

فرم گزارش خود اظهاری و پایش پسماندهای پزشکی

- ۱- مشخصات عمومی مراکز درمانی پزشکی
 - نام مرکز:
 - آدرس/تلفن:
 - نوع مالکیت: خصوصی دولتی خیریه نظامی سایر
 - نام دانشگاه وابسته یا تحت پوشش
 - نام مدیر مرکز:
 - تعداد تخت مصوب: تعداد تخت فعال:
- ۲- خود اظهاری در دوره سه ماهه توسط آزمایشگاه معتمد:
 - انجام می شود انجام نمی شود در دست اقدام است
- ۳- تاریخ پایش: ۳- آزمایشگاه پایش کننده (سازمان / معتمد):
- ۴- وضعیت بیمارستان در خصوص نصب دستگاه امحاء پسماند عفونی:
 - موجود و فعال می باشد موجود و غیر فعال می باشد موجود نمی باشد در دست اقدام
- ۵- مشخصات دستگاه امحاء پسماند عفونی:
 - نوع/مدل مشخصات شرکت تولید کننده/وارد کننده
 - تاریخ تحویل/نصب و راه اندازی وضعیت خردکن حجم دستگاه
- ۶- دامنه عوامل موثر در فرایند سترون سازی (دما، فشار، طوع موج و سایر)
 - متناسب می باشد متناسب نمی باشد
- ۷- وضعیت تفکیک پسماند های پزشکی در مرحله تولید مطابق با دستورالعمل
 - می باشد نمی باشد
- ۸- وضعیت پسماندهای پزشکی در محل نگهداری مطابق با دستورالعمل
 - می باشد نمی باشد
- ۹- آشنایی کاربر دستگاه امحاء پسماند عفونی با کلیه مراحل کار
 - تسلط دارد نیاز به آموزش دارد
- ۱۰- روش امحاء پسماند عفونی مراکز پزشکی
 - روش بخار شیمیایی گرمای خشک سایر (ذکر نوع روش)
- ۱۱- در صورت استفاده از روش شیمیایی ذکر نام و مقدار ماده شیمیایی مصرفی در هر سیکل
- ۱۲- میزان حجم پسماند عفونی تولید شده در روز:
- ۱۳- مقدار حجم دستگاه امحاء با میزان پسماندهای تولیدی بیمارستان متناسب می باشد متناسب نمی باشد
- ۱۴- نوع اندیکاتور های بیولوژیک مورد استفاده
 - باسیلوس استنارو ترمو فیلوس باسیلوس سوبتیلیس سایر
- ۱۵- بررسی مستندات مربوط به فرآیند امحاء پسماند عفونی
 - مستندات ثبت (فشار، دما و...) در حافظه یا پرینت مربوط به فرایند امحاء پسماند عفونی
 - مستندات استفاده از شاخص های شیمیایی برای هر سیکل کاری
 - مستندات انجام کالیبراسیون دستگاه حداقل سالی یکبار (تاریخ انجام کالیبراسیون)
 - مستندات ثبت توزین پسماند
- ۱۶- میزان خرابی دستگاه در سال و میزان غیرفعال شدن آن در هر بار خرابی (دفعات سرویس و نگهداری)
- ۱۷- خودرو حمل کننده پسماند عفونی امحاء شده مطابق با دستورالعمل
 - می باشد نمی باشد
- ۱۸- خودرو حمل پسماند عفونی امحاء شده پس از بارگیری نشت شیرابه:
 - دارد ندارد
- ۱۹- روش دفن پسماندهای پزشکی

دفن بهداشتی: زباله سوزها: روش محفظه سازی: سایر:

فرم صورتجلسه انجام پایش خوداظهاری

(در ۳ نسخه مشابه امضا شود)

۱۰/۰۲-۴/ف

تاریخ:

ساعت ورود:

ساعت خروج:

نام آزمایشگاه معتمد: نام واحد مورد پایش:
(در صورت همکار بودن، نام آزمایشگاه اصلی:))

بدینوسیله اعلام می گردد عملیات پایش خوداظهاری در تاریخ و ساعت فوق الذکر، توسط آزمایشگاه معتمد فوق و در محل واحد یاد شده :
انجام گرفته است انجام نگرفته است

تعداد مکانهای پایش شده

تعداد پایش دودکش - گاز
تعداد پایش دودکش - ذرات
تعداد پایش پساب
تعداد پایش پسماند عفونی
تعداد پایش صوت
تعداد پایش هوای محیط
سایر (.....)

علت عدم انجام خوداظهاری:

.....
.....
سایر توضیحات:
.....
.....

نماینده واحد مورد پایش* : سمت نماینده واحد : شماره تماس (ترجیحاً همراه) نماینده واحد : امضاء	نماینده(های) آزمایشگاه معتمد : شماره تماس (ترجیحاً همراه) مسئول تیم آزمایشگاه : امضاء
نماینده اداره کل (در صورت حضور) : امضاء :	

تذکرات :

- در درج تاریخ و ساعت کمال دقت را داشته باشید.

* در صورت عدم حضور مسئولین واحد مورد پایش، احدی از پرسنل واحد (کارشناس، نگهبان، ...) نسبت به تکمیل برگه اقدام فرمایند.