

## چک لیست پایش عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب کووید ۱۹

چک لیست درونداد (الزامات، امکانات و تجهیزات، تامین نیروی انسانی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی و کارکنان، تسهیلات و فضای فیزیکی و حفاظت فردی)				
کلان منطقه:	نام مرکز بهداشت شهرستان:	نام مرکز:	تاریخ پایش:	سطح ارزیابی:
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:		نوبت شیفت (صبح/عصر):		
نام و نام خانوادگی پایش کننده:				
ردیف	پرسش	سنجه	پاسخ	
			بله	مورد ندارد
۱			۱,۱	ساعت ارائه خدمت مرکز (ساعات فعالیت) درج شده است.
			۱,۲	نوع خدمات مرکز درج شده است.
			۱,۳	در محل مناسب (قبل از ورود به مرکز، ترجیحا در کنار تابلو مرکز) نصب شده است.
			۱,۴	ابعاد مناسب و قابل رویت ( حداقل ابعاد ۱*۲ متر) می باشد.
			۱,۵	اطلاع رسانی در خصوص آدرس واحدهایی که سایر خدمات معمول را ارائه می دهند، انجام شده است.
۲			۲,۱	پوستر آموزش پیشگیری از انتقال بیماری کووید ۱۹
			۲,۲	پوستر شستشوی دست در ۲۰ ثانیه
			۲,۳	پوستر <a href="http://salamat.gov.ir">salamat.gov.ir</a>
			۲,۴	پوستر شماره های پاسخگویی
			۲,۵	آداب عطسه و سرفه
			۲,۶	اصول صحیح استفاده از ماسک
۳			۳,۱	فضای اختصاصی برای پذیرش بیماران تنفسی در نظر گرفته شده است.
			۳,۲	فضا با تابلو و علائم راهنما مشخص گردیده است و در بدو ورود کاملا مشخص می باشد.
			۳,۳	فضای پذیرش مراجعان برای پیشگیری از مواجهه با قطرات بیماری زا مناسب سازی شده است. (رعایت فاصله، حفاظ و...)
			۳,۴	فاصله استاندارد در محل تریاژ بیماران رعایت می شود.
			۳,۵	با علامت گذاری مخصوص محل ایستادن (صف) در قسمت پذیرش، آسانسور (در صورت وجود)، محل نمونه برداری آزمایشگاه و سایر قسمت هایی که محل تجمع می باشند، مشخص شده است.
			۳,۶	در فضای انتظار صندلی ها برای رعایت فاصله فیزیکی با حداقل یک متر فاصله، چیده شده است. (یا اگر امکان جدا کردن صندلی وجود ندارد، با علامت گذاری محل نشستن با فاصله حداقل یک متر مشخص شده است.)

## چک لیست پایش عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب کووید ۱۹

چک لیست درونداد (الزامات، امکانات و تجهیزات، تامین نیروی انسانی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی و کارکنان، تسهیلات و فضای فیزیکی و حفاظت فردی)				
کلان منطقه:		نام مرکز بهداشت شهرستان:		نام مرکز:
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:		نوبت شیفت (صبح/عصر):		نام و نام خانوادگی پایش کننده:
ردیف	پزشک	سنجه		
		بله	خیر	مورد ندارد
				۳,۷. اتاق‌ها از بدو ورود مراجعه کننده تا خروج به ترتیب شماره گذاری شده یا از خطوط رنگی برای راهنمایی مراجعه کنندگان استفاده شده تا از سردرگمی افراد پرهیز شود.
۴		توضیح: منظور از اتاق‌ها، اتاق‌های ارایه خدمت شامل (اتاق پزشک، پرستار، نمونه‌گیر، پذیرش) و منظور از فضاها شامل (سالن انتظار، پذیرش، آبدارخانه، توالی و...) می‌باشد.		
				۴,۱. در و پنجره باز و جریان هوا برقرار است. در صورتی که اتاق یا فضایی فاقد پنجره باشد ولی سیستم تهویه سالم و جریان هوا برقرار باشد گزینه "بله" انتخاب گردد.
				۴,۲. سیستم تهویه، سالم و جریان هوا برقرار است.
۵		توضیح: موارد ذیل برای سرویس بهداشتی مراجعه کنندگان و سرویس بهداشتی کارکنان (در صورت مجزا بودن) ارزیابی شود.		
				۵,۱. وجود روشویی مناسب در هر یک از اتاق‌های کار ارایه دهنده خدمت (پزشک، مراقب سلامت/پرستار، نمونه‌گیر آزمایشگاه)
				۵,۲. وجود روشویی مناسب و قابل استفاده در سرویس بهداشتی
				۵,۳. وجود سیستم فاضلاب و قابل استفاده بودن
				۵,۴. جریان داشتن آب
				۵,۵. وجود مایع دستشویی / هندراب
				۵,۶. وجود دستمال کاغذی / دستگاه خشک کننده دست
				۵,۷. وجود پوستر مراحل شستشوی دست در کنار دستشویی‌ها
				۵,۸. سالم و قابل استفاده بودن شیر روشویی (در توالی‌ها ترجیحاً پدالی یا اهرمی)
			۵,۹. تمیز بودن سرویس بهداشتی	

## چک لیست پایش عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب کووید ۱۹

**چک لیست درونداد (الزامات، امکانات و تجهیزات، تامین نیروی انسانی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی و کارکنان، تسهیلات و فضای فیزیکی و حفاظت فردی)**

کلان منطقه:				نام مرکز بهداشت شهرستان:				نام مرکز:				تاریخ پایش:				سطح ارزیابی:											
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:				نوبت شیفت (صبح/عصر):				نام و نام خانوادگی پایش کننده:																			
ردیف	پزشک	سنجه												پاسخ													
														بله	خیر	مورد ندارد											
		<p>توضیح: در این سوال فقط موجود بودن وسایل ملاک سنجش نمی باشد، چنانچه نگهبان، پذیرش، خدمه یا هر کدام از ارایه دهندگان خدمات در مرکز از وسایل حفاظت فردی استفاده ننماید، گزینه "خیر" انتخاب و نقش فردی که استفاده نکرده است در بخش "نقاط قابل ارتقا" درج می گردد.</p> <p>ارایه دهندگان خدماتی که در مواجهه بایماران که تولید آئروسل می نمایند می بایست از شیلد و ماسک N95 استفاده نمایند. لباس یکسره کلاه دار فرد نمونه گیر پس از پایان شیفت با مه پاش ضد عفونی می شود (اگر جنس آن قابل شستشو باشد حداکثر بعد از دوبار شستشو تعویض می شود یا در داخل محلول هیپوکلرید سدیم نیم درصد به مدت ۲ ساعت بماند و سپس آبکشی گردد).</p>																									
۶		<p>۶,۱. ارایه دهندگان خدماتی که مستقیم با بیمار سرو کار دارند (پزشک، مراقب سلامت/ پرستار و تحویل دهنده دارو) دارای وسایل کامل حفاظتی شامل (دستکش لاتکس، ماسک، عینک یا شیلد و گان مچ دار) می باشند.</p>																									
		<p>۶,۲. نمونه گیر آزمایشگاه، لباس یکسره کلاه دار، گان، ماسک N95، عینک ایمنی یا شیلد، دستکش لاتکس، پوشش سر، پوشش کفش حداقل برای ۵ روز کاری (۵سری) دارد.</p>																									
		<p>۶,۳. سایر پرسنل اداری، خدماتی و... دستکش و ماسک جراحی دارند.</p>																									
		<p>۶,۴. وسایل حفاظت حداقل برای ۵ روز برای کارکنان موجود است.</p>																									
		<p>۶,۵. ماسک جراحی به بیمار علامت دار داده می شود. (در صورت امکان)</p>																									
۷		<p>۷,۱. از محلول هیپوکلرید سدیم ۰/۵ درصد برای سطوح عفونی و در تماس با بیماران (در صورت نیاز به تهیه آن یک قسمت محلول هیپوکلریت سدیم ۵ درصد با ۹ واحد با آب سرد) استفاده می شود.</p>																									
		<p>۷,۲. از محلول هیپوکلریت ۰/۰۵ درصد برای سایر سطوح مانند سطوح اداری (در صورت نیاز به تهیه آن یک قسمت محلول هیپوکلریت سدیم ۵درصد با ۹۹ قسمت آب سرد) استفاده می شود.</p>																									
		<p>۷,۳. از الکل ۷۰ در صد برای گندزدایی سطوح کوچک مثل تب سنج، اتو سکوپ و گوشی، دستگاه فشارخون، پالس اکسی متر و... استفاده می شود.</p>																									

## چک لیست پایش عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب کووید ۱۹

چک لیست درونداد (الزامات، امکانات و تجهیزات، تامین نیروی انسانی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی و کارکنان، تسهیلات و فضای فیزیکی و حفاظت فردی)					
کلان منطقه:		نام مرکز بهداشت شهرستان:	نام مرکز:	تاریخ پایش:	سطح ارزیابی:
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:		نوبت شیفت (صبح/عصر):		نام و نام خانوادگی پایش کننده:	
ردیف	پزشک	سنجه			پاسخ
		بله	خیر	مورد ندارد	
		۷,۴. روزانه حداقل در دو نوبت ضدعفونی انجام می شود. توصیه شده است بعد از خروج هر بیمار سطوح مجدد گندزدایی شود.			
۸	نیروی انسانی بر اساس دستورعمل فعالیت مراکز منتخب کووید ۱۹ وجود دارند.	توضیح: بر اساس حضور افراد در زمان پایش و یا فهرست (سیستم) حضور و غیاب پرسنل بررسی گردد.			
		۸,۱. یک نفر پزشک عمومی			
		۸,۲. یک نفر پرستار یا ماما یا مراقب سلامت			
		۸,۳. یک نفر پذیرش			
		۸,۴. یک نفر نگهبان			
		۸,۵. نیروهای پایگاه ضمیمه و دندانپزشک و کارشناس تغذیه و کارشناس بهداشت حرفه‌ای از مرکز خارج شده اند. (یا مسیر مراجعه آنها از مسیر بیماران کووید ۱۹ جدا شده باشد).			
		۸,۶. یک نفر نمونه گیر در هر شیفت (در صورتیکه در مرکز منتخب واحد نمونه گیری در نظر گرفته شده باشد).			
۹	ساعت کار مراکز منتخب براساس آخرین ابلاغیه معاونت بهداشت می باشد.	توضیح: بر اساس نامه شماره ۳۰۸/۳۰۰۱ د مورخ ۱۳۹۹/۰۳/۱۱، مراکز خدمات جامع سلامت منتخب شبانه روزی به صورت ۲۴ ساعته، مراکز خدمات جامع سلامت منتخب غیر شبانه روزی، به صورت ۱۶ ساعته در صورت کاهش بار مراجعه در ساعات غیراداری و قرار گرفتن در مناطق کم خطر بیماری کووید ۱۹ تا ساعت ۱۶ بعداز ظهر، مراکز خدمات جامع سلامت منتخب غیر شبانه روزی، در صورت وجود بار مراجعه در ساعات غیراداری و قرار گرفتن در مناطق پرخطر بیماری کووید ۱۹ تا حداقل ساعت ۲۰.			
		با توجه به نوع منطقه (پر خطر و کم خطر) ساعت کاری رعایت شده است.			
۱۰	آموزش کافی برای کلیه پرسنل اعم از تیم سلامت و اداری و خدماتی انجام شده است.	توضیح: برای سنجش این سوال، از یک یا دو نفر از پرسنل سوالی در مورد راه‌های انتقال ویروس یا پیشگیری، علائم فرد مبتلا از پرسنل پرسیده شود)			
		پرسنل اداری/نگهبانی/ خدماتی درباره راه‌های انتقال ویروس آموزش کافی دیده اند.			

## چک لیست پایش عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب کووید ۱۹

چک لیست درونداد (الزامات، امکانات و تجهیزات، تامین نیروی انسانی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی و کارکنان، تسهیلات و فضای فیزیکی و حفاظت فردی)						
کلان منطقه:		نام مرکز بهداشت شهرستان:	نام مرکز:	تاریخ پایش:	سطح ارزیابی:	
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:		نوبت شیفت (صبح/عصر):		نام و نام خانوادگی پایش کننده:		
ردیف	پزشک	سنجه	پاسخ			
			بله	خیر	مورد ندارد	
۱۱		توضیح: صرفاً وجود و سایل ملاک سنجش نمی‌باشد، سالم، از قابل استفاده بودن و عملکرد صحیح هر کدام از تجهیزات اطمینان حاصل گردد. در صورت قابل استفاده نبودن گزینه "خیر" انتخاب و در قسمت نقاط ضعف توضیح داده شود. نوع تب سنج فقط لیزری ملاک سنجش بوده و در صورت نبود تب سنج لیزری علیرغم وجود سایر تب سنج‌ها گزینه "خیر" لحاظ شود. مانیتور فقط در مراکزی که تحویل داده شده است. بررسی شود قبل از شروع ارزیابی نام مراکزی که مانیتور دریافت کرده اند، اخذ شود.				
			۱۱,۱. پالس اکسی متر			
			۱۱,۲. تب سنج لیزری			
			۱۱,۳. کپسول اکسیژن			
			۱۱,۴. ترالی اورژانس			
		۱۱,۵. مانیتور				
۱۲		در صورت نبود ملحفه یکبار مصرف وضعیت ضد عفونی پس از خروج بیمار یا استفاده از روش دیگر مورد سوال قرار گیرد، در صورتی که هیچ اقدامی صورت نگیرد، گزینه "خیر" انتخاب شود.				
۱۳		۱۳,۱. الگوریتم بیماریابی افرادی که با علائم تنفسی مراجعه می‌کنند در اتاق پزشک نصب شده است.				
		۱۳,۲. دستورالعمل به صورت فایل، سی دی و یا بصورت کاغذی موجود است.				
		۱۳,۳. پزشک از مفاد آخرین نسخه دستورالعمل آگاهی دارد. ( بهتر است ارزیاب قبل از بازدید از آخرین تغییرات آگاهی داشته و از پزشک در این مورد سوال بپرسد.)				

چک لیست فرایندهای کاری (ارجاع، تشخیص و درمان، دارو، اورژانس، ثبت داده‌ها و نظارت بر آنها و خدمات آزمایشگاهی)

کلان منطقه:				نام دانشگاه / دانشکده:		نام مرکز بهداشت شهرستان:		نام مرکز:		تاریخ پایش:		سطح ارزیابی:	
نام و نام خانوادگی پزشک شیفت:				نوبت شیفت (صبح/عصر):		نام و نام خانوادگی پایش کننده:							
ردیف	پزشک	راهنمای تکمیل پرسش		پاسخ		مورد ندارد	خیر	بله					
		پرسش	پاسخ										
۱۴		توضیح: ثبت تمام خدمات ارایه شده به بیمار در سامانه مورد ارزیابی قرار گیرد. اطلاعات و خدمات ثبت شده برای آخرین نفر مراجعه کننده در سامانه ارزیابی گردد.		ثبت اطلاعات بیماران و خدمات ارایه شده در سامانه توسط کارشناس غیرپزشک برای همه بیماران به صورت آنلاین انجام می‌گردد.									
		۱۴,۱. زیرساخت لازم جهت ثبت اطلاعات در سامانه فراهم باشد (کامپیوتر، اینترنت و آموزش و پشتیبانی)											
		۱۴,۲. تمام بیماران توسط پذیرش یا مراقب سلامت در سامانه ثبت شده و سپس به پزشک ارجاع داده شود.											
۱۵		توضیح: در سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت، دو مورد ارجاع شده از سوی مراقب سلامت مشاهده و اقدامات ثبت شده ( ثبت داده‌ها، خدمات و دارو ) برای فرد بیمار مورد سنجش قرار گیرد.		پزشک/ پزشکان مرکز نسبت به مراقبت، تشخیص و درمان بیماران ارجاعی از مراقبین سلامت و یا مراجعه مستقیم اقدام می‌نمایند.									
		۱۵,۱. تمام خدمات ارایه شده به مراجعین در سامانه ثبت شده است.											
		۱۵,۲. موارد علامت دار برای نمونه برداری ارجاع شده است											
۱۶		توضیح: میزان دارو در مراکز مختلف فرق می‌کند، پرستار/ پزشک با توجه به میزان مصرف روزانه و مراجعات، دارو به میزان کافی (برای یک هفته) اعلام و درخواست نموده است.		دارو طبق پروتکل درمانی در مرکز موجود است و طبق آخرین دستورعمل تجویز می‌گردد.									
		۱۶,۱. با توجه به پروتکل درمانی در حال حاضر هیدروکسی کلروکین یا کلروکین فسفات تجویز می‌گردد.											
		۱۶,۲. دارو به میزان کافی موجود می‌باشد.											
		۱۶,۳. دارو تاریخ مصرف کافی دارد.											
		۱۶,۴. ارائه دارو به بیماران با فرمت استاندارد وزارت، انجام شده و در سامانه ثبت گردیده است.											
۱۷		توضیح: در صورت وجود بیمار، با انجام مصاحبه با وی اطلاعات ایشان در مورد پیشگیری و کنترل ویروس کووید ۱۹ و پیگیری موارد تماس ایشان توسط ارایه دهندگان خدمت مورد ارزیابی قرار گیرد. در صورت عدم حضور بیمار، می‌توان از سامانه سیب اطلاعات تماس یک مورد بیمار مبتلا، استخراج گردد و با پرسش از بیمار میزان آگاهی وی ارزیابی گردد.		آموزش لازم به بیماران در خصوص پیشگیری و کنترل ویروس کووید ۱۹ ارائه شده است.									

			۱۷,۱. بیمار آگاهی لازم در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری کووید ۱۹ را دارد.		
			۱۷,۲. وضعیت بیمار و موارد تماس نزدیک وی مورد پیگیری گردیده است.		
			توضیح: هماهنگی با نزدیکترین پایگاه اورژانس به مرکز خدمات جامع سلامت به منظور تامین یک دستگاه آمبولانس برای استقرار در محل مرکز به جهت انتقال بیماران واجد شرایط انجام شده است. نزدیک بودن بیمارستان به مرکز نباید دلیل بر نبودن آمبولانس باشد زیرا هدف بر این است که پس از تشخیص و مبتلا بودن فرد، در اسرع وقت و بدون تماس با دیگران به بیمارستان اعزام شود. (اطلاعات تماس فردی مبتلا از سامانه استخراج گردد)	۱۸	هماهنگی لازم با اورژانس جهت اعزام بیماران انجام شده است.
			فرد پس از تشخیص ابتلا با آمبولانس و رعایت ضوابط به بیمارستان منتقل شده است.		
			توضیح: دوره زمانی بازدید (هفتگی، دو هفته یکبار، ماهیانه) پر سیده شود و بر اساس آن (دوره زمانی)، آخرین پسخوراند بازدید مشاهده شود و رفع نواقص گزارش شده در بازدید انجام شده بررسی شود.	۱۹	نواقص و نقاط ضعف منعکس شده توسط ارزیابان برطرف گردیده است.
			۲۰,۱. محلول ضد عفونی کننده سطوح		
			۲۰,۲. محلول ضد عفونی کننده دست		
			۲۰,۳. محیط انتقال نمونه و سواپ داکرون به میزان کافی و با توجه به میانگین تعداد مراجعین باید موجود باشد.	۲۰	امکانات و تجهیزات در اتاق نمونه گیر مناسب است. (در صورت وجود واحد نمونه گیری)
			برای نمونه گیر فضایی اختصاصی (حداقل شش متر مربع) در نظر گرفته شده باشد.	۲۱	فضای اختصاصی کافی با تهویه مناسب جهت نمونه گیری وجود دارد.
			توضیح: گواهی آموزشی یا نحوه کار نمونه گیر را مشاهده شود.		
			کارشناس نمونه گیر آموزش‌های تئوری و عملی نمونه گیری نازوفارنگس و اوروفارنگس، بسته بندی استاندارد سه لایه ای و انتقال امن و ایمن نمونه ای بالینی را دریافت نموده است.	۲۲	
			روزانه حداقل در دو نوبت یا بعد از خروج هر بیمار سطوح مجدد گندزدایی می‌گردد.	۲۳	گندزدایی سطوح و محل نمونه برداری مناسب است.
			توضیح: برای بسته بندی نمونه‌ها باید از محفظه استاندارد سه لایه‌ای استفاده شود. (مطابق با راهنمای "روش استاندارد انتقال نمونه‌های عفونی") در صورت نبود محفظه تجاری از بسته بندی سه لایه‌ای استفاده می‌گردد. ( اطراف لوله را ماده جاذب و ضربه‌گیر کافی با توجه به حجم مایع ار سالی مانند حوله کاغذی، دستمال‌های جاذب، اسفنج نازک و غیره به طور کامل پیچیده، محفظه دوم لوله فالكون یا زیپ مرغوب و محفظه سوم کلد باکس)، قبل از ارسال نمونه با آزمایشگاه هماهنگ می‌گردد.	۲۴	بسته بندی برای انتقال امن و ایمن نمونه به روش استاندارد انجام می‌شود.

		۲۴,۱. الزامات مربوط به نحوه انتقال نمونه از نظر درجه حرارت، زمان، ظرف و.... (طبق توضیحات) رعایت می شود.	
		۲۴,۲. نمونه‌ها با رعایت زنجیره سرد منتقل می شوند.	
		۲۴,۳. به همراه نمونه‌ها یک فرم اطلاعات بیمار، و نامه درخواست آزمایش ارسال می گردد.	
۲۵	محیط‌های انتقال نمونه (VTM) در شرایط دمایی مناسب نگه داری می شود.	محیط‌های انتقال نمونه در دما ۸-۲ درجه در یخچال نگهداری می شوند.	
۲۶	نمونه‌ها به صورت روزانه و یا حداکثر تا ۲۴ ساعت به آزمایشگاه انجام دهنده آزمایش منتقل می گردد.	توضیح: در صورتی که امکان ارسال در همان روز امکان پذیر نباشد تا زمان ارسال بعدی باید( حداکثر ۲۴ ساعت) در یخچال نگهداری می گردد. مستندات ارسال نمونه به آزمایشگاه (تاریخ و ساعت نمونه گیری، تاریخ و ساعت ارسال به آزمایشگاه) مورد بررسی قرار گیرد. نمونه‌ها ظرف ۶ تا ۲۴ ساعت پس از تهیه به آزمایشگاه منتقل می شوند.	
۲۷	اطلاعات افرادی که نمونه‌گیری انجام شده است ثبت می گردد.	۲۷,۱. حداقل اطلاعات ضروری شامل نام و مشخصات بیمار، نوع نمونه، آزمایش‌های مورد درخواست و کدملی فرد در سامانه پرونده الکترونیک همزمان با نمونه برداری ثبت شده است. ۲۷,۲. ساعت، تاریخ و نام فرد انجام دهنده پذیرش همزمان با نمونه برداری در سامانه پرونده الکترونیک ثبت شده است.	
۲۸	مدیریت پسماندهای عفونی مطابق دستورعمل‌های موجود انجام می شود.	توضیح: جمع آوری، نگهداری، بیخطر سازی و دفع طبق دستورالعمل‌های موجود انجام می گردد. جمع آوری و دفع پسماندها باید طبق برنامه زمانبندی مشخص و متناسب با میزان تولید پسماند باشد. باید پسماندهای عادی و غیر آلوده را در محل تولید از پسماندهای آزمایشگاهی جداسازی نمود. دفع پسماندهای عادی و غیر آلوده مانند پسماندهای خانگی انجام می شود. این پسماندها در کیسه‌های سیاه رنگ جمع آوری می شوند. ( پسماندهای عفونی مانند سرم و سایر مایعات آلوده بدن، کشت‌های میکروبی و غیره. این پسماندها در کیسه‌های زرد رنگ جدا می شوند، پسماندهای تیز و برنده مانند سرسوزن‌ها، وسایل شیشه‌ای شکسته، تیغ اسکالپل، نوک سمپلرو غیره بایدظروف ایمن (Safety Box) قرار گرفته و زمانی که سه چهارم محفظه پر شد، اتوکلاو شده و سپس به طریقه بهداشتی دفع گردند. در صورت موجود نبودن اتوکلاو مستندات ارسال پسماندهای عفونی (در کیسه‌های اتوکلاو) به مراکزی که مجوز بی خطر سازی و دفع پسماند را دارند، بررسی شود. همچنین دفتر ثبت تاریخ تحویل به همراه امضا تحویل گیرنده موجود باشد. اتوکلاو باید عملکرد مطلوب داشته باشند جهت بررسی صحت عملکرد اتوکلاو باید از اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک استفاده گردد مستندات کنترل کیفی مربوطه باید موجود باشد.	

			<p>ارزیاب می‌بایست محل پسماندهای عادی از نظر عدم وجود سایر پسماندهای عفونی، تیز و برنده و شیمیایی مورد بررسی قرار دهد.</p> <p>ارزیاب می‌بایست محل پسماندهای عفونی از نظر عدم وجود سایر پسماندهای تیز و برنده و شیمیایی مورد بررسی قرار دهد، در مورد نحوه و بی خطر سازی پرسیده شود.</p>	
			۲۸,۱. پسماندهای عادی و غیر آلوده در سطل زباله مجزا با کیسه سیاه رنگ جمع‌آوری می‌شود.	
			۲۸,۲. پسماندهای عفونی در سطل زباله مجزا و با کیسه زرد رنگ جمع‌آوری می‌شود.	
			۲۸,۳. پسماندهای تیز و برنده در ظروف Safety Box، جمع‌آوری می‌شود.	

**امضاء و نام و نام خانوادگی پایش کننده**

**امضاء و نام و نام خانوادگی پایش شونده / پایش شوندگان**

محور انتقادات و پیشنهادات کارکنان مرکز یا بازدید کننده

-۱

-۲

-۳

نقاط قوت و ابتکارات

-۱

-۲

-۳

نقاط قابل ارتقاء

-۱

-۲

-۳

امضاء و نام و نام خانوادگی پایش شونده / پایش شوندگان

امضاء و نام و نام خانوادگی پایش کننده