

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی



عنوان روش اجرایی:

مدیریت مواجهه شغلی

کد: PDC 33-14	شماره ویرایش: ۲	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۹۵/۹/۱
حوزه تولید: کنترل عفونت	تعداد صفحه ها: ۶	تاریخ آخرین ویرایش: ۹۵/۸/۳۰
هدایت کننده: کمیته کنترل عفونت / سوپروایزر کنترل عفونت		تاریخ بازبینی بعدی: ۹۶/۸/۳۰

اهداف:

باتوجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهم‌ترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می‌شود، این روش نحوه ثبت و پیگیری موارد مواجهه شغلی پرسنل با وسایل تیزوبرنده و ترشحات را به منظور پیشگیری از آسیب‌های شغلی و انتقال عفونتهای منتقله از راه خون و طراحی اقدامات پیشگیرانه با هدف کاهش موارد مواجهه شغلی و افزایش ایمنی پرسنل تشریح مینماید.

در این روش اجرایی هدف ارتقاء ایمنی کارکنان در جهت پیشگیری از عفونتهای منتقله از راه خون ، کاهش هزینه ها و حمایت از پرسنل میباشد.

دامنه کاربرد :

کلیه بخش ها و واحدهای درمانی ، کلینیک و پاراکلینیک – خدمات – لنزری

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

تعریف مواجهه شغلی:

تماس از هر یک از طرق زیر:

- مواجهه از راه پوست (فرو رفتن سوزن آلوده در عضو ، بریدگی با اجسام تیز و برنده یا انسان گزیدگیها)
- پوست غیر سالم (مثلاً پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است
- مواجهه غشاهای مخاطی (مثلاً پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان

شیوه انجام کار :

اقدامات پیشگیری از مواجهه شغلی:

ارزیابی تیتراژ آنتی بادی درازمایشات اولیه بدو ورود توسط واحد بهداشت حرفه ای درخواست میگردد.

ثبت نتایج در پرونده سلامت کارکنان توسط کارشناس بهداشت حرفه ای

با توجه به نتیجه آزمایش که توسط کارشناس بهداشت حرفه ای به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع داده میشود تصمیم گیری جهت ایمنسازی کارکنان انجام میشود.

افرادی که به واکسیناسیون پاسخ نداده اند طبق استاندارد یکبار دیگر یک دوره واکسینه شده و مجددا یکماه بعد آنتی بادی هپاتیت B کنترل میگردد در صورت اینکه آنتی بادی مجدد پایین بود به عنوان non-response در نظر گرفته شده و به آنها توصیه میشود هر بار بعد از مواجهه با مورد HBS+ با متخصص عفونی یا سوپروایزر کنترل عفونت تماس بگیرند.

پوستر مربوط به مواجهه شغلی توسط مسئول بخش از واحد کنترل عفونت تهیه و در معرض دید کلیه کارکنان قرار گیرد. مسئول بخش لوازم محافظتی را در بخش در محل مشخصی قرار دهد.

همچنین سیفتی باکس را در محل انجام تزریقات قرار دهد..

سایر روشهای پیشگیری کننده را کارکنان بهداشتی ملزم به رعایت میباشند :

جهت شکستن ویال ها ترجیحا از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز به استفاده از تیغ اره و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل Pad گرفته شوند.

پس از تزریق از گذاردن در پوش سرسوزن اکیدا خوداری نمایید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون) مراجعه به دستورالعمل تزریق ایمن

در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمایند و یا از یک دست به روش Scoop جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنند.

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمایند.

جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفورم خودداری نمایند.

ب- کمک های اولیه فوری به کارکنان بلافاصله بعد از مواجهه شغلی

۱. شستشوی محل زخم با صابون و آب ولرم

۲. پوشاندن با پانسمان ضد آب

۳. شستشوی چشم با نرمال سالین یا اب استریل در صورت منبع منفی به مدت ۳۰ ثانیه در غیر اینصورت سه دقیقه

ب-۲- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر:

- در صورت حضور سوپروایزر کنترل عفونت با ایشان تماس حاصل گردد. (۳۱۳۴ یا مرکز تلفن)
- در صورت عدم حضور سوپروایزر کنترل عفونت با سوپروایزر بالینی تماس حاصل گردد. (۲۱۷۱-۲۲۰۳)
- سوپروایزر بالینی جهت اتخاذ تصمیم نهایی با سوپروایزر کنترل عفونت تماس میگیرد. (مرکز تلفن)

۱- تکمیل دقیق فرم گزارش دهی مواجهه شغلی بلافاصله بعد از بروز مواجهه

۲- درج مواجهه گزارش شده در واحد کنترل عفونت

ارائه فرم ارسالی به آزمایشگاه به دفتر کنترل عفونت

ب-۳- بررسی خطر بیماریزایی ناشی از تماس شغلی در کارکنان :

بررسی خطر بیماریزایی ناشی از تماس شغلی کارکنان شامل ۳ مرحله می باشد:

۱- بررسی مقدماتی

۲- بررسی آزمایشگاه

۳- اقدامات اصلاحی

بررسی مقدماتی

۱- در صورت مواجهه شغلی پرسنل بلافاصله بایستی فرم مواجهه شغلی توسط فرد مذکور تکمیل وبعد از تایید سوپروایزر کنترل عفونت و در صورت عدم حضور وی سوپروایزر بالینی، به آزمایشگاه مراجعه گردد. نمونه فرم در پایین صفحه آمده است. (این فرم در آزمایشگاه جمع آوری و به دفتر کنترل عفونت ارسال میگردد.)

نکته: از آنجاییکه مواجهه در هر ساعتی از شبانه روز اتفاق میافتد آزمایشگاه موظف به انجام آزمایش مورد نیاز بدون دفترچه بیمه و اخذ هزینه میباشد فرد مذکور به جهت ثبت نتیجه آزمایش در پرونده بخصوص جهت پیگیریهای بعدی در اولین فرصت با دفترچه بیمه به آزمایشگاه مراجعه نموده و آزمایشگاه نتیجه آزمایش را ذخیره و ثبت مینماید.

۲- در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت هیپاتیت B/C و HIV نامشخص باشد ۱۰-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس (بیمار) جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.

در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت HIV محرز باشد الزامی است فرد مورد تماس در حداقل زمان ممکن و ترجیحا در عرض یک ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر متخصص عفونی (ارجاع به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی یا مرکز دکمه چی ۲۲۳۰۳۷۹۲) قرار گیرد.

بررسی آزمایشگاهی

۱. آزمایشگاه موظف است پرسنلی را که همراه با فرم های گزارش دهی مواجهه شغلی ارسال شده است بلافاصله پذیرش نماید و نتیجه آزمایش هیپاتیت HC/HB و HIV را حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از تماس بصورت کتبی و به همراه فرم گزارش دهی مربوطه به واحد کنترل عفونت ارسال کند تا اقدامات اصلاحی لازم انجام گردد.

۲. آزمایشگاه موظف است نتیجه آزمایش هیپاتیت HC/HB و HIV بیمار (منبع تماس) را حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از تماس بصورت کتبی به بخش ارسال کند تا اقدامات اصلاحی لازم انجام گردد.

۳. در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت هیپاتیت C/B و HIV مشخص باشد:

۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پیگیری های آتی در آزمایشگاه ذخیره میشود.

اقدامات اصلاحی

۱. با توجه به جواب آزمایشات منبع تماس (بیمار) از نظر هیپاتیت C/B و HIV چند وضعیت اتفاق می افتد:

🚩 جواب آزمایش منبع تماس از نظر HIV

• در صورتی که بیمار HIV مثبت باشد:

الف : ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته شده دریافت و از نظر آنتی بادی HIV مورد آزمایش قرار می گیرد و این آزمایش ۶ هفته بعد و ۱۲ هفته بعد و ۶ ماه بعد مجددا تکرار می گردد.

ب- فرد مورد تماس جهت تشکیل پرونده و در صورت لزوم دریافت پروفیلاکسی ضد HIV در زودترین زمان ممکن به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی یا مرکز دکمه چی ۲۲۳۰۳۷۹۲ ارجاع می گردد تا با متخصص عفونی مورد مشاوره قرار گیرد.

• در صورتی که بیمار HIV منفی باشد:

بغیر از ثبت مواجهه شغلی نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.

🚩 جواب آزمایش منبع تماس از نظر هیپاتیت C

• در صورتی که بیمار HCV مثبت باشد:

الف: ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته شده واز نظر آنتی بادی HCV و آزمایشات بعدی مانند ALKph SGPT, SGOT مورد آزمایش قرار می گیرد و این آزمایش ۳ماه بعد و ۶ماه بعد مجددا تکرار می گردد.

ج- تزریق ایمنوگلوبولین توصیه نمی شود

• در صورتی که بیمار HCV منفی باشد:

بغیر از ثبت مواجهه شغلی نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.

✚ جواب آزمایش منبع تماس از نظر هیپاتیت B

• در صورتی که بیمار HBS Ag مثبت یا منفی باشد طبق الگوریتم کشوری تصمیم گیری می شود.

نکته:

- تمامی کارکنان در معرض خطر باید آزمایش آنتی بادی علیه HB را انجام داده باشند و میزان آن را بدانند.
- در صورتیکه میزان Anti HBs فرد مورد تماس $\geq 10U/ml$ باشد مصونیت دارد.
- در صورتیکه میزان Anti HBs فرد مورد تماس $\leq 10U/ml$ باشد ویا اصلا واکسینه نشده است:
 - اگر منبع آنتی ژن مثبت باشد یک نوبت HBIG و واکسیناسیون مجدد تزریق میگردد.
 - اگر منبع آنتی ژن مثبت نباشد شروع واکسیناسیون برای افرادی که اصلا واکسینه نشده اند.
 - اگر منبع نا مشخص باشد ابتدا آزمایش آنتی بادی انجام شود اگر بالای ۱۰ بود درمان نیاز نیست اگر پاسخ ناکافی بود یک نوبت HBIG و واکسیناسیون مجدد انجام میگردد.
- کلیه اقدامات فوق با هماهنگی متخصص بیماریهای عفونی یا سوپروایزر کنترل عفونت انجام میشود.

فرم مواجهه شغلی
فرم مخصوص تماس پرسنل با سرسوزنهای آلوده یا ترشحات

اطلاعات کارکنان:

نام و نام خانوادگی:	سمت:	بخش:	شیفت کاری: <input type="radio"/> ص <input type="radio"/> ع <input type="radio"/> ش
سابقه کار:	سن:	جنس:	
تاریخ مواجهه:	نوع وسیله مواجهه: سوزن توخالی <input type="radio"/> سوزن توپری <input type="radio"/> غیره <input type="radio"/>		

وضعیت ایمنی:

سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: دارد ندارد

نتیجه تیتر آنتی بادی: بالای ۱۰ کمتر از ۱۰ نمیدانم

زمان مواجهه:

در زمان برقراری Iv line در زمان تزریق عضلانی در زمان خون گیری ساکشن

در زمان عمل جراحی کار با بیستوری جابجایی زباله

سایر موارد: (ذکر شود).....

نوع مایع مسبب آلودگی: خون ترشحات

مشخصات مربوط به بیمار (منبع)

نام و نام خانوادگی بیمار:	کد:	سن:
---------------------------	-----	-----

سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی:

جزء گروههای پر خطر میباشد؟ بلی خیر

آدرس و تلفن:

منبع نامعلوم:

اقدام:

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

FM-33-03

نام و سمت تهیه کنندگان:

- دکتر فهیمه کمالی متخصص بیماریهای عفونی
- دکتر پردیس مراد نژاد متخصص بیماریهای عفونی
- معصومه رستمی سوپروایزر کنترل عفونت

(منابع و امکانات لازم):

واکسن هپاتیت B ، HBIG، فرم مواجهه شغلی، انجام آزمایشات به صورت رایگان

مراجع:

۱. کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت از عفونت‌های بیمارستانی /مرکز مدیریت بیماریها ۱۳۸۷
۲. راهنمای کشوری هپاتیت ب مصوبه کمیته کشوری هپاتیت/دکتر عسگری،دکتر حق ازلی ۱۳۸۶

نام و امضاء تایید کننده معاون درمان: دکتر مازیار غلامپور دهکی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: سوپروایزر کنترل عفونت: معصومه رستمی
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس مرکز: دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت بهزاد مومنی