



ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252

e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
„Sf. PARASCHEVA” IAȘI



Unitate afiliată în  
PROCES DE ACREDITARE



CICLUL 17-18-19

# MANAGEMENTUL LENJERIEI

## CPIAAM PO - 10

### Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

### Revizie

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

**Situatia editiilor si a reviziilor in cadrul editiilor procedurii**

| Nr<br>ert | Ediția/ revizia<br>in cadrul ediției | Componenta<br>revizuită  | Modalitatea reviziei                                                       | Data la care se<br>aplică prevederile<br>ediției sau reviziei<br>ediției |
|-----------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1         | 1/0                                  | - integral               | - elaborare initiala                                                       | 18.09.2019                                                               |
| 2         | 2/0                                  | - cap 4, cap<br>5, cap 6 | - actualizare responsabilitati,<br>completare cu indicator de monitorizare | 31.03.2021                                                               |
|           |                                      |                          |                                                                            |                                                                          |
|           |                                      |                          |                                                                            |                                                                          |

**Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau, după caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii**

| Nr<br>ert. | Elaborat<br>verificat / avizat<br>/ aprobat | Nume si prenume                       | Funcția                             | Semnatura | Data |
|------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------|
| 1          | Elaborat                                    | Dr. Teodorescu Irina                  | Medic epidemiolog                   |           |      |
| 2          | Verificat                                   | Bisca Ramona                          | RMC                                 |           |      |
| 3          | Verificat                                   | C.J.Borseri Damian                    | Responsabil<br>Compartiment Juridic |           |      |
| 4          | Avizat                                      | Prof. Dr. Dorobat<br>Carmen - Mihaela | PC                                  |           |      |
| 5          | Aprobat                                     | Dr. Rosu Florin                       | Manager                             |           |      |

## 1. SCOP

1.1 Prezenta procedură are drept scop reglementarea modului de asigurare și înlocuire periodică a lenjeriei.

## 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Se aplică în cadrul *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi*.

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții:

3.1.1. "serviciile de spalatorie" = reprezintă ansamblul activităților desfășurate în scopul gestionării și prelucrării lenjeriei de spital, începând cu momentul colectării lenjeriei murdare din secțiile unității medicale și până în momentul predării produsului finit înpoi pe secție.

3.1.2. "spălătoria" = reprezintă unitatea funcțională în care se desfășoară fluxul tehnologic de prelucrare pentru obținerea lenjeriei-produs-finit.

3.1.3. "lenjerie de spital" = reprezintă totalitatea articolelor textile folosite în unități medicale și include: cearceafuri, fete de pernă, uniforme ale personalului medical, prosoape, pijamale, articole de îmbrăcăminte pentru pacienți, etc.

3.1.4. "lenjerie murdară" = reprezintă totalitatea articolelor de lenjerie și include atât lenjerie murdară nepătată cât și lenjerie contaminată.

3.1.5. "lenjerie curată" = reprezintă lenjerie care a trecut prin toate etapele procesului de spalare, uscare, calcare și care nu prezintă urme de murdărie, pete vizibile și a suportat un proces de dezinsecție termică sau chimică.

3.1.6. "lenjerie murdară nepătată" = este lenjerie murdară care provine de la pacienții internați.

3.1.7. "lenjerie murdară pătată" = este lenjerie care a venit în contact cu sangele și/sau alte fluide biologice.

3.1.8. "lenjerie-produs finit" = este lenjerie care a parcurs toate etapele fluxului tehnologic și se afla depozitată în spațiul desemnat din zona curată a spălătoriei.

3.1.9. "dezinsecția lenjeriei" = este procesul de distrugere a formelor vegetative ale microorganismelor, a virusurilor și afunilor, cu excepția sporilor bacterieni, astfel încât lenjerie dezinsecțată să poată fi folosită fără riscuri pentru personal și pacienți.

### 3.2. Abrevieri:

3.2.1. Ed. = Editie

3.2.2. Rev. = Revizie

3.2.3. SCIM = Sistem de control intern managerial

3.2.4. Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial

3.2.5. PC = Președintele Comisiei

3.2.6. CPIAAM = Compartimentul de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2008"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 - „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 - „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul nr. 600/2018 - pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

- 4.5. Ordinul 1025/2000 pentru aprobarea normelor privind serviciile de spalatorie pentru unitatile medicale.  
4.6. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial ale *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași*.  
4.7. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași*.

## **5. RESPONSABILITĂȚI**

### **5.1 Managerul**

- 5.1.1. Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură;  
5.1.2. Aprobă/reaprobă prezenta procedură;  
5.1.3. Asigura fondurile necesare pentru aprovizionarea cu materiale, detergenți/ dezinfectanți corespunzători cerințelor și profilului spitalului și încheierea de contracte de service pentru întreținerea utilajelor.  
5.1.4. Aprobă programul de ridicare a lenjeriei  
5.1.5. Aprobă circuitul lenjeriei curate și lenjeriei murdare

### **5.2 Medic epidemiolog CPIAAM**

- 5.2.1 Elaborează planul de activitate și codul de procedura pentru manipularea lenjeriei curate și murdare;  
5.2.2 Elaborează specificatiile tehnice incluse în caietul de sarcini pentru achiziția de detergenți/dezinfectanți folosiți în procesul de spalare și dezinfecție a lenjeriei, efectelor din spital și participă la selecția tehnicii a produselor prezentate  
5.2.1. Stabilește circuitul lenjeriei în spital;  
5.2.2. Elaborează planului de educare și formare continuă;  
5.2.3. Hotărăște și programează efectuarea testării microbiologice a lenjeriei produs-finit;  
5.2.4. Raportează periodic Managerului situația accidentelor și incidentelor apărute.

### **5.3 Asistent igiena**

- 5.2.5. Efectuează controale periodice privind respectarea condițiilor igienico- sanitare, a precauțiilor standard  
5.2.6. Supraveghează prin sondaj modul de aplicare a planului de activitate și a codului de procedura;  
5.2.7. Urmărește aplicarea planului de educare și formare continuă;  
5.2.8. Efectuează testarea microbiologică a lenjeriei produs-finit;  
5.2.9. Raportează medicului epidemiolog, coordonator CPIAAM neregulile aparute la controalele periodice efectuate

### **5.3 Infirmiera/ Ingrijitoare**

- 5.3.1. Respectă modul de colectare și ambalare a lenjeriei murdare, în funcție de gradul de risc conform codului de procedura;  
5.3.2. Respectă codul de culori privind ambalarea lenjeriei murdare;  
5.3.3. Asigura transportul lenjeriei;  
5.3.4. Controlează ca lenjeria pe care o colectează să nu conțină obiecte intepatoare-taietoare și deșeuri de acest tip;  
5.3.5. Ține evidența lenjeriei la nivelul secției, a celei predate și a celei ridicate de la spalatorie;  
5.3.6. Depozitează și manipulează corect, pe secție, lenjeria curată.

#### **5.4 Spalatoreasa**

- 5.4.1. Primește lenjeria atât pe cea contaminată cât și pe cea necontaminată
- 5.4.2. Triază lenjeria necontaminată
- 5.4.3. Dezinfectează lenjeria contaminată
- 5.4.4. Introduce la spălat pe timpuri de categorii lenjeria în mașinile de spălat
- 5.4.5. Evacuează mașinile de spălat
- 5.4.6. Calca lenjeria curată
- 5.4.7. Ambalează pe categorii lenjeria curată
- 5.4.8. Depozitează lenjeria curată în zona curată
- 5.4.9. Eliberează lenjeria către secții

### **6. DESCRIEREA PROCEDURII**

#### **6.1 Circuitul lenjeriei**

##### **6.1.1 Colectarea la sursă și ambalarea lenjeriei**

6.1.1.1 Colectarea și ambalarea la sursă a lenjeriei din spital se fac respectând Precauțiunile Universale. Lenjeria murdară se colectează și ambalează la locul de producere pe tipuri contaminat și necontaminat, în așa fel încât să fie cât mai puțin manipulată și scuturată, în scopul prevenirii contaminării aerului, a personalului și a pacienților. Se interzice sortarea la locul de producere a lenjeriei pe tipuri de articole cu excepția lenjeriei contaminate cu urme de produs biologic care va fi ambalată separat în saci galbeni etichetați cu sintagma „URME PRODUS BIOLOGIC”. Rufe murdare nu trebuie atinse din momentul în care se ridică de la patul bolnavului până la mașina de spălat. Rufe vor fi transportate în saci care se desfac singuri eliberând astfel rufe în mașina de spălat. Nu se permite scoaterea lenjeriei din ambalajul de transport până la momentul predării la spălătorie.

6.1.1.2 Personalul care execută colectarea și ambalarea lenjeriei va trebui să verifice ca în articolele de lenjerie să nu rămână obiecte tăietoare-întepătoare sau deșeuri de acest tip. Personalul care colectează și ambalează lenjeria va purta echipament de protecție corespunzător, conform prevederilor normativelor în vigoare privind protecția muncii: costum medical, papuci de spital, manșuri din latex sterile, bonetă de unică utilizare. După îndepărtarea echipamentului de protecție, personalul se va spăla pe mâini.

6.1.1.3 Ambalarea lenjeriei murdare se face, în funcție de gradul de risc, în:

- a. ambalaj dublu pentru lenjeria contaminată;
- b. ambalaj simplu pentru lenjeria necontaminată.

6.1.1.4 Ambalajul simplu pentru lenjeria murdară nepătată este reprezentat de sacul de polietilenă de culoare neagră. Ambalajul este de unică utilizare, iar containerul de plastic/carucior cu care este deplasată lenjeria se spală cu apă caldă și detergent și apoi se dezinfectează cu un produs adecvat. Dacă lenjeria murdară este umedă, ea se introduce mai întâi într-un sac impermeabil și apoi se pune în ambalajul descris mai sus.

6.1.1.5 Ambalajul dublu pentru lenjeria murdară pătată este reprezentat de sacul interior impermeabil de culoare galbenă, din polietilenă, iar ambalajul exterior este containerul de plastic cu roți. Sacul de polietilenă care a venit în contact cu lenjeria murdară pătată nu se refolosește, ci se aruncă într-un sac galben pentru deșeuri infecțioase, urmând filiera de îndepărtare conform reglementărilor în vigoare.

##### **6.1.2. Transportul și depozitarea lenjeriei murdare**

6.1.2.1 Lenjeria murdară ambalată este transportată în locul special amenajat pentru colectare cu ajutorul unor carucioare speciale pentru saci (galbeni) sau în containere de plastic cu roți. Caruciorul pentru saci poate fi utilizat pentru transportul lenjeriei curate numai după ce a fost spălat cu apă caldă cu detergent-dezinfectant. Depozitarea lenjeriei murdare ambalate se face pe secție într-un spațiu în care pacienții și vizitatorii nu au acces. Se limitează timpul de depozitare a lenjeriei ambalate în pungă de polietilenă la maximum 24 de ore după care, respectând circuitele, este transportată la spălătorie.

**6.1.2.2 Circuitul lenjeriei murdare este:**

| Sectie/Compartiment    | Interval orar | Traseu                                                            |
|------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| Sectia 1               | 06:30-07:00   | Sectie -> usa laterala -> curte interioara - spalatorie           |
| Sectia 2               | 06:00-07:00   | Sectie -> iesire usa lateral dreapta-curte interioara- spalatorie |
| Sectia 3               | 06.30-07:00   | Sectie -> scara -> usa laterala - curte interioara - spalatorie   |
| Sectia 4               | 06:20-07:00   | Sectie -> lift ->- curte interioara - spalatorie                  |
| Sectia 5               | 06:00-07:00   | Sectie ->- iesire usa lateral1 - curte interioara- spalatorie     |
| Sectia 6<br>Pavilion 1 | 06.:00-07:00  | Sectie -> iesire pe usa 1B-curte interioara - spalatorie          |
| TI                     | 06:00-07:00   | Sectie -> lift -> -curte interioara - spalatorie                  |

**6.1.3 Receptia lenjeriei murdare in spalatorie**

**6.1.3.1.** Infirmirea va preda sacii cu lenjerie contaminata / necontaminata la spalatorie in zona murdara pe baza de bon in care se consemneaza tipurile de lenjerie si numarul. formular **cod CPIAAM PO -10/F4, Anexa4**

**6.1.3.2.** Lucratorul din zona murdara la receptia lenjeriei murdare completeaza datele in „Grafic de primire lenjerie muradara contaminata sau necontaminata”, formular **cod CPIAAM PO -10/F1, Anexa1**

**6.1.4. Sortarea lenjeriei in spalatorie**

**6.1.4.1** Nu se admite sortarea lenjeriei contaminate. Sortarea lenjeriei necontaminate se face de catre spalatoreasa echipata corespunzator in zona murdară. Lenjeriea folosită se sortează pe diferite tipuri de articole pe masa de sortare (de exemplu: fete de perna, cearsafuri, pijamale, camasi de noapte, uniforme, etc). Dacă, în pofida precautiunilor luate la colectarea și ambalarea pe secții, obiecte taietoare-intepatoare sau deșeuri de acest tip se afla încă în lenjerie la sortare, aceste obiecte se indeparteaza într-un recipient galben cu pereți rigizi pentru deșeurile intepatoare-taietoare. La sfârșitul fiecărei ture de lucru, masa de sortare se spală și se dezinfectează. Personalul care lucrează în zona murdară trebuie să poarte halate sau uniforme de alta culoare față de uniforme folosite în zona curată pentru a se reduce riscul de contaminare. Personalul care sortează lenjerie trebuie să poarte echipamentul de protecție (sorturi, manusi rezistente la acțiuni mecanice, ochelari de protecție, masti, cizme de cauciuc, bonete, conform prevederilor normativelor în vigoare.

**6.1.4. Cantarirea lenjeriei**

**6.1.4.1** Pentru a se cunoaște cantitatea de lenjerie murdara necontaminata ce trebuie prelucrată, se cantareste inainte de spalare de catre personalul din spalatorie.

**6.1.5 Spalare, uscare si calcare lenjerie**

**6.1.5.1.** Lenjeria murdara necontaminata dupa cantarire este introdusa in masinile de spalat, in care se dozeaza detergentul dezinfectat functie de prescriptiile din fisa tehnica a acestuia si se programeaza masina astfel :

- pentru paturi, pilote - program de 40°C
- pentru echipamente medicale (halat, pantaloni, bluze, halate groase, bonete) – program 40°C
- pentru lenjerie (cersaf, fata perna, huse de pat, aleze) – program 90 °C

**6.1.5.2.** Lenjeria contaminata etichetata cu sintagma:”URME PRODUS BIOLOGIC” indiferent de cantitate va fi introdusa in cadita pentru decontaminare peste care se adauga solutie clorigena si se lasa timp mentionat in protocolul dezinfectantului. Dupa decontaminare se preia lenjeria din cadita si se transporta in cosuri in vederea aincarcarii masinilor de spalat. Si se completeaza Registrul de decontaminari, formular cod CPIAAM PO-10/F2, Anexa 2

**6.1.5.3.** Lenjeria contaminata se transporta cu sacul la gura masinii de spalat, se incarca si se porneste programul in care se dozeaza detergentul dezinfectat functie de prescriptiile din fisa tehnica a acestuia si se programeaza masina astfel:

- pentru paturi, pilote - program de 40°C
- pentru echipamente medicale (halat, pantaloni, bluze, halate groase, bonete) – program 40°C
- pentru lenjerie (cersaf, fata perna, huse de pat, aleze) – program 90°C

**6.1.5.4.** La fiecare sarja de spalare si pentru fiecare masina de spalat se va completa Formular de evidenta a dezinfectiei termice /chimice pentru fiecare ciclu de spalare”, cod CPIAAM PO-10/F3, Anexa 3

**6.1.5.5.** La finalizarea programului indiferent de tipul lenjeriei care a fost spalate se degajeaza masina de spalat in cosuri si se transporta la uscator mecanizat si se usuca la temperatura de 90 °C timp de 30 minute. Dupa uscare lenjeriei se degajeaza utilajul de uscare si se transporta la utilajul de calcare (calandru) unde se incarca la o temperatura de 160 °C cu exceptia echipamentelor medicale care se calca manual cu fierul de calcat.

#### **6.1.5. Depozitarea și transportul lenjeriei curate**

**6.1.5.1** Dupa calcare se sorteaza pe sectii dupa care se ambaleaza in saci de plastic de culoare gri sau albi, se eticheteaza (se inscriu date cu privire la numele sectiei / compartimentului si data) si depoziteaza in zona curata pe o masa. Pentru transportul lenjeriei se folosesc carucioare curate.

| Sectie/Compartiment    | Interval orar | Traseu                                                         |
|------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------|
| Sectia 1               | 09:30-10:30   | Spalatorie- curte interioara-usa laterala-sectie               |
| Sectia 2               | 09:30-10:30   | spalatorie-curte interioara-sectie (usa din spate)             |
| Sectia 3               | 09:30-10:30   | spalatorie – curte interioara – usa laterala- sectie           |
| Sectia 4               | 09:30-10:30   | spalatorie- curte interioara- lift-sectie                      |
| Sectia 5               | 09:30-10:30   | spalatorie- curte interioara-usa lateral2-sectie               |
| Sectia 6<br>Pavilion 1 | 09:30-10:30   | spalatorie- curte interioara-intrare-usa 1B- sectie            |
| TI                     | 09:30-10:30   | spalatorie- curte interioara-intrare usa pavilion-scari-sectie |

**6.1.5.2** Depozitarea lenjeriei curate pe secții se face în spații speciale destinate și amenajate- ferit de praf, umezeală și vectori. Aceste spații se supun curățeniei de rutina. La manipularea lenjeriei curate, personalul va respecta codurile de procedura privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat.

#### **6.1.6. Circuitul lenjeriei de unica folosinta**

**6.1.6.1** Prin materiale de unica folosinta se intelege: cearsaf de pat, botosi, halate, etc.

- Se strânge lenjeria de unica folosinta si se pune in sac galben (conform protocolului – îngrijitorul)
- Se strâng si se evacuează deșeurile din coșul de gunoi, coșul din WC;
- Persoana responsabila se spală pe mâini si pune lenjeria curata pe pat, fără a atinge lenjeria curata de alte echipamente.

#### **6.1.7 Criterii de scoatere din uz si reinnoire a lenjerie si efectelor uzate a lenjeriei**

La schimbarea lenjeriei/efectelor, personalul cu atributii in acest sens verifica integritatea acestora si procedeaza pentru scoaterea din uz/reinnoirea pe baza urmatoarelor criterii :

- lenjeria si /sau efectele care sunt foarte uzate si nu mai pot fi intrebuintate;
- lenjeria si/sau efectele care prezinta gauri sau rupturi
- lenjeria si/sau efectele care prezinta pete ce nu mai pot fi indepartate prin spalare

#### **6.2 Schimbarea lenjeriei**

**6.2.1** In urma curateniei zilnice se constata necesitatea schimbarii lenjeriei contaminate inaintea programului stabilit. Regula obligatorie in fiecare sectie: lenjeria se schimba de cate ori este cazul, dar nu mai tarziu de 3 zile.

**6.2.2** Schimbarea lenjeriei are loc in doua situatii

##### **A) Schimbarea lenjeriei de pat neocupat (fara pacient)**

###### **OBIECTIV**

Asigurarea conditiilor de igiena si de confort.

###### **PREGATIREA MATERIALELOR**

- Manusi de unica folosinta
- Cearsaf de pat
- Cearsaf de patura/plic
- Fata de perna
- Patura / Pilota
- Husa impermeabila
- Saci pentru lenjerie

###### **EFFECTUAREA PROCEDURII**

- Se verifica materialele alese.
- Se transporta materialele in salon.
- Se indeparteaza noptiera de langa pat.
- Se pune sacul pentru lenjeria murdara in partea opusa a patului, la picioare.
- Se aseaza materialele pregatite astfel: patura si cearsaful de patura pliate in armonica; cearsaful de pat rulat la fel; fata de perna.
- Se indeparteaza lenjeria murdara si se introduce in sacul special pregatit.
- Se intinde cearsaful de pat foarte bine pentru nu ramane cute si se fixeaza la colturile saltei in forma de plic, daca cearsaful are dimensiuni corespunzatoare, fixarea se face la picioarele pacientului.

- Se schimbă fata de perna și cearsaful plic.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Se reasează noptiera la locul ei de lângă pat.
- Se scoate sacul cu rufe murdare din salon.
- Se aerisește salonul.
- Se îndepărtează manusile.
- Se procedează la spălătul pe mâini.

**B) Schimbarea lenjeriei patului ocupat de pacientul imobilizat** – cu pacientul în poziție sezândă și în decubit

OBIECTIVE

- Asigurarea condițiilor de igienă și confort
- Evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Saci pentru lenjerie
- Cearsaf plic
- Cearsaf de pat
- Fata de perna
- Husă impermeabilă
- Manusi de unică folosință
- Sac pentru rufe murdare (galben)

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Se informează pacientul și se asigură de inofensivitatea procedurii
- Se explică pacientului modul de desfășurare a procedurii și contribuția sa la realizarea acesteia
- Schimbarea lenjeriei după efectuarea toaletei
- Alegem metoda de schimbare în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul și de limitele sale de mobilizare

EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

**A. La pacientul care se poate ridica în poziție sezândă (se folosește schimbarea în lățime)**

- se aduc materialele în salon
- se îndepărtează noptiera de lângă pat
- se spală mâinile, se îmbracă manșile
- pacientul rămâne acoperit cu cearsaful folosit, sau cu pilota
- se degaja cearsaful murdar de sub saltea
- se ridică pacientul în poziție sezând fiind susținut cu câte o mână de cele două persoane care realizează procedura următoare
- cu cealaltă mână se rulează cearsaful murdar și se derulează cu grijă cel curat până aproape de pacient
- se schimbă fata de perna, se așează perna pe pat
- pacientul este culcat în decubit dorsal și este rugat dacă poate, sau este ajutat să-și ridice regiunea fesieră

- se continua rularea cearsafului murdar spre picioarele pacientului si derularea celui curat
- se ridica apoi membrele inferioare continuand rularea si derularea
- cearsaful murdar se introduce in sac, cearsaful curat, se intinde bine si se fixeaza la colturi

**B. La pacientul care nu se poate ridica (se foloseste schimbarea in lungime)**

- Se ruleaza cearsaful de pat intr-o singura directie, pe dimensiunea mare (lungime)
- Se procedeaza pentru spalatul mainilor si imbracatul de manusi
- Se indeparteaza cearsaful murdar de sub saltea
- Se intoarce pacientul in decubit lateral sprijinindu-l sub axila, sub umeri si la nivelul genunchilor
- Se trage perna spre marginea patului si se asaza sub capul pacientului
- Se roaga persoana care va ajuta sa sprijine pacientul care va fi sustinut de ambele persoane care schimba lenjeria

- Se ruleaza cearsaful murdar pana langa pacient si se deruleaza cearsaful curat avand grija sa fie bine pozitionat pentru a putea fi fixat la capete si pe laturi

- Se aduce pacientul in decubit dorsal apoi in decubit lateral pe partea opusa sprijinind capul pe antebraț

- Se trage perna sub capul pacientului
- Se continua rularea cearsafului murdar si derularea celui curat
- Se introduce cearsaful murdar in sac
- Se aduce pacientul in decubit dorsal
- Se intinde bine cearsaful curat si fixati la capete si pe margini executand coltul
- Se schimba fata de perna

**Schimbarea cearsafului plic in ambele situatii**

- Se asaza cearsaful cu patura deasupra pacientului incat marginea libera de desubt sa fie sub barbia pacientului, iar cea de deasupra sa fie orientata spre picioarele pacientului
- Se roaga pacientul sau o alta persoana sa tina marginea cearsafului sub barbia acestuia.
- Asezati-va de o parte a patului, iar cealalta persoana care ajuta de cealalta;
- Se prinde cu mana dinspre capul pacientului coltul liber al cearsafului curat, iar cu cealalta pe cel al cearsafului murdar
- Cu o miscare rapida, sincronizata, se intinde cearsaful curat impreuna cu patura si/sau invelitoarea si se indeparteaza cel murdar
- Se introduce cearsaful murdar in sac
- Se verifica daca cearsaful de pat si lenjeria de corp sunt bine intinse

Se efectueaza pliul de confort la picioarele pacientului si eventual se fixeaza sub saltea, sa nu alunece.

**7. EVIDENTE ȘI ÎNREGISTRĂRI**

7.1 Grafic de primire lenjerie murdara contaminata sau necontaminata”

7.2 Registru decontaminari spalatorie,

7.3 Formular de evidenta a dezinfectiei termice /chimice pentru fiecare ciclu de spalare”,

**8. ANEXE**

8.1. ANEXA 1. Grafic de primire lenjerie murdara contaminata sau necontaminata”, formular cod CPIAAM PO -10/F1

8.2. ANEXA 2 Registru decontaminari spalatorie, formular cod CPIAAM PO-10/F2

**8.3. ANEXA 3. Formular de evidenta a dezinfectiei termice /chimice pentru fiecare ciclu de spalare”, formular cod CPIAAM PO-10/F3**

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau in format electronic

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SMSA/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

| INDICATOR                                                                                                 | TINTA | METODA DE CALCUL                                                                            | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii                   | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta.                 | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent nereguli identificate in urma controalelor privind respectarea circuitelor in perioada analizata. | 0     | Nr nereguli identificate in urma controalelor efectuate privind respectarea circuitelor / 0 | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent teste de pe lenjeria curata neconforme din totalul testelor recoltate in perioada analizata.      | 0     | Nr teste de pe lenjeria curata neconforme / Nr total teste de sanatate recoltate.           | Semestrial               | As. Igiena  |



ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași

telefon: +40.232.267.719,

fax: +40.232.264.252

e-mail: [secretariat@infectioase.ro](mailto:secretariat@infectioase.ro) [www.infectioase.ro](http://www.infectioase.ro)



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI

ANMCS

unitate afiliată în  
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al I-lea



# CURATENIE SI DEZINFECTIE ECHIPAMENTE

## CPIAAM PO - 04

### Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

### Revizie

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

Spitalul Clinic de Boli  
Infecțioase „Sf.  
Parascheva” Iasi

**CURATENIE SI DEZINFECTIE  
ECHIPAMENTE**

Cod: CPIAAM PO-04

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 1/8

**Situatia editiilor si a reviziilor in cadrul editiilor procedurii**

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei                                                                           | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | - integral           | - elaborare initiala                                                                           | 18.09.2019                                                      |
| 2      | 2/0                               | -cap 4, cap 5, cap 6 | -actualizare legislatie, actualizare responsabilitati, completare cu indicator de monitorizare | 21.10.2021                                                      |
|        |                                   |                      |                                                                                                |                                                                 |
|        |                                   |                      |                                                                                                |                                                                 |

**Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau, după caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii**

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume si prenume                    | Funcția                          | Semnatura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Dr. Teodorescu Irina               | Medic epidemiolog                |           | 18.09.2019 |
| 2       | Verificat                               | Bisca Ramona                       | RMC                              |           | 18.09.2019 |
| 3       | Verificat                               | C.J.Borseri Damian                 | Responsabil Compartiment Juridic |           | 18.09.2019 |
| 4       | Avizat                                  | Prof. Dr. Dorobat Carmen - Mihaela | PC                               |           | 18.09.2019 |
| 5       | Aprobat                                 | Dr. Rosu Florin                    | Manager                          |           | 21.10.2021 |



Spitalul Clinic de Boli  
Infecțioase „Sf.  
Parascheva” Iasi

## CURATENIE SI DEZINFECTIE ECHIPAMENTE

Cod: CPIAAM PO-04

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 2/8

Exemplar nr.:

### 1. SCOP

1.1 Stabilește modul de lucru privind curățenia/dezinfectia echipamentelor din spital.

### 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Se aplica in cadrul *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi.*

### 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

#### 3.1. Definiții:

Nu este cazul

#### 3.2. Abrevieri:

3.2.1. Ed.

= Editie

3.2.2. Rev.

= Revizie

3.2.3. SCIM

= Sistem de control intern managerial

3.2.4. Comisie

= Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial

3.2.5. PC

= Președintele Comisiei

3.2.6. CPIAAM

= Compartimentul de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

### 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul nr. 600/2018 - pentru aprobarea Codului controlului intern/manAGERIAL al entităților publice.

4.5. Manualul de nursing

4.6. ORDIN nr. 961 / 2016 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, tehnicile de lucru și interpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinfectie, procedurilor recomandate pentru dezinfectia mâinilor, în funcție de nivelul de risc, metodelor de aplicare a dezinfectantelor chimice în funcție de suportul care urmează să fie tratat și a metodelor de evaluare a derulării și eficienței procesului de sterilizare

4.7. Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

4.8. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial ale *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi.*

4.9. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi.*

### 5. RESPONSABILITĂȚI

#### 5.1 Manager

5.1.1. Participă la definitivarea propunerilor de activități și achiziții cuprinse în planul anual al unității pentru supravegherea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

5.1.2. Asigura resurse pentru achiziția de bunuri și servicii în legatură cu curatenia și dezinfectia în spital

**5.2 Director medical**

**5.2.1.** Controleaza buna punere in aplicare a procedurilor de curatenie si dezinfectie a echipamentelor medicale

**5.3 Medic Sef de sectie**

**5.3.1.** Raspunde de activitatile de curatenie si dezinfectie desfasurate de personalul sectiei asupra echipamentelor medicale.

**5.4 Asistent sef sectie**

**5.4.1.** Raspunde de starea de curatenie si dezinfectie a echipamentelor medicale

**5.4.2.** Coordoneaza si supravegheaza operatiunile de curatenie si dezinfectie a echipamentelor medicale

**5.4.3.** Asigura necesarul de materiale (dezinfectant, prosoape de hartie, lavete, echipament de unica folosinta).

**5.5 Asistent de igiena**

**5.5.1.** Organizeaza si participa la evaluarea eficientei procedurilor de curatenie si dezinfectie prin recoltarea testelor de autocontrol.

**5.6 Ingrijitor / Infirmier**

**5.6.1.** Efectueaza operatiunile de curatenie si dezinfectie conform procedurii

**5.6.2.** Inregistreaza in tabel cu efectuarea curateniei si dezinfectiei,

**6. DESCRIEREA PROCEDURII**

**6.1 Generalitati**

**6.1.1.** Inainte de inceperea procedurii de curatare / dezinfectie se va verifica daca aparatul este decuplat de la sursa de curent. In caz contrar se va deconecta aparatul de la sursa de curent.

**6.1.2.** Suprafata exterioara a aparatelor, cablurile, stecherul se curata lunar sau ori de cate ori este nevoie.

**6.1.3.** După curatare / dezinfectie, care se va efectua umed, se lasa aparatul la uscat minim 30 minute după care se poate cupla la priza.

**6.1.4.** Curatarea si dezinfectia se efectueaza numai de personalul care manipuleaza aparatul pentru a se evita accidentele sau deteriorarea.

**6.1.5. Se interzice:**

- Cufundarea cablurilor si firelor in lichide;
- Pulverizarea de lichide pe cabluri si fire;
- Patrunderea lichidului in conexiuni sau orificii (se foloseste numai cãpã stoarsã)
- Bruscarea sau ștergerea prin tragere a cablurilor si firelor (se pot smulge din conectori)
- Orice manevrã de curatare cu aparatul sub tensiune

**Întreținerea prizelor sau a interiorului aparatului este permisă numai personalului specializat de întreținere.**

**6.2 Lista cu echipamentele din spital:**

**a) Mijloace de transport**

- Carucioare pentru transport pacienti;
- Carucioare pentru transport lenjerie;
- Lift
- Brancarde
- Autoturism

**b) Echipamente medicale:**

- EKG
- Ecograf

- Aparatura de anestezie
- Aparatura de ventilatie
- Aspiratorul pentru secretii
- Echipamentul pentru resuscitare (Balon Ruben)
- Termometre
- Cuve ,tavite renale,garou
- Tensiometre
- Pulsoximetru
- Defibrilator
- Monitor,
- Lampa UV,
- Concentratoare de oxigen,
- Glucometru,
- Stetoscop
- Barbotor
- Musamale din cauciuc

c) Echipamente electronice / electrocasnice

- Calculatoare
- Tastaturi
- Mouse
- Televizioare
- Frigidere
- Telefoane / Fax
- Imprimanta
- Copiator
- Scaner
- Aparat aer conditionat

d) Materiale de curățare/dezinfectie care trebuie utilizate

- Detergent
- Dezinfectant
- Lavete curate, moi și uscate

**6.4 Efectuarea curateniei si dezinfectiei a echipamentelor**

**6.4.1. Mijloace de transport**

a) Carucioare ,targi transport pacienti

- Se dezinfecteaza dupa fiecare pacient cu dezinfectant rapid (nivel intermediar) pentru suprafete
- Spalare si dezinfectare in spatiul destinat cu detergent dezinfectant de nivel intermediar

b) Carucioare transport lenjerie

- Se dezinfecteaza dupa fiecare transport de lenjerie cu dezinfectant rapid (nivel intermediar) pentru suprafete
- Spalare si dezinfectare in spatiul destinat cu detergent dezinfectant de nivel intermediar

c) Carucioare pentru transport mancare

- Se spala cu detergent lichid si se sterg cu solutie dezinfectanta dupa fiecare transport de alimente.
- Spalare in spatiul destinat si dezinfectare cu detergent dezinfectant de nivel intermediar

d) Lift pacienti

- curatare si dezinfectare cu: - detergent dezinfectant de nivel intermediar – peretii , plafonul si pavimentul 2 ori / zi conform programului sau ori de cate ori este nevoie .
- dezinfectare cu- dezinfectant rapid (nivel intermediar) pentru suprafete, prin pulverizare, zonele de perete ce vin in contact cu mainile personalului, pacientilor, vizitatorilor si a personalului de intretineri de ori de cate ori este nevoie.

f) Autoturism- dupa fiecare transport curatare si dezinfectie cu detergent dezinfectant de nivel intermediar pentru suprafete -15 min contact.

-saptamanal sau la nevoie se spala la o spalatorie autorizata .

#### **6.4.2. Echipamente medicale**

a)EKG – dezinfectia aparatului propriu-zis prin stergere cu solutie dezinfectanta de nivel mediu.

- electrozii si sondele care vin in contact cu pielea intacta a pacientului (dispozitive noncritice) se dezinfecteaza cu solutie dezinfectanta de nivel mediu. ANIOSPRAY QUICK pulverizare si stergere cu prosop de unica folosita, zilnic si la nevoie sau stergere cu SURFANIOS 2,5 ml/1 l apa timp de actiune 15 min.

b)Ecograf- stergere cu prosop/laveta de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid pentru suprafete (nivel intermediar), zilnic si la nevoie.

c)Aparatura anestezie - stergere cu prosop/laveta de unica folosita si dezinfectia aparatului propriu-zis prin stergere/pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie.

-componentele care vin in contact cu pacientul sunt materiale de unica folosinta sterile/sau se sterilizeaza prin autoclavare.

g)Aparatura de ventilatie- stergere cu prosop/laveta de unica folosita si dezinfectia aparatului propriu-zis prin stergere/pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie.

-componentele care vin in contact cu pacientul :tubulatura pentru ventilatie si filtrul antibacterian sunt materiale de unica folosinta sterile/sau se sterilizeaza prin autoclavare.

h)Aspiratorul pentru secretii- recipientii pentru colectarea secretiilor sunt dezinfectati cu solutie detergent-dezinfectant de nivel inalt

-tubulatura aspiratorului se dezinfecteaza cu solutie detergent-dezinfectant de nivel inalt/  
*SECUSEPT ACTIVE 20 g/l L apa -30 min prin imersie, in cuve speciale cu capac; se clateste cu apa sterila si se depoziteaza in conditii de asepsie sau se foloseste tubulatura de unica folosinta.*

i) Echipament pentru resuscitare ( Balon Ruben)- sterilizare prin autoclavare sau de unica folosinta

l) Termometre – stergere cu prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, dupa fiecare utilizare.

m) Cuve, tavite renale -decontaminare cu solutie dezinfectanta pe baza de clor- dezinfectie de nivel mediu

-curatare cu detergent

-dezinfectie cu solutie dezinfectanta pe baza de clor- dezinfectie de nivel inalt

n)Tensiometre– pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar dupa fiecare utilizare

o) Pulsoximetru – pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar dupa fiecare utilizare

p) Defibrilator – pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar dupa fiecare utilizare;

r)Monitor – stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie

s) lampa UV – stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie

t) Concentratoare de oxigen – pulverizare cu ANIOSPRAY QUICK si stergere cu prosop de unica folosita, zilnic si la nevoie

- umidificatorul – splarare cu detergent ,dezinfectie de nivel inalt prin imersie -

*SECUSEPT ACTIVE 20 g/ 1l apa, clatire cu apa si sterilizare prin autoclavare.*

u) glucometru — pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar dupa fiecare utilizare;

v) stetoscop – pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar dupa fiecare utilizare;

x) barbotor de oxigen – curatare si dezinfectie cu dezinfectant trienzimatic si sterilizare prin autoclavare.

|                                                                 |                                         |  |                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|-------------------|
| Spitalul Clinic de Boli<br>Infectioase „Sf.<br>Parascheva” Iasi | CURATENIE SI DEZINFECTIE<br>ECHIPAMENTE |  | Cod: CPIAAM PO-04 |
|                                                                 |                                         |  | Ed.:2      Rev.:0 |
|                                                                 | Pag.: 6/8                               |  |                   |

-partea metalica se dezinfecteaza prin pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar

#### 6.4.3. *Echipamente electronice / electrosnace*

- a) Calculatoare — stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie
- b) Tastaturi- stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie
- c) Mouse - stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie
- d) Televizoare- stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie
- e)Frigidere

- Materiale: lavete /bureti, solutie detergent pentru curatat, solutie dezinfectant, apa calda

- Curatenia si dezinfectia

- La frigider se recomanda decongelarea la 10 -20 zile sau cand se depune gheata pe congelator deoarece scade eficienta de refrigerare, respectiv congelare;
- Se scot din priza;
- Se pun alimentele existente in interior intr-un alt frigider / congelator care este in priza;
- Se dezgheata;
- Se spala si se dezinfecteaza cu detergent dezinfectant de nivel intermediar  
Sau – se spala cu apa calda si detergent, folosind o laveta ;
  - se clateste;
  - Se dezinfecteaza cu solutie dezinfetanta pe baza de clor – dezinfectie nivel mediu
  - Se clateste;
- Se usuca cu o laveta uscata si curata;
- Se conecteaza la retea;
- Se introduc alimentele cand temperatura ajunge la cea necesara (4-8 grade celsius) sau (-18 grade celsius in cazul congelatoarelor).

- Particularitati:

- daca coloana cu alcool a termometrului este intrerupta sau termometrul spart pe baza de referat persoana responsabila anunta serviciul administrativ in vederea achizitionarii, consemnandu-se in acelasi timp in termograma
- daca a intervenit o pana de curent mai mare de 2h se verifica termometrul si starea organoleptica a alimentelor si este informata comisia de receptie a alimentelor de incidentul survenit
- se consemneaza incidentul in termograma la rubrica – observatii
- daca alimentele nu mai corespund dupa pana de curent survenita alimentele respective sunt retrase din alimentatie.

f) *Cuptor cu microunde – se spala cu detergent, pulverizare Anios Spray si stergere cu hartie prosop de unica folosinta*

g) *Telefoane / Fax - stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie*

h) *Prajitor de paine – curatare cu laveta umeda si se spala cu detergent si solutie detartranta, pulverizare Anios Spray si stergere cu hartie prosop de unica folosinta*

i) *Sandwich maker - curatare cu laveta umeda si pulverizare Anios Spray si stergere cu hartie prosop de unica folosinta*

j) *Filtre de cafea - curatare cu laveta umeda si pulverizare Anios Spray si stergere cu hartie prosop de unica folosinta*

k) *Expresor de cafea- curatare cu laveta umeda si pulverizare Anios Spray si stergere cu hartie prosop de unica folosinta*

l) *Imprimanta- stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie*

m) *Copiator- stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie*

n) *Scanner - stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic si la nevoie*

o) *Aparat aer conditionat - stergere cu laveta/ prosop de unica folosita si pulverizare cu dezinfectant rapid de nivel intermediar, zilnic; dezinfectie periodica efectuata de firma cu care spitalul are contract in derulare.*

#### **6.5 Inregistrarea operatiilor de curatenie /dezinfectie / monitorizare temperatura**

**6.5.1.** Operatiile de curatenie si dezinfectie a echipamentelor se consemneaza la finalizarea acestora de catre persoana care le-a efectuat, in Tabel cu efectuarea curateniei si dezinfectiei echipamente;

**6.5.2.** Monitorizarea temperaturii pe fiecare frigider functie de locatie se inregistreaza de catre Asistent tura / Farmacist, in Tabel monitorizare temperatura frigider.

### **7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI**

**7.1** Tabel monitorizare temperatura frigider, **Cod CPIAAM PO-04/F1**

**7.2** Grafic curatenie si dezinfectie carucioare / brancarde, **Cod CPIAAM PO-04/F2**

**7.3** Grafic curatenie si dezinfectie echipamente, **Cod CPIAAM PO-04/F3**

### **8. ANEXE**

**8.1** Tabel monitorizare temperatura frigider, formular **Cod CPIAAM PO-04/F1**

**8.2** Grafic curatenie si dezinfectie carucioare / brancarde, **Cod CPIAAM PO-04/F2**

**8.3** Grafic curatenie si dezinfectie echipamente, **Cod CPIAAM PO-04/F3**

### **9. DIFUZARE**

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau in format electronic

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SMSA/SCIM implementat.

### **10. INDICATORI DE MONITORIZARE**

| INDICATOR                                                                                                                                                   | TINTA | METODA DE CALCUL                                                                                                                            | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii                                                                     | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta.                                                                 | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent nereguli identificate in urma controalelor privind completarea graficelor de curatenie si dezinfectie carucioare / brancarde in perioada analizata. | 0     | Nr nereguli identificate in urma controalelor efectuate privind completarea graficelor de curatenie si dezinfectie carucioare brancarde / 0 | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent nereguli identificate in urma controalelor privind completarea                                                                                      | 0     | Nr nereguli identificate in urma controalelor efectuate                                                                                     | Semestrial               | As. Igiena  |

Spitalul Clinic de Boli  
Infectioase „Sf.  
Parascheva” Iasi

**CURATENIE SI DEZINFECTIE  
ECHIPAMENTE**

**Cod: CPIAAM PO-04**

**Ed.:2**

**Rev.:0**

**Pag.: 8/8**

|                                                                                                        |   |                                                                            |            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| graficelor de curatenie si dezinfectie echipamente in perioada analizata.                              |   | privind completarea graficelor de curatenie si dezinfectie echipamente / 0 |            |            |
| Procent nereguli identificate privind utilizarea materialelor de curatenie in perioada analizata.      | 0 | Nr nereguli privind utilizarea materialelor de curatenie / 0               | Semestrial | As. Igiena |
| Procent teste de sanatate neconforme din totalul testelor de sanatate recoltate in perioada analizata. | 0 | Nr teste de sanatate neconforme / Nr total teste de sanatate recoltate.    | Semestrial | As. Igiena |

**TABEL MONITORIZARE TEMPERATURA FRIGIDER**

Cod: CPIAAM PO - 04/F1

Rev.:0

Pag.: 1/1

LOCATIA \* .....

Luna

| Data      | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. | 24. | 25. | 26. | 27. | 28. | 29. | 30. | 31. |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Temp. °C  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Semnatura |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Temp. °C  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Semnatura |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Asistent igiena ...../ Semnatura.....

Luna

| Data      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Temp. °C  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Semnatura |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Temp. °C  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Semnatura |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Asistent igiena ...../ Semnatura.....

Luna

| Data      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Temp. °C  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Semnatura |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Temp. °C  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Semnatura |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Asistent igiena ...../ Semnatura.....

Se completeaza cu una din variante functie de locatia unde se monitorizează temperatura  
LOCATIA\*: cabinet, sala de mese, etc.







str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași

telefon: +40.232.267.719,

fax: +40.232.264.252

e-mail: [secretariat@infectioase.ro](mailto:secretariat@infectioase.ro) [www.infectioase.ro](http://www.infectioase.ro)



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECȚIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI

ANMCS

unitate afiliată în  
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al 5-lea



# IGIENA MÂINILOR

## CPIAAM PO - 07

### Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

### Revizie

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

**Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale**

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită  | Modalitatea reviziei                                                                           | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | - integral            | - elaborare initiala                                                                           | 18.09.2019                                                      |
| 2      | 2/0                               | - cap 4, cap 5, cap 6 | -actualizare legislatie, actualizare responsabilitati, completare cu indicator de monitorizare | 21.10.2021                                                      |
|        |                                   |                       |                                                                                                |                                                                 |
|        |                                   |                       |                                                                                                |                                                                 |

**Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii generale**

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume si prenume                    | Funcția                          | Semnatura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Dr. Teodorescu Irina               | Medic epidemiolog                |           | 10.10.2021 |
| 2       | Verificat                               | Bisca Ramona                       | RMC                              |           | 10.10.2021 |
| 3       | Verificat                               | C.J.Borseri Damian                 | Responsabil Compartiment Juridic |           | 10.10.2021 |
| 4       | Avizat                                  | Prof. Dr. Dorobat Carmen - Mihaela | PC                               |           | 15.10.2021 |
| 5       | Aprobat                                 | Dr. Rosu Florin                    | Manager                          |           | 21.10.2021 |

|                                                                 |                        |  |                    |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|--|--------------------|
| Spitalul Clinic de Boli<br>Infecțioase „Sf.<br>Parascheva” Iasi | <b>IGIENA MÂINILOR</b> |  | Cod: CPIAAM PO-07  |
|                                                                 |                        |  | Ed.: 2      Rev.:0 |
|                                                                 | Pag.: 2/9              |  |                    |

Exemplar nr.:

## 1. SCOP

1.1 Procedura are drept scop descrierea aseptiei mainilor, indicatiile acestora dupa gradul de risc infectios, utilizarea corecta a antisepticelor, astfel incat activitatea medicala sa se desfasoare in conditii de securitate atat pentru pacient cat si pentru personalul medical.

## 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Procedura se aplica la nivelul tuturor sectiilor si compartimentelor din *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi* și cu responsabilități pentru toți angajații spitalului.

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții:

3.1.1. **Asepsia** - reprezintă ansamblul de măsuri prin care se împiedică contactul dintre germeni și plaga, tegumente sau mediu. Deoarece se previne infecția, asepsia este o metodă profilactică.

3.1.2. **Antisepsie** - reprezintă totalitatea mijloacelor prin care se urmărește distrugerea germenilor prezenți într-o plagă, pe tegumente sau în mediu. Este o metodă curativă.

3.1.3 **Antiseptic** - Produsul care previne sau împiedica multiplicarea ori inhiba activitatea microorganismelor; aceasta activitate se realizeaza fie prin inhibarea dezvoltării, fie prin distrugerea lor, pentru prevenirea sau limitarea infecției la nivelul tesuturilor .

3.1.2 **Sapun antiseptic** - Sapun care contine un agent antiseptic in concentratie suficienta pentru a inactiva agentii patogeni si/sau reducerea inmultirii acestora.

3.1.3 **Flora rezidenta** - Flora care exista la nivelul tegumentului si care reprezinta o bariera impotriva colonizării cu agenti patogeni din exterior; agentii patogeni ai florei cutanate pot fi implicati in producerea infectiilor asociate ingrijirilor medicale ( cutanate, de cateter, septicemii ) , prin perturbarea echilibrului de comensalism sau mutualism.. Exemple de microorganism din flora normal a tegumentului: Staphilococcus epidermidis, Propionibacterium acnes, Clostridium perfringens

3.1.4 **Flora tranzitorie** - Flora cu care se contamineaza tegumentul mainii in timpul actelor de ingrijire medicala; este reprezentata de cele mai multe ori de agenti patogeni rezistenti la antibiotice; acestia provin din tubul digestive sau mediu, ei jucand un rol important in producerea infectiilor asociate ingrijirilor medicale .

3.1.5 **Static** - Sufix pentru acțiunea inhibitoare a unui agent antimicrobian.

3.1.6 **Cid** - Sufix pentru acțiunea letală a unui agent antimicrobian.

### 3.2. Abrevieri:

3.2.1 SMC = Sistem de management al calității

3.2.2 SCIM = Sistem de control intern managerial

3.2.3 Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial

3.2.4 PC = Președintele Comisiei

3.2.5 RMC/RC = Responsabil cu sistemul de management al calității / Reprezentantul conducerii cu sistemul de management al calității.

3.2.6 OMFP = Ordin al Ministrului Finanțelor Publice

3.2.7 OUG = Ordonanță de urgență

3.2.8 CPIAAM = Compartimentul de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

3.2.9 ISP = Institutul de Sănătate Publică

## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1 SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015"

4.2 SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

4.3 SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4 Ordinul nr. 600/2018 - pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial al entităților publice.

|                                                                 |                        |  |                    |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|--|--------------------|
| Spitalul Clinic de Boli<br>Infecțioase „Sf.<br>Parascheva” Iasi | <b>IGIENA MÂINILOR</b> |  | Cod: CPIAAM PO-07  |
|                                                                 |                        |  | Ed.: 2      Rev.:0 |
|                                                                 | Pag.: 3/9              |  |                    |

- 4.5 Hotarare numarul 856/2002 privind evidenta gestiunii deseurilor si pentru aprobarea listei cuprinzand deseurile, inclusiv deseurile periculoase.
- 4.6 Legea nr. 249/2015 privind modalitatea de gestionare a ambalajelor și a deșeurilor de ambalaje.
- 4.7 Ordin MS nr. 1.761 din 3 septembrie 2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfecție efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia.
- 4.8 Ordinul MS nr.1101/2016, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare
- 4.9 Ordinul MS nr.446/2017, privind aprobarea Standardelor, Procedurii și Metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- 4.10 Hotarare nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide.
- 4.11 \*\*\* ISP Bucuresti:Ghid privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile de asistenta medicala
- 4.12 \*\*\* Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
- 4.13 Fișe post
- 4.14 Ghidul Organizatiei Mondiale a Sanatatii privind Igiena mainilor in unitatile sanitare
- 4.15 Ghid de Management al Infectiilor Nosocomiale - ed. II, V. Cepoi, D. Azoicai, ed. Arte, Bucuresti 2017
- 4.16 Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial ale *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi.*
- 4.17 Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iasi.*

## 5. RESPONSABILITĂȚI

### 5.1 Asistent sef

- 5.1.1. Intocmeste necesarul anual / lunar de materiale necesare pentru igiena mainilor
- 5.1.2. Urmareste stocurile de materiale necesare igienii mainilor
- 5.1.3. Intocmeste bonul de consum pentru materiale necesare igienii mainilor
- 5.1.4. Receptioneaza materialele necesare igienii mainilor
- 5.1.5. Gestioneaza materialele necesare igienii mainilor
- 5.1.6. Distribuie materialele necesareigienii mainilor
- 5.1.7. Verifica modul de respectare a Procedurii privind igiena mainilor

### 5.2 Seful de sectie

- 5.2.1. Verifica modul de intocmire a necesarului de materiale
- 5.2.2. Verifica modul de gestionare a materialelor
- 5.2.3. Verifica respectarea de catre angajatii din sectie a Procedurii privind igiena mainilor

### 5.3 Director medical;

- 5.3.1. Analizeaza in cadrul comitetului director necesarul de materiale pentru igiena mainilor, pe fiecare sectie
- 5.3.2. Aproba necesarul anual de materiale necesare igienii mainilor

## 6.DESCRIEREA PROCEDURII

### 6.1 Materiale și echipamente

- sapun lichid

- produs pentru dezinfectia igienica a mainii prin frictiune
- prosoape de hartie

## 6.2 Generalități

### 6.2.1 Criterii de alegere a unui antiseptic:

6.2.1.1 Aviz sanitar Ministerul Sanatatii eliberat de Comisia Nationala pentru Produse Biocide referat de evaluare eliberat de institutii acreditate, cu specificatia utilizarii solicitate;

6.2.1.2 Produsul sa fie notificat si sa respecte prevederile Hotararii nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului institutional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide;

6.2.1.3 Sa se regaseasca in Registru national al produselor biocide, in Lista inventariere produse biocide permise, notificate, avizate sau referat de evaluare emis ulterior actualizarii lstei.

6.2.1.4 Fisa de securitate a produsului, conform regulamentului UE 1907/2006;

6.2.1.5 Sa respecte ord. 1761/2021, standardele cat si lista substantelor chimice admise, datele de prezentare din fisa tehnica a produsului, eticheta de conditionare si fisa de securitate sa fie in concordanta cu dosarul stiintific ;

6.2.1.6 Eticheta sa fie in limba romana cu specificatiile cerute prin norme; sa fie notata formula centesimala

6.2.1.7 Solutiile sa fie biodegradabile

6.2.1.8 Spectru de actiune conform standardului EN 14885/2018:bactericid: SR EN 13727, SR EN 1499/1500;levuricid: SR EN 13624; virulicid (SR EN14476) si micobacterid SR EN14348

### 6.2.2 Continutul etichetei produsului

- necesitatea sau nu a umectarii mainilor inainte de utilizare
- volumul de produs utilizat
- timpul de contact
- numarul de proceduri

### 6.2.3 Clase chimice:

- alcoolii: etanol;isopropanol;n-propanol ( in combinatii)
- saruri cuaternare de amoniu

### 6.2.4 Spectrul de actiune a antisepticelor:

| antiseptic                | Gram pozitiv | Gram negativ | Virusuri cu invelis | Virusuri necapsulate | Mycobacterii | Fungi | Spori |
|---------------------------|--------------|--------------|---------------------|----------------------|--------------|-------|-------|
| Alcoolii                  | +++          | +++          | +++                 | ++                   | +++          | +++   | -     |
| Sare cuaternara de amoniu | ++           | +            | +                   | ?                    | +            | +     | -     |

### 6.2.5 Reguli generale de pastrare a produselor antiseptice:

- un produs antiseptic se utilizeaza numai in scopul pentru care a fost autorizat
- se respecta indicatiile de utilizare de pe eticheta produsului
- se respecta timpul de contact precizate in autorizatie
- pe flacon se noteaza data deschiderii si data limita pana la care produsul poate fi utilizat
- la fiecare utilizare flaconul trebuie deschis si inchis corect
- flaconul de manipuleaza cu atentie; este interzisa atingerea gurii flaconului pentru a evita contaminarea
- este interzisa transvazarea in alt flacon
- este interzisa reconditionarea flaconului
- este interzisa completarea unui flacon pe jumatate golit
- este interzisa amestecarea precum si utilizarea succesiva a doua produse antiseptice diferite
- sunt de preferat produsele conditionate in flacoane cu cantitate mica
- dupa aplicarea, antisepticul nu se indeparteaza prin clatire deoarece isi pierde efectul remanent

- se pastreaza numai in flacoanele originale pentru a evita contaminarea lor si pentru a nu pierde informatii de pe eticheta flaconului
- flacoanele se pastreaza la adapost de lumina si caldura

## 6.3 Igienizarea mâinilor

### 6.3.1 Pregătirea prealabilă a mainilor:

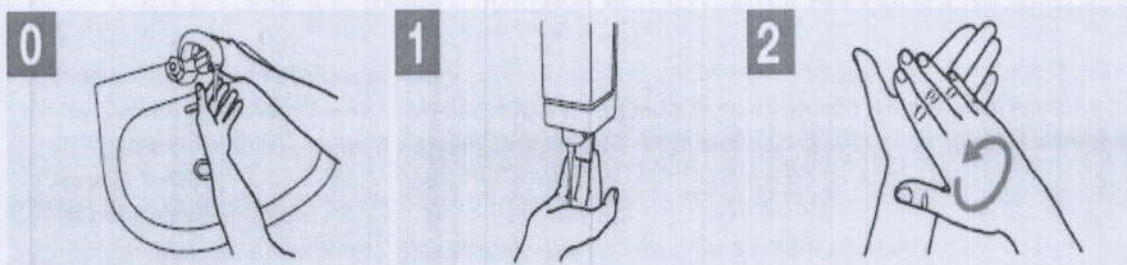
- interzicerea unghiilor lungi, vopsite sau false
- interzicerea bijuteriilor (inele, brățări, ceasuri).
- prezenta de leziuni cutanate (ex - escoriații) impune purtarea bandajelor si a mănușilor, care vor fi schimbate la fiecare manevră.

In Spitalul de Boli Infecțioase se aplica - spalarea igienica a mainilor – cu sapun dezinfectant

- dezinfectia mainilor – cu dezinfectant rapid pentru maini

### 6.3.2. Spalarea igienica:

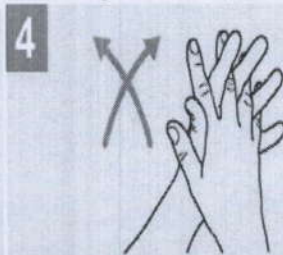
- Se efectueaza utilizand apa potabila (nesterila) si sapun lichid obisnuit
- Timp 1- 3 minute
- Scop: reducerea florei microbiene tranzitorii de pe tegument
- Indicatii ale spalarii simple/ igienice a mainilor:
  - inainte de a intra in contact cu pacientul
  - inainte de a indeplini proceduri aseptice
  - dupa expunerea la fluide ale corpului
  - dupa contactul cu pacientul
  - dupa atingerea obiectelor aflate in contact sau in apropierea pacientului
  - la intrarea in serviciu respectiv la parasirea locului de munca
  - dupa utilizarea toaletei
  - dupa scoaterea manusilor
  - dupa scoaterea echipamentului de protective
  - dupa orice gest din activitatea cotidiana
- Etape - descriere si schita atasata
  - se deschide robinetul si se umezesc mainile, tinandu-le mai ridicate decat coatele (etapa 0 din schita)
  - se pune in palma o doza de sapun indicata de producator (3-5 ml) si se incepe sapunirea (etapa 1 din figura), astfel:
    - palma peste palma (2)
    - palma unei maini pe partea dorsala a celeilalte maini (spatii interdigitale) (3)
    - palma peste palma cu degetele intrepatrunse (4)
    - dosul degetelor in palma opusa (5)
    - frictiune circulara a degetului mare in palma opusa (6)
    - frictiune si rotatie a degetelor in palma opusa (7)
    - se clatesc abundant mainile cu apa, dinspre zonele spalate spre cele nespalate (varful degetelor spre articulatia pumnului, tinand degetele in sus)(8)
    - se tamponeaza mainile cu un servet de unica folosinta/prosop de hartie, iar cu acesta se inchide robinetul (9,10)



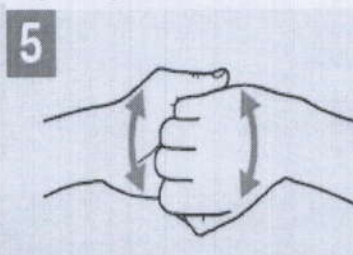
Umectare maini



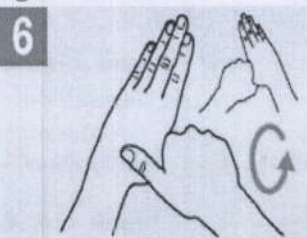
doza de sapun



palma peste palma



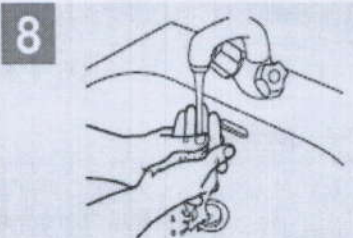
Palma dreapta /dos palma  
Stanga si invers



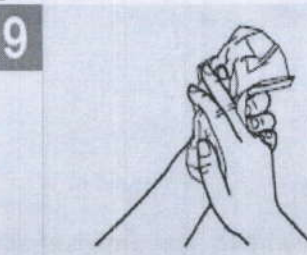
intre degete



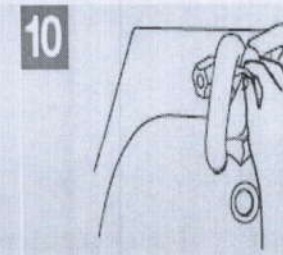
degete intrepatruse



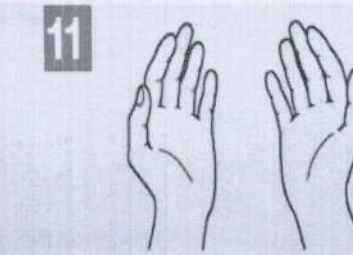
Degetul mare



degetele in palma



clatire



Uscare prosop hartie

inchidere robinet  
cu prosopul de hartie

MAINI SIGURE

! A SE EVITA FOLOSIREA SAPUNULUI SOLID SI A SAVONIEREI  
! A SE EVITA FOLOSIREA PROSOAPELOR DIN MATERIAL TEXTIL

## 6.3.3 Dezinfectia mainilor

- Se asociaza sau nu cu spalarea cu apa si sapun
- Durata aprox. 1 minut
- Scop: distrugerea agentilor patogeni tranzitorii si a unui procent important din flora rezidenta
- Indicatii
  - inainte de a intra in contact cu pacientul
  - inainte de a indeplini proceduri aseptice
  - dupa contactul cu pacientul
  - dupa atingerea obiectelor aflate in contact sau in apropierea pacientului
  - dupa manipularea de probe biologice, cadavre, materiale sanitare contaminate
  - inainte si dupa orice procedura cu scop diagnostic/terapeutic
- Etape
  - pasii de la spalarea simpla
  - pe tegumentul uscat se aplica solutie antiseptica, de preferat pe baza de alcooli
  - se frictioneaza respectand aceeasi pasi ca pentru spalare si se asteapta uscarea mainii (1-7)

1a



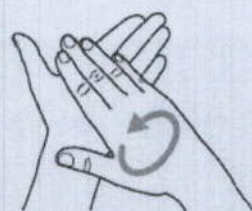
Aplicare produs

1b



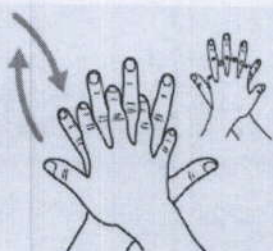
aplicare produs

2



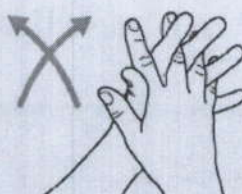
palma peste palma

3



Intre degte

4



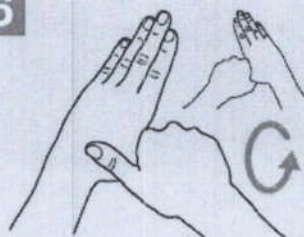
palma peste palma si intre  
Degte

5



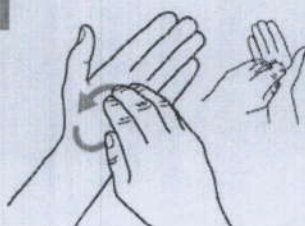
degete interpatrune

6



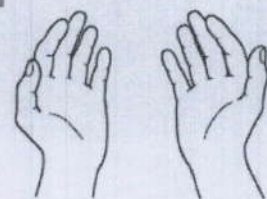
Degetul mare

7



rotire degete in palma

8



MAINI SIGURE  
USCATE

## 6.3.4 Recomandari suplimentare:

- utilizarea cremelor hidratante sau a solutiilor emoliente, cu evitarea folosirii apei fierbinti, pentru a reduce riscul dermatitelor
- in cazul in care exista alergii la un anumit tip de produs, se utilizeaza un produs alternativ
- daca dupa cateva aplicari succesive de solutie antiseptica, mainile devin lipicioase, atunci se vor spala o data, cu apa si sapun.

**N.B.** Se poate folosi doar antiseptic, fara a fi necesara spalarea mainilor cu apa si sapun, cu precizarea ca pasii dezinfectiei trebuie sa fie aceiasi cu pasii spalarii igienice, in urmatoarele situatii: cand mainile nu sunt vizibil murdare, cand nu se ingrijesc pacienti cu *Clostridium difficile*, cand nu s-a utilizat grupul sanitar precum si cand nu s-a venit in contact cu sange sau alte produse patologice.

In cazul in care exista un risc de expunere (suspectat sau dovedit) la microorganisme sporulate, inclusiv in cazul bolii diareice cu *Clostridium difficile*, este obligatorie spalarea mainilor cu apa si sapun si **NU CU SOLUTII ALCOOLICE**.

**6.3.5 Proceduri recomandate în funcție de nivelul de risc:**

| Nivelul de risc | Procedura aplicata                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Indicatii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Minim           | Spălare simplă cu apă și săpun                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- când mâinile sunt vizibil murdare;</li> <li>- la începutul și sfârșitul programului de lucru;</li> <li>- după utilizarea grupului sanitar;</li> <li>- în caz de contact cu produse biologice;</li> <li>- în cazul pacienților cu infecție cu Clostridioides difficile</li> </ul>    |
| Intermediar     | Dezinfecție igienică prin frecare cu soluție hidroalcoolică (metoda de elecție)<br>sau<br>Dezinfecție igienică prin spălare cu apă și sapun                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- înainte de contactul cu pacientul;</li> <li>- înainte de proceduri aseptice;</li> <li>- înainte și după utilizarea mănușilor, în caz de contact cu lichide biologice;</li> <li>- după contactul cu pacientul;</li> <li>- după contact cu mediul ambiental al pacientului</li> </ul> |
| Înalt           | Dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin frecare cu soluții hidroalcoolice (Aplicarea alcoolului se va face pe mâna uscată).<br>sau<br>Dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin spălare cu apă și săpun chirurgical (pe bază de povidoniodine sau clorhexidină), urmată de clătire cu apă filtrată și ștergere cu prosop | <ul style="list-style-type: none"> <li>- înainte de orice intervenție chirurgicală;</li> <li>- înaintea tuturor manevrelor care necesită o asepsie de tip chirurgical (minim invazive)</li> </ul>                                                                                                                            |

**6.3.6 Utilizarea produselor hidroalcoolice:**

| Indicatii de utilizare                        | Denumirea comerciala                 | Modul de utilizare                                                                                                                   | Observatii |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Produs pentru asepsia mainilor prin frictiune | Solutie dezinfectanta hidroalcoolica | Nediluat 3 ml timp de 30 secunde<br><br>3 ml=1 apasare pe pompa<br>Mana trebuie sa fie perfect uscata inainte de aplicarea solutiei. |            |

Volumul de dezinfectant utilizat va fi conform recomandărilor producătorului.  
Se vor folosi doar produse avizate pentru dezinfecția chirurgicală a mâinilor.

**6.4 Verificarea eficienței :**

- **Controlul tegumentului:** prin recoltarea probelor de pe maini, prin stergerea întregii suprafețe palmare a mainii drepte și a degetelor, insistându-se în zonele periungheale și interdigitale, trecând tamponul de 2-3 ori peste fiecare zonă, rotându-l neîncetat

**Interpretare:** pentru mainile personalului care vine în contact cu bolnavul se admit până la 40 germeni /mana. Nu se admite prezenta E coli enteropatogen; Proteus; stafilococ patogen sau altor germeni patogeni

- **Auditul mainilor – verificarea consumului de produse hidroalcoolice**

**6.5 Sanctiuni :**

Sanctiunile pentru incalcarea acestei proceduri vor fi dictate de Comisia de disciplina a spitalului, conform codului muncii.

**7. INREGISTRARI**

7.1 fișe tehnice de securitate a produselor pentru igienizarea mâinilor,

7.2 teste de sanitație conform prevederilor legale

7.3 buletine de analize ale personalului angajat

**8. ANEXE**

Nu este cazul.

**9.DIFUZARE**

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau in format electronic

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SMSA/SCIM implementat.

**10. INDICATORI DE MONITORIZARE**

| INDICATOR                                                                                                | TINTA | METODA DE CALCUL                                                            | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii                  | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta. | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent teste de sanatatie neconforme din totalul testelor de sanatatie recoltate in perioada analizata. | 0     | Nr teste de sanatatie neconforme / Nr total teste de sanatatie recoltate.   | Semestrial               | As. Igiena  |

|                                                                 |                        |                   |        |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|--------|
| Spitalul Clinic de Boli<br>Infecțioase „Sf.<br>Parascheva” Iasi | <b>IGIENA MÂINILOR</b> | Cod: CPIAAM PO-07 |        |
|                                                                 |                        | Ed.: 2            | Rev.:0 |
|                                                                 |                        | Pag.: 1/2         |        |

## CPIAAM

**Data**

**NUME**

**SECȚIE**

### **CHESTIONAR DE EVALUARE A CUNOSTINTELOR PRIVIND IGIENA MAINILOR**

**( Procedura CPIAAM PO- 07 )**

Urmatoarele intrebari au unul sau mai multe raspunsuri corecte.

**1. Procedurile pentru igiena mâinilor sunt:**

- a. spălare simplă cu apă și săpun;
- b. dezinfectie igienică prin spălare cu săpun dezinfectant;
- c. dezinfectie igienică prin frecare cu soluție hidroalcoolică;
- d. dezinfectie chirurgicală prin spălare cu apă și săpun chirurgical;
- e. dezinfectie chirurgicală prin frecare cu soluție hidroalcoolică.

**2. Spălare simplă cu apă și săpun se face când mâinile sunt vizibil murdare si anume :**

- a. la începutul și sfârșitul programului de lucru;
- b. după utilizarea grupului sanitar;
- c. în caz de contact cu produse biologice;

**3. Dezinfectie igienică prin frecare cu soluție hidroalcoolică are urmatoarele indicatii :**

- a. înainte de contactul cu pacientul;
- b. înainte de proceduri aseptice;
- c. înainte și după utilizarea mănușilor, în caz de contact cu lichide biologice;
- d. -după contactul cu pacientul;
- e. -după contact cu mediul ambiental al pacientului

**4. În vederea asigurării igienei corecte și eficiente a mâinilor personalului medico-sanitar și de îngrijire, este interzisă**

|                                                                 |                        |  |                    |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|--|--------------------|
| Spitalul Clinic de Boli<br>Infecțioase „Sf.<br>Parascheva” Iași | <b>IGIENA MÂINILOR</b> |  | Cod: CPIAAM PO-07  |
|                                                                 |                        |  | Ed.: 2      Rev.:0 |
|                                                                 | Pag.: 2/2              |  |                    |

- a. purtarea inelelor,
- b. purtarea brățarilor, ceasurilor sau altor bijuterii.
- c. purtarea unghiilor lungi, lăcuite sau artificiale
- d. purtarea halatelor cu maneca lungă

**5. În asistența medicală a pacienților cu infecții cu Clostridioides difficile igiena mainilor se realizează prin :**

- a. spălare simplă cu apă și săpun
- b. dezinfectie igienică prin precare cu soluție hidroalcoolică
- c. ambele procedee

**6. Produsele utilizate pentru dezinfectia igienică a mâinilor prin fercare sunt :**

- a. Dermanios
- b. Hexid
- c. Aniospray
- d. Surfanios

Fiecare întrebare este notată cu 1,5 puncte și 1 punct se acordă din oficiu .

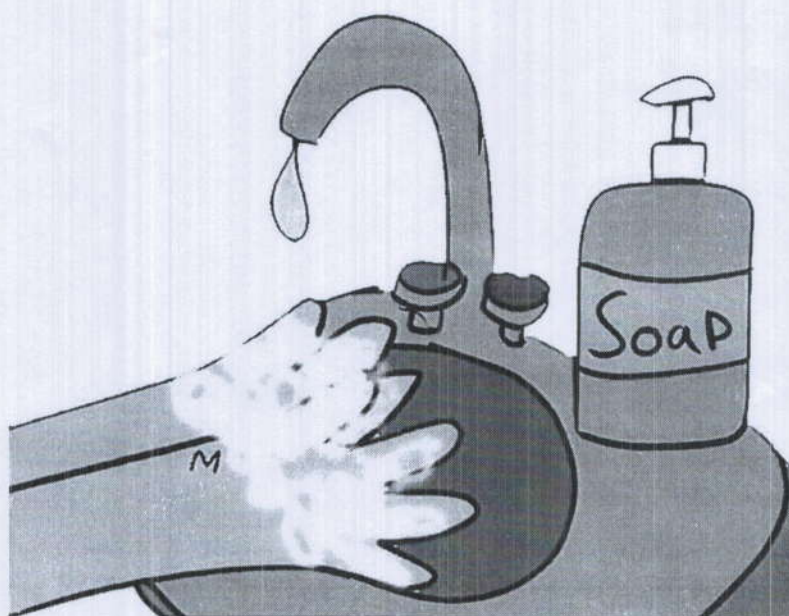
Nota finală  $6 \times 1,5 = 9 + 1 = 10$

Elaborat  
Medic epidemiolog  
Dr. Teodorescu Irina

*Bibliografie*

- Ord MS nr. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfectie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia
- Ghidul OMS privind igiena mainilor
- Manual tehnic OMS privind igiena mainilor

## PROGRAM DE IGIENIZARE A MAINILOR



## SCOPUL PROGRAMULUI

Cresterea nivelului de constientizare in ceea ce priveste importanta igienei mainilor in domeniul ingrijirilor de sanatate atat la nivelul profesionistilor in sanatate cat si in randul pacientilor / apartinatorilor / vizitatorilor.

## MESAJE CHEIE

- Pentru profesionistii din spital - „Curatati-va mainile la timpul potrivit si opriti raspandirea rezistentei la antibiotice”
- Pentru manager si sefi structurilor – „Derulati pe tot parcursul anului un program pentru prevenirea si controlul infectiilor, pentru a proteja pacientii de infectii cu microbi multidrog rezistenti”
- Pentru pacienti / apartinatori / vizitator – „Preveniti infectiile si opriti raspandirea rezistentei la antibiotice prin igiena corespunzatoare a mainilor – SPALATI-VA PE MAINI”

## PREVENIREA INFECTIILOR SI REZISTENTA MICROBIANA

La inceputul erei antibioticelor, germenii patogeni rezistenti erau foarte rari.

Utilizarea necorespunzatoare a medicamentelor antimicrobiene a dus la aparitia si dezvoltarea unor germeni rezistenti care „prospera” chiar si la pacientii tratati.

Circulatia microbilor rezistenti intre indivizi, comunitati si natii, a dus la o lume in care toti suntem in pericol sa contractam infectii care nu pot fi tratate. Astfel, orice strategie completa care se adreseaza rezistentei microbiene, trebuie sa aiba ca scop reducerea transmiterii germenilor rezistenti in spital si nu numai.

Fata de pacientii care necesita ingrijiri medicale, spitalul are o responsabilitate deosebita, in vederea evitarii contactarii de catre pacienti a unor infectii rezultate in urma unor decizii sau interventii medicale.

Infectiile asociate asistentei medicale reprezinta una dintre cele mai importante cauze de deces si suferinta pentru pacientii spitalizati in lumea intreaga, astfel incat prevenirea infectiilor este considerata, piatra de temelie a sigurantei pacientilor.

In fiecare an, sute de milioane de pacienti din intreaga lume dezvolta infectii asociate asistentei medicale, dintre care o mare parte sunt cauzate de germeni rezistenti la produse antimicrobiene.

Cea mai frecventa modalitate de transmitere a infectiilor asociate asistentei medicale este reprezentata de mainile personalului medical, astfel incat igiena corespunzatoare a acestora sta la baza oricarui program de preventie si control, cu rol important in reducerea transmiterii infectiilor dar si a diseminarii germenilor rezistenti. Solutiile antiseptice pe baza de alcool pot preveni infectiile asociate asistentei medicale si milioane de decese in fiecare an, cu un pret foarte accesibil. In plus, igiena mainilor constituie un indicator de calitate pentru siguranta sistemului de sanatate.

## DEFINIȚII:

- ✓ Asepsia - reprezinta ansamblul de masuri prin care se impiedica contactul dintre germeni si plaga, tegumente sau mediu. Deoarece se previne infectia, asepsia este o metoda profilactica.
- ✓ Antisepsie - reprezinta totalitatea mijloacelor prin care se urmareste distrugerea germenilor prezenti intr-o plaga, pe tegumente sau in mediu. Este o metoda curativa.
- ✓ Antiseptic - Produsul care previne sau impiedica multiplicarea ori inhiba activitatea microorganismelor; aceasta activitate se realizeaza fie prin inhibarea dezvoltarii, fie prin distrugerea lor, pentru prevenirea sau limitarea infectiei la nivelul tesuturilor .

- ✓ Sapun antiseptic - Sapun care contine un agent antiseptic in concentratie suficienta pentru a inactiva agentii patogeni si/sau reducerea inmultirii acestora.
- ✓ Flora rezidenta - Flora care exista la nivelul tegumentului si care reprezinta o bariera impotriva colonizarii cu agenti patogeni din exterior; agentii patogeni ai florei cutanate pot fi implicati in producerea infectiilor asociate ingrijirilor medicale ( cutanate, de cateter, septicemii) , prin perturbarea echilibrului de comensalism sau mutualism.. Exemple de microorganism din flora normala a tegumentului: *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*, *Clostridium perfringens*
- ✓ Flora tranzitorie - Flora cu care se contamineaza tegumentul mainii in timpul actelor de ingrijire medicala; este reprezentata de cele mai multe ori de agenti patogeni rezistenti la antibiotice; acestia provin din tubul digestive sau mediu, ei jucand un rol important in producerea infectiilor asociate ingrijirilor medicale .
- ✓ Static - Sufix pentru actiunea inhibitorie a unui agent antimicrobian.
- ✓ Cid - Sufix pentru actiunea letala a unui agent antimicrobian.

## IGIENA MAINILOR

Flora microbiană rezidenta este protectoare si mai putin asociata cu infectiile asociate asistentei medicale, dar poate contamina cavitatile sterile ale organismului, ochiul si tegumentele lezate. Flora tranzitorie colonizeaza epiderma si cauzeaza frecvent patologie infectioasa, transmisa prin contact direct cu pacientul sau indirect prin suprafetele contaminate din mediu.

Atat mainile cat si manusele medicale se pot contamina cu *Staphylococcus aureus*, enterococi, *Clostridium difficile*, bacili Gram-negativi si unele virusuri (virusul sincitial respirator si rinovirusuri), prin drenarea plagilor, atingerea zonelor infectate, a tegumentelor sau a suprafetelor contaminate din mediul spitalicesc, in special cele din imediata vecinatate a pacientului. Unele activitati (contactul direct cu bolnavul, cu fluidele/excretele lui, schimbatul scutecelor/lenjeriei, terapia respiratorie) determina o mare incarcatura microbiana pe mainile personalului medical. Cei cu dermatite sau leziuni ale tegumentelor pot ramane colonizati pe termen lung. Zona subunghiala poate acumula o mare concentratie de bacterii si fungi. Unghiile artificiale contribuie la transmiterea patogenilor, in special a germenilor Gram-negativi, mai mult decat unghiile naturale, in ciuda masurilor de spalare pe maini sau/si a antisepsiei. Patologia unghiala reduce eficienta spalaturii pe maini. Tegumentul de sub inele (inclusiv de sub verighete) este mai colonizat cu microorganisme iar inelele mari, voluminoase, ca si unghiile lungi pot punctiona manusele. Multe tulpini bacteriene multirezistente, incluzand MRSA si VRE, se pot transmite pe aceasta cale. O decontaminare adecvata poate fi eficienta in reducerea transmiterii acestor germeni, la fel ca in cazul celor non-rezistenti.

In general, complianta personalului medical este adesea suboptimala, influentata de numerosi factori comportamentali, materiali (lipsa echipamentelor/consumabilelor) sau constrangeri de timp. Variaza si in functie de intensitatea activitatii, tipul sectiei, categoria profesionala sau perioada din zi/ din saptamana.

Cele mai utilizate antiseptice pentru maini sunt alcoolul, clorhexidina, hexaclorofen-ul, iodul si iodoformii, compusii cuaternari de amoniu si triclosan-ul. Toți sunt eficienti impotriva germenilor gram-pozitivi si negativi, cu eficacitate maxima demonstrata la alcooli si iodoformi. Fungii si micobacteriile sunt eliminate mai eficient cu alcooli si mai puțin cu clorhexidină sau hexaclorofen.

Conform OMS, antisepticele pe baza de alcool sunt de preferat, pentru ca au spectrul antimicrobian cel mai larg, necesită timp scurt (20-30 sec.) pentru o decontaminare eficienta, toleranta tegumentelor este buna si sunt usor disponibili. Eficacitatea antisepticelor bazate pe alcooli depinde de calitatea lor, cantitatea utilizata, timpul de contact si acoperirea completa a suprafetei mainii. Formulele recomandate de OMS contin fiecare 75% v/v izopropanol sau 80% v/v etanol. Sunt disponibile sub formă de solutii (cu vascrozitate redusă), geluri sau materiale impregnate.

Niciunul din aceste antiseptice nu are actiune impotriva sporilor bacterieni si a oocistilor de protozoare, desi prin efectul mecanic al spalarii cu apa si sapun, sunt partial indepartati.

Recomandări privind igiena mainilor aplicarea precauțiilor standard:

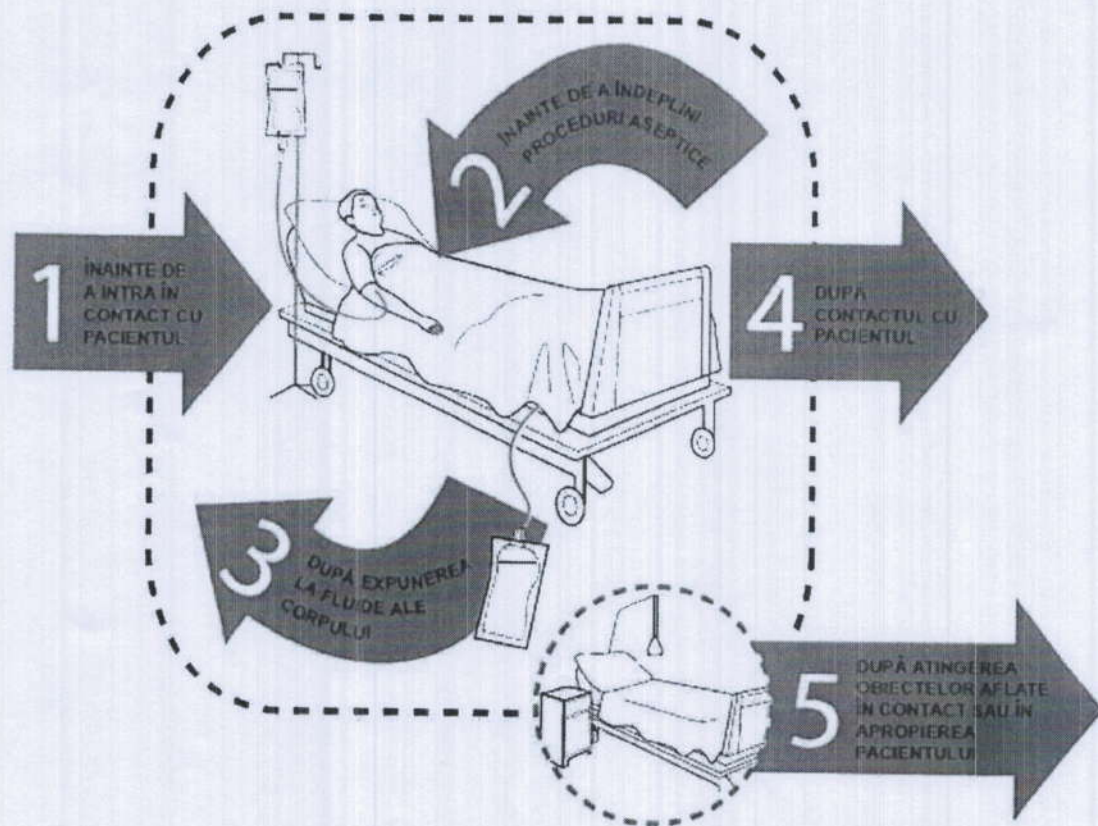


Fig. 1 Momente importante pentru igiena mainilor

#### Importanța

- igiena mainilor ca mai importantă și uneori singurul mod de prevenire a contaminării și diseminării agenților microbieni

#### Indicații pentru igiena mainilor

- spălarea cu apă și săpun când tegumentul este vizibil murdarit cu sânge sau cu alte fluide biologice, sau după utilizarea toaletei;
- dacă se suspectează patogeni formatori de spori (inclusiv în epidemii cu *C. difficile*), se preferă spălarea pe mâni cu apă și săpun;
- utilizarea antisepticelor pe bază de alcool este preferată pentru antisepsia uzuală a mainilor în toate situațiile clinice descrise mai jos, dacă mâinile nu sunt vizibil murdare (în lipsa preparatelor pe bază de alcool, se spală cu apă și săpun):
  - ✓ la intrarea în serviciu și la părăsirea locului de muncă;
  - ✓ la intrarea și la ieșirea din salonul de bolnavi înainte și după atingerea unui bolnav;
  - ✓ înainte de atingerea unui dispozitiv invaziv, indiferent dacă se poartă sau nu mănuși;
  - ✓ după contactul cu fluidele biologice, excrețiile, mucoasele, tegumentele lezate/pansarea plăgilor;
  - ✓ la trecerea de la o parte contaminată a corpului la alta, la același pacient;
  - ✓ după contactul cu suprafețe inerte sau obiecte (inclusiv echipament medical) din imediata vecinătate pacientului;
  - ✓ înainte și după aplicarea unui tratament;
  - ✓ după scoaterea mănușilor sterile sau nonsterile;

- ✓ după scoaterea măștii folosită la locul de muncă;
- ✓ după folosirea batistei;
- ✓ după folosirea toaletei;
- ✓ după trecerea mâinii prin păr;
- înainte de administrarea medicației sau pregătirea hranei trebuie practică igiena cu antiseptice pe baza de alcool sau spălarea mâinilor cu apă și săpun antimicrobian;
- nu se utilizează concomitent și săpun și antiseptice.

### ***Selecția și păstrarea produselor pentru igiena mâinilor***

Trebuie asigurate produse eficiente, cu potențial mic de iritabilitate. Pentru a maximiza șansele de acceptare a produselor pentru igiena mâinilor, se cere părerea personalului medical despre toleranța tegumentară. Criteriile după care se selectează un antiseptic sunt:

- ✓ eficacitate antimicrobiană demonstrată, conform standardelor internaționale;
- ✓ toleranța dermică bună și reacții tegumentare minime;
- ✓ timp minim de uscare (cele cu timp prelungit pot afecta practicile de igienă adecvate a mâinilor);
- ✓ costuri accesibile;
- ✓ preferințele estetice ale personalului și pacienților (în privința culorii, texturii, ușurinței de utilizare);
- ✓ disponibilitatea/functionarea dispenserelor.

Alocarea rațională a facilităților (chiuvete, săpun, dispensere) ca și o bună mentenanță sau ușurința în utilizare sunt esențiale pentru reușita programului de igienă a mâinilor. Ideal trebuie combinate dispensere sub diverse forme (pentru buzunar, montate pe perete sau cele plasate pe noptiere, tablă de pat, masă de pat etc.)

Când se selectează produsele pentru igiena mâinilor:

- ✓ trebuie cunoscută orice interacțiune între produsele utilizate pentru curățarea mâinilor și cele pentru îngrijirea tegumentelor sau tipurile de mănuși utilizate în instituție;
- ✓ dispenserele trebuie să fie accesibile, cu funcționare adecvată iar cele pentru produsele alcoolice trebuie să primească aprobare pentru materiale inflamabile;
- ✓ compararea costurilor trebuie efectuată doar pentru produsele ce îndeplinesc criteriile de eficacitate, toleranța tegumentară și acceptabilitate.

Este interzisă completarea săpunului sau a produselor alcoolice într-un dispenser parțial gol. Dacă acesta este reutilizat, trebuie supus în prealabil unor proceduri de curățare.

### ***Utilizarea mănușilor***

Mănușile reduc contaminarea mâinilor, transmiterea patogenilor și ajută la controlul infecțiilor asociate asistenței medicale, alături de alte măsuri. În schimb, utilizarea aceluiași perechi de mănuși timp de câteva ore (în care se îngrijesc mai mulți pacienți și se ating suprafețe diverse) este o practică defectuoasă foarte frecventă.

Utilizarea mănușilor nu înlocuiește igiena mâinilor fie prin spălare, fie prin antisepsie. Trebuie purtate când se anticipează contactul cu sânge sau alte materiale potențial infectioase, cu mucoasele sau tegumentele lezate. Nu se permite purtarea aceluiași mănuși pentru îngrijirea mai multor pacienți. De asemenea, trebuie schimbate la trecerea de la o zonă contaminată la alta a aceluiași pacient (incluzând tegumentele lezate, mucoasele sau dispozitivele medicale). Personalul trebuie să cunoască tehnica corectă de punere/departare a mănușilor. Spălarea sau antisepsia mâinilor trebuie efectuată înainte de luarea mănușilor, dar și imediat după departarea lor. Dacă mănușile sunt perforate sau tăiate, trebuie îndepărtate și asigurată igiena mâinilor. Reutilizarea mănușilor nu este recomandată.

**Restrictii**

Personalul medical nu va purta unghii artificiale sau extensii, bijuterii de tip inel / brosa.

**OBIECTIVELE PROGRAMULUI**

**PLAN DE ACTIVITATI - Distribuția temporală a activităților - Grafic GANTT , resurse, responsabili activități, rezultate așteptate (indicatori) pentru îndeplinirea obiectivelor programului.**

| Obiectiv / Actiune                                                                                                                                  | GRAFIC GANT |         |          |         | Responsabil activitate        | Indicatori                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|----------|---------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                     | TRIM I      | TRIM II | TRIM III | TRIM IV |                               |                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                     |             |         |          |         | I n t e r n e / e x t e r n e |                                                                                                                                  |
| Obiectiv nr.1 – Imbunatatirea gradului de constientizare si intelegere a rezistentei antimicrobiene prin comunicare, educatie si formare eficiente. |             |         |          |         |                               |                                                                                                                                  |
| Analiza antibioticorezistentei si comunicarea rezultatelor.                                                                                         |             |         |          |         | i n t e m e                   | • nr antibiotice identificate ca fiind rezistente /0                                                                             |
| Efectuarea de instruiiri cu privire la antibioticorezistenta.                                                                                       |             |         |          |         |                               | • nr angajati instruiti / nr total angajati                                                                                      |
| Obiectiv nr. 2 - Consolidarea bazei de cunostinte in domeniul igienei mainilor                                                                      |             |         |          |         |                               |                                                                                                                                  |
| Instruirea personalului cu privire la precautiunile standard – igiena mainilor si evaluarea cunostintelor.                                          |             |         |          |         | i n t e m e                   | • nr angajati instruiti / nr total angajati<br>• nr angajati cre au obtinut Foarte Bine la evaluare / Nr total angajati evaluati |
| Organizarea de sesiuni de training cu privire la igiena mainilor -exercitii de                                                                      |             |         |          |         | i n t e m                     | • nr sesiuni organizate / nr sesiuni                                                                                             |

| Obiectiv / Actiune                                                                                                                                               | GRAFIC GANT |         |          |         | Responsabil activitate                       | Indicatori                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|----------|---------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                  | TRIM I      | TRIM II | TRIM III | TRIM IV |                                              |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                  |             |         |          |         | Interne / externe                            |                                                                                                                                                    |
| spalare a mainilor /utilizarea dezinfectantilor.                                                                                                                 |             |         |          |         |                                              | planificate<br>• nr angajati care au participat la sesiunile organizate / nr angajati invitati sa participe                                        |
| Efectuarea de teste de portaj si analiza rezultatelor.                                                                                                           |             |         |          |         | in te m e<br>Medic epidemiolog<br>As. Igiena | • nr angajati cu rezultat pozitiv la testul de portaj / 0                                                                                          |
| Verificarea periodica a existentei instructiunilor afisate privind spalarea / dezinfectarea mainilor si inlocuirea celor deteriorate ori de cate ori este cazul. |             |         |          |         | As. Igiena<br>As. sefi                       | • nr de lavoare unde exista instructiuni afisate / nr total lavoare<br>• nr de instructiuni afisate / nr total instructiuni propuse pentru afisare |

|                                                                                                                         | GRAFIC GANT |         |          |         | Responsabil activitate | Indicatori                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|----------|---------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                         | TRIM I      | TRIM II | TRIM III | TRIM IV |                        |                                                                                                                                                                                                            |
| Obiectiv / Actiune                                                                                                      |             |         |          |         | Internerne / externe   |                                                                                                                                                                                                            |
| Efectuarea de controale periodice cu tematica -purtaarea manusilor / bijuteriilor / unghiilor artificiale sau extensii. |             |         |          |         | interne                | <ul style="list-style-type: none"> <li>nr controale efectuate / nt controale planificate</li> <li>nr nereguli identificate / 0</li> </ul>                                                                  |
| Verificarea periodica a starii dispenserelor si inlocuirea celor deteriorate.                                           |             |         |          |         | interne                | <ul style="list-style-type: none"> <li>nr dispense functionale / nr total dispense in spital</li> <li>lei cheltuiti / lei planificati</li> </ul>                                                           |
| Implementarea chestionarului de autoevaluare a Igienei mainilor si analiza rezultatelor.                                |             |         |          |         | interne                | <ul style="list-style-type: none"> <li>nr de angajati care au completat chestionarul / nr total angajati</li> <li>nr masuri implementate in urma analizei chestionarelor / nr total recomandari</li> </ul> |

### Riscuri

În procesul de implementare a programului privind îmbunătățirea igienei mainilor pot apărea riscuri de decalare în timp sau nerealizare, datorate mediului intern sau extern, după cum urmează :

#### **Mediu intern:**

- slaba cointerесare (motivare) a personalului în realizarea sarcinilor și indicatorilor;
- scăderea disponibilității la efort suplimentar datorită suprasolicitării în activitatea de bază;

#### **Mediu extern:**

- modificarea frecvența a legislației în domeniul sanitar;
- lipsa dezinfectanților / fluctuația de preț a acestora
- subfinanțarea de către Ordonatorul principal de credite a cursurilor de formare profesională a personalului.

## CONCLUZII

**Aceast Program va deveni document de lucru, care va fi actualizat ori de câte ori este necesar, deoarece:**

- Reflecta preocuparea noastră la un nivel superior în ceea ce privește reducerea infecțiilor asociate asistentei medicale ca urmare a aplicării unei igiene corespunzătoare a mainilor;
- Delimitează clar prioritățile, în concordanță cu specificul național;
- Recunoaște rolul cheie pe care igiena mainilor îl joacă în succesele noastre viitoare.

Evaluarea de etapă se va face prin analiza tuturor indicatorilor stabilit pe fiecare obiectiv în parte.

**Periodicitate:** Anual / ori de câte ori situația o impune

**Documente emise:** Raport de evaluare de etapă

**Responsabil:** Comitetul pentru prevenirea infecțiilor asociate asistentei medicale

### REVIZUIREA PLANULUI DE MANAGEMENT

Revizuirea Programului se va face în urma analizei rapoartelor de etapă în cazul în care Comitetul pentru prevenirea infecțiilor asociate asistentei medicale propune modificarea sa.

INTOCMIT,

MEDIC EPIDEMIOLOG  
DR. TEODORESCU IRINA



Dr. Irina Teodorescu  
medic principal  
cod 57104





ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI



Nr. Inregistrare : 158/09.07.2021

**RAPORT DE ANALIZĂ PRIVIND  
GRADUL DE IMPLEMENTARE A PROGRAMULUI IGIENA MAINILOR**

**1. PERIOADA ANALIZATĂ**

01.01.2021- 31.06.2021

**2. MOTIVAREA SI SCOPUL ANALIZEI**

Raportul de analiza are ca scop evaluarea gradului de conformare cu cerintele Programului de igiena a mainilor elaborat si implementat la nivelul spitalului.

**3. SET DE DATE ANALIZATE**

- Observarea directă (considerată *gold standard*) a respectării de către personal a Programului de igiena a mainilor
- Număr probe conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini = 21/21
- Consumul de dezinfectant de mâini raportat la necesarul estimat la începutul anului = 2808 L/4320 L
- Număr instruirii privind igiena mâinilor realizate / număr instruirii planificate = 2/2
- Număr reclamații din partea pacienților ( partea vazută a manevrei) in legătură cu manevra de spălare pe mâini a personalului, la practicarea diverselor manevre de îngrijire pacienți = 0

**4.INDICATORI DE EFICIENȚĂ**

| INDICATOR                                                                                                              | TINTA | METODA DE CALCUL                                         | VALORI INDICATORI | REALIZAT |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|-------------------|----------|
| Pondere probelor conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini( conform registrului de autocontrol) | 100%  | Număr probe conforme/număr total probe mâini             | 21/21             | 100%     |
| Ponderea instruirilor realizate privind igiena mâinilor/ instruirii planificate                                        | 100%  | Număr instruirii realizate/ număr instruirii planificate | 2/2               | 100%     |

|                                                                                                         |      |                                                                                                                              |               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| Pondera consumului de dezinfectante mâini față de necesarul estimat                                     | 100% | Număr litri consumați/nr litri estimați                                                                                      | 2808 L/4320 L | 65% |
| Ponderea reclamațiilor din partea pacienților în legătură cu manopera de igienă a mâinilor personalului | 0    | Nr. reclamații din partea pacienților privind igiena mâini personal înregistrate în perioada analizată/ Nr. total reclamații | 0             | 0   |

## 5. CONCLUZII

La nivelul spitalului, perioada 01.01.2021- 30.06.2021, a fost elaborat Programul pentru igiena mainilor pentru anul 2021. Acesta a fost difuzat catre toate partile interesate pe baza listei de difuzare atat in format letric cat si prin e-mail.

Medicul epidemiolog, conform planificarilor a efectuat instruiuri cu cerintele Programului igiena mainilor.

In vedere evaluarii gradului de conformare cu cerintele programului s-a efectuat verificari directe cu consemnarea rezultatelor in procese verbale de control. In cadrul observarii directe s-a constatat că fiecare salon este dotat cu dispenser cu săpun lichid , prosoape de hârtie de unică utilizare, dezinfectant de tegumente Tot la observarea directa s-a evidențiat că un număr foarte mic de asistente și infirmiere au asupra lor bijuterii și unghii necorespunzătoare. Astfel se apreciaza un grad de complianța de aproximativ 75%.

Conform planificarilor din Planul de autocontrol s-au efectuat un număr total de 21 probe de sanitație de pe tegumentul mâinilor personalului (infirmiere, asistente, medici) din care toate au fost conforme.

Consumul si respectiv achizitia de dezinfectant de mâini - HEXID/ANIOSGEL a fost de 2808 L, cantitate mai mica decit cea solicitata de sectii prin referatele de necesitate. Totusi spitalul a beneficiat si de suplimentarea cantitatilor de produse pentru igiena mainilor provenite din donatii

Analizand procesele verbale de instruire si Planul de instruire se constata ca numarul de instruiuri efectuate este cel planificat. S-a constatat ca personalul cunoaste si respecta tehnica si regulile de igiena a mainilor intrucat au fost instruiti si au aplicat intensiv aceste reguli mai ales in anul 2020 cand spitalul a fost Covid only.

Nu au existat reclamații scrise către Conducerea spitalului in ceea ce priveste igiena mainior personalului sau lipsa solutiilor de dezinfectant.

Starea de igienă a mâinilor este satisfăcătoare, ceea ce denotă că personalul și-a însușit cerintele programului de igiena a a mâinilor.

Chiar și așa, trebuie continuat în mod susținut programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, pentru a nu mai avea deloc rezultate neconforme in ceea ce priveste igiena mâinilor personalului și pentru o crestere a gradului de constientizare a personalului in ceea ce priveste importanta respectarii protocoalelor de igiena a miinilor si absenta bijuteriilor.

## 6. PROPUNERI/RECOMANDĂRI CA URMARE A ANALIZEI . MĂSURI PROPUSE

- Menținerea indicatorilor de monitorizare până la urmatoarea analiză.

- Menținerea protocoalelor de igienă a mâinilor și a programului de îmbunătățire a igienei mâinilor.

- Continuarea promovării conceptului *zero bijuterii și unghii scurte și îngrijite* în rândul personalului;

- Menținerea ritmicității instruirilor privind igiena mainilor.

**Elaborat,  
Medic epidemiolog  
Dr. Teodorescu Irina**



Prezenta analiză se va difuza către Consiliul Medical și SMC.



ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECȚIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IAȘI



Nr. Inregistrare : 316/ 11.01.2022

**RAPORT DE ANALIZĂ PRIVIND  
GRADUL DE IMPLEMENTARE A PROGRAMULUI IGIENA MAINILOR**

**1. PERIOADA ANALIZATĂ**

01.07.2021- 31.12.2021

**2. MOTIVAREA SI SCOPUL ANALIZEI**

Raportul de analiza are ca scop evaluarea gradului de conformare cu cerintele Programului de igiena a mainilor elaborat si implementat la nivelul spitalului.

**3. SET DE DATE ANALIZATE**

- Observarea directă (considerată *gold standard*) a respectării de către personal a Programului de igiena a mainilor
- Număr probe conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini = 11/11
- Consumul de dezinfectant de mâini raportat la necesarul estimat la începutul anului = 3431 L/4320 L
- Număr instruiți privind igiena mâinilor realizate / număr instruiți planificate = 2/2
- Număr reclamații din partea pacienților ( partea vazută a manevrei) in legătură cu manevra de spălare pe mâini a personalului, la practicarea diverselor manevre de îngrijire pacienți = 0

**4.INDICATORI DE EFICIENȚĂ**

| INDICATOR                                                                                                              | TINTA | METODA DE CALCUL                                       | VALORI INDICATORI | REALIZAT |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|-------------------|----------|
| Pondere probelor conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini( conform registrului de autocontrol) | 100%  | Număr probe conforme/număr total probe mâini           | 11/11             | 100%     |
| Ponderea instruirilor realizate privind igiena mâinilor/ instruiți                                                     | 100%  | Număr instruiți realizate/ număr instruiți planificate | 2/2               | 100%     |

|                                                                                                         |      |                                                                                                                              |               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| planificate                                                                                             |      |                                                                                                                              |               |     |
| Pondera consumului de dezinfectante mâini față de necesarul estimat                                     | 100% | Număr litri consumați/nr litri estimați                                                                                      | 3431 L/4320 L | 79% |
| Ponderea reclamațiilor din partea pacienților în legătură cu manopera de igienă a mâinilor personalului | 0    | Nr. reclamații din partea pacienților privind igiena mâini personal înregistrate în perioada analizată/ Nr. total reclamații | 0             | 0   |

## 5. CONCLUZII

La nivelul spitalului, perioada 01.07.2021- 31.12.2021 a fost revizuita procedura de igiena a mainilor ( CPIAAM PO- 07) ca urmare a modificarii legislatiei. Aceasta a fost difuzat catre toate partile interesate pe baza listei de difuzare atat in format lettric cat si prin e-mail.

Medicul epidemiolog conform planificarilor a efectuat instruiuri cu cerintele noii legislatii si adaptarea ei la profilul spitalului nostru,

In vedere evaluarii gradului de conformare cu cerintele programului s-a efectuat verificari directe cu consemnarea rezultatelor in procese verbale de control. In cadrul observarii directe s-a constatat că fiecare salon este dotat cu dispenser cu săpun lichid , prosoape de hârtie de unică utilizare, dezinfectant de tegumente Tot la observarea directa s-a evidențiat că un număr foarte mic de asistente și infirmiere au asupra lor bijuterii și unghii necorespunzătoare. Astfel se apreciaza un grad de complianța de aproximativ 80%.

Conform planificarilor din Planul de autocontrol s-au efectuat un număr total de 11 probe de sanitație de pe tegumentul mâinilor personalului (infirmiere, asistente, medici) din care nici una nu a fost neconforma.

Consumul de dezinfectant rapid de mâini (HEXID/ANIOSGEL) a fost de 3431 litri , cantitate mai mica decit cea solicitata de sectii prin referatele de necesitate dar mai mare decat in semestrul anterior .

Analizand procesele verbale de instruire si Planul de instruire se constata ca numarul de instruiuri efectuate a fost cel planificat, evaluarea facandu-se prin chestionare

Nu au existat reclamații scrise către Conducerea spitalului in ceea ce priveste igiena mainior personalului sau lipsa solutiilor de dezinfectant.

Starea de igienă a mâinilor este satisfăcătoare, ceea ce denotă că personalul și-a însușit cerintele programului si a procedurii de igiena a a mâinilor.

Chiar și așa, trebuie continuat în mod susținut programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, pentru a nu mai avea deloc rezultate neconforme in ceea ce priveste igiena mâinilor personalului și pentru o crestere a gradului de constientizare a personalului in ceea ce priveste purtatul bijuteriilor.

## 6. PROPUNERI/RECOMANDĂRI CA URMARE A ANALIZEI . MĂSURI PROPUSE

- Menținerea indicatorilor de monitorizare până la urmatoarea analiză.
- Menținerea protocoalelor de igienă a mâinilor și a programului de îmbunătățire a igienii mâinilor.

- Continuarea promovării conceptului *zero bijuterii și unghii scurte și îngrijite* în rândul personalului;
- Menținerea ritmicității instruirilor privind igiena mainilor.

**Elaborat,  
Medic epidemiolog  
Dr. Teodorescu Irina**

Prezenta analiză se va difuza către Consiliul Medical și SMC.



ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI



Nr. Inregistrare : 488/12.07.2022

**RAPORT DE ANALIZĂ PRIVIND  
GRADUL DE IMPLEMENTARE A PROGRAMULUI IGIENA MAINILOR**

**1. PERIOADA ANALIZATĂ**

01.01.2022- 30.06.2022

**2. MOTIVAREA SI SCOPUL ANALIZEI**

Raportul de analiza are ca scop evaluarea gradului de conformare cu cerintele Programului de igiena a mainilor elaborat si implementat la nivelul spitalului.

**3. SET DE DATE ANALIZATE**

- Observarea directă (considerată *gold standard*) a respectării de către personal a Programului de igiena a mainilor
- Număr probe conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini = 3/3
- Consumul de dezinfectant de mâini raportat la necesarul estimat la începutul anului = 2785 L/4320 L
- Număr instruiți privind igiena mâinilor realizate / număr instruiți planificate = 2/2
- Număr reclamații din partea pacienților ( partea vazută a manevrei) in legătură cu manevra de spălare pe mâini a personalului, la practicarea diverselor manevre de îngrijire pacienți = 0

**4.INDICATORI DE EFICIENȚĂ**

| INDICATOR                                                                                                              | TINTA | METODA DE CALCUL                                       | VALORI INDICATORI | REALIZAT |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|-------------------|----------|
| Pondere probelor conforme din totalul probelor de sanitație prelevate de pe mâini( conform registrului de autocontrol) | 100%  | Număr probe conforme/număr total probe mâini           | 3/3               | 100%     |
| Ponderea instruirilor realizate privind igiena mâinilor/ instruiți planificate                                         | 100%  | Număr instruiți realizate/ număr instruiți planificate | 2/2               | 100%     |
| Ponderea consumului de dezinfectante mâini față                                                                        | 100%  | Număr litri consumați/nr litri estimați                | 2785 L/4320 L     | 64%      |

|                                                                                                         |   |                                                                                                                              |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| de necesarul estimat                                                                                    |   |                                                                                                                              |   |   |
| Ponderea reclamațiilor din partea pacienților în legătură cu manopera de igienă a mâinilor personalului | 0 | Nr. reclamații din partea pacienților privind igiena mâini personal înregistrate în perioada analizată/ Nr. total reclamații | 0 | 0 |

## 5. CONCLUZII

La nivelul spitalului, perioada 01.01.2022- 30.06.2022 s-a continuat urmărirea implementării obiectivelor din Programul de îmbunătățire a igienei mainilor și aplicare procedurii aferente (CPIAAM PO- 07)

Medicul epidemiolog conform planificarilor a efectuat instruiți cu cerințele noii legislații și adaptarea ei la profilul spitalului nostru,

În vederea evaluării gradului de conformare cu cerințele programului s-a efectuat verificări directe cu consemnarea rezultatelor în procese verbale de control. În cadrul observării directe s-a constatat că fiecare salon este dotat cu dispenser cu săpun lichid, prosoape de hârtie de unică utilizare, dezinfectant de tegumente. Tot la observarea directă s-a evidențiat că un număr foarte mic de asistente și infirmiere au asupra lor bijuterii și unghii necorespunzătoare. Astfel se apreciază un grad de compliance de aproximativ 80%.

Conform planificarilor din Planul de autocontrol s-au efectuat un număr total de 3 probe de sanitație de pe tegumentul mâinilor personalului, toate fiind conforme

Consumul de dezinfectant rapid de mâini a fost de 2785 litri, cantitate mai mică decât cea solicitată de secții prin referatele de necesitate datorită dificultăților și întârzierea în procesul de achiziție a substanțelor biocide.

Analizând procesele verbale de instruire și Planul de instruire se constată că numărul de instruiți efectuate a fost cel planificat, evaluarea făcându-se prin chestionare

Nu au existat reclamații scrise către Conducerea spitalului în ceea ce privește igiena mainilor personalului.

Starea de igienă a mâinilor este satisfăcătoare, ceea ce denotă că personalul și-a însușit cerințele programului și a procedurii de igienă a mâinilor.

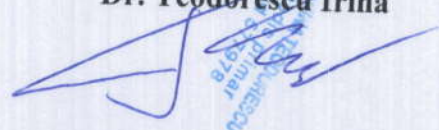
Chiar și așa, trebuie continuat în mod susținut programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, pentru a nu mai avea deloc rezultate neconforme în ceea ce privește igiena mâinilor personalului și pentru o creștere a gradului de constientizare a personalului în ceea ce privește purtarea bijuteriilor.

## 6. PROPUNERI/RECOMANDĂRI CA URMARE A ANALIZEI . MĂSURI PROPUSE

- Menținerea indicatorilor de monitorizare până la următoarea analiză.
- Menținerea protocoalelor de igienă a mâinilor și a programului de îmbunătățire a igienei mâinilor.
- Continuarea promovării conceptului *zero bijuterii și unghii scurte și îngrijite* în rândul personalului;
- Menținerea ritmicității instruirilor privind igiena mainilor.

Elaborat,  
Medic epidemiolog  
Dr. Teodorescu Irina

Prezenta analiză se va difuza către Consiliul Medical și SMC





ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI

ANMCS

unitate afiliată în  
PROCES DE ACREDITARE



CICLUL al II-lea

# GESTIONAREA DEȘEURILOR

## CPIAAM PO - 08

### Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infectioase „Sf. Parascheva” Iasi  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

### Revizie

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

**Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale**

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei                                                                            | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | - integral           | - elaborare initiala                                                                            |                                                                 |
| 2      | 2/0                               | - integral           | -actualizarea listei responsabilitati,actualizarea legislatiei,actualizarea descriere procedura | 18-09-2019                                                      |
| 3      | 2/1                               | - partial            | - actualizarea listei responsabile actualizarea descriere procedura                             | 31-03-2021                                                      |

**Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii generale**

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume si prenume                 | Funcția                   | Semnatura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Neagu Elena- Alina              | As. Igiena                |           | 16-03-2021 |
| 2       | Verificat                               | C.J.Borseri Damian              | Jurist                    |           | 19-03-2021 |
| 3       | Verificat                               | Bișcă Ramona-Mihaela            | RMC                       |           | 18-02-2020 |
| 4       | Avizat                                  | Prof.Dr.Dorobăț Carmen Mihaela  | Președintele comisei SCIM |           | 26-03-2021 |
| 5       | Aprobat                                 | Șef.Lucr.Dr.Roșu Manuiel Florin | Manager                   |           | 31-03-2021 |

Exemplar nr.:

## 1. SCOP

- 1.1. Îndepartarea în deplină siguranță a deșeurilor rezultate în urma activităților medicale, din momentul producerii lor la sursă până la eliminarea finală.
- 1.2. Eliminarea în siguranță a deșeurilor medicale covid-19 provenite de la pacienți cu scopul protejării unității sanitare și mediului înconjurător
- 1.3. Prevenirea contaminării mediului și afectarea stării de sănătate umane.

## 2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Procedura se adresează întregului personal medical și auxiliar din cadrul *Spitalului de Boli Infecțioase Iasi* în vederea respectării implicat în sistemul de gestionare a deșeurilor rezultate în urma activităților medicale.

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții:

- 3.1.1. gestionarea deșeurilor – colectarea, stocarea temporară, transportul, tratarea, valorificarea și eliminarea deșeurilor
- 3.1.2. deșeurile rezultate din activități medicale - toate deșeurile periculoase sau nepericuloase care se produc în unitatea sanitară
- 3.1.3. depozitarea temporară - păstrarea pe o perioadă limitată a deșeurilor ambalate corespunzător în spații special destinate și amenajate, până la preluarea și transportul lor la locul de eliminare finală
- 3.1.4. deșeurile nepericuloase – deșeuri a căror compoziție și ale căror proprietăți nu prezintă risc major pentru sănătatea umană și pentru mediu (care nu conțin sau nu sunt contaminate cu sânge ori cu alte fluide biologice)
- 3.1.5. deșeurile periculoase - deșeurile rezultate din activități medicale, care constituie un risc real pentru sănătatea umană și pentru mediu și care sunt generate în unitatea sanitară în cursul activităților de diagnostic, tratament, supraveghere, prevenirea bolilor și recuperare medicală, inclusiv de cercetare medicală și producere, testare, depozitare și distribuție a medicamentelor și produselor biologice; Acestea se clasifică în:
  - 3.1.6. deșeurile infecțioase - campuri operatorii, manusi, sonde, comprese, pansamente, seringi, scutece absorbante, alimentele care provin de la pacienții internați în unitățile sanitare cu specific de boli infecțioase, combenizoane, vizere.
  - 3.1.7. deșeurile chimice și farmaceutice - substanțele chimice solide, lichide sau gazoase, care pot fi toxice, corozive ori inflamabile; serurile și vaccinurile cu termen de valabilitate depășit, medicamentele expirate și reziduurile de substanțe chimioterapice, care pot fi citotoxice, genotoxice, mutagene, teratogene sau carcinogene; substanțele folosite în laboratoare; substanțele de curățenie și dezinfecție deteriorate ca urmare a depozitării lor necorespunzătoare sau cu termenul de valabilitate depășit; acestea sunt periculoase când prezintă una sau mai multe din următoarele caracteristici: „toxic”(și „foarte toxic”), „nociv”, „coroziv”, „iritant”, „cancerigen”, „toxic pentru reproducere”, „mutagen” și „ecotoxic”
  - 3.1.8. deșeurile înțepătoare-tăietoare – obiecte ascuțite care pot produce leziuni mecanice prin înțepare sau tăiere; aceste deșeuri sunt considerate periculoase dacă au fost în contact cu fluide biologice sau cu substanțe periculoase;
  - 3.1.9. deșeurile anatomo-patologice – deșeurile fragmente din organe și organe umane, parti anatomice, lichide organice, material biopsic rezultat din blocurile operatorii, recipiente pentru sange.
  - 3.1.10. eliminarea finală - totalitatea metodelor și tratamentelor fizice, chimice și biologice aplicate deșeurilor rezultate din activitățile medicale, care vizează eliminarea pericolelor și riscurilor potențiale asupra mediului și asupra stării de sănătate a populației, precum și reducerea volumului de deșeuri
  - 3.1.11. fișa internă a gestiunii deșeurilor - formularul de păstrare a evidenței deșeurilor produse în unitatea sanitară, cu date privind circuitul complet al deșeurilor de la producere și până la eliminarea

**3.1.12. spațiul central de stocare temporară a deșeurilor medicale** – un amplasament de stocare temporară a deșeurilor, amenajat în incinta unității, destinat exclusiv stocării temporare a deșeurilor până la momentul evacuării în vederea eliminării;

**3.2. Abrevieri:**

**3.2.1. CPIAAM** = Compartimentul de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

**3.2.2. MS** = Ministerul sănătății

**4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ**

**4.1. SR CEN/TS 15224:2017** - ”Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015”

**4.2. SR EN ISO 9000:2015** – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

**4.3. SR EN ISO 9001:2015** – „Sisteme de Management al Calității. Cerințe.”

**4.4. Ordinul nr. 600/2018** - pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial al entităților publice.

**4.5. Ord. MS nr. 1226/2012** - pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activitățile medicale; acest ordin abrogă Ord. M.S.F. nr. 219/2002

**4.6. Ordinul nr. 119/2014** pentru aprobarea Normelor de igienă și sănătate publică privind mediul de viață al populației.

**4.7. Ordinul nr. 961/2016** pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, tehnicile de lucru și interpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinfecție, procedurilor recomandate pentru dezinfectia mâinilor, în funcție de nivelul de risc, metodelor de aplicare a dezinfectantelor chimice în funcție de suportul care urmează să fie tratat și a metodelor de evaluare a derulării și eficienței procesului de sterilizare.

**4.8. Hotărârea nr. 617/2014** privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide.

**4.9. Registrul Național al Produselor Biocide** – prezent pe site-ul Ministerului Sănătății, la rubrica autorizații – abilitări și notificări

**4.10. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare** cu privire la sistemele de control intern managerial ale *Spitalului Clinic De Boli Infecțioase*

**4.11. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic De Boli Infecțioase***

**5. RESPONSABILITĂȚI**

**5.1. Manager**

**5.1.1.** desemnează coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul

**5.1.2.** controlează și răspunde de încheierea contractelor cu operatorii economici care transporta, tratează și elimină deșeurile rezultate din activitățile medicale

**5.1.3.** aprobă planul de gestionare a deșeurilor rezultate din activități medicale pe baza regulamentelor interne, a codurilor de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor medicale periculoase din unitatea sanitară respectivă

**5.1.4.** aprobă planul de formare profesională continuă a angajaților din unitatea sanitară cu privire la gestionarea deșeurilor medicale

**5.2. Coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul**

**5.2.1.** Este cadru medical desemnat prin decizia Managerului – asistent de igienă și sănătate publică

- 5.2.2. Participă la stabilirea codului de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor periculoase
- 5.2.3. Desemnează persoana responsabilă cu cântărirea zilnică a deșeurilor medicale și completarea formularelor de raportare.
- 5.2.4. Elaborează și supune spre aprobarea conducerii planul de gestionare a deșeurilor rezultate din activități medicale.
- 5.2.5. Colaborează cu medicul epidemiolog în elaborarea unui plan corect și eficient de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale.
- 5.2.6. Coordonează și răspunde de sistemul de gestionare a deșeurilor
- 5.2.7. Stabilește codul de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor medicale periculoase
- 5.2.8. Coordonează activitatea de culegere a datelor pentru determinarea cantitatilor produse pe tipuri de deșeurii, în vederea completării bazei naționale de date și a evidenței gestiunii deșeurilor medicale
- 5.2.9. Supraveghează activitatea personalului implicat în gestionarea deșeurilor medicale periculoase
- 5.2.10. Propune și alege soluția de eliminare finală.

### **5.3. Șeful serviciului administrativ**

- 5.3.1. Asigură și răspunde de aprovizionarea unității cu materiale necesare sistemului de gestionare a deșeurilor periculoase
- 5.3.2. Controlează respectarea condițiilor tehnice stipulate în contractul încheiat cu agenții economici care prestează activitățile de transport și eliminarea finală a deșeurilor periculoase

### **5.4. Medicul C.P.I.A.A.M**

- 5.4.1 stabilește codul de procedură în gestionarea deșeurilor
- 5.4.2 răspunde de educarea și formarea profesională a personalului implicat în sistemul de gestionare a deșeurilor
- 5.4.3 stabilește circuitul deșeurilor în unitate

### **5.5. Farmacistul șef**

- 5.5.1 întocmește documentația necesară ieșirii din gestiune
- 5.5.2 controlează desfășurarea planului de gestionare a deșeurilor periculoase
- 5.5.3 stabilește și organizează circuitul deșeurilor periculoase a materialului biologic și a deșeurilor menajere în farmacie

### **5.4. Medicul șef de secție**

- 5.4.1. Controlează modul în care se aplică codul de procedură stabilit pe secție
- 5.4.2. Semnalează imediat directorului adjunct economic și șefului serviciului administrativ deficiențele în sistemul de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale

### **5.5. Medic salon**

- 5.5.1. Supraveghează modul în care se aplică codul de procedură stabilit în sectorul lui de activitate
- 5.5.2. Aplică procedurile stipulate de codul de procedură

### **5.6. Asistenta-șefă**

- 5.6.1. Răspunde de aplicarea codului de procedură
- 5.6.2. Prezintă medicului șef de secție sau coordonator planificarea necesarului de materiale pentru sistemul de gestionare a deșeurilor periculoase
- 5.6.3. Aplică metodologia de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale

### 5.7. Asistenta medicala

5.7.1. Aplică procedurile stipulate de codul de procedură

5.7.2. Aplica metodologia de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitati medicale

### 5.8. Infirmiera

5.8.1. Aplică procedura conform atribuțiilor stabilite

5.8.2. Aplica metodologia de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitati medicale

5.8.3. Asigura transportul deseurilor pe circuitul stabilit de codul de procedura

### 5.9. Personal de curățenie

5.9.1. Aplică procedura conform atribuțiilor stabilite

5.9.2. Asigura transportul deseurilor pe circuitul stabilit de codul de procedura

## 6. DESCRIEREA PROCEDURII

### 6.1 Generalitati

6.1.1. Conform prevederilor legale in vigoare deseurile se impart in urmatoarele categorii:

6.1.1.1. **Deșeuri nepericuloase** - se colectează și se îndepărtează la fel ca deșeurile menajere în saci de polietilenă de culoare neagra.

– sunt deșeurile asimilabile celor menajere, rezultate din activitatea serviciilor medicale, tehnico-medice, administrative, de cazare și a oficiilor de distribuire a hranei:

- ambalajele materialelor sterile;
- flacoanele de perfuzie care nu au venit în contact cu sângele sau cu alte lichide biologice;
- hârtia;
- bonete și măști de unică folosință;
- resturile alimentare;
- sacii și alte ambalaje din material plastic;
- recipiente din **sticlă nesparta**, care **nu** au venit în contact cu sângele sau cu alte lichide biologice etc.

6.1.1.2. **Deșeurile periculoase** se clasifică în:

a) **deșeuri anatomo-patologice și părți anatomice**: - se colectează în cutii de carton prevăzute în interior cu saci galbeni inscripționati sau saci galbeni dubli marcați cu pictograma „Pericol biologic”, cu densitate de 50 – 70μ.

- părți anatomice;
- material biopsic rezultat din blocurile operatorii de chirurgie;

b) **deșeurile infecțioase**: – se colectează în recipiente cu pereti rigizi prevăzute în interior cu saci galbeni inscripționati sau saci galbeni marcați cu pictograma „Pericol biologic”, cu densitate de 50 – 70 μ.

- sunt deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sângele sau cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor;
- tubulatura de perfuzoare, fara acul de plastic
- recipiente care au conținut sânge sau alte lichide biologice;
- câmpuri operatorii;
- mănuși;

- sonde și alte materiale de unică folosință;
- comprese;
- seringi fara ac;
- pungi de material plastic pentru colectarea urinii
- recipientele din **sticlă nespărta**, care **au venit în contact cu sângele** sau cu alte lichide biologice;
- combenizoane;
- măști ffp2;
- scutice absorbante proveniți de la pacienți;
- alimentele rămase de la pacienți.

**c) deșeurile înțepătoare-tăietoare:** -se colectează în cutii din material rezistent la acțiuni mecanice, cu pereți rigizi, de culoare galbenă.

- sunt reprezentate de:

- ace, ace cu fir, ace de plastic de la perfuzor;
- catetere, branule;
- seringi cu ac nedetășabil ;
- lame de bisturiu de unică folosință;
- pipete;
- sticlărie spartă;

**d) deșeurile chimicale - se colectează în recipiente cu o capacitate care să nu depășească 5l pentru substanțe lichide și 5 kg pentru substanțe solide**

- sunt reprezentate de: produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare

**e) chimice și farmaceutice** sunt reprezentate de :

- medicamentele expirate
- substanțele chimice solide, lichide sau gazoase, care pot fi toxice, corosive ori inflamabile

**6.1.2.** Recipientele de colectare a deșeurilor infecțioase (saci, cutii) vor fi prevăzute cu pictograma „pericol biologic”

**6.1.3.** La fiecare ridicare a deșeurilor infecțioase și tăietoare/întepătoare, se vor menționa secția de proveniență și data ridicării.

**6.1.4.** Clasificarea deșeurilor utilizând codurile specificate în HG nr. 856/2002:

| Cod deșeu, conform<br>Hotărârii Guvernului nr.<br>856/2002                                                         | Categorii de deșeuri rezultate din activități medicale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>18 01 01</b><br><i>obiecte ascuțite</i><br>(cu excepția 18 01 03*)                                              | Deșeuri înțepătoare- tăietoare ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlă spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infectat                                                                                                           |
| <b>18 01 02</b><br><i>fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge</i> (cu excepția 18 01 03*) | Deșeurile anatomo-patologice constând în fragmente din organe și organe umane, părți anatomice, lichide organice, material biopsic rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă etc.), părți anatomice rezultate din laboratoarele de autopsie, recipiente pentru sânge și sânge etc. Toate aceste deșeuri sunt considerate infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*. |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>18 01 03*</b><br><i>deșeuri ale căror<br/>colectare și eliminare fac<br/>obiectul unor măsuri<br/>speciale privind<br/>prevenirea infecțiilor</i> | Deșeurile infecțioase, respectiv deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sânge sau alte fluide biologice, precum și cu virusuri bacterii paraziți și-sau toxine microorganisme, perfuzoare cu tubulatură, mănuși, sonde, măști, pansamente, seringi, alimente și scutice absorbante de la pacenți.                                 |
| <b>18 01 04</b><br><i>deșeuri a căror colectare și<br/>eliminare nu fac obiectul<br/>unor masuri speciale<br/>privind prevenirea<br/>infecțiilor</i> | Îmbrăcăminte necontaminată, aparate gipsate, lenjerie necontaminată, deșeuri rezultate după tratarea/decontaminarea termică a deșeurilor infecțioase, recipiente care au conținut medicamente, altele decât citotoxice și citostatice etc.                                                                                                  |
| <b>18 01 06*</b><br><i>chimicale constând din<br/>sau conținând substanțe<br/>periculoase</i>                                                        | Acizi, baze, solvenți halogenați, alte tipuri de solvenți, produse chimice organice și anorganice, inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare, produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie, soluții de formaldehidă etc.                    |
| <b>18 01 07</b><br><i>chimicale, altele decât<br/>cele specificate la<br/>18 01 06*</i>                                                              | Produse chimice organice și anorganice nepericuloase (care nu necesită etichetare specifică), dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat, substanțe de curățare etc.), soluții antiseptice, deșeuri de la aparatele de diagnostic cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc., care nu se încadrează la 18 01 06* |
| <b>18 01 08*</b><br><i>medicamente citotoxice și<br/>citostatice</i>                                                                                 | Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).                                                                                                                                                                                          |
| <b>18 01 09</b><br><i>medicamente, altele decât<br/>cele specificate la<br/>18 01 08</i>                                                             | Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).                                                                                                                                                                                          |

**6.1.5. Codurile de culori ale recipientelor în care se colectează deșeurile rezultate în urma activităților medicale sunt :**

a) **Deșeurile nepericuloase** se colectează în cos cu pedala prevăzut în interior cu sac de culoare neagră: ambalajele materialelor sterile, sticle care nu au venit în contact cu sânge, hârtie, resturile alimentare, saci și alte ambalaje. Toate ambalajele de hârtie sau carton vor fi desfacute și colectate separat în vederea reciclării

b) **Deșeurile periculoase** se colectează în cutii de carton de culoare galbenă prevăzute în interior cu sac de culoare galbenă și sortate după cum urmează:

o **Material plastic** (flacoane de perfuzie, truse pt. perfuzie, seringi etc., cu urme de produse biologice) se va colecta în cutii de carton deculoare galbenă prevăzut în interior cu sac de culoare galbenă ce are inscripționată pictograma «Pericol biologic». Pe cutie se precizează instrucțiunile de utilizare, spitalul, secția, cantitatea, și numele persoanei care manipulează deșeurile.

o **Material moale și manusi** – se vor colecta în cos cu pedala prevăzut în interior cu sac de culoare galbenă ce are inscripționată pictograma «Pericol biologic»

Este interzisă amestecarea deșeurilor din material plastic cu material moale, ace, lame sau alte tipuri de materiale

c) **Deșeurile tăietoare-intepătoare** - în cutii de polipropilenă de culoare galbenă, cu pictograma «Pericol biologic». Nivelul de umplere al cutiilor este de 3/4 din volumul său. Este interzisă

recapșonarea acelor de seringă cu capacul de protecție, acele fiind colectate direct în cutiile de polipropilenă. (ac, fiolaj, lama de bisturiu)

d) **Deseurile farmaceutice** – medicamente expirate – sunt colectate în farmacie, în saci galbeni inscripționați cu pictograma «Pericol biologic».

e) **Deseuri chimicale** – produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator – în recipiente cu o capacitate care să nu depășească 5 l

La locul de colectare a deșeurilor este obligatorie prezenta containerelor de plastic în care se află sacii de colectare, fiecare container fiind inscripționat corespunzător.

#### **Tehnica de lucru :**

- asistenta de salon echipată corespunzător (costum de spital, manșuri de latex sterile, papuci medicali)
- recipientii pentru deșuri infecțioase, tăietoare-întepătoare și menajere sunt așezați unul lângă altul în sala de tratament, lângă masa unde se pregătește tratamentul (pentru a se încuraja colectarea și trierea corectă a deșeurilor de orice tip)
- în recipientii cu sac galben se colectează deșeurile infecțioase (material care a venit în contact cu produs biologic sau cu microorganisme)
- în recipientii cu saci negri se colectează deșeurile menajere (deșeu care nu intră în categoriile anterioare)
- se dezinfectează masa de tratament înainte și după utilizare, apoi laveta folosită se colectează în recipientii cu sac galben, la fel și manșurile
- înainte de terminarea perfuziei, asistenta cu manșuri de latex sterile ia recipientul cu sac galben (din sala de tratament) în salon pentru a colecta deșeurile infecțioase, după care îl aduce tot în sala de tratament
- deșeurile infecțioase, respectiv tăietoare-întepătoare rămân pe secție maxim 48h, după care se transportă la depozitul temporar
- deșeurile chimicale din laborator sunt colectate și ambalate în recipiente inscripționate cu pictograma «Pericol biologic» o capacitate care să nu depășească 5 l pentru substanțele lichide.
- deșeurile farmaceutice (medicamente expirate) se colectează în saci de polietilenă de culoare galbenă pe care se notează cu marker simbolul corespunzător
- ambalajele sunt de unică folosință și se preiau împreună cu conținutul de firmă transportatoare.

### **6.2 Gestionarea deșeurilor în cadrul spitalului**

#### **6.2.1. Colectarea la sursă**

- recipientii, cutiile și sacii pentru deșeurile rezultate din activitatea medicală vor fi inscripționați cu:
  - numele locului de destinație (secție/departament/laborator/cabinet, etc)
  - codul deșeurii, conform clasificării de mai sus
  - data începerii utilizării recipientului/cutiilor/sacilor
- colectarea la sursă (cărucior tratamente) se face în :
  - recipient polipropilenă galben pentru deșuri întepătoare-tăietoare, având pictograma «Pericol biologic»; durata folosirii recipientului la nivelul secției/cabinetului este de maxim 48 ore;
  - cutie de carton galben, prevăzută cu sac galben pentru deșuri infecțioase, având pictograma «Pericol biologic»; durata folosirii recipientului la nivelul secției/cabinetului este de maxim 48 ore;
  - recipient cu pedală și capac prevăzut cu sac galben de polietilenă; recipientul trebuie inscripționat cu pictograma «Pericol biologic»; sacii trebuie să aibă rezistență mecanică mare și să nu permită scurgeri de lichid
  - recipient cu capac și pedală cu sac negru inscripționat cu pictograma «deșuri nepericuloase»; în lipsa acestora se pot folosi saci din polietilenă transparentă și incolori /albaștri

- în momentul umplerii  $\frac{3}{4}$ , sau în maxim 48 de ore, recipientii/sacii/cutiile se închid definitiv; la închidere recipientii/sacii/cutiile se inscripționează cu: data închiderii și numele persoanei (infirmiera /ingrijitoare) care manipulează; datele respective se scriu cu creion tip marker rezistent la apă, direct pe sacul gol sau pe cutie/recipient
- transportul recipientiilor/sacilor la spatiul central de stocare temporara a deseurilor infectioase

**6.2.2. Transportul deșeurilor intern** se realizeaza de catre infirmiera echipata corespunzator (costum medical, manusi de latex nesterile, papuci de spital) din sectie/compartiment către *spațiul central de stocare temporară a deșeurilor medicale*. Transportul se face în pubelă, pe traseul stabilit, respectand programul de predare.

### **6.11. Circuitul deseurilor**

#### **6.11.1 Circuitul deseu menajer/ infectios in Sectia I**

SECTIE → USA PRINCIPALA A PAV 7 → SCARI CURTE → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile sunt transportate in intervalul 05:00-06:00 14:00-15:00 19:00-20:00

#### **6.11.2 Circuitul deseu menajer/ infectios in Sectia II**

SECTIE → USA SECUNDARA LATERALA DREAPTA → SCARI → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Sau

SECTIE → SCARI → IESIRE USA PRINCIPALA SPATE PAV 4 → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile sunt transportate in intervalul 05:30-06:30 14:30-15:00 19:00-19:30

#### **6.11.3 Circuitul deseu menajer/ infectios in Sectia III**

SECTIE → HOL → SCARI INTERIOARE → HOL → IESIRE USA PRINCIPALA A PAV 7 → SCARI CURTE → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile sunt transportate in intervalul 05:00-06:00 14:00-15:00 19:00-20:00

#### **6.11.4. Circuitul deseu menajer/ infectios in Sectia IV**

SECTIE → HOL → LIFT → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile sunt transportate in intervalul 07:00-07:30 18:30-19:00

#### **6.11.4. Circuitul deseuri menajer/ infectios in Sectia V**

SECTIE → IESIRE USA SECUNDARA LATERALA STANGA PAV 3 → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Sau

SECTIE → SCARI → IESIRE USA PRINCIPALA SPATE PAV 3 → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile sunt transportate in intervalul 07:00-07:30 18:30-19:00

#### **6.11.5 Circuitul deseuri menajer/ infectios in Sectia VI**

SECTIE → HOL → SCARI INTERIOARE → IESIRE USA PRINCIPALA SPATE PAV 1 → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER - PUBELE / SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

#### **6.11.5 Circuitul deseuri menajer/ infectios in Sectia TI**

SECTIE → LIFT → IESIRE USA PRINCIPALA SPATE PAV TI → CURTE → SPATIU DEPOZITARE DESEU MENAJER-PUBELE/ SPATIU CENTRAL DEPOZITARE INTERMEDIARA - DESEURI PERICULOASE

Deseurile se colecteaza diferentiat in sectii (deseu menajer, deseuri infectioase ) la locul de productie in recipiente special destinate pe coduri de culori conform legislatiei in vigoare.

Deseurile menajere provenite de la sectii cu COVID-19 sunt tot deseuri infectioase

Deseurile infectioase medicale se colecteaza la locul de productie de catre ,asistenta sau infirmiera. Colectarea deseurilor se va face in cutii galbene cu sac marcate cu data si locul si specificare COVID-19

Deseurile infectioase provenite de la bolnavi (resturi alimentare, vase de unica folosinta si scutice absorbante) sunt colectate la locul de productie de catre infirmiera in saci galbeni inscriptionati cu data si locul si specificat COVID-19

Prin deseuri menajere vom intelege deseurile de menaj provenite din zona verde (ambalaje, pungii, cartoane, cutii medicamente) Traseul deseurilor menajere se va face dupa urmatoarea schema.

Locul de colectare a deseurilor, hol, usa spate, alee laterala, spatiul destinat deseurilor menajere (zona de tomberoane). Persoanele care manipuleaza deseurile menajere vor purta obligatoriu manusi de protectie.

#### **6.2.3. Spatiul central de stocare temporară a deseurilor medicale**

- este un spațiu special amenajat (**Depozit pentru depozitarea deseurilor rezultate din activitatea medicala**).
- spatiul este prevăzut cu dispozitiv de închidere care să permită doar accesul persoanelor autorizate
- spatiu dotat cu :

- 1 pubela deseuri intepatoare-taietoare
- chiuveta pentru igiena mainilor
- aerisire pentru realizarea unei temperaturi optime de păstrare
- aer condiționat
- sifon de pardoseală
- cântar pentru cântărirea deșeurilor
- după eliminarea deșeurilor, spatiul se spală și se dezinfectează

**6.2.4. Eliminarea finală/ transportul extern** (în afara unității sanitare)

- se realizeaza cu o firma cu care spitalul incheie un contract,
  - firma preia deseurile si transporta extern conform graficului si programului ,
- a) *deșeurilor periculoase*: durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase în incinta spitalului nu va depasi un interval de 48 de ore.
- b) *deșeurilor nepericuloase* – eliminarea se va face de către firmele de salubritate autorizate, conform contractelor, în fiecare zi de luni si joi a saptamanii si ori de cate ori este nevoie.

**6.2.5. Evidența cantităților de deșeuri generate de unitate**

- Spitalul ține o evidență separată, pentru fiecare categorie de deșeuri.
- În acest scop, Asistenta de igiena ține evidența deșeurilor pe tipuri și este responsabilă cu completarea formularelor prevăzute de legislație și raportarea acestora către autorități.
- Pe ambalajele care contin deseuri periculoase se scriu datele de identificare ale sectiei care a produs deseurile (denumire sectie, data si numele persoanei ce a facut aceasta manevra). In cazul în care nu exista etichete autocolante, datele respective se scriu cu creion marker rezistent la apa, direct pe sacul gol sau cutie.
- Cântărirea deșeurilor se face la fiecare ridicare, în vederea cunoașterii cantității lor pe categorii.

**6.3. Metodologia de culegere a datelor privind deșeurile rezultate din activități medicale**

**6.3.1. Cantărirea** deșeurilor rezultate din activitatea medicală (periculoase și nepericuloase):

- se face zilnic, în incinta spațiului destinat stocării temporare de catre infirmierele de pe sectii
- cântărirea se face pentru fiecare recipient/cutie/sac în parte, înscriindu-se în registrul aflat la locul depozitarii cat si in fisa de catarire zilnica pe sectie
- unitatea de măsură a cantității de deșeuri este kilogramul (kg) pentru toate tipurile de deșeuri
- la ridicarea deșeurilor de catre firma se face cântărirea în prezența reprezentanților unității și a operatorului economic care efectuează transportul.

**6.3.2. Inregistrarea rezultatelor**

- *zilnic* în **Registrul de evidență a deșeurilor, cod CPIAAM PO-08/F1** si în **Fisa de cantarire zilnica a deseurilor cod CPIAAM PO -08/F4** se inscriu cantitatile de deseuri generate pe tipuri de deseuri in kg.

- *lunar* se insumeaza cantitatile de deseuri inregistrate zilnic pe categorii, in format electronic si pe suport de hartie in **Fisa de raportare lunara pe tipuri de deseuri cod CPIAAM PO -08/F2**

- aceste formulare se semnează de către coordonatorul activității de protecție a sănătății în relație cu mediul și se raportează la DSP, până la data de 15 a lunii ulterioare celei pentru care se întocmește raportarea, în format electronic sau suport hartie

- *anual*, până la 15 ianuarie, se transmite către DSP, Formular de **Raport privind activitatea de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale cod CPIAAM PO -08/F3**

#### **6.4. Modalitati de reducere a deseurilor**

- Pregatirea personalului pentru o mai buna desfasurare a activitatilor medicale, evitand producerea de deseuri inutile
- Se vor efectua cursuri de formare in aplicarea legislatiei din domeniul deseurilor
- Se vor utiliza materiale consumabile in orice domeniu posibil
- Se vor colecta ritmic deseurile, urmarind evitarea greselilor de colectare
- Se vor separa deseurile periculoase de cele reciclabile sau nepericuloase (hartie, ambalaje plastic etc.)

### **7. INREGISTRARI**

- 7.1. Registrul de evidență a deșeurilor, **cod CPIAAM PO-08/F1**
- 7.2. Fisa de raportare lunara pe tipuri de deseuri, electronic si suport hartie **cod CPIAAM PO -08/F2**
- 7.3. Raport privind activitatea de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale electronic si suport hartie **cod CPIAAM PO -08/F3**
- 7.4. Fisa de cantarire zilnica a deseurilor **cod CPIAAM PO -08/F4**

### **8. ANEXE**

- 8.1. Anexa 1 – Registrul de evidență a deșeurilor, **cod CPIAAM PO-08/F1**
- 8.3 Anexa 2 - Fisa de raportare lunara pe tipuri de deseuri **cod CPIAAM PO -08/F2**
- 8.3 Anexa 3- Raport privind activitatea de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale **cod CPIAAM PO -08/F3**
- 8.4 Anexa 4 - Fisa de cantarire zilnica a deseurilor **cod CPIAAM PO -08/F4**

### **9. DIFUZARE**

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau in format electronic  
Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SMSA/SCIM implementat.

### **10. INDICATORI DE MONITORIZARE**

| INDICATOR                                                                                                                           | TINTA | METODA DE CALCUL                                                            | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii                                             | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta. | Semestrial               | As. Igiena  |
| Procent nereguli identificate privind colectarea selectiva in urma controalelor interne si externe efectuate in perioada analizata. | 0     | Nr neregui identificate privind colectarea selectiva/ 0                     | Semestrial               | As. Igiena  |

Spitalul Clinic de Boli Infectioase  
„Sf. Parascheva” Iasi

## REGISTRU DE EVIDENTA A DESEURILOR

Cod:CPIAAM PO – 08/F1

|       |        |
|-------|--------|
| Ed.:1 | Rev.:0 |
|-------|--------|

Pag.: 1/1

[illegible]

**Spitalul Clinic de Bolinfecțioase  
„Sf. Parascheva” Iași**

**FISA DE CANTARIRE A DESEURILOR**

|       |        |
|-------|--------|
| Ed.:1 | Rev.:0 |
|-------|--------|

Pag.: 1/1

Sectia.....

|           |           |                            |                                              |
|-----------|-----------|----------------------------|----------------------------------------------|
| Luna..... | Anul..... | Numar total de paturi..... | Numar total de paturilocuate/ lunar pesectii |
|-----------|-----------|----------------------------|----------------------------------------------|

[illegible]

# RAPORT PRIVIND ACTIVITATEA DE GESTIONARE A DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITĂȚILE MEDICALE (anual)

Spitalul Clinic de Boli  
Infecțioase  
"Sf. Parascheva" Iasi

Cod: CPIAAM PO – 08/F3  
Ed.:2  
Rev.:0  
Pag.: 1/1

|                                                                                                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Unitatea                                                                                                                                                                                                  |  |
| Adresa                                                                                                                                                                                                    |  |
| Perioada de raportare (anul)                                                                                                                                                                              |  |
| Numere Coordonatorului activității de protecție a sănătății în relație cu mediul                                                                                                                          |  |
| Date de contact: telefon                                                                                                                                                                                  |  |
| Adresa e-mail                                                                                                                                                                                             |  |
| Numărul total al personalului unității sanitare                                                                                                                                                           |  |
| Numărul total de paturi                                                                                                                                                                                   |  |
| Numărul mediu de paturi ocupate/luna                                                                                                                                                                      |  |
| numai dacă au fost completate la toate cele 12 luni numărul total de paturi ocupate pe fiecare luna                                                                                                       |  |
| Nota explicativă: Acesta se regăsește în Centralizator - D20 -                                                                                                                                            |  |
| Numărul total de cazuri de:                                                                                                                                                                               |  |
| Hepatita B                                                                                                                                                                                                |  |
| Hepatita C                                                                                                                                                                                                |  |
| Alte infecții virale cu transmitere sanguină în rândul personalului implicat în manipularea deșeurilor                                                                                                    |  |
| Numărul total de:                                                                                                                                                                                         |  |
| a) accidente cu ace de seringi sau alte obiecte ascuțite                                                                                                                                                  |  |
| b) alte accidente din care poate rezulta transmiterea unei infecții serioase sau vătămare.                                                                                                                |  |
| INSTRIIRE PERSONALULUI                                                                                                                                                                                    |  |
| Numărul de instruire pe parcursul anului care s-a încheiat                                                                                                                                                |  |
| Numărul mediu de persoane care au participat la instruire                                                                                                                                                 |  |
| Durata medie a instruirii                                                                                                                                                                                 |  |
| Enumerați personalul pe fiecare funcție care a participat la instruire                                                                                                                                    |  |
| Specificați dacă se folosesc ambalaje corespunzătoare pentru fiecare tip de deșeur:                                                                                                                       |  |
| a) sac galben                                                                                                                                                                                             |  |
| b) cutie din carton prevăzută cu sac galben.                                                                                                                                                              |  |
| c) cutie din material rezistent la acțiunile mecanice, cu închidere temporară sau definitivă                                                                                                              |  |
| d) sac negru sau transparent                                                                                                                                                                              |  |
| e) altele                                                                                                                                                                                                 |  |
| Echipamentele și amenajările utilizate pentru stocarea intermediară a deșeurilor și pentru transportul intern al deșeurilor în cadrul unității                                                            |  |
| a) containere pe roți                                                                                                                                                                                     |  |
| b) carucioare                                                                                                                                                                                             |  |
| c) lifturi                                                                                                                                                                                                |  |
| d) trasee special destinate transportului deșeurilor                                                                                                                                                      |  |
| Lista caracteristicilor spațiului central de stocare temporară din unitate                                                                                                                                |  |
| a) ușa încuiată                                                                                                                                                                                           |  |
| b) apă curentă                                                                                                                                                                                            |  |
| c) sistem de scurgere                                                                                                                                                                                     |  |
| d) ventilație                                                                                                                                                                                             |  |
| e) incinta frigorifica                                                                                                                                                                                    |  |
| f) modalități de prevenire a accesului animalelor                                                                                                                                                         |  |
| g) fără utilizare pentru alte deșeur sau alte scopuri                                                                                                                                                     |  |
| h) dacă sunt protejate pentru a îmbunătăți situația existentă                                                                                                                                             |  |
| Procentul deșeurilor infecțioase care sunt tratate prin decontaminare termică la temperaturi scăzute în cadrul unității sanitare,                                                                         |  |
| asfel încât să poată fi eliminate ca deșeur nepericuloase                                                                                                                                                 |  |
| Procentul deșeurilor infecțioase care au fost tratate/incinerate de către un contractor din afara unității sanitare                                                                                       |  |
| Dacă furnizarea ambalajelor pentru deșeur (cutii pentru deșeur ascuțite-tăietoare, cutii de carton și saci de plastic) este inclusă în contractul/contractele privind colectarea și eliminarea deșeurilor |  |
| Numele contractorului                                                                                                                                                                                     |  |
| Tipul operației de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor rezultate din activitățile medicale sau tipul operației de eliminare folosită de către contractor               |  |
| Unitatea sanitare deține instalație de decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor înleapătorare laletoare și deșeurile infecțioase - coduri: 180101(180103%) și 180103%                    |  |
| Tipul instalației                                                                                                                                                                                         |  |
| Instalația este funcțională?                                                                                                                                                                              |  |
| Instalația este utilizată?                                                                                                                                                                                |  |
| Cauzele neutilizării instalației                                                                                                                                                                          |  |
| Cost estimativ pe kilogram pentru transport/tratarea/eliminarea deșeurilor periculoase de către contractor (fara TVA)                                                                                     |  |
| Cost estimativ pe kilogram pentru ambalare/transport/tratarea/eliminarea deșeurilor periculoase de către contractor (fara TVA)                                                                            |  |





ROMÂNIA  
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECTIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IASI



# INTERNAREA PACIENTILOR

## DM PO -01

### Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

### Revizie

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

## INTERNAREA PACIENTILOR

Cod: DM PO-01

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 1/6

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei                                                                          | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | -integral            | -elaborare initiala                                                                           | 08.04.2013                                                      |
| 2      | 2/0                               | - integral           | - recodificare procedura, schimbare structura procedura,actualizare legislatie -              | 29.05.2019                                                      |
| 3      | 2/1                               | -partial             | - actualizare lista responsabilitati, actualizare legislatie, actualizare descriere procedura | 30.03.2021                                                      |
|        |                                   |                      |                                                                                               |                                                                 |
|        |                                   |                      |                                                                                               |                                                                 |

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau, după caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume si prenume                 | Funcția                 | Semnatura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Conf.Dr.Manciuc Carmen Doina    | Director Medical        |           | 26.03.2021 |
| 2       | Verificat                               | Jr. Borșeri Damian              | Jurist                  |           | 27.03.2021 |
| 3       | Verificat                               | Bîscă Ramona -Mihaela           | RMC                     |           | 22.03.2021 |
| 4       | Avizat                                  | Prof.Dr.Dorobăț Carmen Mihaela  | Presedinte comisie SCIM |           | 26.03.2021 |
| 5       | Aprobat                                 | Șef Lucr.Dr. Roșu Manuel Florin | Manager                 |           | 30.03.2021 |

### 1. SCOP

1.1. Procedura are ca scop reglementarea activitatilor privind internarea pacientilor in sectiile/compartimentele spitalului.

### 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Se aplica in cadrul *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași* de catre angajatii din camera de garda a spitalului.

### 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

#### 3.1. Definiții:

3.1.1. *Pacient/ subiect al îngrijirii* - persoană programată să primească, care primește sau care a primit servicii de îngrijire a sănătății.

3.1.2. *Medic curant* – medicii care lucreaza in sectiile cu paturi ale spitalului, care stabilesc diagnosticul si tratamentele si parafeaza externarea;

3.1.3. *Reprezentant legal* – persoana desemnata, conform legislatiei in vigoare, pentru a reprezenta interesele unui pacient;

#### 3.2. Abrevieri:

3.2.1. Ed. = Editie

3.2.2. Rev. = Revizie

3.2.3. SCIM = Sistem de control intern managerial

3.2.4. PC = Președintele Comisiei de monitorizare

3.2.5. FOCG = Foaia de Observatie Clinica Generala

### 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001:2015 în îngrijirea sănătății"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

4.5. Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.

4.6. Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului

4.7. Legea 95/2006 – privind Reforma in domeniul sanatatii cu modificarile si completarile ulterioare;

### 5. RESPONSABILITĂȚI

#### 5.1 Medicul

5.1.1. Solicita biletul de trimitere de la medicul de familie / medicul specialist.

5.1.2. Solicita Actul de identitate

5.1.3. Solicita dovada calitatii de asigurat

5.1.4. Solicita cardul de sanatate

5.1.5. Informeaza pacientul despre diagnosticul pus la internare si despre faptul ca urmeaza sa i se aplice proceduri specifice in functie de deciziile medicului curant.

### **5.2 Asistent /Registrator**

5.2.1. Completeaza datele generale de identificare ale pacientului in programul informatic in vederea listarii Registrul unic de internari si a primei pagini din Foaia de Observatie Clinica Generala (FOCG);

5.2.2. Aplica bratară de identificare in functie de codul de culori reglementat intern

### **5.3 Personal auxiliar**

5.3.1. Insoteste pacientul la garderoba

5.3.2. Ajuta la toaletarea pacientilor cand este cazul

5.3.3. Insoteste pe sectie pacientul

## **6. DESCRIEREA PROCEDURII**

### **6.1 Generalitati**

6.1.1. Serviciile medicale si de ingrijiri sunt acordate in cadrul Spitalului Clinic de Boli Infectioase „ Sf. Parascheva ” Iasi, prin medici specialisti si primari de boli infectioase, precum si de medici de alte specialitati din ambulatoriu integrat.

6.1.2. Programul de internari este intocmit de catre Directorul Medical in colaborare cu sefii de sectie / compartimente si este afisat in incinta spitalului la Camera de garda si pe site-ul Spitalului. Programul va avea marcata data la care intra in vigoare.

6.1.3. Internarea in spital se realizeaza pentru pacientii astfel: cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau medicul specialist din ambulatoriul de specialitate, dovada calitatii de asigurat, cardul de sanatate si Carte de identitate.

6.1.4. Daca simptomatologia pacientului nu este de competenta spitalului, se acorda primul ajutor pacientului astfel incat sa nu fie pusa in pericol viata acestuia, conform cerintelor PO22- Managementul cazurilor de urgenta, apoi prin serviciul 112 se solicita transport conform nevoilor medicale ale pacientului la un spital adecvat de ingrijire specifica a pacientului.

### **6.2 Procedura de internare a pacientilor**

6.2.1. Pacientii se interneaza in Spitalul Clinic de Boli Infectioase Sf. Parascheva in urmatoarele moduri:

- consult in urgenta sau cu trimitere de la medicul de familie, la Camera de garda – program 24/7,

- consult in Ambulatoriul integrat al spitalului intre 08.00-14.00

- programare telefonica prin Ambulatoriul integrat.

6.2.2. Asistentul din camera de garda, la prezentarea unui pacient, va anunta medicul de garda conform graficului de garzi in vederea efectuării consultului. Datele pacientului in sistemul informatic vor fi introduse de catre asistentul medical din camera de garda..

6.2.3. Zilnic, cu aprobarea sefilor de sectii, se transmite de catre asistentii sef la Camera de garda, numarul de locuri libere, in limita carora se pot face internari pentru pacienti. In cazul in care nu sunt locuri libere pacientii pot fi programati. Setul minim de date in vederea programarii pacientului la internare prin ambulatoriu integrat este:

- Numele si prenumele pacientului/ apartinatorului
- Domiciliul
- Date de contact: telefon mobil / fix, e-mail
- Data programarii pentru internare

6.2.4. Momentul sosirii pacientul in spital este inregistrat de catre registratorul medical/asistent in camera de garda in programul informatic si indrumat pentru consult catre medicul din camera de garda.

6.2.5. Criteriile de prioritizare a cazurilor (triajul pacientilor) cu privire la accesul la mijloace tehnice de diagnostic si tratament sunt:

- Criteriul 1 Prioritate înaltă a pacienților aduși cu ambulanță
- Criteriul 2 Gradul de conștiință al pacientului
- Criteriul 3 Criteriul de agitație al pacientului
- Criteriul 4 Persoane cu handicap locomotor
- Criteriul 5 Femei gravide și copii afecțiuni chirurgicale.

**6.2.6.** Pacientul ce urmează a fi internat, se prezintă la biroul de internări / camera de gardă cu următoarele documente:

- biletul de trimitere de la medicul de familie sau medicul specialist;
- dovada de asigurat (adeverință, cupon de pensie, asigurare facultativă, etc.)
- copie după actul de identitate
- cardul de sănătate
- în cazul în care asiguratul este salariat va prezenta adeverință de salariat cu numărul de zile de concediu medical efectuat în ultimele 12 luni

**6.2.7.** Pacientul solicitant este consultat de către medicul de internări / medicul de gardă care decide internarea, în funcție de programul menționat la punctele 6.2.1 și 6.2.2.

**6.2.8.** Examinarea pacientului se realizează în cabinetul de consultații al biroului de internări / camerei de gardă care este dotat corespunzător (birou, canapea pentru consultații, medicație de urgență, aparatură de urgență) în condițiile unei temperaturi optime.

**6.2.9.** Datele obținute de medicul de gardă la anamneza vor fi notate în FOCG, la rubrica « Motivele internării ».

**6.2.10.** Medicul de gardă înregistrează diagnosticul din Biletul de trimitere, consultă pacientul, stabilește un diagnostic de internare și codifică ambele diagnostice, la rubrica respectivă din FOCG.

**6.2.11.** Registratorul medical / Asistentul medical de la biroul de internări / camera de gardă completează datele generale de identificare ale pacientului în aplicația informatică în vederea listării Registrul unic de internări, și a primei pagini din Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG); aceste date trebuie completate corect și obligatoriu un număr de telefon al aparținătorilor pentru a putea fi anunțați în caz de agravare a bolii sau la externare. Asistentul medical solicită pacientului / reprezentantului legal completarea următoarelor formulare:

- Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale
- Documentele se atasează la FOCG de către Asistent.

**6.2.12.** Se va efectua obligatoriu triaj epidemiologic încă de la internare pentru a preveni introducerea în spital a unor eventuale surse de infecție.

**6.2.13.** După ce medicul la internări/medicul de gardă a decis internarea pacientului și a completat în FOCG diagnosticele, motivele internării și starea generală actuală, personalul auxiliar preia pacientul care este însoțit la garderoba / baie (dus) / pentru predarea hainelor, pentru îmbaiere și pentru echipare în tinuta corespunzătoare pe perioada internării; hainele bolnavilor vor fi înregistrate într-un Registru Special; se eliberează un bon bolnavului/ însoțitorului sau se atasează la FOCG. La nevoie înainte de înmagazinare hainele sunt dezinfectate și deparazitate. Hainele sunt înmagazinate pe umeraș pe care se aplică o etichetă cu datele de identificare ale pacientului și introduse într-o husă protectoare.

**6.2.14.** Toaleta bolnavilor (îmbaierea) eventual deparazitarea se face înainte de a ajunge pe secție.

**6.2.15.** Când este necesar se efectuează deparazitare completă folosind ambele metode (chimică și mecanică).

**6.2.16.** După aplicarea măsurilor referitoare la prevenirea și combaterea infecțiilor asociate actului medical, bolnavul va merge pe secție, însoțit de personalul auxiliar. Pe secție bolnavul va fi preluat de asistentul medical de tură; acesta îl va informa asupra regulamentului spitalului, regulilor de igienă personală, îi aduce la cunoștință drepturile și obligațiile pacientului atât verbal cât și prin afișe existente în secție, îi înmânează chestionarul de opinie al pacientului (pentru pacienții cu discernământ), îl conduce la salonul și la patul repartizat.

6.2.17. Medicul curant va furniza pacientului / reprezentantului legal informatii cu privire la actul medical si va solicita semnarea Acordului pacientului informat.

### **6.3 Utilizarea paturilor tinand cont de compatibilitatile patologiilor**

6.3.1. Repartizarea pacientului la salon va fi facuta tinand cont de compatibilitatile patologiilor (saloane septice / saloane aseptice), functie de sex si in functie de numarul pacientilor cu aceiasi patologie.

6.3.2. Etapele procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul secțiilor se stabilește lunar un număr minim de paturi destinat internării urgențelor calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni, astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului. Zilnic, asistentele șefe / coordonatoare din cadrul secțiilor medicale comunică camerei de garda, în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din camera de garda se predă Coordonatorului camerei de garda, zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 12.00. Potrivit prevederilor legale în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine șefilor / coordonatorilor de secție.

b) În afara evidenței menționate la lit. a), la nivelul fiecărei secții se mai ține de către persoanele desemnate de către șefii / coordonatorii de secție o evidență zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în secție din care se scade numărul de paturi ocupate de pacienții internați însumat cu numărul minim de paturi destinat internării urgențelor calculat potrivit precizărilor de la lit. a).

c) În situația că numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. b) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din secțiile/compartimentele medicale. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor / coordonatorilor de secții și a asistentelor medicale șefe care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție/compartiment la alta/altul pentru utilizarea acestora funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologiilor.

d) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. c), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât secțiile/compartimentele să cedeze temporar unei alte secții/compartiment câte unul/două saloane întregi cu toate paturile aferente, evitându-se ca în cadrul aceluiași salon să fie internați pacienții unor secții/compartimente cu patologii diferite. Cedarea între secții/compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, se va face ținând cont de compatibilitățile patologiilor, aplicându-se în acest sens prevederile Anexei 1 la O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar care stabilește specialitățile medicale și specialitățile înrudite în care se pot efectua gărzii în funcție de competența profesională. Acest sistem permite în acest context ca inclusiv medicii din linia de gardă a unei secții care a împrumutat temporar altei secții sau altul compartiment saloane sau paturi din saloane, să poată asigura asistență medicală de specialitate pacienților care ocupă respectivele paturi.

e) În situația în care secțiile de specialitate ale spitalului nu pot asigura numărul de paturi libere prevăzut la lit. a), se reconsideră de către șefii de secții de specialitate programul de internare al pacienților planificați conform evidenței de la lit. b).

### **6.4. PACIENTUL INFECTAT CoV – 2**

6.4.1. Se va verifica în Capesaro pozitivitatea pacientului.

## INTERNAREA PACIENTILOR

Cod: DM PO-01

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 6/6

6.4.2. Va fi evaluat de catre medic in camera de garda si de catre medicul TI ( daca este cazul ).

6.4.3. Asistentul medical din camera de garda va aplica pacientului bratara de identificare.

6.4.4. Pacientul va fi insotit in pavilion sau in serviciu Radiologie pentru Rx. pulmonar dupa cum hotaraste medicul curant sau TI.

6.4.5. In timpul transportului, personalul care insoteste pacientul, va fi protejat corespunzator.

6.4.6. Camera de garda anunta sectorul iar acesta va prelua imediat pacientul si-l va monitoriza ( personalul medical va fi prezent permanent in zona rosie ).

### 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1. Bilete de trimitere
- 7.2. Dovada calitatii de asigurat
- 7.3. Acte de identitate
- 7.4. Cardul de sanatate
- 7.5. Registrul unic de internare
- 7.6. FOCG.
- 7.7. Bon de garderoba
- 7.8. Registru special garderoba

### 8. ANEXE

Nu este cazul

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod **PS 01/F3**.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

| INDICATOR                                                                                                                                    | TINTA | METODA DE CALCUL                                                                                                                      | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii .                                                    | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate /<br>Nr total documente de referinta.                                                        | Semestrial               | Director medical |
| Ponderea angajatilor instruiti cu cerintele procedurii din totalul angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii.              | 100%  | Nr personal instruit cu cerintele procedurii / Nr angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii                         | Semestrial               | Director medical |
| Ponderea angajatilor instruiti cu cerintele procedurii din totalul angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii.              | 100%  | Nr personal instruit cu cerintele procedurii / Nr angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii                         | Semestrial               | Director medical |
| Procentul de FOCG completate corect la internare din total FOCG analizate                                                                    | 100%  | Nr FOCG completate corect / Nr total FOCG analizate                                                                                   | Semestrial               | Director medical |
| Procent pacienti pentru care sunt completate si anexate la FOCG documentele obligatorii din totalul pacienti internati in perioada analizata | 100%  | Nr pacienti pentru care sunt completate si anexate la FOCG documentele obligatorii /Nr total pacienti internati in perioada analizata | Semestrial               | Director medical |



str. Octav Botez, nr. 2, cod 700116, Iași  
telefon: +40.232.267.719,  
fax: +40.232.264.252  
e-mail: secretariat@infectioase.ro www.infectioase.ro



SPITALUL CLINIC DE  
BOLI INFECȚIOASE  
"SFANTA PARASCHEVA" IAȘI



# TRANSPORTUL PACIENTULUI

## DM PO-34

**Drept de proprietate:**

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași.  
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă.

**Revizie**

Revizia acestei proceduri se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.  
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.

Spitalul Clinic de Boli  
Infecțioase „Sf.  
Parascheva” Iași

## TRANSPORTUL PACIENTULUI

Cod: DM PO-34

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 1/6

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | -integral            | -elaborare initiala  | 30.03.2021                                                      |
|        |                                   |                      |                      |                                                                 |
|        |                                   |                      |                      |                                                                 |
|        |                                   |                      |                      |                                                                 |
|        |                                   |                      |                      |                                                                 |

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii generale

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume si prenume                  | Funcția                 | Semnatura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Conf.Dr.Manciuc Carmen Doina     | Director Medical        |           | 12.03.2021 |
| 2       | Verificat                               | Jr. Borșeri Damian               | Jurist                  |           | 17.03.2021 |
| 3       | Verificat                               | Bișcă Ramona -Mihaela            | RMC                     |           | 22.03.2021 |
| 4       | Avizat                                  | Prof.Dr.Dorobăț Carmen Mihaela   | Presedinte comisie SCIM |           | 26.03.2021 |
| 5       | Aprobat                                 | Sf.Lucy Dr. Bogdan Marcel Florin | M                       |           |            |

## 1. SCOP

1.1. Stabilirea unui set unitar de reguli și responsabilități privind transportul pacientului (asezarea pacientului pe targa, transportul cu caruciorul, în cadrul /în afara spitalului etc).

## 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Procedura se aplică de către asistente, brancardieri din cadrul *Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași*.

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții:

Nu este cazul

### 3.2. Abrevieri:

3.2.1. Ed. = Editie

3.2.2. Rev. = Revizie

3.2.3. SCIM = Sistem de control intern managerial

3.2.4. Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial.

3.2.5. PC = Președintele Comisiei

3.2.6. PO = Procedura operationala

## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001:2015 în îngrijirea sănătății"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

4.5. Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății.(republicata).

4.6. Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului și normele de aplicare;

4.7. Ordinul MSP nr.1224/2010, privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului MSP nr.1778/2006, privind aprobarea normativelor de personal.

4.8. Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

## 5. RESPONSABILITĂȚI

### 5.1 Managerul

5.1.1. Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură;

5.1.2. Aprobă/reaprobă prezenta procedură;

### 5.2 Președintele comisiei / Comisia

5.2.1. Semnează pentru verificare prezenta procedură.

## 6. DESCRIERE PROCEDURA

### 6.1. Transportul pacientilor

Printr-un transport efectuat în condiții bune, cu mult menajament și atenție față de pacient, ținând cont de afecțiunea de care suferă acesta, se evită agravarea durerilor și apariția altor complicații, cum ar fi: înrăutățirea stării, producerea unui șoc traumatic, transf.

una deschisă, provocarea de hemoragii etc.

Transportul poate fi necesar în următoarele situații:

- evacuarea traumatizaților de la locul accidentului
- transportul de la un spital la altul, de la domiciliu la spital sau la domiciliu după externare etc.
- transportul de la o secție la alta; la servicii de diagnostic și tratament; la sala de operații și de la sala de operații; dintr-un salon în altul; dintr-un pat în altul etc.

**categoriile de pacienți care trebuie transportați**

- accidentații, în stare de șoc, cu leziuni ale membrelor inferioare
- inconștienți, somnolenți, obnubiți
- astenici, adinamici, cu tulburări de echilibru
- febrili, operați
- cu insuficiență cardiopulmonară gravă
- psihici

**6.2. Mijloacele de transport**

În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportului, de distanță, transportul se face cu:

- brancarda (targa)
- cărucior
- fotoliu și pat rulant
- cu mijloace improvizate în caz de urgență
- cu vehicule speciale: autosalvări, avioane sanitare (aviasan)

**pregătiri**

*Transportul cu targa*

• *Pregătirea tării*

- targa se acoperă cu o pătură și cu un cearșaf; la nevoie se acoperă cu mușama și aleză; pernă subțire

• *Pregătirea pacientului*

- se informează atât pacientul cât și aparținătorii asupra scopului transportului și locului unde va fi transportat
- se explică procedeul așezării pe targă și eventual se instruește pacientul cum poate colabora
- în cazul în care pacientul are instalate o perluzie, sonde, drenuri etc. se vor lua măsuri de siguranță: sprijinirea- eventual pe un suport - a aparatului de perfuzie; fixarea sau pensarea sondelor etc. în funcție de durata și condițiile de transport

Nu se pensează drenul toracic la pacienții ventilați

- în caz de vărsături – tăviță renală
- se pregătește documentația pacientului

**Așezarea pacientului pe targă**

- pacientul va fi așezat cu privirea în direcția mersului (trebuie să vadă unde merge)
- la urcatul scărilor, brancardierul din urmă va ridica targa până la nivelul orizontal; dacă panta este prea accentuată, se poate duce pacientul, la urcuș, cu capul înainte.

De asemenea, când pacientul trebuie supravegheat tot timpul, este mai bine ca acesta să fie dus cu capul înainte, pentru ca, stând față în față cu brancardierul, să poată fi supravegheat.

- în principiu, pacientul va fi prins de partea sănătoasă

**Execuția:**

- targa este ținută la cele două extremități de către doi brancardieri, doar de câte un singur mâner astfel încât targa să atârne de-a lungul marginii patului
- așezarea pacientului pe targă necesită trei persoane: acestea se vor așeza de-a lungul patului de partea tăriei atârnate

- își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub pacient
- prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebraț
- a doua: sprijină pacientul în regiunea lombară și sub șezut
- a treia: susține membrele inferioare

Prima persoană comandă mișcările:

- 1) ridică deodată pacientul
- 2) după ce acesta a fost ridicat, face un pas înapoi
- 3) brancardierii ridică și cealaltă margine a târgii, aducând-o în poziție orizontală sub pacient
- 4) se așază pacientul pe targă, se acoperă

Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse.

**Pozițiile pacientului pe targă în funcție de afecțiune**

- *în decubit dorsal:*
    - pacienții cu traumatisme abdominale, cu genunchi flectați
    - accidentații constienți, suspecți de fractură a coloanei vertebrale sau a bazinului: se asigură suprafața rigidă
    - leziuni ale membrelor inferioare: sub membrul lezat, se așază o pernă
    - leziuni ale membrelor superioare: membrul superior lezat se așază peste toracele pacientului; eventual se fixează cu o eșarfă
    - accidentații în stare de șoc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate
  - *în poziție șezând*
    - pacienții cu traumatisme craniene, constienți și fără semne de șoc: menținuți cu ajutorul pernelor
    - leziuni ale gâtului: capul va fi flectat, a.î. regiunea mentoniană să atingă toracele
  - *în poziție semișezând:*
    - accidentații toraco-pulmonar
    - pacienții cu insuficiență cardiorespiratorie
    - accidentații cu leziuni abdominale (poziția Fowler), cu genunchii flectați
  - *în decubit lateral*
    - pacienții în stare de comă
  - *în decubit ventral:*
    - pacienții cu leziuni ale feței (craniofaciale): sub fruntea lor se așază un sul improvizat din cearșafuri, sau antebrațul flectat al traumatizatăului
    - cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere
  - *în decubit semiventral*
    - pacienții inconștienți, iar în caz de tulburări de deglutiție sau hipersecreție salivară, în poziție Trendelenburg, pentru a preveni acumularea și aspirarea secrețiilor
  - *în poziția Trendelenburg, cu înclinare maximă de 10-15°:*
    - accidentații în stare de șoc
    - în colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sânge în organele vitale
  - *în poziție Trendelenburg inversat, cu înclinare de maximum 10-15°:*
    - accidentații cu fracturi ale bazei craniului
- Bolnavii psihici agitați se calmează medicamentos și se transportă imobilizați.

**De reținut:**

- în leziuni ale coloanei vertebrale, pacienții vor fi transportați pe o suprafață dură; se recomandă ca pacienții să fie transportați în poziția în care au fost găsiți
- în cazuri cu totul excepționale, când este imposibil să se asigure o targă tare, chiar improvizată (ușă, scândură lată), transportul este admis pe patură, culcat cu fața în jos, cu excepția celor suspecți de fractură a coloanei cervicale.

### **6.3. TRANSPORTUL CU CĂRUCIORUL**

Cărucioarele utilizate pentru transportul pacientului au în general înălțimea meselor de operație, pentru a se putea transporta ușor pacientul de pe cărucior pe masă și invers.

#### **Așezarea pe cărucior**

căruciorul se așază cu partea cefalică perpendicular pe capătul distal al patului (la picioarele patului) roțile căruciorului trebuie blocate

Pentru ridicarea pacientului, este nevoie de trei persoane care execută tehnica în următorii timpi:

- cele trei persoane se așază lângă marginea patului; fiecare își plasează piciorul dinspre targă mai în față
- toate trei își flectează genunchii introducând brațele sub pacient:
- prima, sub ceafă și umeri
- a doua, sub regiunea lombară și șezut
- a treia, sub coapse și gambe
- apoi, cele trei persoane întorc pacientul înspre ele, îl apropie cât mai mult ca să-l poată strânge
- își îndreaptă corpul, făcând un pas înapoi (cu piciorul aflat în față) și se îndreaptă spre targă
- lângă cărucior își flexează ușor genunchii și așază pacientul pe cărucior, întind brațele ca pacientul să fie așezat în decubit dorsal
- cele trei persoane își retrag brațele

#### **IMPORTANT:**

Ridicând pacientul, persoanele trebuie să-l țină strâns către ele și să-și folosească cât mai mult forța membrilor inferioare pentru a-și proteja propria lor coloană vertebrală.

#### **OBSERVAȚII:**

- Transportul cu patul rulant este forma ideală de transport; la cele patru picioare, paturile sunt prevăzute cu roți sau pot fi racordate la un dispozitiv cu roți, oricare pat poate deveni astfel rulant.
- Prin utilizarea acestui sistem de transport, pacientul nu trebuie transpus mereu din pat în cărucior, de aici pe masa de operație sau la alte examinări, ci va fi transportat direct cu patul. Patul cu dispozitiv rulant așteaptă pacientul chiar la serviciul de primire. Această metodă nu poate fi aplicată la toate spitalele, căci ea necesită o dimensionare corespunzătoare a coridoarelor, ușilor, să nu existe praguri, iar deplasarea între etaje să se poată face cu ascensorul.

### **6.4. TRANSPORTUL ÎN AFARA SPITALULUI**

#### **Pregătirea pacientului**

- pacientul va fi pregătit din timp pentru transport
- i se comunică mijlocul de transport
- va fi îmbrăcat în mod corespunzător anotimpului, duratei drumului și mijloacelor de transport
- i se oferă bazinetul și urinarul în vederea evacuării scaunului și urinei
- i se asigură maximum de confort, poziția pacientului va fi cât mai comodă
- pacientul transportat la alte servicii sau instituții sanitare va fi însoțit de asistentă, cu documentația necesară
- asistenta trebuie să fie înzestrată cu tot ceea ce i-ar trebui pe drum în acordarea primului ajutor. Ea supraveghează pacientul îndeaproape, pe tot timpul transportului
- predarea pacientului se face de către asistentă la medicul de gardă al instituției unde a fost transportat
- Pentru liniștea pacientului, este bine ca ea să rămână lângă pacient până va fi amplasat în patul lui.

#### **Important**

Mijlocul de transport va fi dezinfectat după transportul pacientului.

Spitalul Clinic de Boli  
Infecțioase „Sf.  
Parascheva” Iași

## TRANSPORTUL PACIENTULUI

Cod: DM PO-34

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 6/6

### 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

Nu este cazul.

### 8. ANEXE

Nu este cazul.

### 9. DIFUZARE

Protocolul se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod **PS 01/F3**.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

| INDICATOR                                                                                                                       | TINTA | METODA DE CALCUL                                                                                              | PERIOADA DE MONITORIZARE | RESPONSABIL      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii .                                       | 100%  | Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta.                                   | Semestrial               | Director medical |
| Ponderea angajatilor instruiti cu cerintele procedurii din totalul angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii. | 100%  | Nr personal instruit cu cerintele procedurii / Nr angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii | Semestrial               | Director medical |
| Ponderea angajatilor instruiti cu cerintele procedurii din totalul angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii. | 100%  | Nr personal instruit cu cerintele procedurii / Nr angajatilor cu atributii in aplicarea cerintelor procedurii | Semestrial               | Director medical |
| Ponderea evenimentelor adverse inregistrate ca urmare a asigurarii transportului pentru pacienti.                               | 0     | Nr de EAAM inregistrate ca urmare a activitatilor de transport a pacientilor / 0                              | Semestrial               | Director medical |