

## دستور العمل عملیاتی آمادگی و مدیریت موج هشتم اپیدمی کووید ۱۹ در حوزه درمان



## فهرست مطالب

۲.....	مقدمه
۲.....	مدیریت و رهبری
۳.....	پشتیبانی عملیاتی؛ تدارکات و مدیریت منابع
۳.....	وسایل مصرفی، تاسیسات و تجهیزات
۳.....	میزان مصرف دارو و ملزومات بیمار
۳.....	تامین اکسیژن بیمارستانی
۵.....	مدیریت نیروی انسانی
۵.....	مدیریت تخت و فضاهای درمانی
۶.....	پذیرش و تفکیک بیماران کووید ۱۹
۷.....	الگوریتم درمانی بیماری
۸.....	کنترل عفونت
۹.....	ثبت و گزارش دهی

## مقدمه

بیمارستان ها در شرایط بحران باید اقدامات مشخصی را در زمینه آمادگی اضطراری برای تهدیدات بیولوژیکی، به ویژه خطرات ناشی از بیماری حاد تنفسی به منظور شناسایی موارد مشکوک، محدودیت سرایت داخل بیمارستانی و تسهیلات و ارائه خدمات درمانی تخصصی را اولویت بندی و اجرا کنند. این اقدامات شامل فعال کردن پروتکل ها و انجام پروسیجرها در فضاهای فیزیکی ایمن با تأکید بر اقدامات جداسازی، آموزش و توانمندسازی پرسنل برای استفاده از تجهیزات محافظت شخصی (PPE)، مدیریت بیمار، نحوه نمونه گیری و جابجایی آن، مدیریت پسماند و دفع زباله های بیولوژیکی خطرناک است.

با پشت سر گذاشتن پیک های اپیدمی کووید ۱۹ بیمارستان ها و دانشگاه های علوم پزشکی تجربیات زیادی در زمینه مدیریت درمان بیماران و استفاده از ظرفیت های موجود درمانی برای ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری کووید ۱۹ همزمان با درمان بیماران اورژانسی، مزمن و صعب العلاج و مدیریت درمان بیماران الکتیو داشته اند. در این دستورالعمل با بهره گیری از چک لیست ارزیابی آمادگی بیمارستان ها در بحران کووید ۱۹ انتشارات سازمان بهداشت جهانی همراه با تجربیات و بخشنامه های مدیریت درمان بیماری از پیک های اول تا پنجم به منظور جمع اقدامات مورد نیاز خلاصه شده است که لازم است تحت نظارت ریاست دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی برنامه ریزی و برای مقابله با پیک ششم مورد استفاده قرار گیرد.

## مدیریت و رهبری

تیم اصلی مدیریت بحران شامل رئیس/ مدیر بیمارستان، تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسای گروه ها و بخش های مربوطه (مثل بخش اورژانس و ICU) و متخصصین مرتبط است که باید با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/دانشکده آمادگی لازم برای تداوم خدمات درمانی موج ششم را داشته باشند.

سایر اعضای این تیم شامل مدیر، مترون، مدیر مالی، سوپروایزر بالینی، مسئول آموزش، مسئول روابط عمومی، مسئول بهبود کیفیت، مسئول کنترل عفونت، مدیر آمار و اطلاعات، آزمایشگاه و تصویر برداری، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، مددکاری، روسای گروه ها و بخش های مرتبط هستند.

مسئولیت های تیم مدیریتی بیمارستان باید ابلاغ و یادآوری شود. بازآموزی پرسنل برنامه ریزی و مهارت های کارکنان آموزش دیده ارزیابی شود.

لیست اطلاعات کارکنان اداری، درمانی، پاراکلینیک، خدماتی، امنیتی (شامل شماره تلفن همراه و ثابت، نشانی محل سکونت و آدرس ایمیل سازمانی/در صورت وجود) باید در دفتر ریاست بیمارستان و همه بخش های مرتبط وجود داشته باشد.

اطلاعات و نحوه دسترسی به مقامات محلی نیز باید در بیمارستان تهیه و به اطلاع تیم مدیریتی رسانده شود. مدیریت بیمارستان باید با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/دانشکده (شبکه بهداشت و درمان شهرستان) ارتباط و همکاری مشخصی با شبکه خدمات سلامت محلی برای پیش بینی افزایش تعداد بیماران نیازمند بستری و درمان و پیگیری آنان داشته باشد. این امر برای جذب منابع محلی، تامین داروهای لازم، خدمات آزمایشگاهی، تجهیزات و امکانات انتقال یا ارجاع بیمار ضروری است.

تیم مدیریت ارشد باید گزارش روزانه شامل آمار مراجعین (سرپایی و بستری) شاخص مدت زمان اقامت بیماران در بخش های عادی/ ویژه، بیماران ترخیصی، پیگیری بیماران پس از ترخیص، آمار کارکنان مبتلا (شاخص ابتلای پرسنل)،

آمار فوت، میزان عفونت‌ها، نیازهای دارویی، تاسیساتی، اکسیژن و گزارش‌های دیگر را با توجه به حوزه‌ی فعالیت بیمارستان و شرایط بحرانی دریافت و براساس آن اقدام کنند.

در سطح بیمارستان باید فرد یا افرادی مسلط به امور آمار در تمامی ایام هفته (شامل روزهای تعطیل) برای ورود اطلاعات و آمارهای موردنیاز ستاد دانشگاه/دانشکده و وزارت تعیین شده باشند و اطلاعات بیماران سرپایی، بستری، آمارهای فوت و سایر اطلاعات موردنیاز را با هماهنگی ستاد دانشگاه/دانشکده در سامانه‌های مربوطه وارد نمایند. مسولیت نظارت و تایید اطلاعات وارد شده به عهده رئیس بیمارستان است.

آخرین دستورالعمل‌های درمانی، تامین امکانات و تجهیزات ضروری ارائه خدمات به بیماران، در کلیه مراحل پذیرش، اقدامات تشخیصی درمانی، ترخیص یا انتقال بیمار باید توسط هیات رئیسه/ معاونت درمان دانشگاه/دانشکده به بیمارستان ارسال شده باشد. در بیمارستان موجود و در دسترس باشد و به تمامی کارکنان ذی ربط اطلاع رسانی شود. در صورت نیاز دستورالعمل‌های داخلی شامل اقدامات امنیتی در بیمارستان در شرایط موج ششم تهیه و پس از تایید معاونت درمان و حراست دانشگاه/دانشکده بر اساس آن اقدام شود.

## پشتیبانی عملیاتی؛ تدارکات و مدیریت منابع

### وسایل مصرفی، تاسیسات و تجهیزات

برنامه انبار بیمارستان (اعم از انبار دارویی، تجهیزات، آشپزخانه دارای نقطه‌ی سفارش و نقطه‌ی بحرانی) تهیه شود و مسئول انبار براساس این شاخص‌ها با هماهنگی تیم مدیریتی بیمارستان، برای تامین اقلام مورد نیاز (با بررسی لیست اقلام سفارش داده شده در ۶ ماه گذشته و میزان مصرف) اقدام نماید. شرایط استاندارد نور، دما، تهویه و امنیت انبار براساس آخرین دستورالعمل‌ها بررسی و در صورت نیاز اصلاح شوند. نیازهای تاسیساتی و تجهیزاتی براساس بازدیدهای مجدد و نحوه کارکرد تجهیزات، برآورد و برای تامین آن‌ها اقدام شود. برنامه نگهداشت (PM) منظم و دوره‌ای واحد تجهیزات پزشکی و تاسیسات بیمارستان بررسی و از اجرای آن اطمینان حاصل شود. کلیه تجهیزات ضروری به دقت مورد ارزیابی و بازبینی قرار گیرد و تا حد امکان تجهیزات جایگزین در نظر گرفته شود.

### میزان مصرف دارو و ملزومات بیمار

داروهای موردنیاز براساس میزان مصرف داروهای درمان کووید ۱۹ در موج پنجم و آخرین پروتکل درمانی ابلاغی به شماره ۴۰۰/۱۵۸۷۰ مورخ ۱۴۰۰/۷/۲۷ برآورد شود. هماهنگی لازم با مسئولین دانشگاه/دانشکده برای اطمینان از تهیه مستمر داروهای فورمولاری بیمارستان و منابع مورد نیاز (به عنوان مثال انبارهای محلی و مرکزی، تفاهم نامه با تامین کنندگان محلی و خیرین) انجام شود.

### تامین اکسیژن بیمارستانی

برای تکمیل و رفع مشکل وضعیت اکسیژن درمانی در کلیه بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور؛ لازم است تیمی متشکل از کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس دفتر فنی و کارشناس نظارت و ارزشیابی از حوزه‌های ستادی دانشگاه/دانشکده با حکم ویژه رئیس دانشگاه/دانشکده **حداکثر تا اول آذر ماه ۱۴۰۰** به کلیه بیمارستان‌های تابعه مراجعه

نموده و مجدداً از نحوه اکسیژن رسانی بیمارستان بازدید و فرم اطلاعاتی سیستم اکسیژن درمانی بیمارستان را تکمیل نمایند. این فرم باید پس از تکمیل و امضاء کارشناسان تیم، توسط معاون درمان و رئیس دانشگاه/دانشکده تایید شود. سپس نماینده تحول معاونت درمان دانشگاه/دانشکده با نام کاربری و کلمه عبوری که در اختیار دارد، به پرتال تخصصی معاونت درمان به نشانی [hse.health.gov.ir](http://hse.health.gov.ir) قسمت ورود فرم های دانشگاهی؛ مراجعه و در صورت تغییر اطلاعات مذکور، آن را در فرم اطلاعات تکمیلی سیستم اکسیژن بیمارستانی (صرفاً برای بیمارستان های دانشگاهی) ثبت نمایند. ضمناً لینک مستقیم فرم نیز به شرح زیر می باشد:

<http://hse.health.gov.ir/Lists/1400/AllItems.aspx>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی .....				
فرم اطلاعاتی سیستم اکسیژن درمانی بیمارستان ..... شهر .....				
اطلاعات کلی بیمارستان				
تعداد تخت مصوب	تعداد تخت فعال	تعداد تخت ویژه	تعداد تخت	
			بیمارستان سانتر کرونا است	عادی
			بلی	خیر
وضعیت موجود سیستم تامین اکسیژن				
دستگاه اکسیژن ساز		مخزن مایع کرایوژنیک		کل موجودی کپسول
تعداد		تعداد		تعداد
ظرفیت لیتر (لیتر بر دقیقه)		ظرفیت کل (تن)		ظرفیت کل (لیتر)
تعداد کپسول متصل به مانیفولد		تعداد کپسول های موجود بالای سر بیمار		
تعداد		تعداد		
ظرفیت کل متصل		ظرفیت کل		
نیاز ظرفیت اضافی اکسیژن				
دستگاه اکسیژن ساز		مخزن مایع کرایوژنیک		کپسول (۴۰ لیتری)
تعداد		تعداد		تعداد
ظرفیت کل درخواستی (لیتر بر دقیقه)		ظرفیت کل درخواستی (تن)		
در این قسمت دلایل نیاز و توجیه دفتر فنی ذکر گردد (با توجه به بندهای ۵ گانه بازدید حضوری)				
تایید کارشناس تجهیزات پزشکی نام و نام خانوادگی و امضا		تایید کارشناس دفتر فنی مهندسی نام و نام خانوادگی و امضا		تایید کارشناس نظارت و ارزشیابی دانشگاه نام و نام خانوادگی و امضا
تایید معاون درمان دانشگاه		نام و نام خانوادگی و امضا		
تایید ریاست دانشگاه		نام و نام خانوادگی و امضا		

در همین راستا پایش برخط خلوص و دما و فلوی اکسیژن از طریق راه اندازی سیستم پایش اکسیژن در بیمارستان ها مورد انتظار است. در عین حال میزان مصرف و تولید اکسیژن در حالت عادی و اوج مصرف مورد ارزیابی قرار گرفته و از آمادگی بیمارستان برای زمان بحران اطمینان حاصل شود.

## مدیریت نیروی انسانی

لیست پرسنل موجود و جایگزین به تفکیک بخش ها با تاکید بر خدمات مرتبط با اپیدمی و خدمات ضروری یا اورژانسی که باید حتما ارائه شوند؛ تهیه شود.

افزایش ظرفیت به تفکیک بخش های مهم با تاکید بر بخش های ویژه پیش بینی و با تأیید رئیس بیمارستان، **فهرست پرسنل موردنیاز در شیفت های کاری** مشخص شود.

برنامه ریزی آموزشی برای نیروهای جدیدالورود و بازآموزی برای کارکنان قبلی انجام شود. از طریق بازدیدهای دوره ای تیم مدیریتی از مهارت کارکنان درخصوص کفایت آموزش ها با تاکید بر ارائه خدمات درمانی کلینیک های تنفسی، تریاژ، اورژانس و بخش های ویژه ارزیابی شود.

لیست تردد و حضور و غیاب پرسنل و جایگزین آن ها وجود داشته باشد. **روش های تامین نیروی موردنیاز در شرایط افزایش تقاضا** مشخص شده و در کمیته بحران مصوب شود. نحوه رسیدگی به مرخصی های استحقاقی / استعلاجی کارکنان از طریق امور اداری با هماهنگی واحد بهداشت حرفه ای مشخص شده باشد.

بخشنامه های پذیرش و روش های صلاحیت سنجی پرسنل داوطلب همراه با روش های مصاحبه و پذیرش و تعیین صلاحیت پرسنل داوطلب مشخص و مستندات بکارگیری موجود باشد.

پرسنل جدیدالورود باید با روش های موثر آموزش دیده باشند و مستندات آن ها موجود باشد. روش های آموزش از قبل پیش بینی شده باشد.

### از واکسیناسیون کلیه پرسنل مطابق بخشنامه های ابلاغی اطمینان حاصل شود.

دستورالعمل نحوه برگشت به کار برای پرسنل مبتلا مرور و به کارکنان ابلاغ شود. کارکنان رده های مختلف باید از دستورالعمل مطلع باشند و بر نحوه اجرای آن نظارت شود.

شرایط کاری و بیماری های احتمالی کارکنان باید توسط واحد بهداشت حرفه ای در پرونده آنان درج شده باشد. برای **کارکنان در معرض خطر / استرس یا پرسنل جزء گروه پرخطر** دارای بیماری خطرناک، تهمیداتی به منظور کاهش مخاطرات پیش بینی شود. کارکنان باید از نحوه استفاده از مزایای تعیین شده اطلاع داشته باشند و اقدامات انجام شده باید مستند و مکتوب باشند. بخشنامه داخلی برای نحوه غربالگری یا تغییر شیفت و محل کار پرسنل در معرض خطر (براساس دستورالعمل کشوری) صادر شود.

دور کاری بخش های پشتیبانی، مرخصی تشویقی و کاهش شیفت های موظفی پرسنل بالینی و نحوه پوشش و مشوق های شیفت های مازاد مطابق با آخرین بخشنامه های ارسالی و قوانین اداری، پیش بینی شود. کارکنان باید از نحوه استفاده از مزایای تعیین شده اطلاع داشته باشند.

بخشنامه های داخلی و اطلاعیه ها منطبق بر قوانین ابلاغی صادر شده باشد. تیم متشکل از مدیریت، مددکاری، مترون، امور اداری و بهداشت حرفه ای دستورالعمل را مدیریت کنند.

## مدیریت تخت و فضاهای درمانی

بیمارستان باید براساس اطلاعات ثبت شده سامانه آواب (آمار و اطلاعات بیمارستانی) در بازه های زمانی مشخص، اطلاعات بیمارپذیری و شرایط اپیدمیولوژی بیماری و تعداد پذیرش در دوره های بروز بیماری، فضا، تجهیزات و نیروی انسانی موردنیاز را برآورد و در کمیته مدیریت بحران بیمارستان مطرح و ثبت و به معاونت درمان دانشگاه/دانشکده ارسال نماید.

باید فضاهای پیش بینی شده برای افزایش ظرفیت پذیرش بیمارستان در شرایط اضطرار مشخص و آمادگی تجهیز اضطراری آن ها برای پذیرش بیماران سرپایی و بستری وجود داشته باشد.

لازم است شرایط تبدیل اتاق های معمولی بیمارستان به اتاق ایزوله در شرایط اضطرار پیش بینی شده باشد. تیم مدیریتی بیمارستان باید از موقعیت فضاهای پیش بینی شده بازدید و کفایت و کیفیت آن ها را تایید نماید.

**کلینیک های تنفسی و واحدهای بستری اولیه** وابسته به بیمارستان می بایست مطابق بخشنامه های شماره ۴۰۰/۱۴۹۲۲ مورخ ۱۳۹۹/۰۷/۱۸ و ۴۰۰/۱۶۰۱۱ مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۱ سازماندهی شوند. نشانی و فهرست بیمارستان های ریفال و مکان های جایگزین باید با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/دانشکده، در اختیار تیم مدیریتی بیمارستان قرار داده شده و در دفتر ریاست و مترون موجود باشد.

مستندات جلسات برگزار شده با مقامات محلی و تصمیمات اخذ شده در این خصوص، می بایست ثبت شده و قابل بررسی و پیگیری باشد.

در صورت افزایش بار مراجعه، تیم مدیریت بیمارستان تحت نظارت رئیس بیمارستان به صورت روزانه تشکیل جلسه داده و براساس گزارش روزانه دریافتی، نظارت کافی برای پذیرش بیماران سرپایی و بررسی اندیکاسیون های بستری و ترخیص به عمل آید. در این جلسات می بایست موارد زیر به دقت بررسی شود:

- در صورت افزایش ضریب اشغال بیش از ۵۰ درصد تخت های بستری عادی و بیش از ۶۰ درصد تخت های ویژه توسط بیماران کووید ۱۹ با هماهنگی و تایید معاونت درمان دانشگاه/دانشکده و طرح و تصویب در هیات رئیسه دانشگاه/دانشکده پذیرش بیماران الکتیو لغو شود. بیماران الکتیو با تایید پزشک معالج توسط مدیر تخت بیمارستان، در لیست انتظار درج شوند.
- در صورت افزایش ضریب اشغال بیش از ۸۰ درصد تخت های بستری ویژه و عادی توسط بیماران کووید ۱۹ مطابق مفاد بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۳۳۳۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ می توان از سالن ها و اماکن ورزشی در جوار بیمارستان جهت درمان و بستری بیماران استفاده کرد.
- برای تعیین روند افزایش ضریب اشغال، نظارت و تایید تیم مدیریت تخت بیمارستان، ضروری است.
- در صورت نیاز به استقرار بیمارستان سیار و صحرائی، موضوع به صورت آنی و بدون فوت وقت در هیات رئیسه دانشگاه/دانشکده و ستاد کرونا استان مطرح و در صورت تصویب، مراتب با معاونت درمان ستاد وزارت بهداشت مکاتبه شود.
- با توجه به محدودیت های ارائه خدمات در بیمارستان های سیار و صحرائی، قبل از هرگونه تصمیم گیری در این خصوص، باید ظرفیت های موجود محلی و امکان اعزام و انتقال بیمار به استان های همجوار و معین بررسی شود.

## پذیرش و تفکیک بیماران کووید ۱۹

امکانات آموزشی تصویری از طریق نمایشگر، فضای مجازی و یا مکتوب و یا به صورت علائم در هر بیمارستان جهت آموزش مسایل مرتبط بهداشتی و همچنین پاسخ به سوالات شایع مطابق با نیازهای منطقه ای هر دانشگاه/دانشکده در فضاهای عمومی بیمارستان طراحی شود.

ترجیحاً تریاژ بیماران دارای علایم حاد تنفسی در کلینیک های تنفسی انجام شود و در صورت عدم تفکیک فضای کلینیک تنفسی از فضای اورژانس بیمارستان، فضای تریاژ و یا چادر (سازه غیر ثابت) برای ارزیابی بیماران مشکوک و محتمل به همراه ترسیم خط سیر بیماران از واحد تریاژ تا فضای انتظار و اتاق ارزیابی ویژه این بیماران در نظر گرفته شود. فرآیند تریاژ باید مکتوب و مستند باشد و پرستار تریاژ تسلط کافی به الگو و جزئیات تریاژ داشته باشد. قبل از موج ششم بازدید میدانی تیم مدیریت بیمارستان از فرآیند تریاژ با یک بیمارنا در واحد اورژانس و درمانگاه در قالب نظام مراقبت سندریمیک انجام شود و مستندات آن ثبت شود.

نوبت دهی ویزیت بیماران سرپایی و پذیرش بستری (به تفکیک بیماران کووید ۱۹ و سایر بیماران) از طرق مختلف مانند سامانه تلفنی یا پیامکی پیش بینی و در صورت امکان اجرایی شود. مستندات اقدامات باید موجود باشد. مستندات کاغذی و یا الکترونیکی فرآیند تریاژ مجدد در فضاهای انتظار و درمان بیماران اورژانس و کلینیک های غیرعفونی جهت تمامی پرسنل درمانی وجود داشته باشد. سیستم گزارش دهی / اطلاع رسانی آنی به کارشناس کنترل عفونت بیمارستان و کارشناس مبارزه با بیماری های واگیر مرکز بهداشت شهرستان وجود داشته باشد و توسط تیم مدیریتی بیمارستان از طریق مشاهده و بررسی سامانه ها و روش های موجود مورد ارزیابی قرار گیرد. در بخش اورژانس بیمارستان ریفرال، واحد تحت نظر بیماران مشکوک و محتمل تفکیک و پزشک مجزا با دسترسی به مشاوره توسط متخصص مقیم یا آنکال مسئول ویزیت بیماران کووید ۱۹ وجود داشته باشد. در تمامی بخش ها کلیه موازین کنترل عفونت و پوشش حفاظت فردی، حفظ فاصله و تماس با بیماران با سطوح محیطی بالقوه آلوده در ویزیت بیماران کووید و غیر کووید لحاظ شود.

مناسب ترین مسیر حرکت بیماران با حداقل جابجایی بیماران در بخش های بیمارستان و یا اورژانس بیمارستانی ترسیم شود. مسیر حرکت بیمار (patient flow) براساس پروتکل های ابلاغی و بررسی امکان جداسازی واحد های سی تی اسکن و آزمایشگاه برای بیماران مشکوک و محتمل از سایر بیماران، به ویژه در بیمارستان های ریفرال مشخص شده باشد. نمونه گیری، حمل نمونه، بسته بندی و انتقال نمونه ها مطابق با معیار ها و موازین انتقال ایمنی زیستی آزمایشگاه انجام شود. خط مشی بیمارستانی در خصوص نمونه گیری و گزارش آزمایشات بیماران مشکوک؛ اولویت گذاری در انجام اقدامات پاراکلینیک به ویژه رادیولوژی در خصوص بیماران مشکوک / محتمل / قطعی مشخص شود. نتایج اقدامات تشخیصی واحدهای پاراکلینیک بیماران مشکوک در سامانه HIS نشان دار شود.

### الگوریتم درمانی بیماری

اقدامات تشخیصی درمانی براساس آخرین پروتکل درمانی کووید ۱۹ مطابق نامه شماره ۴۰۰/۱۵۸۷۰ مورخ ۱۴۰۰/۷/۲۷ انجام می شود. لازم است مسئول/مسئولین نظارت بر حسن اجرای پروتکل تعیین شده باشند و توسط معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی نظارت شود.

آموزش مستمر کارکنان ذیربط برای نحوه اجرای آخرین پروتکل با تاکید بر کلینیک های تنفسی، بخش های اورژانس و ویژه انجام شده باشد. عناوین آموزش بایستی شامل غربالگری اولیه، احیا، تثبیت اولیه بیماران، تهویه مکانیکی و بستری و تعیین نحوه دسترسی به وسایل حفاظت کننده فردی نیز باشد.

پروتکل تریاژ و پذیرش/ترخیص بیمار از بخش ویژه بر اساس اندیکاسیون موجود باشد. مستندات اندیکاسیون/ روش اجرایی تهویه مکانیکی پایش همودینامیک، حمایت های مولتی ارگان در خصوص بیماران کوویدی موجود باشد. تمامی اقدامات در پرونده بیمار ثبت شوند.



بر نحوه اکسیژن درمانی براساس پروتکل پیوست بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۵۲۳۷ مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۲۱ نظارت شود. میزان خلوص اکسیژن بر بالین بیمار اندازه گیری و ثبت شود. افراد مسئول و آموزش آنان قبل از شروع موج ششم مشخص شوند.

قبل از شروع موج ششم تیم های نظارتی، تیم تنفسی و تیم مدیریت تخت مطابق بخشنامه های شماره ۴۰۰/۱۴۹۲۲ مورخ ۱۳۹۹/۰۷/۱۸ و ۴۰۰/۱۲۶۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۵ سازماندهی شود و هماهنگی های لازم برای نظارت بر پذیرش و ترخیص بیماران را انجام دهند. در صورت افزایش موارد مراجعه سرپایی/ بستری گزارش تیم مدیریت تخت به صورت روزانه به تیم مدیریتی بیمارستان ارائه شود.

کفایت استفاده از روش های درمانی کمک تنفسی غیرتهاجمی (NIV) توسط تیم تنفسی ارزیابی و نظارت شود. مفاد بخشنامه شماره ۴۰۰/۳۱۱۹۴ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۱۶ درخصوص پروتکل مداخلات روانی - اجتماعی بیماران کووید ۱۹ توسط مددکاری بیمارستان اجرا و توسط تیم مدیریتی بیمارستان با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی نظارت و گزارش گیری شود.

## کنترل عفونت

ابلاغ پزشک/ تیم کنترل عفونت در تیم مدیریت حوادث بیمارستان، تنظیم و یا تجدید شود. دوره های آموزشی و بازآموزی «احتیاطات استاندارد و به ویژه آداب تنفسی و بهداشت دست برای کارکنان» برگزار و مهارت های کارکنان ارزیابی شود. محلول ضد عفونی با پایه الکلی برای رعایت بهداشت دست و یادآورهای نحوه رعایت آداب سرفه و بهداشت دست در فضا های انتظار بیمارستان، بخش اورژانس و بخش های بستری بیماران موجود باشد. اصول ایزولاسیون قطره ای-تماسی و یا هوابرد برای کلیه مراجعین، بویژه بیماران مشکوک / محتمل و قطعی رعایت شود. وسائل حفاظت فردی بر اساس میزان ریسک انتقال بیماری متناسب با وظایف بالینی کارکنان با توجه به نوع ارائه خدمات (مستقیم و غیر مستقیم) و سطح و مدت تماس، توزیع و نحوه استفاده از آن ها توسط واحد بهداشت حرفه ای نظارت شوند.

لازم است فاصله حداقل یک متر بین تخت های بستری در بخش ها و واحدهای بستری اولیه رعایت شود. دستورالعمل محدودیت ملاقات های بیماران مشکوک / محتمل و قطعی کووید ۱۹ تهیه و بر نحوه رعایت آن ها نظارت شود. علایم و هشدارهای محدودیت ورود ملاقاتی ها بر روی درب اتاق ها و بخش های کووید ۱۹ نصب شده باشد. احتیاطات استاندارد و تماسی و استفاده از ماسک و رعایت بهداشت دست برای ملاقات کنندگان رعایت شود. تمامی دستورالعمل های نظافت محیط های کم خطر، با خطر متوسط و پرخطر شامل نوع ماده گندزدا، توالی و ترتیب نظافت، دفعات نظافت در شبانه روز و نحوه آلودگی زدایی ترشحات و ... بیولوژیک در محیط و آموزش نحوه رقیق سازی محلول های گندزدا به کادر پشتیبانی و انبارش و ذخیره مواد ضدعفونی. تناسب استفاده از وسایل حفاظت فردی در حین انجام فرآیند، اثر بخشی روش های گندزدایی غیرتماسی موجود باشد و توسط واحد بهداشت محیط بیمارستان بر نحوه اجرای آن ها نظارت شود.

پروتکل های ضد عفونی و استریل کردن تجهیزات و وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد، روش اجرایی معین برای تضمین کیفیت استریلیزاسیون واحد CSR و «پروتکل مدیریت امحاء پسماندهای عفونی» و «روش اجرایی انتقال و نگهداری اجساد متوفیان» موجود باشد و رعایت شود. توسط واحد بهداشت محیط بیمارستان نظارت شود. مسئول/مسئولین نظارت بر استقرار موازین پیشگیری و کنترل عفونت و نحوه استقرار آن در بیمارستان معین شده باشند. مستند بازخورد و راهکار اصلاحی نظارت های قبلی که در مصاحبه با کارکنان قابل تایید باشد. چک لیست نظارتی شامل (وجود ساختار سازمانی مناسب، نقش ها و دامنه فعالیت تیم کنترل عفونت، راهنماهای بالینی IPC، وجود رابطین کنترل عفونت در بخش ها، نحوه هماهنگی با کارشناس بهداشت محیط، بیماریابی و ثبت بیماران مبتلا، هماهنگی با مسئول بیماری های واگیر) موجود باشد. تیم مدیریتی بیمارستان در مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحدهای بیمارستان، آگاهی ایشان از موازین پیشگیری و کنترل عفونت را بررسی و نظارت نمایند.

## ثبت و گزارش دهی

مطابق آخرین بخشنامه به شماره ۴۰۰/۱۴۲۵ د مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۹ موارد زیر مورد تاکید است:

• ثبت دقیق، کامل و صحیح آمار روزانه بیماری حاد تنفسی (شامل روزهای تعطیل) توسط بیمارستان ها در پرتال تحول سلامت: لینک مستقیم جهت ثبت و ویرایش آمار روزانه بیماری حاد تنفسی با دسترسی نماینده بیمارستانهای دانشگاهی و غیر دانشگاهی

<http://hse.health.gov.ir/Response/coronaAmar.aspx>

• بررسی داده های ثبت شده در بیمارستان های مرتبط تا ساعت ۱۴ هر روز توسط نماینده دانشگاه/دانشکده و ثبت نتیجه در قالب رد یا تایید اطلاعات روزانه :

- لینک مستقیم جهت تایید آمار روزانه بیماری حاد تنفسی با دسترسی نماینده معاونت درمان دانشگاه

<http://hse.health.gov.ir/Response/TayidAmarCorona.aspx?PageView=Shared&InitialTabId=Ribbon.WebPartPage&VisibilityContext=WSSWebPartPage>

- لینک مستقیم داشبورد آمار روزانه کوید با دسترسی نماینده معاونت درمان دانشگاه

<https://qlik-view.health.gov.ir/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=medcare%5Chse%5Camarmobtalacorona.qvw&lang=en-US&host=QVS%40healthqlikview>

علاوه بر موارد فوق الذکر؛ می بایست اقدامات لازم جهت اطمینان از ارسال به موقع اطلاعات به سپاس مطابق با الزامات تعیین شده انجام شده باشد.

مستندات مربوط به پروتکل ها و دستورالعمل های مرتبط و نحوه همکاری واحدهای ذی ربط از جمله حراست بیمارستان با واحدهای ثبت اطلاعات و گزارش گیری تدوین و اجرا شود.