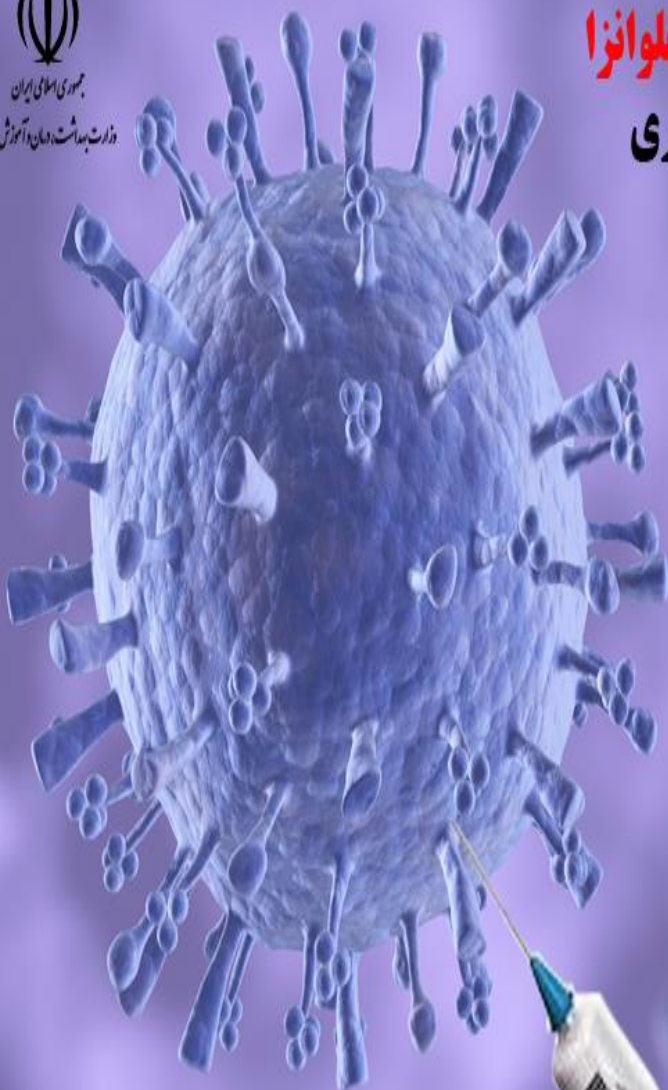




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای مراقبت و مدیریت بالینی بیماری **انفلوانزا** در اورژانس بیمارستانی و بخش های بستری



اداره کل مدیریت بحران و پدافند غیر عامل
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
آذر ۹۴

راهنمای مراقبت و مدیریت بالینی بیماری آنفلوانزا در اورژانس بیمارستانی و بخش های بستری

مقدمه

آنفلوانزا بیماری حاد و مسری دستگاه تنفس انسان است که در سال ۲۰۰۹ ابتدا از خوکها منشأ گرفته بود ولی اکنون انسانی شده است و راه انتقال آن از انسان به انسان است، لذا اطلاق نام خوکی به آن دیگر صحیح نمی باشد و یک سوش فصلی انسانی است.

اگرچه میزان کشندگی ویروس تقریباً در حد سایر آنفلوانزاهای فصلی است ولی با توجه به بیماریزایی بالای آن، برخورد درست با موارد مشکوک سهم بسزایی در کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماری خواهد داشت.

آشنایی با علائم و نشانه ها :

شروع ناگهانی تب بالای ۳۸ درجه و حداقل یکی از دو نشانه تنفسی در غیاب سایر علل شناخته شده:

- سرفه خشک
- گلودرد

بیماری سه شکل مختلف دارد:

✚ بیماری خفیف (غیر شدید)

بیمار مبتلا به علائم شبه آنفلونزا ممکن است با برخی یا تمام علائم زیر مراجعه کند:

تب بالای ۳۸ درجه، سرفه خشک، گلودرد، آبریزش بینی، درد عضلانی، احساس ضعف و کسالت، بدون وجود دیس پنه یا کوتاه شدن تنفس، وجود علائم گوارشی مثل اسهال و یا استفراغ بدون وجود دهیدراتاسیون (در مجموع حال عمومی این بیماران خوب است و علائمی از افت فشار خون یا تغییر سطح هوشیاری ندارند).

✚ علائم و نشانه های پیشرفت به سمت فرم شدید بیماری

- **تنفسی:** کوتاه شدن تنفس (در فعالیت یا استراحت)، مشکل در تنفس، خلط رنگی یا خونی، درد قفسه صدی، افت فشارخون، هیپوکسی ($\text{oxygen saturation} \leq 92\%$) تنفس سریع در اطفال زیر ۵ سال
- **CNS:** تغییر سطح هوشیاری، عدم هوشیاری، خواب آلودگی، مشکل در بیدار شدن، تشنج راجعه یا دائم، کانفیوژن، ضعف شدید یا فلج
- **علائم ادامه تکثیر ویروس یا عفونت باکتریال ثانویه:** تداوم تب یا برگشت تب بالا و سایر علائم که بیشتر از سه روز علی رغم دریافت تب بر و مسکن ادامه یابد.
- **دهیدراتاسیون شدید:** کاهش فعالیت، گیجی، کاهش حجم ادرار، لتارژی

✚ بیماری شدید

- **دیسترس شدید تنفسی:** نفس نفس زدن شدید، (ناتوانی در بیان یک جمله کامل در یک تنفس) استفاده از عضلات تنفسی کمکی، احساس خفه شدن، تنفس صدا دار در حالت استراحت یا فرو رفتگی فضای بین دنده ای در حالت استراحت
- **افزایش تعداد تنفس:** حداقل ۳۰ تنفس در دقیقه در بالغین، بالای ۵۰ تا در دقیقه در اطفال زیر یک سال و بالای ۴۰ تنفس در دقیقه در اطفال بالای یکسال
- **اشباع اکسیژن زیر ۹۲٪**
- **خستگی تنفسی**
- **علائم دهیدراتاسیون شدید یا شوک:** (فشار سیستولیک زیر ۹۰ mmHg یا دیاستول زیر ۶۰ mmHg)، کاهش تورگور پوستی، فرو رفتن فونتanel در شیرخواران
- **تغییر سطح هوشیاری:** کانفیوژن، آژیتاسیون، تشنج، تحریک پذیری، بیقراری

سرویسهای اورژانس بیمارستانی و بخش های بستری، نقش عمده ای را در ساختار سیستم بهداشتی و درمانی ایفا می نمایند. این نقش حیاتی شامل پاسخ دهی به کمک درخواستی، جداسازی و تفکیک بیماران (تریاز)، درمانهای اولیه و اورژانسی بیماران می باشد. بدین منظور و در راستای ارائه بهتر خدمات به بیماران مشکوک به بیماریهای واگیر با تاکید بر بیماریهای تنفسی و از جمله آنفلوانزا با رویکرد نوین تحت عنوان مراقبت سندرمیک بیماریها توصیه های عملیاتی زیر ارائه می گردد:

{ ILI: تب ($T > 38$) + سرفه (در عرض یک هفته اخیر شروع شده است) }

{ SARI: ILI + علائم شدت بیماری (تنفسی، عصبی و...) که نیاز به بستری باشد }

۱- در برخورد با بیماران مشکوک به بیماری تنفسی (ILI و SARI) علاوه بر اقدامات احتیاطی استاندارد باید اقدامات احتیاطی تماسی، ریزقطرات نیز رعایت گردد. اقدامات احتیاطی هوابرد (برونکوسکوپی، انتوباسیون، ساکشن و...) در شرایط مخصوص انجام گردد.

۲- بیمار تنفسی در صورتی که تحمل می نماید باید در طول عملیات انتقال از ماسک جراحی مناسب استفاده نماید.

۳- اطلاع رسانی به بیمارستانی که بیمار به آنجا منتقل می گردد در زمینه بیماری تنفسی بیمار و احتمال واگیردار بودن بعمل آید.

۴- بیمارستان باید آمادگی پذیرش بیمار تنفسی را داشته باشد.

➤ جانمایی جهت پذیرش بیماران تنفسی بعمل آمده باشد.

➤ مسیر تردد بیمار در بیمارستان مشخص شده باشد و زمان انتظار در اورژانس و فضاهای عمومی تا حد امکان کم گردد.

➤ پرسنل بیمارستانی آموزشهای لازم را دیده باشند.

۵- کلیه بیمارستان ها باید بر اساس پروتکل ها و دستورالعمل های ابلاغی در زمینه ایجاد و حفظ آمادگی مقابله با اپیدمی و پاندمی ناشی از بیماریهای تنفسی واگیر از جمله آنفلوانزا نسبت به تهیه برنامه عملیاتی خود اقدام نمایند:

✓ در هنگام مراجعه بیماران سرپایی به کلینیک ها و بخش اورژانس بیمارستان جانمایی محل انتظار و محل استقرار و محل بستری بیماران بعمل آمده باشد (تریاز تنفسی).

✓ ترجیحا باید در قسمتی جداگانه از سایر بیماران جانمایی گردند (حداقل ۲ متر از سایر بیماران فاصله داشته باشند) و در اولویت ویزیت و سایر اقدامات درمان قرار گیرند و تکلیف بیمار از نظر خطر آلوده بودن و انتقال و انتشار بیماری بعمل آید.

✓ تهویه دقیق و کامل و مناسب محل های استقرار کلیه بیماران مورد توجه قرار گیرد. در چنین فضاهایی حداقل ۱۲ بار در ساعت باید تهویه هوا صورت پذیرد و یا سیستم تهویه بطور ۲۴ ساعته فعال باشد. توجه به جهت تهویه و گردش هوا به منظور پیشگیری از آلوده شده سایر بخشها و اماکن ضروری می باشد. (نسبت به صحت عملکرد تهویه سالن انتظار و بستری بیماران تنفسی اطمینان حاصل گردد)

- ✓ بیماران تنفسی واگیر بر اساس سندرمهای فوق الذکر باید در اتاق ایزوله بخش یا اتاق ایزوله تنفسی دارای فشار منفی بر اساس شرایط بیمار و شرح حال سفر و.. بستری شوند:
۱. بیماران تنفسی با بیماری ناشناخته، مشکوک به بیماری آنفلوآنزای پرندگان ، مشکوک به بیماری کورونا و ویروس مرس ترجیحاً از ابتدا در اتاق ایزوله تنفسی دارای فشار منفی بستری شوند.
 ۲. بیماران مشکوک به آنفلوآنزای فصلی ترجیحاً در اتاق ایزوله انفرادی بخش دارای تهویه مناسب و سرویس اختصاصی بستری گردند. در صورت عدم وجود اتاق اختصاصی ایزوله می توان بیماران دارای علائم مشابه و اپیدمیولوژی یکسان را بصورت کوهورت با حفظ فاصله ۲ متر از هم در اتاق بستری نمود.
- تهویه اتاق معاینه (اتاق پزشک) ، اتاق بستری سرپایی، اتاق تزریقات، و سایر اتاقهای بخش اورژانس باید بخوبی برقرار باشد. (حداقل تهویه طبیعی مناسب برقرار باشد و به جهت جریان هوا ناشی از دستگاههای گرم کننده و محل استقرار پرستاران و پرسنل بخش و سایر بیماران بستری دقت گردد)
- ۶- توصیه های درمانی در زمینه نحوه مدیریت بالینی بیماران :
۱. بیماران دارای بیماری شبه آنفلوآنزا (ILI) که در گروه پرخطر قرار می گیرند (بیماران با ضعف ایمنی شامل بیماران مزمن ریوی، کلیوی، قلبی و عروقی، کبدی ، بیماران سرطانی تحت درمان شیمی درمانی و یا رادیوتراپی، بیماران با ضعف ایمنی اکتسابی (HIV/AIDS) ، بیماران دیابتی شدید و عارضه دار ، زنان باردار که در هر دوره ای از بارداری قرار دارند، توصیه به شروع درمان با اوسلتامی ویر می گردند.
 ۲. بیماران با بیماری تنفسی تب دار (ILI) (بالاخص زنان باردار) چنانچه پس از ۳ روز درمان علامتی بهبودی نسبی پیدا نکرده و علائم تشدید شده یا تب بیمار پایین نیاید جهت بررسی بروز عوارض (از قبیل پنومونی، میوکاردیت) به بیمارستان ارجاع شوند تا ضمن بررسی تکمیلی جهت درمان ضد ویروسی (اوسلتامی ویر) تحت ارزیابی قرار گیرند.
 ۳. بیماران تبار بستری با تشخیص SARI (از جمله پنومونی، تشدید COPD) از بدو بستری (در ۶ ساعت ابتدای بستری) تحت درمان با اوسلتامی ویر قرار گیرند (در این موارد منتظر نمونه گیری و دریافت جواب آزمایش نشوند). شروع درمان قبل از آزمایش تاثیری در جواب آزمایش ندارد و جای نگرانی نیست.
 ۴. حتی در بیماران مبتلا به SARI حتی چنانچه بیش از ۴۸ ساعت از شروع بیماری گذشته باشد (وقت طلایی درمان) باید هرچه زودتر درمان با اوسلتامی ویر مد نظر قرار گیرد زیرا درمان بر عوارض ناشی از بیماری حتی بعد از ۴۸ ساعت نیز موثر می باشد.
 - ۷- علامت گذاری و نشان دار کردن مسیر انتقال بیماران مشکوک از واحد تریاژ به اتاق ایزوله ترجیحاً با رنگ خاکستری (واحد تریاژ ← اتاق انتظار ← اتاق ایزوله)
 - ۸- اتاق ایزوله: ترجیحاً خارج از فضای بخش اورژانس مهیا شده است و در صورت نبود اتاق ایزوله با شرایط فوق به طور موقت به اتاق ایزوله اورژانس دارای تهویه مناسب منتقل می گردد.

۹- مدیریت اتاق ایزوله :

- مدیریت پرستاری با دفتر پرستاری بیمارستان

- مدیریت پزشکی با انتساب از طرف رئیس بیمارستان

۱۰- در صورت شک بالینی درخواست مشاوره اورژانسی جهت ویزیت متخصص عفونی و در صورت عدم دسترسی به متخصص عفونی توسط متخصص داخلی، حداکثر تا ۳۰ دقیقه پس از درخواست انجام گردد.

۱۱- رعایت الزامات PPE در تمام مراحل

۱۲- مشخص شدن وضعیت بیمار از نظر بستری در بخش تخصصی / فوق تخصصی و یا ICU تنفسی فشار منفی در بیمارستان

۱۳- بیمارانی که با هماهنگی EOC توسط EMS از سطح یک و دو به سطح سه بیمارستانی ارجاع شده اند بدون توقف در واحد تریاژ به اتاق ایزوله تنفسی (فشار منفی) منتقل شود تا از تردد و تاخیر غیر ضروری در بخش اورژانس پیشگیری گردد.

اتاق تریاژ و ملزومات تریاژ بیماران تنفسی و ملزومات اتاق انتظار و معاینه

تعریف اتاق تریاژ:

جهت تفکیک و غربالگری بیماران بر اساس نوع، سطح و حجم خدمات مورد نیاز بیماران تریاژ می شوند. واحد تریاژ اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس می باشد، و عملکرد اصلی آن غربالگری و دسته بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است. در این فضا بیماران توسط پرستار تریاژ مورد ارزیابی اولیه قرار می گیرند و اطلاعات آنها در فرم تریاژ استاندارد کشوری ثبت می گردد. فرم تریاژ و سایر فرآیندهای مرتبط توسط کمیته کشوری تریاژ وزارت بهداشت در اداره اورژانس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور طراحی و ابلاغ گردیده است.

پرستاران شاغل در واحد تریاژ باید لااقل دارای ۵ سال سابقه خدمت باشند و از باتجربه ترین پرستاران بخش اورژانس انتخاب شوند. بنا به اهمیت ویژه این واحد، شرایط تشکیلاتی و ساختاری تریاژ از جمله نیروی پرستاری آموزش دیده، فضای فیزیکی اختصاصی، جانمایی مناسب و تجهیزات این واحد بایستی بر اساس استاندارد لحاظ گردد.

نکات مورد توجه در طراحی اتاق تریاژ:

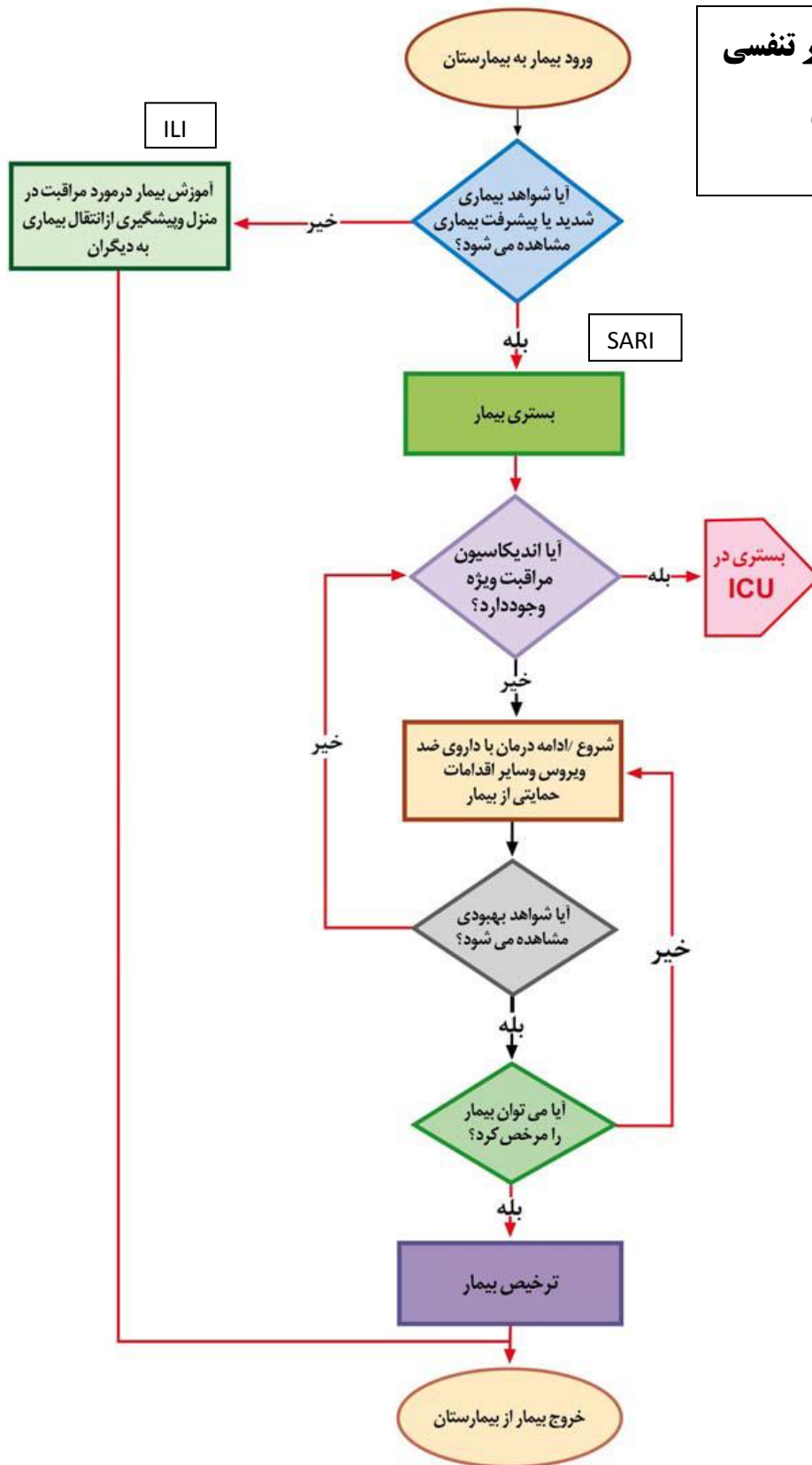
- هر ۳۰ هزار پذیرش سالانه ۱ تخت
- دسترسی از ۲ حوزه فوریت و سرپایی
- فضای معاینه خوابیده با حفظ حریم
- فضای معاینه نشسته
- فضای معاینه بر روی برانکارد
- دارای فضای انتظار قبل از اتاق معاینه که ترجیحاً قسمتی از آن به بیماران با علائم تنفسی اختصاص یابد.
- ورودی ها در معرض دید پرستار
- دارای نزدیک ترین فاصله نسبت به اتاق احیاء
- دسترسی به فضای پلیس و انتظامات
- فاصله نزدیک با حمام آلودگی زدایی
- دارای دو درب ورودی برای بیماران سرپایی و بیماران با آمبولانس
- توصیه و در اختیار قرار دادن یک ماسک ساده جراحی به همه بیماران با علائم تنفسی برای جلوگیری از انتشار

ترشحات و Drop let

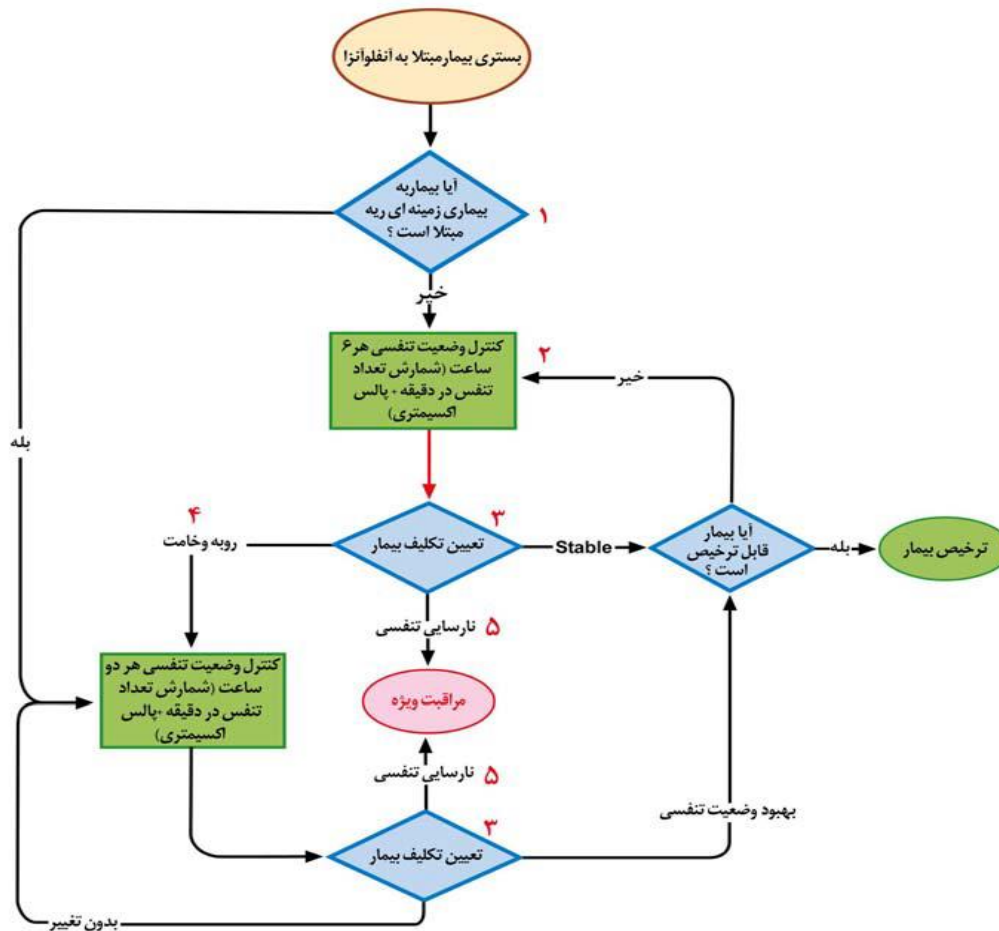
- ترجیح آن است که اتاق انتظار بیماران تنفسی مجزا با دسترسی آسان به پزشک اورژانس باشد .
- اتاق انتظار باید واجد تهویه مناسب با حداقل ۱۲ بار در ساعت یا دارای تهویه طبیعی باشد
- در بیمارستانهایی که اورژانسهای آنها واجد ۲ اتاق معاینه هستند بر حسب نیاز یک اتاق به ویزیت بیماران با علائم تنفسی اختصاص یابد.

تذکر: برای بیماران تنفسی بسیار شدید مشکوک به **H1N1** که سطح **II**، **اتریاژ** باشند طبق روند معمول فرایند **تریاز** **ESI** بلافاصله توسط پزشک مقیم اورژانس و در اتاق ایزوله تحت "اقدامات حیات بخش" قرار می گیرند. همه اقدامات مربوط به احیا قلبی ریوی بیماران مشکوک به **H1N1** در اتاق ایزوله و با رعایت الزامات بهداشتی و هوا برد (**Air Born**) انجام می گیرد. در اتاق ایزوله حداقل های تجهیزات احیا قلبی ریوی (کیف احیا) فراهم گردد.

اصول مراقبت از بیمار تنفسی در بیمارستان



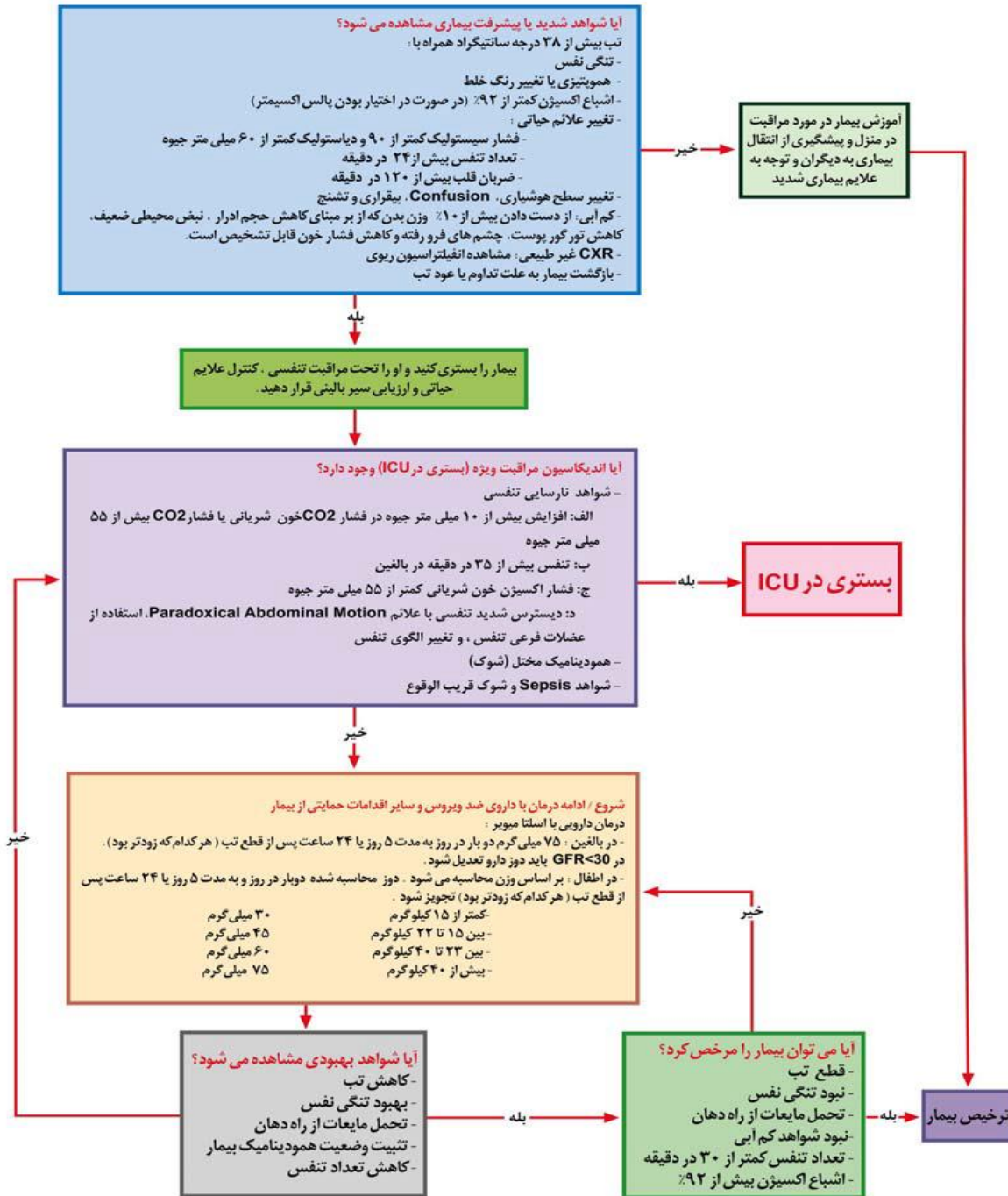
مراقبت بالینی از بیمار تنفسی مشکوک به آنفلوآنزا



توضیحات :

- ۱- آسم، COPD، و سایر بیماریهای مزمن ریه بیمار را در معرض آنفلوآنزای شدید و سیر سریع به سوی نارسایی تنفسی قرار می دهند. از این میان بیماران مبتلا به آسم بالاترین ریسک را برای نارسایی تنفسی دارند.
- ۲- مادامی که بیمار در بیمارستان بستری است باید وضعیت تنفس او هر ۶ ساعت کنترل شود.
- ۳- بلافاصله بعد از هر کنترل تنفسی و با توجه به یافته ها، بیمار از نظر تنفسی تعیین تکلیف می شود.
- ۴- مقصود از وخیم شدن وضعیت تنفسی افزایش تعداد تنفس به بالاتر از ۲۴ در دقیقه و یا / استفاده از عضلات فرعی تنفسی است. کاهش اشباع اکسیژن به زیر ۹۲٪ نیز علامت وخامت وضعیت تنفس بیمار است. مادامی که اشباع اکسیژن بالاتر از ۹۹٪ است نیازی به اندازه گیری فشار اکسیژن خون شریانی وجود ندارد.
- ۵- در صورت مشاهده یکی از موارد زیر بیماری در نارسایی تنفسی قرار دارد و نیاز به حمایت تنفسی دارد:
 - الف - افزایش بیش از ۱۰ mmHg فشار CO₂ خون شریانی یا فشار CO₂ بیش از ۵۵ mmHg
 - ب - تنفس بیش از ۳۵ در دقیقه در بالغین
 - ج - فشار اکسیژن خون شریانی کمتر از ۵۵ mmHg
 - د - دیسترس شدید تنفسی با علائم Paradoxical Abdominal Motion، استفاده از عضلات فرعی تنفس، و تغییر الگوی تنفس.

اصول مراقبت از بیمار مشکوک به آنفلوانزا در بیمارستان



الزامات ICU تنفسی فشار منفی و یا اتاق ایزوله فشار منفی سطح III و II

پیش اتاق - اتاق تعویض لباس CHANGING ROOM- ANTEROOM

- ۱- طراحی اتاق ایزوله (ISOLATION ROOM) و پیش اتاق (ANTEROOM/CHANGING ROOM) بر اساس نقشه استاندارد
- ۲- مستقل بودن پیش اتاق /اتاق تعویض لباس از اتاق ایزوله به صورت کامل
- ۳- در نظر گرفتن فضای لازم جهت پیش اتاق (حداقل ۶ تا ۹ متر مربع)
- ۴- وجود ایستگاه ضد عفونی (از جمله ظرف حاوی مایع ضد عفونی دیواری) است؟
- ۵- قابلیت ضد عفونی کردن پیش اتاق
- ۶- وجود دستشویی/روشویی در پیش اتاق (ترجیحا دارای سیستم اتوماتیک یا دارای دسته یا شیر بازویی)
- ۷- وجود سیستم اتوماتیک بسته شدن درب پیش اتاق
- ۸- سالم و بدون عیب بودن درب های پیش اتاق (فاقد ترک خوردگی، بدون درز و شکاف، پس از بسته شدن فاقد قابلیت عبور و تبادل هوا)
- ۹- دارا بودن سیستم تهویه مناسب پیش اتاق
- ۱۰- وجود ترالی /کمد وسایل و تجهیزات پزشکی و وسایل حفاظت فردی در پیش اتاق
- ۱۱- وجود ترالی /کمد وسایل ضد عفونی و گندزدا در پیش اتاق
- ۱۲- قابلیت شستشو دیوار ها و کف پیش اتاق
- ۱۳- همسو بودن سیستم فشار منفی پیش اتاق با اتاق ایزوله
- ۱۴- وجود کمد لباس و رختکن /رخت آویز در پیش اتاق
- ۱۵- وجود امکانات ضد عفونی کردن دست در پیش اتاق

اتاق ایزوله تنفسی فشار منفی (NEGATIVE PRESSURE ISOLATION ROOM)

۱. دارا بودن فضای فیزیکی مناسب اتاق ایزوله (حداقل به ازای هر تخت ۲۰ متر مربع)
۲. رعایت فواصل مناسب در صورت وجود بیش از یک تخت در اتاق ایزوله (بین هر دو تخت حداقل یک متر و ترجیحاً ۲/۵ متر فاصله با نصب پارتیشن / حفاظ)
۳. قابل شستشو بودن دیوارها و کف اتاق ایزوله
۴. قابلیت ضد عفونی کردن اتاق ایزوله
۵. وجود حداقل ۶ پریز برق (دارای اتصال زمین = ارت دار) به ازای هر تخت
۶. قابلیت تنظیم درجه حرارت اتاق ایزوله (بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتیگراد)
۷. قابلیت تنظیم رطوبت اتاق ایزوله وجود (بین ۳۰ تا ۶۰ درصد)
۸. دارا بودن سیستم تامین کننده فشار منفی ترجیحاً مرکزی
۹. رعایت استاندارد ورود و خروج هوا جهت ایجاد فشار منفی و سیستم تهویه (ورودی نزدیک سقف در قسمت بالای سر بیمار و خروجی در پایین پای بیمار در ارتفاع ۳۰-۱۵ سانتی متری کف)
۱۰. قابلیت تهویه اتاق ایزوله (حداقل ۱۲ بار در ساعت)
۱۱. اتاق ایزوله دارای مکانیسم قابل مشاهده جهت پایش فشار و حرکت هوا
۱۲. اتاق ایزوله دارای سیستم تهویه با فیلتر هپا
۱۳. اتاق ایزوله دارای سیستم اتوماتیک بسته شدن درب
۱۴. درب های اتاق ایزوله سالم و بدون عیب باشند (فاقد ترک خوردگی، بدون درز و شکاف، پس از بسته شدن فاقد قابلیت عبور و تبادل هوا)
۱۵. اتاق ایزوله دارای توالت، حمام و دستشویی خصوصی/جدگانه ترجیحاً دارای سیستم تهویه (با فیلتر هپا)
۱۶. امکان شستشو و ضد عفونی توالت و حمام (دیوارها و کف) وجود
۱۷. دارا بودن سیستم گرمایشی و سرمایشی
۱۸. دور بودن محل تعیین شده از سرو صدا، پارکینگ، ...
۱۹. روشن بودن رنگ اتاق (ترجیحاً سبز روشن یا آبی روشن) (رنگ روغن یا پلاستیک قابل شستشو)
۲۰. تمهیدات لازم در خصوص برقراری خط تلفن ارتباطی جهت کاهش تماس بیمار با ملاقات کنندگان
۲۱. دیوار شیشه ای (یا پنجره قفل شده) به منظور عدم حضور ملاقات کنندگان در اتاق ایزوله

۲۲. اتاق دارای پنجره قفل دار و ترجیحاً دو جداره

۲۳. پنجره ها در صورتی که به فضای بیرون ساختمان ارتباط دارد دارای توری و حفاظ باشد

۲۴. قرار دادن محل تعیین شده در موقعیت کم تردد بخش

۲۵. قابلیت افزایش پذیرش بیماران احتمالی محل تعیین شده

۲۶. پهنای مناسب درب ها حداقل ۱/۲ متر

۲۷. نصب سیستم عدم باز شدن همزمان درب اتاق بیمار و پیش اتاق و همچنین درب پیش اتاق و کریدور/راهرو

۲۸. وجود سیستم هشدار دهنده کاهش /افت فشار-درجه حرارت-رطوبت-باز بودن درب

۲۹. پایش و کنترل دائم اتاق بیمار و پیش اتاق (روزانه) در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور

۳۰. پایش و کنترل نگهداری تاسیسات (بروش راندم یا مقطعی در طول هفته) در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور-مسیر جریان هوا

بین اتاق ها-الگوی جریان هوای داخلی-نشت فیلتر هپا-درجه حرارت-درجه رطوبت

۳۱. پایش و کنترل های دوره ای حداکثر هر ۴ هفته یکبار در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور-مسیر جریان هوای بین اتاق ها-نشت

فیلتر هپا

۳۲. تهیه و نصب لیست افرادی که در هنگام بستری بیمار وارد و خارج می شوند در روی درب اتاق و در پرونده بیمار

۳۳. نصب تابلوی اتاق ایزولاسیون تنفسی دارای فشار منفی نصب گردیده است؟

۳۴. تمیز کردن و ضدعفونی روزانه اتاق ایزوله انجام می گیرد.

وسایل و تجهیزات برای اتاق ایزوله تنفسی فشار منفی (اتاق بیمار) :

۱. تمیز کردن و ضدعفونی روزانه اتاق ایزوله
۲. تشک تمیز و بالش خواب و پتو
۳. روکش پلاستیکی برای پوشش تشک
۴. ترمومتر گوشی -فشارسنج /تخت
۵. ظرف جمع آوری سرنگ و سر سوزن و وسایل برنده
۶. میز یا قفسه کنار تخت
۷. ظرف محلول بلیچ و ظرف الکل
۸. حوله یا پارچه یکبار مصرف الکلی جهت ضدعفونی وسایل معاینه پزشکی
۹. وسایل مناسب برای جمع آوری مدفوع بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند
۱۰. وسایل مناسب برای جمع آوری ادرار بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند
۱۱. دستگاه اسپری کننده مواد ضدعفونی کننده جهت ضدعفونی کف و دیوارهای اتاق
۱۲. ظرف جمع آوری ضایعات عفونی
۱۳. کپسول اکسیژن و مانومتر
۱۴. پایه سرم
۱۵. تسهیلات شستشوی دست در ورودی اتاق - اتاق تعویض لباس و داخل اتاق ایزوله
۱۶. نصب لیست ورود و خروج افراد روی در اتاق
۱۷. مبلمان موجود در اتاق ایزوله :تمامی مبلمان موجود دارای قابلیت تمیز کردن و ضدعفونی(این مبلمان در حداقل مقدار پیش بینی گردد).
۱۸. محل شستشو با تسهیلات مناسب برای شستشوی دست و ضدعفونی با الکل نزدیک محل مراقبت /داخل اتاق
۱۹. کیسه های زباله مناسب در سطل زباله
۲۰. سطل زباله دارای پدال پایی
۲۱. وسایل بهداشت فردی یکبار مصرف یا مخصوص جهت استفاده بیمار (پارچ -لیوان -دستمال کاغذی و...)

تجهیزات ترالی اتاق ایزوله تنفسی :

۱. محافظ صورت /عینک
۲. دستکش نظافت یا دارای قابلیت استفاده مجدد برای تمیز کردن محیط
۳. دستکش لاتکس یکبار مصرف برای مراقبت های بالینی
۴. کلاه یکبار مصرف
۵. ماسک : مخصوص - معمولی - جراحی
۶. گان : ضد آب و یکبار مصرف /مقاوم به نفوذ مایعات چند بار مصرف
۷. محلول الکل برای ضدعفونی دست
۸. صابون :در صورت امکان صابون مایع
۹. حوله تمیز یکبار مصرف /حوله کاغذی
۱۰. ظروف جمع آوری اجسام نوک تیز و برنده
۱۱. پاک کننده مناسب برای تمیز کردن و ضدعفونی سطوح وسایل و تجهیزات
۱۲. کیسه های پلاستیکی بزرگ
۱۳. کیسه های جمع آوری ضایعات بالینی
۱۴. کیسه های نایلونی
۱۵. ظروف جمع آوری تجهیزات مصرف شده

وسایل اتاق تعویض لباس

۱. قفسه یا کابین قفل دار
۲. وسایل تمیز کردن
۳. گان ، پیش بند ، دستکش، ماس، کلاه، عینک ، روکفشی /چکمه
۴. قفسه محل نگهداری چکمه های ضد عفونی شده
۵. ظرف محل جمع آوری ضایعات غیر عفونی
۶. گیره یا رخت آویز
۷. چسب نواری پلاستیکی
۸. وسایل و تجهیزات شستشوی دست
۹. حلال ضد عفونی
۱۰. ظرف جمع آوری زباله و ضایعات
۱۱. ظرف جمع آوری وسایل مصرف شده که باید استریل شوند

ملاحظات:

- ۱- استفاده از ماسک جراحی جهت بیمار مبتلا با تب و علائم تنفسی و همچنین مراقبین بر مبنای ضمیمه های بهداشتی و کنترل عفونت لازم می باشد.
- ۲- استفاده از واکسن برای گروه های پرخطر جمعیت توصیه می شود و برای سایر افراد با توجه به ضمیمه های بهداشتی و کنترل عفونت انجام پذیر است.
- ۳- داروی ضد ویروسی تنها با نسخه پزشک متخصص عفونی ، فوق تخصص ریه ، متخصص اطفال و متخصص داخلی در بیمارستان ها در دسترس خواهد بود.
- ۴- در برخورد با بیمار تنفسی هنگام بستری در بیمارستان جهت ارزیابی احتمال کوروناویروس MERS، آنفلوآنزای پرندگان و .. سوالات ذیل پرسیده شود :

- سابقه تماس با شتر و حیوان از جمله پرندگان
- سابقه سفر داخلی یا سفر های بین المللی به کانون های شناخته شده بیماری
- سابقه شغلی
- سابقه بیماری تنفسی شدید مشابه در یکی از افراد خانواده یا تماس اخیر با بیمار مشابه

منابع:

- راهنمای بررسی و درمان آنفلونزا نوع A در بخش بستری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (کمیته علمی آنفلونزای دانشگاه - دکتر آذر حدادی و دکتر محبوبه حاج عبدالباقی)
- نوپدیدی و بازپدیدی بیماریها و سلامت حرفه ای پزشکی - جلد چهارم - دکتر حسن حاتمی - پاندمی آنفلونزای خوکی آمریکایی H1N1 ۲۰۰۹
- راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلونزا (مرکز مدیریت بیماری ها - اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه ها - واحد آنفلونزا و قرنطینه)

Reference

- Clinical management of severe acute respiratory infection when middle east respiratory syndrome coronavirus(MRES – COV)infection is suspected
- Guideline for corona patient 8 december 2014
- -Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care.Guideline1.World Health Organization.- 2014
- -2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
- WHO Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/influenza/resources/documents/influenza_surveillance_manual/en/index.html, accessed 5 May 2014).
- Pandemic Influenza Pre-Event Message Maps
- U.S. Department of Health & Human Services January/February 2006