ZAŁĄCZNIK NR 18 DO SIWZ

Zespół Kontroli
Zakażeń Szpitalnych
i Epidemiologii

INSTRUKCJA
MYCIA I DEZYNFEKCJI INKUBATORÓW
W ZZOZ OŚWIĘCIM

Cele działania:

1. Utrzymanie w czystości użytkowanych inkubatorów noworodkowych.
2. Zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego poprzez dezynfekcję i mycie końcowe inkubatorów.
3. Zapobieganie zakażeniom wewnątrzoddziałowym.

Skuteczne mycie i dezynfekcja inkubatora jest jednym z czynników gwarantujących bezpieczeństwo jego użytkowania!

W procesie mycia i dezynfekcji należy przestrzegać zaleceń producenta sprzętu.

Ogólne zasady postępowania z inkubatorem

1. Gruntowne mycie i dezynfekcję inkubatorów przeprowadzić w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu.
   Zaleca się wydzielenie osobnych pomieszczeń do gruntownej dezynfekcji i mycia inkubatorów oraz do wietrzenia inkubatorów.
   Pomieszczenie, w którym przeprowadzono ww.czynności po ich ukończeniu należy zdezynfekować i naświetlić lampą bakteriobójczą.
2. Do dezynfekcji inkubatorów stosować wyłącznie preparaty z przeznaczeniem do ww. czynności.
3. W postępowaniu z inkubatorami nie należy:
   - używać preparatów dezynfekcyjnych w stanie nierozcieńczonym (z wyjątkiem preparatów stężonych przeznaczonych do dezynfekcji),
   - stosować ściernych środków czyszczących,
   - stosować preparatów zawierających.
     * formaldehyd,
     * alkohol,
     * aceton,
   - poddawać działaniu tlenku etylenu (sterylizacja gazowa) żadnych elementów inkubatora,
   - poddawać sterylizacji parowej żadnych elementów inkubatora,
   - smarować substancjami łatwopalnymi (olej, smar, substancje smaropodobne) żadnych elementów wnętrza inkubatora (nagromadzone substancje mogą ulec samozapaleniu w kontakcie ze stężonym tlenem)

4. Inkubator należy poddać gruntownej dezynfekcji i myciu przed pierwszym użyciem (po zakupie).
5. Inkubator użytkować u danego noworodka nie dłużej niż 7 dni.
   Po ww. czasie należy poddać go gruntownej dezynfekcji i myciu celem przygotowania dla następnego noworodka.
6. Poddać inkubator końcowej dezynfekcji i myciu po zakończeniu użytkowania u danego dziecka (jeżeli był użytkowany krócej niż 7 dni).
7. Podczas użytkowania inkubatora należy utrzymywać go w bieżącej czystości.
8. Inkubator należy poddawać dezynfekcji i myciu w każdym przypadku jego zabrudzenia.
9. Użytkowanie inkubatorów w oddziale wymaga ich oznakowania.
   Zgodnie z Załącznikiem Nr1 do Instrukcji należy prowadzić dokumentację:
   a) gruntownej dezynfekcji i mycia inkubatorów,
   b) długości stosowania inkubatora u danego noworodka (termin od ... do ...),
   c) wymiany filtru powietrza.
10. Wymiana filtra powietrza w inkubatorze:
    a) filtr należy użytkować nie dłużej niż trzy miesiące,
    b) okres użytkowania filtra może ulec skróceniu przy dużym zanieczyszczeniu powietrza lub przy częstym użytkowaniu inkubatora,
    c) filtr należy wymienić na nowy zawsze, jeżeli są widoczne zabrudzenia,
    d) pokrywę filtra należy otwierać tylko w celu wymiany filtra.
11. Nie należy napełniać wodą komory nawilżacza.
    Sterylną wodę destylowaną należy wlać do zbiornika bezpośrednio przed umieszczeniem noworodka w inkubatorze.
    Uwaga!
    Wodę w zbiorniku nawilżacza należy wymieniać co 24 godziny, aby zapobiec namnażaniu drobnoustrojów!
    Temperatura wody sterylnej wlanej do zbiornika nie powinna być wyższa niż 40 stopni Celcjusza.
12. Komora nawilżacza powinna znajdować się w inkubatorze nawet, jeżeli nawilżanie nie jest konieczne. Nie należy wówczas napełniać wodą zbiornika.

Bieżące utrzymanie inkubatorów w czystości
(przeprowadza personel medyczny)

Podczas zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych u noworodka poza inkubatorem należy przeprowadzać codzienną dezynfekcję następujących elementów inkubatora:

- materacyk i platforma materacyka
- kopuła inkubatora – część zewnętrzna, zwłaszcza okolice okienek pielęgnacyjnych,
- kopuła inkubatora – część wewnętrzna,

Po zaleconym czasie użytkowania preparat dezynfekcyjny zmyć jałową wodą destylowaną (przy pomocy ściereczki),a następnie przetrzeć elementy inkubatora suchą ściereczką jednorazową.
Bieżące utrzymanie czystości inkubatora przeprowadzać z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej.

Gruntowna dezynfekcja i mycie inkubatorów
(przeprowadza personel firmy sprzątającej we współpracy z personelem medycznym)

1. Odłączyć inkubator od sieci zasilającej oraz poczekać aż wystygnie grzałka inkubatora.
2. Przewieźć inkubator do wyznaczonego pomieszczenia.
3. Przygotować sprzęt i środki:
   - preparat myjąco – dezynfekcyjny przeznaczony do inkubatorów,
   - zamykany pojemnik do wykonania roztworu roboczego środka dezynfekcyjnego,
   - butelki ze sterylną destylowaną wodą,
   - jednorazowe ściereczki,
   - środki ochrony osobistej (rękawice ochronne, maskę, okulary, fartuch foliowy).
4. Nałożyć odzież ochronną.
5. Higienicznie umyć ręce.
6. Zdemontować inkubator (podstawa materacyka, kopuła, podstawa główna, uszczelka podstawy, uszczelki i przesłony otworów pielęgnacyjnych, osłona dmuchawy, dmuchawa, dreny do tlenu, uszczelka otworów na rury i przewody).
7. Zdezynfekować przez zanurzenie części rozłączalne inkubatora:
   - uszczelki i przesłony otworów pielęgnacyjnych,
   - uszczelka płyty czołowej,
   - osłona dmuchawy,
   - dmuchawa,
   - zbiornik na wodę z komory nawilżacza – po wcześniejszym wylaniu pozostałej wody,
   - dreny do tlenu – przy zachowaniu całkowitego wypełnienia wnętrza drenu preparatem dezynfekcyjnym.

   a) po zaleconym czasie dezynfekcji ww. części wyjąć i spłukać sterylną wodą destylowaną do całkowitego usunięcia preparatu dezynfekcyjnego oraz osuszyć ściereczką,

   b) dreny do tlenu przepłukać wodą destylowaną, osuszyć, przygotować do sterylizacji.
8. Zdezynfekować i umyć powierzchnie i części nierozłączalne inkubatora przez przecieranie stosując jednorazowe ściereczki nasączone preparatem dezynfekcyjnym:
   - materacyk,
   - platforma materacyka,
   - płyta czołowa (część wewnętrzna, część zewnętrzna),
   - kopuła inkubatora (część zewnętrzna i część wewnętrzna),
   - moduł czujników,
   - podstawa główna i uszczelka podstawy,
   - komora klimatyczna,
   - czujnik temperatury skóry,
   - komora nawilżacza – po wcześniejszym ostygnięciu komory i zawartej w zbiorniku wody (nie wolno zanurzać komory nawilżacza w środku dezynfekcyjnym, gdyż zawiera elementy elektryczne)

Po zaleconym czasie dezynfekcji przetrzeć wszystkie ww. elementy ściereczką jednorazową nawilżoną sterylną wodą destylowaną, a następnie suchą ściereczką.

9. Zdjąć środki ochrony osobistej.
   Przeprowadzić higieniczne mycie i dezynfekcję rąk.
10. Przewietrzyć pomieszczenie, w którym odbywała się dezynfekcja i mycie inkubatorów.
11. Wietrzyć inkubator przed ponownym użyciem minimum 4 godziny – pożądany czas wietrzenia: 12 godzin.
12. Utrzymywać inkubator w stanie suchym, w zabezpieczeniu przed zanieczyszczeniami.
13. Na obudowie kopuły inkubatora umieścić autoryzację procesu (data dezynfekcji i mycia oraz identyfikacja osoby przeprowadzającej ww. czynności).
14. Udokumentować przeprowadzenie gruntownej dezynfekcji i mycia w zeszycie użytkowania inkubatora.

Instrukcję sporządzili :

Pielęgniarka Epidemiologiczna
mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska

p.o. PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Oddziału Noworodkowego
15.08.10.
mgr Beata Janiszyk

Młodszy Asystent Epidemiolog
mgr Marzenna Pasko

15.08.2010

Załącznik nr 1 do Instrukcji mycia i dezynfekcji inkubatorów w ZZOZ Oświęcim

DOKUMENTACJA UŻYTKOWANIA INKUBATORÓW

Dokumentację prowadzi się dla przyjętego w oddziale systemu oznakowania poszczególnych inkubatorów.

Rodzaj inkubatora	Gruntowne mycie i dezynfekcja inkubatora		Użytkowanie inkubatora	
	Data	Zastosowany preparat dezynfekcyjny	Termin użytkowania od … do …	Dane noworodka, u którego stosowano inkubator

Rodzaj inkubatora	Gruntowne mycie i dezynfekcja inkubatora		Użytkowanie inkubatora	
	Data	Zastosowany preparat dezynfekcyjny	Termin użytkowania od ... do ...	Dane noworodka, u którego stosowano inkubator

Zasady postępowania w przypadku wzmożonego reżimu sanitarnego

Wzmożony reżim sanitarny stosowany jest wobec chorych lub podejrzanych o chorobę zakaźną lub zakażenie w celu uniemożliwienia przeniesienia czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

Wzmożony reżim sanitarny wymaga umieszczenia pacjenta w wydzielonej sali (izolatka), a przy braku dostępnej izolatki na sali zbiorczej (sytuacje wyjątkowe!).

Niezależnie od możliwości zastosowania izolacji (izolatka lub sala zbiorcza) należy stosować wymagane zasady postępowania.

Zakres działania	Sposób postępowania
Wprowadzenie wzmożonego reżimu sanitarnego	1. Odbywa się zgodnie z **Procedurą komunikacji w przypadku wdrożenia wzmożonego reżimu sanitarnego** (załącznik nr 1 do standardu ZKZSE/1/2006- Postępowanie w ognisku epidemicznym). a) **w dni robocze** w godzinach od 7.00 – 14.30 reżim wprowadza ZKZSE. b) **w dni wolne** oraz w dni robocze w godzinach 14.30 – 7.00 dnia następnego – lekarz oddziału. **2. Podczas wprowadzenia reżimu sanitarnego może być wymagane:** a) ograniczenie lub wstrzymanie odwiedzin u pacjenta/ pacjentów, b) wstrzymanie planowych przyjęć do oddziału. Decyzje w sprawie powyższych działań podejmuje Dyrekcja Zakładu w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału. 3. W przypadku wstrzymania przyjęć do oddziału objętego reżimem, Ordynator Oddziału zawiadamia Ordynatora lub lekarza dyżurnego SOR.
Wydzielenie obszaru izolacji	1. **Poinformowanie pacjenta** o konieczności i zasadach wprowadzenia izolacji. **2. Izolowanie może odbyć się jednym z poniższych sposobów:** a) izolatka lub sala wydzielona dla jednego pacjenta. b) kohortowanie pacjentów zakażonych/ zakaźnych w obrębie jednej sali. c) pobyt pacjenta izolowanego w sali zbiorczej. 3. **Ograniczenie do minimum poruszania się osób w obszarze izolacji dotyczy:** a) wychodzenia pacjenta poza obszar izolacji, b) nieuzasadnionych wejść personelu do sali izolacji - zaleca się zapewnienie dedykowanego personelu, - ograniczenie konsultacji specjalistycznych do niezbędnych, c) ograniczenie, ewentualnie wstrzymanie odwiedzin osób odwiedzających.
Informowanie o reżimie w obrębie oddziału	1. Oznakowanie sali – na drzwiach od strony korytarza napis: **„Reżim sanitarny"**. 2. W raporcie pielęgniarskim informacja o wdrożeniu reżimu u danego pacjenta. 3. W raporcie pielęgniarskim – przez cały czas prowadzenia reżimu adnotacja: **„pacjenci izolowani : nazwisko pacjenta + numer sali".**

Wymagane wyposażenie obszaru izolacji	1. **Do zabezpieczenia higieny rąk wymagane są** w stałej dostępności: mydło, ręczniki papierowe, preparat do dezynfekcji rąk. a) mydło i ręczniki papierowe zabezpiecza firma sprzątająca, b) preparat do dezynfekcji rąk zabezpiecza pielęgniarka oddziałowa (odcinkowa). 2. Wsali pozostawić wyłącznie sprzęt dedykowany do pielęgnacji pacjenta (sala 1-osobowa lub z pacjentami kohortowanymi). 3. Niedopuszczalne jest przenoszenie sprzętu dedykowanego do innych pomieszczeń przez cały okres reżimu! 4. W sali, w której przebywa jeden izolowany pacjent, z łóżek pozostawić wyłącznie łóżko pacjenta.
Stosowanie środków ochrony osobistej	1.Założenie środków ochrony osobistej obowiązuje wszystkie osoby wchodzące na salę izolacji. 2. Dobór środków ochrony osobistej zależy od rodzaju izolacji i czynności wykonywanych u pacjenta: - **fartuchy i rękawice jednorazowe** – wszystkie rodzaje izolacji, - **maski ochronne** – w izolacji powietrzno – kropelkowej, powietrzno – pyłowej oraz przy zabiegach z ryzykiem rozprysku materiału biologicznego od pacjenta, - **okulary ochronne** – przy zabiegach związanych z ryzykiem rozprysku materiału biologicznego od pacjenta, 3. Zestaw wymaganych środków ochrony osobistej powinien znajdować się na wydzielonym stoliku przed wejściem do do sali chorego w korytarzu lub w śluzie izolatki. 4. **Zdejmowanie środków ochrony osobistej:** - obowiązuje w obrębie sali chorego, bezpośrednio przed opuszczeniem obszaru izolacji, - po zdjęciu należy je umieścić w koszu na odpady zakaźne w obrębie sali izolacji, - nie dopuszcza się odwieszania celem powtórnego użycia, zdjętych fartuchów, masek jednorazowych. - po zdjęciu należy przeprowadzić higienę rąk (mycie i dezynfekcja) w obrębie sali izolacji.
Żywienie pacjenta	**1. Zalecane jest stosowanie naczyń jednorazowych** (zawsze, gdy pacjent jest izolowany na sali zbiorczej), <u>2. W przypadku stosowania naczyń wielokrotnego użytku należy :</u> a) wydzielić komplet naczyń stołowych dla pacjenta - przechowywany i myty na sali chorego, b) po odwołaniu reżimu: - w obrębie sali poddać dezynfekcji, - następnie przenieść do kuchenki oddziałowej celem mycia, wyparzania lub mycia automatycznego, - w przypadku Clostridium difficile przeprowadzić dezynfekcję z użyciem preparatu chlorowego, zawierającego wolny chlor w stężeniu 5 000 ppm (w następujących preparatach:

	Chlor – Clean, Medicarine, Actichlor, Actichlor plus 1 tabletka = 1 000 ppm/ il roztworu). 3. Postępowanie z resztkami żywnościowymi od pacjenta: - wszystkie odpady żywnościowe traktować jak odpad medyczny zakaźny w obrębie sali chorego, - dotyczy to żywienia szpitalnego, prywatnego pacjenta oraz opakowań jednorazowych żywności.
Zabezpieczenie potrzeb fizjologicznych pacjenta	**1. Pacjenci korzystający z WC** - zalecane jest wydzielenie i opisanie toalety dla pacjenta izolowanego (jeżeli nie ma jej w obszarze izolacji) **2. Przy izolacji drogą pokarmową** - poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania każdorazowego korzystania z toalety - brak możliwości wydzielenia toalety- skutkuje koniecznością dezynfekcji toalety po każdym użytkowaniu przez pacjenta izolowanego **3. Pacjenci leżący** a) zabezpieczeni pampersami - po zdjęciu pampers należy umieścić w czerwonym worku w obrębie sali chorego, a następnie przenieść do brudownika i umieścić w koszu na odpady medyczne zakaźne b) pacjenci korzystający z basenów i kaczek - zaleca się stosowanie basenów i kaczek jednorazowych - basen / kaczkę jednorazową bezpośrednio po użyciu – w obrębie sali chorego umieścić w czerwonym worku , przenieść ostrożnie do brudownika, bez worka umieścić w maceratorze; worek stanowi odpad zakaźny, - w przypadku awarii maceratora basen/ kaczkę jednorazową opróżnić z zawartości do WC w brudowniku, po opróżnieniu traktować jako odpad medyczny zakaźny, zgłosić firmie sprzątającej konieczność zdezynfekowania toalety, - nie dopuszcza się odkładania użytego basenu , kaczki oraz podkładki pod basen na podłogę - przeprowadzić dezynfekcję podkładki przez zanurzenie - basen / kaczkę wielorazową -zabezpieczyć czerwonym workiem, przenieść ostrożnie do brudownika, opróżnić, przeprowadzić dezynfekcję przez zanurzenie (w przypadku dostępu do myjnio-dezynfektora- umieścić basen / kaczkę w urządzeniu wraz z zawartością)
Postępowanie z bielizną szpitalną	1. **Zaleca się stosowanie bielizny szpitalnej jednorazowej** - po zmianie bielizny umieścić ją w obrębie sali w worku na odpady medyczne zakaźne. 2. **Postępowanie z bielizną wielorazową** zgodnie ze standardem ZKZSE 1/2012 – Postępowanie z bielizną szpitalną (podwójne worki, kolor zielony worków, opis worka zewnętrznego co do zawartości). - personel pielęgniarski powinien umieścić bieliznę w worku w obrębie sali, worek zamknąć, spisać zawartość - personel firmy sprzątającej powinien włożyć bieliznę do drugiego worka, opisać : „Bielizna zakaźna" - tak opisany zewnętrzny worek przenieść do brudownika,

	3. Nie pozostawiać zdjętej bielizny w obrębie sali chorego, niezwłocznie przenieść do brudownika. 4. Rozważyć potrzebę dodatkowego wywozu brudnej bielizny z oddziału w godzinach popołudniowych – na wniosek pielęgniarki oddziałowej, która zgłasza potrzebę kierownikowi transportu wewnętrznego.
Postępowanie z odzieżą hospitalizowanego pacjenta	1. Zaleca się stosowanie szpitalnej odzieży dla pacjenta – jednorazowej lub wielorazowej. 2. Postępowanie z odzieżą wielorazową identyczne jak z bielizną pościelową (spakowanie do podwójnych worków koloru zielonego oraz opisanie zawartości worka: „Odzież zakaźna").
Postępowanie ze sprzętem medycznym	1. W miarę możliwości zaleca się stosowanie sprzętu i narzędzi jednorazowych. 2. Sprzęt medyczny - wydzielony i pozostawiony na sali chorego przez cały czas utrzymywania reżimu (mankiety do pomiaru ciśnienia, stetoskop, termometr, itp.) a) po zakończeniu reżimu przeniesiony w szczelnym pojemniku, poddany wstępnej dezynfekcji a następnie przekazany do Centralnej Sterylizatorni – zaleca się opisanie przekazywanego sprzętu:"Reżim sanitarny - rodzaj czynnika chorobotwórczego", 3. Narzędzia wielorazowe – bezpośrednio po użyciu umieścić w zamykanym pojemniku, poddać wstępnej dezynfekcji poza salą chorego a następnie przekazać do Centralnej Sterylizatorni – zaleca się opisanie przekazywanych narzędzi: „Reżim sanitarny - rodzaj czynnika chorobotwórczego". 4. Do dezynfekcji wstępnej sprzętu i narzędzi wielorazowych zastosować preparat o szerokim spektrum (B, F, V, Tbc), w razie konieczności też sporobójczym. 5. Po zabiegu operacyjnym u pacjenta poddawanego reżimowi sanitarnemu: a) kontener z narzędziami jak najszybciej przekazać do Centralnej Sterylizatorni z opisem: „Reżim sanitarny – rodzaj czynnika chorobotwórczego", b) w godzinach braku pracy Centralnej Sterylizatorni poddać narzędzia dezynfekcji wstępnej poprzez całkowite zanurzenie w preparacie wykazującym szerokie spektrum (B, F, V, Tbc, w razie konieczności spory), - przekazać do Centralnej Sterylizatorni z opisem: „Reżim sanitarny – rodzaj czynnika chorobotwórczego". 6. Do zmiany opatrunków: - nie wprowadzać wózka zabiegowego do obszaru izolacji, - na salę wnieść tylko niezbędny sprzęt i dedykować go danemu pacjentowi.

Postępowanie z odpadami (niezależnie od obszaru izolacji)	1. Wszystkie odpady z obszaru izolacji należy traktować jako medyczne zakaźne i umieszczać w pojemniku na odpady w obrębie sali chorego. 2. Do wykładania pojemników na odpady stosować worki koloru czerwonego. 3. Po opróżnieniu kosza worek zamknąć, umieścić go w drugim worku, przenieść do brudownika i opisać zgodnie z zasadami. 4. W związku ze zwiększeniem ilości wytwarzanych odpadów medycznych zakaźnych – rozważyć możliwość dodatkowego wywozu odpadów z oddziału w godzinach popołudniowych, – decyzję odnośnie powyższego podejmuje Pielęgniarka Oddziałowa i ustala godziny wywozu odpadów z kierownikiem transportu wewnętrznego.
Transport pacjenta poza obszar oddziału	1. Sytuacje opuszczania oddziału przez pacjenta poddawanego izolacji ograniczyć do niezbędnych (transport na badania diagnostyczne). 2. Poinformować komórkę organizacyjną, do której pacjent jest transportowany o stosowanym reżimie sanitarnym. 3. Personel pracowni zobowiązany jest do: - takiego zorganizowania pracy, aby pacjent izolowany nie kontaktował się z innymi oczekującymi i jak najszybciej został poddany badaniu, - zastosowania wymaganych środków ochrony indywidualnej, - bezpośrednio po zakończeniu badania przeprowadzenia dezynfekcji powierzchni kontaktujących się z pacjentem 4. Transport pacjenta poza oddział macierzysty: a) wózek transportowy zabezpieczony w pościel jednorazową, po zakończeniu transportu pościel przekazać jako odpad medyczny zakaźny, wózek transportowy zdezynfekować, b) personel transportujący zaopatrzony w wymagane środki ochrony osobistej, w razie izolacji powietrzno – kroplkową, zabezpieczenie w maskę ochronną, c) w przypadku izolacji drogą powietrzno – kropelkową zabezpieczenie dróg oddechowych pacjenta maską ochronną, d) zakazuje się równoczesnego przewozu windą pacjenta objętego reżimem z innymi osobami, e) po każdym użyciu windy personel transportujący zawiadamia pracownika firmy sprzątającej o konieczności poddania jej dezynfekcji.
Przeniesienie pacjenta objętego reżimem do hospitalizacji w innym oddziale	1. Pielęgniarka Oddziałowa zawiadamia ZKZSE o zakończeniu reżimu w danym oddziale. 2. Przekazanie pacjenta do następnego oddziału odbywa się zgodnie z zasadami opisanymi w części: „Transport pacjenta poza obszar Oddziału" 3. Dokumentacja pacjenta zostaje przekazana do kolejnego oddziału w czerwone teczce z napisem: „ Reżim sanitarny". 4. ZKZSE zgodnie z „Procedurą komunikacji w przypadku wdrożenia wzmożonego reżimu sanitarnego" zawiadamia poszczególne komórki organizacyjne o reżimie w nowym oddziale.

Odwołanie wzmożonego reżimu sanitarnego	1. Za odwołanie reżimu sanitarnego odpowiedzialny jest ZKZSE. 2. Wybrane komórki organizacyjne zostają telefonicznie powiadomione o odwołaniu reżimu 3. Potwierdzenie odwołania reżimu jest wpis do dokumentu: „Reżim sanitarny (druk wewnętrzny ZKZSE). **4. Odwołanie wzmożonego reżimu sanitarnego wymaga:** a) odnotowania w dokumentacji pielęgniarskiej (raport pielęgniarski), b) przeprowadzenia gruntownego sprzątania obszaru izolacji (dezynfekcja i mycie powierzchni pionowych, poziomych oraz całego sprzętu w obszarze izolacji), c) przeprowadzenia dekontaminacji sprzętu dedykowanego dla pacjenta.
Wytyczne dla firmy sprzątającej	1. Personel sprzątający zobowiązany jest znać i stosować zasady: - sprzątania w przypadku wprowadzenia reżimu sanitarnego, - izolacji, Standardy izolacji w zakażeniach szerzących się różnymi drogami dostępne są w każdym oddziale szpitalnym (do wglądu dla pracowników utrzymania czystości). 2. Pracownicy firmy wykonują czynności sprzątania pod nadzorem swego kierownika, który jest odpowiedzialny za dostarczenie niezbędnego sprzętu i preparatów do wykonywania prac związanych z wprowadzonym reżimem. 3. Kierownik Firmy sprzątającej jest odpowiedzialny za zabezpieczenie odpowiedniej ilości personelu wykonującego prace związane ze wzmożonym reżimem: - rozważenie zwiększenia ilości pracującego personelu, - wydłużenia czasu pracy, - dedykowanie personelu wyłącznie do sprzątania w obszarach izolacji. 4. Osoby sprzątające obszar izolacji nie powinny wykonywać w tym obszarze czynności nie związanych ze sprzątaniem. 5. Wejście i przebywanie w obszarze izolacji ograniczyć do wykonywania niezbędnych czynności. 6. Podczas sprzątania pomieszczenia izolacji stosować jednorazowe środki ochrony osobistej zgodnie z zasadami opisanymi w części: "Stosowanie środków ochrony osobistej". 7. W przypadku braku dedykowanego personelu – sprzątanie pomieszczeń objętych wzmożonym reżimem wykonywać o ostatniej kolejności.

8. Częstotliwość mycia i dezynfekcji pomieszczenia objętego wzmożonym reżimem sanitarnym – niezależnie od obszaru izolacji:
a) pobyt pacjenta w izolatce lu w sali wydzielonej dla jednego pacjenta lub pobyt pacjentów w sali kohortacji – nie rzadziej niż 2 x dziennie i w razie potrzeby:
* powierzchnie w otoczeniu pacjenta (ramy łóżka, stolik przyłóżkowy),
* klamki i strefa dotykowa drzwi,
* zewnętrzna część dozowników,
* bateria i strefa spryskowa umywalki, umywalka,
* inne powierzchnie zanieczyszczone biologicznie,
* zewnętrzna część koszy na odpady,
* podłoga,
b) pobyt izolowanego pacjenta w sali zbiorczej :
identycznie jak w punkcie 8 a z zachowaniem zasad sprzątania :
* salę myć na końcu (po innych salach),
* dezynfekcję i mycie zaczynać od powierzchni najbardziej oddalonych od izolowanego pacjenta a otoczenie pacjenta w ostatniej kolejności, poruszając się w jednym kierunku.

9. Przeniesienie pacjenta z sali zbiorczej do obszaru izolacji wymaga przeprowadzenia gruntownego sprzątania sali zbiorczej (dezynfekcja i mycie powierzchni pionowych, poziomych i w miarę możliwości wyposażenia).

10. Mycie i dezynfekcję pomieszczenia izolacji wykonywać przy użyciu wydzielonego sprzętu:
a) ściereczki i mopy po użyciu umieścić w podwójnym worku w obrębie sali chorego, przenieść do brudownika, podpisać worek zewnętrzny: „Bielizna zakaźna", dołączyć opis ilości i asortymentu,
b) ściereczki i mopy jednorazowe – traktować jako odpad zakaźny i bezpośrednio po użyciu umieścić w obrębie sali w koszu,
c) pozostały sprzęt stosowany podczas sprzątania bezpośrednio po użyciu zdezynfekować w brudowniku, przechowywać czysty na sali pacjenta.

11. Do dezynfekcji pomieszczenia stosować preparaty o szerokim spektrum działania (na bakterie , grzyby, wirusy, prątki gruźlicy) a w przypadku zakażeń Clostridium perfringens i Clostridium difficile – dodatkowo o działaniu sporobójczym
* zaleca się stosowanie preparatów o równoczesnych właściwościach myjąco - dezynfekujących,
* nie używać spryskiwacza do dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych organicznie (widoczne zanieczyszczenia) oraz zanieczyszczonych prątkami gruźlicy.

12. Zabezpieczenie obszaru izolacji w mydło do rąk oraz ręczniki papierowe pozostaje w kwestii Firmy sprzątającej.
a) postępowanie z dozownikiem na mydło do rąk:
- dolewanie mydła do pojemnika jest zabronione!,
- po całkowitym opróżnieniu zawartości pojemnika na mydło (element dozownika lub butelka wielorazowa) należy:
* wyjąć,
* wypłukać z resztek zawartości,
* poddać dezynfekcji, myciu i osuszeniu,
- do tak przygotowanego dozownika wlać mydło lub wstawić butelkę z mydłem.

	13. Mycie i dezynfekcja sanitariatów (ogólnodostępnych lub przy sali zbiorczej): - należy zwiększyć częstotliwość mycia i dezynfekcji do 3 razy na dobę (niezależnie od lokalizacji toalety), - w izolacji zakażeń przenoszonych drogą pokarmową przeprowadzić dezynfekcję i mycie po każdym zgłoszeniu pacjenta, nie rzadziej jednak niż co 2 godziny (udokumentować wykonanie). 14. Postępowanie z odpadami i brudną bielizną szpitalną zgodnie z wytycznymi zawartymi w częściach: a) „Postępowanie z bielizną szpitalną", b) „Postępowanie z odpadami (niezależnie od obszaru izolacji)". 15. Bezpośrednio po odwołaniu reżimu: a) gruntowna dezynfekcja i mycie wszystkich powierzchni i sprzętów w obrębie pomieszczenia izolacji, b) dezynfekcja i mycie łóżka: - materac w całości zabezpieczony zmywalnym pokrowcem – zdezynfekować z użyciem preparatu o szerokim spektrum działania, - materac nie zabezpieczony zmywalnym pokrowcem w całości zapakować do worka, szczelnie zamknąć i opisać: „Materac zakaźny", - koce, poduszki przekazać do pralni w podwójnych workach koloru zielonego z opisem: „Bielizna zakaźna", c) salę poddać wietrzeniu i naświetlaniu po uzgodnieniu z personelem pielęgniarskim.

Traci moc dokument: „Zasady postępowania w przypadku wprowadzenia wzmożonego reżimu sanitarnego (izolacji) – Wytyczne dla pracowników Firmy sprzątającej".

Otrzymują:

1. Naczelna Pielęgniarka
2. Pielęgniarka Przełożona
3. Oddziały szpitalne.
4. Pracownie diagnostyczne.
5. Kierownik Firmy sprzątającej.
6. Starszy inspektor ds. Infrastruktury
7. Dział Żywienia
8. Blok Operacyjny
9. Centralna Sterylizatornia
10. Kierownik Sekcji Zaopatrzenia Wewnątrzszpitalnego i Utrzymania Terenu
11. Sekcja Obrotu Bielizną Szpitalną

Młodszy Asystent Epidemiolog

mgr Marzenna Pasko 28.12.12.

Pielęgniarka Epidemiologiczna

mgr Małgorzata Jankowiec-Zborowska

Zespół Kontroli
Zakażeń Szpitalnych
i Epidemiologii

Załącznik nr 1 do standardu ZKZSE / 2 /2006

Procedura dekontaminacji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym

Cel procedury - zapobieganie zakażeniom szpitalnym

Zakres procedury – wszystkie obszary,w których może dojść do zanieczyszczenia materiałem organicznym powierzchni poziomych, pionowych oraz wyposażenia

Odpowiedzialność:

1/ za wdrożenie procedury
a) zespół kontroli zakażeń szpitalnych

2/ za realizację procedury
a) kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych- w zakresie nadzoru nad realizacją
b) pracownicy wykonujący pracę w komórce organizacyjnej- w zakresie powiadomienia personelu sprzątającego, a przy braku tego personelu -w zakresie wykonania procedury
- pielęgniarki / położne
- laboranci
- technicy rtg
- pracownicy transportu wewnętrznego
c) personel sprzątający- w zakresie wykonania procedury
d) lekarze- w zakresie powiadomienia personelu pielęgniarskiego / położnych o zdarzeniu

Definicje:

1) **materiał organiczny** – materiał pochodzący od człowieka typu krew, płyny ustrojowe, wydaliny, wydzieliny- zawierający lub mogący zawierać biologiczny czynnik chorobotwórczy
2) **biologiczny czynnik chorobotwórczy**- posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty
3) **dekontaminacja** – proces niszczenia biologicznych czynników chorobotwórczych przez mycie i dezynfekcję
4) **małe zanieczyszczenia organiczne** – są to pojedyncze plamy, zacieki, zaschnięte zanieczyszczenia o niewielkich rozmiarach (tj .do 30 ml)
5) **duże zanieczyszczenia organiczne**- to zanieczyszczenia powierzchni o rozmiarach powyżej 30 ml oraz typu rozlewiska

Sposób postępowania – określają szczegółowo 2 Instrukcje postępowania

1) **Instrukcja nr 1 - Instrukcja dekontaminacji powierzchni z małymi zanieczyszczeniami organicznymi -z użyciem preparatu dezynfekcyjnego w postaci roztworu**
2) **Instrukcja nr 2 - Instrukcja dekontaminacji powierzchni z dużymi zanieczyszczeniami organicznymi**

Do dekontaminacji zanieczyszczeń organicznych zabrania się stosować preparat dezynfekcyjny w postaci rozprysku !
Dekontaminację zanieczyszczeń organicznych należy wykonać jak najszybciej z zastosowaniem odpowiednich preparatów.
Powierzchnię poddawaną dekontaminacji zabezpieczyć przed osobami postronnymi.

Źródła :

1) Ustawa z dnia.05.12.2008r.o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013r. poz. 947 ze zm.)
2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.07.2010r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz.940)
3) „ Higiena w placówkach opieki medycznej"- Wydawnictwo Verlag Dashofer

Traci moc :
Aneks do Instrukcji nr 4 / 2001 pt. " Instrukcja postepowania w przypadku zabrudzenia powierzchni materiałem zakaźnym lub potencjalnie zakaźnym (krew, płyny ustrojowe, wydaliny, wydzieliny) - " Czerwona kropla"

Adresaci:
1. Kierownicy wszystkich komórek Pionu Medycznego
2. Dział Infrastruktury
3. Dział Transportu Wewnętrznego
4. ZKZSE -a/a

Instrukcja nr 1-Instrukcja dekontaminacji powierzchni z małymi zanieczyszczeniami organicznymi -z użyciem preparatu dezynfekcyjnego w postaci roztworu

Algorytm postępowania:

1) założyć środki ochrony osobistej typu : maska ochronna, rękawice jednorazowe
2) zebrać materiał organiczny za pomocą materiału chłonnego (ręcznik papierowy, lignina lub jednorazowa ściereczka) nasączonego preparatem dezynfekcyjnym
- jeżeli na powierzchni są kawałki szkła lub inne ostre przedmioty – wcześniej zebrać je pincetą i umieścić w pojemniku na odpady ostre (zalecana- pinceta jednorazowa)
3) umieścić materiał chłonny w pojemniku na odpady medyczne niebezpieczne (worek czerwony)
4) zdjąć rękawice jednorazowe- umieścić w pojemniku na odpady medyczne niebezpieczne
5) higienicznie zdezynfekować ręce
6) nałożyć nowe rękawice jednorazowe
7) powierzchnię zanieczyszczoną organicznie -zdezynfekować przez przetarcie roztworem preparatu dezynfekcyjnego
a) zastosować preparat o szerokim spektrum działania
- w przypadku obecności krwi- o działaniu bakteriobójczym, grzybobójczym, wirusobójczym, wskazane prątkobójcze
- w przypadku obecności plwociny-o działaniu bakteriobójczym, grzybobójczym, prątkobójczym, wskazane wirusobójcze
b) zaleca się stosować preparaty z aktywnym chlorem (podchloryn sodu lub dichloroizocyjanuran sodu)
c) należy zastosować preparat w stężeniu i czasie należnych dla kontaktu z zanieczyszczeniami organicznymi
d) w czasie dezynfekcji powierzchnia powinna być wilgotna przez żądany czas (15 minut)
e) **małe zanieczyszczenia moczem -najpierw należy zmyć detergentem, a w następnej kolejności zdezynfekować (ze względu na fakt, iż połączenie moczu z chlorem powoduje wydzielanie chloru w szkodliwej ilości) !**
8) zdjąć rękawice jednorazowe – zdezynfekować higienicznie ręce
9) zdjąć maskę ochronną – zdezynfekować higienicznie ręce
10) po upływie czasu dezynfekcji nałożyć nowe rękawice jednorazowei i zmyć powierzchnię preparatem myjącym

Instrukcja nr 2-Instrukcja dekontaminacji powierzchni z dużymi zanieczyszczeniami organicznymi

Algorytm postępowania:

1) założyć środki ochrony osobistej typu : maska ochronna, okulary ochronne, fartuch jednorazowy, rękawice jednorazowe
2) zebrać materiał organiczny za pomocą materiału chłonnego (ręcznik papierowy, lignina lub jednorazowe ściereczki) nasaczonego preparatem dezynfekcyjnym
- wymieniać materiał chłonny stosownie do wielkości zanieczyszczenia
a)jeżeli na powierzchni są kawałki szkła lub inne ostre przedmioty – wcześniej zebrać je pincetą i umieścić w pojemniku na odpady ostre (zalecana- pinceta jednorazowa)
3) umieścić materiał chłonny w pojemniku na odpady medyczne niebezpieczne (worek czerwony)
4) zdjąć rękawice jednorazowe- higienicznie zdezynfekowac ręce
5) nałożyć nowe rękawice jednorazowe
6) powierzchnię zanieczyszczoną organicznie -zdezynfekować przez przetarcie roztworem preparatu dezynfekcyjnego
a) zastosować preparat o szerokim spektrum działania
- w przypadku obecności krwi- o działaniu bakteriobójczym, grzybobójczym, wirusobójczym, wskazane prątkobójcze
b) zaleca się stosować preparaty z aktywnym chlorem (podchloryn sodu lub dichloroizocyjanuran sodu)
c) należy zastosować preparat w stężeniu i czasie należnych dla kontaktu z zanieczyszczeniami organicznymi
d) w czasie dezynfekcji powierzchnia powinna być wilgotna przez żądany czas (15 minut)
e) **przy dużych zanieczyszczeniach moczem - należy zastosować preparat dezynfekcyjny na bazie aktywnego tlenu (nie chlorowy) !**
7) zdjąć środki ochrony osobistej w kolejności:
- rękawice jednorazowe- zdezynfekować higienicznie ręce
- maska ochronna, fartuch ochronny- zdezynfekować higienicznie ręce
- powyższe środki ochrony osobistej traktować jak materiał zakaźny (worek czerwony)
- okulary ochronne- poddać dezynfekcji przez zanurzenie lub przetarcie, po czym higienicznie zdezynfekowac ręce
8) po upływie czasu dezynfekcji- nałożyć rękawice jednorazowe i przeprowadzić powtórną dezynfekcję powierzchni
9) zdjąć rękawice jednorazowe- higienicznie zdezynfekować ręce
10) po upływie czasu powtórnej dezynfekcji- nałożyć nowe rękawice jednorazowe i zmyć powierzchnię preparatem myjącym

Pielęgniarka Epidemiologiczna
mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska

Młodszy Asystent Epidemiolog
mgr Marzenna Pasko

04. 10. 2012r

Numer standardu: **ZKZSE / 2 / 2006**	**Standard** **Stosowanie środków dezynfekcyjnych**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania 29.05.2006 r.	Data wdrożenia 19.06.2006 r.	Strona 1 / stron 7
Opracował: (stanowisko i podpis) Pielęgniarki epidemiologiczne mgr Anna Bogoniowska-Fahie mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska	Uzgodnił: (stanowisko , podpis) Przewodniczący ZKZSE lek.med. Krystyna Pierzchała	Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ZZOZ Oświęcim dr n.med. Andrzej Jakubowski	
Traci moc standard Nr 3 / 2001 z dnia 26.06.2001 r. w sprawie Stosowanie środków dezynfekcyjnych			
Cel standardu:. **1.Przecięcie dróg szerzenia się zakażeń szpitalnych. 2.Zredukowanie w środowisku szpitalnym liczby drobnoustrojów do poziomu nie zagrażającego zdrowiu personelu i pacjentów.**			

Dezynfekcja - proces, w wyniku którego ulegają niszczeniu formy wegetatywne drobnoustrojów, lecz nie spory bakterii.

Dezynfekcja wysokiego poziomu - proces, w wyniku którego ulegają niszczeniu wszystkie drobnoustroje, oprócz dużej liczby opornych spor bakterii i prionów.

Stosowane są następujące metody dezynfekcji:

a. fizyczne
b. termiczne
c. chemiczne
d.termiczno-chemiczne

Dezynfekcja chemiczna jest procesem złożonym, na którego przebieg i wynik wpływa wiele czynników:

-czynnik biologiczny (zróżnicowana wrażliwość szczepów na czynniki dezynfekcyjne)
-warunki środowiska (temperatura, stężenie jonów wodorowych- pH , substancje organiczne i nieorganiczne, rodzaj powierzchni)
-właściwości środka dezynfekcyjnego (zakres działania, stężenie roztworu, czas działania, struktura i ilość substancji aktywnych środka)

Główne grupy substancji aktywnych w preparatach dezynfekcyjnych to:

- pochodne fenolowe
- alkohole
- aldehydy
- związki utleniające zawierające aktywny tlen lub chlor
- czwartorzędowe związki amoniowe
- pochodne biguanidyny
- kwasy nieorganiczne

Przy doborze i stosowaniu środków dezynfekcyjnych należy bezwzględnie przestrzegać następujących zasad:

Zasady ogólne

1. Odpowiednie przechowywanie środków dezynfekcyjnych (w pomieszczeniach niedostępnych dla osób niepowołanych, w oryginalnym opakowaniu, z aktualną datą ważności).
2. Stosowanie środków dezynfekcyjnych zaopiniowanych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii (załącznik nr 1)
3. Prawidłowe przygotowanie roztworów środków dezynfekcyjnych
   a. roztwór użytkowy należy przygotować w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu ze sprawnie działającą wentylacją
   b. podczas przygotowania roztworów użytkowych należy stosować sprzęt ochrony osobistej (rękawice, okulary, fartuchy)
   c. roztwory użytkowe należy wymieniać codziennie; w przypadku intensywnego użytkowania nawet częściej.
4. Przestrzegać zasady zmienności przy stosowaniu środków dezynfekcyjnych.
5. Każdy preparat dezynfekcyjny stosowany w oddziale musi posiadać tzw. „Kartę charakterystyki", z którą powinien zapoznać się personel oddziału.
6. Roztwory środków dezynfekcyjnych należy używać zgodnie z ich przeznaczeniem, uwzględniając:
   -wymagane w danych okolicznościach spektrum działania
   -czas działania i odpowiednie stężenie
7. Dobrany środek dezynfekcyjny :
   - nie powinien być neutralizowany przez związki organiczne, plastik, twardą wodę
   - nie powinien powodować korozji narzędzi i niszczyć dezynfekowanych powierzchni
   - nie powinien powodować powstawania opornych szczepów drobnoustrojów
   - nie posiadać przykrego zapachu.
   - powinien być bezpieczny dla pracowników i pacjentów
   - powinien być kompatybilny z innymi środkami chemicznymi (środkami myjącymi).
8. Dezynfekcję przeprowadzać zgodnie z zaleceniami producenta oraz standardami wewnętrznymi szpitala.
   a. dezynfekcję należy przeprowadzać w pojemnikach zamkniętych
   b. pojemnik powinien być dokładnie oznakowany (nazwa i stężenie środka ,data i godzina sporządzenia roztworu, nazwisko osoby przygotowującej roztwór, godzina rozpoczęcia i zakończenia dezynfekcji)
   c. nie stosować urządzeń spryskujących w przypadku zagrożenia prątkami gruźlicy
   d. warunkiem zdezynfekowania powierzchni , przedmiotów, narzędzi jest kontakt z roztworem preparatu-dokładne pokrycie powierzchni, zanurzenie w kąpieli dezynfekcyjnej, całkowite wypełnienie wnętrza drenów, tub, węży, usunięcie pęcherzy powietrza z wewnętrznych powierzchni
   e. po zakończonej dezynfekcji narzędzia i sprzęt medyczny musi być dokładnie umyty, wypłukany i osuszony
9. Przeciwwskazaniem do zatrudnienia w kontakcie z preparatami dezynfekcyjnymi są choroby układu oddechowego oraz występowanie jakichkolwiek objawów uczuleniowych.

Zasady szczegółowe

Dezynfekcję narzędzi należy przeprowadzać zgodnie ze standardami:

- CS /1 / 2006- „ Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego po użyciu u pacjenta."
- CS / 2 /2006- „ Mycie i suszenie narzędzi i sprzętu medycznego przeznaczonego do wysterylizowania. Kontrola czystości i sprawności narzędzi, sprzętu. Kompletowanie zestawów."

Dezynfekcja nie może być stosowana jako metoda zastępcza, w sytuacji gdy wymagany jest poziom czystości mikrobiologicznej osiągany wyłącznie w procesach sterylizacji.

Przenoszenie drobnoustrojów z powierzchni środowiskowych następuje głównie na drodze kontaktu rąk z powierzchnią.

Dezynfekcja powierzchni.

1. Preparaty dezynfekcyjne należy stosować odpowiednio do występującego zagrożenia
   - powierzchnie zanieczyszczone substancjami organicznymi dezynfekować środkami o szerokim spektrum działania.
2. W miejscach stałego pobytu ludzi jednorazowo można dezynfekować małe powierzchnie(ok. 2 m²); gdy dezynfekowane są większe powierzchnie, pomieszczenie powinno być udostępnione po dokładnym wywietrzeniu.
3. Do dezynfekcji dużych powierzchni stosuje się roztwory preparatów działające skutecznie w czasie 15 minut.
   Do dezynfekcji małych, trudno dostępnych powierzchni stosuje się preparaty o czasie działania 1-5 minut.
4. W przypadku preparatów zawierających aldehyd glutarowy jego stężenie nie może przekraczać 0,2% w roztworach użytkowych.
   Preparaty z aldehydem glutarowym w urządzeniach spryskujących mogą być stosowane tylko do dezynfekcji trudno dostępnych powierzchni.
5. Powierzchnie, które mogą kontaktować się ze skórą pacjenta, personelu powinny być zmyte wodą po upływie czasu dezynfekcji.
6. Nie należy mieszać środków dezynfekcyjnych z detergentami i innymi środkami dezynfekcyjnymi.
7. Podłogi i powierzchnie- nie zaleca się rutynowej dezynfekcji.
   Większość flory powierzchni stanowi flora niepatogenna. Użycie detergentu usuwa 80% drobnoustrojów, a dezynfekcja usuwa około 90-95% drobnoustrojów.
   Zaleca się standardowo dezynfekcję jeden raz dziennie oraz zawsze w przypadku zanieczyszczenia substancjami organicznymi.

Dezynfekcja urządzeń sanitarno-higienicznych

1. Dezynfekcja toalet- zaleca się dezynfekcję i mycie dwa razy dziennie lub w razie potrzeby.
2. Dezynfekcja wanny i prysznica- zaleca się dezynfekować i myć po każdym pacjencie.
3. Dezynfekcja misek do mycia pacjentów- po użyciu należy zdezynfekować , umyć i przechowywać w suchym środowisku.
4. Baseny i kaczki- po opróżnieniu z zawartości dezynfekować w pełnym zanurzeniu, następnie umyć i przechowywać w suchym środowisku.

Dezynfekcja sprzętu rehabilitacyjnego

Rehabilitację pacjentów przeprowadza się za pomocą różnych urządzeń i sprzętów wielokrotnego użytku. Właściwe postępowanie ze sprzętem (dezynfekcja i mycie) eliminuje ryzyko zakażenia.

1. Dezynfekcję stołów zabiegowych i materacy do gimnastyki należy przeprowadzać po każdym pacjencie.
   W przypadku stołów niezmywalnych (tkanina) dla każdego pacjenta stosować prześcieradło jednorazowe.
2. Wanny do hydroterapii- po każdym pacjencie należy zdezynfekować i umyć.
3. Przy zabiegach fizykoterapeutycznych (jontoforeza, TENS) należy stosować warstwy izolacyjne -jednorazowe lub dezynfekowane po każdym pacjencie.
4. Urządzenia kontaktujące się bezpośrednio ze skórą pacjenta należy dezynfekować zgodnie z zaleceniem producenta.
5. Sprzęt do kinezyterapii (piłki, przyrządy drewniane) należy dezynfekować po każdym pacjencie.
   Po kontakcie ze skórą nieuszkodzoną dezynfekować środkami o działaniu bakterio- i grzybobójczym, w przypadku skóry uszkodzonej-środkami o szerokim spektrum działania.

Wykaz obowiązujących środków dezynfekcyjnych przedstawia załącznik do standardu.

Adresaci:

1. Kierownicy wszystkich komórek Pionu Medycznego
2. Dział Higieny Szpitalnej
3. Dział Administracyjno-Gospodarczy
4. Dział Techniczno-Eksploatacyjny
5. ZKZSE a/a

Numer standardu ZKZS/ 4 / 2006	STANDARD **Mycie i dezynfekcja rąk**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania 07.06.2006 r.	Data wdrożenia 19.06.2006 r.	Strona 1/ stron 3
Opracował: (stanowisko, podpis) Pielęgniarki epidemiologiczne mgr Anna Bogoniowska-Fahie mgr Małgorzata Jakubiec- Zborowska	Uzgodnił: (stanowisko, podpis) -	Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ZZOZ Oświęcim dr n.med. Andrzej Jakubowski	
Traci moc standard Nr 12 / 1999 w sprawie Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk			
Cel standardu: **1. Zapobieganie zakażeniom krzyżowym.** **2. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i personelu.** **3. Utrwalenie nawyku mycia i dezynfekcji rąk zgodnie z efektywnymi technikami higieny.**			

Bezpośredni kontakt z rękoma pracowników służby zdrowia jest najczęstszą drogą przenoszenia zakażeń pomiędzy personelem a pacjentami.

Mycie rąk usuwa zabrudzenia oraz w znacznym stopniu drobnoustroje należące do flory przejściowej.
Dezynfekcja rąk usuwa w pełni florę przejściową oraz częściowo stałą.

Warunki realizacji standardu :

1. Dostęp do umywalek z bieżącą wodą na stanowisku pracy.
2. Przy każdej umywalce należy zapewnić
   - mydło płynne w dozowniku
   - środek dezynfekcyjny w dozowniku
   - ręcznik papierowy w podajniku
   - kosz na zużyte ręczniki
3. Nad każdą umywalką w widocznym miejscu zawieszona jest instrukcja mycia i dezynfekcji rąk.
4. Pracownicy odpowiedzialni za uzupełnianie mydła płynnego i preparatów dezynfekcyjnych zobowiązani są do uprzedniego umycia i dezynfekcji dozowników.
5. Przeszkolenie pracowników w zakresie efektywnych technik mycia i dezynfekcji rąk.

Najczęściej popełniane błędy w zakresie higieny rąk:

- praca w biżuterii
- zbyt rzadkie mycie rąk w odniesieniu do potrzeb
- niedokładne i zbyt krótkie mycie rąk
- osuszanie rąk ręcznikiem wielokrotnego użycia
- niedokładne osuszenie rąk przed dezynfekcją
- niedokładna dezynfekcja: zbyt mała ilość preparatu, zbyt krótki czas
- brak zabezpieczenia zmian chorobowych na skórze
- zaniedbywanie pielęgnacji rąk

Ogólne zasady postępowania:

1. Podczas pracy personel ma krótko obcięte i nie pomalowane paznokcie.
2. Ręce personelu są wolne od biżuterii (pierścionki, zegarki, bransoletki).
3. Na uszkodzoną skórę dłoni pracownicy zakładają opatrunek wodoodporny.
4. Podrażnieniu skóry rąk zapobiega się poprzez:
   - zmoczenie rąk przed nałożeniem preparatu myjącego
   - dokładne spłukanie preparatu myjącego
5. Dokładne mycie wszystkich powierzchni rąk - zgodnie z obowiązującą techniką .
6. Dokładne osuszenie rąk przed dezynfekcją .
7. Użycie rękawic nie zastępuje mycia rąk, ręce muszą być umyte także po ich zdjęciu.
8. Ochrona rąk przed nadmiernym wysuszeniem przy użyciu preparatów natłuszczających (emulsje, kremy).
9. Zapobieganie alergii- nie należy stosować rękawic lateksowych częściej niż to konieczne.

Technika mycia rąk wg AYLIFFE :

Zmoczyć ręce, dodać mydło i zastosować następującą technikę:

1. pocierać wewnętrzne powierzchnie dłoni
2. pocierać grzbiet dłoni lewej dłonią prawą; zmiana rąk
3. pocierać wewnętrzne powierzchnie dłoni z przeplecionymi palcami
4. pocierać powierzchni zgiętych palców lewej dłoni dłonią prawą; zmiana rąk
5. kciuk dłoni prawej pocierać ruchem obrotowym obejmującą go dłonią lewą; zmiana rąk
6. złączone palce prawej dłoni pocierać ruchem obrotowym o wewnętrzną powierzchnię dłoni lewej; zmiana rąk

Każdy etap należy wykonać pięciokrotnie.

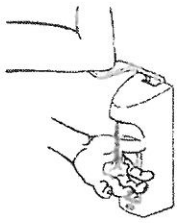
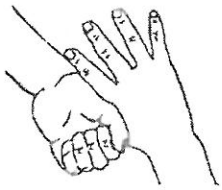
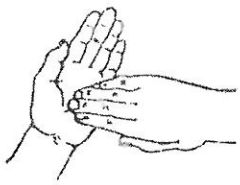
Rodzaj mycia	Zastosowanie	Mycie	Dezynfekcja
Zwykłe- wg techniki Ayliffe	przed wszystkimi rutynowymi czynnościami w oddziale	**10-15 sekund**	-
Higieniczne- wg techniki Ayliffe	w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonaniem procedur medycznych, po kontakcie z wydzielinami lub wydalinami	**20-30 sekund**	ilość preparatu-**3 ml** - do samoistnego wyschnięcia
Chirurgiczne- wg techniki Ayliffe + powiększenie obszarów mycia o nadgarstki, przedramiona oraz czyszczenie paznokci 1-razową szczotką (do pierwszego zabiegu w danym dniu)	przed wszystkimi zabiegami chirurgicznymi i inwazyjnymi	**3-5 minut** osuszenie rąk sterylnym ręcznikiem	dwukrotna dezynfekcja (**2x 5 ml** preparatu) każdorazowo do całkowitego wysuszenia

Adresaci :

1. Kierownicy wszystkich komórek pionu medycznego
2. Dział Higieny Szpitalnej
3. Dział Administracyjno-Gospodarczy
4. Sekcja Obrotu Bielizną
5. Dział Techniczno Eksploatacyjny
6. ZKZSE a/a

Zespół Kontroli
Zakażeń Szpitalnych
i Epidemiologii

Instrukcja mycia i dezynfekcji rąk

1		Nanieść odpowiednią porcję mydła lub środka dezynfekcyjnego.
2		Dezynfekować ręce wg schematu - każdy etap to pięć ruchów „tam i z powrotem".
3		Pocieranie dłoni o dłoń.
4		Pocieranie części dłoniowej prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni, zmiana rąk.
5		Pocieranie grzbietowej powierzchni zagiętych palców jednej dłoni pod zagiętymi palcami drugiej dłoni.
6		Kciuk prawej dłoni ujęty w lewą dłoń, wykonywać ruchy obrotowe wokół kciuka, zmiana rąk.
7		Okrężne pocieranie opuszków palców prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni, zmiana dłoni.

Pielęgniarka Epidemiologiczna
mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska

Starszy Asystent Epidemiolog
mgr Marzanna Pasko

Numer standardu **ZKZSE 1/ 2012**	**STANDARD** **Postępowanie z bielizną szpitalną**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania: 27.12.2012r.	Data wdrożenia: 10.01.2013r.	Strona 1 / 5 stron

Opracował :	Uzgodnił:	Zatwierdził:
Pielęgniarki epidemiologiczne: mgr Marzenna Pasko mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska	Przełożona Pielęgniarek mgr Jadwiga Mąsior	Z-ca Dyrektora ZOZ Oświęcim Dr n.med. Andrzej Jakubowski

Traci moc w sprawie	Standard ZKZSE / 3 /2006 z dnia 06.06.2006r. Postępowanie z brudną bielizną w oddziale

Cel standardu: 1. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń wśród pacjentów i personelu.
2. Ochrona środowiska szpitalnego przed skażeniem.
3. Zapewnienie pacjentom w trakcie hospitalizacji czystej optycznie i mikrobiologicznie bielizny szpitalnej.

Warunki realizacji standardu:

1. Odpowiednia ilość i jakość jednorazowych foliowych worków do zbierania i transportu bielizny brudnej.
2. Odpowiednia wielkość i jakość worków do pakowania brudnych materaców.
3. Zapewnienie personelowi środków ochrony osobistej (jednorazowe rękawice, fartuch, maska).
4. Zapewnienie możliwości higieny rąk.

Definicje:

Biorąc pod uwagę stopień zanieczyszczenia czy poziom skażenia można wyróżnić:

- bieliznę używaną brudną
- bieliznę zanieczyszczoną
- bieliznę skażoną (zakaźną)
- bieliznę wysoce zakaźną.

Bielizna używana brudna - to bielizna pochodząca od chorych poddawanych diagnostyce i leczeniu, u których nie podejrzewa się wystąpienia choroby zakaźnej i których nie kwalifikuje się jako chorych zakażonych. Bielizna używana brudna powinna być segregowana osobno od bielizny zanieczyszczonej.

Bielizna zanieczyszczona - to bielizna zabrudzona wydalinami lub wydzielinami ustrojowymi

Bielizna skażona (zakaźna) -to bielizna pochodząca od chorych zakaźnie, zakażonych lub podejrzewanych o chorobę zakaźną lub zakażenie oraz od chorych poddawanych izolacji.

Bielizna wysoce zakaźna - to bielizna pochodząca od chorych zakaźnie leczonych w oddziałach zakaźnych oraz bielizna pochodząca od chorych ze szczególnie niebezpiecznymi zakażeniami o dużej zaraźliwości / zakaźności lub ciężkich skutkach zakażenia (np. ospa prawdziwa,wąglik).
W tej kategorii zaleca się stosowanie bielizny jednorazowej !

Bielizna szpitalna czysta - to bielizna poddana procesom dezynfekcji, prania, maglowania, zapewniającym czystość mikrobiologiczną.

Treść standardu:

I. Postępowanie z brudną bielizną szpitalną

1. W obrębie oddziału szpitalnego

1. Nie należy zmieniać bielizny bezpośrednio przed posiłkami czy zabiegami aseptycznymi, gdyż powoduje to wprowadzenie do powietrza drobnoustrojów, które następnie osadzają się na powierzchniach.
2. Przy kontakcie z brudną bielizną zachować ostrożność oraz stosować środki ochrony osobistej - odpowiednie do zagrożenia.
3. W trakcie zdejmowania bielizny brudnej nie wykonywać zbędnych manipulacji.
   a) zwrócić uwagę, aby poruszanie bielizną było jak najmniejsze, unikać strzepywania i zbędnego potrząsania
   b) unikać kontaktu brudnej bielizny z odzieżą personelu.
   c) bieliznę zanieczyszczoną krwią lub płynami ustrojowymi należy składać tak, aby zanieczyszczone miejsce było zakryte bardziej czystymi częściami bielizny.
4. Brudną bieliznę po zdjęciu umieszcza się bezpośrednio w jednorazowym worku foliowym zawieszonym na stelażu wózka.
   a) brudnej bielizny nie należy rzucać na podłogę ani kłaść na stolikach przyłóżkowych, łóżkach innych pacjentów, na parapetach.
   b) nie wolno przenosić w rękach bielizny luzem.
   c) bieliznę należy umieszczać w worku ostrożnie, aby nie zanieczyścić jego zewnętrznej powierzchni.
   Wywinięcie worka, po założeniu na stelaż, pomaga w ochronie jego powierzchni zewnętrznej.
5. W czasie pakowania brudnej bielizny do worka zwrócić uwagę, aby razem z nią nie umieszczać innych materiałów (przedmioty ostre, długopisy), które mogą stanowić niebezpieczeństwo dla personelu liczącego bieliznę poza oddziałem.
6. Worków z bielizną nie należy przepełniać .
   Po napełnieniu do 2/3 objętości należy go szczelnie zamknąć.
7. Zawiązane worki należy wyraźnie oznakować (nazwa oddziału)
8. Worki z brudną bielizną składować do chwili odbioru w brudowniku oddziału.
9. Personel po kontakcie z bielizną brudną , a przed przystąpieniem do czynności czystych ma obowiązek zmienić środki ochrony osobistej i przeprowadzić higienę rąk.

10. W przypadku wzmożonego reżimu sanitarnego
a) u pacjentów objętych reżimem zmieniać bieliznę w ostatniej kolejności
b) bieliznę skażoną- pakować do podwójnych worków, **koloru zielonego**
- personel pielęgniarski powinien umieścić bieliznę w worku w obrębie sali, worek zamknąć, spisać zawartość (ilość poszczególnego asortymentu)
- personel firmy sprzątającej powinien włożyć bieliznę do drugiego worka, opisać zewnętrzny worek : „ Bielizna zakaźna"- tak opisany worek przenieść do brudownika
c) po zakończeniu reżimu- zapakować materac do odpowiedniego worka w obrębie sali chorego, worek powinien obejmować cały materac, szczelnie zamknąć worek, opisać- „ Materac zakaźny"
d) bezpośrednio po zakończeniu powyższych czynności zdjąć ochrony osobiste i przeprowadzić higienę rąk
11. W miarę możliwości bezpośrednio po zmianie bielizny należy przewietrzyć salę chorych.
12. Po zakończeniu wszystkich prac związanych z brudną bielizną należy zdjąć środki ochrony osobistej, umyć i zdezynfekować ręce.
13. Wózki przeznaczone do transportu brudnej bielizny po opróżnieniu zdezynfekować i umyć
14. Po przekazaniu brudnej bielizny Sekcji Transportu Wewnętrznego brudownik należy zdezynfekować, umyć i przewietrzyć

2. W czasie transportu do Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną

1. W wyznaczonych godzinach pracownicy firmy sprzątającej transportują worki z brudną bielizną szpitalną do drzwi oddziału.
a) w przypadku wzmożonego reżimu sanitarnego- rozważyć potrzebę dodatkowego wywozu brudnej bielizny z oddziału w godzinach popołudniowych - na wniosek pielęgniarki oddziałowej
2. Pracownicy transportu wewnętrznego obierają worki z bielizną z poszczególnych oddziałów szpitalnych celem przewiezienia jej do Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną.
a) pracownicy transportu wewnętrznego odpowiadają za bezpieczny transport brudnej bielizny tj. za ochronę przed uszkodzeniem worków i dostępem osób trzecich
b) pracownicy są zobowiązani stosować ochrony indywidualne: rękawice jednorazowe, fartuchy ochronne z długimi rękawami
c) transport bielizny odbywa się wydzielonymi wózkami
d) w trakcie załadunku i rozładunku należy unikać rzucania workami
e) w przypadku uszkodzenia worka należy przełożyć go w całości do nowego worka
f) wózki do transportu bielizny brudnej należy poddać dezynfekcji i myciu nie rzadziej niż 1 x dziennie i na bieżąco w sytuacji widocznego zanieczyszczenia
3. Wózki z brudną bielizną są przewożone do SOBSz samochodem transportu wewnętrznego. Dezynfekcja i mycie samochodu odbywa się zgodnie z ustalonym harmonogramem.

3. W obszarze Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną

1. Pracownicy transportu wewnętrznego umieszczają bieliznę w części brudnej Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną.
2. Personel pracujący w części brudnej zobowiązany jest do zachowania szczególnych środków ostrożności.
3. Podczas liczenia, sortowania i pakowania bielizny brudnej obowiązuje
a) odzież ochronna:
- czepek
- maska
- fartuch ochronny wiązany z tyłu
- rękawice jednorazowe
- ochraniacze na obuwie

b) zakaz przemieszczania się poza pomieszczenie brudne
c) odzież ochronną po użyciu należy traktować jako odpad medyczny niebezpieczny (zakaźny).
d) po zakończeniu czynności przeprowadzić higienę rąk.

4. Osoby liczące brudną bieliznę nie mogą równocześnie prowadzić dokumentacji.
5. Worki z bielizną skażoną (koloru zielonego) nie podlegają rozpakowaniu i liczeniu.
6. Worki, w których bielizna była transportowana z oddziału, po opróżnieniu należy traktować jako odpad zakaźny.
7. Bielizna przygotowana do pralni (w nowych workach) zostaje umieszczona w wózkach będących własnością pralni.
8. Po zakończeniu powyższych czynności należy przeprowadzić dezynfekcję i mycie wszystkich powierzchni (również wagi) oraz wietrzenie pomieszczenia.

II. Postępowanie z czystą bielizną szpitalną

1. W obszarze Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną

1. Bielizna czysta zostaje przywieziona środkiem transportu pralni - w wydzielonych wózkach transportowych, zabezpieczona w workach, materace ofoliowane.
2. Bielizna zostaje umieszczona w części czystej pralni na regałach.
3. Nie dopuszczalne jest, aby bielizna czysta (nawet w workach) oraz materace były składowane bezpośrednio na podłodze.
4. W czasie rozpakowywania worków oraz pakowania asortymentu dla poszczególnych oddziałów szpitalnych należy postępować tak, by nie doszło do zabrudzenia bielizny.
5. Bielizna dla oddziałów zostaje umieszczona w wózkach do transportu bielizny czystej.

2. W czasie transportu do oddziałów szpitalnych

1.Pracownicy transportu wewnętrznego wszystkie czynności związane z przewozem bielizny wykonują w czystej odzieży roboczej oraz w rękawicach jednorazowych.
2. Pracownicy przewożą wózki z czystą bielizną z korytarza Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną do samochodu.
3. Samochód do transportu bielizny powinien być czysty.
4. W czasie wyładunku z wózków należy ostrożnie posługiwać się workami z bielizną czystą, aby nie dopuścić do ich uszkodzenia.
5. Przekazać bieliznę uprawnionemu personelowi oddziału.

3. W obrębie oddziału szpitalnego

1. Bielizna czysta jest przechowywana w magazynku bielizny czystej lub w wydzielonej szafie.
2. Magazynek bielizny czystej powinien być wyposażony w regał służący do zachowania segregacji przechowywanej bielizny.
   a) pomieszczenie powinno być czyste, nie zawilgocone
3. Pościel rzadziej użytkowaną należy przechowywać w zamkniętych workach (koce, kołdry,poduszki).
4. Nie dopuszczalne jest przechowywanie w magazynku lub w wydzielonej szafie przedmiotów innych niż pościel i bielizna szpitalna.
5. Wszystkie czynności przy segregowaniu, przekładaniu bielizny wykonywać w czystej odzieży roboczej.
6. Podczas zmiany bielizny unikać kontaktu bielizny czystej z brudną.

Adresaci :

1. Naczelna Pielęgniarka
2. Przełożona Pielęgniarek
3. Pielęgniarki oddziałowe
4. Kierownik Sekcji Obrotu Bielizną Szpitalną
5. Kierownik Sekcji Zaopatrzenia Wewnątrzszpitalnego i Utrzymania terenu
6. St. Inspektor ds. Infrastruktury
7. ZKZSE – a.a.

Numer standardu **ZKZSE / 1/ 2013**	STANDARD **Zasady izolacji**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania: 26.07.2013.	Data wdrożenia: 1.09.2013.	Strona 1 / 14 stron

Opracował :	Uzgodnił:	Zatwierdził:
Pielęgniarki epidemiologiczne: mgr Marzenna Pasko mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska Marzenna Pasko	-	Z-ca Dyrektora ZOZ Oświęcim Dr n. med. Andrzej Jakubowski Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa ZOZ w Oświęcimiu dr n. med. Andrzej Jakubowski

Tracą moc standardy:

1. Nr 5 / 2001: „Standard izolacji stosowanej przy zakażeniach przenoszonych drogą krwiopochodną" (z dnia 28.06.2001 roku).
2. Nr 6 / 2001: „Standard izolacji chorych w zakażeniach szerzących się drogą pokarmową" (z dnia 28.06.2001 roku).
3. Nr 7 / 2001: „Standard izolacji chorych w zakażeniach szerzących się drogą powietrzno – kropelkową" (z dnia 28.06.2001.).
4. Nr 8 / 2001: „Standard izolacji chorych z zakażeniach szerzących się drogą powietrzno – pyłową" (z dnia 28.06.2001 roku).
5. Nr 9 / 2001: „Standard izolacji chorych w zakażeniach szerzących się drogą kontaktu bezpośredniego" (z dnia 28.06.2001 roku).

Cel standardu:

1. Stworzenie warunków do wdrożenia i stosowania izolacji.
2. Zapewnienie skutecznej izolacji, której celem jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń poprzez odizolowanie źródła infekcji i przerwanie dróg przenoszenia.
3. Ochrona personelu i pacjentów nie objętych izolacją przed zakażeniem.

Definicje:

Izolacja- odosobnienie zakażonych i podejrzanych o zakażenie osób w warunkach uniemożliwiających przeniesienie infekcji na osobniki wrazliwe.

Patogen- drobnoustrój zdolny do wywołania choroby.

Źródło zakażenia- organizm ludzki, zwierzęcy, roślinny lub materia nieożywiona, w których patogeny namnażają się i z których drogą bezpośrednią lub pośrednią są przenoszone na organizmy wrażliwe.

Drogi zakażenia- sposoby przenoszenia się patogenów ze źródła zakażenia na organizmy wrażliwe.

Wrota zakażenia- miejsce wniknięcia patogenu do organizmu.

Zakażenie- wniknięcie i namnażanie się patogenu w organizmie żywym z jednoczesnym wywołaniem objawów chorobowych.

Kolonizacja- bezobjawowe zasiedlenie organizmu przez potencjalne patogeny, może być pierwszym objawem infekcji.

Treść standardu:

Rodzaje izolacji:

I poziom- obejmuje rutynowe środki ostrożności stosowane wobec każdego pacjenta niezależnie od jego stanu zdrowia- **izolacja standardowa.** (Załącznik nr 1)

II poziom

1. **izolacja uwzględniająca drogi przenoszenia zakażenia-** stosowana wobec pacjentów z potwierdzonym (podejrzanym) zakażeniem lub kolonizacją patogenami przenoszonymi poniższymi drogami:
   a) **kontaktowa** (Załącznik nr 2)
   b) **powietrzno – kropelkowa** (Załącznik nr 3)
   c) **powietrzno – pyłowa** (Załącznik nr 4)

2. **izolacja ochronna-** stosowana u pacjentów z obniżoną odpornością. (Załącznik nr 5)

Adresaci :

1. Naczelna Pielęgniarka
2. Przełożona Pielęgniarek
3. Oddziały szpitalne.
4. St. Inspektor ds. Infrastruktury
5. ZKZSE – a./ a.

Izolacja standardowa

Izolacja standardowa obejmuje rutynowe środki ostrożności zalecane do stosowania wobec wszystkich hospitalizowanych pacjentów, niezależnie od ich choroby, w tym także pacjentów z zakażeniem krwiopochodnym (WZW typu „B", WZW typu „C", HIV), których izolacja w osobnej sali nie jest wymagana.

Wyjątkiem od izolacji standardowej są pacjenci z zakażeniem krwiopochodnym:

- z krwawieniem,
- z biegunką lub wymiotami,
- z drenażami,
- nieprzytomni,
- nie współpracujący,
- upośledzeni umysłowo.

wymagający umieszczenia w osobnej sali i zastosowania izolacji kontaktowej.

Procedura	Obowiązujące zasady	Uwagi
Higiena rąk	Higieniczną dezynfekcję rąk przeprowadzać: - przed i po wykonaniu procedur medycznych, - przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek, - po potencjalnym skażeniu rąk, - po kontakcie z materiałem biologicznym od pacjenta.	**Skaleczenia i otarcia zabezpieczyć wodoszczelnym opatrunkiem.**
Stosowanie rękawic	1. Jałowe jednorazowe stosować podczas: - wykonywania zabiegów aseptycznych, - manipulacji sterylnym sprzętem. 2. Niejałowe jednorazowe stosować podczas: - wszystkich zabiegów, które mogą doprowadzić do kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydalinami, wydzielinami, - kontaktu z błonami śluzowymi lub uszkodzoną skórą, - gdy występuje ryzyko zakażenia pracownika a aseptyka nie jest konieczna. 3. Ochronne gospodarcze stosować podczas: - dekontaminacji środowiska, - mycia i czyszczenia aparatury i sprzętu medycznego, - przygotowywania roboczych roztworów dezynfekcyjnych.	**Rękawice zakładać i zdejmować w miejscu wykonywania procedury, tj. przy pacjencie.** **Zmieniać rękawice między zabiegiem brudnym i czystym u tego samego pacjenta.**

Stosowanie fartuchów	1. Fartuchy jednorazowe zakładać w celu ochrony odzieży i skóry przed zanieczyszczeniem materiałem potencjalnie zakaźnym. 2. Fartuchy foliowe jednorazowe- zawiązywane z tyłu, należy zakładać: - w celu ochrony odzieży przed zmoczeniem, - podczas wykonywania zabiegów, przy których istnieje ryzyko kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalinami.	
Stosowanie masek	1. Stosować podczas zabiegów, gdy istnieje prawdopodobieństwo powstania aerozoli, rozpryśnięcia się krwi lub płynów ustrojowych (w połączeniu z przesłoną na oczy – okulary, gogle). 2. Stosować w celu zapobiegania rozsiewaniu mikroorganizmów z nosa i jamy ustnej – podczas kaszlu, kataru, kichania. 3. Stosować w celu ochrony przed wdychaniem mikroorganizmów rozsiewanych przez innych.	**Maski stosować i zakładać jednorazowo tak, aby ściśle przylegały do twarzy i obejmowały nos i jamę ustną.**
Stosowanie butów ochronnych	1. **Nie jest zalecane** ze względu na duże ryzyko przeniesienia drobnoustrojów z podłogi i butów na ręce. 2. W przypadku ich stosowania należy bezwzględnie zapewnić warunki do higieny rąk.	
Postępowanie z materiałem zakaźnym	1. Odpady- segregacja w miejscu wytwarzania i postępowanie zgodne z obowiązującą instrukcją. 2. Materiał diagnostyczny – transport w zamkniętym pojemniku. 3. Bielizna- zgodnie z obowiązującym standardem.	

Izolacja kontaktowa

Izolacja kontaktowa jest zalecana w wybranych zakażeniach i stanach klinicznych:

- **zakażenia adenowirusami** – u niemowląt i małych dzieci oraz zapalenia płuc o powyższej etiologii,
- **błonica skórna,**
- **Clostridium difficile,**
- **Clostridium perfringens** (zatrucia pokarmowe, zgorzel gazowa),
- **gronkowcowe zakażenie skóry** (czyraczność),
- **zakażenia enterowirusami** – u niemowląt i małych dzieci,
- **gorączki krwotoczne** (Ebola, Lassa, Marburg) według odrębnych wytycznych,
- **zakażenie wirusem opryszczki Herpes simplex** – u noworodków, z zajęciem skóry i błon śluzowych, rozsiane lub ciężkie,
- **liszajec,**
- **ospa wietrzna,**
- **owrzodzenia odleżynowe duże,**
- **paragrypowe zakażenia** – u niemowląt i małych dzieci,
- **półpasiec** – u pacjentów z obniżoną odpornością lub postać rozsiana,
- **paciorkowcowe zakażenia skóry i ran** (Streptococcus),
- **różyczka wrodzona,**
- **RSV** – u niemowląt i małych dzieci,
- **świerzb,**
- **WZW typu „A"** - u pacjentów z nietrzymaniem moczu, stolca, z pieluchami, pampersami,
- **wirusowe zapalenie spojówek,**
- **wszawica,**
- **zakażenia ran rozległe,**
- **zakażenia układu oddechowego ostre o nieustalonej etiologii** – u niemowląt i małych dzieci,
- **zakażenia drobnoustrojami wielolekoopornymi (MBL, KPC, VRE),**
- **zapalenie tkanki łącznej z niekontrolowanym drenażem.**

W izolacji kontaktowej obowiązują zasady izolacji standardowej oraz zalecenia dodatkowe:

Zalecenia dodatkowe do izolacji kontaktowej

Procedura	Obowiązujące zasady	Uwagi
Pomieszczenie	1. Zalecane: separatka lub osobna sala z węzłem sanitarnym. 2. Dopuszczalne : osobna sala z umywalką oraz toaletą wydzieloną w oddziale. 3. Pomieszczenie wyraźnie oznakowane. 4. Drzwi do pomieszczenia mogą być **otwarte.**	**Można kohortować pacjentów z tym samym zakażeniem.**
Sprzęt medyczny i niemedyczny	1. Wyłącznie niezbędny. 2. Wydzielony tylko do stosowania w izolatce – umieszczony w izolatce, po zakończeniu izolacji poddany dekontaminacji.	**W miarę możliwości stosować sprzęt jednorazowy.**
Rękawice	1. Założyć jednorazowe rękawice po wejściu do pomieszczenia i zmieniać je po każdym kontakcie z materiałem zakaźnym. 2. Zdjąć rękawice przed opuszczeniem pomieszczenia.	**Pojemnik z rękawicami powinien znajdować się przy wejściu do pomieszczenia lub w śluzie.**
Fartuchy jednorazowe	1. Stosować fartuch podczas wykonywania czynności bezpośrednio u chorego. 2. Jednorazowy fartuch foliowy stosować przed kontaktem z potencjalnie skażonymi przedmiotami (szczególnie, gdy pacjent ma biegunkę, założoną kolostomię, ranę leczoną „na otwarto".	
Dekontaminacja środowiska	1. W czasie pobytu: nie rzadziej niż dwa razy dziennie i w razie potrzeby - dezynfekcja i mycie: - powierzchnie w otoczeniu pacjenta (stolik, ramy łóżka), - podłoga, - umywalka, bateria wraz ze strefą spryskową (też dozownik), - łazienka i toaleta. 2. Po wypisaniu pacjenta: - dekontaminacja gruntowna wszystkich powierzchni i sprzętu, - materace, poduszki, koce, kołdry przekazać do dezynfekcji termiczno – chemicznej.	**Dezynfekcja przy użyciu preparatów dopuszczonych do stosowania w obecności pacjenta.**
Odpady szpitalne	Wszystkie odpady traktować jako odpady medyczne zakaźne.	

Bielizna szpitalna	Użytą bieliznę traktować jako skażoną.	
Naczynia i sztućce	1. Nie wymagają szczególnych metod postępowania. 2. W przypadku zakażeń pokarmowych zalecane są naczynia i sztućce jednorazowe. 3. W przypadku zakażeń pokarmowych Clostridium naczynia wielokrotnego użytku poddać dezynfekcji z użyciem preparatu chlorowego – przed myciem.	
Personel medyczny	Jest zobowiązany do przestrzegania wszystkich zasad izolacji.	**Zalecane jest wyznaczenie osobnego personelu.**
Odwiedzający	1. Poinformowani przez personel o zasadach postępowania. 2. Stosują odzież ochronną należną do rodzaju izolacji.	**Ograniczyć odwiedziny.**
Transport chorego	1. Ograniczyć do niezbędnego minimum. 2. Zastosować wymagane środki ochrony osobistej.	
Postępowanie ze zwłokami	1. Stosować wymagane środki ochrony osobistej (fartuchy jednorazowe i rękawice ochronne). 2. Na etykiecie identyfikacyjnej należy umieścić informację: **„Niebezpieczeństwo skażenia".**	

Izolacja powietrzno – kropelkowa

Izolacja powietrzno – kropelkowa jest zalecana w wybranych zakażeniach i stanach klinicznych:

- **Zakażenia adenowirusami**- u niemowląt i małych dzieci oraz zapalenia płuc o powyższej etiologii,
- **błonica gardła,**
- **grypa,**
- **krztusiec,**
- **płonica,**
- **różyczka,**
- **świnka,**
- **zakażenia meningokokowe,**
- **zakażenia paciorkowcowe** (Streptococcus pyogenes) u niemowląt i małych dzieci,
- **zapalenie gardła i płuc o nieznanej etiologii** – u małych dzieci,
- **zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych o etiologii Haemophilus influenzae,**
- **zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych o etiologii Neisseria meningitidis,**
- **zapalenie płuc o etiologi Haemophilus influenzae** – u dzieci,
- **zapalenie płuc o etiologii Mycoplasma pneumoniae.**

W izolacji powietrzno – kropelkowej obowiązują zasady izolacji standardowej oraz zalecenia dodatkowe:

Zalecenia dodatkowe do izolacji powietrzno - kropelkowej

Procedura	Obowiązujące zasady	Uwagi
Pomieszczenie	1. Zalecane: separatka lub osobna sala z węzłem sanitarnym. 2. Dopuszczalne : osobna sala z umywalką oraz toaletą wydzieloną w oddziale. 3. Pomieszczenie wyraźnie oznakowane. 4. Drzwi do pomieszczenia mogą być otwarte.	**Można kohortować pacjentów z tym samym zakażeniem.**
Sprzęt medyczny i niemedyczny	1. Wyłącznie niezbędny. 2. Wydzielony tylko do stosowania w izolatce – umieszczony w izolatce, po zakończeniu izolacji poddany dekontaminacji.	**W miarę możliwości stosować sprzęt jednorazowy.**
Rękawice	1. Założyć jednorazowe rękawice po wejściu do pomieszczenia i zmieniać je po każdym kontakcie materiałem zakaźnym. 2. Zdjąć rękawice przed opuszczeniem pomieszczenia.	**Pojemnik z rękawicami powinien znajdować się przy wejściu do pomieszczenia lub w śluzie.**
Maski	1. Stosować zawsze przy bliskim kontakcie z chorym (do 1 metra). 2. Jeżeli pacjent opuszcza salę musi mieć założoną maskę.	
Fartuchy jednorazowe	1. Stosować fartuch podczas wykonywania czynności bezpośrednio u chorego. 2. Jednorazowy fartuch foliowy stosować przed kontaktem z potencjalnie skażonymi przedmiotami (szczególnie, gdy pacjent ma biegunkę, założoną kolostomię, ranę leczoną „na otwarto"	

Dekontaminacja środowiska	1. W czasie pobytu: nie rzadziej niż dwa razy dziennie i w razie potrzeby - dezynfekcja i mycie: - powierzchnie w otoczeniu pacjenta (stolik, ramy łóżka), - podłoga, - umywalka, bateria wraz ze strefą spryskową (też dozownik), - łazienka i toaleta. 2. Po wypisaniu pacjenta: - dekontaminacja gruntowna wszystkich powierzchni i sprzętu, - materace, poduszki, koce, kołdry przekazać do dezynfekcji termiczno – chemicznej.	**Dezynfekcja przy użyciu preparatów dopuszczonych do stosowania w obecności pacjenta.**
Odpady szpitalne	Wszystkie odpady traktować jako odpady medyczne zakaźne.	
Bielizna szpitalna	Użytą bieliznę traktować jako skażoną.	
Naczynia i sztućce	Nie wymagają szczególnych metod postępowania.	
Personel medyczny	Jest zobowiązany do przestrzegania wszystkich zasad izolacji	**Zalecane jest wyznaczenie osobnego personelu.**
Odwiedzający	1. Poinformowani przez personel o zasadach postępowania. 2. Stosują odzież ochronną należną do rodzaju izolacji.	**Ograniczyć odwiedziny.**
Transport chorego	1. Ograniczyć do niezbędnego minimum. 2. Zastosować wymagane środki ochrony osobistej - u pacjenta i personelu (maska ochronna).	
Postępowanie ze zwłokami	1. Stosować wymagane środki ochrony osobistej (fartuchy jednorazowe i rękawice ochronne). 2. Na etykiecie identyfikacyjnej należy umieścić informację: **„Niebezpieczeństwo skażenia".**	

Izolacja powietrzno – pylowa

Izolacja powietrzno – pylowa jest zalecana w wybranych zakażeniach i stanach klinicznych:

- **gruźlica krtani,**
- **gruźlica płuc,**
- **odra,**
- **ospa wietrzna,**
- **półpasiec** – u pacjentów z obniżoną odpornością oraz postać rozsiana.

W izolacji powietrzno – pylowej obowiazują zasady izolacji standardowej oraz zalecenia dodatkowe:

Zalecenia dodatkowe do izolacji powietrzno - pylowej

Procedura	Obowiązujące zasady	Uwagi
Pomieszczenie	1. Zalecane: separatka lub osobna sala z węzłem sanitarnym. 2. Dopuszczalne : osobna sala z umywalką oraz toaletą wydzieloną w oddziale. 3. Pomieszczenie wyraźnie oznakowane. 4. Drzwi do pomieszczenia muszą być **zamknięte.** 5. Wskazane: - powietrze z ujemnym ciśnieniem (niższe niż atmosferyczne), - częstotliwość wymiany powietrza 6 – 12 razy / 1 godz. - powietrze powinno być usuwane bezpośrednio na zewnątrz przez filtry.	**Można kohortować pacjentów z tym samym zakażeniem.**
Sprzęt medyczny i niemedyczny	1. Wyłącznie niezbędny. 2. Wydzielony tylko do stosowania w izolatce – umieszczony w izolatce, po zakończeniu izolacji poddany dekontaminacji.	**W miarę możliwości stosować sprzęt jednorazowy.**
Maski z filtrem HEPA	1. Wszystkie osoby przebywające w pomieszczeniu muszą mieć założoną maskę 2. Maskę należy zakładać przed wejściem do pomieszczenia (w śluzie). 3. Jeżeli chory opuszcza salę musi mieć założoną maskę.	**Osoby uodpornione na zakażenie wirusem odry i ospy nie muszą nosić masek.**

Fartuchy jednorazowe	1. Stosować fartuch podczas wykonywania czynności bezpośrednio u chorego. 2. Jednorazowy fartuch foliowy stosować przed kontaktem z potencjalnie skażonymi przedmiotami (szczególnie, gdy pacjent ma biegunkę, założoną kolostomię, ranę leczoną „na otwarto".	
Dekontaminacja środowiska	1. W czasie pobytu: nie rzadziej niż dwa razy dziennie i w razie potrzeby dezynfekcja i mycie: - powierzchni w otoczeniu pacjenta (stolik, ramy łóżka), - powierzchni podłogowych, - umywalka, bateria wraz ze strefą spryskową (też dozownik), - łazienki i toalety. 2. Po wypisaniu pacjenta: - dekontaminacja gruntowna wszystkich powierzchni i sprzętu, - materace, poduszki, koce, kołdry przekazać do dezynfekcji termiczno – chemicznej.	**Dezynfekcja przy użyciu preparatów dopuszczonych do stosowania w obecności pacjenta.**
Odpady szpitalne	Wszystkie odpady traktować jako odpady medyczne zakaźne.	
Bielizna szpitalna	Użytą bieliznę traktować jako skażoną.	
Naczynia i sztućce	Nie wymagają szczególnych metod postępowania.	
Personel medyczny	1. Jest zobowiązany do przestrzegania wszystkich zasad izolacji. 2. Pacjentami z zakażeniami wirusem ospy wietrznej lub odry może zajmować się tylko personel uodporniony na zakażenie wyżej wymienionymi. 3. Pacjentami z czynną gruźlicą mogą zajmować się tylko osoby szczepione przeciwko gruźlicy.	
Odwiedzający	1. Poinformowani przez personel o zasadach postępowania. 2. Stosują odzież ochronną należną do rodzaju izolacji.	**Ograniczyć odwiedziny.**
Transport chorego	1. Ograniczyć do niezbędnego minimum. 2. Zastosować wymagane środki ochrony osobistej u pacjenta i personelu (maska).	
Postępowanie ze zwłokami	1. Stosować wymagane środki ochrony osobistej (fartuchy jednorazowe i rękawice ochronne). 2. Na etykiecie identyfikacyjnej należy umieścić informację: **„Niebezpieczeństwo skażenia".**	

Izolacja ochronna

Izolację ochronną stosuje się u pacjentów z ciężkim upośledzeniem odporności w celu ochrony przed zakażeniem drobnoustrojami pochodzącymi od innych chorych, personelu lub środowiska.
W izolacji ochronnej obowiązują zasady izolacji standardowej oraz dodatkowe środki ostrożności podejmowane w stosunku do pacjentów z obniżona odpornością.

Zalecenia dodatkowe w izolacji ochronnej:

Procedury	Obowiązujące zasady
Pomieszczenie	1. Wymagana jest separatka. 2. Drzwi do separatki zamknięte. 3. Powietrze filtrowane za pomocą filtrów zamontowanych w przewodach wentylacyjnych (typu HEPA). 4. Wskazane dodatnie ciśnienie atmosferyczne.
Personel	1. Ograniczona liczba osób mająca dostęp do pacjenta. 2. Zdrowy, wolny od wszelkich zakażeń. 3. Zalecane wyznaczenie osobnego personelu do opieki nad chorym.
Odzież ochronna	1. Obowiązuje wszystkich wchodzących do separatki. 2. Zakładana i zdejmowana w śluzie.
Higiena rąk	1. Przed każdym wejściem i wyjściem z pomieszczenia. 2. Przed każdą czynnością wykonywaną przy chorym.
Sprzęt wielorazowy – stałe wyposażenie separatki	1. Myć i dezynfekować po każdym użyciu i przed użyciem.
Dekontaminacja środowiska	1. Wszystkie czynności związane z utrzymaniem sal chorych rozpoczynać od separatki. 2. Mycie i dezynfekcja separatki nie żadziej niż dwa razy dziennie i według potrzeb.
Bielizna szpitalna	Bieliznę pościelową i osobistą pacjenta zmieniać co najmniej jeden raz dziennie, usuwać na bieżąco.

Odpady	Wskazane usuwanie odpadów na bieżąco, nie żadziej niż dwa razy dziennie.
Odwiedziny chorych	1. Ograniczone do niezbędnego minimum. 2. Odwiedzający muszą być poinformowani przez personel o obowiązujących zasadach postępowania.
Transport chorego	1. Ograniczony do minimum i sprawnie zorganizowany. 2. Stosować u pacjenta środki ochrony osobistej (maska, fartuch jednorazowy).
Badania lub zabiegi poza miejscem izolacji	1. Ograniczyć do sytuacji wyjątkowych i niezbędnych. 2. Muszą być tak zorganizowane aby pacjent nie czekał i nie kontaktował się z innymi chorymi.
Konsultacje w innym oddziale	1. Ograniczyć do sytuacji wyjątkowych i niezbędnych. 2. Muszą być tak zorganizowane aby pacjent nie czekał i nie kontaktował się z innymi chorymi. 3. Stosować u pacjenta środki ochrony osobistej (maski, fartuchy jednorazowe).

Numer standardu **ZKZSE / 2 / 2013**	STANDARD **Ekspozycja zawodowa w ZOZ Oświęcim**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania: 20.09.2013r.	Data wdrożenia: 15.11.2013r.	Standard - 7 stron Załącznik nr 1- 2 str. Załącznik nr 2- 9 str.
Opracował (stanowisko, podpis) Przewodniczący ZKZSE lek.med. Krystyna Pierzchała Pielęgniarki epidemiologiczne mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska mgr Marzenna Pasko	Uzgodnił (stanowisko, podpis) Z-ca Dyrektora ZOZ Oświęcim dr med. Andrzej Jakubowski Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa ZOZ w Oświęcimiu dr n. med. Andrzej Jakubowski	Zatwierdził Z-ca Dyrektora ZOZ Oświęcim dr med. Andrzej Jakubowski Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa ZOZ w Oświęcimiu dr n. med. Andrzej Jakubowski	

Tracą moc :

1/ **instrukcja nr 4 / 2001 z dnia 28.06.2001r** w sprawie „ Instrukcja postępowania w razie ekspozycji na czynniki zakaźne"

2/ **pismo nr ZZOZ - 445 / 8 / 03 z dnia 18.07.2003r**. w sprawie „ Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej pracownika ochrony zdrowia na HBV,HCV,HIV".

Cel standardu:

1. **Wdrożenie profilaktyki poekspozycyjnej u pracownika po kontakcie z materiałem zakaźnym**
2. **Zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV w związku z ekspozycją zawodową.**

Ryzyko ekspozycji zawodowej dotyczy pracowników medycznych i pozamedycznych.

Ekspozycja zawodowa jest to narażenie na zakażenie wirusami HBV, HCV, HIV (oraz na inne czynniki biologiczne) na skutek kontaktu z materiałem zakaźnym w trakcie wykonywania pracy zawodowej.

Materiał zakaźny- to taki, który ma istotne znaczenie w rozprzestrzenianiu się zakażenia i jest to:

- krew
- płyn mózgowo-rdzeniowy
- płyn stawowy
- płyn opłucnowy
- płyn otrzewnowy
- płyn osierdziowy
- płyn owodniowy
- płyny ustrojowe zawierające widoczną krew
- mleko matki zakażonej HBV, HCV, HIV
- oddzielona tkanka człowieka żywego (tkanki pobierane od pacjenta w trakcie inwazyjnych procedur medycznych- biopsje, wycinki)
- oddzielona tkanka człowieka martwego (materiał sekcyjny)
- komórki i hodowle tkankowe
- wydzielina z pochwy (tylko w przypadku kontaktów seksualnych)
- nasienie i preejakulat (tylko w przypadku kontaktów seksualnych)

Materiał w/w inny niż krew jest określany jako inny potencjalny infekcyjny materiał (IPIM)

Materiał o znikomej zakaźności to :

- kał
- mocz
- ślina
- plwocina
- wydzielina z nosa
- łzy
- wymiociny

o ile nie zawierają krwi !

Krew i każdy materiał biologiczny zawierajacy krew jest najbardziej potencjalnie niebezpiecznym źródłem zakażenia wirusami: HBV, HCV, HIV (tj. wirusami hepatotropowymi) !

Prawdopodobieństwo zakażenia po ekspozycji związanej z uszkodzeniem skóry wynosi:

HIV	0,3 %
HCV	5-15 %
HBV	30 %

Najmniejsza objętość krwi, która może przenieść zakażenie to :

HIV 0,1 ml
HBV 0,00004 ml

Profilaktyka poekspozycyjna – to działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia po kontakcie z materiałem zakaźnym.
Terminu tego używa się głównie w przypadku ekspozycji na zakażenia krwiopochodne (tj. zakażenie wirusami hepatotropowymi).

Ryzyko zakażenia szacowane jest w oparciu o wiarygodne dane na temat ekspozycji
tj. dane o:
* osobie eksponowanej
* źródle potencjalnego zakażenia
* okolicznościach ekspozycji.

Do zakażenia wirusami HBV,HCV,HIV może dojść w wyniku:

1. naruszenia ciągłości skóry (zakłucie , skaleczenie, zadrapanie, otarcie)
2. zachlapania błon śluzowych jamy ustnej , przedsionka nosa i spojówek oczu
3. długotrwałego kontaktu nieuszkodzonej skóry z dużą objętością materiału zakaźnego

Profilaktyka przedekspozycyjna – jako nieswoista profilaktyka zakażeń krwiopochodnych obejmuje przestrzeganie podstawowych zasad ostrożności i ścisłe realizowanie określonych procedur w codziennej pracy z materiałem biologicznym

Profilaktyka przedekspozycyjna - zasady bezpiecznej pracy personelu :

1. należy unikać kontaktu z krwią
   a) zużyty materiał opatrunkowy lub sprzęt jednorazowy (nieostry) bezpośrednio umieścić w worku na odpady zakaźne
   b) probówki z krwią zawsze przenosić w rękawicach, na statywie(po zakończeniu czynności natychmiast zdjąć rękawice)
   - przenoszenie materiału biologicznego do laboratoriów w zamykanych pojemnikach transportowych wymaga założenia rękawic tylko w czasie wkładania lub wyjmowania probówek
   - probówki / naczynia nie mogą być z zewnątrz zanieczyszczone materiałem organicznym od pacjenta

2. należy zabezpieczyć każdą komórkę organizacyjną w niezbędny sprzęt:
   - odzież ochronna
   - pojemniki sztywne na sprzęt medyczny ostry
   - środki do higieny rąk
   - sprzęt jednorazowego użytku
   - preparaty do dezynfekcji powierzchni i dezaktywacji zanieczyszczeń organicznych

3. personel powinien przygotować ręce do pracy (**ręce wolne od biżuterii**)

4. stosować właściwą higienę rąk
   - regularne myć / dezynfekować ręce- pomiędzy pacjentami, zabiegami u jednego pacjenta, po kontakcie z materiałem organicznym od pacjenta, po zdjęciu rękawic ochronnych

5. chronić ręce przed uszkodzeniem
   - wycinanie skórek nie jest zalecane
   - podczas otwierania ampułek zaleca się użyć gazika
   - zachować bezpieczeństwo podczas otwierania fiolek

6. zabezpieczyć istniejące zranienia i zmiany skórne nieprzemakalnym opatrunkiem, a nawet dodatkową parą rękawic
   - pracownicy z dużymi obszarami uszkodzonej skóry powinni unikać wykonywania zabiegów inwazyjnych

7. stosować środki ochrony barierowej
   a) rękawice jednorazowe
   b) fartuchy ochronne
   - fartuchy jednorazowe należy zakładać wiązaniem na plecach
   - przy znacznym ryzyku skażenia odzieży zastosować fartuchy jednorazowe nieprzemakalne
   c) maski ochronne
   d) okulary ochronne
   - maski i okulary ochronne stosować zawsze, jeżeli istnieje ryzyko rozpryśnięcia krwi lub płynów ustrojowych

8. pozostawać na stanowisku pracy w trakcie wykonywania procedury medycznej lub higienicznej i nie wychodzić w odzieży ochronnej poza obszar wykonywania procedury

9. właściwie zorganizować stanowisko pracy
   a) zawsze należy ocenić, czy daną procedurę inwazyjną może wykonać 1 osoba (w sposób bezpieczny dla siebie i dla pacjenta)
   b) należy poinformować pacjenta o wykonywanej procedurze inwazyjnej, aby zachowywał się w sposób bezpieczny
   c) podczas wykonywania procedur u pacjenta należy zgromadzić wymagany sprzęt na tacy zabiegowej (nie należy chodzić do pacjenta bez tacy)
   - w przypadku posługiwania się sprzętem ostrym taca powinna zawierać pojemnik na odpady ostre
   d) podczas pobierania krwi, wykonywania iniekcji dożylnej, zmiany opatrunku- należy zabezpieczyć stanowisko pracy lub pościel pacjenta przed skażeniem (jednorazowy podkład, lignina)
   e) należy prowadzić systematyczną dezynfekcję blatów roboczych
   f) nożyczki użyte do kontaktu z materiałem organicznym należy zdezynfekować bezpośrednio po użyciu (przez zanurzenie)

10. posługiwać się właściwymi technikami pracy podczas wykonywania zabiegów
    - przy szyciu ran trzymać igłę w imadle
    - ostre przedmioty podawać przyrządowo, a nie z ręki do ręki (lub na misce nerkowatej)

11. natychmiastowo usuwać zanieczyszczenia organiczne (plamy krwi) ze skażonych powierzchni

12. umieszczać materiał biologiczny w zamykanych pojemnikach lub workach
    - nie należy zapełniać pojemników / worków powyżej 2/3 zawartości

13. bezpośrednio po użyciu umieszczać igły i inne ostre narzędzia w plastikowych twardych pojemnikach
    - nie wolno zakładać osłonek na igły użyte **(największe ryzyko zakłucia !)**
    - nie wolno wyrzucać ostrych narzędzi i igieł do worków
    - nie używać wielokrotnie igieł do penów insulinowych

14. ścisłe przestrzegać procedury dekontaminacji sprzętu medycznego (dezynfekcja, mycie, sterylizacja)
    - sprzęt wielorazowy(szczególnie narzędzia) należy dezynfekować w pojemniku wyposażonym w sito

Bezpośrednio po ekspozycji zawodowej pracownik powinien:

1. **skórę (miejsce skaleczenia lub zakłucia) - delikatnie umyć dużą ilością wody z mydłem**
   - woda powinna być **letnia** (zimna woda powoduje obkurczenie naczyń krwionośnych
   Ranę zabezpieczyć opatrunkiem wodoodpornym.

2. **nie tamować krwawienia**

3. **nie uciskać brzegów rany**
   - ucisk rany ułatwia aspirację materiału zakaźnego do rany

4.. **nie dezynfekować skóry** (środki alkoholowe mają działanie koagulujące)

5. **oczy** przepłukać kilkakrotnie wodą zwykłą lub destylowaną (przy otwartych powiekach)
   - **nie zaleca się przepłukiwania 0,9 % NaCl** , który działa drażniąco i rozszerza naczynia krwionośne

6. **błony śluzowe jamy ustnej** – wypluć materiał zakaźny, przepłukać letnią bieżącą wodą kilkanaście razy

7. **błony śluzowe nosa**- nos oczyścić, wydmuchać , przepłukać letnią bieżącą wodą

8. krew lub IPIM **na skórze nieuszkodzonej** przemyć letnią wodą z mydłem

9. zgłosić ekspozycję zawodową przełożonemu i lekarzowi dyżurnemu oddziału

10. **wypełnić Kartę zgłoszenia ekspozycji zawodowej**
    (części dotyczącej osoby eksponowanej i źródła ekspozycji - część A i B)

11. **pobrać krew do badań serologicznych** (dotyczy ekspozycji, do której doszło w oddziale szpitalnym lub w poradni)- próbki dostarczyć jak najszybciej do Laboratorium Analitycznego

    a) od osoby eksponowanej
    (skierowanie opisane **„ Ekspozycja zawodowa - pracownik- pilne!)**

    b) od pacjenta będącego źródłem ekspozycji
    (skierowanie opisane **„ Ekspozycja zawodowa- źródło- pilne!)**

12. jeżeli do ekspozycji zawodowej doszło w obszarze, w którym brak jest możliwości pobrania krwi do badań – należy zgłosić się do SOR (z wypełnioną Kartą zgłoszenia ekspozycji zawodowej w części A)

13. **kontynuować postępowanie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym** - w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji

14. zgłosić ekspozycję zawodową do ZKZSE oraz BHP (dotyczy pracowników ZZOZ Oświęcim)
    a) pracownicy firm zewnętrznych, u których doszło do ekspozycji na terenie ZZOZ Oświęcim, powinni zgłosić ekspozycję do Starszego Inspektora ds. Infrastruktury
    (Pani Małgorzata Spyra – nr telefonu wew.- **359**)
15. przy ekspozycji z naruszeniem ciągłości skóry- dalsza praca w podwójnej parze rękawic

Osoba po ekspozycji zawodowej powinna :

- przestrzegać zasad bezpiecznego seksu (prezerwatywa)
- wstrzymać się od oddawania krwi, plazmy, nasienia, tkanek (jako dawca)
- nie karmić piersią (matka karmiąca)
- nie zachodzić w ciążę

przez okres 6 m-cy od daty ekspozycji
(tj do czasu potwierdzenia statusu osoby jako nie zakażonej w wyniku ekspozycji).

Ogólne zasady postępowania po ekspozycji na wirusy HBV, HCV, HIV:

1) Procedura postępowania poekspozycyjnego ma zastosowanie w przypadku ekspozycji na materiał zakaźny następujących osób:
   a) pracownicy ZOZ Oświęcim
   b) pracownicy firm zewnętrznych świadczący usługi na rzecz ZOZ Oświęcim
   c) studenci i stażyści.

2) ZOZ Oświęcim jako pracodawca zapewnia pracownikom ZOZ pełne postępowanie poekspozycyjne
   (łącznie z wprowadzeniem leków stosowanych w profilaktyce poekspozycyjnej).

3) W stosunku do osób eksponowanych nie będących pracownikami ZOZ Oświęcim wdraża się postępowanie poekspozycyjne w zakresie:
   a) określenia statusu serologicznego osoby eksponowanej (jeżeli dotyczy- również statusu źródła zakażenia)
   b) określenia ryzyka zakażenia wirusami hepatotropowymi.

   ZOZ Oświęcim nie zabezpiecza tych osób w leki stosowane w profilaktyce poekspozycyjnej (chyba, że umowa na usługi / staże przewiduje zabezpieczenie lekowe).

4) Za prawidłowe postępowanie poekspozycyjne odpowiedzialni są:

   a) osoba, u której doszło do ekspozycji zawodowej - za czynności podjęte w związku z ekspozycją celem minimalizacji ryzyka zakażenia
      - za wypełnienie Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej w części A

   b) lekarz oddziału / poradni
      - za wypełnienie Karty w części B
      - za zabezpieczenie materiału do badań serologicznych od osoby eksponowanej
      - za zabezpieczenie materiału do badań serologiczny od źródła ekspozycji (gdy powodem ekspozycji jest pacjent)

   c) lekarz SOR
      - za zabezpieczenie materiału do badań serologicznych od osoby eksponowanej (o ile wcześniej nie zostały pobrane)
      - za wypełnienie Karty w części C
      - za oszacowanie ryzyka zakażenia wirusami hepatotropowymi – w oparciu o wszystkie dostępne dane z Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej
      - za wdrożenie profilaktyki poekspozycyjnej- na podstawie schematu
      - za skierowanie osoby eksponowanej do lekarza specjalisty chorób zakaźnych

5) Decyzję o wdrożeniu leczenia antyretrowirusowego powinien podjąć lekarz specjalista w zakresie chorób zakaźnych lub przewodniczący ZKZSE.

6) Przy trudności z oszacowaniem ryzyka zakażenia HIV –lekarz SOR powinien

skontaktować się telefonicznie z lekarzem dyżurnym Kliniki i Katedry Chorób Zakaźnych w Krakowie
Tel. 12 424-73-55

Załączniki do Standardu ZKZSE /2 /2013

Załącznik nr 1 - Karta zgłoszenia ekspozycji zawodowej (2 strony)

Załącznik nr 2 – Procedury postępowania dla lekarza SOR (9 stron)

Pieczątka oddziału
pracownika.

Karta zgłoszenia ekspozycji zawodowej.

A. Wypełnia osoba eksponowana

1. Imię i nazwisko.....
2. Stanowisko i miejsce pracy.....
3. Data zdarzenia.....godzina zdarzenia.....
4. Szczegółowy opis zdarzenia i czynności podczas, których doszło do ekspozycji.*
   -ukłucie igłą do pobierania krwi
   -ukłucie igłą chirurgiczną, skalpelem
   -zabrudzenie krwią/IMZ skóry
   -zabrudzenie błon śluzowych i spojówek
   -inne
5. Szczegółowy opis ekspozycji
   a .rodzaj ekspozycji *
   - Zranienie: powierzchowne głębokie
   - Wstrzyknięcie materiału zakaźnego
   - Zabrudzenie: skóry błon śluzowych spojówek
   - Ugryzienie: powierzchowne głębokie
   - Inne
   b. rodzaj materiału zakaźnego*
   - Krew
   - Płyny ustrojowe/ jaki?/
   - Wydzieliny
   - Wydaliny
   c. ilość materiału zakaźnego.....
   d. czas trwania ekspozycji.....
   e. w jaki sposób oczyszczono miejsce ekspozycji i kiedy.....
   .....
   f. jakie zabezpieczenia miała osoba eksponowana w chwili zdarzenia.....
   .....
   g. opisać okoliczności zdarzenia.....
   .....
   .....
   .....

B. Wypełnia lekarz oddziałowy z którego pochodzi pacjent

1. Dane pacjenta / inicjały i nr. Księgi głównej /.....
2. Czy chorował na:*
   - WZW B tak- data zachorowania nie
   - WZW C tak- data zachorowania nie
   - AIDS tak- data zachorowania nie
3. Czy był leczony na w/w choroby/ jakie leki?/.....
   .....
   W przypadku potwierdzenia zachorowania na AIDS określić:
   - stadium choroby
   - wysokość wiremii
   - czy występowały szczepy oporne
4. Wywiad epidemiologiczny od pacjenta*
   - kontakt z chorymi na w/w choroby
   - narkomania

- ryzykowne zachowania seksualne
- dializowania
- zabiegi operacyjne
- liczne pobyty w szpitalach
- inne.....

5. Badania serologiczne u pacjenta
   - znane – wpisać wyniki
   - nie znane – pobrać: HBs Ag
     p/anty HCV
     p/anty HIV/ za pisemną zgodą pacjenta/

C. Wypełnia lekarz wprowadzający postępowanie poekspozycyjne w SOR

1. Czy pracownik chorował na:
   - WZW B tak- data zachorowania nie
   - WZW C tak- data zachorowania nie
   - AIDS tak- data zachorowania nie
2. Czy pracownik był szczepiony p/WZW B
   - tak – ilość dawek i data ostatniej otrzymanej dawki
   - nie
3. Czy znane są badania serologiczne- poziom przeciwciał :
   a. anty HBs tak..... nie- pobrać i data pobrania.....
   b. anty HCV tak..... nie – pobrać i data pobrania.....
   c. anty HIV tak..... nie- uzyskać pisemną zgodę pracownika na pobranie badania – pobrać i godzina pobrania.....
4. Ryzyko zakażenia
   - brak ryzyka
   - małe
   - duże
5. Rodzaj postępowania poekspozycyjnego
   a. Udzielono porady lekarskiej i skierowano leczenia do:*
      - Poradni Chorób Zakaźnych w Oświęcimiu w dniu.....
      - Inne.....
   b. Wprowadzono profilaktykę lekową na podstawie:*
   - Wywiadu i oceny ryzyka zakażenia
   - Wyników badań
6. Wprowadzenie profilaktyki lekowej*
   - Tak / rodzaj leku i dawkowanie, godzina podania 1-szej dawki/
     .....
   - Nie - brak zgody pracownika
     - p/wskazania do podawania leków / jakie?/.....
     - inne.....

Podpis lekarza
/data, godzina/

Podpis osoby eksponowanej

* zakreślić właściwe

Zespół Kontroli
Zakażeń Szpitalnych
i Epidemiologii

Oświęcim dn. 29.11.2013r.

Aneks do Standardu ZKZSE / 2 / 2013

W Standardzie ZKZSE / 2 / 2013 - „ Ekspozycja zawodowa w ZOZ Oświęcim" następują zmiany w dotychczasowych zapisach:

1) **w części - Bezpośrednio po ekspozycji zawodowej pracownik powinien:**

W pkt.14 (str. 5) zmienia się dotychczasowy zapis

„ zgłosić ekspozycję zawodową do ZKZSE oraz BHP (dotyczy pracowników ZZOZ Oświęcim)
a) pracownicy firm zewnętrznych, u których doszło do ekspozycji na terenie ZZOZ Oświęcim, powinni zgłosić ekspozycję do Starszego Inspektora ds. Infrastruktury (Pani Małgorzata Spyra- nr telefonu wew.-359) "

Nowy zapis w pkt.14 otrzymuje brzmienie

„ zgłosić ekspozycję zawodową do ZKZSE oraz BHP w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji
- w dni robocze w godz.7:00-14:35
- w przypadku ekspozycji, do której doszło po w/w godzinach pracy lub w dni wolne- w najbliższym dniu roboczym
- w przypadku studentów i stażystów ekspozycję zgłasza pielęgniarka oddziałowa oddziału, w którym doszło do ekspozycji- na zasadach j.w.
- w przypadku pracowników firm zewnętrznych- za zgłoszenie uznaje się dostarczenie do ZKZSE wypełnionej Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej - w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji, po zakończeniu postępowania w SOR "

2) w Załączniku nr 2 - Procedury postępowania dla lekarza SOR

W pkt.1(str.1) zmienia się dotychczasowy zapis

„ Pracownika szpitala zgłaszającego się z Kartą zgłoszenia, należy wpisać do Książki przyjęć ambulatoryjnych."

Nowy zapis w pkt.1 otrzymuje brzmienie

„ Osobę eksponowaną należy wpisać do Książki przyjęć ambulatoryjnych. "

3) **w części - Profilaktyka przedekspozycyjna – zasady bezpiecznej pracy personelu**

W pkt. 2 (str. 3) zmienia się dotychczasowy zapis

„ należy zabezpieczyć każdą komórkę organizacyjną w niezbędny sprzęt: ..."

Nowy zapis w pkt. 2 otrzymuje brzmienie

„ należy zabezpieczyć każdą komórkę organizacyjną, w której udzielane są świadczenia zdrowotne oraz w której może nastąpić kontakt z materiałem zakaźnym od pacjenta, w niezbędny sprzęt - w zależności od potrzeb: ..."

4) **do Standardu ZKZSE / 2 /2013 dołącza się - Zasady postępowania poekspozycyjnego dla pracowników firm zewnętrznych**

Zasady postępowania poekspozycyjnego dla pracowników firm zewnętrznych

Ekspozycja zawodowa jest to narażenie na zakażenie wirusami HBV, HCV, HIV (oraz na inne czynniki biologiczne) na skutek kontaktu z materiałem zakaźnym w trakcie wykonywania pracy zawodowej.

Ekspozycja zawodowa następuje w wyniku:

- naruszenia ciągłości skóry (zakłucie, skaleczenie, zadrapanie, otarcie)
- zachlapania błon śluzowych jamy ustnej, przedsionka nosa i spojówek oczu,
- długotrwałego kontaktu (powyżej 20 minut) nieuszkodzonej skóry z dużą objętością materiału zakaźnego.

Odpowiedzialność za niepodjęcie czynności minimalizujących ryzyko zakażenia (wskazanych poniżej w punkcie -Bezpośrednio po ekspozycji należy...) oraz za brak udania się do oddziału SOR - ponosi osoba eksponowana.

1. **Bezpośrednio po ekspozycji należy:**

a) w przypadku naruszenia ciągłości skóry i długotrwałego kontaktu nieuszkodzonej skóry z dużą objętością materiału zakaźnego:
- jak najszybciej umyć dużą ilością letniej wody z mydłem – przy najbliższym stanowisku umywalkowym,
- nie tamować krwawienia,
- nie uciskać brzegów rany,
- nie dezynfekować skóry,
b) w przypadku zachlapania błon śluzowych:
- jamy ustnej – wypluć materiał zakaźny, przepłukać letnią bieżącą wodą kilkanaście razy,
- nosa – nos przemyć z zewnątrz, wydmuchać, przepłukać letnią, bieżącą wodą,
c) w przypadku zachlapania oczu – przepłukać kilkakrotnie bieżącą wodą (przy otwartych powiekach).

2. **Jeżeli do ekspozycji doszło w komórce organizacyjnej szpitala** – po wykonaniu w/w czynności należy jak najszybciej udać się do dyżurki pielęgniarskiej.
a) pielęgniarka udziela osobie eksponowanej pierwszej pomocy w zakresie:
- założenia opatrunku na miejsce zranienia,
- ewentualnie ponownego przepłukania oczu,
b) pielęgniarka dostarcza osobie eksponowanej „Kartę zgłoszenia ekspozycji zawodowej",
c) osoba eksponowana wypełnia część „A" Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowe
d) jeżeli znane jest źródło ekspozycji (pacjent):
- lekarz oddziału wypełnia część „B" Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej,
- od pacjenta zostają pobrane badania celem określenia jego statusu serologicznego (HBV, HCV, HIV),
- jeżeli pacjent nie wyrazi zgody na pobranie powyższych badań, uznaje się, że źródło zakażenia jest nieznane, ale lekarz wypełnia część „B" Karty
e) jeżeli źródło ekspozycji nie jest znane (np. odpady) - część „B" Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej pozostaje niewypełniona,
f) z wypełnioną „Kartą zgłoszenia ekspozycji zawodowej" osoba eksponowana udaje się do SOR (parter pawilonu głównego)- w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji

3. **Jeżeli do ekspozycji doszło na wolnym powietrzu oraz w komórce organizacyjnej poza godzinami pracy personelu medycznego** (np. poradnie specjalistyczne) - osoba eksponowana po wykonaniu czynności opisanych w pkt.1 powinna udać się do SOR (parter pawilonu głównego).

4. **W oddziale SOR** osoba eksponowana udaje się do Rejestracji Oddziału Ratunkowego i przedkłada wcześniej założoną Karę zgłoszenia ekspozycji zawodowej.
   - jeżeli Karta zgłoszenia ekspozycji zawodowej nie była dotychczas założona, pracownik Rejestracji Oddziału Ratunkowego udostępnia osobie eksponowanej w/w Kartę celem wypełnienia w części „A" (wypełnia osoba eksponowana)
   a) pracownik Rejestracji Oddziału Ratunkowego niezależnie od Karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej zakłada dokumenty oddziału SOR
   b) osoba eksponowana oczekuje na konsultację lekarską.

5. **W ramach postępowania poekspozycyjnego lekarz SOR:**

   a) zleca wykonanie badań serologicznych u osoby eksponowanej

   b) wypełnia Kartę zgłoszenia ekspozycji zawodowej w części „C"

   c) jeżeli źródłem ekspozycji był pacjent oddziału- informuje się w Laboratorium Analitycznym w zakresie wyników badań serologicznych

   c) ocenia ryzyko zakażenia

   d) podejmuje decyzję odnośnie profilaktyki poekspozycyjnej

   - ZOZ Oświęcim nie zabezpiecza osoby eksponowanej z firmy zewnętrznej w leki stosowane w profilaktyce poekspozycyjnej
   - jeżeli lekarz SOR w oparciu o ocenę ryzyka zakażenia uzna za konieczne natychmiastowe podanie leków (AVR, immunoglobulina anty-HBs) – **konsultuje się z Z- cą Dyrektora ds. Lecznictwa, który ewentualnie zleca podaż leków**

   e) wydaje osobie eksponowanej skierowanie do Poradni Chorób Zakaźnych ZOZ Oświęcim z adnotacją -Ekspozycja zawodowa.
   - osoba eksponowana w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji udaje się do w/w poradni

6. **Karta zgłoszenia ekspozycji zawodowej z oddziału SOR trafia do ZKZSE** w czasie możliwie najkrótszym od ekspozycji- co traktowane jest jako zgłoszenie ekspozycji zawodowej.

7. **Zaleca się osobie eksponowanej** powiadomić swojego bezpośredniego przełożonego o zdarzeniu.

Pielęgniarka Epidemiologiczna
mgr Małgorzata Jakubiec-Zborowska
Młodszy Specjalista Epidemiolog
mgr Marzena Pasko

Numer standardu: **ZKZSE/1/2015**	STANDARD **Postępowanie z zabawkami w komórkach organizacyjnych ZOZ Oświęcim**		
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Epidemiologii	Data opracowania: 29.07.2015r.	Data wdrożenia: 20.08.2015r.	Strona 1 / 4 strony

Opracował (stanowisko, podpis)	Uzgodnił:	Zatwierdził:
Pielęgniarki epidemiologiczne: mgr Małgorzata Jakubiec – Zborowska mgr Marzenna Pasko Marzenna Pasko	Ordynator Oddziału Dziecięcego Dr n. med. Bożena Ubik - Wróbel	Z – ca Dyrektora ZOZ Oświęcim Dr n. med. Andrzej Jakubowski

Cele standardu:
1. Bezpieczeństwo dzieci korzystających z zabawek.
2. Profilaktyka zakażeń krzyżowych, w tym zakażeń szpitalnych.
3. Edukacja rodziców / opiekunów dzieci w zakresie użytkowania zabawek podczas hospitalizacji dzieci.

Zabawki używane przez dzieci, to potencjalne źródło patogennych drobnoustrojów!

Małe dzieci nie mają wyrobionych nawyków higienicznych osobistych oraz związanych z dbaniem o czystość otoczenia: nie myją rąk bez nadzoru, chętnie wkładają palce i różne przedmioty do ust, nie zachowują higieny przy oczyszczaniu nosa czy kaszlu. W związku z tym zabawki mogą zostać skażone drobnoustrojami patogennymi obecnymi w ślinie, wydzielinach z dróg oddechowych, w moczu, kale i innych wydzielinach.

Poczekalnie w poradniach, izbach przyjęć oraz kąciki zabaw w oddziałach pediatrycznych, to miejsca istotne epidemiologicznie, do których mają dostęp dzieci zarówno zdrowe jak i chore.

Zabawki mogą przyczyniać się do rozprzestrzeniania głównie bakterii i wirusów. Przekazywanie patogenów odbywa się w obu kierunkach : dłoń – zabawka.
Większym źródłem rozprzestrzeniania się patogenów są tzw. zabawki miękkie, w porównaniu do twardych.

Rolą personelu pielęgniarskiego jest zapoznanie rodziców / opiekunów dzieci z poniższym standardem.

I. Dobór zabawek do użytkowania w komórkach organizacyjnych ZOZ Oświęcim

1. **Zabawki w miejscach ogólnodostępnych powinny być:**
   - nietoksyczne, o trwałej konstrukcji i gładkich brzegach,
   - preferowane są zabawki o twardej, gładkiej, nieporowatej powierzchni (plastik, winyl, lakierowane lub malowane drewno, metal),
   - nie zaleca się zabawek z dużą ilością małych otworów i ruchomych części ze względu na trudność w dokładnym oczyszczaniu,
   - ze względu na bezpieczeństwo dzieci nie zaleca się zabawek z małymi elementami, sznurkami, wstążkami,
   - zabawki powinny być łatwe do czyszczenia i wytrzymałe na dezynfekcję termiczną oraz chemiczną,
   - zabawki miękkie (materiałowe, pluszowe, wypchane) nie powinny być umieszczane w miejscach ogólnodostępnych.

2. **Darowizny zabawek dla dzieci hospitalizowanych:**
   a) zabawki miękkie:
   - zabronione jest przyjmowanie zabawek używanych,
   - dopuszcza się darowiznę z nowych zabawek szmacianych i pluszowych,
   b) zabawki twarde:
   - używane zabawki twarde przed przekazaniem dzieciom powinny zostać umyte i zdezynfekowane.

II. Ogólne wytyczne postępowania z zabawkami

1. **Miejsce do zabawy** w obrębie danej komórki organizacyjnej powinno zostać wyznaczone (oddzielna sala, fragment korytarza, część poczekalni).

2. **Sytuacje wymagające ograniczenia dostępu dzieciom do zabawek wspólnych:**
   a) w izbach przyjęć i poradniach – zaleca się usunąć zabawki w okresie sezonowego wzrostu zachorowań na infekcje dróg oddechowych i przewodu pokarmowego,
   b) w oddziale szpitalnym – w przypadku wystąpienia zachorowań epidemicznych:
   - dzieci izolowane nie mogą korzystać z kącika zabaw,
   - po ustąpieniu ogniska epidemicznego wszystkie zabawki muszą zostać poddane dekontaminacji.

3. Zaleca się systematyczną **kontrolę fizycznego stanu zabawek** oraz natychmiastowe usuwanie zabawek uszkodzonych, zużytych.

4. **Korzystanie z zabawek wspólnych przez dzieci:**
- nie zaleca się przenoszenia zabawek poza kącik zabaw,
- z zabawek wspólnych nie mogą korzystać następujące dzieci:
* ze spadkami odporności (dzieci onkologiczne, z mukowiscydozą),
* chore zakaźnie,
* nosiciele lub dzieci zakażone patogenami alarmowymi.

5. **Korzystanie z zabawek indywidualnych:**
- zaleca się ograniczenie ilości zabawek przyniesionych z domu do 1 – 2, dopuszcza się indywidualne zabawki miękkie,
- nie jest wskazana wymiana zabawek indywidualnych między chorymi dziećmi,
- zabawkami twardymi, książkami mogą wymieniać się jedynie dzieci starsze, potrafiące samodzielnie myć ręce,
- zabawki indywidualne nie powinny być umieszczane w miejscach przeznaczonych do zmiany pieluch, ani zabierane do toalety,
- rodzice powinni być poinformowani o konieczności umycia i zdezynfekowania zabawek tuż przed ich zabraniem ze szpitala, lub natychmiast po powrocie do domu (w przypadku zabawek miękkich o konieczności wyprania zabawki).

Należy myć ręce przed i po korzystaniu z zabawek wspólnych (dotyczy to dzieci i ich opiekunów)

III. Szczegółowe wytyczne postępowania z zabawkami

1. **Przechowywanie zabawek:**

a) codzienna segregacja zabawek wspólnych:
- w kąciku zabaw powinny być wydzielone pojemniki oznakowane jako:
  * „**zabawki czyste**" (poddane dekontaminacji, jeszcze nie używane przez dzieci)
  * „**zabawki brudne**" (używane w danym dniu przez dzieci)
- w przypadku braku wydzielonych pojemników w obrębie kącika zabaw należy wyznaczyć obszary na czyste i brudne zabawki,
- pojemniki na brudne zabawki powinny być poza zasięgiem dzieci,
- zabawki często wkładane do ust przez dzieci lub w inny sposób skażone wydzielinami/ wydalinami po zakończonej zabawie należy bezpośrednio umieścić w pojemniku „zabawki brudne",
- zabawki z pojemnika „zabawki brudne" lub z obszaru na brudne zabawki w miarę na bieżąco poddawać dekontaminacji,

b) przechowywanie zabawek czystych:
- w sposób zapobiegający zanieczyszczeniu kurzem, najlepiej w zamykanych pojemnikach,
- nie zaleca się przechowywania zabawek w plastikowych torbach, oraz zabawek niedosuszonych po dekontaminacji,
- pojemniki lub szafki do przechowywania zabawek utrzymywać w bieżącej czystości.

2. **Dekontaminacja zabawek ogólnodostępnych:**

a) **zabawki twarde:**
- poddawać myciu i dezynfekcji chemicznej minimum 1 raz dziennie (na koniec dnia),
- zabawki użytkowane przez niemowlęta i małe dzieci należy czyścic bezpośrednio po zakończonej zabawie ze względu na duże ryzyko zanieczyszczenia śliną, wydzielinami z dróg oddechowych,
- mycie zabawek z użyciem wody i mydła,
- dezynfekcja zanurzeniowa zabawek z użyciem preparatu o szerokim spektrum działania, nie toksycznego dla dzieci, z następowym wypłukaniem w wodzie,
- zabawki użytkowane przez dzieci w obszarze izolacji wymagają dezynfekcji w preparatach chlorowych,
- dopuszcza się dezynfekcję zabawek przy użyciu alkoholowych chusteczek dezynfekcyjnych,
- tylko dokładnie osuszone zabawki mogą zostać umieszczone w pojemniku do ich przechowywania,

b) **zabawki miękkie:**
- wskazane jest dedykowanie zabawki jednemu dziecku,
- dekontaminacje zabawek miękkich przeprowadza się poprzez dezynfekcję termiczną (pranie), w częstotliwości:
* co najmniej 1 raz w tygodniu,
* w przypadku widocznego zabrudzenia,
* bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji danego dziecka,
- w przypadku zanieczyszczenia organicznego zabawki (np. krwią), wskazane jest usunięcie zabawki,
- dzieci poddawane izolacji mogą korzystać wyłącznie z zabawek miękkich prywatnych,

c) **przybory do rysowania (kredki, ołówki):**
- zaleca się dezynfekcję z użyciem chusteczek alkoholowych bezpośrednio po użyciu przez dane dziecko,

d) **książki:**
- książki zniszczone oraz zanieczyszczone organicznie natychmiast usunąć,
- książki wspólne użytkowane przez dziecko chore zakaźnie należy:
* wyrzucić lub:
* zdezynfekować okładkę książki chusteczką alkoholową i przekazać dziecku do domu.

3. **Dekontaminacja prywatnego sprzętu elektronicznego (tablety, laptopy, gry elektroniczne, telefony komórkowe):**
- przy wypisie do domu ww. sprzęt zdezynfekować przez przetarcie nieakoholowymi chusteczkami dezynfekcyjnymi.