

ვებგვერდი, 08/09/2015  
სარეგისტრაციო კოდი  
470230000.22.035.016348

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და  
სოციალური დაცვის მინისტრის  
ბრძანება №01-38/ნ  
2015 წლის 7 სექტემბერი ქ. თბილისი

**ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის,  
პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ**

„საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

**მუხლი 1**

დამტკიცდეს თანდართული „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესები“.

**მუხლი 2**

ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან 30-ე დღეს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრი

*დავით სერგეენკო*

**ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და  
კონტროლის წესები**

**მუხლი 1. გამოყენების სფერო**

1. წინამდებარე დოკუმენტი შემუშავებულია „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად.

2. დოკუმენტი განსაზღვრავს ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის განხორციელების წესს და განკუთვნილია სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელთათვის.

**მუხლი 2. ზოგადი დებულებები**

1. სამედიცინო მომსახურების ნებისმიერი მიმწოდებელი ვალდებულია უზრუნველყოს ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვა, მართვა, ზედამხედველობა, კონტროლი და პრევენცია ამ ბრძანებით განსაზღვრული წესით.

2. სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი უნდა უზრუნველყოფდეს შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების/მდგომარეობებისა და ნოზოკომიური ინფექციების შესახებ შეტყობინების გაგზავნას და ანგარიშის მომზადებას მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

### **მუხლი 3. ტერმინთა განმარტებები**

ამ ბრძანებაში გამოყენებული ტერმინებს აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) **სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია** – ინფექცია, რომელიც განვითარდა სამედიცინო სერვისის (მათ შორის, ამბულატორიული, სტაციონარული) მიღების შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში;

ბ) **ნოზოკომიური ინფექცია** – სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია, რომელიც შექმნილია/აღმოცენებულია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზაციიდან 48 საათის შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში მანიფესტური ფორმით ან არ იმყოფებოდა ინკუბაციურ პერიოდში:

ბ.ა) ნოზოკომიურად ითვლება:

ბ.ა.ა) პაციენტების მიერ სტაციონარში შექმნილი ინფექცია, რომელიც გაწერის შემდეგ გამოვლინდება კონკრეტული ინფექციისათვის დამახასიათებელი მაქსიმალური ინკუბაციური პერიოდის განმავლობაში;

ბ.ა.ბ) სამედიცინო დაწესებულების პერსონალს შორის გამოვლენილი პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებული ინფექციები;

ბ.ბ) ნოზოკომიურს არ მიეკუთვნება:

ბ.ბ.ა) ინფექცია, რომელიც პაციენტს აღენიშნებოდა ჰოსპიტალიზაციის მომენტში;

ბ.ბ.ბ) ახალშობილებში დაბადებიდანვე გამოვლენილი ინფექცია, თუ ცნობილია ან დადასტურებულია, რომ დაინფიცირება მოხდა ტრანსპლაცენტარულად.

გ) **ინფექციების კონტროლი** – ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების პრევენციისაკენ.

დ) **სტერილიზაცია** – პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა ფორმის მიკროორგანიზმების (ბაქტერიების, ვირუსების, სოკოებისა და სპორების ჩათვლით) განადგურებას;

ე) **დეზინფექცია** – პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურების პროცესი (გამონაკლისია ბაქტერიების სპორები). განასხვავებენ დეზინფექციის სამ დონეს – მაღალი, საშუალო და დაბალი:

ე.ა) **მაღალი დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, სოკოებს, ვირუსებს. არაეფექტურია ბაქტერიების სპორების დიდი რაოდენობის შემთხვევაში;

ე.ბ) **საშუალო დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, უმეტეს სოკოებს, ვირუსებს. არ არის ეფექტური ბაქტერიების სპორების მიმართ;

**ე.გ) დაბალი დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციური ფორმების უმეტესობას, ზოგიერთი სახეობის სოკოს, ვირუსებს. არაეფექტურია იმ ბაქტერიების მიმართ, რომლებიც ხასიათდებიან მაღალი ბუნებრივი გამძლეობით (სპორები და მიკობაქტერიები).

**ვ) ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა** – მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზისა და გავრცელების მუდმივმოქმედი სისტემა;

**ზ) ასეპტიკა** – ადამიანის ორგანიზმში დაავადების პოტენციურ გამომწვევთა მოხვედრის პრევენცია (თავიდან აცილება);

**თ) ანტიასეპტიკა** – ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრილი პოტენციურად საშიში მიკროორგანიზმების განადგურება ან ზრდის დათრგუნვა;

**ი) სამედიცინო დაწესებულება** – ამ ბრძანების მიზნებისათვის სამედიცინო დაწესებულებად ითვლება ამბულატორიული და/ან სტაციონარული სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი ფიზიკური ან იურიდიული პირი;

**კ) ბოქსი** – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის (კონტაგიოზურობის მაღალი რისკი), რომლის შემადგენლობაშიც შედის პალატა, შესასვლელი ტამბური, სანიტარიული კვანძი (საშხაპით/აბაზანით) და რაბი. ბოქსს გააჩნია ცალკე შესასვლელი (გამოსასვლელი) ქუჩიდან/ეზოდან. პაციენტი ბოქსში ხვდება უშუალოდ ქუჩიდან/ეზოდან შესასვლელი ტამბურის მეშვეობით. ბოქსს სამედიცინო დაწესებულების დერეფანთან აკავშირებს რაბი. რაბის საშუალებით ბოქსში ხვდება ჯანდაცვის პერსონალი (მაგალითად, ექიმი, ექთანი). ჯანდაცვის პერსონალი რაბში იცვამს სპეციალურ ტანსაცმელს, იმუშავებს ხელებს და შედის პალატაში. შესაბამისად, რაბში განთავსებულია ხელსაბანი (სადეზინფექციო ხსნარით) და საკიდი პერსონალის ტანსაცმლისათვის. დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები განლაგებულია ერთმანეთის მიმართ მართი კუთხით. დერეფნიდან ბოქსში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდების მიზნით რაბში მოწყობილია სპეციალური გადასაცემი კარადა. რეკომენდებულია ერთსაწოლიანი ბოქსების მოწყობა, შესაძლებელია ასევე მოეწყოს ორსაწოლიანი ბოქსებიც;

**ლ) ნახევრადბოქსი** – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის (კონტაგიოზურობის მაღალი რისკი), რომლის შემადგენლობაშიც შედის პალატა, სანიტარიული კვანძი (საშხაპით/აბაზანით) და რაბი. იგი არ საჭიროებს შესასვლელს ეზოდან. ჯანდაცვის პერსონალი (მაგალითად, ექიმი, ექთანი) და პაციენტები ნახევრადბოქსში სამედიცინო დაწესებულების დერეფნიდან ხვდებიან რაბის გავლით. ჯანდაცვის პერსონალი რაბში იცვამს სპეციალურ ტანსაცმელს, იმუშავებს ხელებს და შედის პალატაში. შესაბამისად, რაბში განთავსებულია ხელსაბანი (სადეზინფექციო ხსნარით) და საკიდი პერსონალის ტანსაცმლისათვის. დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები განლაგებულია ერთმანეთის მიმართ მართი კუთხით. დერეფნიდან ბოქსში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდების მიზნით რაბში ეწყობა სპეციალური კარადა. ნახევრადბოქსში, რეკომენდებულია, 1 ან 2 საწოლის განთავსება. სამედიცინო დაწესებულების სექციები, რომლებშიც განთავსებულია ნახევრადბოქსები, განკუთვნილი უნდა იყოს ერთი ჯგუფის

ინფექციებისათვის (რომელთა მიმართ გამოიყენება ერთნაირი საიზოლაციო-შემზღუდველი ღონისძიებები);

მ) **ბოქსირებული პალატა** – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის. იგი შედგება იმავე სათავსებისაგან, რისგანაც ნახევრადბოქსი, თუმცა, საიზოლაციო-შემზღუდვითი მოთხოვნები ასეთი ტიპის სათავსების მიმართ არის ნაკლებად მკაცრი. კერძოდ, დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები შესაძლებელია განლაგებული იქნეს ერთმანეთის მოპირდაპირედ, ასევე, ბოქსირებულ პალატაში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდება ხორციელდება უშუალოდ დერეფნიდან, სპეციალური გადასაცემი კონტეინერის მეშვეობით.

#### **მუხლი 4. ინფექციების კონტროლი და პრევენცია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში**

1. ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის განხორციელებისა და ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის მიზნით, ყველა სტაციონარულ დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტი, სტაციონარული დაწესებულების ხელმძღვანელის ან მისი ერთ-ერთი მოადგილის ხელმძღვანელობით.

2. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტის შემადგენლობაში:

ა) აუცილებლად უნდა შედიოდეს ექიმი-ეპიდემიოლოგი<sup>1</sup>/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტი<sup>2</sup> (ექიმი-ინფექციონისტი ან სხვა სპეციალობის ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც გავლილი აქვს მზადების შესაბამისი კურსი), რომლის მოვალეობები დადგენილია სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ, ამ ბრძანებით განსაზღვრული მოთხოვნების გათვალისწინებით, ასევე, დაწესებულებაში სტერილიზაცია/დეზინფექციაზე და სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ი (სტერილიზაცია/დეზინფექციის მართვაზე პასუხისმგებელი პირი, შესაძლებელია, ამავდროულად, პასუხისმგებელი იყოს სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე), გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა სტერილიზაცია/დეზინფექციისა და ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებლობა დაკისრებული აქვს ექიმ-ეპიდემიოლოგს/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტს;

---

<sup>1</sup> პროფილაქტიკური მედიცინის ან/და სანიტარია-ჰიგიენის ფაკულტეტის კურსდამთავრებული (მ.შ. შესაბამის სპეციალობაში სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირი);

<sup>2</sup> მცირესაწლოიანი (25 და ნაკლები) სტაციონარული დაწესებულების შემთხვევაში ინფექციების კონტროლის სპეციალისტის ფუნქციას შესაძლებელია, ითავსებდეს დაწესებულების ექიმი-სპეციალისტი (მზადების შესაბამისი კურსის დასრულების შემთხვევაში).

ბ) სტაციონარის პროფილის შესაბამისად, შესაბამისი სერვისისა და სპეციალისტის არსებობის შემთხვევაში, მიზანშეწონილია შედიოდეს: ექიმი-ინფექციონისტი, ინტენსიური, კრიტიკული, გადაუდებელი (Emergency), ქირურგიული, თერაპიული პროფილის, ასევე, სხვა ერთეულების ხელმძღვანელები, ბაქტერიოლოგი, ფარმაცევტი, სტაციონარის მთავარი ექთანი/საექთნო სამსახურის უფროსი, ინტენსიური, კრიტიკული, გადაუდებელი (Emergency) სერვისის მთავარი ექთანი/საექთნო სამსახურის უფროსი და სამედიცინო მოწყობილობათა ინჟინერი.

3. ყველა სტაციონარულ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის სამოქმედო გეგმა – ინფექციის კონტროლის პროგრამა.

4. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტი უზრუნველყოფს:

ა) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის შემუშავებას, დამტკიცებას და განხორციელების ზედამხედველობას;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის რეალიზაციის შედეგების ანალიზს, კორექტივების შეტანას და მისი ეფექტურობის შეფასებას;

გ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის კომპონენტების თაობაზე დაწესებულების პერსონალის ინფორმირებას;

დ) ღონისძიებათა შემუშავებასა და გატარებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით.

5. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის ამოცანებია:

ა) ნოზოკომიურ ინფექციებზე ეპიდემიოლოგიის განხორციელება;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების აფეთქებების შესწავლა და მართვა;

გ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;

დ) სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფიცირების რისკის შემცირების ალგორითმების, მათ შორის, პაციენტთა იზოლაციის ალგორითმების შემუშავება;

ე) სათანადო ასეპტიკური ტექნიკის უზრუნველყოფა სამედიცინო პრაქტიკაში, მათ შორის, სადეზინფექციო და ანტიასეპტიკური საშუალებების, ერთჯერადი და მრავალჯერადი გამოყენების მასალების შერჩევა და სათანადო გამოყენება;

ვ) ხელების ჰიგიენის სათანადო პრაქტიკის დანერგვა და მონიტორინგის წარმოება;

ზ) დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალის ინფიცირების რისკის შემცირების ღონისძიებების შემუშავება და განხორციელება;

თ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის საკითხებზე პერსონალის სწავლება;

ი) გამოყენებული ანტიმიკრობული საშუალებებისა და ნოზოკომიური ინფექციების გამომწვევთა ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მონიტორინგი, ანტიმიკრობული პრეპარატების მართებულად და დანიშნულებისამებრ გამოყენების მიზნით;

კ) სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და ეფექტური პრევენციული პრაქტიკის სტანდარტიზაცია, მათ შორის, კლინიკური მასალებისა და ინსტრუმენტების სტერილიზაციისა და დეზინფექციისათვის;

ლ) ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პრაქტიკის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა;

მ) ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად შესასყიდი მასალების რაოდენობის განსაზღვრა;

ნ) ლაბორატორიული ბიოუსაფრთხოების უზრუნველყოფა;

ო) ღონისძიებების დაგეგმვა სამედიცინო ნარჩენების მენეჯმენტისა და გარემოს უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით და მათი ეფექტურობის შეფასება.

6. ინფექციის კონტროლის კომიტეტის უფლებამოსილება უნდა ვრცელდებოდეს სტაციონარული დაწესებულების ყველა სტრუქტურულ ერთეულზე.

7. ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვა-რეგისტრაციის მიზნით ინფექციების კონტროლის პროგრამა უნდა უზრუნველყოფდეს:

ა) ნოზოკომიური ინფექციებისა და მათი რისკ-ფაქტორების აღრიცხვისა და რეგისტრაციის ადეკვატური სისტემის დანერგვას;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრებების დანერგვას;

გ) იმ ნოზოკომიური ინფექციებისათვის, რომელთათვისაც არ არსებობს შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრება, შემთხვევის სამუშაო განსაზღვრებების დანერგვას;

დ) დაწესებულების თითოეული სტრუქტურული ერთეულისათვის ნოზოკომიური ინფექციის შემთხვევის აღრიცხვაზე პასუხისმგებელი პირის განსაზღვრას;

ე) დაწესებულების შიგნით ინფორმაციის მოძრაობის მარშრუტის განსაზღვრას.

## **მუხლი 5. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი და პრევენცია ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში**

1. ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში (მ.შ. დღის სტაციონარსა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (Emergency) სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტში), სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის, ასევე, პაციენტის უსაფრთხოებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, უნდა არსებობდეს ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, გარდა ამ მუხლის მე-4 პუნქტით განსაზღვრული შემთხვევისა.

2. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელ პირს უნდა ჰქონდეს უმაღლესი განათლება სამედიცინო (სტომატოლოგიური პროფილის სერვისის შემთხვევაში – სტომატოლოგიური)/საექთნო/საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (მ.შ. სანიტარია-ჰიგიენის და პროფილაქტიკური მედიცინის) მიმართულებით ან პროფესიული საექთნო განათლება და გავლილი ჰქონდეს მზადების შესაბამისი კურსი. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, შესაძლებელია, ამავდროულად ასრულებდეს სტერილიზაცია/დეზინფექციასა და სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობას.

3. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობაა:

ა) სამედიცინო პერსონალს შორის ხელების ჰიგიენის და უსაფრთხო ინიექციების პრაქტიკის დანერგვა და მონიტორინგი;

ბ) სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;

- გ) ინფექციების აქტიური გამოვლენა და შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრების მიხედვით მათი რეგისტრაცია;
- დ) სტერილიზაციისა და დეზინფექციის წარმოების ზედამხედველობა;
- ე) სამედიცინო ნარჩენების მართვის ზედამხედველობა;
- ვ) ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენებაზე დაკვირვება და კონტროლი;
- ზ) სამედიცინო პერსონალის სწავლება სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პროფილაქტიკის საკითხებზე.

4. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, ისევე როგორც ამბულატორიული სერვისის ნებისმიერი მიმწოდებელი, ვალდებულია, უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებები (ხელების ჰიგიენის, სტერილიზაცია/დეზინფექციის (მრავალჯერადი ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების გამოყენების შემთხვევაში), სამედიცინო ნარჩენების, პაციენტთა ნაკადების მართვის სქემები), რომლის განხორციელების ვალდებულება მასვე აკისრია.

### **მუხლი 6. ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა**

1. ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემამ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა უზრუნველყოს ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ობიექტური შეფასება, რისკის პროგნოზირება და გასატარებელ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა დასაბუთება.

2. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა მოიცავს შემდეგ ძირითად მიმართულებებს:

- ა) ინფექციების კონტროლის პროგრამით განსაზღვრული ღონისძიებების დაცვის ზედამხედველობას;
- ბ) დაწესებულებაში გამოსაყენებლად განკუთვნილი ახალი მასალებისა და აღჭურვილობის შეფასებას;
- გ) გამოყენებული პროცედურებისა და ტექნოლოგიების ეპიდემიოლოგიურ შეფასებასა და მათ მოდიფიკაციას (საჭიროების შემთხვევაში) დაწესებულებაში დასაწერად.

3. სტაციონარული დაწესებულების ინფექციების კონტროლის სისტემაში წამყვან როლს ასრულებს ექიმი-ეპიდემიოლოგი/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტი, რომლის ძირითადი ფუნქცია-მოვალეობებია:

- ა) ეპიდემიოლოგიური ანალიზისა და დიაგნოსტიკის წარმოება;
- ბ) ნოზოკომიური ინფექციების აქტიური გამოვლენა და რეგისტრაცია შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრების მიხედვით;
- გ) ეპიდემიოლოგიის პროფილაქტიკა;
- დ) ნოზოკომიური ინფექციების განვითარების რისკის შეფასება სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურების ჩატარებისას;
- ე) ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების მონიტორინგი და კონტროლი;
- ვ) კლინიკაში გამოყოფილი კულტურების ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის მონიტორინგი და მონაცემების კომუნიკაცია;
- ზ) სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;

თ) სამედიცინო პერსონალის სწავლება ნოზოკომიური ინფექციების პროფილაქტიკის საკითხებზე.

4. სტაციონარული დაწესებულების ექიმი-ეპიდემიოლოგის/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტის მონაცემთა ბაზა უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას:

ა) მონაცემებს პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის დამახასიათებელი რისკ-ფაქტორების შესახებ;

ბ) სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის დახასიათებას, მონაცემებს ქირურგიული და სხვა ინვაზიური მანიპულაციების, ასევე ანტიმიკრობული პროფილაქტიკისა და თერაპიის შესახებ;

გ) კლინიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე დაფუძნებულ ინფექციის გამოვლენისა და რეგისტრაციის მონაცემებს;

დ) მიკრობიოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს (პაციენტებიდან, გარემოდან და პერსონალიდან (ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე) გამოყოფილი ნოზოკომიური ინფექციების გამომწვევთა სახეობრივი იდენტიფიცირების მონაცემები და მგრძობელობა ანტიმიკრობული საშუალებების მიმართ);

ე) მონაცემებს სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო რეჟიმის მდგომარეობის შესახებ (იზოლაციურ-შემზღუდველი ღონისძიებები, სამედიცინო პერსონალის ხელების ჰიგიენა, სტერილიზაციისა და დეზინფექციის ხარისხი და ა.შ.);

ვ) მონაცემებს რეგიონსა და/ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში (საიდანაც შეიძლება შემოდოდეს პაციენტი) არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესახებ.

5. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მიერ ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის, ზედამხედველობისა და კონტროლის ღონისძიებების კომპლექსური უზრუნველყოფისა და სამოქმედო გეგმების შემუშავებისათვის რეკომენდებულია თვითშეფასების წარმოება სტანდარტული სქემების მიხედვით (დანართი №1 – „სამედიცინო დაწესებულებების თვითშეფასების სარეკომენდაციო კითხვარი“).

## **მუხლი 7. მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის როლი ინფექციის კონტროლის განხორციელებაში**

1. ნოზოკომიური ინფექციების პროფილაქტიკისა და კონტროლის სფეროში მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის როლი მოიცავს:

ა) კლინიკური მასალიდან ნოზოკომიური ინფექციების გამომწვევების გამოყოფასა და ზუსტ იდენტიფიკაციას;

ბ) ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობის დადგენასა და მონიტორინგს;

გ) მიკროორგანიზმების შიდასახეობრივ ტიპირებას (აუცილებლობის შემთხვევაში);

დ) გამოკვლევების განხორციელებას ინფექციის კონტროლთან დაკავშირებით;

ე) გამოკვლევებს გარემო ობიექტების მიკრობიოლოგიური კონტროლის მიზნით (საჭიროების შემთხვევაში).

2. ზემოხსენებული შეიძლება განხორციელდეს როგორც სტაციონარული დაწესებულების შემადგენლობაში შემავალ მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიაში, ასევე სხვა შესაბამის ლაბორატორიასთან კონტრაქტის ფარგლებში.



3. მიკრობიოლოგიური ლაბორატორია ვალდებულია კლინიკური მასალიდან პათოგენური აგენტის გამოვლენისთანავე ინფორმაცია მიაწოდოს შესაბამისი დაწესებულების ექიმ-ეპიდემიოლოგს/ინფექციის კონტროლის სპეციალისტს და შესაძლებლობის შემთხვევაში, პაციენტის მკურნალ ექიმს.

### **მუხლი 8. ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პოლიტიკა**

1. მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის მიღწევის, რეზისტენტული მიკროფლორის ჩამოყალიბების თავიდან აცილების მიზნით, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს დაავადება-სპეციფიკური, მარტივი, მოქნილი და რეგულარულად განახლებადი ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პროგრამა, რომელიც ეყრდნობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკას, დაწესებულების მონაცემებს ანტიმიკრობული პრეპარატებისადმი მგრძობელობის პრევალირებადი მოდელისა (ასეთი შესაძლებლობის შემთხვევაში) და სარეზერვო ანტიმიკრობული პრეპარატების კონტროლირებადი გამოყენების შესახებ.

2. სტაციონარულ დაწესებულებაში ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება უნდა მოხდეს შემდეგი პრინციპების დაცვით:

ა) ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება განხორციელდეს კლინიკური დიაგნოზისა და იდენტიფიცირებული ან სავარაუდო პათოგენის მიხედვით;

ბ) რაციონალური ანტიმიკრობული თერაპიის წარმართვისათვის, ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დაწყებამდე (ან უკიდურეს შემთხვევაში ანტიბიოტიკით მკურნალობის დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში), ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის აღებული უნდა იქნეს კლინიკური მასალა;

გ) ანტიმიკრობული პრეპარატების შერჩევა ხორციელდება არა მარტო დაავადების ან პათოგენური აგენტის ბუნების, არამედ მგრძობელობის, ორგანიზმის ტოლერანტობისა და გასაწევი ხარჯების გათვალისწინებით;

დ) ექიმმა დროულად და სრულად მიიღოს ინფორმაცია რეზისტენტული ფლორის გავრცელების შესახებ დაწესებულებაში;

ე) პათოგენის სახეობიდან გამომდინარე, ყოველთვის გამოიყენებოდეს რაც შეიძლება ვიწრო სპექტრის ანტიმიკრობული პრეპარატი;

ვ) მაქსიმალურად იქნეს თავიდან აცილებული ანტიმიკრობული პრეპარატების კომბინირება (შესაძლებლობის ფარგლებში);

ზ) მიზანშეწონილია, დაწესდეს შეზღუდვა ცალკეული ანტიმიკრობული პრეპარატის გამოყენებაზე სამედიცინო დაწესებულებაში;

თ) ანტიმიკრობული პრეპარატების დანიშვნისას დაცული იქნეს სწორი დოზირება (მცირე დოზა შესაძლებელია არ იყოს ეფექტური კონკრეტული ინფექციის სამკურნალოდ და ამასთან, ხელი შეუწყოს რეზისტენტული შტამის ჩამოყალიბებას, მეორეს მხრივ, ჭარბმა დოზამ, ასევე, შეიძლება გამოიწვიოს არაკეთილსასურველი ეფექტები).

3. ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს:

ა) რეკომენდაციების შემუშავებას ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების წესებისა და დანიშნულების პოლიტიკის, მათ შორის, შესაბამისი გაიდლაინის გამოყენებისა და პერსონალის განათლების თაობაზე;

ბ) ანტიმიკრობული პრეპარატების მონიტორინგსა და აუდიტს.

4. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში გამოყენებული ანტიმიკრობული პრეპარატების მონიტორინგის წარმოებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება ფარმაცევტს (არსებობის შემთხვევაში) ან მედიკამენტებით უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელ პირს, რომელიც გარკვეული პერიოდულობით წარუდგენს ანგარიშს ინფექციური კონტროლის კომიტეტს.

5. სტაციონარულ დაწესებულებაში ანტიმიკრობული პრეპარატების მონიტორინგს დაქვემდებარებულ სპეციფიკურ ელემენტებს წარმოადგენს გამოყენებული ანტიმიკრობული პრეპარატების საერთო მოცულობა კლასებისა და დასახელების მიხედვით საანგარიშგებო პერიოდში და ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების ზოგადი ტენდენცია გრძელვადიან პერიოდში. გარდა ამისა, დამატებით უნდა გაანალიზდეს მათი გამოყენება ისეთ ერთეულებში, როგორცაა კრიტიკული მედიცინა, ინტენსიური მოვლა, ჰემატოლოგია, ქირურგია (ყველა პროფილი) და ონკოლოგია (ასეთი სერვისების არსებობის შემთხვევაში).

6. გარდა მონიტორინგისა, რეკომენდებულია, სტაციონარულ დაწესებულებაში პერიოდულად ჩატარდეს აუდიტი, რათა გამოკვლეულ იქნეს, თუ რამდენად მართებულად და დანიშნულებისამებრ იყო გამოყენებული ანტიმიკრობული პრეპარატები.

7. აუდიტის საფუძვლი შეიძლება გახდეს ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პრაქტიკის ცვლილება შესწავლის/დაკვირვების პერიოდში, ანტიმიკრობული რეზისტენტობა ან მკურნალობის არადაამკმაყოფილებელი შედეგები. მკურნალი ექიმები ჩართული უნდა იყვნენ აუდიტის დაგეგმვისა და მონაცემთა ანალიზის პროცესში.

8. აუდიტის შედეგად განისაზღვრება, თუ რამდენად პასუხობს ანტიმიკრობული პრეპარატების დანიშნულების პრაქტიკა პროგრამით დადგენილ კრიტერიუმებს და როგორ სრულდება იგი. დადგენილ კრიტერიუმებთან შეუსაბამობის გამოვლენის შემთხვევაში განხორციელდება არასწორი გამოყენების მიზეზების დადგენა და სათანადო რეაგირება (მაგალითად, ცვლილების შეტანა ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პროგრამაში).

9. ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პროგრამა უნდა ასახავდეს სამედიცინო დაწესებულების თავისებურებებს (პროფილისა და სამედიცინო საქმიანობის მოცულობის მიხედვით) და, ჩვეულებრივ, მოიცავდეს ანტიმიკრობული პრეპარატების კლასიფიკაციას შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

ა) შეუზღუდავი გამოყენების (ეფექტიანი, უსაფრთხო და იაფი);

ბ) შეზღუდული გამოყენების, ანუ სარეზერვო (მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში (მძიმე ინფექციები, რეზისტენტობის კონკრეტული ტიპი და ა.შ.) პრეპარატები, ინიშნება მხოლოდ შესაბამისი სპეციალობის ექიმების მიერ (მაგალითად, ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი ანესთეზიოლოგი და რეანიმატოლოგი));

გ) ამოღებული მოხმარებიდან (პრეპარატები, რომელთაც არ გააჩნიათ რაიმე დამატებითი სარგებელი სხვა უფრო ნაკლები ფასის მქონე ალტერნატივებთან შედარებით).

## **მუხლი 9. ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის ზოგადი პრინციპები**

1. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის ღონისძიებების ეფექტიანად განხორციელების უზრუნველსაყოფად საჭიროა ინტეგრირებული და კარგად მონიტორინგობადი მენეჯმენტის წარმოება, რომელიც უნდა მოიცავდეს შემდეგ ძირითად კომპონენტებს:

ა) **ადმინისტრაციული კონტროლი** – შესაბამისი ნორმატიული/ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტებისა და გაიდლაინების/პროტოკოლების საფუძველზე შემუშავებულ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების რისკის შემცირებას;

ბ) **გარემოს/საინჟინრო კონტროლი** – ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებაში ადეკვატურ ვენტილაციასა და გარემო ობიექტების/ზედაპირების ადეკვატურ დასუფთავება/დეზინფექციას;

გ) **ინდივიდუალური დაცვა** – ღონისძიებები პერსონალისა და პაციენტების ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებისა და აღჭურვილობის რაციონალური გამოყენების, ასევე ხელის ჰიგიენის უზრუნველსაყოფად.

2. ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის თვალსაზრისით, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების დაგეგმარებისას, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს შემდეგი საკითხები:

ა) მოძრაობის ნაკადების სქემა, რათა, ერთის მხრივ, თავიდან იქნეს აცილებული მავნე ზეგავლენა მაღალი რისკის პაციენტებისათვის და, მეორეს მხრივ, უზრუნველყოფილი იქნეს პაციენტების უსაფრთხო გადაადგილება;

ბ) პაციენტების ადეკვატური სივრცობრივი სეპარაცია;

გ) საიზოლაციო სათავსების (ბოქსი, ნახევრად ბოქსი, ბოქსირებული პალატა) ადეკვატური რაოდენობა და ტიპი (საიზოლაციო სათავსების საჭიროების შემთხვევაში);

დ) ხელის დაბანის შესაბამისი რეჟიმისადმი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;

ე) ზედაპირებისა და საგნების (მაგ., ხალიჩების, იატაკის) ადეკვატური გასუფთავების უზრუნველყოფა;

ვ) საიზოლაციო სათავსების და სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკური არეალების (მაგ., საოპერაციო, ინტენსიური თერაპიის) ვენტილაციის შესაბამისი რეჟიმით უზრუნველყოფა (ასეთი სათავსების და არეალების არსებობის შემთხვევაში);

ზ) პაციენტების დაცვა ობისა და საფუარა სოკოების ზემოქმედებისაგან;

თ) ხარისხიანი და უსაფრთხო სასმელი წყლით უზრუნველყოფა.

3. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული გარემოს ფუნქციურ ხარისხობრივი შესაბამისობის უზრუნველყოფა მოითხოვს, განისაზღვროს:

ა) დაწესებულების საჭიროებანი (დაგეგმარება);

ბ) რისკის დონეები (სეგრეგაცია);

გ) ფუნქციური ნაკადების შაბლონი (მოძრაობა და იზოლაცია);

დ) ზედაპირების მოპირკეთების სამშენებლო-სარეკონსტრუქციო გადაწყვეტა (გამოყენებული მასალები).

4. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურების განლაგების არქიტექტურულ-ტექნოლოგიური (ფუნქციურ-გეგმარებითი) გადაწყვეტა უნდა უზრუნველყოფდეს გამიჯვნას ინფიცირების რისკის მიხედვით. ამ მიზნით, რეკომენდებულია სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების შიდა სივრცის ზონირება ინფიცირების რისკის დონის შესაბამისად:

ა) ა – დაბალი რისკის ზონა, მაგ.: ადმინისტრაციული ნაწილი;

ბ) ბ – საშუალო რისკის ზონა, მაგ.: სომატურ პაციენტთა სამკურნალო სათავსები/განყოფილებები;

გ) გ – მაღალი რისკის ზონა, საიზოლაციო და კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის სათავსები/განყოფილებები;

დ) დ – ძალიან მაღალი რისკის ზონა, მაგ.: საოპერაციო ბლოკი.

5. ფუნქციური ნაკადების შაბლონის განსაზღვრისას ერთმანეთისაგან უნდა იქნეს დიფერენცირებული მოძრაობის მაღალი და დაბალი ინტენსივობის არეალები, რომლებიც მოიცავს ზოგადი სერვისებისა (საკვები და თეთრეული, სტერილური საგნები, მედიკამენტები) და სპეციალური სერვისებისათვის (ანესთეზიოლოგია, რენტგენოგრაფია, კრიტიკული მედიცინა, ინტენსიური მოვლა ან ქირურგია) განკუთვნილი მასალების/საგნების გადაადგილების სქემას.

6. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება გამოიყენებოდეს ყველა ტიპის ნაკადის ამსახველი ბლოკ-სქემები, მაგალითად, ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების, ვიზიტორების, სამედიცინო პერსონალის (ექიმები, ექთნები, სხვა პერსონალი), მასალების (სახარჯი, სტერილური, საკვები, თეთრეული და სხვ.), აგრეთვე, ჰაერცვლის, წყალმომარაგების, ნარჩენების მოძრაობის და სხვა სქემები. აღნიშნული სქემების მეშვეობით შესაძლებელია გაცილებით უფრო ზუსტად იქნეს განსაზღვრული სხვადასხვა ნაკადების გადაკვეთის ადგილებში არსებული რისკები და მათი თავიდან აცილების გზები, ვიდრე მხოლოდ “სუფთა” და “ჭუჭყიანი” ნაკადების დიფერენცირებით. მაგალითად, ერთი და იგივე ლიფტი შეიძლება გამოიყენებოდეს სამედიცინო პერსონალის, სტერილური საგნების, ვიზიტორებისა და ნარჩენების გადასადგილებლად, თუ ყოველი მათგანი სათანადოდ იქნება დაცული (როგორც სტერილური საგნები, ასევე, ნარჩენები მოთავსებული უნდა იყოს უსაფრთხო კონტეინერებში, რომლის გარე ზედაპირი ნიშანდებულია ბიოლოგიური უსაფრთხოების ნიშნით).

7. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების იმ სათავსებში, სადაც მოქმედი კანონმდებლობა ითვალისწინებს ხელოვნური ვენტილაციის არსებობას, ვენტილაციის საჭირო ჯერადობა განისაზღვრება ჰაერცვლის რაოდენობით ერთ საათში, გარედან მიწოდებული ჰაერის რაოდენობით, ჰაერის მოძრაობის სიჩქარითა და წნევითა სხვაობის მაჩვენებლებით, ასევე სათავსის ტიპისა და დანიშნულების მიხედვით.

8. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ზონაში ვენტილაციის ადეკვატური რეჟიმის მისაღწევად საჭიროა სავენტილაციო სისტემების მონტაჟი და ექსპლუატაცია მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად, მიკრობული დაბინძურების მინიმუმამდე დაყვანისათვის. გარედან ჰაერის შემწოვი ყველა წერტილი განთავსებული უნდა იქნეს მაქსიმალურად მაღლა მიწის დონიდან და მაქსიმალური დაშორებით შიდა ჰაერის გაფრქვევის წერტილიდან, ინსენერატორიდან ან ბოილერის საკვამლე მილიდან.

9. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ზონაში შემავალი სათავსებისათვის (საოპერაციო ბლოკი, კრიტიკული, დამწვრობის) მიღწეული უნდა იქნეს ჰაერის მაქსიმალური სისუფთავე ანუ მინიმალური ბაქტერიული კონტამინაცია.

### **მუხლი 10. დეზინფექცია/ სტერილიზაცია**

1. სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო დანიშნულების საგნებისა და გარემო ობიექტების სტერილიზაცია და დეზინფექცია, კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. მოწყობილობები, აპარატები და სხვა საგნები, რომლებიც შეტანილ შეიძლება იქნეს საოპერაციო ბლოკში (ეტლი, ურიკა, ჟანგბადისა და ნახშირორჟანგის ბალონები, კარდიოგრაფი და სხვ.), წინასწარ უნდა იქნეს გაწმენდილი სადეზინფექციო ხსნარის გამოყენებით.

3. საოპერაციოს სისხლით ან ორგანიზმის სხვა ბიოლოგიური სითხეებით დაბინძურებული მოწყობილობები და ზედაპირები ექვემდებარება სადეზინფექციო საშუალებებით გაუვნებელყოფას ყოველი მომდევნო ოპერაციის წინ.

4. ავადმყოფის მოვლის ყველა საგანი და ინსტრუმენტი არ საჭიროებს სტერილიზაცია/დეზინფექციას. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა გამოიყენოს გასუფთავების, დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ისეთი წესები, რომ მიღწეულ იქნეს დეკონტამინაციის ადეკვატური ხარისხი მინიმალური დანახარჯებით, რადგანაც სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და აღჭურვილობის არასათანადო დამუშავება ხშირად ხდება ნოზოკომიური ინფექციის აღმოცენების მიზეზი.

### **მუხლი 11. სამედიცინო ნარჩენების მართვა**

1. სამედიცინო დაწესებულებაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა უნდა ხორციელდებოდეს ნარჩენების კლასიფიკაციის, მახასიათებლებისა და შემადგენლობის მიხედვით, ისე რომ მაქსიმალურად გამოირიცხოს გარემოს დაბინძურება და ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედება. ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს უსაფრთხო ინიექციების პრაქტიკა.

2. სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაცია, შეგროვება, შენახვა, გატანა, უტილიზაცია ან/და განადგურება, კანონმდებლობის შესაბამისად.

### **მუხლი 12. მოთხოვნები პერსონალისადმი**

1. პერსონალი ვალდებულია, დაიცვას ინფექციის კონტროლის მოთხოვნები და რეკომენდაციები, მონაწილეობდეს დაწესებულების მიერ ორგანიზებულ შესაბამის სასწავლო აქტივობებში, იცავდეს ხელების ჰიგიენის სათანადო პრაქტიკას და, საჭიროების შემთხვევაში, იყენებდეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებსა და აღჭურვილობას.

2. პერსონალი ვალდებულია, სასწრაფოდ შეატყობინოს უშუალო ხელმძღვანელს მწვავე ინფექციური დაავადების სიმპტომების გამოვლენის თაობაზე.

3. ინფექციის კონტროლის კომიტეტი/ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი ინფექციური დაავადების ნიშნების მქონე პერსონალს

განუსაზღვრავს ავადმყოფის მოვლის შესაძლებლობას, შეზღუდვას ან აკრძალვას გარკვეული ვადით.

4. დაზიანებული კანიდან გამონადენის მქონე ქირურგიული პერსონალი სამუშაოზე არ დაიშვება მანამ, ვიდრე არ გამოირიცხება გამონადენის ინფექციური წარმოშობა.

5. *S. Aureus*-ით ან *A* ჯგუფის სტრეპტოკოკებით კოლონიზებული პერსონალი სამუშაოდან არ თავისუფლდება, თუ არ არის დადგენილი კავშირი სამედიცინო დაწესებულებაში ამ მიკროორგანიზმების გავრცელებასთან.

6. სამედიცინო დაწესებულებაში გამოიყენება ხელების დეკონტამინაციის სამი დონე:

ა) ხელების ჩვეულებრივი დაბანა – პაციენტებთან ან/და კონტამინირებულ გარემო ობიექტებთან კონტაქტისას სამედიცინო პერსონალის ხელების კანიდან ჭუჭყისა და ტრანზიტორული ფლორის მოცილება;

ბ) ჰიგიენური ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება;

გ) ქირურგიული ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება და რეზიდენტული ფლორის შემცირება.

### **მუხლი 13. პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები ინფიცირების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ერთეულებში**

1. საოპერაციო ბლოკი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), ქირურგიული განყოფილების სხვა სათავსებისგან, გამოყოფილი უნდა იყოს ტამბურით.

2. საოპერაციოდ აღჭურვილი უნდა იქნეს ჰაერის გამაუვნებელი და სავენტილაციო მოწყობილობებით.

3. საოპერაციოში არსებული ვენტილაციის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს დადებითი ატმოსფერული წნევის შენარჩუნებას, ხოლო ჰაერცვლა უნდა წარმოებდეს არანაკლებ 15-ჯერ საათში, რომელთაგან 3-ჯერ მაინც უნდა მოხდეს სუფთა ჰაერით ჩანაცვლება, როგორც რეცირკულირებული, ასევე, სუფთა ჰაერი უნდა იფილტრებოდეს სათანადო ფილტრებში.

4. საოპერაციოს კედლები, იატაკი და ჭერი უნდა მოპირკეთდეს მასალით, რომელიც ექვემდებარება სველი წესით დამუშავებას და მედეგია დეზინფექტანტებისადმი.

5. საოპერაციო ბლოკის შიდა სათავსებში გათვალისწინებული უნდა იქნეს სექტიკური და ასეპტიკური სათავსების ზონირება (სტერილური ზონა, „სუფთა“, ანუ მკაცრი რეჟიმის ზონა, „ჭუჭყიანი“ სათავსების ზონა).

6. საოპერაციო ბლოკის აღნიშნულ ზონებში უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ნაკადების გამიჯვნა მიმართულებების მიხედვით და თავიდან იქნეს აცილებული მათი გადაკვეთა.

7. სამედიცინო სერვისის მრავალპროფილიანი სტაციონარის შემადგენლობაში ინტეგრირების შემთხვევაში, უნდა ჰქონდეს სხვა ერთეულებისაგან დამოუკიდებელი (მათ შორის გინეკოლოგიური) მიმღები.

8. სამშობიაროს უნდა გააჩნდეს მხოლოდ სამედიცინო-გინეკოლოგიური ოპერაციებისთვის განკუთვნილი დამოუკიდებელი საოპერაციო.

9. ფთიზიატრიული პროფილის მაღალი რისკის სათავსებს მიეკუთვნება ყველა ის ადგილი, სადაც ხდება ინფექციურად გადამდები, აქტიური ტუბერკულოზით მოავადე პაციენტის დაყოვნება. მათში რეკომენდებულია შემდეგი პირობების დაცვა:

ა) ჰაერის ნაკადის მიმართვა დაბალი რისკის სათავსებიდან მაღალი რისკის სათავსის მიმართულებით და გარეთ;

ბ) მინიმუმ 6-ჯერადი ჰაერცვლა საათში ხელოვნური ან ბუნებრივი ვენტილაციის გამოყენებით.

10. ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებებში მაღალი რისკის სათავსებში დაყოვნების ან გადაადგილების დროს პერსონალმა უნდა გამოიყენოს ჰეპა-ფილტრებით აღჭურვილი რესპირატორები, მინიმუმ 0,2 მკ ზომის ნაწილაკების 95 %-იანი ფილტრაციის უნარით.

11. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებების ხანგრძლივი დაყოვნების სათავსების, ინფექციურად გადამდები პაციენტების პალატების მიმართ არის შემდეგი:

ა) პალატებში პაციენტების გადანაწილება უნდა მოხდეს რეზისტენტობის პროფილის მიხედვით;

ბ) პალატა წინა ოთახით (რაბით) უნდა გამოყოფილი იქნეს დერეფნისაგან;

გ) პალატა აღჭურვილი უნდა იყოს ინდივიდუალური სველი წერტილით;

დ) პალატაში პაციენტების მაქსიმალური რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს ორს;

ე) პალატებში პაციენტების საწოლები, რეკომენდებულია, ერთმანეთისაგან სულ მცირე 1,5 მ იყოს დაცილებული;

ვ) პალატაში თოთოეულ პაციენტზე გათვლილი ფართობი უნდა იყოს არანაკლებ 8 მ<sup>2</sup>;

ზ) პალატებში ღიობების საერთო ფართობი უნდა შეადგინდეს საერთო ფართის მინიმუმ 20%-ს.

12. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებების მაღალი რისკის პროცედურის – ნახველის შემგროვების ორგანიზების მიმართ არის შემდეგი:

ა) ნახველის შეგროვება უნდა განხორციელდეს სპეციალურ ოთახში, რომელიც აღჭურვილია ხელოვნური ვენტილაციით;

ბ) ვენტილაციამ უნდა უზრუნველყოფს ჰაერის ნაკადის მიმართვა ოთახიდან გარეთ (ღია სივრცეში) და, ასევე, საათში 6-12 ჯერადი ჰაერცვლა;

გ) ოთახში უნდა განთავსდეს ღია ტიპის ბაქტერიოციდული ნათურა, რომლის გამოყენება უნდა ხდებოდეს ინსტრუქციის და უსაფრთხოების წესების მკაცრად დაცვით;

დ) ოთახით სარგებლობისას პაციენტებს შორის ინტერვალები უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 15 წუთს;

ე) სამედიცინო დაწესებულებაში ნახველის შესაგროვებელი ოთახის არარსებობის შემთხვევაში, პროცედურა უნდა განხორციელდეს შენობის გარეთ, ბუნებრივი ვენტილაციის პირობებში, სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ადგილას;

ვ) აკრძალულია ნახველის შეგროვება პაციენტების პალატებში ან საპირფარეოებში ან სხვა ოთახებში, რომლებიც არ აკმაყოფილებს ამ პუნქტით განსაზღვრულ პირობებს.

13. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის თორაკალური ქირურგიის საოპერაციო ბლოკის და საოპერაციო ბრიგადის წევრების მიმართ:

ა) საოპერაციო ბლოკის წინ განთავსებული ტამბური აღიჭურვილი უნდა იყოს ჰაერის გამწმენდი საშუალებით;

ბ) საოპერაციო ბრიგადის წევრებმა ქირურგიული ნიღბის ნაცვლად უნდა გამოიყენონ რესპირატორები ორმაგი დანიშნულებით: ქირურგიული ნიღბის და 0,2 მკ ზომის ნაწილაკების 95 %-იანი ფილტრაციის უნარით.

14. სხვადასხვა კონსტრუქციის კიდული ჭერის გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ ისეთ სათავსებში, რომლებიც არ მოითხოვს ეპიდსაწინააღმდეგო, სადეზინფექციო მკაცრი რეჟიმისა და ასეპტიკის და ანტისეპტიკის პირობების დაცვას. კიდული ჭერი შესაძლოა აგრეთვე გაკეთდეს: ვესტიბულებში, დერეფნებში, ჰოლებში და სხვა დამხმარე სათავსებში, რომლებიც უშუალოდ არ ემიჯნება საოპერაციოს, სამშობიარო ბლოკს, შესახვევს, საპროცედუროს, პალატებს და სხვა ანალოგიურ სათავსებს. ამასთან კიდული ჭერის კონსტრუქცია და მასალები უნდა უზრუნველყოფდეს მათ მოხერხებულ გაწმენდას, დასუფთავებას და დეზინფექციას.

#### **მუხლი 14. სამედიცინო დაწესებულებების გარემო ობიექტების დამუშავება და დასუფთავება ინფექციების კონტროლის მიზნით**

1. ინფექციის გადაცემის მექანიზმში გარემო ობიექტების ზედაპირები შესაძლებელია ასრულებდნენ ინფექციის გადაცემის მხოლოდ შუალედური (მეორადი) ფაქტორის როლს (სამედიცინო პერსონალის ხელების კონტამინაციისას ან პაციენტებთან კონტაქტში მყოფ სამედიცინო ხელსაწყოების ზედაპირებთან კონტაქტის დროს), ამიტომ ისინი განიხილება როგორც ჯვარედინი ინფექციის წყარო.

2. ჯვარედინი კონტამინაციის განვითარების რისკი მაღალია იმ ერთეულებში, სადაც მოთავსებულნი არიან იმუნოკომპრომისული პაციენტები (მაგალითად, კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის, დამწვრობის, ჰემოდიალიზისა და ონკოლოგიური ერთეულები).

3. ინფექციის გადაცემის მექანიზმში, გარემო ობიექტების ზედაპირების როლიდან გამომდინარე, განისაზღვრება მოთხოვნები მათი დასუფთავება-დეზინფექციისადმი. კერძოდ:

ა) გარემო ობიექტების ზედაპირებისათვის უსაფრთხოების ადეკვატური დონის მიღწევა შესაძლებელია ზედაპირების ვიზუალურად სუფთა მდგომარეობაში ყოფნის გზით, აღნიშნულის მისაღწევად კი საკმარისია წყლისა და დეტერგენტის ან დაბალი დონის დეზინფექტანტის გამოყენება (ზედაპირის ტიპისა და კონტამინაციის ხარისხის მიხედვით);

ბ) დიდი რაოდენობით მიკროორგანიზმებით კონტამინირებული სამედიცინო დანიშნულების საგნების (მაგალითად, შარდის შემკრები კონტეინერები) ზედაპირები ჯერ უნდა გასუფთავდეს, შემდეგ კი დამუშავდეს დაბალი ან საშუალო დონის დეზინფექტანტის საშუალებით.



4. გარემო ობიექტების ზედაპირების გაწმენდის სიხშირე და მეთოდები დამოკიდებულია სამედიცინო სერვისის ტიპზე, გასაწმენდი ზედაპირის სახეობაზე, დაბინძურების ტიპსა და რაოდენობაზე. ჩვეულებრივი გაწმენდის დროს დაბინძურებისა და მიკროორგანიზმების ფიზიკური მოცილება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ნებისმიერი ანტიმიკრობული ეფექტის მქონე ხსნარით დამუშავება.

5. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია უზრუნველყოს როგორც შენობის, ასევე, მასში განთავსებული აპარატურის/ინვენტარისა და სხვა ობიექტების ზედაპირების სისუფთავე.

6. დასუფთავება უნდა წამოებდეს ნაკლებად დაბინძურებული უბნებიდან მეტად დაბინძურებული უბნების მიმართულებით.

7. შეხებაში ხშირად მყოფი ზედაპირების დასუფთავება და დეზინფექცია უნდა წარმოებდეს ხშირად, განსაკუთრებით კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის, დამწვრობის, ონკოლოგიური და ჰემოდიალიზის ერთეულებში. იმ ზედაპირების დასუფთავება, რომლებსაც არ ეხებიან ხელებით, წარმოებს უფრო იშვიათად, მაგრამ რეგულარულად.

8. კედლების, იატაკისა და ფარდების/ჟალუზების (არსებობის შემთხვევაში) დასუფთავება წარმოებს საჭიროებისამებრ, აგრეთვე, ესთეტიკის მოთხოვნათა გათვალისწინებით.

9. საწმენდი ხსნარი უნდა მომზადდეს ყოველდღიურად. შესამჩნევი დაბინძურების შემთხვევაში უნდა შეიცვალოს ახალი ხსნარით.

10. მტვრისა და მიკროორგანიზმების გავრცელების შემცირების მიზნით კედლების, იატაკისა და ზედაპირების დასუფთავება უნდა განხორციელდეს სველი წესით.

11. საწმენდი და სადეზინფექციო ინვენტარი გამოყენების შემდეგ უნდა გაირეცხოს და გაშრეს.

12. დალაგების დროს გამოყენებული უნდა იქნეს ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები – ხელთათმანები, ნიღაბი, წყალგაუმტარი წინსაფარი.

13. ქირურგიული პროფილის პალატურ ერთეულში სველი წესით დალაგება უნდა ხორციელდებოდეს დღეში არანაკლებ 2-ჯერ. დალაგებისას სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენება ხდება თეთრეულის გამოცვლისა და პალატაში ნოზოკომიური ინფექციის აღმოჩენის შემთხვევაში.

14. საოპერაციო ბლოკისა და შესახვევის გენერალური დალაგება უნდა ხდებოდეს კვირაში ერთხელ, სათავსები წინასწარ უნდა გათავისუფლდეს ინვენტარის, აღჭურვილობის, ინსტრუმენტებისა და მედიკამენტებისაგან.

15. საოპერაციო ბლოკის, შესახვევების, კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის პალატების სველი წესით დალაგება სადეზინფექციო ხსნარების გამოყენებით უნდა ხდებოდეს ყოველდღიურად.

16. საოპერაციოებში დასუფთავება უნდა წარმოებდეს რეგულარულად, შემდეგი წესით:

ა) საოპერაციოში ყველა ჰორიზონტალური ზედაპირი ყოველდღიურად ექვემდებარება სველი წესით დამუშავებას, დეზინფექტანტის გამოყენებით;

ბ) ოპერაციებს შორის დასუფთავება უნდა განხორციელდეს შემდეგი სქემის შესაბამისად:

ბ.ა) ყოველი ოპერაციის შემდეგ დაბინძურებული მოწყობილობები და ავეჯი გაიწმინდოს დაბალი დონის დეზინფექტანტით. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ზედაპირებს, რომლებიც კონტამინირებულია სისხლით ან სხვა ბიოლოგიური სითხეებით და ზედაპირებს, რომლებსაც ხშირად ეხებიან ხელით;

ბ.ბ) ყოველი ოპერაციის შემდეგ გაიწმინდოს იატაკის ვიზუალურად დაბინძურებული უბნები.

17. სამედიცინო დაწესებულებაში დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს დაღვრილი/გაშხვევებული დაღვრილი სისხლის, მისი პრეპარატებისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების (შემდგომში – ბიოლოგიური სითხეები) დეკონტამინაცია და გაწმენდა. აღნიშნული პროცედურების ჩასატარებლად დაცული უნდა იქნეს შემდეგი წესი:

ა) გამოყენებული იქნეს ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები – ხელთათმანები, ნიღაბი, სათავლე, სახის დამცავი ფარი, წყალგაუმტარი წინსაფარი;

ბ) ზედაპირების დეკონტამინაციის მიზნით საჭიროა შესაბამისი კონცენტრაციის (დაბალი/საშუალო დონის) დეზინფექტანტის მოსხმა ან სწრაფი მოქმედების დეზინფექტანტის გამოყენება, მწარმოებლის ინსტრუქციით დადგენილი წესით;

გ) დეკონტამინაციის შემდგომ საჭიროა დაბინძურებული ადგილის გაწმენდა მაადსორბირებელი მასალით (ღრუბელი და სხვა). გაწმენდის შემდეგ აღნიშნული მასალა უნდა მოთავსდეს სამედიცინო ნარჩენების შესაბამისი კლასისთვის განკუთვნილ კონტეინერში ან განადგურდეს.

18. დასუფთავების დროს თავიდან უნდა იქნას აცილებული შხვევებისა და აეროზოლების წარმოქმნა.

19. დასუფთავების პროცედურების ჩატარების დასრულებისთანავე, ხელთათმანების გახდის შემდეგ, აუცილებელია ხელების დაბანა.

## **მუხლი 15. სამედიცინო დაწესებულების თეთრეულის მოვლის რეჟიმი ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის მიზნით**

1. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში დიდი მნიშვნელობა უნდა ენიჭებოდეს თეთრეულის ჰიგიენური რეჟიმის დაცვას.

2. თეთრეული უნდა გამოიცვალოს საჭიროების მიხედვით, მაგრამ არანაკლებ კვირაში ერთხელ.

3. ნახმარი თეთრეულის შეგროვება უნდა მოხდეს სპეციალურად ამ მიზნისთვის განკუთვნილ ტომარაში ან სხვა თავდახურულ მოცულობაში. კატეგორიულად იკრძალება გამონაცვალის თეთრეულის იატაკზე მოგროვება, დაბერტყვა, შეფუთვის გარეშე ტრანსპორტირება.

4. ინფიცირებული ან პირობით ინფიცირებული თეთრეულის პრობლემა მდგომარეობს არა მხოლოდ მიკროორგანიზმებით კონტამინაციაში, რომლებითაც შეიძლება ისინი დაბინძურდნენ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, არამედ მათი რეცხვის რეჟიმის დაცვაშიც.

5. თეთრეულის რეცხვა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა განხორციელდეს დაწესებულების სამრეცხაოში ან სპეციალურ სამრეცხაოებში ხელშეკრულების საფუძველზე. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულების თეთრეულის რეცხვის მთელი ციკლისათვის (მიღება, დახარისხება,

რეცხვა, გაშრობა, გაუთოვება, დასაწყობება, შენახვა და გაცემა) დამოუკიდებელი ტექნოლოგიური ხაზის არსებობა.

6. თეთრეულის დამუშავება მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- ა) თეთრეულის შეკრება;
- ბ) ტრანსპორტირება;
- გ) ჭუჭყიანი თეთრეულის შენახვა;
- დ) რეცხვა და დეზინფექცია;
- ე) დაუთოვება;
- ვ) შეფუთვა;
- ზ) სუფთა თეთრეულის შენახვა;
- თ) სუფთა თეთრეულის ტრანსპორტირება.

7. რეცხვისას უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს:

- ა) სუფთა და ჭუჭყიანი თეთრეულის ნაკადების გადაკვეთის პრევენცია;
- ბ) სამრეცხაოში თეთრეულის ბრუნვის ტექნოლოგიის მართებულად ორგანიზება;

გ) ინფიცირებული და პირობით ინფიცირებული თეთრეულის დამუშავების სტანდარტების დაცვა;

დ) რეგისტრირებული სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენება;

ე) შესაძლო დაინფიცირების ადგილების სისტემატიური გამოვლენა და კონტროლი.

8. სამრეცხაოში თეთრეულის დასამუშავებლად უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ტექნოლოგიური პროცესების ნაკადურობა, რათა გამოირიცხოს ჭუჭყიანი და სუფთა თეთრეულის ნაკადების გადაკვეთა. ჭუჭყიანი თეთრეულის მიღება და სუფთას გაცემა უნდა ხორციელდებოდეს სხვადასხვა ადგილიდან (კარი, ფანჯარა). თუ დაწესებულებაში ვერ ხერხდება ჭუჭყიანი და სუფთა თეთრეულის მოძრაობის ნაკადების სრული გამიჯვნა, მაშინ შესაძლებელია ჰერმეტიული შეფუთვის გამოყენება სუფთა თეთრეულის გასაცემად.

9. დაბინძურების ხარისხისა და თეთრეულის ტიპის მიხედვით შეირჩევა რეცხვის შესაბამისი პროგრამა. ინფექციური პაციენტებისა და ახალშობილთა მოვლის სერვისების თეთრეული, დაბინძურების ხარისხის მიუხედავად, განიხილება როგორც „ძლიერ დაბინძურებული თეთრეული“ და მათი რეცხვა წარმოებს შესაბამისი სადეზინფექციო საშუალებებით დეკონტამინაციის შემდეგ.

10. 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა თეთრეულის რეცხვა ხორციელდება სხვა ასაკობრივი კატეგორიისთვის განკუთვნილი თეთრეულისაგან დამოუკიდებელად და გამოიყენება სპეციალური (არასინთეზური) საშუალებები.

დანართი №1

### სამედიცინო დაწესებულებების თვითშეფასების სარეკომენდაციო კითხვარი

| 1. ადმინისტრაციული პოლიტიკა და უწყებრივი პრაქტიკა |                      |                    |
|---|----------------------|--------------------|
| ორგანიზაციული პოლიტიკა                            | არსებული/<br>მოქმედი | თუ პასუხია<br>არა, |

|   | პრაქტიკა |        | მიუთითეთ მოქმედების გეგმა |
|---|----------|--------|---------------------------|
| 1.1. ინფექციების პრევენციის პრინციპები და პროცედურები ხელმისაწვდომია, მოქმედი და შემუშავებულია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების მიხედვით  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 1.2. ინფექციების პრევენციის წესებისა და პროცედურების გადახედვა ხორციელდება ყოველწლიურად, ასევე მოქმედი ნორმატიული ბაზის მიხედვით  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 1.3. დაწესებულებაში მუშაობს არანაკლებ ერთი პირი, რომელსაც გააჩნია საჭირო კვალიფიკაცია და გავლილი აქვს სწავლება ინფექციის პრევენციის საკითხებზე  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 1.4. უზრუნველყოფილია სტანდარტული გამაფრთხილებელი ღონისძიებების დაცვისათვის აუცილებელი მასალების მუდმივი ხელმისაწვდომობა   | დიახ __  | არა __ |                           |
| <b>2. ზოგადი განათლება და სწავლება ინფექციის პრევენციის საკითხებში</b>  |          |        |                           |
| 2.1. პერსონალი გადის სპეციფიკურ სწავლებას სამუშაო სპეციფიკის მიხედვით ინფექციის პრევენციის წესებისა და პროცედურების შესახებ სამუშაოზე მიღებისას და შემდგომ რეგულარულად                          | დიახ __  | არა __ |                           |
| 2.2. პერსონალის კომპეტენტურობა და შესაბამისობა ინფექციების პრევენციის წესებითა პროცედურებით დადგენილი მოთხოვნებისადმი დოკუმენტირებულია სამუშაოზე მიღებისას და ყოველწლიურად ჩატარებული შეფასებით | დიახ __  | არა __ |                           |
| <b>3. პროფესიული ჯანმრთელობა</b>  |          |        |                           |
| 3.1. პერსონალს გავლილი აქვს სწავლება პროფესიულ რისკებთან დაკავშირებით   | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.2. ორგანიზაცია ახორციელებს სამედიცინო პერსონალის ნემსით ჩხვლეტის, ბასრი საგნებით დაზიანების და ექსპოზიციის სხვა შემთხვევების აღრიცხვას  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.3. ექსპოზიციის შემთხვევის შემდგომ, ხორციელდება პერსონალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, მ.შ. პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება და მეთვალყურეობა                                     | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.4. B ჰეპატიტის ვაქცინაცია ხელმისაწვდომია იმ პერსონალისათვის, რომელიც იმყოფება პროფესიული რისკის ქვეშ  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.5. ვაქცინაციის შემდგომი პროტექტორული დონის სკრინინგი B ჰეპატიტის ანტიხეულებზე ხორციელდება ვაქცინის მესამე დოზის მიღების შემდგომ   | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.6. პერსონალი ყოველწლიურად ღებულობს შეთავაზებას ორგანიზაციისაგან გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის თაობაზე  | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.7. პერსონალს, რომელიც მუშაობს ტუბერკულოზის ექსპოზიციის რისკის ქვეშ, უტარდება სკრინინგი სამუშაოზე მიღებისას და შემდგომ ყოველწლიურად (თუ შედეგი ნეგატიურია)                                     | დიახ __  | არა __ |                           |
| 3.8. ორგანიზაციას გააჩნია რესპირატორების გამოყენების პროგრამა, რომელშიც დეტალურადაა გაწერილი რესპირატორების გამოყენების წესები და შესაბამისი  | დიახ __  | არა __ |                           |

|  |         |        |  |
|--|---------|--------|--|
| პროცედურები  |         |        |  |
| 3.9. რესპირატორების მოხმარებისათვის თავსებადობის ტესტირება ყოველწლიურად უტარდება შესაბამის პერსონალს   | დიახ __ | არა __ |  |
| 3.10. ორგანიზაციას გააჩნია წერილობითი პროტოკოლები სამუშაოსთან, საზოგადოებასთან და ექსპოზიციასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლისათვის, მათ შორის, შემთხვევის შეტყობინების ვალდებულების შესახებ ინფექციების კონტროლსა და პროფესიულ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი პირებისათვის | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>4. ზედამხედველობა და ანგარიშგება</b>  |         |        |  |
| 4.1. პერსონალისათვის ხელმისაწვდომია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანოებისათვის შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების ნუსხა   | დიახ    | არა __ |  |
| 4.2. სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია წარმოადგინოს (მოთხოვნის შემთხვევაში) დოკუმენტაცია შესაბამისი სახელმწიფო სტრუქტურებისათვის შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების/მდგომარეობების, ნოზოკომიური ინფექციებისა და ეპიდემიოლოგიის თაობაზე შეტყობინების მიწოდების შესახებ                 | დიახ    | არა __ |  |
| <b>5. ხელეზის ჰიგიენა</b>  |         |        |  |
| 5.1. დაწესებულება უზრუნველყოფს ხელეზის ჰიგიენის საშუალებების (მაგ.: საპონი, წყალი, ქაღალდის ხელსახოცი, ხელის ანტისეპტიკის სპირტშემცველი საშუალება) მუდმივ ხელმისაწვდომობას კლინიკის ყველა სტრუქტურული ქვედანაყოფის ტერიტორიაზე, სადაც ხორციელდება პაციენტების მომსახურება                    | დიახ __ | არა __ |  |
| 5.2. პერსონალს გააჩნია ცოდნა იმ მაჩვენებლების შესახებ, თუ როდის უნდა დაიბანოს ხელი საპნითა და წყლით და როდის გამოიყენოს ხელის ანტისეპტიკის სპირტშემცველი საშუალება   | დიახ __ | არა __ |  |
| 5.3. დაწესებულება პერიოდულად ახორციელებს ხელეზის ჰიგიენის მონიტორინგს და პერსონალს აწვდის ინფორმაციას მიღებული შედეგებისა და დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისობის/მიღწეული ეფექტურობის შესახებ   | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>6. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები</b>   |         |        |  |
| 6.1. დაწესებულებაში უზრუნველყოფილია ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების ხელმისაწვდომობა  | დიახ __ | არა __ |  |
| 6.2. პერსონალს გავლილი აქვს სწავლება ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების შერჩევისა და გამოყენების საკითხებზე   | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>7. უსაფრთხო ინიექცია</b>  |         |        |  |
| 7.1. მედიკამენტების შესყიდვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღებისას სამედიცინო დაწესებულება ითვალისწინებს ფლაკონის ზომის შერჩევას, რაც შეესაბამება კლინიკის პროცედურულ საჭიროებებს და ზღუდავს მრავალ-დოზიანი ფლაკონების გამოყენებას  | დიახ __ | არა __ |  |
| 7.2. საინიექციო ხსნარის მომზადება ხორციელდება ასეპტიკური ტექნიკის გამოყენებით, სუფთა ზონაში, რომელიც თავისუფალია სისხლის, ბიოლოგიური სითხეებისა და დაბინძურებული აღჭურვილობისაგან  | დიახ __ | არა __ |  |
| 7.3. დაწესებულებას გააჩნია წესები და პროცედურები, რომელთა საშუალებით მეთვალყურეობას უწევს კონტროლს   | დიახ __ | არა __ |  |

|  |         |        |  |
|--|---------|--------|--|
| დაქვემდებარებული სუბსტანციების ხელმისაწვდომობას სამედიცინო პერსონალისათვის, ნარკოტიკული საშუალებების არალეგალური ხარჯვის თავიდან ასაცილებლად   |         |        |  |
| <b>8. რესპირატორული ჰიგიენა/დაცემინება-დახველების ეტიკეტი</b>  |         |        |  |
| 8.1. დაწესებულებას გააჩნია ქცევის წესები და პროცედურები იმ პირებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ რესპირატორული ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები, დაწესებულების მოსაცდელიდან დაწყებული და მთელი ვიზიტის განმავლობაში. ღონისძიებები მოიცავს:   | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.1. პოსტერის განთავსებას მოსაცდელში (სადაც მოცემულია ინსტრუქცია პირებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ რესპირატორული ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები, რათა დაცემინებისას და დახველებისას დაიფარონ ცხვირ-პირი ცხვირსახოცით და დაიბანონ ხელები რესპირატორულ გამონაყოფებთან კონტაქტის შემდგომ)                             | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.2. ერთჯერადი ცხვირსახოცებისა და უკონტაქტო კონტეინერების გამოყენებას ცხვირსახოცების ჩასაგდებად  | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.3. ხელების ჰიგიენის საშუალებების განთავსებას მოსაცდელში ან მის სიახლოვეს   | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.4. ნიღაბის შეთავაზებას პაციენტებისა და მათი თანმხლები პირებისათვის, რომლებიც აცემინებენ/ახველებენ ან გააჩნიათ სხვა სიმპტომები, დაწესებულებაში შესვლის შემდეგ   | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.5. არეალის გამოყოფას და შეთავაზებას იმ პირებისათვის, რომლებსაც გააჩნიათ რესპირატორული ინფექციების სიმპტომები, რომ დასხდნენ მოსაცდელში რაც შეიძლება მოშორებით სხვებისაგან. სასურველია, დაწესებულების მოსაცდელში გამოიყოს ცალკე ადგილი ასეთი პაციენტებისათვის  | დიახ __ | არა __ |  |
| 8.1.6. დაწესებულების მიერ პერსონალის სწავლებას ინფექციის პრევენციის ღონისძიებების მნიშვნელობის შესახებ რესპირატორული გამონაყოფებით პათოგენების გავრცელების თაობაზე, პაციენტების ჯანმრთელობის შემოწმებისა და მკურნალობისას.   | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>9. გარემოს ობიექტების დასუფთავება</b>   |         |        |  |
| 9.1. დაწესებულებას გააჩნია წერილობითი წესები და პროცედურები გარემო ობიექტების რუტინული დასუფთავებისა და დეზინფექციის შესახებ, პასუხისმგებელი პერსონალის მითითებით  | დიახ __ | არაი   |  |
| 9.2. დასუფთავების სამსახურის პერსონალს უტარდება სამუშაო-სპეციფიკური სწავლება და შეფასდება მათი კომპეტენცია სამუშაოზე მიღებისას, აგრეთვე წესებისა და პროცედურების ცვლილებისას   | დიახ __ | არაი   |  |
| 9.3. სწავლება და ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები ხელმისაწვდომია დასუფთავების სამსახურის პერსონალისათვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პერსონალის ექსპოზიცია პათოგენური ბიოლოგიური აგენტებითა და ქიმიური ნივთიერებებით (ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები შეიძლება მოიცავდეს ხელთათმანებს, ხალათს, ნიღაბსა და სათვალეს) | დიახ __ | არა __ |  |
| 9.4. პერიოდულად ხორციელდება დასუფთავების პროცედურების მონიტორინგი და შეფასება, სამუშაოების   | დიახ __ | არა __ |  |

|  |         |        |  |
|--|---------|--------|--|
| თანამიმდევრულად და სწორად წარმოების შეფასების მიზნით   |         |        |  |
| 9.5. დაწესებულებას გააჩნია გაუზნებელყოფის წესები/პროცედურები სისხლისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების დაღვრის შემთხვევებისათვის   | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>9. მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტების დამუშავება</b>  |         |        |  |
| 10.1. დაწესებულებას გააჩნია წესები და პროცედურები მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტების სათანადო გასუფთავებისა და სტერილიზაციის უზრუნველსაყოფად   | დიახ __ | არა __ |  |
| 10.2. წესები, პროცედურები და მწარმოებლის ინსტრუქციები მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტების დამუშავებასთან დაკავშირებით, დაწესებულების მიერ შერჩეული სქემით, ხელმისაწვდომია სასტერილიზაციო არეალში  | დიახ __ | არა __ |  |
| 10.3. პერსონალს, რომელიც ახორციელებს მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტების წინასატერილიზაციო დამუშავებას და სტერილიზაციას, ჩატარებული აქვს სათანადო სწავლება, ხოლო მათი კომპეტენციის შეფასება დოკუმენტირებულია დადგენილი რეგულარობით (არანაკლებ ყოველწლიურად, და ასევე, ახალი აღჭურვილობის დანერგვისას) | დიახ __ | არა __ |  |
| 10.4. სწავლება და ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები ხელმისაწვდომია სასტერილიზაციოს პერსონალისათვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მათი ექსპოზიცია პათოგენური ბიოლოგიური აგენტებითა და ქიმიური ნივთიერებებით (ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები შეიძლება მოიცავდეს ხელთათმანებს, ხალათს, ნიღბსა და სათვალეს)             | დიახ __ | არა __ |  |
| <b>11. მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და მოწყობილობის სტერილიზაცია</b>  |         |        |  |
| 11.1. მრავალჯერადი გამოყენების ყველა კრიტიკული ინსტრუმენტი და მოწყობილობა ექვემდებარება სტერილიზაციას ხელახლა გამოყენებამდე  | დიახ __ | არა    |  |
| 11.2. სასტერილიზაციო დანადგარებს რუტინულად უტარდება შემოწმება მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად (შემოწმება დოკუმენტირებული და ხელმისაწვდომია)  | დიახ __ | არა    |  |
| 11.3. მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ყველა პროცესი დოკუმენტირებულია დადგენილი ფორმის ჟურნალში  | დიახ __ | არა    |  |
| <b>12. მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და მოწყობილობის მაღალი დონის დეზინფექცია</b>  |         |        |  |
| 12.1. მრავალჯერადი გამოყენების ყველა ნახევრად კრიტიკული ინსტრუმენტი და მოწყობილობა ექვემდებარება სულ მცირე მაღალი დონის დეზინფექციას ხელახლა გამოყენებამდე   | დიახ __ | არა __ |  |
| 12.2. დაწესებულებას გააჩნია სისტემა, რომლის მიხედვით ახორციელებს პაციენტისათვის ჩატარებული პროცედურისას გამოყენებული ინსტრუმენტის (მაგ.: ენდოსკოპი) იდენტიფიკაციას   | დიახ __ | არა __ |  |