endocarditis	☐
Meningitis	☐	Visceral abscess	☐
URTI	☐	Biliary	☐
Bone and joint	☐	Not significant	☐
Sepsis	☐	Unknown	☐
		Pressure sore	☐
		SSI	☐
		LRTI	☐
		Other	☐

INPATIENT DETAILS			
For Inpatients, what specialty was the infection thought to have been acquired in (Augmented Care)? (Please tick one option)			
Neurological ICU	☐	Renal unit	☐
Combined HDU and ICU	☐	Cardiac care unit or coronary care unit (ICU)	☐
HDU	☐	Spinal injury ICU	☐
Post operative recovery unit	☐	Cardio intensive ICU	☐
Burns critical care unit	☐	Cardiothoracic unit	☐
Neonatal ICU	☐	Pediatric ICU	☐
Combined HDU and CCU	☐	Other	☐
Pediatric HDU	☐	Not applicable	☐
Date from / /		Date to: / /	

RISK FACTORS AND TREATMENT					
Pre-disposing Factors					
Were there any pre-disposing risk factors for the bacteremia? Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ Unassessed ☐ <i>If 'Yes' please complete the below</i>					
Immunosuppressed	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
IV drug user	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Liver disease	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Peripheral IV device	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Other risk factor	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Prosthesis	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Surgical wound	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Urinary catheter	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Other					
Assisted ventilation (past 7 days)	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Assisted ventilation (Current)	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Central IV device	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Diabetic	Yes	☐	No	☐	Unknown ☐
Has the patient been on anti-cancer chemotherapy in 28 days prior to date of specimen date? Yes ☐ No ☐ Unknown ☐					
Prior S.Aureus History		None	☐	When	Last 7 days ☐
	Unknown	☐		1-4 weeks	☐
	MRSA bacteremia	☐		1-2 months	☐
	MRSA infection	☐		2-3 months	☐
	MRSA colonized	☐		>3 months	☐
	MSSA bacteremia	☐		Unknown	☐
	MSSA infection	☐			
	MSSA colonized	☐			
	Other	☐			
Treatment of bacteremia		Remove IV device	☐	Please tick all that apply	
	Remove catheter	☐			
	Drain wound	☐			
	Surgery	☐			
	Antibiotic therapy	☐			
	Other	☐			

ASSOCIATED CLINICAL INFECTIONS (Please tick one option)

None	☐	Gastro	☐	Pressure sore	☐
Leg Ulcer	☐	Thrombophlebitis	☐	SSI	☐
Other Skin/soft tissue	☐	Line site	☐	LRTI	☐
UTI	☐	Endocarditis	☐	Other	☐
Meningitis	☐	Visceral abscess	☐		
URTI	☐	Biliary	☐		
Bone and joint	☐	Not significant	☐		
Sepsis	☐	Unknown	☐		

ANTIBIOTICS

Number of antibiotic courses:
prescribed 28 days prior

Antibiotic Name	Indication	Date Started	Date
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy
		dd / mm / yyyy	dd / mm / yyyy

اسم السياسة:	التعامل مع حالات VRE	رقم السياسة:	IPC-18
مرفق رقم: 1	الفحص الاحتمالي لأنواع المرضى في الوحدات التمريضية		
الوحدات أو الأقسام	المرضى المعرضون بشدة لخطر النقل	تكرار الفحص الإجمالي	
- وحدة العناية المركزة - وحدة غسل الكلى - قسم أمراض الدم والأورام - وحدة زراعة الأعضاء - المرضى المرتبطين من الناحية الوبائية بتفشي سلالة واحدة في مرفق الرعاية الصحية	- المريض الذي دخل منشأة صحية مؤخراً - المريض الذي يعاني من أمراض حرجية في وحدات العناية المركزة - المريض ذو الإقامة الطويلة والمرضى الحرج في المنشأة الصحية - المريض ذو الأمراض المزمنة وضعف الوضع الوظيفي للجسم - المريض الذي لديه قسطة بولية - المريض الذي يتناول المضادات الحيوية واسعة المجال لمدة طويلة، ولا سيما/الفانكوميسين	- للفحص الإجمالي لتفشي وباء الـ VRE - عند الدخول والخروج من وإلى وحدة العناية المركزة ومرة واحدة اسبوعياً خلال وجود المريض في وحدة العناية المركزة - في قسم أمراض الدم والأورام تكرار الفحص كل 3-6 أشهر	

IPC-19	رقم السياسة:	التعامل مع حالات العدوى Clostridium difficile (CDI)	اسم السياسة:
C. difficile Diagnosis Algorithm			مرفق رقم: 1
Suspicion for <i>C. difficile</i> infection: ▪ Acute onset, clinically significant diarrhea (≥ 3 loose stools over 24 hours) ▪ Risk factors include recent antibiotic use, hospitalization, and advanced age (in adults), and certain predisposing conditions (eg, malignancy, transplantation, IBD) ↓ Send stool for ▪ GDH antigen test (EIA) ▪ Toxin A and B test (EIA) ↓ ↓ ↓ ↓ ▪ GDH positive ▪ Toxin positive ▪ GDH positive ▪ Toxin negative ▪ GDH negative ▪ Toxin positive ▪ GDH negative ▪ Toxin negative ↓ ↓ ↓ ↓ Indeterminant result ↓ Perform NAAT NAAT positive NAAT negative ↓ ↓ Testing consistent with <i>C. difficile</i> infection Testing not consistent with <i>C. difficile</i> infection			
• The laboratory approach to diagnosis of <i>C. difficile</i> infection consists of NAAT, either alone or as part of an algorithm, as summarized above. In laboratories that use the above approach, the steps are frequently performed reflexively. • Only liquid stool samples from patients with ≥ 3 loose stools in 24 hours should be tested. • The GDH antigen test uses antibodies to test for the presence of the GDH enzyme, a protein present in all <i>C. difficile</i> isolates. It is a useful screening test			

with good sensitivity, rapid turnaround time, and low cost. However, specificity is poor since this assay does not test for toxin production and cannot distinguish between toxigenic and nontoxigenic strains of *C. difficile*.

- The toxin test uses antibodies to detect the presence of *C. difficile* toxin A and/or toxin B; testing for both toxins is preferred. The toxin test has high specificity with rapid turnaround time and low cost. However, the sensitivity is low, so there is a high rate of false negatives.
- The NAAT tests for the presence of toxigenic *C. difficile* organisms in stool by amplifying one or more genes specific to toxigenic strains; the critical gene is *tcdB*, which encodes for toxin B. This test is specific for toxigenic strains but does not test for active toxin production and also detects asymptomatic carriers of toxigenic *C. difficile*.
- If both tests are done and are discordant (an indeterminate result), there are several possible explanations:
 - The patient has active toxigenic *C. difficile* infection (one or the other of the tests was a false negative).
 - The patient has nontoxigenic *C. difficile* colonization (the GDH test was positive, but the toxin test was a true negative).
 - The patient is an asymptomatic carrier of toxigenic *C. difficile* but does not have active disease (again, one or the other of tests was a false negative, perhaps related to the density of the organism in stool). Patients should only be tested if they are symptomatic to avoid detection of asymptomatic carriage.
- IBD: inflammatory bowel disease; GDH: glutamate dehydrogenase; EIA: enzyme immunoassay; NAAT: nucleic acid amplification testing.

اسم السياسة:	سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي	رقم السياسة:	IPC-20
مرفق رقم: 1	تصنيفات المخاطر لأماكن الرعاية الصحية التي تشمل المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالسل والتي يُنصح بتكرارها للكشف عن العدوى بين موظفي الرعاية الصحية		
تصنيفات المخاطر			
إعدادات	خطر قليل	خطر متوسط	إنتقال عدوى مستمر محتمل
مرضى داخلي أقل من 200 سرير	أقل من 3 مرضى سلّ / سنة	3 مرضى سل أو أكثر / سنة	دليل على انتقال السل المستمر، بغض النظر عن المكان
مرضى داخلي 200 سرير أو أكثر	أقل من 6 مرضى سلّ / سنة	6 مرضى سل أو أكثر / سنة	دليل على انتقال السل المستمر، بغض النظر عن المكان
مرضى خارجي وغير تقليدي قائم على المرافق	أقل من 3 مرضى سلّ / سنة	3 مرضى سل أو أكثر / سنة	دليل على انتقال السل المستمر، بغض النظر عن المكان
مرفق معالجة السل	الإعداد الذي: • ثبت أن الأشخاص الذين سيتم علاجهم يعانون من عدوى السل الكامنة وليس السل • يوجد نظام للكشف الفوري عن الأشخاص الذين لديهم علامات أو أعراض السل وفرزهم في مكان يعالج فيه الأشخاص المصابون بالسل • لا يتم تنفيذ أي إجراءات تسبب السعال أو الهباء الجوي	الإعدادات التي: • مصادفة الأشخاص الذين يعانون من السل • لم يتم استيفاء معايير المخاطر المنخفضة خلاف ذلك	دليل على انتقال السل المستمر، بغض النظر عن المكان
مختبرات	المختبرات التي لا يتم فيها التلاعب بالعينات السريرية التي قد تحتوي على السل	المختبرات التي يتم فيها التلاعب بالعينات السريرية التي قد تحتوي على السل	دليل على انتقال السل المستمر، بغض النظر عن المكان
توصيات لإعادة الفحص			
اختبار السلّ الجلدي الأساسي المكون من خطوتين أو IGRA واحد	نعم، لجميع العاملين الصحيين عند التوظيف	نعم، لجميع العاملين الصحيين عند التوظيف	نعم، لجميع العاملين الصحيين عند التوظيف
اختبار السلّ الجلدي أو فحص ال IGRA لمقدم الرعاية الصحية	كلا	كل 12 شهر	حسب الحاجة في التحقيق في انتقال مستمر محتمل
اختبار السلّ الجلدي أو IGRA للعاملين في مجال الرعاية الصحية عند التعرض غير المحمي للسلّ	إجراء استقصاء التلامس (اختبار السلّ الجلدي في أقرب وقت ممكن من وقت التعرض، وإذا كانت نتيجة اختبار السلّ الجلدي سلبية، إجراء اختبار السلّ الجلدي آخر بعد 8-10 أسابيع من نهاية التعرض للسلّ		

IPC-20	رقم السياسة:	سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي	اسم السياسة:
Risk Classifications for Healthcare Settings That Serve Communities with High Incidence of TB and Recommended Frequency of Screening for MTB Infection among Healthcare Personnel			مرفق رقم: 2
Risk Classification [†]			
Setting	Low Risk	Medium Risk	Potential Ongoing Transmission [‡]
Inpatient <200 beds	<3 TB patients/year	≥3 TB patients/year	Evidence of ongoing MTB transmission, regardless of setting
Inpatient ≥200 beds	<6 TB patients/year	≥6 TB patients/year	Evidence of ongoing MTB transmission, regardless of setting
Outpatient and nontraditional facility-based	<3 TB patients/year	≥3 TB patients/year	Evidence of ongoing MTB transmission, regardless of setting
TB treatment facilities	Setting in which - Persons who will be treated have been demonstrated to have LTBI and not TB - A system is in place to promptly detect and triage persons who have signs or symptoms of TB to a setting in which persons with TB are treated - No cough-inducing or aerosol-generating procedures are performed	Settings in which - Persons with TB are encountered - Criteria for low risk is not otherwise met	Evidence of ongoing MTB transmission, regardless of setting
Laboratories	Laboratories in which clinical specimens that might contain MTB are not manipulated	Laboratories in which clinical specimens that might contain MTB are manipulated	Evidence of ongoing MTB transmission, regardless of setting
Recommendations for Screening Frequency			
Baseline two-step TST or one IGRA ^{&sect;}	Yes, for all HCP upon hire	Yes, for all HCP upon hire	Yes, for all HCP upon hire
Serial TST or IGRA screening of HCP	No**	Every 12 months ^{††}	As needed in the investigation of potential ongoing transmission ^{&sect;&sect;}
TST or IGRA for HCP upon unprotected exposure to MTB	Perform a contact investigation (i.e., administer one TST as soon as possible at the time of exposure, and, if the TST result is negative, place another TST 8–10 weeks after the end of exposure to MTB) ^{&para;&para;}		

- *HCP refers to all paid and unpaid persons working in healthcare settings who have the potential for exposure to MTB through air space shared with persons with TB.
- †Settings that serve communities with a high incidence of TB or that treat populations at high risk (e.g., those with HIV infection or other immunocompromising conditions) or that treat patients with drug-resistant TB might need to be classified as medium risk, even if they meet the low-risk criteria.
- ‡A classification of potential ongoing transmission should be applied to a specific group of HCP or to a specific area of the healthcare setting in which evidence of ongoing transmission is apparent, if such a group or area can be identified. Otherwise, a classification of potential ongoing transmission should be applied to the entire setting. This classification should be temporary and warrants immediate investigation and corrective steps after a determination has been made that ongoing transmission has ceased. The setting should be reclassified as medium risk, and the recommended time frame for this medium risk classification is at least 1 year.
- All HCP should have a baseline two-step TST or one IGRA result at each new healthcare setting, even if the setting is determined to be low risk. In certain settings, a choice might be made to not perform baseline TB screening or serial

TB screening for HCP who (1) will never be in contact with or have shared air space with patients who have TB (e.g., telephone operators who work in a separate building from patients) or (2) will never be in contact with clinical specimens that might contain MTB. Establishment of a reliable baseline result can be beneficial if subsequent screening is needed after an unexpected exposure to MTB.

- **HCP whose duties do not include contact with patients or TB specimens do not need to be included in the serial TB screening program.
- ††The frequency of testing for infection with MTB will be determined by the risk assessment for the setting.
- During an investigation of potential ongoing transmission of MTB, testing for MTB infection should be performed every 8 to 10 weeks until lapses in infection controls have been corrected and no further evidence of ongoing transmission is apparent.
- Procedures for contact investigations should not be confused with two-step TST, which is used for newly hired HCP.

IPC-20	رقم السياسة:	سياسة مكافحة انتشار السل الرئوي	اسم السياسة:
		انتهاء إجراءات العزل	مرفق رقم: 3
Discontinuation of Isolation Precautions <u>Suspected patients:</u> 1. Collected 3 sputum samples are AFB smear negative 2. There is no more clinical suspicion of active MTB. <u>Confirmed MTB patients:</u> 1. After two weeks of medical therapy with clinical improvement. 2. Have 3 sputum samples which are AFB smear negative. Three respiratory specimens collected 8 to 24 hours apart, with at least 1 early morning specimen, should be sent to the laboratory for acid-fast bacilli microscopy and culture. Discontinuation of isolation precautions should NEVER be based on a fixed interval of treatment (e.g. 2 weeks) but, rather, on evidence of clinical and bacteriologic improvement and evidence of the adequacy of the treatment regimes. In summary, isolation precautions should be continued until patients are highly likely to be non-infectious			

اسم السياسة:	ترشييد استخدام مضادات الميكروبات	رقم السياسة:	IPC-22
مرفق رقم: 1	تصنيف منظمة الصحة العالمية لمجموعات المضادات الحيوية (Aware Classification)		
تصنيف منظمة الصحة العالمية لمجموعات المضادات الحيوية (Aware Classification)			
<u>المجموعة الأولى: فئة الإتاحة (Access):</u> هي المضادات الحيوية التي يفضل استخدامها في العلاج المبدئي لمعظم حالات العدوى كخيار اول او ثاني نظرا لفعاليتها ضد الكثير من الميكروبات الشائعة ولأنها الأقل مقارنة في غيرها لاحتمالية اكتساب الميكروبات مقاومة ضده. <u>المجموعة الثانية: فئة المراقبة (Watch):</u> هي المضادات الحيوية التي يمكن استخدامها بحرص لبعض حالات العدوى كخيار اول او ثاني نظرا للاحتمالية المرتفعة في اكتساب الميكروبات المقاومة ضدها. <u>المجموعة الثالثة: فئة الاحتياط (Reserve):</u> هي المضادات الحيوية التي تعد الملاذ الأخير للعلاج ويجب تقييد استخدامها وادخارها للعلاج في حالات العدوى المؤكدة او المشتبه بالميكروبات متعددة المقاومة للمضادات الحيوية.			

اسم السياسة:	ترشيد استخدام مضادات الميكروبات	رقم السياسة:	IPC-22
مرفق رقم: 2	تعليمات إعطاء المضادات الحيوية الوقائية قبل العمليات		
تعليمات إعطاء المضادات الحيوية الوقائية قبل العمليات			
- يتم إعطاء المضاد الحيوي خلال 120- 30 دقيقة قبل العملية الجراحية عن طريق الوريد مع مراعاة عمر النصف للمضاد الحيوي المستخدم (كما يتم إضافة مضادات حيوية عن طريق الفم في اليوم السابق لجراحات القولون والشرح). - يتم استخدامها لمدة الاجراء الجراحي فقط او لمدة 24 ساعة من بداية الاجراء الجراحي وبحد اقصى 48 ساعة (في حالات خاصة مثل جراحات القلب والصدر). - يمكن تكرار الجرعة اثناء الاجراء الجراحي، تبعا لعمر النصف للمضاد الحيوي المستخدم وتجاوز زمن العملية الجراحية ضعف عمر النصف للمضاد الحيوي او تبعاً لكمية الدم التي فقدها المريض او في بعض الحالات الخاصة (مستجدات في الاجراء الجراحي اثناء العمل).			

اسم السياسة:	ترشييد استخدام مضادات الميكروبات	رقم السياسة:	IPC-22
مرفق رقم: 3	نموذج صرف المضادات الحيوية المقيدة		

Palestinian National Authority
Ministry Of Health
Hospitals General Administration



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات

تقرير طبي

لتوفير دواء تخصصي من المستودعات المركزية

المستشفى / من قسم /
الإسم رباعيا /
الجنس :
التاريخ : / /
العمر :
الوزن :

التاريخ المرضي و التشخيص :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

الدواء المطلوب : (باللغة الإنجليزية و الإسم العلمي)

إسم العلاج	الجرعة المطلوبة	مدة العلاج المطلوبة
1-		
2-		

المبررات العلمية لإختيار الدواء و التحاليل الداعمة لها: (إن وجدت)

.....
.....
.....
.....
.....

رئيس القسم

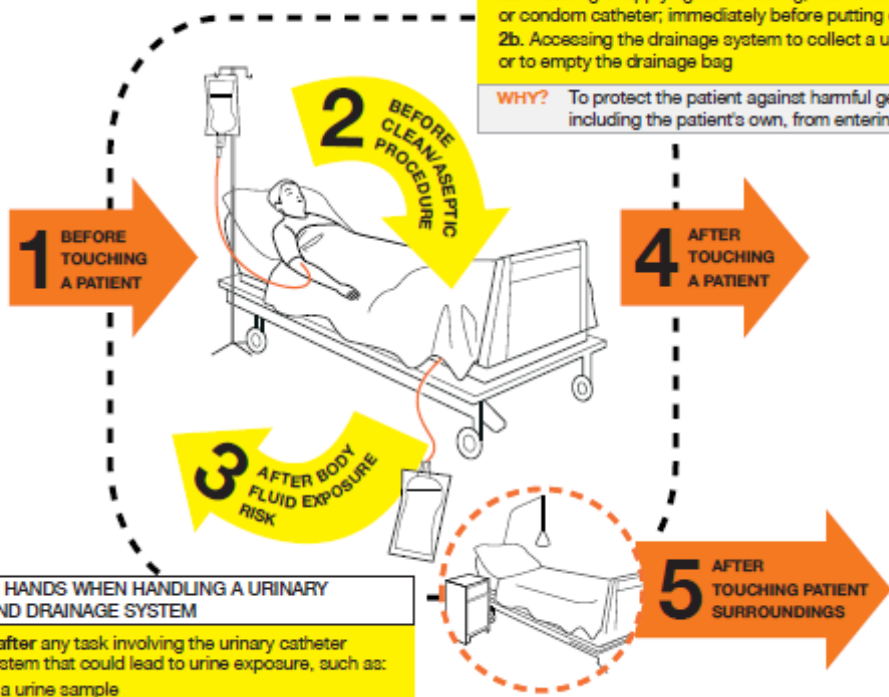
الطبيب المعالج

رأي الصيدلية : (البدائل المتوفرة)

.....
.....
.....
.....

الإجراء / النتيجة :

التوقيع :

IPC-23	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI	اسم السياسة:
Five moments of Hand Hygiene for CAUTI			مرفق رقم: 1
My 5 Moments for Hand Hygiene Focus on caring for a patient with a Urinary Catheter  CLEAN YOUR HANDS WHEN HANDLING A URINARY CATHETER AND DRAINAGE SYSTEM Immediately before any manipulation of the urinary catheter or drainage system that could lead to contamination of the sterile urine, such as: 2a. Inserting or applying an indwelling, intermittent straight, or condom catheter; immediately before putting on sterile gloves 2b. Accessing the drainage system to collect a urine sample or to empty the drainage bag WHY? To protect the patient against harmful germs, including the patient's own, from entering his/her body. CLEAN YOUR HANDS WHEN HANDLING A URINARY CATHETER AND DRAINAGE SYSTEM Immediately after any task involving the urinary catheter or drainage system that could lead to urine exposure, such as: 3a. Collecting a urine sample 3b. Emptying the drainage bag 3c. Removing the urinary catheter WHY? To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs. 5 KEY ADDITIONAL CONSIDERATIONS FOR A PATIENT WITH A URINARY CATHETER • Make sure that there is an appropriate indication for the indwelling urinary catheter. • Use a closed urinary drainage system, and keep it closed. • Insert the catheter aseptically using sterile gloves. • Assess the patient at least daily to determine whether the catheter is still necessary. • Patients with indwelling urinary catheters do not need antibiotics (including for asymptomatic bacteriuria), unless they have a documented infection.			
 World Health Organization SAVE LIVES Clean Your Hands No Action Today No Cure Tomorrow			
All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges for their active participation in developing this material the VA Ann Arbor Healthcare System & University of Michigan's Patient Safety Enhancement Program (www.catheterout.org), Ann Arbor, MI, United States, and Infection Control and Human Factors Laboratories, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland (www.humanfabz.org).			

IPC-23	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI	اسم السياسة:
URINARY CATHETER CARE BUNDLE			مرفق رقم: 2
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		دولة فلسطين وزارة الصحة	
Facility ID :		Patient ID:	
Patient name:		Gender: F ☐ M ☐	Age:
Diagnosis on Admission:			
Date Admitted to Facility: / /		Location (Area/Unit):	
CATHETER INSERTION CHECKLIST			
Place a tick (✓) if achieved, or (X) if not achieved in each box			
Before procedure (reason for the need of catheterization)	YES	NO	Comments
Urinary retention/obstruction			
Severely ill/immobility			
Lack bladder control			
Patient request/end of life			
Perioperative-selected surgical procedure			
Assisting with pressure ulcer healing for incontinent patient			
Epidural pain relief			
During Procedure	YES	NO	
Insert catheter using aseptic procedure			
Hand Hygiene before the procedure			
Catheter Insertion kit with sterile gloves, drape, cleansing supplies sterile single pack lubricant, and sterile urinary catheter attached to a drainage bag			
Only properly trained staff must insert the catheter			
After the Procedure	YES	NO	
Comply hand hygiene requirements			
Daily review of catheter necessity and prompt removal when not needed			
Catheter securement in place			
Maintain close drainage system			
Maintain unobstructed flow, keep collection bag below the level of the bladder and off the floor			
Daily cleansing of metal surface with soap and water			
Provide individual clean collection container at the bedside			
Name of Procedure Provider:			Date:
Reviewed by:			Date:

IPC-23	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة البولية CAUTI	اسم السياسة:									
URINARY CATHETER CARE BUNDLE			مرفق رقم: 3									
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		 دولة فلسطين وزارة الصحة										
Facility ID :		Patient ID:										
Patient name:		Gender: F ☐ M ☐	Age:									
Diagnosis on Admission:												
Date Admitted to Facility: / /		Location (Area/Unit):										
Date catheter inserted		Date catheter discontinued										
Place a tick(v) if achieved, or(X) if not achieved in each box												
Date	Shift	Daily review of catheter necessity and prompt removal if not need	Catheter securement device in place	Hand hygiene performed for patient contact	Daily meatal hygiene performed with soap and water	Drainage bag emptied using a clean container	Maintain unobstructed flow. Keep drainage bag of the floor	Temp > 38° C	Suprapubic tenderness	Urgency/Frequency	Staff signature	Comment
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											
	D											
	N											

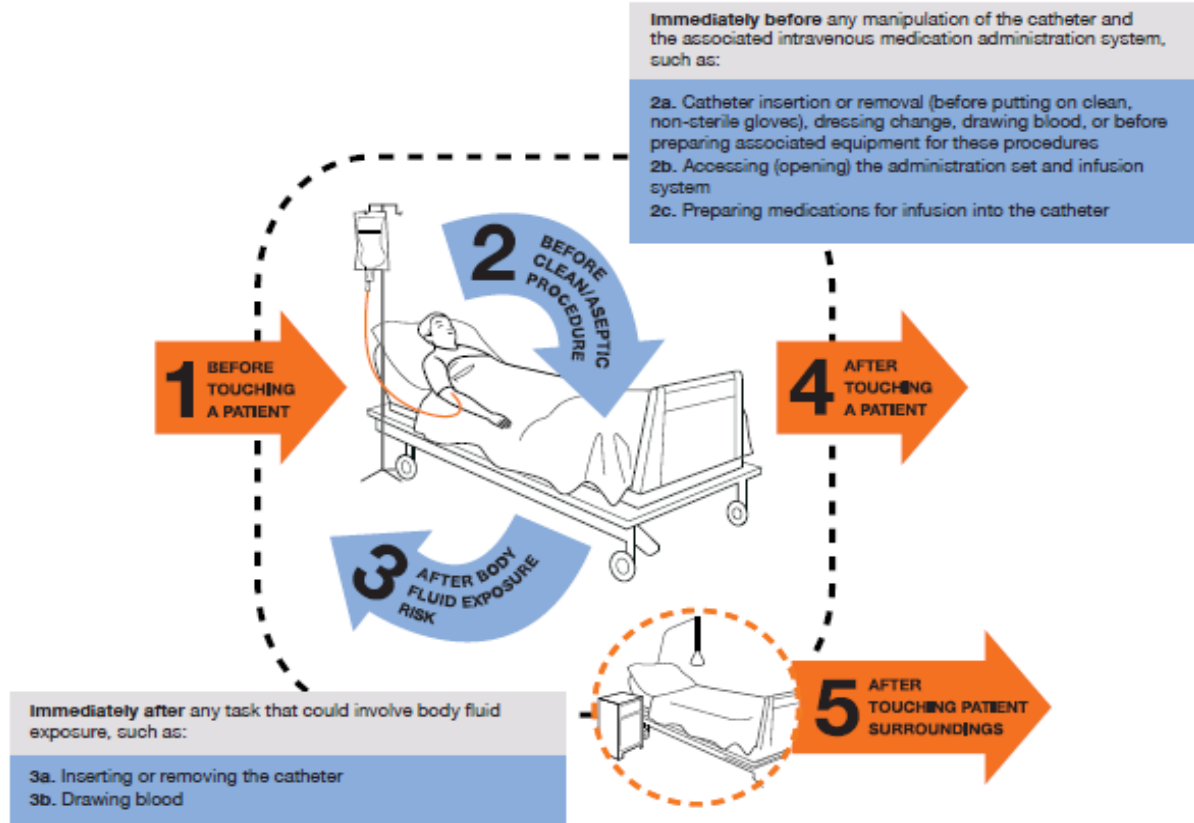
IPC- 24	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	اسم السياسة:
قائمة مرجعية للوقاية من عدوى مجرى الدم المكتسبة من القسطرة المركزية			مرفق رقم: 1
Checklist for Prevention of Central Line Associated Blood Stream Infections Based on 2011 CDC guideline for prevention of intravascular catheter-associated bloodstream infections: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update http://www.istat.org/stable/10.1086/676533 For Clinicians: Follow proper insertion practices ☐ Perform hand hygiene before insertion. ☐ Adhere to aseptic technique. ☐ Use maximal sterile barrier precautions (i.e., mask, cap, gown, sterile gloves, and sterile full body drape). ☐ Choose the best insertion site to minimize infections and noninfectious complications based on individual patient characteristics. • Avoid femoral site in obese adult patients. ☐ Prepare the insertion site with >0.5% chlorhexidine with alcohol. ☐ Place a sterile gauze dressing or a sterile, transparent, semipermeable dressing over the insertion site. ☐ For patients 18 years of age or older, use a chlorhexidine impregnated dressing with an FDA cleared label that specifies a clinical indication for reducing CLABSI for short term non-tunneled catheters unless the facility is demonstrating success at preventing CLABSI with baseline prevention practices. Handle and maintain central lines appropriately ☐ Comply with hand hygiene requirements. ☐ Bathe ICU patients over 2 months of age with a chlorhexidine preparation on a daily basis. ☐ Scrub the access port or hub with friction immediately prior to each use with an appropriate antiseptic (chlorhexidine, povidone iodine, an iodophor, or 70% alcohol). ☐ Use only sterile devices to access catheters. ☐ Immediately replace dressings that are wet, soiled, or dislodged. ☐ Perform routine dressing changes using aseptic technique with clean or sterile gloves. • Change gauze dressings at least every two days or semipermeable dressings at least every seven days. • For patients 18 years of age or older, use a chlorhexidine impregnated dressing with an FDA cleared label that specifies a clinical indication for reducing CLABSI for short-term non-tunneled catheters unless the facility is demonstrating success at preventing CLABSI with baseline prevention practices. ☐ Change administrations sets for continuous infusions no more frequently than every 4 days, but at least every 7 days. • If blood or blood products or fat emulsions are administered change tubing every 24 hours. • If propofol is administered, change tubing every 6-12 hours or when the vial is changed. Promptly remove unnecessary central lines ☐ Perform daily audits to assess whether each central line is still needed. For Healthcare Organizations: ☐ Educate healthcare personnel about indications for central lines, proper procedures for insertion and maintenance, and appropriate infection prevention measures. ☐ Designate personnel who demonstrate competency for the insertion and maintenance of central lines. ☐ Periodically assess knowledge of and adherence to guidelines for all personnel involved in the insertion and maintenance of central lines. ☐ Provide a checklist to clinicians to ensure adherence to aseptic insertion practices. ☐ Reeducate personnel at regular intervals about central line insertion, handling and maintenance, and whenever related policies, procedures, supplies, or equipment changes. ☐ Empower staff to stop non-emergent insertion if proper procedures are not followed. ☐ Ensure efficient access to supplies for central line insertion and maintenance (i.e. create a bundle with all needed supplies). ☐ Use hospital-specific or collaborative-based performance measures to ensure compliance with recommended practices. Supplemental strategies for consideration: ☐ Antimicrobial/Antiseptic impregnated catheters ☐ Antiseptic impregnated caps for access ports			



IPC- 24	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لت تركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	اسم السياسة:
اللحظات الخمس لغسيل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية طرفية			مرفق رقم: 2

My 5 Moments for Hand Hygiene

Focus on caring for a patient with a peripheral venous catheter



Key additional considerations for peripheral intravenous catheters

- 1. Indication:** Ensure that a peripheral venous catheter is indicated. Remove the catheter when no longer necessary/clinically indicated.
- 2. Insertion/maintenance/removal**
 - 2.1** Prepare clean skin with an antiseptic (70% alcohol, tincture of iodine, an iodophor, or alcohol-based 2% chlorhexidine gluconate) before catheter insertion.
 - 2.2** Wear clean, non-sterile gloves and apply an aseptic procedure (with non-touch technique) for catheter insertion, removal, and blood sampling.
 - 2.3** Replace any dry gauze-type dressings every 2 days.
 - 2.4** Consider scheduled catheter change every 96 hours.
 - 2.5** Change tubing used to administer blood, blood products, chemotherapy, and fat emulsions within 24 hours of infusion start. Consider changing all other tubing every 96 hours.
- 3. Monitoring:** Record time and date of catheter insertion, removal and dressing change, and condition (visual appearance) of catheter site every day.



World Health Organization

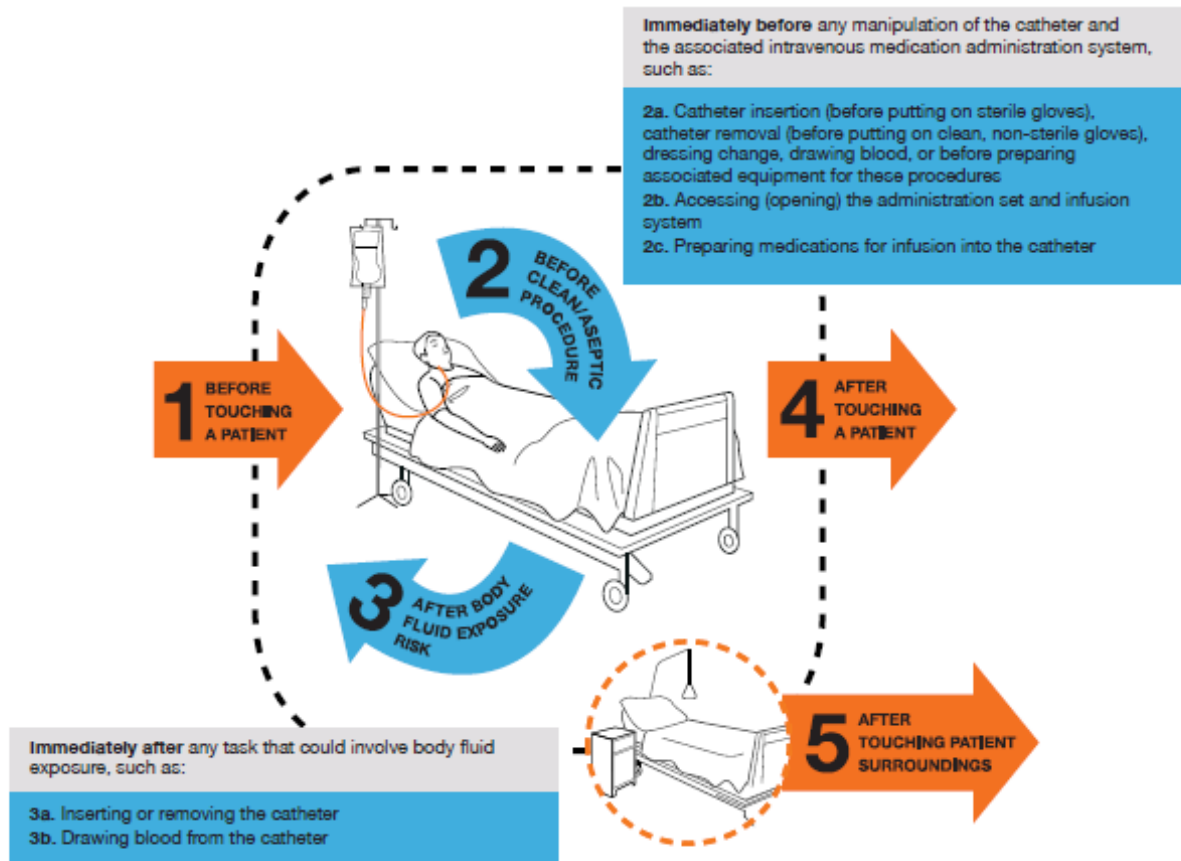
SAVE LIVES
Clean Your Hands

Clean Care is Safer Care
2005-2015

IPC- 24	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	اسم السياسة:
		اللحظات الخمس لغسل اليدين: التركيز على رعاية مريض لديه قسطرة وريدية مركزية	مرفق رقم: 3

My 5 Moments for Hand Hygiene

Focus on caring for a patient with a central venous catheter



Key additional considerations for central intravenous catheters

- 1. Indication:** Ensure that a central intravenous catheter is indicated. Remove the catheter when no longer needed/clinically indicated.
- 2. Insertion/maintenance/removal**
 - 2.1 Avoid inserting catheters into the femoral vein.
 - 2.2 Prepare clean skin with an antiseptic (alcohol-based 2% chlorhexidine-gluconate preferred) before insertion.
 - 2.3 Use full sterile barrier precautions during insertion (cap, surgical mask, sterile gloves, sterile gown, large sterile drape).
 - 2.4 Replace gauze-type dressings every 2 days and transparent dressings every 7 days; replace dressings whenever visibly soiled.
 - 2.5 Change tubing used to administer blood, blood products, chemotherapy, and fat emulsions within 24 hours of infusion start. Consider changing all other tubing every 96 hours.
 - 2.6 Use aseptic procedure (with non-touch technique) for all catheter manipulations.
 - 2.7 "Scrub the hub" with alcohol-based chlorhexidine-gluconate for at least 15 seconds.
- 3. Monitoring:** Record time and date of catheter insertion, removal and dressing change, and condition (visual appearance) of the catheter skin site every day.



World Health Organization

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Clean Care
is Safer Care
2005-2015

IPC- 24	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة الوريدية المركزية والطرفية CLABSI	اسم السياسة:	
<u>An evidence-based approach for Vascular Access Device (VAD) selection</u>			مرفق رقم: 4	
Device Type	Proposed Duration of Infusion			
	≤ 5 days	6-14 days	15-30 days	≥31 days
Peripheral IV catheter	No preference between peripheral IV and US-guided peripheral IV catheters for use ≤ 5 days			
US-guided peripheral IV catheter	US-guided peripheral IV catheters preferred to peripheral IV catheters if proposed duration is 6-14 days			
Midline catheter	Midline catheters preferred to PICC if proposed duration is ≤14 days			
Nontunneled/acute intravenous device*	Central venous catheter preferred to PICC for use ≤14 days in critically ill patients.			
PICC	Disagreement on appropriateness of PICC for durations ≤5 days.	PICC use appropriate if proposed duration is ≥6 days; PICC preferred to tunneled catheters for durations of 15-30 days.		
Tunneled intravenous device			Tunneled catheter neutral for difficult IV access for use ≥ 15 days.	No preference between tunneled catheter or implanted port for use ≥ 31 days.
Implanted Port				
AppropriateNeutralInappropriateDisagreement				
Non-tunneled VADs: 1. Subclavian vein is favored in adults. (Minimize risk of infection as well as thrombotic complications.) 2. Consider internal jugular vein in chronic kidney disease for hemodialysis VADs. Consider external jugular vein secondarily. (Avoid subclavian due to risk for vein stenosis) 3. There is no preferred venous insertion site in infants and children. 4. Avoid using the Femoral vein in adults. If utilized in emergent situations, consider alternate access once patient is stable.				

IPC- 24	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المصاحبة لتركيب القسطرة CLABSI الوريدية المركزية والطرفية	اسم السياسة:
Differences between Central line-associated bloodstream infection and Catheter-related bloodstream infection			مرفق رقم: 5
Criteria	Central line-associated bloodstream infection (CLABSI)	Catheter-related bloodstream infection (CRBSI)	
Definition	A laboratory-confirmed bloodstream infection (LCBI) where central line (CL) or umbilical catheter (UC) was in place for >2 calendar days on the date of event, with day of device placement being Day 1 Additionally, the line was also in place on the date of event or the day before A Central Line is defined as an intravascular catheter that terminates at or close to the heart or in one of the great vessels which is used for infusion, withdrawal of blood, or hemodynamic monitoring	Bacteremia or fungemia in a patient who has an intravascular device and >1 positive blood culture result obtained from the peripheral vein with clinical manifestations of infection (e.g., fever, chills, and/or hypotension), and no apparent source for bloodstream infection (with the exception of the catheter) Additionally, one of the following MUST be present: – A positive result of semiquantitative (>15 CFU per catheter segment) – Quantitative (>10² cfu per catheter segment) catheter culture, whereby the same organism (species) is isolated from a catheter segment and a peripheral blood culture – Simultaneous quantitative cultures of blood with a ratio of >3:1 CFU/mL of blood (catheter vs. peripheral blood) – Differential time to positivity (growth in a culture of blood obtained through a catheter hub is detected by an automated blood culture system at least 2 h earlier than a culture of simultaneously drawn peripheral blood of equal volume)	
Purpose of definition	Surveillance (Established by the CDC/NHSN for surveillance purposes in an effort to improve patient safety)	Clinical diagnosis	
Device removal required	Usually no	Usually yes	
Cultures	Qualitative blood cultures	Blood cultures with differential time to positivity	
Catheter tip culture recommended	No	Yes	
Advantages	Convenience, lower cost, readily available in most laboratories Useful due to a more simplified definition and diagnosis in order to aid in reporting, tracking and trending events More lenient definition vs Catheter Related Blood Stream Infection (CRBSI)	High sensitivity; better positive predictive value More strict definition vs Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI)	
Disadvantages	Often unable to distinguish a primary and secondary BSI; may overstate the true incidence of primary CLABSI	More complex, less convenient, expensive	

اسم السياسة:

الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI

رقم السياسة:

IPC- 25

مرفق رقم: 1

قائمة التحقق قبل وأثناء وبعد العملية الجراحية

قائمة التحقق قبل اجراء العملية

مسئولية ممرض القسم

13. تم افراغ محتويات القولون والمستقيم
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
14. تم تركيب قسطرة بولية للمريض.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
15. تم إزالة الجبس وغسل وتطهير مكان العملية الجراحية.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
16. تم التأكد بأن المريض خلع جميع الاكسسوارات (مجوهرات- عدسات- طقم أسنان- الخ).
☐ نعم ☐ لا
17. تم التأكد ان الأدوية التي تؤثر على المناعة بالإضافة للأدوية الأخرى والمزمنة التي يتناولها المريض مكتوبة بشكل واضح في ملف المريض.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
18. تم إعطاء المريض جرعة المضاد الحيوي الوقائية المقررة من الطبيب عند طلب المريض للعملية (on-Call).
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
19. تم تحديد موضع العملية ووضع علامة على مكان الاجراء من قبل الطبيب.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
20. تم تجهيز المريض بزي العمليات (مريول + غطاء رأس).
☐ نعم ☐ لا
21. تم تجهيز التروولي الخاص بالعمليات (شرشف نظيف + غطاء).
☐ نعم ☐ لا

الاسم:

التوقيع:

قائمة التحقق قبل اجراء العملية

مسئولية ممرض القسم

1. تم التأكد من اسم وبيانات المريض ☐ نعم ☐ لا
2. توجد نتائج لفحص (CBC) وفصيلة الدم ☐ نعم ☐ لا
3. نسبة السكر في الدم لا تزيد عن (250mg/dl) لكل مريض السكر وللبالغين فوق 40 سنة.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
4. تم عمل تصوير أشعة للمريض (الصدر- مكان العملية).
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
5. يوجد تخطيط قلب حديث للمريض
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
6. تم أخذ وتسجيل العلامات الحيوية للمريض (نبض- ضغط - حرارة).
☐ نعم ☐ لا
7. درجة حرارة المريض ضمن المعدل الطبيعي
☐ نعم ☐ لا
8. تم الكشف من قبل طبيب التخدير على المريض، وتعبئة النموذج الخاص
☐ نعم ☐ لا
9. تم توقيع المريض او من ينوب عنه على إجراء العملية.
☐ نعم ☐ لا
10. تم إزالة الشعر في مكان العملية بقصه بواسطة ماكينة حلاقة الشعر الكهربائية فقط.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج
11. تم التأكد بأن المريض صائم ولم يتناول أي سائل أو أغذية.
☐ نعم ☐ لا
12. قام المريض بالاغترسال باستخدام الماء والصابون صباح العملية.
☐ نعم ☐ لا

①



وزارة الصحة الفلسطينية

قوائم التحقق قبل وأثناء وبعد اجراء العمليات

اسم المستشفى:

التشخيص:

اسم العملية:

اسم المريض:

رقم الملف: () الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

العمر: القسم:

التاريخ: / / رقم الغرفة:

العملية: ☐ طارئة ☐ مجدولة

2022

قائمة تحقق سلامة المرضى داخل جناح العمليات الجراحية

قبل البدء بتخدير المريض

بواسطة ممرض وأخصائي تخدير

1. هل أكد المريض هويته والاجراء الجراحي وموضع هذا الاجراء وموافقته عليه؟ ☐ نعم ☐ لا

2. هل وضعت علامة على موضع الاجراء الجراحي؟ ☐ نعم ☐ لا ينطبق

3. هل تم التحقق من جهاز التخدير وادوية التخدير؟ ☐ نعم ☐ لا

4. هل تم توصيل جهاز المراقبة (Monitor) وخصوصا **Pulse Oximeter** بجسم المريض والتحقق من انه يعمل؟ ☐ نعم ☐ لا

5. هل يعاني المريض مما يلي:

- حساسية معروفة؟ ☐ نعم ☐ لا
- صعوبة في المجرى التنفسي أو خطر حدوث الاستنشاق؟ ☐ لا ☐ نعم
- خطر فقدان الدم بكمية أكبر من 500 مليلتر (7 مليلتر / كغم لدى الأطفال)؟ ☐ لا ☐ نعم
- وتم التخطيط لاستعمال وحدتين دم مركز وإعطاء السوائل اللازمة.

الاسم:
التوقيع:

W181205

قبل اجراء البضع الجراحي

بواسطة ممرض وأخصائي تخدير وجراح

☐ تأكيد أن جميع أعضاء الفريق قد قدموا أنفسهم وذكروا أسمائهم وادوارهم.

☐ تأكيد اسم المريض والإجراء الجراحي وموضع البضع الجراحي.

هل تم التأكد أن المريض حصل على المضاد الحيوي الوقائي قبل وصوله للعمليات؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق

استباق الأحداث الحرجة / أسئلة تطرح على الجراح:

☐ ما الخطوات الحرجة أو غير الروتينية؟
☐ ما المدة التي ستستغرقها الحالة؟
...../ دقيقة
☐ ما كمية الدم المتوقع فقدانها؟
...../ مليلتر

أسئلة تطرح على أخصائي التخدير:

☐ هل هناك أية محاذير محددة بخصوص المريض؟

أسئلة تطرح على فريق التمريض:

☐ هل تم التأكد من التعقيم (بما في ذلك نتائج مؤشر جهاز التعقيم)؟

☐ هل هناك مشاكل في المعدات أو أية محاذير أخرى؟

هل صور الأشعة الضرورية معروضة؟ ☐ نعم ☐ لا ينطبق

قبل مغادرة المريض غرفة العمليات

بواسطة ممرض وأخصائي تخدير وجراح

يؤكد الممرض ما يلي شفهيًا:

☐ اسم الإجراء الجراحي.
☐ إكمال عدد الأدوات والشاش الجراحي والأبر
☐ بطاقة توسيم العينات، بصوت مسموع وإسم المريض.
☐ وجود أو عدم وجود أية مشاكل في المعدات يجب حلها

سؤال يطرح على الجراح وأخصائي التخدير والممرض

☐ ما هي الاعتبارات الأساسية المتعلقة بإفاقة المريض والتدبير العلاجي لحالته؟

الاسم:
التوقيع:

قائمة التحقق بعد العملية الجراحية

مسئولية ممرض القسم

1. تم وضع المريض على قناع أكسجين بمعدل 3-4 لتر/دقيقة للمرضى الذين يخضعون لعمليات كبرى بعد العملية لمدة تتراوح من 2-6 ساعات.
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

2. تم إزالة القسطرة البولية بعد العملية لعدم وجود ضرورة ملحة لوجودها ☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

3. تم موازنة المحاليل الوريدية مع مراعاة اللجوء إلى إعطاءه محاليل تغذية وريدية (TPN) عند اللزوم للمرضى المنومين ممنوعين من الطعام (NPO)
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

4. تم إزالة الوصلات الخاصة بتصريف السوائل من الجروح (Drain)، (Early Drain removal) لعدم وجود حاجة لها. ☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

6. يتم الالتزام بالأساليب المانعة للتلوث أثناء الغيار على الجروح (سياسة الغيار على الجروح)
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

7. تم إعطاء المريض جرعة وقائية من أدوية مميعات الدم مثال (Heparin)
☐ نعم ☐ لا ☐ لا يحتاج

الاسم:
التوقيع:

اسم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	رقم السياسة:	IPC- 25
مرفق رقم: 2	التوصيات داخل غرفة العمليات بخصوص مرضى عزل الهواء: المريض المصاب بالسل		
التوصيات داخل غرفة العمليات بخصوص مرضى عزل الهواء المصابين بالسل			
• يجب استخدام كمادة عالية الكفاءة N95 في غرفة العمليات. • يجب إجراء العمليات الجراحية عندما يكون المريض بمفرده والتنبيب في غرفة الإنعاش، ويحدث التنبيب في الشفاء ، ويفضل أن يكون ذلك بنهاية جدول اليوم. • يتم تنبيب intubation المريض إما في غرفة AII if available أو غرفة العمليات؛ في حال تم ذلك في غرفة العمليات، يجب إبقاء الباب مغلقاً حتى تتم إزالة 99٪ من الملوثات والجراثيم والجزيئات المحمولة جواً/الهباء الجوي. • عند تخدير مريض مؤكد أو مشتبه إصابته بالسل، يجب وضع مرشحاً بكتيرياً bacterial filter بين دائرة التخدير anesthesia circuit ومجرى الهواء للمريض لمنع تلوث معدات التخدير أو تلوث الهواء المحيط بجرثومة M. tuberculosis • عند نزع الأنبوب بعد العملية، يجب السماح للمريض بالتعافي في غرفة AII إذا توفرت • في حال عدم وجود غرفة ضغط سلبي في قسم الإنعاش، يجب فتح النوافذ ويجب حصر السير في القسم الى أقل ما يمكن ويجب على جميع العاملين الصحيين لبس الفناع N95 • إذا كان المريض بحاجة إلى نزع الأنبوب في غرفة العمليات، يجب ترك الوقت الكافي لتغيير الهواء حتى تتم إزالة 99٪ من الملوثات والجراثيم والجزيئات المحمولة جواً/الهباء الجوي لأن نزع الأنبوب هو إجراء يسبب السعال و ذلك بحسب نوع نظام التهوية المتوفر. • يجب استخدام مرشحات هوائية عالية الكفاءة HEPA محمولة مؤقتاً لتنظيف الهواء الإضافي أثناء التنبيب ونزع الأنبوب لمرضى السل المعدي الذين يحتاجون إلى إجراء جراحي. يجب الحصول على استشارة هندسية لتحديد المكان المناسب لوضع هذه الفلاتر بحيث ان يمر كل هواء الغرفة عبرها. يتم إيقاف تشغيل الفلاتر المحمولة أثناء الإجراء الجراحي. يجب توفير الهواء النقي حسب معايير التهوية لغرف العمليات بحيث لا تفي وحدات HEPA المحمولة بمتطلبات عدد دورات تغيير الهواء. • يجب تحديد موعد إجراء العملية لمرضى السل المعدي في آخر اليوم لزيادة الوقت المتاح لإزالة التلوث الجوي إذا كان ذلك ممكناً. • لا توجد توصية لإجراء عمليات زراعة العظام عند مريض السل في الغرف المزودة بتدفق الهواء الرقائقي. • يجب احتفاظ بمعدات التهوية الاحتياطية (على سبيل المثال، الوحدات المحمولة للمراوح أو المرشحات) لتوفير متطلبات التهوية في حالات الطوارئ لغرف العمليات، واتخاذ خطوات فورية لاستعادة وظيفة نظام التهوية الثابتة.			

اسم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	رقم السياسة: IPC- 25
مرفق رقم: 3	توصيات للوقاية من العدوى ومكافحتها في غرفة العمليات أثناء وجود جائحة COVID	
• يجب استخدام كمادة عالية الكفاءة N95 في غرفة العمليات. • يجب إجراء العمليات الجراحية عندما يكون المريض بمفرده والتنبيب في غرفة الإنعاش، ويحدث التنبيب في الشفاء ، ويفضل أن يكون ذلك بنهاية جدول اليوم. • يتم تنبيب intubation المريض إما في غرفة AII if available أو غرفة العمليات؛ في حال تم ذلك في غرفة العمليات، يجب إبقاء الباب مغلقاً حتى تتم إزالة 99٪ من الملوثات والجراثيم والجزيئات المحمولة جواً/الهباء الجوي. • عند تخدير مريض مؤكد أو مشتبه إصابته بالسل، يجب وضع مرشحاً بكتيرياً bacterial filter بين دائرة التخدير anesthesia circuit ومجرى الهواء للمريض لمنع تلوث معدات التخدير أو تلوث الهواء المحيط بجرثومة M. tuberculosis • عند نزع الأنبوب بعد العملية، يجب السماح للمريض بالتعافي في غرفة AII إذا توفرت • في حال عدم وجود غرفة ضغط سلبي في قسم الإنعاش، يجب فتح النوافذ ويجب حصر السير في القسم الى أقل ما يمكن ويجب على جميع العاملين الصحيين لبس الفناع N95 • إذا كان المريض بحاجة إلى نزع الأنبوب في غرفة العمليات، يجب ترك الوقت الكافي لتغيير الهواء حتى تتم إزالة 99٪ من الملوثات والجراثيم والجزيئات المحمولة جواً/الهباء الجوي لأن نزع الأنبوب هو إجراء يسبب السعال و ذلك بحسب نوع نظام التهوية المتوفر. • يجب استخدام مرشحات هوائية عالية الكفاءة HEPA محمولة مؤقتاً لتنظيف الهواء الإضافي أثناء التنبيب ونزع الأنبوب لمرضى السل المعدي الذين يحتاجون إلى إجراء جراحي. يجب الحصول على استشارة هندسية لتحديد المكان المناسب لوضع هذه الفلاتر بحيث ان يمر كل هواء الغرفة عبرها. يتم إيقاف تشغيل الفلاتر المحمولة أثناء الإجراء الجراحي. يجب توفير الهواء النقي حسب معايير التهوية لغرف العمليات بحيث لا تفي وحدات HEPA المحمولة بمتطلبات عدد دورات تغيير الهواء. • يجب تحديد موعد إجراء العملية لمريض السل المعدي في آخر اليوم لزيادة الوقت المتاح لإزالة التلوث الجوي إذا كان ذلك ممكناً. • لا توجد توصية لإجراء عمليات زراعة العظام عند مريض السل في الغرف المزودة بتدفق الهواء الرقائقي. • يجب احتفاظ بمعدات التهوية الاحتياطية (على سبيل المثال، الوحدات المحمولة للمراوح أو المرشحات) لتوفير متطلبات التهوية في حالات الطوارئ لغرف العمليات، واتخاذ خطوات فورية لاستعادة وظيفة نظام التهوية الثابتة. ○ عزل غرف العمليات وحزم التحكم في حركة المرور: ▪ يجب فرز المرضى قبل دخولهم إلى غرف العمليات ▪ يجب تحديد واضح لمناطق الخطر zones of risk بين المناطق الملوثة والنظيفة ▪ يجب تطبيق مفهوم المنطقة العازلة بين المناطق النظيفة والملوثة ▪ يجب تقليل العبور خارج غرف العمليات ○ الاعتبارات اللوجستية: ▪ يجب تحديد مسارات نقل المريض مسبقاً بأقل تلامس ممكن ▪ يجب استخدام معدات الوقاية الشخصية الكاملة أثناء النقل ▪ يجب تعقيم جميع المناطق المتقاطعة ▪ يجب تقليل المخلفات والمواد الاستهلاكية ○ التهوية: ▪ يجب استخدام غرف المزودة بمرشحات هواء عالية الكفاءة HEPA ▪ يجب انتظار خمس دورات هواء بعد أي إجراء يتولد فيه الهباء الجوي قبل الدخول أو الخروج من غرف العمليات (5 دقائق في التدفق الرقائقي و12 دقيقة في التدفق الكامل)		

- يجب اقفال جميع الأبواب أثناء الجراحة باستثناء الطريق عبر المنطقة العازلة
- يجب اغلاق جميع الفتحات بألواح
- لا توجد معدات بالقرب من فتحات تدفق الهواء في الغرف
- يفضل ان تكون الغرف ذات ضغط السلبي إن وجدت
- التنظيف وإدارة المخلفات:

- يجب استخدام المطهرات المناسبة المعتمدة والأشعة فوق البنفسجية.
- يجب توفر غرف استحمام خاص لإزالة التلوث.
- يجب استخدام المواد والأدوات الأحادية الاستخدام.
- يجب تغطية المواد القابلة لإعادة الاستخدام ويجب إزالة التلوث عنها وتنظيفها وتطهيرها و/أو تعقيمها بانتظام.
- يجب توفر حاويات مخصصة للنفايات الخطرة وتغلق بإحكام.
- يجب التخلص الفوري من النفايات خارج الغرف مع استخدام معدات الوقاية الشخصية.

○ الصحة المهنية:

- يجب أن يكون جميع موظفي قسم العمليات، بما في ذلك الموظفين الإداريين وموظفي الخدمات البيئية، مدربين بشكل جيد على ارتداء وخلع معدات الوقاية الشخصية المتعلقة بـ COVID، ونظافة اليدين الصحية، والتعرف على أعراض COVID.
- يجب على جميع موظفي قسم العمليات إبلاغ مكتب مكافحة العدوى ورئيس قسم العمليات عن أية أعراض كالحمى أو ألم في العضلات أو التهاب الحلق أو التهاب الجهاز التنفسي.

- يجب إرسال أي حالة يشتبه في إصابتها بفيروس COVID إلى العزل المنزلي وإجراء فحص PCR ومتابعتها من قبل فريق الصحة المهنية / مكتب مكافحة العدوى.

IPC- 25	رقم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	اسم السياسة:
مرفق رقم: 4 . قائمة بأسماء العمليات التي تحدث بها عدوى الأعضاء (Organ/Space)			
Table 2. Surveillance Periods for SSI Following Selected NHSN Operative Procedure Categories. Day 1 = the date of the procedure.			
30-day Surveillance			
Category	Operative Procedure	Category	Operative Procedure
AAA	Abdominal aortic aneurysm repair	LAM	Laminectomy
AMP	Limb amputation	LTP	Liver transplant
APPY	Appendix surgery	NECK	Neck surgery
AVSD	Shunt for dialysis	NEPH	Kidney surgery
BILI	Bile duct, liver or pancreatic surgery	OVRY	Ovarian surgery
CEA	Carotid endarterectomy	PRST	Prostate surgery
CHOL	Gallbladder surgery	REC	Rectal surgery
COLO	Colon surgery	SB	Small bowel surgery
CSEC	Cesarean section	SPLE	Spleen surgery
GAST	Gastric surgery	THOR	Thoracic surgery
HTP	Heart transplant	THYR	Thyroid and/or parathyroid surgery
HYST	Abdominal hysterectomy	VHYS	Vaginal hysterectomy
KTP	Kidney transplant	XLAP	Exploratory laparotomy
90-day Surveillance			
Category	Operative Procedure		
BRST	Breast surgery		
CARD	Cardiac surgery		
CBGB	Coronary artery bypass graft with both chest and donor site incisions		
CBGC	Coronary artery bypass graft with chest incision only		
CRAN	Craniotomy		
FUSN	Spinal fusion		
FX	Open reduction of fracture		
HER	Herniorrhaphy		
HPRO	Hip prosthesis		
KPRO	Knee prosthesis		
PACE	Pacemaker surgery		
PVBY	Peripheral vascular bypass surgery		
VSHN	Ventricular shunt		
Notes:			
• Superficial incisional SSIs are only followed for a 30-day period for all procedure types. • Secondary incisional SSIs are only followed for a 30-day period regardless of the surveillance period for the primary site.			

Table 3. Specific Sites of an Organ/Space SSI

Category	Specific Site	Category	Specific Site
BONE	Osteomyelitis	MED	Mediastinitis
BRST	Breast abscess or mastitis	MEN	Meningitis or ventriculitis
CARD	Myocarditis or pericarditis	ORAL	Oral cavity infection (mouth, tongue, or gums)
DISC	Disc space infection	OREP	Deep pelvic tissue infection or other infection of the male or female reproductive tract
EAR	Ear, mastoid infection	PJI	Periprosthetic joint infection
EMET	Endometritis	SA	Spinal abscess/infection
ENDO	Endocarditis	SINU	Sinusitis
GIT	Gastrointestinal (GI) tract infection	UR	Upper respiratory tract, pharyngitis, laryngitis, epiglottitis
IAB	Intraabdominal infection, not specified elsewhere	USI	Urinary System Infection
IC	Intracranial infection	VASC	Arterial or venous infection
JNT	Joint or bursa infection	VCUF	Vaginal cuff infection
LUNG	Other infection of the lower respiratory tract		

IPC- 25	رقم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	اسم السياسة:
WHO 5 moments of hand hygiene for SSI			مرفق رقم: 5
My 5 Moments for Hand Hygiene Focus on caring for a patient with a post-operative wound 1 BEFORE TOUCHING A PATIENT 2 BEFORE CLEAN/ASEPTIC PROCEDURE 3 AFTER BODY FLUID EXPOSURE RISK 4 AFTER TOUCHING A PATIENT 5 AFTER TOUCHING PATIENT SURROUNDINGS Immediately before touching the post-operative wound dressing/site, for example: 2a. Before physically examining the post-operative wound site, including before taking wound samples for microbiological investigations, if required 2b. Before touching the wound to remove stitches/clips 2c. Before preparing the necessary items for replacing the wound dressing 2d. Before replacing the actual post-operative wound dressing Immediately after any task involving potential body fluid exposure, such as: 3a. After post-operative wound examination/sample collection 3b. After removing stitches/clips 3c. After undertaking a post-operative wound dressing change Key additional considerations for post-operative wounds • Avoid unnecessary touching of the post-operative wound site, including by the patient. • Wear gloves if contact with body fluids is anticipated; the need for hand hygiene does not change even if gloves are worn, as per the WHO 5 Moments. • Follow local procedures regarding use of aseptic non-touch technique for any required dressing changes/wound procedures. • Don't touch dressings for at least 48 hours after surgery, unless leakage or other complications occur. • Routine post-operative wound dressings should be basic dressing types (e.g. absorbent or low adherence dressings). • When approaching a patient for the examination of a wound, the health worker may also perform other tasks (e.g. accessing a venous catheter, drawing blood samples, checking urinary catheter). Hand hygiene may be needed before and after these specific tasks, to once again fulfill Moments 2 and 3, for example (refer to WHO dedicated 5 Moments posters for line or catheter management). • When indicated, pre-operative surgical antibiotic prophylaxis (SAP) should be administered as a single parenteral dose 2 hours or less before the surgical incision, while considering the half-life of the antibiotic. Do not prolong administration of SAP after completion of the operation. • Antibiotic therapy for any proven surgical site infection should ideally be administered based on wound sample culture and sensitivity results. • Common signs and symptoms of wound infection are: pain or tenderness; localized swelling; erythema; heat, or purulent drainage from the superficial incision. • This guidance does not include information on complicated post-operative wound care, when specific treatments or therapies may be required. World Health Organization SAVE LIVES CLEAN YOUR HANDS			

6 مرفق رقم wound dressing checklist

Date:.... /.... /..... Total checklist standards = ----- Total fulfilled checklist standards = ----- Compliance %= -----

Hospital: Department:

#	DISCRIPTION	YES	NO	N/A	COMMENTS
1	Paper hand hygiene.				
2	The surface of dressing trolley disinfected with 70% alcohol and allowed to dry.				
3	Trolley laid up with sterile wound dressing pack and approved antiseptic solution bottles.				
4	A disposable biohazard bag for soiled dressing attached at the side of the trolley.				
5	Disposable gown, face mask and eye goggles (if splash is anticipated) are worn and trolley taken to patient side				
6	Hand disinfected and clean non sterile gloves donned.				
7	The wound outer dressing is removed just immediately prior to dressing procedure and not earlier. It is disposed in biohazard bag.				
8	The gloves removed and hand disinfected with alcohol rub.				
9	The corner of the sterile inner dressing set opened immediately before dressing and sterile field formed.				
10	The antiseptic solution poured in the dressing set.				
11	Hand disinfected, and sterile gloves worn.				
12	The inner wound dressing removed with sterile forceps, and disposed in biohazard bag.				
13	Wound assessed for signs of infection.				
14	The wound cleaned and wiped using sterile forceps and cotton swab. (From the less contaminated area to the most contaminated area in one direction)				
15	The wound covered with sterile dressing, using another sterile forceps.				
16	Sterile field is maintained and non-touch technique maintained throughout the procedure.				
17	The forceps, soiled material and the protective equipment discarded in biohazard bag.				
18	All non-contaminated material and packing discarded in biohazard bag.				
19	The surface of the trolley disinfected.				
20	Hand washed and dried.				
Total					
Completed by: -----		Nurse in charge:-----			

IPC- 25	رقم السياسة:	الوقاية من عدوى الموضع الجراحي SSI	اسم السياسة:
Recommended Doses and Redosing Intervals for Commonly Used Antimicrobials for Surgical Prophylaxis			مرفق رقم: 7

Recommended Dose			Half-life in Adults With Normal Renal Function, hr ¹⁹	Recommended Redosing Interval (From Initiation of Preoperative Dose), hr
Antimicrobial	Adults	Pediatrics		
Cefazolin	2 g, 3 g for pts weighing ≥120 kg	30 mg/kg	1.2–2.2	4
Cefuroxime	1.5 g	50mg/kg	1-2	4
Clindamycin	600 mg	15 mg/kg	2-4	6
Gentamicin	2 mg/kg based on dosing weight (single dose) (Adjust the dose according To the creatinine level)	2.5 mg/kg based on dosing weight (Adjust the dose according To the creatinine level)	2-3	NA
Metronidazole	500 mg	15 mg/kg Neonates weighing <1200 g should receive a single 7.5 mg/kg dose	6-8	NA
Vancomycin	1g ,1.5g for pts weighing ≥120 kg	15 mg/kg	4-8	NA

Guideline of commonly Used Antimicrobials for Surgical Site Infection Prophylaxis

NB, antibiotics should not be used post operatively unless patient develop fever with sign of infection, evaluate and look source of infection take specimen and treat the infection.

- **Pre-existing infections at surgical site (known or suspected) – if present, use appropriate treatment regimen instead of prophylactic regimen for procedure. Doses should be scheduled to allow for re-dosing just prior to skin incision.**
- **Drug administration**
 - IV bolus – should be timed ≤ 60 minutes before skin incision (optimal 15-30 minutes).
Administration after skin incision or > 60 minutes before incision reduces effectiveness
 - IV infusion – should be commenced 30-60 minutes prior to skin incision (e.g. metronidazole). See below for vancomycin administration.
- **MRSA risk**
Defined as history of MRSA colonisation or infection, OR inpatient of high risk hospital or unit (where MRSA is endemic) for more than the last 5 days; add vancomycin (see vancomycin administration below).
- **Cefazolin administration**
Give cefazolin 2g (3g for patients >120 kg actual body weight) by IV infusion started 60 minutes before surgical incision and Repeat 3 hourly intra-operatively for prolonged procedures
- **Cefuroxime administration (used when cefazolin not available)**
Give cefuroxim 1.5 gm IV as a single dose 60 minutes before the skin incision (child: 50 mg/ kg IV as a single dose) and Repeat 3 hourly intra-operatively for prolonged procedures
- **Vancomycin administration**
- Give vancomycin 1g (1.5g for patients >80 kg actual body weight) by IV infusion started 30-120 minutes before surgical incision and given at a recommended rate of 1g per hour (1.5g over 90 minutes). Note: infusion can be completed after skin incision.
- **Clindamycin administration (used when vancomycin not available)**
- Give clindamycin 600mg (child: 15mg/kg up to 600mg) by IV infusion over at least 20 minutes just before procedure. Repeat 4 hourly intra-operatively for prolonged procedures.
- **Gentamicin administration**
- Dosing should be based on ideal body weight, provided ideal body weight is less than actual body weight.
- **Repeat doses**
- A single pre-operative dose is sufficient for most procedures; however, repeat intra-operative doses are advisable:
 - for prolonged surgery (> 4 hours from the time of the first pre-operative dose) when a short- acting agent is used (e.g. cefazolin); or
 - if major blood loss occurs, following fluid resuscitation.
- **Obese patients**
- Consider increased dose of cefazolin if patient is obese (>120 kg)

Recommended Doses and Redosing Intervals for Commonly Used Antimicrobials for Surgical Prophylaxis

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
1.1	Cardiac Surgery 1. Coronary Artery Bypass Surgery (CABG). 2. Routine Cardiac Valve Surgery 3. High Risk Cardiac Valve Surgery Trans-catheter Aortic Valve Implantation (TAVI)	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Gentamicin 2mg/kg IV (based on ideal body weight) in High Risk Cardiac Valve Surgery Trans-catheter Aortic Valve Implantation (TAVI) THEN (post-operative) Cefazolin 2g IV 8-hourly for a further 2 doses NB: Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. PLUS Gentamicin 2mg /kg IV (based on ideal body weight) THEN (post-operative) Vancomycin 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight) 12 hours after first dose . NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		<u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
1.2	Cardiology procedure 1. Permanent pacemaker/defibrillator insertion 2. Valvuloplasty, septal occlusion for high risk patients only (e.g. femoral catheter > 6hrs, prosthetic valves, past history of endocarditis, atrial septal defect closure device insertion)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. PLUS Gentamicin 2mg/kg IV (based on ideal body weight) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
	3. Routine angioplasty, stent insertion	Prophylaxis NOT recommended	
2	Neurosurgery Craniotomy procedures Trans-sphenoidal procedures	Cefazolin	Vancomycin

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
	Spinal procedures (laminectomy) CSF shunt / drain procedures External ventricular drain shunt	Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB: . -If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
2.1	Other minor clean procedures	Prophylaxis NOT recommended	
3.1	3.Endoscopic gastrointestinal procedure Percutaneous Endoscopic Gastrostomy/Jejunostomy (PEG/PEJ) insertion/revision	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm.	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		- A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD vancomycin 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight)	
3.2	Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) (For patients with a high risk of infection, e.g. known or suspected biliary obstruction, biliary sepsis, pancreatic pseudocyst) Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS consider adding Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision	Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg up to 500mg) PLUS Gentamicin 2mg/kg IV <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
3.3	All other procedures (with or without biopsy), e.g. > endoscopy > colonoscopy > sigmoidoscopy > sclerotherapy > oesophageal dilatation	Prophylaxis NOT recommended	
4 4.1	Gastrointestinal surgery Gastric / duodenal / oesophageal (bypass, resection, ulcer oversew, oesophagectomy etc) Biliary (incl. laparoscopic procedures)	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Metronidazole 500mg IV (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. PLUS Metronidazole 500mg IV (child: 12.5mg/kg up to 500mg) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
4.2	Colorectal (colon/small bowel resection, revision of anastomosis/stoma, appendectomy etc.) Pancreatic (Whipple's etc.) Liver resection Exploratory laparotomy/division of adhesions	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) PLUS Gentamicin 2mg/kg IV NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg up to 500mg) PLUS Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. PLUS Gentamicin 2mg/kg IV NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
4.3	Hernia repair with mesh insertion	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg).	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		<u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	<u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
4.4	Hernia repair	Prophylaxis NOT recommended when mesh is not inserted	
5 5.1	Otorhinolaryngology / Head & Neck Surgery No incision through mucosal (oral, nasal, pharyngeal, oesophageal) surface	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA : ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
5.2	With incision through mucosal (oral, nasal, pharyngeal, oesophageal) surface	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
5.3	Other uncomplicated or minor clean procedures (e.g. tonsillectomy, adenoidectomy, typanostomy, nasal septoplasty, endoscopic sinus surgery, uncontaminated neck dissection)	Prophylaxis NOT recommended	
6 6.1	Breast procedures / Endocrine procedures / Abdominal procedures (including Splenectomy) / Herniorrhaphy / Insertion of infusaport / Clean excision procedures Breast Clean contaminated procedures (microdochectomy, mastectomy, reconstruction (incl. implants), reduction, sentinel node biopsy, re-operative surgery <6wks prior.	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA infection:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
6.1.1	Uncomplicated clean procedures (wound revision, excision scar tissue, local excision, lumpectomy).	Prophylaxis NOT recommended	
6.2	Endocrine Thyroidectomy (or similar)	Prophylaxis NOT recommended	
6.3	Abdominal Procedures involving viscera (e.g. appendicectomy, division of adhesions, resection)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA :</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg), PLUS Gentamicin 2mg/kg IV High risk of MRSA infection: ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
6.3.1	Procedures not involving viscera (e.g. abdominoplasty)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA infection:</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
6.4	Splenectomy (Vaccination and post-splenectomy antibiotic prophylaxis required in all cases)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA infection:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
7	Orthopedic surgery 1. Spinal procedures 2. Hip fracture 3. Internal fixation 4. Total joint replacement 5. Lower limb amputation	1- Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision. NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hours, excessive bleeding, and extensive burns. THEN (post-operative) Cefazolin 2g IV 8-hourly for a further 2 doses(Max 3 doses irrespective of the presence of surgical drains) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA	1-Vancomycin Adult dose: 15mg /kg (not to exceed 2gm) as single dose, should be given 90 - 120 minut before the skin incision. Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
7.1		ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: If limb is ischaemic in (Lower limb amputation) ADD to above Metronidazole 500mg IV infusion (child < 12 years: 15mg/kg up to 500mg) , may be repeated after 12 hours	
7.2	Patients requiring revision / reoperation	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. AND (if cement is used) Vancomycin added to gentamicin bone cement ($\leq$ 5% w:w) (add vancomycin 500mg per 40g packet of bone cement) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
7.3		AND also (if cement is used) Vancomycin added to gentamicin bone cement ($\leq 5\%$ w:w) (add vancomycin 500mg per 40g packet of bone cement) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above)	
	Morcellised allografting at joint replacement	Add approximately 250mg vancomycin to bone cement for first femoral head equivalent, and 500mg for more than one head, and no more than 500mg to graft	
	Clean operation involving (Routine Orthopedic procedures) : 1. hand 2. knee 3. foot with no implantation of foreign material	Prophylaxis NOT recommended	
8	Plastic and Reconstructive Surgery Groin/axilla/neck dissections Open reduction and internal fixation of fractures Insertion of implants, mesh, prostheses, screws, plates etc.	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm.	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		- A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA infection : ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
8.1	Clean bone or soft tissue injury Hand surgery (without implants) Non-infected lesions & minor excisions	Prophylaxis NOT recommended	
9	Gynecologic and obstetric surgery • Caesarean section • Hysterectomy, laparotomy procedures, vaginal repair	Cefazolin Dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg.(NB: . -If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. .	Metronidazole + Gentamycin Metronidazole dose: 500 mg IV as single dose, should be given 60 minute before the skin incision. Gentamycin dose: 5 mg/kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision. Or (1.5 mg/kg every 8 hours)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
9.1		PLUS either (for vaginal hysterectomy) Metronidazole 500mg IV infusion NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above)	
9.2	Laparoscopy not Entering the Uterus and/or Vagina	Prophylaxis NOT recommended	
	Hysteroscopy		
	Missed or Incomplete Abortion		
	Intrauterine Device (IUD) Insertion		
	Endometrial Biopsy		
9.3	Urodynamic studies		
	Surgical Abortion	First trimester cases: Doxycycline: 100 mg PO one hour pre-procedure and 200 mg PO post-procedure. Second trimester cases: Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above.	

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
	Hysterosalpingography or Chromotubation	Doxycycline: 100 mg PO one hour pre-procedure and 200 mg PO post-procedure.	
10	Ophthalmology All procedures	Pre-operatively: Immediately prior to surgical incision, apply sterile povidone-iodine 5% swab to conjunctival cul de sac, lid margins and periorbital skin and dry at 2 minutes. In patients with a povidone iodine allergy, use a sterile product containing chlorhexidine acetate 0.05% for 5 minutes	
10.1	Extra-ocular procedures Clean procedures > conjunctival procedures > rectus / oblique muscle procedures > entropion / ectropion repair	There is no strong evidence that IV prophylactic antibiotics improve outcomes for clean extra-ocular procedures in otherwise healthy individuals. If required, use: Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA infection: REPLACE Cefazolin with clindamycin 600mg IV infusion	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision. NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
10.2	Extra-ocular procedures	No strong evidence for IV prophylaxis (as above). Chloramphenicol 0.5% eye drops four times a day post-operatively for 7 days	

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
	Procedures where infection may be present (e.g. Dacryocystorhinostomy)		
10.3	Intra-ocular procedures > phacoemulsification / lens implant > keratoplasty > trabeculectomy / tube implant > corneal graft	Cefazolin 1mg/0.1ml intracameral injection at the end of the procedure PLUS Chloramphenicol 0.5% eye drops four times a day post-operatively for one week OR, if chloramphenicol contraindicated then: tobramycin 0.3% eye drops four times a day post-operatively for one week	Intracameral Moxifloxacin 0.5% (available by SAS only) may be considered as an alternative to ceftazidime / cephalazolin . Intracameral vancomycin is not recommended due to the risk of haemorrhagic occlusive retinal vasculitis
10.4	Intra-ocular procedures Vitreous procedures > retinal detachment repair > scleral buckle > cryotherapy	Ceftazidime 2.25 mg/0.1 mL subconjunctival injection at the end of the procedure PLUS Chloramphenicol 0.5% eye drops four times a day post-operatively for one week OR if chloramphenicol contraindicated then: Tobramycin 0.3% eye drops four times a day post-operatively for one week	
11 11.1	Thoracic Surgery Pneumonectomy / Lobectomy	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision) THEN

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		THEN Cefazolin 2g IV (child: 30mg/kg up to 2g) 8hourly for 2 more doses commencing 4 hours after the initial dose <i>If anaerobic cover required (empyema or abscess) then</i> ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg), repeated 12 hourly for 2 more doses commencing 6 hours after initial dose NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA infection: ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight) 12 hourly for 2 more doses commencing 8 hours after the initial dose <i>If anaerobic cover required (empyema or abscess) then</i> ADD Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg), repeated 12 hourly for 2 more doses commencing 6 hours after initial dose NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
11.2	Decortication / Pleurectomy	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision If anaerobic cover required

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		- A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. If anaerobic cover required ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA infection:</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
11.3	Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) <u>High risk of MRSA infection:</u> ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
12 12.1	Urology Open/laparoscopic procedures when: > urinary tract entered > urinary tract not entered but: • patient is at risk of postoperative infection (e.g. urinary tract obstruction/ abnormalities); • prosthetic material is inserted; OR • bacteriuria cannot be excluded.	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Gentamicin 2mg/kg IV (adults and children) If risk of entry into bowel lumen then ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA :	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision PLUS Gentamicin 2mg/kg IV (adults and children) If risk of entry into bowel lumen then ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
12.2	Open/laparoscopic procedures when urinary tract not entered and urine is sterile (e.g. vasectomy, scrotal surgery, varicocele ligation)	Prophylaxis NOT recommended	
12.3	Open prostatectomy / Robotic prostatectomy	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. PLUS Gentamicin 2mg/kg IV If risk of entry into bowel lumen then ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above)	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision PLUS Gentamicin 2mg/kg IV If risk of entry into bowel lumen then ADD: Metronidazole 500mg IV infusion (child: 15mg/kg up to 500mg) NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		<u>High MRSA risk:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
12.4	Endoscopic procedures > removal of calculi > Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy only if high risk of infection > specific risk for postoperative infection	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) Known urinary MRSA colonisation: ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Gentamicin 2mg/kg IV (adults and children) <u>Known urinary MRSA colonisation:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
12.5	Removal of calculi Transurethral resection of prostate (TURP) Stent insertion Ureteroscopy/instrumentation of upper tract (incl. retrograde pyelogram)	Gentamicin 2mg/kg IV (adults and children) OR (if gentamicin contraindicated) Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) Known urinary <u>MRSA colonisation:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Gentamicin 2mg/kg IV (adults and children) <u>Known urinary MRSA colonisation:</u> ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
12.6	Transperineal prostatic biopsy	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm.	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		- A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High MRSA risk: ADD Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)
12.7	Transrectal prostatic biopsy	Ciprofloxacin 500mg PO as a single dose, 1-2 hours before procedure. Dose may be repeated 12 hours after the first dose if procedure delayed beyond 6 hours If there is a history of overseas travel (India, South East Asia, Southern Europe) in the last 6 months, the patient may be colonised with multi-resistant organisms. Contact ID/Clinical Microbiology for advice.	
13 13.1	Vascular Surgery Vascular reconstruction (e.g. abdominal aorta, graft/stent insertion, groin incision)	Cefazolin Adult dose: 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). Pediatric dose: 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. Repeated 8-hourly for 2 further doses postoperatively	Vancomycin adult dose 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision Pediatric dose: 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA : ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
13.2	Amputation of ischaemic limb	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision <u>NB. :</u> - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. Repeated 8-hourly for 2 further doses postoperatively PLUS Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg up to 500mg), repeated 12 hours after initial dose	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision PLUS Metronidazole 500mg IV infusion (child: 12.5mg/kg up to 500mg), repeated 12 hours after initial dose NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
		NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA : ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	
13.3	AVF revision or AVF with insertion of prosthetic material (e.g Dacron graft)	Cefazolin <u>Adult dose:</u> 2 gm IV as a single dose 60 minutes (on call) before the skin incision (patient Wt.< 120 kg). <u>Pediatric dose:</u> 30 mg/ kg IV as a single dose 60 minutes before the skin incision NB. : - If patient Wt. > 120 kg, increase dose to 3 gm. - A second dose (Re-dosing) given in case of duration of surgical procedures exceeding 3 hrs, excessive bleeding, and extensive burns. NB Cefuroxime (used if cefazolin is not available & doses mentioned above) High risk of MRSA : ADD Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision.	Vancomycin <u>adult dose</u> 1g IV infusion (1.5g for patients > 80kg actual body weight ,should be given 90 - 120 minute before the skin incision <u>Pediatric dose:</u> 15 mg/ kg IV as a single dose 90 - 120 minutes before the skin incision NB: Clindamycin (used if vancomycin is not available & doses mentioned above)

No.	Type of surgery	Prophylaxis	Alternative with beta lactam allergy
13.4	• Primary autogenous arteriovenous fistula (AVF) formation • All other clean procedures (e.g. thoracoscopic sympathectomy)	Prophylaxis NOT recommended	

IPC-26	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي (VAP)	اسم السياسة:
نظام مراقبة /ترصد الأنشطة/ الإلتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي			مرفق رقم: 1

Figure 1: Ventilator-Associated Events (VAE) Surveillance Algorithm

Patient has a baseline period of stability or improvement on the ventilator, defined by ≥ 2 calendar days of stable or decreasing daily minimum* FiO_2 or PEEP values. The baseline period is defined as the 2 calendar days immediately preceding the first day of increased daily minimum PEEP or FiO_2 .

*Daily minimum defined by lowest value of FiO_2 or PEEP during a calendar day that is maintained for > 1 hour.

After a period of stability or improvement on the ventilator, the patient has at least one of the following indicators of worsening oxygenation:

- 1) Increase in daily minimum* FiO_2 of ≥ 0.20 (20 points) over the daily minimum FiO_2 of the first day in the baseline period, sustained for ≥ 2 calendar days.
- 2) Increase in daily minimum* PEEP values of $\geq 3 \text{ cmH}_2\text{O}$ over the daily minimum PEEP of the first day in the baseline period†, sustained for ≥ 2 calendar days.

*Daily minimum defined by lowest value of FiO_2 or PEEP during a calendar day that is maintained for > 1 hour.

†Daily minimum PEEP values of 0-5 cmH_2O are considered equivalent for the purposes of VAE surveillance.

Ventilator-Associated Condition (VAC)

On or after calendar day 3 of mechanical ventilation and within 2 calendar days before or after the onset of worsening oxygenation, the patient meets both of the following criteria:

- 1) Temperature $> 38^\circ\text{C}$ or $< 36^\circ\text{C}$, **OR** white blood cell count $\geq 12,000 \text{ cells/mm}^3$ or $\leq 4,000 \text{ cells/mm}^3$.

AND

- 2) A new antimicrobial agent(s) (see Appendix for eligible antimicrobial agents) is started and is continued for ≥ 4 qualifying antimicrobial days (QAD).

Infection-related Ventilator-Associated Complication (IVAC)

On or after calendar day 3 of mechanical ventilation and within 2 calendar days before or after the onset of worsening oxygenation, **ONE** of the following criteria is met (**taking into account organism exclusions specified in the protocol**):

- 1) Criterion 1: Positive culture of one of the following specimens, meeting quantitative or semi-quantitative thresholds† as outlined in protocol, without requirement for purulent respiratory secretions:
 - Endotracheal aspirate, $\geq 10^5 \text{ CFU/ml}$ or corresponding semi-quantitative result
 - Bronchoalveolar lavage, $\geq 10^4 \text{ CFU/ml}$ or corresponding semi-quantitative result
 - Lung tissue, $\geq 10^4 \text{ CFU/g}$ or corresponding semi-quantitative result
 - Protected specimen brush, $\geq 10^3 \text{ CFU/ml}$ or corresponding semi-quantitative result
- 2) Criterion 2: Purulent respiratory secretions (defined as secretions from the lungs, bronchi, or trachea that contain ≥ 25 neutrophils and ≤ 10 squamous epithelial cells per low power field [lpf, $\times 100$])† **PLUS** organism identified from one of the following specimens (to include qualitative culture, or quantitative/semi-quantitative culture without sufficient growth to meet Criterion #1):
 - Sputum
 - Endotracheal aspirate
 - Bronchoalveolar lavage
 - Lung tissue
 - Protected specimen brush
- 3) Criterion 3: One of the following positive tests:
 - Organism identified from pleural fluid (where specimen was obtained during thoracentesis or initial placement of chest tube and NOT from an indwelling chest tube)
 - Lung histopathology, defined as: 1) abscess formation or foci of consolidation with intense neutrophil accumulation in bronchioles and alveoli; 2) evidence of lung parenchyma invasion by fungi (hyphae, pseudohyphae, or yeast forms); 3) evidence of infection with the viral pathogens listed below based on results of immunohistochemical assays, cytology, or microscopy performed on lung tissue
 - Diagnostic test for *Legionella* species
 - Diagnostic test on respiratory secretions for influenza virus, respiratory syncytial virus, adenovirus, parainfluenza virus, rhinovirus, human metapneumovirus, coronavirus

† If the laboratory reports semi-quantitative results, those results must correspond to the quantitative thresholds. Refer to Table 2 and 3.

Possible Ventilator-Associated Pneumonia (PVAP)

10-18



Reference: National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual, January 2021

IPC-26	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي (VAP)	اسم السياسة:
نظام مراقبة / ترصد الأنشطة / الإلتهابات المرتبطة بالتنفس الصناعي			مرفق رقم: 2
My 5 Moments for Hand Hygiene Focus on caring for a patient with an endotracheal tube Key additional considerations for adult patients with endotracheal tubes - Avoid intubation and use non-invasive ventilation whenever appropriate. - If possible, provide endotracheal tubes with subglottic secretion drainage ports for patients likely to require more than 48 hours of intubation. - Elevate the head of the bed to 30°–45°. - Manage ventilated patients without sedatives whenever possible. - Assess readiness for extubation every day by performing spontaneous breathing trials with sedatives turned off (in patients without contraindications). - Perform regular oral care aseptically using clean, non-sterile gloves. - Facilitate early exercise and mobilization to maintain and improve physical condition. - Change the ventilator circuit only if visibly soiled or malfunctioning.			
World Health Organization SAVE LIVES Clean Your Hands Clean Care is Safer Care 2005-2015			

IPC-27	رقم السياسة:	الأساليب المانعة للعدوى أثناء أخذ عينة سائل النخاع الشوكي (البزل القطني)	اسم السياسة:
طقم مستلزمات البزل القطني			مرفق رقم: 1
 Figure 1. Kit for collection of cerebrospinal fluid (CSF)			

IPC-28		رقم السياسة:		احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم		اسم السياسة:	
الوقاية بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب عن طريق الإصابة عن طريق الجلد						مرفق رقم: 1	
Exposure Type	HIV-positive, class 1*	HIV-positive, class 2*	Source of unknown HIV status†	Unknown source§	HIV-negative		
Less severe ¹	Recommended basic 2-drug PEP	Recommended expanded ≥3-drug PEP	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP** for source with HIV risk factors ^{††}	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP** in settings in which exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted		
More severe [§]	Recommended expanded 3-day PEP	Recommended expanded ≥3-drug PEP	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP** for source with HIV risk factors ^{††}	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP** in settings in which exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted		

*HIV-positive, class 1: asymptomatic HIV infection or known low viral load (e.g., <1,500 ribonucleic acid copies/mL). HIV-positive, class 2: symptomatic HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome, acute seroconversion, or known high viral load. If drug resistance is a concern, obtain expert consultation. Initiation of PEP should not be delayed pending expert consultation, and, because expert consultation alone cannot substitute for face-to-face counseling, resources should be available to provide immediate evaluation and follow-up care for all exposures.

† For example, deceased source person with no samples available for HIV testing.

§ For example, a needle from a sharps disposal container.

1 For example, solid needle or superficial injury.

** The recommendation "consider PEP" indicates that PEP is optional; a decision to initiate PEP should be based on a discussion between the exposed person and the treating clinician regarding the risks versus benefits of PEP.

†† If PEP is offered and administered and the source is later determined to be HIV-negative, PEP should be discontinued.

§§ For example, large-bone hollow needle, deep puncture, visible blood on device, or needle used in patient's artery or vein.

اسم السياسة:		احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم		رقم السياسة:	
مرفق رقم: 2		العلاج الوقائي الموصي به بعد التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب من التعرض للأغشية المخاطية والجلد غير السليم			
Exposure Type	HIV-positive, class 1 [†]	HIV-positive, class 2 [†]	Source of unknown HIV status [§]	Unknown source [¶]	HIV-negative
Small volume ^{**}	Consider basic 2-drug PEP ^{††}	Recommend basic 2-drug PEP	Generally, no PEP warranted ^{§§}	Generally, no PEP warranted	No PEP warranted
Large volume ^{¶1}	Recommend basic 2-drug PEP	Recommend expanded ≥3-drug PEP	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP ^{††} for source with HIV risk factors ^{§§}	Generally, no PEP warranted; however, consider basic 2-drug PEP ^{††} in settings in which exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted

* For skin exposures, follow-up is indicated only if evidence exists of compromised skin integrity (e.g., dermatitis, abrasion, or open wound).

† HIV-positive, class 1: asymptomatic HIV infection or known low viral load (e.g., <1,500 ribonucleic acid copies/mL). HIV-positive, class 2: symptomatic HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome, acute seroconversion, or known high viral load. If drug resistance is a concern, obtain expert consultation. Initiation of PEP should not be delayed pending expert consultation, and, because expert consultation alone cannot substitute for face-to-face counseling, resources should be available to provide immediate evaluation and follow-up care for all exposures.

§ For example, deceased source person with no samples available for HIV testing.

¶ For example, splash from inappropriately disposed blood.

** For example, a few drops.

†† The recommendation "consider PEP" indicates that PEP is optional; a decision to initiate PEP should be based on a discussion between the exposed person and the treating clinician regarding the risks versus benefits of PEP.

§§ If PEP is offered and administered and the source is later determined to be HIV-negative, PEP should be discontinued.

¶1 For example, a major blood splash.

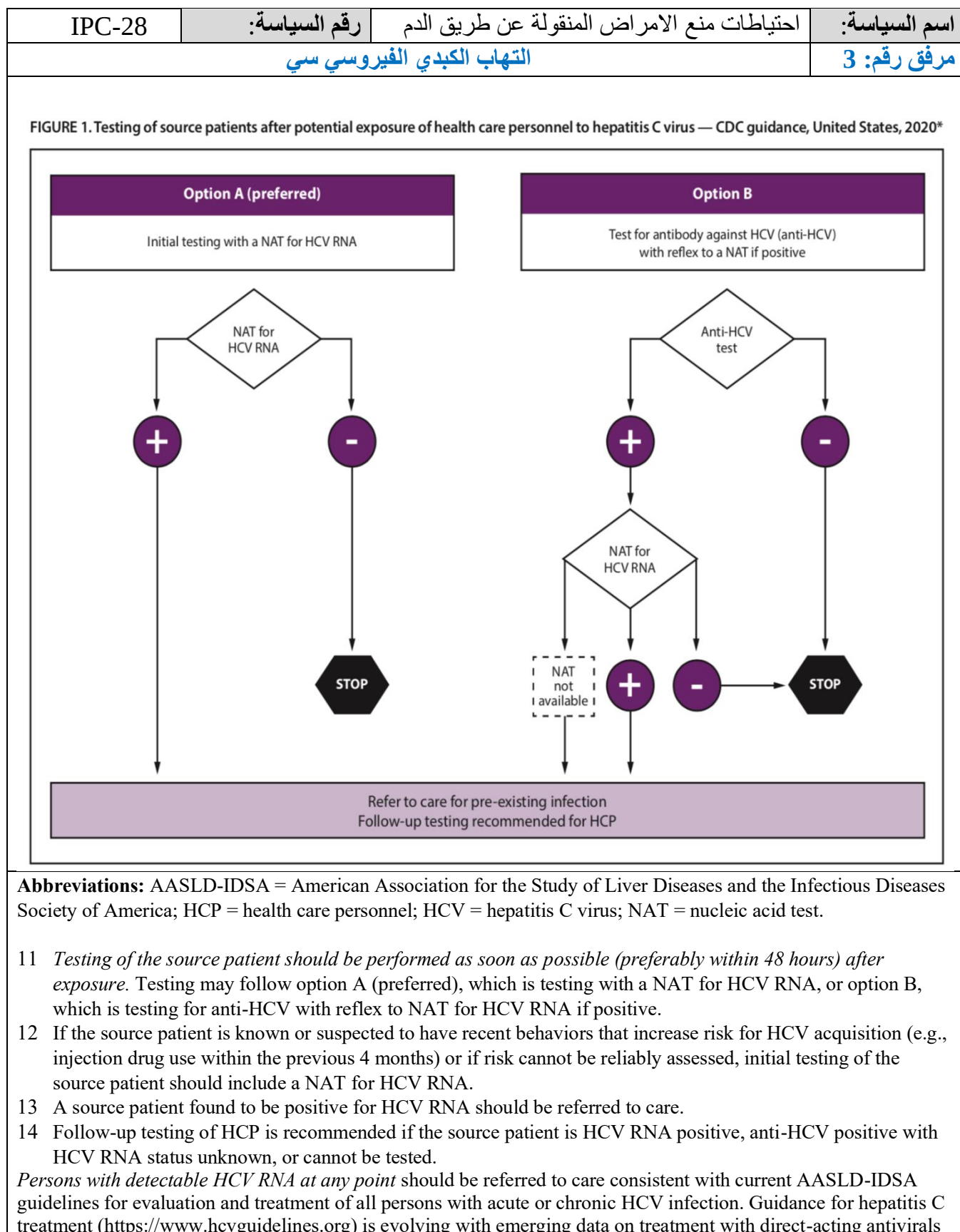
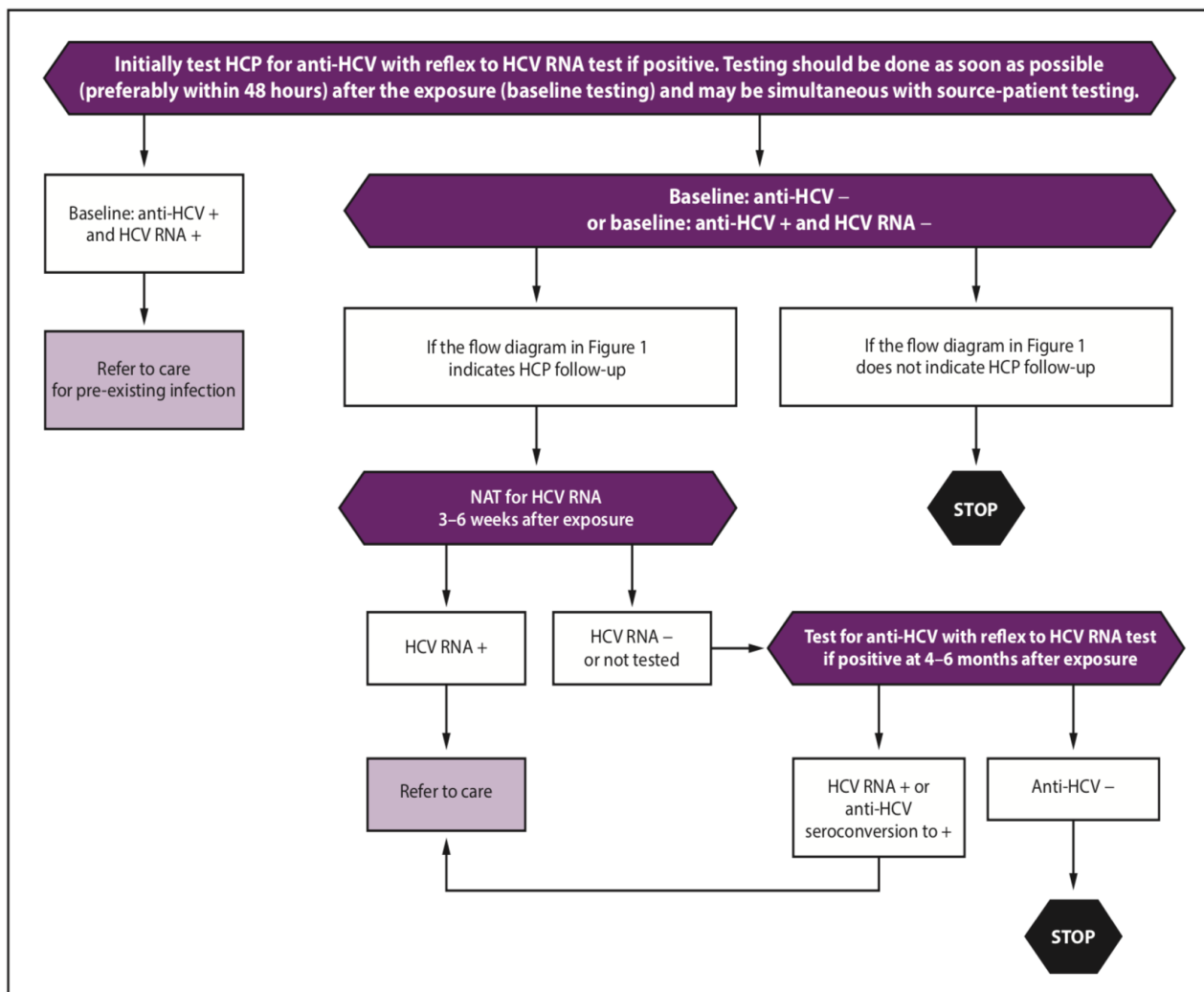


FIGURE 2. Testing of health care personnel after potential exposure to hepatitis C virus — CDC guidance, United States, 2020*



Abbreviations: AASLD-IDSA = American Association for the Study of Liver Diseases and the Infectious Diseases Society of America; HCP = health care personnel; HCV = hepatitis C virus; NAT = nucleic acid test.

- 15 Baseline testing of HCP for anti-HCV with reflex to a NAT for HCV RNA if positive should be done as soon as possible (preferably within 48 hours) after the exposure and may be simultaneous with source-patient testing.
- 16 If follow-up testing is recommended based on the source-patient's status, test for HCV RNA at 3–6 weeks postexposure. Testing for HCV RNA performed at 6 weeks postexposure has the advantage of coinciding with human immunodeficiency virus (HIV) postexposure testing schedules if HIV surveillance is recommended.
- 17 If HCV RNA is negative at 3–6 weeks postexposure, a final test for anti-HCV at 4–6 months postexposure is recommended due to the possibility of intermittent periods of aviremia in acute HCV infection.
- 18 If the HCP was anti-HCV positive and HCV RNA negative at baseline, testing at this time should be conducted for HCV RNA detection, as persons successfully treated for HCV infection will remain anti-HCV positive and HCV RNA negative unless reinfected.
- 19 Testing performed at 6 months postexposure has the advantage of coinciding with hepatitis B virus (HBV) postexposure testing schedules if HBV testing is recommended.
- 20 HCP with anti-HCV seroconversion and negative HCV RNA should be referred for further evaluation.
- 21 False-positive anti-HCV results are known to occur among low-risk populations.
- 22 Anti-HCV seroconversion occurs on average 8–11 weeks after exposure, although cases of delayed seroconversion have been documented among persons with immunosuppression such as in HIV infection.
- 23 For persons who had a negative anti-HCV result and are immunocompromised, testing for HCV RNA can be

considered.

- 24 Also, for persons with a positive anti-HCV and negative HCV RNA result, HCV RNA testing should be repeated if an additional potential HCV exposure occurred within the past 6 months, clinical evidence of HCV infection is present, or concerns exist about specimen integrity, including handling and storage conditions that might have compromised test results.
- 25 *Exposed persons who develop viral syndromes suggestive of acute HCV infection at any point* should be retested for HCV RNA.
- 26 *Persons with detectable HCV RNA at any point* should be referred to care consistent with current AASLD-IDSA guidelines for evaluation and treatment of all persons with acute or chronic HCV infection.
- 27 Those persons with acute infection should be treated on initial diagnosis without awaiting spontaneous resolution. Guidance for hepatitis C treatment (<https://www.hcvguidelines.org>) is evolving with emerging data on treatment with direct-acting antivirals.

IPC-28	اسم السياسة:	احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم	رقم السياسة:												
توصيات للوقاية بعد التعرض المهني لفيروس نقص المناعة المكتسب			مرفق رقم: 4												
PREFERRED HIV PEP REGIMEN Raltegravir (Isentress®; RAL) 400mg PO Twice Daily Plus Truvada™, 1 PO Once Daily [Tenofovir DF (Viread®; TDF) 300mg + emtricitabine (Emtriva™; FTC) 200mg]															
ALTERNATIVE REGIMENS (May combine one drug or drug pair from the left column with 1 pair of nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitors from the right column. Prescribers unfamiliar with these agents/regimens should consult physicians familiar with the agents and their toxicities.)*^ <table><tr><td>Raltegravir (Isentress®; RAL)</td><td>Tenofovir DF (Viread®; TDF) + emtricitabine (Emtriva™; FTC); available as Truvada™</td></tr><tr><td>Darunavir (Prezista®; DRV) + ritonavir (Norvir®; RTV)</td><td>Tenofovir DF (Viread®; TDF) + lamivudine (Epivir®; 3TC)</td></tr><tr><td>Etravirine (Intelence®; ETR)</td><td>Zidovudine (Retrovir™; ZDV; AZT) + lamivudine (Epivir®; 3TC); available as Combivir®</td></tr><tr><td>Rilpivirine (Edurant™; RPV)</td><td>Zidovudine (Retrovir®; ZDV; AZT) + emtricitabine (Emtriva™; FTC)</td></tr><tr><td>Atazanavir (Reyataz®; ATV) + ritonavir (Norvir®; RTV)</td><td></td></tr><tr><td>Lopinavir/ritonavir (Kaletra®; LPV/RTV)</td><td></td></tr></table> The following alternative is a complete fixed-dose combination regimen and no additional antiretrovirals are needed: Stribild™ (elvitegravir, cobicistat, tenofovir DF, emtricitabine)				Raltegravir (Isentress®; RAL)	Tenofovir DF (Viread®; TDF) + emtricitabine (Emtriva™; FTC); available as Truvada™	Darunavir (Prezista®; DRV) + ritonavir (Norvir®; RTV)	Tenofovir DF (Viread®; TDF) + lamivudine (Epivir®; 3TC)	Etravirine (Intelence®; ETR)	Zidovudine (Retrovir™; ZDV; AZT) + lamivudine (Epivir®; 3TC); available as Combivir®	Rilpivirine (Edurant™; RPV)	Zidovudine (Retrovir®; ZDV; AZT) + emtricitabine (Emtriva™; FTC)	Atazanavir (Reyataz®; ATV) + ritonavir (Norvir®; RTV)		Lopinavir/ritonavir (Kaletra®; LPV/RTV)	
Raltegravir (Isentress®; RAL)	Tenofovir DF (Viread®; TDF) + emtricitabine (Emtriva™; FTC); available as Truvada™														
Darunavir (Prezista®; DRV) + ritonavir (Norvir®; RTV)	Tenofovir DF (Viread®; TDF) + lamivudine (Epivir®; 3TC)														
Etravirine (Intelence®; ETR)	Zidovudine (Retrovir™; ZDV; AZT) + lamivudine (Epivir®; 3TC); available as Combivir®														
Rilpivirine (Edurant™; RPV)	Zidovudine (Retrovir®; ZDV; AZT) + emtricitabine (Emtriva™; FTC)														
Atazanavir (Reyataz®; ATV) + ritonavir (Norvir®; RTV)															
Lopinavir/ritonavir (Kaletra®; LPV/RTV)															
ALTERNATIVE ANTIRETROVIRAL AGENTS FOR USE AS PEP ONLY WITH EXPERT CONSULTATION^ Abacavir (Ziagen®; ABC) Efavirenz (Sustiva®; EFV) Enfuvirtide (Fuzeon™; T20) Fosamprenavir (Lexiva®; FOSAPV) Maraviroc (Selzentry®; MVC) Saquinavir (Invirase®; SQV) Stavudine (Zerit®; d4T)															
ANTIRETROVIRAL AGENTS GENERALLY NOT RECOMMENDED FOR USE AS PEP Didanosine (Videx EC®; ddI) Nelfinavir (Viracept®; NFV) Tipranavir (Aptivus®; TPV)															
ANTIRETROVIRAL AGENTS CONTRAINDICATED AS PEP Nevirapine (Viramune®; NVP)															

--- For consultation or assistance with HIV PEP, contact PEline at telephone 888-448-4911 or visit their website http://www.nccc.ucsf.edu/about_nccc/pepline/. DF, disoproxil fumarate; PO, per os.
*The alternatives regimens are listed in order of preference, however, other alternatives may be reasonable based upon patient and clinician preference.
^For Drug Dosing Information, see Appendix B

IPC-28	اسم السياسة:	احتياطات منع الامراض المنقولة عن طريق الدم	رقم السياسة:
	مرفق رقم: 5	متابعة موظفي الرعاية الصحية المعرضين لفيروس نقص المناعة المكتسب	
Follow-Up of Health-Care Personnel (HCP) Exposed to Known or Suspected Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Positive Sources <i>Counseling (At the time of exposure, and at follow-up appointments)</i> Exposed HCP should be advised to use precautions (e.g., use of barrier contraception, avoid blood or tissue donations, pregnancy, and if possible, breastfeeding) to prevent secondary transmission, especially during the first 6–12 weeks postexposure. <u>For exposures for which PEP is prescribed, HCP should be informed regarding:</u> possible drug toxicities (e.g. rash and hypersensitivity reactions which could imitate acute HIV seroconversion and the need for monitoring) possible drug interactions, and the need for adherence to PEP regimens. <i>Early Reevaluation after Exposure</i> Regardless of whether a healthcare provider is taking PEP, reevaluation of exposed HCP within 72 hours after exposure is strongly recommended, as additional information about the exposure or source person may be available <i>Follow-up Testing and Appointments</i> <u>Follow-up testing at a minimum should include:</u> HIV testing at baseline, 6 weeks, 12 weeks, and 6 months postexposure; Alternatively, if the clinician is certain that a 4th generation combination HIV p24 antigen-HIV antibody test is being utilized, then HIV testing could be performed at baseline, 6 weeks, and concluded at 4 months postexposure. Complete Blood counts, Renal and Hepatic Function Tests (At baseline and 2 weeks postexposure; further testing may be indicated if abnormalities were detected) HIV testing results should preferably be given to the exposed healthcare provider at face to face			

اسم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	رقم السياسة:	IPC-29
مرفق رقم: 1	طرق احتساب مؤشرات الأداء		

يتم حساب معدلات الإصابة لعدوى المستشفى بالطريقة التالية:

- معدل حدوث العدوى المصاحبة للرعاية الصحية*/1000 يوم إقامة للمرضى =
$$1000 \times \frac{\text{عدد حالات العدوى التي تمت الإصابة بها داخل المنشأة في فترة معينة}}{\text{العدد الكلي لأيام الإقامة خلال تلك الفترة}}$$

***أنواع الالتهابات: الالتهاب الرئوي، عدوى مجرى الدم، عدوى مجرى البول**
- معدل حدوث عدوى مرتبطة بتركيب جهاز*/1000 يوم تركيب جهاز =
$$1000 \times \frac{\text{عدد حالات العدوى التي تمت الإصابة بها داخل المنشأة عن طريق الأجهزة في فترة معينة}}{\text{العدد الكلي لأيام التي استخدمت فيها تلك الأجهزة خلال تلك الفترة}}$$

***الأجهزة مثل القسطر البولية، القسطر الوريدية، أجهزة التنفس الاصطناعي**
- معدل حدوث عدوى الموضع الجراحي =
$$100 \times \frac{\text{عدد حالات عدوى الموضع الجراحي خلال فترة زمنية محددة}}{\text{اجمالي عدد العمليات الجراحية التي تم إجراؤها خلال نفس الفترة الزمنية}}$$
- معدل حدوث عدوى تتسبب بها البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية/1000 يوم إقامة للمرضى =
$$1000 \times \frac{\text{عدد حالات العدوى التي تمت الإصابة بها داخل المنشأة عن طريق بكتيريا معينة في فترة معينة}}{\text{العدد الكلي لأيام الإقامة خلال تلك الفترة}}$$

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:	
DENOMINATOR DAYS FORM (Adult and Pediatrics)			مرفق رقم: 2	
STATE OF PALESTINE Ministry of Health				دولة فلسطين وزارة الصحة
Surveillance Month:		Location:		
Date	No. of Patients	No. of Patients on Central Line	No. of Patients on Urinary Catheters	No. of Patients on Ventilator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
TOTAL				
	Patient days	Central line Days	Urinary Catheter Days	Ventilator days

• Patients count at a fixed time daily.

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:												
DENOMINATOR DAYS FORM Neonates (NICU)			مرفق رقم: 3												
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		 دولة فلسطين وزارة الصحة													
Surveillance Month:		Location:													
Date	Birth Weight Categories														
	<750 gm			751-1000 gm			1001-1500 gm			1501-2500 gm			>2500 gm		
	PTS	CL	VENT	PTS	CL	VENT	PTS	CL	VENT	PTS	CL	VENT	PTS	CL	VENT
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															
21.															
22.															
23.															
24.															
25.															
26.															
27.															
28.															
29.															
30.															
31.															
Total															

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:
SURVEILLANCE FORM: Ventilator Associated Pneumonia Form			مرفق رقم: 4
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		دولة فلسطين وزارة الصحة	
			
Patient Information			
Facility ID:		Patient ID:	
Patient Name:		Gender: F ☐ M ☐ Age:	
Date of procedure:			
Diagnosis on admission:			
Date Admitted to Facility:		Location(Area/Unit):	
VAP (according to current CDC/NHSN Criteria's and Definition)			
Event Date (DD/MM/YYYY):		VAP signs and symptoms:	
1. Patient had a ventilator at the time of or removed within 2 calendar days before VAP diagnosis Yes ☐ No ☐ Age: ☐ Age ≤1 year ☐ Age 1 to ≤12 years ☐ Age > 12 to <70 years ☐ Age ≥ 70 years Is the patient immunocompromised? Yes ☐ No ☐ Does the patient has underlying pulmonary or cardiac disease? Yes ☐ No ☐ Apnea Are there 2 or more positive chest imaging test results obtained? Yes ☐ No ☐ Is there any of the following chest imaging test results? Yes ☐ No ☐ 2. There must be at least one of the following chest imaging test Results (or 2 if there is underlying disease) to continue: ☐ New or progressive and persistent infiltrate: ☐ Consolidation ☐ Cavitation ☐ Pneumatocoles (in ≤1 yr.) Date of Onset of First Signs and Symptoms (DD/MM/YYYY): VAP signs and symptoms: 1. Temperature ☐ Fever (>38.0°C) ☐ Hypothermia (<36.0°C) ☐ Temperature instability 2. WBC ☐ Leukopenia (≤4000 WBC/mm ³) ☐ Leukocytosis (For adults, >12,000 WBC/mm ³ , children less than 12 yr. >15,000 WBC/mm ³)		☐ Altered mental status (in ≥70 y.o.) with no other recognized Cause ☐ New onset of purulent sputum or change in character of sputum, or increased respiratory secretions, or increased suctioning requirements ☐ Cough (For adults, new onset or worsening) ☐ ☐ Dyspnea ☐ Tachypnea ☐ Rales or bronchial breath ☐ Wheezing, rales, or rhonchi ☐ Heart Rate: Bradycardia (<100 beats/min) Tachycardia (>170 beats/min) ☐ Nasal flaring with retraction of chest wall or nasal flaring with grunting ☐ Worsening gas exchange (e.g., O ₂ desaturations (e.g., PaO ₂ /FiO ₂ <240), increased oxygen requirements, or increased ventilator demand) ☐ Hemoptysis ☐ Pleuritic chest pain ☐ Other Clinical Features (Please specify):	
Laboratory Findings			
*Does the patient has any of the following Common Bacterial or Filamentous Fungal Pathogens Lab results ☐ Organism identified from blood ☐ Organism identified from pleural fluid ☐ Positive quantitative culture from minimally-contaminated LRT or protected specimen brushing) ≥5% BAL-obtained cells contain intracellular bacteria on direct microscopic exam (e.g., Gram's stain) Positive quantitative culture of lung tissue ☐ Positive quantitative culture of lung tissue ☐ Histopathologic exam shows at least one of the following evidences of pneumonia: (1) Abscess formation or foci of consolidation with intense PMN accumulation in bronchioles and alveoli, (2) Evidence of lung parenchyma invasion by fungal hyphae or Pseudo hyphae		*Does the patient has any of the following Viral, Legionella, and other Bacterial Pathogens Lab results? ☐ Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydia or Mycoplasma identified from specimen (e.g., BAL respiratory secretions or tissue by a culture or non-culture based microbiologic testing method which is performed for purposes of clinical diagnosis or treatment (e.g., Not Active Surveillance Culture/Testing (ASC/AST). ☐ Fourfold rise in paired sera (IgG) for pathogen (e.g., influenza viruses, Chlamydia) ☐ Fourfold rise in Legionella pneumophila serogroup 1 antibody titer to ≥1:128 in paired acute and convalescent sera by indirect IFA. ☐ Detection of L. pneumophila serogroup 1 antigens in urine by RIA or EIA	

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:										
Catheter Associated Urinary Tract Infection Form			مرفق رقم: 5										
STATE OF PALESTINE Ministry of Health			دولة فلسطين وزارة الصحة										
Patient Information													
Facility ID:		Patient ID:											
Patient Name:		Gender: F ☐ M ☐	Age:										
Date of procedure:		if NICU, birth weight: grams											
Diagnosis on Admission:													
Date Admitted to Facility:		Location (Area/Unit):											
CLABSI (according to current CDC/NHSN Criteria's and Definition)													
Event Date (DD/MM/YYYY): _____													
Patient had a CL at the time of or within 2 calendar days before BSI diagnosis? Yes ☐ No ☐		Lab Confirmed BSI criteria: ☐ Criterion-1 LCBI ☐ Criterion-2 LCBI ☐ Criterion-3 LCBI											
Laboratory ☐ Recognized pathogen from one or more blood culture ☐ Common commensal from > 2 blood cultures		Is the patient in NICU? Yes ☐ No ☐ In NICU, BSI was associated with ☐ Non-umbilical catheter ☐ Umbilical catheter Birth Wt. (Grams) Gestational age (Weeks).....											
Specify Signs and Symptoms:													
<table border="1"> <tr> <th>Any Patient</th> <th>Age ≤ 1 year</th> </tr> <tr> <td>☐ Fever</td> <td>☐ Fever</td> </tr> <tr> <td>☐ Chills</td> <td>☐ Hypothermia</td> </tr> <tr> <td>☐ Hypotension</td> <td>☐ Bradycardia</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Apnea</td> </tr> </table>	Any Patient	Age ≤ 1 year	☐ Fever	☐ Fever	☐ Chills	☐ Hypothermia	☐ Hypotension	☐ Bradycardia		☐ Apnea	☐ Other clinical features specify) _____		
Any Patient	Age ≤ 1 year												
☐ Fever	☐ Fever												
☐ Chills	☐ Hypothermia												
☐ Hypotension	☐ Bradycardia												
	☐ Apnea												
BSI Diagnosed after a Procedure? Yes ☐ No ☐													
Procedure Name													
Craniotomy	Limb amputation	Gallbladder surgery	Abdominal hysterectomy	Open reduction of fracture									
Cesarean section	Appendix surgery	Colon surgery	Knee prosthesis	Abdominal aortic aneurysm repair									
Spinal fusion	Shunt for dialysis	Heart transplant	Kidney transplant	Bile duct, liver or pancreatic surgery									
Gastric surgery	Breast surgery	Liver transplant	Neck surgery	Laminectomy									
Herniorrhaphy	Cardiac surgery	Carotid endarterectomy	Hip prosthesis										
Coronary artery bypass graft with both chest and donor site incisions		Coronary artery bypass graft with chest incision only											
Procedure Date: (DD/MM/YYYY): _____													
Hospitalization Death: Yes ☐ No ☐		Death Date:		BSI Contributed to Death: Yes ☐ No ☐									
Pathogens Identified: Yes ☐ No ☐		If YES, specify on next page											

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:
Catheter Associated Urinary Tract Infection Form			مرفق رقم: 6

STATE OF PALESTINE
Ministry of Health



دولة فلسطين
وزارة الصحة

Patient Information				
Facility ID:	Patient ID:			
Patient Name (4 names)	Gender: F ☐ M ☐ Age:			
Date of procedure:	if NICU, birth weight: grams			
<i>Diagnosis on admission</i>				
Date Admitted to Facility:	Location(Area/Unit):			
CAUTI (according to current CDC/NHSN Criteria's and Definition)				
Event Date (DD/MM/YYYY)----- Patient has a urine culture with no more than two species of organisms identified, at least one of which is a bacterium of $\geq 10^5$ identified Yes ☐ No ☐ Patient has an indwelling urinary catheter in place ☐ Yes, catheter in place for >2 days ☐ Yes, catheter in place but not for >2 days ☐ No Catheter Status (if catheter in place > 2 days): ☐ Catheter present for any portion of the calendar day on the SUTI 1a date of event SUTI 1b ☐ Catheter removed the day before the date of event ☐ Catheter was in place on the date of event or the previous day Date of Onset of First Signs and Symptoms (DD/MM/YYYY): _____ Specify Signs and Symptoms: ☐ Fever ☐ Apnea ☐ Urinary urgency ☐ Urinary Frequency ☐ Suprapubic tenderness ☐ Hypothermia (<36.0°C) ☐ Bradycardia ☐ Dysuria ☐ Vomiting ☐ Lethargy ☐ Costovertebral angle pain or tenderness ☐ No ☐ Other clinical features (please specify): _____ Age ≤ 1 year? Yes ☐ No ☐ Is the patient of any age (including ≤ 1 year) with fever (> 38.0°C) OR suprapubic tenderness OR costovertebral angle pain or tenderness OR urinary urgency OR urinary frequency OR dysuria ≤ 1 year of age with fever (> 38.0°C) OR suprapubic tenderness OR hypothermia (< 36.0°C) OR apnea OR bradycardia OR lethargy OR vomiting OR with no signs or symptoms Lab confirmed UTI criteria: ☐ ☐ ☐ SUTI 2(CAUTI) ☐ SUTI 2(Non-CAUTI) Patient (without signs and symptoms) has a positive blood culture with at least one matching bacteria to the urine culture? ☐ ABUTI (catheter related) ☐ ABUTI (Non catheter related) UTI Diagnosed after a Procedure: Yes ☐				
Procedure Name				
Craniotomy	Limb amputation	Gallbladder surgery	Abdominal hysterectomy	Open reduction of fracture
Cesarean section	Appendix surgery	Colon surgery	Knee prosthesis	Abdominal aortic aneurysm repair
Spinal fusion	Shunt for dialysis	Heart transplant	Kidney transplant	Bile duct, liver or pancreatic surgery
Gastric surgery	Breast surgery	Liver transplant	Neck surgery	Laminectomy
Herniorrhaphy	Cardiac surgery	Carotid endarterectomy	Hip prosthesis	
Coronary artery bypass graft with both chest and donor site incisions		Coronary artery bypass graft with chest incision only		
Procedure Date: (DD/MM/YYYY): _____		Development of Secondary BSI: Yes ☐ No ☐		
Hospitalization Death: Yes ☐ No ☐		Death Date: _____		CAUTI Contributed to Death: Yes ☐ No ☐
Pathogens identified: Yes ☐ No ☐		If YES, specify in the next page		

IPC-29	رقم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	اسم السياسة:
SURVEILLANCE FORM Surgical Site Infection Bundles and Event Form			مرفق رقم: 7
STATE OF PALESTINE Ministry of Health		 دولة فلسطين وزارة الصحة	
Patient Information			
Facility ID:		Patient ID:	
Patient Name (4 names)		Gender: F ☐ M ☐ Age:	
Diagnosis on Admission			
Date Admitted to Facility:		Location(Area/Unit):	
Pre operation			
Pre-procedure diagnosis:		Out-patient procedure: yes ☐ no ☐ Emergency: yes ☐ no ☐	
Surgical Procedure:		Date of procedure:	
Operative Surgeon Code:		Height:	Weight:
If Caesarian section, duration of labor in minutes:			
Bundle Variables			
1. Appropriate Hair Removal	Was hair at the incisional site clipped? Yes ☐ No ☐ NA ☐		
2. Appropriate Use of prophylactic Antibiotics	Yes ☐ No ☐ NA ☐ (one answer from a-c)		
	a. Antibiotic(s) was given within one (1) hour before surgical incision and (2) hour for vancomycin		
	b. Prophylactic antibiotic(s) is (are) consistent with the recently updated national guidelines for surgical prophylaxis		
	c. Discontinuation of prophylactic antibiotic(s) within 24 hours after surgery ends (48 hours for cardiac patients)		
	Antibiotic/s name:	Unit:	Route:
3. Postoperative Temperature is normal (37.1-36.1°C) for colorectal surgery	Yes ☐ No ☐ NA ☐ Core temperature: _____		
4. Maintenance of Postoperative Glucose Control (for diabetic patients and cardiac surgery)	Serum glucose levels below 11.11 mmol/L (200 mg/dL), collected at least once on the first two post-operative Yes ☐ No ☐ NA ☐ Serum glucose day (1), at 6 AM Unit _____ Serum glucose day (2), at 6 AM Unit _____		
Operative Procedure			
Multiple Procedures:	Yes ☐ No ☐ Unknown In case of multiple procedures, specify _____		
Laparoscope/Endoscope Used:	Yes ☐ No ☐ Closure Technique: Primary ☐ Other than Primary ☐ Trauma: Yes ☐ No ☐		
Wound Class:	1- Clean 2- Clean Contaminated 3- Contaminated 4- Dirty or Infected		
General Anesthesia:	Yes ☐ No ☐ * Actual Procedure Duration (min): _____		
ASA Score: (Do NOT report procedures with an ASA physical status of 6)			
1. A normally healthy patient 2. A patient with a mild systemic disease 3. A patient with a severe systemic disease			
4. A patient with a severe systemic disease that is constant threat to life			
5. A moribund patient who is not expected to survive without the operation			
SSI Event			
SSI Event Detected:	Yes ☐ No ☐ In case of event, SSI Event Date: DD/MM/YYYY _____		
Detected period: A (During admission) RF (Readmission to facility where procedure performed) RO (Readmission to facility other than where procedure was performed) P (Post discharge surveillance)			
Infection present at the time of surgery (PATOS):	Yes ☐ No ☐		
Specify Criteria Used (circle all that apply)			
Signs and symptoms: Fever/Pain/Swelling/Heat/redness/Wound dehiscence/Vomiting/Cough/abscess/Apnea/others			
Other evidence of infection found on invasive procedure, gross anatomic exam, or histopathologic exam			

Laboratory: Organism(s) identified / Culture or non-culture based testing not performed / Organism(s) identified from blood specimen/ Organism(s) identified from ≥ 2 per prosthetic specimens Other positive laboratory Imaging test evidence of infection			
Clinical Diagnosis: Physician diagnosis of this event type / Physician institutes appropriate antimicrobial therapy			
SSI Category: Specific Event		☐ Superficial Incisional Primary (SIP)	☐ Superficial Incisional Secondary (SIS)
☐ Deep Incisional Primary (DIP)	☐ Deep Incisional Secondary (DIS)	☐ Organ/Space	
Post-Procedure BSI/ BSI Secondary to Surgery: Yes ☐ No ☐		Hospitalization Death: Yes ☐ No ☐	
Death Date: (SSI Contributed to Death) Yes ☐ No ☐		Pathogens Identified: Yes ☐ No ☐ If YES, specify in the next page	

اسم السياسة:	ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	رقم السياسة: IPC-29
مرفق رقم: 8	طرق احتساب مؤشرات الأداء	
• عدوى المواضع الجراحية ○ يجب إبلاغ مسؤول مكافحة العدوى بموعد غيار الجرح بالقسم للتواجد اثناء الغيار ○ يجب تنظيف الجرح بمحلول ملحي ○ يجب اخذ العينة من أعرق جزء للجرح مع اخذ مزرعة دم في حال ايجابية المسحة. • عدوى مجرى الدم: ○ في حال دخول حالة جديدة للحضانة مشتبه اكلينيكيًا بوجود تسمم دموي لديها، يتم أخذ عينة دم لها وإرسالها للمختبر وتكوين النتيجة بسجل المريض والتبليغ عنها ○ في حال ظهور علامات تسمم دموي لدى حالة مقيمة بالقسم يتم عمل الخطوة السابقة اضافة الى أخذ عينة لطرف الكانيولا وأخذ عينة من المحلول الموصول بالمريض وإرسال العينات للمختبر مع إبلاغ مسؤول مكافحة العدوى وتكوين النتيجة بسجل المريض والمختبر والتبليغ عن النتيجة للجهة المعنية. ○ في حالة ظهور أعراض تسمم دموي لدى المرضى الكبار يتم أخذ عيني دم من أماكن مختلفة للتأكيد وإرسالها للمختبر • التهاب كانيولا طرفية: ○ يجب أخذ عينة من الدم والمحلول المعلق للمريض وإرسالها للمختبر ومن ثم تدوين النتيجة وإبلاغ الجهة المعنية للتدخل المناسب. • عدوى الجهاز البولي المصاحب لقسطرة البول: ○ يتم أخذ عينة بول عند نهاية القسطرة حال اتصالها بكيس بول دون الحاجة لقطع الدائرة البولية مع تطهير مكان سحب العينة بشاشة معقمة بالكحول باتجاه واحد وإرسالها للمختبر ومن ثم تدوين النتيجة وإبلاغ الجهة المعنية للتدخل المناسب. • عدوى الجهاز التنفسي المصاحب لجهاز التنفس الصناعي أو عدوى الجهاز التنفس: ○ يتم عمل مزرعة للأنبوبة الحنجرية إذا أتيح ذلك مع استخدام مشرط معقم جديد ○ يتم عمل أشعة للصدر للتأكيد أو مزرعة بصاق ثم تدوين النتيجة بسجل الملف.		

اسم السياسة:	الإبلاغ عن الأمراض المعدية	رقم السياسة:	IPC-30
مرفق رقم: 1	communicable disease notification form		

إخبارية مرض ساري

اسم المريض:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ تاريخ الميلاد: / /

رقم الهوية: رقم الهاتف:

المحافظة: مكان السكن:

المهنة: اسم المدرسة إن كان طالباً:

تشخيص المرض:

الفحوصات المخبرية:

.....

تاريخ ابتداء المرض: / /

اسم الطبيب المعالج:

اسم المستشفى:

ملاحظات أخرى:

.....

التاريخ: / / اسم الطبيب المبلغ وتوقيعه:

يجب التبليغ عن جميع الأمراض السارية والمعدية أسبوعياً

أما الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها فوراً فهي:

1- Acute Flaccid Paralysis (AFP)	8- Meningitis.
2- Poliomyelitis.	9- Hemorrhagic fever.
3- AIDS/ HIV.	10- Plague.
4- Cholera.	11- Rabies.
5- Diphtheria.	12- Tetanus (Neonatal, Adult).
6- Food Poisoning.	13- Yellow Fever
7- Measles.	

وفي حالة الاشتباه بوجود أو تشخيص وباء في المنطقة يبلغ عنه فوراً

اسم السياسة:	الابلاغ عن الامراض المعدية		رقم السياسة:	IPC-30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
مرفق رقم: 2	نموذج تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من عيادة																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من عيادة _____ في الفترة من _____ إلى _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
يُعبأ بواسطة الطبيب المعالج ويرسل أسبوعياً إلى قسم الوبائيات أو أحد وحداته																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Disease/Date</th> <th>SAT</th> <th>SUN</th> <th>MON</th> <th>TUS</th> <th>WED</th> <th>THU</th> <th>FRI</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="9">Group A Diseases</td> </tr> <tr> <td>AFP /Acute Poliomyelitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIDs/HIV</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cholera</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diphtheria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Measles</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meningitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rabies</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tetanus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AEFI**</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="9">(Plague, Yellow Fever, Dengue Fever, Ebola Fever, Typhus Fever)</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Group B</td> </tr> <tr> <td>Brucellosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis B</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leprosy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leishmaniasis Skin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visceral</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Malaria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mumps</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubella</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>STD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Typhoid Fever</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Whooping Cough</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Group C</td> </tr> <tr> <td>Chicken pox</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conjunctivitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diarrhea Watery 0-3 years</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>>3 years</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diarrhea Bloody</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Influenzae</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pneumonia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Disease/Date	SAT	SUN	MON	TUS	WED	THU	FRI	TOTAL	Group A Diseases									AFP /Acute Poliomyelitis									AIDs/HIV									Cholera									Diphtheria									Measles									Meningitis									Rabies									Tetanus									AEFI**									(Plague, Yellow Fever, Dengue Fever, Ebola Fever, Typhus Fever)									Group B									Brucellosis									Hepatitis A									Hepatitis B									Hepatitis C									Leprosy									Leishmaniasis Skin									Visceral									Malaria									Mumps									Rubella									STD									Tuberculosis									Typhoid Fever									Whooping Cough									Group C									Chicken pox									Conjunctivitis									Diarrhea Watery 0-3 years									>3 years									Diarrhea Bloody									Influenzae									Pneumonia								
Disease/Date	SAT	SUN	MON	TUS	WED	THU	FRI	TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Group A Diseases																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
AFP /Acute Poliomyelitis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
AIDs/HIV																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Cholera																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Diphtheria																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Measles																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Meningitis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Rabies																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Tetanus																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
AEFI**																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
(Plague, Yellow Fever, Dengue Fever, Ebola Fever, Typhus Fever)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Group B																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Brucellosis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis B																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Leprosy																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Leishmaniasis Skin																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Visceral																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Malaria																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Mumps																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Rubella																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
STD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Tuberculosis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Typhoid Fever																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Whooping Cough																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Group C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Chicken pox																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Conjunctivitis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Diarrhea Watery 0-3 years																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
>3 years																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Diarrhea Bloody																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Influenzae																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Pneumonia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
عند الاشتباه بزيادة غير عادية بعدد الحالات المسجلة من أي مرض معدي أو تشخيص مرض لم يسبق تسجيله يتم إبلاغ قسم الوبائيات أو واحد وحداته مجموعة A يبلغ عنها يومياً بالهاتف ويعبأ نموذج مرض معدي ويرسل إلى قسم الوبائيات بأسرع وقت ممكن مجموعة B يسجل بياناتها الشخصية حسب الجدول المبين خلفه. * يعبأ نموذج إخبارية مرض معدي. مجموعة C يسجل عدد الحالات.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

اسم السياسة:	الإبلاغ عن الأمراض المعدية						رقم السياسة: IPC-30	
مرفق رقم: 3	تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من مستشفى							
تقرير أسبوعي عن الأمراض المعدية من مستشفى في الفترة من إلى								
يعبأ بواسطة الأرشيف الطبي تحت إشراف إدارة المستشفى ويرسل أسبوعياً إلى قسم الوبائيات أو أحد وحداته								
Disease/Date	SAT	SUN	MON	TUS	WED	THU	FRI	TOTAL
Group A Diseases								
AFP								
Acute Poliomyelitis								
AIDs/HIV								
Cholera								
Diphtheria								
Food Poisoning								
Measles								
Meningitis Meningococcal								
H. Influenzae								
Rubella								
Tetanus								
Vaccine Adverse Events								
في حالة الاشتباه بوجود أو (Dengue fever- Ebola fever -Plague -Relapsing Fever-Typhus Fever-Yellow fever) تشخيص أحد هذه الأمراض يجب التبليغ فوراً								
Group B								
Brucellosis *								
Chemical Poisoning								
Hepatitis A								
Hepatitis B								
Hepatitis C								
Leprosy								
Leishmaniasis Skin								
Visceral								
Malaria *								
Meningitis Bacterial								
Non specific								
Rubella *								
Salmonellosis								
Septicemia								
Shigellosis								
STD *								
Tuberculosis *Pulmonary								
Extra Pulmonary								
Typhoid Fever *								
Whooping Cough *								
Chicken pox								
Group C								
Conjunctivitis								
Diarrhea Watery 0-3 years								
>3 years								
Diarrhea Bloody								
Influenzae								
Pneumonia								
Trachoma								
عند الاشتباه بزيادة غير عادية بعدد الحالات المسجلة من أي مرض معدي أو تشخيص مرض لم يسبق تسجيله يتم إبلاغ قسم الوبائيات أو واحد وحداته								

اسم السياسة:	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-31
مرفق رقم: 1	خطوات التعامل مع حالة التفشي		
الخطوات	الإجراءات	المسؤوليات والأدوار	
تحديد وتأكيد وجود تفشي	- مراجعة تقارير الترصد، سجلات المرضى وسجلات النتائج المخبرية وتحديد الآتي: - التحقق من التشخيص عن طريق: ✓ الوصف المبدئي للحالة. ✓ تحديد مصدر العدوى وطريقة الانتشار والميكروب المسببة للتفشي. - تأكيد وجود تفشي عن طريق: ✓ استخدام تعريف الحالة لتشخيص حالات أخرى. ✓ في حال ملاحظة زيادة في معدلات التفشي وذلك بالاعتماد على التقارير المعدة يجب استكمال الخطوات ادناه.	مسؤول مكافحة العدوى أو شخص مدرب على التعامل مع التفشي	
إبلاغ الجهات المعنية بشأن التفشي	- إعلام المعنيين: ○ لجنة مكافحة العدوى. ○ مدير المنشأة الصحية. ○ وحدة السلامة ومكافحة العدوى / دائرة الطب الوقائي. ○ قسم الميكروبيولوجي. ○ الأقسام المعنية.	مسؤول مكافحة العدوى	
مراجعة الأبحاث والدراسات السابقة	القيام بمراجعة الأبحاث والدراسات السابقة لزيادة المعرفة حول التفشي وتحديد مصادر أخرى محتملة والتي قد تحتاج للمزيد من البحث والتقصي.	وحدة السلامة ومكافحة العدوى دائرة الطب الوقائي لجنة مكافحة العدوى	
تأكيد تعريف الحالة	تحديد معايير مخصصة لتعريف الحالة المرضية، بحيث يكون تعريف الحالة بسيط وموضوعي لتسهيل عملية التشخيص وشاملاً ليشمل أغلبية الحالات.	وحدة السلامة ومكافحة العدوى دائرة الطب الوقائي	
طرق البحث عن الحالات	- تحديد مصادر أخرى لاكتشاف حالات إضافية من خلال: ○ مراجعة سجلات النتائج المخبرية للمساهمة في تأكيد تعريف الحالة واكتشاف حالات جديدة. ○ مراجعة سجلات الترصد وتقارير لجنة مكافحة العدوى في حال كان التفشي يشمل على: ✓ عدوى مصاحب للرعاية الصحية. ✓ حدثاً ضاراً. ✓ بكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية.	لجنة مكافحة العدوى قسم الميكروبيولوجي الأقسام الطبية	
تجهيز قائمة الأولويات	- مراجعة مصادر المعلومات المختلفة وتشمل: ○ السجلات الطبية. ○ تتبع حركة المريض (الدخول، الخروج، التنقل والتحويل). ○ مقابلات مع العاملين. - رسم المنحنى الوبائي للمساهمة في تحديد طرق انتقال العدوى.	مسؤول مكافحة العدوى أو شخص مدرب على التعامل مع التفشي	
مراقبة ومراجعة أنشطة رعاية المرضى	- ملاحظة ومتابعة الإجراءات للمساهمة في تحديد الحالات. - يلزم إجراء مراقبة دقيقة لأنشطة البناء والترميم. - ملاحظة إجراءات الرعاية الصحية المتعلقة بالمرضى. - مراجعة السياسات والإجراءات المتبعة داخل المنشأة الصحية ومدى الالتزام بتطبيقها.	مسؤول مكافحة العدوى أو شخص مدرب على التعامل مع التفشي	

عمل مسحات بيئية	● التوصيات: ○ عمل مسحات بيئية حسب قائمة الأولويات وبعد ملاحظة ومتابعة أنشطة الرعاية الصحية والذي يساهم في تحديد مصدر العدوى. ○ التنسيق مع قسم الميكروبيولوجي والاتفاق معه على طرق أخذ المسحات. ○ أخذ مسحات من الأسطح والأدوات المحتمل أن تكون مصدر لانتشار العدوى (مثال: في حال تفشي Pseudomonas - أخذ العينات من السوائل).	مسؤول مكافحة العدوى أو شخص مدرب على التعامل مع التفشي. قسم الميكروبيولوجي
تطبيق معايير التحكم الأساسية	● تطبيق الاحتياطات القياسية (راجع سياسة رقم...) ● وإجراءات مكافحة العدوى المرتبطة بطريقة الانتقال (راجع سياسة رقم...،...،...). ● تعزيز ثقافة الالتزام بمعايير مكافحة العدوى. ● إعداد خطة عمل لضمان الالتزام بالإجراءات.	جميع العاملين بالمنشأة مسؤول مكافحة العدوى لجنة مكافحة العدوى
متابعة خطوات عملية التحقيق (Investigation)	● مراجعة تعريف الحالة. ● مواصلة اكتشاف الحالات ورصدها. ● مراجعة معايير التحكم بانتظام. ● عمل دراسة تحليلية.	لجنة مكافحة العدوى وحدة السلامة ومكافحة العدوى دائرة الطب الوقائي
التواصل أثناء وبعد التفشي	● اعداد ونشر التقارير النهائية ويشمل على جميع النتائج والتوصيات. ● يجب مشاركة التقارير مع جميع الأشخاص المعنيين بالأمر	مسؤول مكافحة العدوى أو شخص مدرب على التعامل مع التفشي لجنة مكافحة العدوى
نشاطات أخرى	● إنشاء لجنة مخصصة لإدارة التفشي	مسؤول مكافحة العدوى رؤساء الأقسام المعنيين وآخرين حسب الاحتياج
	● تقديم المشورة لإدارة المنشأة الصحية	مسؤول مكافحة العدوى
	● إبلاغ وتقييم المخالطين للمريض لمنع التفشي	الطبيب المعالج مسؤول مكافحة العدوى قسم الطب الوقائي بالمنطقة
	● توجيه العاملين المخالطين لعيادة الموظفين للكشف والتقييم	مسؤول مكافحة العدوى رؤساء الأقسام طبيب الموظفين
	● فصل أماكن المصابين عن الغير مصابين ● تخصيص أماكن للحالات المصابة يستند على عدد الحالات وطبيعة الإصابة والاحتياج للدخول	مدير المنشأة الصحية مسؤول مكافحة العدوى رؤساء الأقسام المعنيين

اسم السياسة:	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية		رقم السياسة:	IPC-31
مرفق رقم: 2	نموذج التبليغ عن التفشي رقم (1)			
المحافظة:	اسم المنشأة:		القسم:	
المعلومات الشخصية				
اسم المريض:	رقم الهوية:	رقم الجوال:		
الجنس:	العمر:	العنوان:		
تعريف الحالة:				
تاريخ بداية الأعراض				
الأعراض				
التدخلات العلاجية				
عدد الحالات الإيجابية				
التشخيص المبدئي				
إعداد/	التاريخ:	التوقيع		
مسئول مكافحة العدوى				

اسم السياسة:		التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية										رقم السياسة:		IPC-31
مرفق رقم: 3		كشف المعلومات الشخصية للحالات نموذج رقم (2)												
المحافظة:		اسم المنشأة:					القسم:							
#	اسم المريض	رقم الغرفة	رقم الملف	العمر	الجنس	التشخيص عند الدخول	تاريخ الدخول	نوع العينة	تاريخ النتيجة	الميكروب	مكان الإصابة	المضادات الحيوية	المخرجات	
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
المخرجات = 1 مازال بالقسم = 2 خروج = 3 وفاة		إعداد/ مسئول مكافحة العدوى:					التاريخ: / /							

اسم السياسة:		التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية										رقم السياسة:		IPC-31	
مرفق رقم: 4		كشف المعلومات الشخصية للحالات نموذج رقم (3)													
المحافظة:		اسم المنشأة:					القسم:								
#	اسم المريض	الإجراء الجراحي	رقم غرفة العمليات	مدة العملية الجراحية	اسم الطبيب الجراح	اسم طبيب التخدير	تاريخ تركيب القسطر الوريدي	تاريخ تركيب القسطرة البولية	تاريخ تركيب انبوب الصدر	تاريخ تركيب الانبوب الرغامي	تاريخ تركيب الأدوات التعويضية	تناول الكرتوزون	المضادات الحيوية	العلاجات الوريدية	التاريخ المرضي
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
العوامل المرضية 1 = فشل كلوي 2 = أورام 3 = داء السكري 4 = أمراض قلب إعداد/ مسئول مكافحة العدوى: التاريخ: / /															

اسم السياسة:	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية		رقم السياسة:	IPC-31
مرفق رقم: 5	التقرير النهائي لحالة التفشي نموذج رقم (4)			
المحافظة:	اسم المنشأة:	القسم:		
المعلومات الديموغرافية:				
تاريخ بداية التفشي				
مجموع الحالات				
مدة التفشي				
الميكروبات المسببة				
مصدر العدوى				
طريقة الانتقال				
عدد الحالات المشتبه بها				
عدد الحالات المؤكدة				
عدد الحالات المشتبه بها من العاملين				
عدد الحالات المؤكدة من العاملين				
أنواع العينات والنتائج:				
أنواع المسحات البيئية والنتائج:				
اجتماعات الفريق والوثائق:				
التواصل:				
معايير التحكم المتخذة للسيطرة على التفشي:				
مخرجات التفشي:				
التوصيات لمنع تكرار التفشي:				
الخلاصة:				
إعداد/مسؤول مكافحة العدوى	التاريخ:	التوقيع		
نسخة لكلاً من:	مدير المنشأة	وحدة السلامة ومكافحة العدوى		

IPC-31		رقم السياسة:	التعامل مع حالات التفشي في المنشأة الصحية		اسم السياسة:
نهج التحقيق ببعض الكائنات الحية					مرفق رقم: 6
Table 1 Approach to investigation of common organisms					
Organism Type of Infections Associated with Outbreaks	Process	Common Reservoirs	Potential Sources and/or Sites Associated with Outbreaks	Method of Detection	Comments
<i>Acinetobacter</i> spp Wounds, bloodstream, and respiratory tract	I/C	Wounds, respiratory tract and GU, PR area, skin	Instrumentation, burns, trauma, surgery, respiratory equipment, gloves, parenteral nutrition, water	P = microbiologic clinical (micro) cultures E = surface swabs and culture of potentially implicated items	Intensive care units, patients returning from war zones Immunocompromised population; post-COVID- 19 Contaminates the environment extensively and is difficult to eradicate
Adenovirus Epidemic keratoconjunctivitis; disseminated infection, cystitis	I	Oral pharyngeal secretions, urinary tract	Equipment (tonometers) and health care workers	P = viral cultures, PCR E = not known to be useful	Ophthalmology patients, NICU patients, immunocompromised patients
<i>Aspergillus</i> spp Bloodstream, lower respiratory tract	I/C	Air, dust, mold	Building demolition, renovation or construction sites, ventilation systems, dust- generating activities	P = microcultures E = air sampling, surface samples	Often pathogenic in immunocompromised populations, and premature infants Can see increases after floods, severe weather events, such as hurricanes
<i>Burkholdaria cepacia</i> Bloodstream, respiratory tract	I/C	Oropharynx, skin	Water and soil, contaminated solutions and skin disinfectants, contaminated equipment	P = microcultures, stool E = cultures of potentially implicated items	Disinfectants (especially those containing iodine), water, solutions; common organism in patients with cystic fibrosis, chronic lung disease, and compromised immune systems

Table 1 (continued)					
Organism Type of Infections Associated with Outbreaks	Process	Common Reservoirs	Potential Sources and/or Sites Associated with Outbreaks	Method of Detection	Comments
<i>Candida</i> spp Bloodstream, wounds	I	Skin (intertriginous areas)	Hands, oncholysis, devices	P = microcultures E = cultures of hands and nail beds and environmental surfaces	Immunocompromised population at increased risk <i>Candida auris</i> is an emerging species that contaminates the environment and associated with ICU and nursing homes and in patients who have COVID-19 infections
<i>Campylobacter fetus</i> GI tract	I/C	GI	Food	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items/ personnel	NICU patients at risk
Coronavirus (SARS-CoV-1; SARS-CoV-2 and MERS-CoV) Respiratory tract	I/prolonged shedding	Respiratory tract	Unrecognized patients or infected individuals; aerosol-generating procedures	PCR and antigen primary diagnostic tool E = air samples and surface samples in research settings	Nosocomial transmission described with inadequate personal protective equipment in health care personnel; unrecognized patients, inadequate ventilation, and lack of cohorting

<i>Enterobacter species</i> (some now renamed as <i>Klebsiella</i> , such as <i>aerogenes</i>) Urinary tract, bloodstream Infection, respiratory tract infections, catheter-associated UTI and colonization	I/C	PR, bloodstream, wounds	Contaminated IV fluids, TPN Hands/dermatitis	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	ICU, reuse of calibrated pressure transducers, can be resistant to β -lactam and carbapenem antimicrobials and emerge in settings with extensive antimicrobial use
<i>Enterococcus faecalis</i> and <i>faecium</i> including vancomycin-resistant strains Asymptomatic bacteriuria, catheter-associated UTI, catheter-associated bloodstream infections, surgical site infections, and rarely neonatal sepsis	I/C	GU, PR, GI, and urinary tracts, wounds	Surgical and transplant patients/neonates	P = stool, PR vaginal cultures; hand cultures E = used for vancomycin-resistant strains, primarily surface samples	Vancomycin-resistant strains do contaminate the environment and hands of health care personnel Environmental cultures are not used for susceptible strains
<i>Escherichia coli</i> Epidemic diarrhea, wounds and surgical incisions, urinary tract, bloodstream, neonatal sepsis or meningitis	I/C	GI tract, skin, urinary tract, wounds	Equipment or fluids contaminated with organisms from lower GI tract, contaminated fluids especially in lower income settings	P = microcultures, stool E = cultures of potentially implicated items	Common normal flora of the GI tract Can develop resistance to β -lactam antimicrobials and carbapenems Common cause of infection in neonates

Table 1 (continued)					
Organism Type of Infections Associated with Outbreaks	Process	Common Reservoirs	Potential Sources and/or Sites Associated with Outbreaks	Method of Detection	Comments
<i>E coli</i> O157:H7 and other hemorrhagic species Diarrhea and hemorrhagic colitis	I	GI tract of animals	Contaminated water, and foods (meat, salads)	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Hemolytic uremic syndrome and thrombotic thrombocytopenic purpura are sequelae, high mortality among elderly and extremely young, cross-contamination described
Hepatitis A Hepatobiliary tract	I	Liver, stool, blood	Hands/foods, transfusion	P = microcultures E = not known to be useful, cultures of potentially implicated personnel	Generally foodborne and associated with inadequately prepared food but cross-contamination described
Hepatitis B Hepatobiliary tract	I (chronic)	Liver, blood, and sterile body fluids	Blood and secretions, transfusions, improperly cleaned equipment, poor infection control practices	P = serology E = not known to be useful, cultures of potentially implicated personnel	Patients with diabetes, on dialysis, patients in psychiatric units with cross-contamination when devices are shared and contaminated with blood
Hepatitis C Hepatobiliary tract	I (chronic)	Liver, blood, and sterile body fluids	Blood and secretions, transfusions, improperly cleaned equipment, multidose vials, poor infection-control practices	P = serology E = not known to be useful although recently integrated into an outbreak investigation, cultures of potentially implicated personnel	Patients on dialysis, patients in psychiatric units, homeless individuals or those with substance use with cross-contamination when devices are shared and contaminated with blood

Herpes virus infection Skin, pneumonia, mucosal surfaces	I/C	Skin, saliva, respiratory secretions	Patients and health care workers	P = microcultures E = not known to be useful	Outbreaks reported when patients shed via respiratory secretions or other bodily fluids or with lesions in health care workers
HIV Bloodstream and lymphocytes	I	Blood and sterile body fluids	Blood and secretions, transfusions, improperly cleaned equipment and reused needles	P = serology E = not known to be useful	Patients with substance use disorders, multiple sexual partners, and other high-risk behaviors Cross-contamination reported when devices are shared and contaminated with blood
Influenza A and B Respiratory tract	I/prolonged shedding	Respiratory tract	Unrecognized patients or infected individuals; aerosol-generating procedures; nursing homes and NICU important settings	PCR and antigen primary diagnostic tool E = rarely used	Nosocomial transmission described with inadequate personal protective equipment in health care personnel; unrecognized patients, inadequate ventilation, and lack of cohorting
<i>Klebsiella aerogenes</i> Urinary tract, pneumonia, bloodstream infections	I/C	PR, respiratory secretions, wounds, skin, blood, and urine	Urinary catheters, ventilators, IV catheters	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Pathogen in patients in the ICU and with immunosuppression including burn units Can be resistant to extended β -lactamases and carbapenemase Cross-contamination described

Table 1
(continued)

Organism	Type of Infections Associated with Outbreaks	Process	Common Reservoirs	Potential Sources and/or Sites Associated with Outbreaks	Method of Detection	Comments
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Urinary tract, pneumonia, bloodstream, and neonatal infections	I/C	PR, respiratory secretions, urine, wounds, skin, blood	Urinary catheters, hand lotions, contaminated fluids, ventilators, eczema Foodborne outbreaks recently reported	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Pathogen in patients in the ICU and with immunosuppression including burn units and neonatal ICUs Can be resistant to extended β -lactamases and carbapenem antimicrobials Cross-contamination described Rarely contaminates the environment
<i>Legionella pneumophila</i> and other species Pneumonia		I	Water	Potable water, air conditioning units, cooling towers, ice machines, construction	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items/personnel	Can be associated with intense media scrutiny; 1 health care-associated case should trigger an investigation
<i>Listeria monocytogenes</i> Bloodstream and central nervous system infections		I	Food	Contaminated foods	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Immunocompromised and mother-infant pairs at highest risk
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> Respiratory		I	Respiratory tract and larynx, can disseminate	Airborne, improperly cleaned respiratory equipment (bronchoscopes)	P = culture and PCR E = not known to be useful, cultures of potentially implicated personnel	Health care transmission suggests poor infection control measures including inadequate ventilation and inadequate respiratory protection

Nontuberculous <i>Mycobacteria</i> (<i>Mycobacterium</i> <i>avium</i> , <i>M. gordonae</i> , <i>M. chimaera</i>) Respiratory, skin, bloodstream	I/C	Respiratory tract, skin, wounds	Contaminated potable and hospital water and water systems, ice and ice machines, improperly cleaned and sterilized equipment	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Associated with pseudo- outbreaks but recently reported in hospital water systems and contaminated heating cooling devices in cardiac surgery Improperly cleaned dialyzers and other equipment/devices, contaminated ice machines and contaminated water
<i>Pseudomonas</i> <i>aeruginosa</i> Burns, wounds, urinary and respiratory tracts	I/C	GI tract	Ventilators, whirlpools, sitz baths, solutions (mouthwash), any other water sources	P = microcultures, stool E = cultures of potentially implicated items	Primarily seen in immunocompromised patients and in burn unit patients and can be normal flora
<i>Rastonia pickettii</i> Bloodstream	I	Skin, oropharynx, blood	Water including sterile, skin disinfectants, incubator water baths	P = microcultures, stool, E = cultures of potentially implicated items	Deliberate contamination of sterile fluids has been reported Neonates and immunocompromised hosts
Respiratory syncytial virus Respiratory	I with prolonged shedding	Upper and lower respiratory tract	Unrecognized infected individuals; aerosol- generating procedures, environmental contamination	PCR and antigen primary diagnostic tool E = air samples and surface samples in research settings	Nosocomial transmission described with inadequate personal protective equipment in health care personnel; unrecognized patients, and lack of cohorting

Table 1
(continued)

Organism Type of Infections Associated with Outbreaks	Process	Common Reservoirs	Potential Sources and/or Sites Associated with Outbreaks	Method of Detection	Comments
<i>Salmonella species</i> GI infections, bloodstream	I/C	GI and biliary tracts	Contaminated food, dairy, eggs/poultry, contaminated blood products	P = stool, blood cultures E = not known to be useful	Not normal flora, cross- contamination reported
<i>Serratia marcescens</i> Urinary and respiratory tracts, bloodstream	I/C	GI and GU tracts	Solutions, inhalation therapy equipment, disinfectants, plasma, EDTA collection tubes, air conditioning vents, improperly cleaned equipment, chlorhexidine	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Cross-contamination well described, reuse of calibrated pressure transducers
<i>Staphylococcus</i> <i>aureus</i> including methicillin-resistant Surgical site, bloodstream, respiratory tract, and skin infection and/or colonization	I/C	Anterior nares, skin, throat and nasopharynx, and PR	Nasal/skin carriage in health care workers Increased nurse to patient ratios, gaps in infection prevention practices	P = microcultures and PCR E = hand and anterior nares cultures; rarely environmental cultures are indicated including settle plates if looking for a cloud spreader	25% of individuals are <i>S</i> <i>aureus</i> nasal carriers Can result from either point source (usually a carrier) or from poor infection prevention practices Human carriers can shed from skin or respiratory tract Increased shedding associated with skin diseases and respiratory tract infections Decolonization is used if carrier identified

<i>Staphylococcus</i> spp (coagulase negative) Blood	I/C	Human skin	IV fluids, contaminated hands of health care workers, implanted devices	P = microcultures E = not known to be useful	Pathogenic in immunocompromised hosts and premature infants Commonly a bloodstream contaminant
<i>Streptococcus</i> <i>pyogenes</i> (Group A streptococcus) Deep wounds or intra-abdominal abscess, bloodstream infections	I/C	Upper respiratory tract, perianal area (rectum and vagina)	Carriage among health care workers	P = wound, stool cultures E = settle plates	Not commonly normal flora Threshold for a health care-associated investigation especially with surgical site infection: 1 case Can be associated with a human carrier (respiratory tract, GU tract)
Varicella zoster virus Disseminated or localized infection	I (local or disseminated)	Respiratory secretions and skin lesions	Poor ventilation, inadequate use of transmission-based precautions	P = viral cultures, PCR or serology E = not known to be useful	Children and immunocompromised patients at risk and unvaccinated exposed can develop disease
<i>Yersinia enterocolitica</i> Bloodstream, GI tract	I	Gastrointestinal tract	Foodborne and packed red blood cells	P = microcultures E = cultures of potentially implicated items	Foodborne illness associated with poor food preparation

Abbreviations: C, colonization; E, environmental source; GI, gastrointestinal; GU, genitourinary tract; HIV, human immunodeficiency virus; I, infection; ICU, intensive care unit; IV, intravenous; NICU, neonatal intensive care unit; P, patients; PCR, polymerase chain reaction; PR, perirectal; UTI, urinary tract infection.

IPC-33	رقم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	اسم السياسة:
علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice			مرفق رقم: 1
Primary regimens	Topical agents kill adult lice but not the eggs hence retreatment in 7-10 days is necessary to kill newly hatched lice prior to laying eggs. Regardless of topical treatment, remove nits with nit comb initially and repeat in 7-10 days <u>Pyrethrins and permethrin</u> • <u>Pyrethrins combined with piperonyl butoxide:</u> Pyrethrins are naturally occurring pyrethroid extracts from the chrysanthemum flower. Pyrethrins are safe and effective when used as directed. Pyrethrins can only kill live lice, not unhatched eggs (nits). A second treatment is recommended 9 to 10 days after the first treatment to kill any newly hatched lice before they can produce new eggs. Pyrethrins generally should not be used by persons who are allergic to chrysanthemums or ragweed. Pyrethrin is approved for use on children 2 years of age and older. The efficacy of pyrethrins may be reduced because of development of resistance, but the prevalence of resistance has not been well studied and is unknown. • <u>Permethrin lotion, 1%:</u> Permethrin is a synthetic pyrethroid similar to naturally occurring pyrethrins. Permethrin lotion 1% is approved by the FDA for the treatment of head lice. Permethrin is safe and effective when used as directed. Permethrin kills live lice but not unhatched eggs. Permethrin may continue to kill newly hatched lice for several days after treatment. A second treatment often is necessary on day 9 to kill any newly hatched lice before they can produce new eggs. Permethrin is approved for use on children 2 months of age and older. Resistance to 1% permethrin has been reported, but its prevalence is unknown. • <u>For both of the pyrethrins:</u> Apply to dry hair for 10 minutes, shampoo, repeat in 7-10 days. A failure to respond may indicate drug resistance. • Pyrethrins are inexpensive		
	<u>Alternatives to pyrethrins:</u> <u>Malathion 0.5% lotion</u> • Malathion is pediculicidal (kills live lice) and partially ovicidal (kills some lice eggs). • Apply to scalp 8-12 hours before rinsing • A second treatment is recommended if live lice still are present 7–9 days after treatment. • Malathion is intended for use on persons 6 years of age and older.		

	• Malathion can be irritating to the skin. • Malathion lotion is flammable and malodorous yet more efficacious than permethrin. <u>Spinosad 0.9% topical suspension</u> • It is derived from soil bacteria. • It kills live lice as well as unhatched eggs, retreatment is usually not needed. • Apply to affected area of dry hair for 10 minutes and then wash off, repeat in 7 days if needed. • Nit combing is not required. • Spinosad topical suspension is approved for the treatment of children 6 months of age and older. • It is safe and effective when used as directed. • Repeat treatment should be given only if live (crawling) lice are seen 7 days after the first treatment. <u>Benzyl alcohol lotion, 5%</u> • Considered safe and effective when used as directed. • It kills lice but it is not ovicidal. • Applied to dry hair for 10 minutes and then rinse off, repeat in 7 days. • A second treatment is needed 7 days after the first treatment to kill any newly hatched lice before they can produce new eggs. • Benzyl alcohol lotion is intended for use on persons who are 6 months of age and older and its safety in persons aged more 60 years has not been established. • It can be irritating to the skin. <u>Ivermectin lotion, 0.5%</u> • Approved for treatment of head lice in persons 6 months of age and older. • It is not ovicidal, but appears to prevent nymphs (newly hatched lice) from surviving. • Apply to dry hair and scalp for 10 minutes then rinse. • It is effective in most patients when given as a single application on dry hair without nit combing. • Expensive. <u>Oral Ivermectin:</u> • 200-400 micrograms/kg; repeated in 8 days if head lice persist. • No resistance reported • It should not be used in children weighing less than 15 kg or in pregnant women. <u>Oral TMP-SMX:</u> • 10 mg/kg/day po in 2 divided doses for 10 days • Combined with topical permethrin • It kills vitamin B-producing bacteria in gut of louse.
Alternative regimens	• Manual removal: only for very young children wherein drugs are not indicated. Use special NIT combs • Dimethicone gel (1-3 gel treatment) plus combing

اسم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	رقم السياسة:	IPC-33	
علاج قمل الرأس Treatment of Head Lice			مرفق رقم: 2	
Pharmacologic Treatments for Head Lice				
Treatment	Ovicidal?	Mechanism of action	Directions (per package inserts)	Effectiveness
Benzyl alcohol 5% lotion (Ulesfia); prescription	No	Suffocation	Apply to dry hair, leave on for 10 minutes then rinse; repeat in seven days	75% to 76% of patients are lice free at 14 days ¹¹
Dimethicone solution (Nix Ultra, Lice MD); OTC	No	Suffocation	Spray all over dry hair, and massage until wet; let it sit for 30 minutes, then comb into hair; leave on overnight; wash out, and use a lice comb; repeat in eight to 10 days	70% to 96% of patients are lice free at 14 days (study of dimethicone 100%) ^{12,13}
Isopropyl myristate (Resultz); OTC†	No	Exoskeleton dissolution	Apply to dry hair and scalp, leave on for 10 minutes then rinse with warm water; repeat in eight to 10 days	54% to 82% of patients are lice free at 14 to 21 days ¹²
Ivermectin 0.5% lotion (Sklice); prescription	Not directly, but lice hatched from treated eggs die within 48 hours	Neurotoxic to lice ⁴	Apply to dry hair and scalp, leave on for 10 minutes then rinse; one application is sufficient	74% of patients are lice free at 15 days ¹⁴
Ivermectin, oral (Stromectol); prescription‡	Partial	Neurotoxic to lice	200 mcg per kg, two doses seven to 10 days apart ⁸	92% to 97% of patients are lice free at 14 to 15 days after two doses ¹⁵
Malathion 0.5% lotion (Ovide); prescription	Partial	Neurotoxic to lice	Apply to dry hair until hair and scalp are wet, allow to dry naturally, shampoo eight to 12 hours later, rinse and use a lice comb; repeat after seven to nine days only if live lice are still present	80% of patients are lice free at 14 days ¹⁶
Permethrin 1% shampoo (Nix); OTC	No	Neurotoxic to lice	Apply to damp hair, leave on for 10 minutes then rinse; repeat in seven days	50% to 97% of patients are lice free at 14 days ^{1,8,17}
Pyrethrins 0.3%/ piperonyl butoxide 4% shampoo or mousse (Rid); OTC	No	Neurotoxic to lice	Apply to dry hair, leave on for 10 minutes then rinse; repeat in seven days	62% to 94% of patients are lice free (unclear time frame) ¹
Spinosad 0.9% suspension (Natroba); prescription	Yes	Neurotoxic to lice	Apply to dry hair, leave on for 10 minutes then rinse; repeat in seven days only if live lice are present	68% to 87% of patients are lice free at 14 days ¹⁶

اسم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	رقم السياسة:	IPC-33
مرفق رقم: 3	Treatment of Body Lice علاج قمل الجسم		
First-line	Permethrin 5% cream should be applied to all areas of the body from the neck down, remain on the skin for 6-8 hours,		
Second-line	Oral ivermectin: 12 mg given as 3 doses 7 days apart (day 0, 7, and 14)		

اسم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	رقم السياسة:	IPC-33
مرفق رقم: 4	Treatment of Pubic Lice علاج قمل العانة		
First-line	- Permethrin 1% lotion or pyrethrins 0.3%/piperonyl butoxide 4% applied to pubic and perianal skin, thighs, trunk and axillae. Wash off after 10 minutes. Evaluate for retreatment after 7 days. If the patient is unlikely to return, advise empiric retreatment. - Whether topical or oral therapy, remove visible nits (eggs) with fine-toothed nit comb or tweezers. - Pediculosis ciliaris (eyelash infestation): Ophthalmic-grade petrolatum applied to lid margins (2-4 times a day for 10 days). After 8-10 days, mechanically remove lice and nits. If normal removal fails, use ivermectin 200 mcg per kg one week apart.		
Second-line	- Malathion 0.5% lotion applied to pubic and perianal skin, thighs, trunk and axillae. Wait 8-12 hours before washing off. It is malodorous. - Oral ivermectin (200 mcg per kg, two doses 14 days apart). Do not use ivermectin during pregnancy or for children weighing < 15 kg. Topical ivermectin is also efficacious.		

اسم السياسة:	التعامل مع حالات القمل والجرب	رقم السياسة:	IPC-33
مرفق رقم: 5	Treatment of Scabies علاج الجرب		
First-line	Permethrin 5% cream should be applied to all areas of the body from the neck down, remain on the skin for eight to 14 hours or over-night, washed off, and reapplied in one week.		
Second-line	Oral ivermectin (200 mcg per kg, two doses 14 days apart) if treatment with topical permethrin is unsuccessful.		

IPC-34	رقم السياسة:	تطعيم العاملين في المنشآت الصحية	اسم السياسة:	
تطعيمات الروتينية للعاملين في الرعاية الصحية			مرفق رقم: 1	
Generic name	Dose, route and schedule	Indications	Major precautions and contraindications	Special considerations
Hepatitis B recombinant vaccine	1. Give IM 2. Give 3-dose series (1 st dose immediately, 2 nd dose in 1 month, 3 rd dose 5 months after 2 nd dose) 3. Obtain anti-HBs serological testing 1-2 months after 3 rd dose	HCWs at risk of exposure to blood and body fluids with no previous evidence of immunity documented.	<u>Precautions:</u> Moderate or severe acute illness, with or without fever <u>History of</u> anaphylactic reaction to common baker's yeast <u>Contraindication:</u> Severe allergic reaction after a previous dose or to any vaccine component. Not contraindicated in pregnancy and may be administered to a pregnant woman who is eligible for it.	HCWs who have ongoing contact with blood and body fluids should be tested 1-2 months after completing the vaccination series to determine serologic response.
Influenza vaccine	One dose of trivalent influenza vaccine (TIV) annually.	All HCWs	<u>Precautions:</u> Moderate or severe acute illness, with or without fever. <u>History of</u> Guillain-Barre Syndrome 6 weeks after previous influenza vaccination. <u>Contraindication</u> Severe allergic reaction to previous dose or any vaccine component (e.g., egg)	No evidence of maternal or fetal risk when vaccine was given to pregnant women with underlying conditions that render them at high risk for serious influenza complications.

MMR vaccine	1. Give SC 2. Give 2 doses of MMR, 4 weeks apart.	For HCWs who have no serological evidence of immunity or prior vaccination HCWs should have a documentation of 2 doses of MMR.	<u>Contraindication:</u> Pregnancy, immunocompromised state* (including HIV-infected persons with severe immunosuppression). <u>History of</u> thrombocytopenic purpura. Recent immunoglobulin administration. Moderate or severe current illness with or without fever <u>History of</u> allergy or anaphylactic reaction to gelatin or neomycin. <u>Pregnancy:</u> Females should avoid getting pregnant for a minimum of 1 month after each shot.	1. MMR is the vaccine of choice if recipients are also likely to be susceptible to rubella and/or mumps 2. Persons vaccinated between 1963 and 1967 with a killed measles vaccine alone, killed vaccine followed by live vaccine, or a vaccine of unknown type should be revaccinated with 2 doses of the live measles vaccine.
--------------------	--	--	---	--

Generic name	Primary booster dose schedule	Indications	Major precautions and contraindications	Special considerations
Quadrivalent Meningococcal conjugate vaccine tetravalent (A,C,Y,W) for HCWs ages 19-54 years Quadrivalent meningococcal polysaccharide vaccine for HCW age ≥55 years	One dose in a volume specified by the manufacturer.	HCWs performing or participating in Hajj Clinical and research microbiologist routinely exposed to isolates of <i>Neisseria Meningitidis</i>	<u>Precautions:</u> Moderate or severe acute illness, with or without fever. <u>History of</u> Guillian-Barre syndrome (if not high risk for meningococcal disease)	The safety of the vaccine has not been evaluated among women. It should not be administered during pregnancy unless risk for infection is high.
Tetanus, diphtheria (Td)	Td booster every 10 years following the completion of primary 3-dose series given IM during childhood.	All HCWs	Allergy or anaphylactic reaction to gelatin and neomycin or to any of the vaccine components following a prior dose	

Tetanus-Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap)	One-time dose of Tdap to all HCWs younger than 65 years of age. After receipt of Tdap, give Td booster every 10 years	All HCWs regardless of age.	<u>History of</u> hypersensitivity to the vaccine or its components. <u>History of</u> Encephalopathy or Guillain-Barre Syndrome (GBS) less than 6 weeks after previous dose of tetanus containing toxoid. <u>Precautions:</u> Moderate or severe acute illness, with or without fever. The safety of the vaccine in pregnant women has not been determined.	
--	---	------------------------------------	--	--

اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
مرفق رقم: 1	تصنيف مناطق العمل حسب الخطورة		
المنطقة	امثلة	طريقة التنظيف	تكرار التنظيف
قليلة الخطورة	صالات الانتظار والأماكن الإدارية	استخدام التنظيف الروتيني العادي (المنزلي) باستخدام قطعة قماش مبللة بالماء	تم التنظيف مرة واحدة يومياً وكلما لزم الأمر
متوسطة الخطورة	غرف المرضى وأماكن رعاية المرضى غير المصابين بالأمراض المعدية	استخدام قطعة قماش مبللة بالمنظف واستخدام مادة مطهرة	يتم التنظيف مرتين يومياً على الأقل وكلما لزم الأمر
شديدة الخطورة	غرف العزل، وحدات العناية المركزة، غرف العمليات، وحدات غسيل الكلى، المختبر، أمراض الدم، والاسنان، الطوارئ، المشرفة	استخدام أدوات خاصة ومحلول مطهر عالي الفعالية مثل الكلور 500 جزء بالمليون	يتم التنظيف والتطهير بين كل مريض وآخر وفي آخر اليوم وكلما لزم الأمر

اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
مرفق رقم: 2	محتويات صندوق الإنسكابات		
محتويات صندوق الانسكاب			
النوع		الكمية	
الواقيات الشخصية (قفازات، مريول مقاوم للسوائل، نظارات)		واحدة على الأقل من كل صنف	
كلور سائل مع بخاخ		واحد	
كيس للنفايات الطبية اصفر		واحدة على الأقل	
مواد لامتصاص السوائل (ورق تنشيف)		ثلاثة على الأقل	
مجروح أو محف		واحد	
ملقط		واحد	
صندوق آمن		واحد	

اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
مرفق رقم: 3	جدول الأعمال اليومية لعمال النظافة		
اسم المؤسسة:	اسم المشرف:		
اسم القسم:	اسم العامل:		
المهام المطلوبة		عدد مرات التنظيف	
بداية يوم العمل	الفترة 6 - 7 ص	الفترة 13 -- 14	الفترة 19-20
ملاحظات	عند الحاجة		
1. تنظيف جميع الأبواب والنوافذ الزجاجية			
2. تنظيف السقف والجدران			
3. تنظيف جميع دورات المياه والمغاسل والحنفيات والخلاطات			
4. تنظيف المكاتب والطاولات الكبيرة والصغيرة، والكراسي باختلاف أنواعها، والأرفف في بداية العمل			
5. تنظيف أجهزة التكييف والمرواح في فترة العمل			
6. تنظيف جميع محتويات المطبخ			
7. تنظيف السلال في جميع الغرف مع تغيير ووضع أكياس نيلون فيها بداية الفترة ونهايتها			
8. تنظيف وتلميع الارضيات بداية الفترة ونهايتها			
9. تسليك المغاسل والمصارف وخطوط المجاري داخل الأقسام			
10. تنظيف الصابون وتغيير الصابون من بداية العمل			

اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
مرفق رقم: 4	تنظيف بيئة المنشأة الصحية المعدات وأدوات رعاية المرضى		
المعدات وأدوات رعاية المرضى	الطريقة المفضلة أو العادية	البدائل المقبولة أو نصائح إضافية	جدول التنظيف
الأسقف	التنظيف	تتم صيانتها بصفة مستمرة، إذ أن سلامة السقف مطلوبة لمنع نمو البكتيريا والفطريات التي تنمو على الأسقف المتهاكلة والرطوبة	تنظف عند اتساخها وبشكل دوري
الجدران	يجب تنظيفها بمحلول التنظيف وتشطف ثم تجفف	يتم التطهير عند حدوث تلوث بالدم وسوائل الجسم (يراعى عند إزالة التلوث أن يكون اتجاه المسح من أسفل إلى أعلى)	يتزايد الاحتياج لتنظيفها في المناطق مرتفعة الخطورة
الأرضيات	تغسل بمحلول تنظيف، ولا يتعين استخدام المطهرات كل يوم باستثناء الأماكن عالية الخطورة.	عند تلوثها يتم تنظيفها وتطهيرها باستخدام محلول مطهر (مثل الكلور المخفف بتركيز 1000 جزء في المليون)	مع بداية اليوم وعند اللزوم أو حسب السياسة المتبعة للأماكن المزدحمة وذات الخطورة العالية
الأثاث	تستخدم قطع من القماش النظيف لتنظيف كل غرفة على حده وتكون مشبعة بمحلول تنظيف أو محلول مطهر		مرة يومياً وعند اللزوم
فرشات الأسرة والوسائد	يتم تنظيف الأغشية الغير منفذه بالماء ومحلول التنظيف وتشطف وتجفف.	يتعين أن تكون المراتب والوسائد مغطاة بغطاء بلاستيك أو جلد يمنع نفاذ الماء ويسهل تنظيفه وتجفيفه، كما يتعين استبدال الوسائد المتهاكلة فوراً. المرضى المصابون بأمراض معدية: يتم تطهير أغطية المراتب والوسائد باستخدام محاليل مطهرة.	عند تعاقب المرضى عليها وعند اتساخها
الأسرة وإطاراتها	تنظف وتجفف	المرضى المصابون بمرض معدٍ والمرضى ذوي الجروح المفتوحة أو يعانون من نقص المناعة: يتم التطهير بمحلول مطهر (مثل الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون).	يومياً وعند تعاقب المرضى وعند الحاجة.
السجاد لا يسمح باستخدام السجاد في أماكن رعاية المرضى	تنظف بالمكنسة الكهربائية المخصصة للمستشفيات، وتستخدم المنظفات والماء عند الحاجة		
الفواصل بين المرضى	تنظف بمحلول التنظيف	يتم تطهيرها في حالة تلوثها بالدم وسوائل الجسم	كل أسبوع وإذا اتسخت
أسطح العمل	تنظف بمحلول التنظيف وتشطف ثم تجفف.	عند وجود بقع واضحة من الدم والمواد العضوية يجب إزالتها أولاً ثم تطهيرها بمطهر مناسب (مثل الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون).	أكثر من مرة أثناء اليوم وعند اتساخها
عربات النقل المتحركة (ترولي)	تنظف بالماء والمادة المنظفة ثم تجفف.	يتم تطهيرها إذا تلوّثت بالدم وسوائل الجسم.	يومياً وبين كل استخدام والآخر.

أواني المطبخ وأدوات المائدة يفضل استخدام أدوات المائدة أحادية الاستخدام.	تغسل في غسالة وتكون درجة حرارة ماء الشطف أكثر من 80 درجة مئوية ثم تجفف. عند الغسيل اليدوي يفضل استخدام حوضين إحداهما به محلول تنظيف ساخن (درجة حرارته نحو 50 درجة مئوية) والآخر به ماء الشطف الساخن (80 درجة مئوية أو أكثر) ثم تجفف.	يفضل أن يكون لكل مريض طقم خاص به.	بعد كل وجبه.
أحواض غسيل اليدين	يتم تنظيفها بطريقة الدعك باستخدام مادة منظفة، ولا يتعين القيام بعملية التطهير إلا عند الحاجة.	يتعين استخدام المطهرات عند حدوث التلوث بالدم أو سوائل الجسم.	كل يوم وعند اللزوم.
حوض الاستحمام (البانيو): عادة ما تتسبب مياه الاستحمام في تلوث السطح الداخلي للبانيو بعدد كبير من الكائنات الدقيقة ومنها جراثيم حاملة للأمراض والتي قد تنتقل إلى مريض آخر يستعمل نفس البانيو.	المرضى غير المصابين بمرض معدي: يتم دعك البانيو بمحلول التنظيف ثم يشطف ويجفف بعد الغسل.	المرضى المصابون بمرض معدي والمرضى ذوي الجروح المفتوحة أو يعانون من نقص المناعة: يتم تطهير البانيو بمحلول الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون	عقب كل استعمال.
المباول، القصارى (يجب تخصيص قصيرة أو مبلولة واحدة لكل مريض).	تغسل بالماء وفرشاه ومنظف ثم تجفف أو تترك لتجف وتخزن في مكان بعيد عن مكان خدمة المرضى والأماكن النظيفة.	يتم تطهيرها بعد خروج المريض بمحلول الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون.	عقب كل استعمال وبين المريض والآخر.
أوعية القيء (يفضل استخدام أكياس ورقية أو بلاستيكية أحادية الاستخدام يتم التخلص منها فور الاستخدام في الحاويات الخطرة)	تغسل بماء ساخن ومنظف ثم تشطف وتجفف.	المرضى المصابون بمرض معدي: يستخدم محلول الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون للتطهير.	عقب كل استعمال.
المراحيض ومقاعد	تغسل المقاعد بمحلول تنظيف وتشطف وتجفف، ويتم تطهير مقاعد المراحيض باستخدام محلول الكلور بتركيز 1000 جزء في المليون مع مراعاة ارتداء قفازات أحادية الاستخدام وغسل الأيدي بعد خلعها.	لا يجوز استخدام نفس الأدوات المستخدمة في تنظيف هذه الأماكن لتنظيف أي أماكن أخرى.	يومياً وبعد بعد كل استعمال.
البالوعات	تنظف المنطقة المحيطة ولا يلزم اللجوء إلى المطهرات الكيماوية إلا عند الحاجة.	ضرورة الصيانة المنتظمة، ويجب تغطيتها بشبكة مانعة للحشرات. وفي حالة انسدادها يتعين إبلاغ قسم الصيانة.	بصفة منتظمة.
صناديق النفايات	تغسل صناديق النفايات بمحلول منظف وتشطف ثم تترك لتجف.	يتم تطهير صناديق النفايات الخطرة بعد تنظيفها.	عند نهاية اليوم وعند اللزوم.

اسم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	رقم السياسة:	IPC-36
مرفق رقم: 5	mops/towels color code UK NHS example		
Red Bathrooms, washrooms, showers, toilets, basins and bathroom floors Blue General areas including wards, departments, offices and basins in public areas Green Catering departments, ward kitchen areas and patient food service at ward level Yellow Isolation areas			

IPC-36	رقم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	اسم السياسة:			
General Equipment Cleaning Checklist			مرفق رقم: 6			
Date:		Unit:		Checked by:		
	The following general equipment	Frequency	Yes	No	NA	Comments
1.	IV stands	Daily				
2.	IV pumps/syringe drivers	Daily				
3.	Cardiac Monitors	Daily				
4.	Dressing Trolley	Daily				
5.	Blood pressure Cuffs	Daily				Between patients use
6.	Pillows	Daily				
7.	Mattresses					
8.	Wheelchair					
Oxygen & Suction Equipment						
9.	Suction Equipment is clean and dry (including canister)	Daily and between use				
10.	Oxygen Saturation Probes	Daily				
11.	Catheter is not attached (clean cover acceptable in some emergency situations)	Single use				
12.	Disposable suction lines are used & changed between patient use					
	Reusable suction lines are disinfected / sterilized after use	After each use				
Resuscitation Equipment						
13.	Items on the resuscitation trolley/resuscitaire are in date & visibly clean (free from dust & body fluids)	Daily				
14.	Ambu bags are visibly clean	After each use				
15.	Laryngoscope handles are decontaminated following each use	After use				
Respiratory equipment is changed according to policy and manufacturer's instruction, check;						
16.	Oxygen masks and nasal cannula	Single use				
17.	Wall Humidifiers	Daily				
18.	Nebulizers	Daily				
General Environment						
19.	Bed frames are clean & free from dust	Daily				
20.	Patient call bells are clean and free from debris	Daily				
21.	Floors including edges and corners are cleaned	Twice a day				
22.	Work station equipment in clinical areas are visibly clean e.g. phones, computer keyboards	Twice a day				
23.	The following pieces of equipment are in good state of repair					
24.	Lockers					
	Chairs					
25.	Tables					
Clinical Room/Clean Store						
26.	Shelves, bench tops & cupboards are clean inside & out, and are free of dust & spillage	Daily				
27.	All high and low surfaces are free from dust and cobwebs					
28.	No unnecessary boxes/cartons					
29.	All products are stored above floor level					
Dirty/Unclean Utility Room						
30.	The room is clean and free from inappropriate items					
31.	The floor is clean & free from spillage					

IPC-36	رقم السياسة:	نظافة بيئة المنشأة الصحية	اسم السياسة:
Environmental Checklist for Monitoring Terminal Cleaning			مرفق رقم: 7
Date:			
Unit:			
Room Number:			
Initials of ES staff (optional):			
Evaluate the following priority sites for each patient room:			
High-touch Room Surfaces	Cleaned	Not Cleaned	Not Present in Room
Bed rails / controls			
Tray table			
IV pole (grab area)			
Call box / button			
Telephone			
Bedside table handle			
Chair			
Room sink			
Room light switch			
Room inner door knob			
Bathroom inner door knob / plate			
Bathroom light switch			
Bathroom handrails by toilet			
Bathroom sink			
Toilet seat			
Toilet flush handle			
Toilet bedpan cleaner			
Evaluate the following additional sites if this equipment are present in the room:			
High-touch Room Surfaces³	Cleaned	Not Cleaned	Not Present in Room
IV pump control			
Multi-module monitor controls			
Multi-module monitor touch screen			
Multi-module monitor cables			
Ventilator control panel			

اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	رقم السياسة:	IPC-37
مرفق رقم: 1	الدليل اللوني لفرز النفايات الطبية		
تسلسل	نوع النفايات	لون الوعاء المميز لنوع النفايات	نوع الوعاء
1	النفايات شديدة العدوى	احمر	كيس بلاستيكي أو علبة بلاستيكية  
2	النفايات المعدية الأخرى والنفايات التشريحية والنفايات الحادة	اصفر	كيس بلاستيكي أو علبة بلاستيكية  
3	النفايات الكيماوية / الصيدلانية	بني	كيس بلاستيكي أو علبة بلاستيكية 
4	النفايات المشعة 	يتم التعامل معها وفقا لتعليمات بشأن إدارة الفضلات المشعة والتخلص منها بشكل آمن الصادرة عن وزارة الطاقة والثروة المعدنية	
5	نفايات العلاج الكيماوي	أزرق	كيس بلاستيكي أو علبة بلاستيكية  
6	النفايات الطبية غير الخطرة	أسود	كيس بلاستيكي أو علبة بلاستيكية  

اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	رقم السياسة:	IPC-37
مرفق رقم: 2	بوستر نظام إدارة النفايات		



وزارة الصحة



نظام إدارة النفايات الطبية

تحذير نفايات طبية معدية



3

نقل النفايات

- يتم نقل النفايات داخل المنشأة بواسطة الحاويات المخصصة إلى غرفة التخزين



2

تجميع النفايات

- يتم تجميع النفايات الطبية التي تحتاج إلى معالجة بواسطة حاويات مخصصة لذلك مع مراعاة عدم خلط النفايات واتخاذ إجراءات السلامة



1

فصل النفايات

- يجب فصل النفايات من المصدر إلى ثلاث أنواع على الأقل



6

النقل إلى المكب

- يتم نقل النفايات المعالجة إلى مكبات التخلص النهائي



5

معالجة النفايات الطبية بالتعقيم

- يتم معالجة النفايات الطبية بواسطة الفرغ والتعقيم باستخدام الأوتوكليف



4

نقل النفايات خارج المنشأة

- يتم نقل النفايات الطبية غير المعالجة إلى خارج المنشأة بواسطة شاحنات خاصة إلى وحدات المعالجة



7

طمر النفايات في المكب

- يجب فصل النفايات من المصدر إلى ثلاث أنواع على الأقل

IPC-37	رقم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	اسم السياسة:
	بوستر النفايات المعدية		مرفق رقم: 3



وزارة الصحة



نفايات معدية

هي النفايات التي يحتمل احتوائها على مسببات الامراض أو سمومها بتراكيز كافية للتسبب بالمرض مثل المعدات والادوات المستخدمة في العلاج والتشخيص والوقاية من الأمراض ، والتي لامست سوائل الجسم







يتم وضع النفايات المعدية في اكياس صفراء داخل حاويات مخصصة لا تزيد سعتها عن الثلاثين

اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	رقم السياسة:	IPC-37
مرفق رقم: 4	بوستر النفايات الحادة		

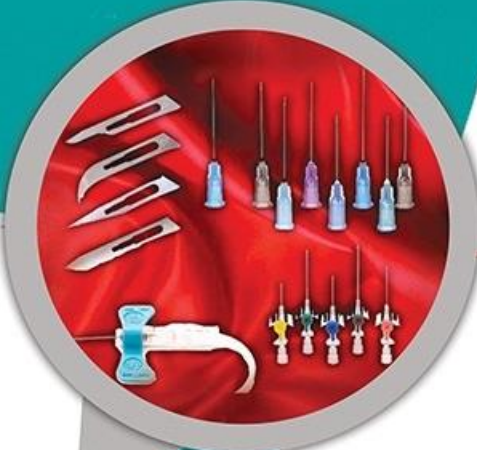


وزارة الصحة



نفايات حادة

هي الأدوات التي قد تسبب قطع أو وخز في الجسم البشري بعد العناية بالمريض مثل نفايات إبر الحقن وإبر خياطة الجروح والمشارط سواء كانت ملوثة أو غير ملوثة





يتم وضع النفايات الحادة
في صندوق الأمان



اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية	رقم السياسة:	IPC-37
مرفق رقم: 5	ملصق بيانات يوضع على كيس النفايات		

البطاقة الاصلية	
اسم منتج النفايات (المركز)	
الموقع (القسم أو الجناح)	
نوع النفايات	
وزن و كمية النفايات المخزونة في الحاوية أو الكيس	
وقت و تاريخ التجميع	
وقت و تاريخ النقل	

مرفق رقم: 6	علامات النفايات الحيوية الخطرة
-------------	--------------------------------

شكل رقم (1): شعار الخطر الحيوي	شكل رقم (2): شعار المواد السامة للخلايا	شكل رقم (3): الشعار الدولي للإشعاع
		

اسم السياسة:	ادارة النفايات الطبية		رقم السياسة:	IPC-37				
مرفق رقم: 7	نموذج لسجلات استلام وتسليم النفايات الطبية							
اسم المنشأة: _____ اليوم: _____ التاريخ: ____ / ____ / ____ م								
م	القسم	عدد الاكياس الحمراء	عدد صناديق الامان	وزن الاكياس والصناديق	ساعة الاستلام	التوقيع المسلم	التوقيع المستلم	ملاحظات
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
	الاجمالي							

اسم السياسة:	الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية	رقم السياسة:	IPC-38														
مرفق رقم: 1	معيار أخذ عينات الهواء للكشف عن الفطريات																
• يجب أن يكون تعداد الأبواغ الداخلية أقل من التعداد الخارجي • يجب ألا تختلف أعداد الفطريات بشكل كبير عن القيم الأساسية. • قد يتأثر عدد الأبواغ الخارجية بالتغير الموسمي • قد يوفر أخذ العينات الميكروبية المستمر توضيحًا أكثر دقة لإطلاق الجراثيم بمرور الوقت. • عند إجراء أخذ عينات متقطع ، فإن النتائج لا تمثل سوى لحظة من الزمن. - القراءة المنخفضة ليست دليلاً قاطعاً على عدم وجود أي تلوث للأبواغ الفطرية. - تعتبر القراءة العالية مهمة دائماً ويجب على مكافحة العدوى جمع الأدلة لتفسير التعداد الفطري في البيئة العامة التحقيق منها.																	
<table><tr><th colspan="2">عدد الابواغ</th><th rowspan="2">المحيط</th></tr><tr><th>مجموع الجراثيم الفطرية</th><th>فطر الرشاشيات</th></tr><tr><td>< 15 CFU / m3</td><td>≤ 0.1 CFU / m³</td><td>البيئة الواقية - هواء مُنقى HEPA</td></tr><tr><td>< 100 CFU / m3</td><td>≤ 1.0 CFU / m³</td><td>البيئة الواقية – مريض في خطر</td></tr><tr><td>< 400 CFU / m3</td><td>≤ 4.0 CFU / m³</td><td>البيئة العامة - لا يوجد مريض في خطر</td></tr></table>				عدد الابواغ		المحيط	مجموع الجراثيم الفطرية	فطر الرشاشيات	< 15 CFU / m3	≤ 0.1 CFU / m ³	البيئة الواقية - هواء مُنقى HEPA	< 100 CFU / m3	≤ 1.0 CFU / m ³	البيئة الواقية – مريض في خطر	< 400 CFU / m3	≤ 4.0 CFU / m ³	البيئة العامة - لا يوجد مريض في خطر
عدد الابواغ		المحيط															
مجموع الجراثيم الفطرية	فطر الرشاشيات																
< 15 CFU / m3	≤ 0.1 CFU / m ³	البيئة الواقية - هواء مُنقى HEPA															
< 100 CFU / m3	≤ 1.0 CFU / m ³	البيئة الواقية – مريض في خطر															
< 400 CFU / m3	≤ 4.0 CFU / m ³	البيئة العامة - لا يوجد مريض في خطر															
National Guidelines for the Prevention of Nosocomial Invasive Aspergillosis During Construction / Renovation Activities, Ireland 2002																	

اسم السياسة:	الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية	رقم السياسة:	IPC-38
مرفق رقم: 2	مصفوفة تقييم مخاطر مكافحة العدوى		
الخطوة 1: نوع نشاط مشروع البناء			
النوع الاول	التفتيش والأنشطة غير الاختراقية. وهذا يشمل على سبيل المثال لا الحصر: □ إزالة بلاط السقف للفحص (يقتصر على بلاطة واحدة لكل 40 قدم مربع) □ الدهان (ولكن ليس الصنفرة) □ حركة المعدات، هيكل المبنى، إلخ للفحص البصري تغطية الجدران وأعمال الزخرفة الكهربائية وأعمال السباكة الصغيرة والأنشطة التي لا تولد غبارًا أو تتطلب قطعًا للجدران أو الوصول إلى الأسقف بخلاف الفحص البصري		
النوع الثاني	أنشطة صغيرة الحجم وقصيرة المدة تخلق حدًا أدنى من الغبار. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: □ تركيب كابلات الهاتف والكمبيوتر □ الوصول إلى مطاردة المساحات قطع الجدران أو الأسقف حيث يمكن التحكم في انتقال الغبار		
النوع الثالث	العمل الذي ينتج عنه مستوى معتدل إلى مرتفع من الغبار أو يتطلب هدم أو إزالة أي مكونات أو مجموعات مباني ثابتة. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: □ صنفرة الجدران والدهان أو تغطية الجدران □ إزالة أغطية الأرضيات وبلاط الأسقف وأعمال الهياكل □ بناء جدار جديد أعمال مجاري صغيرة أو أعمال كهربائية فوق الأسقف أنشطة الكابلات الرئيسية أي نشاط لا يمكن إكماله في وردية عمل واحدة		
النوع الرابع	مشاريع الهدم والبناء الكبرى. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: الأنشطة التي تتطلب نوبات عمل متتالية الأنشطة التي تتطلب هدمًا شديدًا أو إزالة نظام كابلات كامل □ بناء جديد		

الخطوة 2: تحديد مجموعة المخاطر السكانية والجغرافية			
المجموعة 1: مخاطر منخفضة	المجموعة 2: مخاطر متوسطة	المجموعة 3: مخاطر عالية	المجموعة 4: أعلى المخاطر
- مناطق المكاتب - منطقة إدارية - مناطق غير مستخدمة لرعاية المرضى أو حمل المريض أو نقله	- طب القلب - تخطيط القلب - التنظير - الطب النووي - العلاج الطبيعي - الأشعة / التصوير - بالرنين المغناطيسي - العلاج التنفسي - إدارة المواد - كافيتريا - قسم التغذية	- وحدة العناية المركزة - غرفة طوارئ - الأشعة - المخاض والولادة - مختبرات (عينات) - وحدات طبية - حضانة حديثي الولادة - جراحة العيادات الخارجية - طب الاطفال - الصيدلية - وحدة رعاية ما بعد التخدير (PACU) - الوحدات الجراحية وحدة العناية المركزة - الوحدات الجراحية	- أي منطقة ترعى مرضى نقص المناعة - وحدة الحروق - وحدة العناية المركزة للقلب والأوعية الدموية - قسرة القلب - منطقة العرض / المعالجة المركزية المعقمة - وحدة العناية المركزة - غرف عزل - طب الأورام - غرف العمليات بما في ذلك غرف العمليات القيصرية
الخطوة 3: خطة التخفيف من مخاطر مكافحة العدوى وقائمة مراجعة التدابير الوقائية			
المستوى الأول	أثناء مشروع البناء	عند الانتهاء من المشروع	
- تنفيذ العمل باستخدام طرق لتقليل الغبار الناجم عن عمليات البناء. - استبدال بلاطة السقف فوراً أثناء المتابعة. - قم بإزالة الغبار العارض على الفور باستخدام مكنسة HEPA filtered vacuum - توفير نموذج بيانات السلامة Safety Data Sheet (SDS) للطلاء والمطهرات قبل أي استخدام	- الحصول على تصريح مكافحة العدوى قبل البدء في البناء - توفير وسائل فعالة لمنع الغبار المحمول جواً من الانتشار في منطقة العمل. - رش الماء بشكل متقطع أثناء العمل للتقليل من الغبار الناتج عن الركام.	- تنظيف الأسطح العمل بمنظف / مطهر. - قم باحتواء مخلفات البناء قبل نقلها في حاويات مغطاة بإحكام. - قم بتنظيف منطقة العمل بمسحة مبللة أو بمكنسة كهربائية عالية الكفاءة (HEPA) قبل مغادرة منطقة العمل.	

	4. اغلاق الأبواب الغير المستخدمة بشريط لاصق. 5. قم بسد وإغلاق فتحات التهوية. 6. ضع سجادة مبللة لمنع الغبار عند مدخل وخروج منطقة العمل. 7. قم بإزالة أو عزل نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء (HVAC) في المناطق التي يتم فيها تنفيذ العمل. 8. توفير نموذج بيانات السلامة (SDS) للطلاء والمطهرات قبل أي استخدام.	4. عند الانتهاء، قم باستعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء (HVAC) في منطقة العمل.
المستوى الثالث	1. قم بإزالة أو عزل نظام HVAC في المناطق التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجاري الهواء. 2. أكمل وضع جميع الحواجز مثل (الحواجز الاسمنتية أو الخشب أو البلاستيك) لإغلاق منطقة العمل من منطقة عدم العمل. 3. حافظ على ضغط الهواء السلبي داخل موقع العمل، باستخدام وحدات تنقية الهواء المجهزة بجهاز HEPA. 4. قم باحتواء مخلفات البناء قبل نقلها في حاويات مغطاة بإحكام. 5. تغطية أو عية أو عربات النقل. 6. توفير نموذج بيانات السلامة (SDS) للطلاء والمطهرات قبل أي استخدام	1. لا تقم بإزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم فحص المشروع المكتمل من قبل إدارة المنشأة وقسم السلامة ومكافحة العدوى وتنظيفها تمامًا من قبل قسم الخدمات البيئية للمنشأة. 2. قم بإزالة مواد الحواجز بعناية لتقليل انتشار الأوساخ والحطام المرتبط بالبناء. 3. قم بتنظيف منطقة العمل بالمكناس الكهربائية المفلترة HEPA. 4. قم بتنظيف المنطقة بمسحة مبللة بمنظف او مطهر. 5. عند الانتهاء، يجب استعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء حيث تم تنفيذ العمل.
المستوى الرابع	1. عزل نظام HVAC في المنطقة التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجاري الهواء. 2. أكمل وضع جميع الحواجز مثل (الحواجز الاسمنتية أو الخشب أو البلاستيك) لإغلاق منطقة العمل من منطقة عدم العمل. 3. حافظ على ضغط الهواء السلبي داخل موقع العمل باستخدام وحدات تنقية الهواء المجهزة بجهاز HEPA. 4. قم بسد وإغلاق الثقوب والأنابيب والقنوات بشكل مناسب. 5. قم ببناء غرفة انتظار واطلب من جميع الأفراد المرور من خلال هذه الغرفة ويمكنهم ارتداء المعاطف القماشية أو الورقية التي يتم إزالتها في كل مرة يغادرون فيها موقع العمل.	1. لا تقم بإزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم فحص المشروع المكتمل من قبل إدارة المنشأة وقسم السلامة ومكافحة العدوى وتنظيفها تمامًا من قبل قسم الخدمات البيئية للمنشأة. 2. قم بإزالة مواد الحواجز بعناية لتقليل انتشار الأوساخ والحطام المرتبط بالبناء. 3. قم باحتواء مخلفات البناء قبل نقلها في حاويات محكمة الغلق. 4. يجب تغطية أو عية أو عربات النقل. 5. قم بتنظيف منطقة العمل بالمكناس الكهربائية المفلترة HEPA. 6. قم بتنظيف المنطقة بمسحة مبللة بمنظف او مطهر.

7. عند الانتهاء، استعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء حيث تم تنفيذ العمل.	6. يطلب من جميع الأفراد الذين يدخلون موقع العمل ارتداء أغطية الأحذية. يجب تغيير أغطية الأحذية في كل مرة يخرج فيها العامل من منطقة العمل. 7. توفير نموذج بيانات السلامة (SDS) للطلاء والمطهرات قبل أي استخدام.
--	--

الخطوة 4: مصفوفة نشاط البناء ومجموعة المخاطر.				
نوع مشروع البناء				
النوع الرابع	النوع الثالث	النوع الثاني	النوع الأول	مجموعة مخاطر المرضى
III/IV	II	II	I	مجموعة منخفضة المخاطر
IV	III	II	I	المجموعة ذات المخاطر المتوسطة
IV	III/IV	II	I	المجموعة عالية الخطورة
IV	III/IV	III/IV	II	المجموعة الأكثر خطورة

ملحوظة: ستكون موافقة قسم السلامة ومكافحة العدوى مطلوبة عندما يشير نشاط البناء ومستوى المخاطر إلى أن إجراءات التحكم من **الفئة الثالثة** أو **الفئة الرابعة** ضرورية.

اسم السياسة:	الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية		رقم السياسة:	IPC-38	
مرفق رقم: 3	تصريح عمل مكافحة عدوى				
نوع المشروع:	☐ إنشاء ☐ تجديد ☐ صيانة ☐ تركيب ☐ تدم				
اسم المشروع ووصفه:	رقم الترخيص:				
تاريخ بدء المشروع:	موقع المشروع:				
مهندس إدارة المشروع:	المدة المحددة:				
رقم الاتصال:	مدير المشروع:				
المقاول المنفذ للعمل:	رقم الاتصال:				
رقم الاتصال:	رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى (ICP):				
رقم الاتصال:	رقم الاتصال:				
نشاط البناء	نعم	لا	مجموعة مخاطر مكافحة العدوى	نعم	لا
النوع (A): فحص وتقييم، نشاط غير خطير (بسيط)			المجموعة (A): منخفضة الخطورة		
النوع (B): نطاق صغير مدة قصيرة معتدلة الى مستويات عالية			المجموعة (B): متوسطة الخطورة		
النوع (C): يولد مستويات معتدلة الى عالية من الغبار ويتطلب اكثر من وردية عمل لإكمالها.			المجموعة (C): عالية الخطورة		
النوع (D): عمليات الهدم والبناء الرئيسية التي تتطلب ورديات عمل متتالية.			المجموعة (D): الأكثر خطورة		
الفئة الأولى:	1. تنفيذ العمل بطرق لتقليل الغبار الناتج عن عمليات البناء. 2. استبدال على الفور أي بلاطة سقف مزاحة يتم رؤيتها. 3. التنظيف والتخلص وفقا للإجراءات المحددة.				
الفئة الثانية	1. الحصول على تصريح مكافحة العدوى قبل البناء. 2. توفير وسائل فعالة لمنع الغبار المتطاير من الهواء من الانتشار في المكان. 3. ضباب الماء يعمل على أسطح التحكم في الغبار أثناء التقطيع. 4. ختم الأبواب غير المستخدمة بشرائط لاصق. 5. قم بسد وإغلاق فتحات التهوية. 6. امسح الأسطح بمطهر معتمد.				

7. قم باحتواء مخلفات البناء قبل نقلها في حاويات محكمة الغلق. 8. استخدام الممسحة المبللة و / أو المكنسة الكهربائية باستخدام مكنسة HEPA المفلترة قبل مغادرة منطقة العمل. 9. ضع سجادة الغبار عند مدخل وخروج منطقة العمل.	
1. الحصول على تصريح مكافحة العدوى قبل البناء. 2. عزل نظام HVAC (Heating, Ventilation, and Air Conditioning) في المنطقة التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجرى الهواء. 3. أكمل جميع الحواجز في المنطقة المراد البناء بها لإغلاقها قبل بدء البناء. 4. حافظ على ضغط الهواء السلبي داخل موقع العمل باستخدام وحدات تنقية الهواء المجهزة بجهاز HEPA filtered vacuum. 5. اغلاق الأنابيب والقنوات بشكل مناسب. 6. ضع سجادة مبللة بمطهر معتمد لمنع الغبار عند مدخل وخروج منطقة العمل. 7. تفريغ منطقة العمل بواسطة مكنسة HEPA filtered vacuum. 8. يجب أن تكون المواد المنقولة إلى الموقع أو خارجه مغطاة بإحكام أو مغلفة بالبلاستيك. 9. يجب نقل مخلفات البناء في حاويات محكمة الغلق. امسح العربات والأغطية والعجلات بمطهر قبل مغادرة المنطقة. 10. امسح جميع الأسطح، والمكنسة الكهربائية HEPA filtered vacuum ومنطقة الممسحة بمطهر معتمد قبل إزالة الحواجز. 11. لا تقم بإزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم تنظيف المشروع بالكامل. 12. عند الانتهاء، يجب استعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء في المناطق التي تم تنفيذ العمل فيها.	الفئة الثالثة
1. يجب الحصول على تصريح مكافحة العدوى قبل البناء. 2. عزل نظام HVAC في المنطقة التي يتم فيها العمل لمنع تلوث نظام مجرى الهواء. 3. أكمل جميع الحواجز في المنطقة المراد البناء بها لإغلاقها قبل بدء البناء. خاصة في المناطق الخطرة. 4. حافظ على ضغط الهواء السلبي داخل موقع العمل باستخدام وحدات تنقية الهواء المجهزة بجهاز HEPA. 5. اغلاق الثقوب والأنابيب والقنوات بشكل مناسب. 6. قم ببناء غرفة انتظار واطلب من جميع الأفراد المرور من خلال هذه الغرفة حتى يمكن تنظيفهم باستخدام مكنسة كهربائية HEPA قبل مغادرة موقع العمل أو يمكنهم ارتداء المعاطف القماشية أو الورقية التي يتم إزالتها في كل مرة يغادرون فيها موقع العمل. 7. ضع سجادة مبللة لمنع الغبار عند مدخل وخروج منطقة العمل. 8. تفريغ هواء منطقة العمل بواسطة مرشح HEPA. 9. يتم مسح المنطقة بممسحة مبللة بمطهر معتمد. 10. يجب أن تكون المواد المنقولة إلى الموقع أو خارجه مغطاة بإحكام أو مغلفة بالبلاستيك. 11. يجب نقل مخلفات البناء في حاويات محكمة الغلق. امسح العربات والأغطية والعجلات بمطهر قبل مغادرة المنطقة. 12. امسح جميع الأسطح، والمكنسة الكهربائية HEPA ومنطقة الممسحة بمطهر معتمد قبل إزالة الحواجز. 13. لا تقم بإزالة الحواجز من منطقة العمل حتى يتم تنظيف المشروع بالكامل. 14. عند الانتهاء، قم باستعادة نظام التدفئة والتهوية وتكييف الهواء في المناطق التي تم تنفيذ العمل فيها.	الفئة الرابعة

متطلبات مكافحة العدوى لتقييم المخاطر الإضافية	
اسم وتوقيع مانح التصريح: التاريخ:	اسم وتوقيع معتمد التصريح: التاريخ:
يمكن الإشارة إلى الاستثناءات / الإضافات وتدوينها: التاريخ:	توقيع المفاوض: التاريخ:
توقيع رئيس قسم السلامة ومكافحة العدوى: التاريخ:	

اسم السياسة:		الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية		رقم السياسة:	IPC-38
مرفق رقم: 4		أداة مراقبة البناء والتجديد والهدم اليومية			
اسم المشروع:		موقع المشروع:		التاريخ: / /	
م	إجراءات السلامة مكافحة العدوى	مطابق	مطابق جزئياً	غير مطابق	
	يرتدي أفراد البناء معدات الوقاية الشخصية المطلوبة				
1.	وجود حاجز فاصل في موقع البناء				
2.	حواجز محكمة لمنع الغبار ولا يوجد بها اختراق				
3.	المماسح الخاصة بالغبار في مكانها ونظيفة				
4.	الأبواب تغلق جيداً ويتم غلقها بالشكل صحيح				
5.	جميع الأبواب مغلقة لعدم وصول المراجعين لمنطقة البناء				
6.	تغطية فتحات المكيفات ومجاري التهوية في موقع البناء				
	توفر ضغط الهواء سلبي				
1.	توفر الضغط السلبي عند مدخل الحاجز				
2.	جميع النوافذ والأبواب مغلقة خلف الحاجز				
3.	تشغيل وحدات الهواء السلبية أو مراوح العادم				
4.	فلتر وحدات الهواء السلبية نظيفة				
	التحكم في المناطق المجاورة لوصول العاملين / والمرضى				
1.	مناطق الأسطح والسقف سليمة وجافة				
2.	مساحات الأرضية نظيفة وعدم وجود للغبار				
3.	الجدران سليمة وجافة				
4.	الأسطح الأفقية خالية من الغبار				
5.	فتحات تهوية خالية من الغبار				
6.	لا توجد علامات الإصابة بالآفات (الحشرات)				
	تدفق حركة المرور				
1.	بناء المقاولين للوصول إلى الموقع من خلال مناطق رعاية غير المرضى المعتمدة.				
2.	تغطية النفايات واحتوائها قبل إزالتها.				
3.	مسار وتوقيت إزالة الحطام حسب الاتفاق.				
4.	هناك وصول سهل وبدون عوائق للاستجابة لحالات الطوارئ.				

اسم السياسة:		الترميم وإعادة بناء مرافق المنشآت الصحية		رقم السياسة:	IPC-38
مرفق رقم: 5		قائمة تحقق الانتهاء من المشروع			
اسم المشروع:		موقع المشروع:		التاريخ: / /	
م	إجراءات السلامة مكافحة العدوى				
	لا	نعم	غير متوفر		
1.			تنظيف المنطقة تماماً وتشمل التنظيف الأفقي والراسي		
2.			تنظيف الأسطح للتأكد من إزالة جميع الغبار والحطام		
3.			1. تنظيف المنطقة بمكنسة كهربائية ذات مرشح عالي الكفاءة (HEPA Filter) في حال توفرها.		
4.			تنظيف المنطقة بالماء والصابون أو المطهر.		
5.			عند بدء تشغيل غرفة عمليات أو صيدلية وغرفة نظيفة جديدة أو مُجددة هل تم أخذ عينات الهواء وتعداد الجسيمات وكانت النتائج ضمن الحدود المقبولة.		
6.			عند انقطاع امدادات المياه وهل تم وجود حلول بديلة.		
7.			أخذ عينات المياه من جميع الصنابير الموجودة وفقاً (لإرشادات مكافحة الليجيونيلا 2013) والنتائج ضمن الحدود المقبولة.		
8.			مداخل ومخارج الهواء تعمل بالشكل الصحيح.		
9.			الاحواض وتركيبات السباكة في المكان المناسب حسب الاحتياج.		
10.			الأسطح مناسبة للعناية السريرية ومتطلبات التنظيف مثل عدم حدوث تلف للجدران أو قطع لمشمع التشطيبات.		
11.			عدم وجود بقع مرئية تمنع التنظيف.		
12.			متابعة تنظيف وحدة المريض بين كل مريض وآخر.		
13.			ملاحظات أخرى		
مدير الخدمات الهندسية:		الإسم /		التوقيع /	
مسؤول شركة النظافة:		الإسم /		التوقيع /	
مسؤول مكافحة العدوى:		الإسم /		التوقيع /	



وزارة الصحة الفلسطينية

