

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТР ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ И УПРАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ**

**ДЕПАРТАМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО
НАДЗОРА**

Оценочный лист

**состояния инфекционного контроля
туберкулеза противотуберкулезной
организации здравоохранения**

Бишкек - 2023

Оценочный лист состояния инфекционного контроля туберкулеза противотуберкулезной организации здравоохранения, утвержденный приказом МЗ КР № 1433 от 30.11.2023г. «Об утверждении документов по организации системы инфекционного контроля туберкулеза в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»

Разработчики:

Байызбекова Д.А., д.м.н., профессор, руководитель центра инфекционного контроля и управления медицинскими отходами НИОЗ МЗ КР.

Оторбаева Д.С. - начальник УПИПЗиЭН ДПЗиГСЭН МЗ КР.

Соромбаева Н.О., - к.м.н, заведующая кафедрой ОЗ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова.

Абдиразаков Н.А., врач эпидемиолог центра инфекционного контроля и управления медицинскими отходами НИОЗ МЗ КР.

Каныметова А.К., врач эпидемиолог центра инфекционного контроля и управления медицинскими отходами НИОЗ МЗ КР.

Иманходжаев Ы.Б., врач эпидемиолог ДПЗиГСЭН МЗ КР.

Рыспекова М.А., врач эпидемиолог ЦГСЭН г.Бишкек.

Саадакбаева Г.А., специалист ассоциации больниц КР.

Кыдыралиева Г.Э., заместитель директора по сестринскому делу НЦФ при МЗ КР.

Аманбеков Э.Б., врач эпидемиолог центра инфекционного контроля и управления медицинскими отходами НИОЗ МЗ КР, специалист ИК НЦФ.

Камчыбекова Т.К., врач эпидемиолог центра инфекционного контроля и управления медицинскими отходами НИОЗ МЗ КР.

Мухтаров М.М., специалист по профилактике ТБ Проекта USAID «Вылечить туберкулез».

№	СОДЕРЖАНИЕ	
1	ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ СОСТОЯНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Описание оценочного листа; Инструкция использования оценочного листа.	4
2	ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ В ЛЕЧЕНИИ ЛУ-ТБ. Описание оценочного листа; Инструкция использования оценочного листа.	28
3	ИНДИКАТОРЫ – ПО КОМПОНЕНТУ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ТБ. Матрица индикаторов; Паспорт индикаторов.	30

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ СОСТОЯНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Описание оценочного листа.

Оценочный лист составлен на основании нормативных документов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, международных рекомендаций по инфекционному контролю (ВОЗ) и опыте реализации «Целевых Программ по надзору за внутрибольничными инфекциями и управлению медицинскими отходами в Кыргызской Республике», и представляет собой инструмент для проведения мониторинга и оценки практики исполнения основных требований и мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Данная инструкция разработана рабочей группой Министерства здравоохранения Кыргызской Республики при технической поддержке Проекта USAID «Вылечить туберкулез».

Использование данного оценочного листа позволяет вычислить процентное соотношение фактических результатов деятельности по профилактике туберкулеза с целью определения возможных вмешательств для улучшения работы и повышения качества оказываемых медицинских услуг. Оценочный лист предназначен для определения прогресса в работе, а также для анализа причин в расхождении между ожидаемым и существующим выполнением нормативных документов и рекомендаций по инфекционному контролю ТБ.

Оценочный лист предназначен для специалистов ИК для проведения самооценки, руководителей учреждений с целью мониторинга процесса улучшения работы по профилактике инфекций в организации здравоохранения.

Инструкция использования оценочного листа.

Оценочный лист заполняется в электронном формате (на базе MS Excel) и в печатном виде с целью проведения оценки состояния мер инфекционного контроля ТБ.

Оценочный лист состоит из 7 граф: 1 – номер критерия; 2 – наименование критерия; 3–6 - оценка об исполнении/неисполнении критерия (по квартально); 7 – примечание.

Выбор результатов оценки:

При оценке, напротив каждого критерия выставляется «ДА» (если он исполняется) или «НЕТ» (если не исполняется) или «Н/П» («не применимо», если исполнение этого критерия требует условий, которых в данном учреждении нет или на момент проведения оценки данный критерий не наблюдается).

Для подведения итогов подсчитывают процентный результат (%), путём деления количества выполненных критериев (числитель) на общее число критериев по компоненту (знаменатель) и умножается на 100% (в электронной форме MS Excel подсчитывается автоматически).

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ СОСТОЯНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организация здравоохранения:	
Количество коек (коечный фонд)	
Количество отделений:	
Лицо/лица, проводящее оценку:	
Дата проведения оценки:	

Общие данные

№	1.1 Персонал	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал	Комментарии
1	Количество - Врачи					
2	Количество - Медсестры					
3	Количество - Административный персонал					
4	Количество - Персонал по уборке					
5	Количество - Обслуживающий персонал					
6	Количество – Другой					

№	1.2 Пациенты	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал	Комментарии
1	Общее количество госпитализированных пациентов (ЧТБ)					
2	Общее количество госпитализированных пациентов (ЛУ ТБ)					
3	Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЧТБ					
4	Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЛУ ТБ					
5	Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЧТБ					
6	Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЛУ ТБ					
7	Медиана (дни) пребывания в больнице для больных ТБ					

8	Медиана (дни) пребывания в больнице для больных МЛУ-ТБ					
----------	--	--	--	--	--	--

№	1.3 Заболеваемость ТБ	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал	Комментарии
	<i>Общее число персонала заболевших ТБ</i>					
1	- Медсестры					
2	- Врачи					
3	- Административный персонал					
4	- Персонал по уборке					
5	- Обслуживающий персонал					
6	- Другие					
	<i>Обучение персонала ПИИК ТБ</i>					
1	Количество мед персонала, <u>прошедший</u> специальное обучение ПИИК/ ИК-ТБ в рамках сертифицированных программ за последние 5 лет					
2	Количество мед персонала, <u>прошедший</u> обучение ПИИК/ ИК-ТБ на рабочем месте в соответствие с планом обучения за последний год					
	<i>Обеспеченность респираторами</i>					
1	Общее число респираторов закупленных (полученных от различных доноров)					
2	- N95					
3	- FFP2					
4	- FFP3					
5	- Другие					
	<i>Скрининг</i>					
1	Дата проведения последнего скрининга персонала на ТБ					
2	Количество персонала, проходящего скрининг на ТБ					
3	Количество персонала с положительным скринингом					
4	Количество персонала прошедшие обследование на ТБ (GeneXpert, бактериоскопия, рентген/флюорография ОГК)					
5	Количество персонала с подтвержденным ТБ					

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ СОСТОЯНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

№	НАБЛЮДАЕМЫЕ КРИТЕРИИ	Оценка (да / нет / не применимо)	Примечание
КОМПОНЕНТ 1. АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРОГРАММЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ОЗ			
1 раздел	Комитет качества и безопасности медицинских процедур в ОЗ		
1	В ОЗ имеется Комитет качества и безопасности медицинских процедур (ККБМП), состав и положение, которые утверждены внутренним приказом руководителя ОЗ.		
2	Имеются протоколы заседаний ККБМП которые проводятся не менее 1 раз в квартал.		
3	<p>Имеется утвержденный на один год план мероприятий по ИК, включенный в общий план работы ККБМП, с указанием сроков их исполнения, ответственными исполнителями, индикаторами выполнения запланированных мероприятий и бюджетом на реализацию данных мероприятий. План ИК включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мероприятия по улучшению системы ИК (обеспечение системы ИК необходимой инфраструктурой в ОЗ и доступности расходных материалов для системы ИК). – Обучение и тренинги (проведение практических занятий на рабочих местах, включая практическое обучение у постели больного). – Мониторинг системы ИК, эпидемиологический надзор за ИСМП и обратную связь (проведение регулярных мониторингов системы ИК, гигиены рук, практики использования катетеров и др. с обсуждением полученных результатов, с сотрудниками структурных подразделений ОЗ). – Коммуникации и напоминания персоналу ОЗ о важности ИК (проведение внутрибольничных конференций и круглых столов по инфекционному контролю). – Административную поддержку системы ИК (руководитель и специалисты ОЗ выступают в качестве кураторов мероприятий по ИК и качеству оказания медицинской помощи и активно участвуют в их продвижении) 		
4	Семинары и тренинги по ИК, проводимые в ОЗ включены в утвержденный план мероприятий по ИК.		
5	Имеются ежегодные отчеты по проведению мониторинга и оценки системы ИК в ОЗ, и они рассмотрены на заседании ККБМП.		

6	Имеются регулярные отчеты (минимально один отчет в квартал) по эпидемиологическому надзору за ИСМП в ОЗ, и они рассмотрены на заседании ККБМП.		
7	У специалиста ИК имеются заполненные чек листы по контролю исполнения гигиены рук и база данных по ним. Проводится анализ данных и рассматривается на заседании ККБМП.		
8	У специалиста ИК ОЗ имеются отчеты или протоколы проведения семинаров/тренингов, содержащие списки участников и результаты аттестации прошедших обучение медицинских работников, и они рассмотрены на заседании ККБМП		
Количество исполняемых критериев по разделу №1			
2 раздел	Кадровый потенциал по ИК в ОЗ		
9	Имеется специалист ИК с высшим медицинским образованием (на выделенной ставке).		
10	Имеется медицинская сестра ИК (на выделенной ставке).		
11	Имеются утвержденные внутренним приказом руководителя ОЗ функциональные обязанности специалиста и медицинской сестры ИК.		
12	Имеется Приказ о назначении ответственных лиц за ИК в структурных подразделениях ОЗ из числа ведущих специалистов (не зав отделений и не старшая медсестра).		
Количество исполняемых критериев по разделу №2			
3 раздел	Обеспеченность ОЗ и всех структурных подразделений пакетом нормативно-правовых документов по ИК		
13	<u>По общим мерам инфекционного контроля:</u> - Инструкция по инфекционному контролю ИК в ОЗ КР, утвержденная Постановлением правительства №32 от 12.01.2012. - Практическое руководство «Инфекционный контроль в ОЗ КР», Приказ № 795 от 22.11.2018. - Руководство по МиО ИК ТБ в ОЗ.		
14	<u>По административным мерам ИК:</u> Приказ МЗ КР №454 от 04.08.2015г. «О совершенствовании системы управления качеством в ОЗ КР»		

15	<p><u>По эпидемиологическому наблюдению за инфекциями и стандартам безопасности выполнения медицинских процедур:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Инструкция по эпидемиологическому надзору за ВБИ, приказ МЗ КР № 34 от 29.01.2008 - Об усовершенствовании инфекционного контроля в отделениях высокого риска (реанимация, интенсивная терапия и хирургия) ОЗ КР, приказ МЗ КР №716 от 15.08.2017. - Руководство по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике, Приказ МЗ КР № 524 20 июля 2018. 		
16	<p><u>По профилактике гемоконтактных инфекций:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Приказ МЗ КР №114 от 13.03.2015 «О мерах профилактики вирусных гемоконтактных инфекции в ОЗ КР» 		
17	<p><u>По управлению медицинскими отходами:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Инструкция по обращению с медицинскими отходами и работе с ртутьсодержащими изделиями в ОЗ КР, утвержденная Постановлением правительства № 719 от 30.12.2019. - Приказ МЗ КР №214 от 26.03.2018 «Об утверждении стандартных операционных процедур (СОП) по управлению медицинскими отходами (УМО) в ОЗ и руководства по мониторингу и оценке системы УМО в ОЗ КР. 		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №3</i>			
4	Мероприятия по охране здоровья и гигиене труда медицинского персонала ОЗ		
раздел			
18	Имеется утвержденный план периодических медицинских осмотров, сотрудников ОЗ, а в медицинских книжках имеется отметка о прохождении медицинского осмотра.		
19	Медперсонал, имеющий контакт с биологическими жидкостями, вакцинирован против гепатита «В» за счет ОЗ.		
20	Имеется журнал «Аварийных ситуаций», в котором проводится регистрация травм (проколов, порезов, попаданий на слизистые биологических жидкостей и др.) медицинских работников, возникающих при выполнении медицинских процедур или манипуляций.		
21	Случаи травматизма разбираются и протоколируются на заседании ККБМП (наличие протоколов).		
22	В каждом структурном подразделении ОЗ имеются утвержденные руководителем СОПы по действиям персонала ОЗ при возникновении аварийных ситуаций (проколов, порезов, попаданий на слизистые биологических жидкостей и др.)		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №4</i>			

5 раздел	Обеспечение системы ИК оборудованием и одноразовыми расходными материалами для профилактики инфекций		
23	В ОЗ имеется внутренний документ (инструкция и/или руководство) о порядке подачи заявок на закупку товаров и услуг.		
24	Материально ответственные лица структурных подразделений (старшие м/с) умеют проводить расчет потребностей в ИМН, СИЗ, дезсредств, мыло-моющих средств и антисептиков.		
25	Медперсонал считает обеспечение расходными материалами для ИК достаточным (по результатам анонимного опроса медработников об обеспеченности СИЗ, ИМП, спецодежды, дезсредств, мыла-моющих средств и антисептиков).		
26	В перечне закупок в текущем году имеются закупленные одноразовые ИМН, СИЗ и др. расходные материалы.		
27	ОЗ имеет достаточный запас (минимум на 3 месяца) ИМН и приборов для проведения инвазивных медицинских манипуляций.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №5</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 1		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 1		
	% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 1		
КОМПОНЕНТ 2. ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ			
1 раздел	Система внешнего обучения медицинского персонала ОЗ по ИК ТБ		
1	Специалист и медицинская сестра ИК прошли курсы специализации по ИК, или другие сертифицированные курсы в течение последних 3 лет и имеют свидетельства о прохождении курсов повышения квалификации.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №1</i>		
2 раздел	Система внутреннего обучения медицинского персонала ОЗ по ИК ТБ		
2	В ОЗ проводятся семинары и тренинги по ИК ежеквартально		
3	Не менее 75% врачей, прошли внутреннее обучение в текущем году (кол-во обученных врачей к общему кол-ву всех врачей).		
4	Не менее 75% среднего медперсонала прошли внутреннее обучение в текущем году (кол-во обученных м/с к общему кол-ву всех м/с).		

5	Не менее 75% младшего медперсонала прошли внутреннее обучение в текущем году (кол-во обученного младшего медперсонала общему кол-ву младшего медперсонала).		
6	Для вновь приступивших к работе медицинских работников, в ОЗ проводится обязательный к посещению вводный тренинг по ИК.		
7	В процессе проведения семинаров или тренингов используются интерактивные учебные методики (например: муляжи, видеоролики, демонстрации и др.).		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №2</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 2		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 2		
	% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 2		
КОМПОНЕНТ 3. БОЛЬНИЧНАЯ ГИГИЕНА			
1 раздел	Водоснабжение ОЗ		
1	Имеется централизованная или локальная сеть водоснабжение во всех структурных подразделениях.		
2	Имеется горячее водоснабжение во всех структурных подразделениях.		
3	Подача холодной и горячей воды в ОЗ бесперебойная (имеется резервуар на случай отключения)		
4	Помещения ОЗ (предоперационные, перевязочные, реанимационные, процедурные кабинеты и др.) и другие палаты, требующие мытья рук медперсонала оборудованы умывальниками, кистевыми/смесителями с подводкой холодной и горячей воды.		
5	Помещения ОЗ (предоперационные, перевязочные, реанимационные, процедурные кабинеты и др.) и другие палаты, требующие мытья рук медперсонала оборудованы дозаторами с жидким мылом		
6	Помещения ОЗ (предоперационные, перевязочные, реанимационные, процедурные кабинеты и др.) и другие палаты, требующие мытья рук медперсонала оборудованы настенными дозаторами с раствором спиртового антисептика.		
7	Помещения ОЗ (предоперационные, перевязочные, реанимационные, процедурные кабинеты и др.) и другие палаты, требующие мытья рук медперсонала оборудованы настенными полотенцедержателями с бумажными полотенцами		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №1</i>		
2 раздел	Канализация ОЗ		
8	Организация здравоохранения оборудована центральной системой канализации с локальными очистными сооружениями (собственным септиком)		

9	В структурных подразделениях ОЗ имеются отдельные санузлы для пациентов и медицинского персонала.		
10	Санузлы оборудованы унитазами и умывальниками с кистевыми (не вентильными) смесителями с подводкой холодной и горячей воды, дозаторами с жидким мылом. Оборудование в исправном состоянии.		
11	Санузлы ОЗ содержатся в чистоте и имеют выделенный инвентарь для уборки и дезинфекции.		
12	Проводится плановая дезинфекция санузлов (имеется план уборки и дезинфекции санузлов).		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №2</i>			
3 раздел	Оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений ОЗ (отопление и вентиляция воздуха)		
13	Учреждение обеспечено центральным или местным отоплением в исправном состоянии.		
14	Нагревательные приборы имеют гладкую поверхность для легкой очистки, размещены у наружных стен, под окнами, без ограждений.		
15	Все помещения лечебных учреждений имеют естественную вентиляцию (форточки, откидные фрамуги и др., оборудованные системой фиксации) с достаточной площадью форточек/фрамуг для проветривания.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №3</i>			
4 раздел	Обеспеченность электроэнергией. Естественное и искусственное освещение ОЗ		
16	Учреждение обеспечено бесперебойной подачей электроэнергии. На случай отключения электроэнергии имеются генераторные установки.		
17	Помещения ОЗ имеют смешанное естественное и искусственное освещение.		
18	Только искусственное освещение имеется в помещениях кладовых, санузлах, душевых и др. помещениях, при эксплуатации которых не требуются естественного освещения.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №4</i>			
5 раздел	Гигиенические требования к условиям труда медицинского персонала		
19	Для персонала ОЗ имеется гардеробная с душем и туалетом.		
20	Личная и рабочая одежда (униформа/халат) персонала ОЗ хранится отдельно от собственной одежды.		
21	В структурных подразделениях ОЗ в зависимости от мощности имеются столовые, буфетные или отдельные комнаты приема пищи для персонала.		

22	Медицинский персонал обеспечен комплектами сменной медицинской одежды: халат, шапочка, сменная обувь.		
23	Стирка сменной медицинской одежды осуществляется централизованно в ОЗ, отдельно от белья больных.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №5</i>			
6 раздел	ИК в лаборатории:		
24	Имеются инструкции, СОПы по обеспечению безопасности работы с нативным материалом;		
25	Лаборатория разделена на грязную и чистую зону с отдельным входом в каждую;		
26	Грязная и чистая зона разделена тамбуром;		
27	Материал для исследования поступают в грязную зону через специальное окно;		
28	В манипуляции с патологическим материалом проводятся в шкафах биологической безопасности (ШББ);		
29	Пред работой в ШББ персонал лаборатории проверяет скорость направления потока воздуха в ШББ		
30	Наружный воздух, подаваемый приточными установками в помещения лаборатории ШББ, очищается двухступенчатыми фильтрами EU5 и EU9		
31	Окна и двери зоны высокого риска лаборатории герметично закрываются		
32	Вытяжная вентиляция зоны высокого риска лаборатории отдельное от других вентиляционных систем и оборудована фильтрами		
33	Воздух, удаляемый из лаборатории перед выходом, обеззараживается с применением НЕРА-фильтров или УФ бактерицидным облучателем		
34	ОЗ, имеющая бак. лаборатории имеет договор на техническое обслуживание вентиляционной системы и ШББ с сервисными организациями		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №6</i>			
КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 3			
КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 3			
% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 3			
КОМПОНЕНТ 4. СИСТЕМА ИЗОЛЯЦИИ			
1 раздел	В АДО организованы следующие меры при выявлении других сопутствующих инфекций		
1	Прием пациентов проводится строго в АДО с оформлением паспортной части истории болезни.		
2	В АДО проводится сортировка и по необходимости сан. обработка (педикулез, чесотка) поступивших		

	пациентов		
3	Проводится осмотр и опрос пациентов для исключения заноса инфекций в отделения с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез.		
4	При приеме пациентов медперсонал выполняет стандартные меры предосторожности (гигиена рук, использование СИЗ – респиратор, перчатки стерильные/не стерильные и т.д.).		
5	Обеспечено строгое разделение потоков больных в зависимости от спектра чувствительности к ПТП и статуса бактериовыделения;		
6	Имеется место встречи с посетителями на открытом воздухе;		
7	Имеются доступные информационные материалы для больных о соблюдении режима лечения, правил респираторной гигиены (этикета кашля), использования естественной вентиляции и индивидуальных средств защиты		
8	В отделениях палаты заполняются с учетом статуса бактериовыделения;		
9	При организации пункта сбора мокроты в отдельном помещении - комната оснащена приточно-вытяжной вентиляцией (не менее 6 кратной) и оборудован бактерицидной лампой.		
10	В пункте сбора мокроты вывешена инструкция по сбору мокроты и имеется окно для контроля качества сбора мокроты		
11	В палатах обеспечивается вентиляция естественным путем и используются экранированные УФБО;		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 1</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 4		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 4		
	% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 4		
КОМПОНЕНТ 5. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР			
1	Медперсонал ОЗ соблюдает гигиену рук		
раздел			
1	В местах гигиенической обработки рук имеются постеры по алгоритму обработки рук.		
2	Медицинский персонал ОЗ: – знает показания для мытья и антисептики рук, – соблюдает алгоритм при мытье и/или антисептике рук.		
3	Медперсонал, проводящий медицинские манипуляции, не носит искусственные ногти, кольца, браслеты. Ногти коротко стрижены и без декоративного лака. Нет кожных повреждений.		

4	При повторном использовании дозатора для жидкого мыла, его заполнение проводят после промывки и последующего высушивания (новую порцию мыла не доливают в частично заполненный дозатор).		
5	При хирургическом мытье рук, для обработки околоногтевых областей, используются стерильные мягкие щетки однократного применения или одноразовые палочки (только для первой обработки в начале смены)		
Количество исполняемых критериев по разделу № 1			
2 раздел	Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) при выполнении медицинских процедур с учетом риска передачи инфекции		
6	Медицинский персонал использует стерильные перчатки, в случаях, когда требуется строгое соблюдение асептического режима.		
7	Медицинский персонал использует не стерильные перчатки, в случае, когда имеется риск инфицирования медицинского работника.		
8	Проводят тестирование на плотность прилегания респираторов; 1 раз в год плановое, всем сотрудникам проводится Фит-тест и при закупе новой партии респираторов.		
9	Больные обеспечены и носят маски одноразового использования;		
Количество исполняемых критериев по разделу № 2			
3 раздел	Использование лекарственных растворов в многодозовых флаконах		
10	Перед использованием лекарственного раствора проверяется: мутность раствора, повреждение флакона, срок его годности.		
11	На многодозовом флаконе указывают: дату и время вскрытия. Перед введением иглы во флакон пробка протирается 70% раствором спирта.		
12	Не оставляется игла во флаконе. Для разведения растворов используется «Мини спайк» в многодозовых флаконах		
13	Если флакон используют для одного пациента, то указывается Ф.И.О пациента на флаконе.		
Количество исполняемых критериев по разделу № 3			
4 раздел	Проведение инъекции (в/к, п/к, в/м, в/в) с соблюдением мер безопасности		
14	Для каждого пациента используется новое инъекционное устройство. Соблюдается принцип «одна игла, один шприц, один пациент».		

15	Перед проведением инъекции проводится гигиеническая обработка рук. При проведении внутривенных инъекций всегда используют чистые одноразовые смотровые перчатки.		
16	Для отсечения игл от шприцов используют иглосъемники/ иглоотсекатели /иглодеструкторы.		
17	Колпачки на использованные иглы не надеваются.		
18	Перед проведением инъекции, место прокола обрабатывают одноразовой спиртовой салфеткой круговыми движениями от центра к периферии.		
Количество исполняемых критериев по разделу № 4			
5 раздел	Забор капиллярной и венозной крови на клинические лабораторные исследования		
19	При каждой новой процедуре забора крови используется новая пара нестерильных одноразовых перчаток.		
20	Имеются индивидуальные наборы для забора капиллярной крови (скарификаторы, спиртовые салфетки);		
21	Для забора венозной крови для лабораторных исследований используют наборы с вакуумного забора крови (игла для венепункции и держатель для фиксации иглы – Холдер, емкость для сбора крови - Вакутайнер).		
22	Имеются условия для забора крови пациента стул со спинкой и подлокотником либо кушетка		
Количество исполняемых критериев по разделу № 5			
6 раздел	Операционный блок		
23	Имеет зону стерильного режима: операционные залы, предоперационные.		
24	Имеет зону строгого режима: комната для переодевания, комната для хранения аппаратуры, инструментов и чистого операционного белья		
25	Отделен от общепольничной зоны красной чертой. Двери операционных плотно закрываются.		
26	В операционной соблюдается поточность и ограничение движения персонала. В операционную в течение операции входит только тот персонал, который необходим для проведения процедуры. Ограничен поток медперсонала в операционный блок.		
Количество исполняемых критериев по разделу № 6			
7 раздел	Подготовка операционной бригады		
27	Персонал (врачи и медсестры) операционного блока перед началом работы принимают душ и надевают чистую спецодежду (хирургическую форму, тапочки, шапочку) для работы в чистой зоне. Хирурги используемую одежду в отделении, снимают в грязной зоне и после гигиенической обработки рук проходят в чистую зону (строго режима) переодевают хирургическую форму, тапочки.		

28	Все члены операционной бригады перед входом в зону стерильного режима надевают стерильные шапочки и маски, проходят в предоперационную, где проводят хирургическую обработку рук.		
29	Хирургическую обработку рук проводят мытьем с мылом, включая предплечья, высушивают стерильной салфеткой, обрабатывают антисептиком (с персистирующим действием) до высыхания.		
30	После обработки рук, ни до чего не дотрагиваясь, переходят в операционную, где надевают стерильный халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.		
31	Каждый, кто входит в операционную во время операции, должен быть в маске, полностью покрывающей рот и нос, и чепчике, полностью покрывающем волосы на голове.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 7</i>			
8 раздел	Подготовка пациента к операции		
32	Волосы в области хирургического вмешательства не сбривают, а непосредственно перед операцией состригают машинкой для стрижки или удаляют крем-депилятором.		
33	Обработку операционного поля проводят, протирая концентрическими кругами от центра к периферии отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, разрешенным к использованию в КР.		
34	Имеется внутренний (утвержденный приказом организации) протокол по проведению периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП). При наличии показаний проводят ПАП.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 8</i>			
9 раздел	Обращение с колюще-режущими инструментами во время операции		
35	Острые инструменты во время оперативного вмешательства передаются на лотке с использованием методики «свободные руки», не передаются из рук в руки.		
36	Манипуляции с иглами и шовным материалом проводятся только с помощью щипцов. Для удержания лезвия скальпеля, установки и снятия лезвия или заправки шовного материала в иглу используются щипцы (малые щипцы Мэйо, пинцет)		
37	Используется шовный материал, выпускаемый в стерильном виде (категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте).		
38	Проводится подсчет инструментов и тампонов до того, как хирург сделает надрез и до того, как будет закрыт апоневроз или наложены швы. Ведется регистрация.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 8</i>			

9 раздел	Подготовка операционной к операции		
39	Стерильные столы находятся не менее чем на 40–50 см от стен, шкафов и других не стерильных поверхностей.		
40	Емкости для загрязненного белья и сбора использованных колющих и режущих предметов размещают на противоположно стороне от стерильных инструментов.		
41	Перед подготовкой стерильных столов персонал обрабатывает руки, надевает стерильные халат, перчатки, чепчик и маску.		
42	Перед использованием коробок со стерильным материалом и инструментарием проверяют дату стерилизации, плотность закрытия крышки или целостность стерилизационной упаковки однократного применения, проверяют цвет индикаторных меток. На бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.		
		<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 9</i>	
10 раздел	Дезинфекционный режим в операционном блоке		
43	Персонал одевает хозяйственные перчатки, когда проводит манипуляции с загрязненными инструментами, бельем и отходами.		
44	Использованный многоразовый инструментарий собирают в емкости и подвергают обеззараживанию погружением в дезинфицирующем растворе. После обеззараживания отправляют в ЦСО. Не проводят очистку и стерилизацию в операционном блоке.		
45	Использованное белье собирается в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками и отправляют в прачечную на стирку. В случае контаминации биологическими жидкостями, предварительно замачивают в дезинфицирующем растворе.		
46	При использовании защитных очков, после каждого использования очки протирают дезинфицирующим раствором, промывают проточной водой и высушивают.		
47	Использованные перчатки и маски сбрасываются в емкости для медицинских отходов для последующего обеззараживания в пункте автоклавирования. В случае отсутствия централизованной системы обеззараживания медицинские отходы собираются в емкости и подвергают химической дезинфекции на месте.		
48	Имеется график проведения текущих и генеральных уборок с отметкой о их проведении.		
		<i>Количество исполняемых критериев по разделу №10</i>	
11 раздел	Отделение реанимации и палаты интенсивной терапии		

49	Персонал ОРИТ и ПИТ носит специальную одежду (комплект хирургической формы, шапочки, проколостойкой обуви) с ежедневной сменой комплектов.		
50	Персонал использует средства индивидуальной защиты (респиратор, защитный щиток, перчатки)		
51	У каждой кровати имеются прикроватные дозаторы с антисептиком.		
52	Ведутся журналы учета подключения и отключения ИВЛ.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 11</i>			
12 раздел	Профилактические меры при использовании дыхательной аппаратуры		
53	У пациентов, находящихся на ИВЛ в дыхательных контурах, используются бактериальные фильтры, но не более 48 часов.		
54	У пациентов, находящихся на ИВЛ, с назогастральной, назоинтестинальной трубкой, головной конец кровати поднят на 30-45°.		
55	В ОРИТ и ПИТ используют стерильные одноразовые расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, назальные трубки, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева, шланги дыхательных аппаратов и т.д.).		
56	Сотрудники своевременно удаляют любой конденсат в дыхательном контуре.		
57	После использования проводится обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов в соответствии с инструкцией производителя.		
58	Для заполнения резервуаров увлажнителей используют стерильную или пастеризованную дистиллированную воду.		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 12</i>			
КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 5			
КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 5			
% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 5			
КОМПОНЕНТ 6. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
1 раздел	Организация эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в ОЗ		
1	На каждый новый выявленный случай ИСМП заполняется эпидемиологическая карта.		

2	Имеется качественная регистрация всех выявленных случаев ИСМП.		
3	Ответственные за ИК прошли подготовку (обучение) по основам эпидемиологии, эпиднадзора и ИК (т. е. по методам эпид. надзора, сбору и анализу данных и их интерпретации), и имеют сертификаты.		
4	Ответственные лица за ИК имеют материально-техническое оснащение для проведения эпидемиологического надзора в ОЗ (IT-поддержку, компьютеры, принтеры, электронные медицинские карты, и др.).		
5	Медосмотром охвачен весь персонал ОЗ; При поступлении на работу (санитарная книжка) Ежегодный плановый медосмотр (санитарная книжка)		
6	Ежеквартально проводится скрининг на ТБ (наблюдение за здоровьем медперсонала); Имеется журнал с подписями опрашиваемых; Направляются на обследование при клинических симптомах (если есть).		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №1</i>		
2 раздел	Методы эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в ОЗ		
7	При проведении эпидемиологического надзора используются различные стандартизированные методы сбора данных (например, активное проспективное, ретроспективное, срезное эпидемиологическое наблюдение)		
8	При проведении эпидемиологического надзора проводится верификация данных (например, оценка форм отчетов о выявленных случаях заболеваний, проверка результатов микробиологических исследований, подсчет знаменателя и т.д.).		
9	Для проведения эпидемиологического надзора имеется бактериологическая лабораторная поддержка (имеется собственная бактериологическая лаборатория или по договору с внешними лабораториями)		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №2</i>		
3 раздел	Анализ данных эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в ОЗ и обратная связь		
10	Данные эпиднадзора используются для разработки профилактических мероприятий, которые включаются в ежегодный план ИК ОЗ.		
11	Данные по эпиднадзору регулярно предоставляются руководителю ОЗ, членам ККБМП и медицинскому персоналу ОЗ в виде отчета и/или презентации на _____ врачебных конференциях, собраниях.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №3</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 6		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 6		

		% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 6	
КОМПОНЕНТ 7. ЦЕНТРАЛЬНОЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ			
1	Организация ЦСО в ОЗ. Состав и площадь комнат ЦСО.		
1	Количество помещений для ЦСО должно быть не менее 4.		
2	Приемная, моечная - не менее 6,0 кв. м.		
3	Сушильно-упаковочная - не менее 4,0 кв.м.		
4	Стерилизационная. Площадь зависит от объема используемого автоклава, так на автоклав: <ul style="list-style-type: none"> - емкостью менее 75литров - не менее 4,0 кв. м., - емкостью 75–100 литров - не менее 6,0 кв. м., - с емкостью 100 и выше литров - не менее 9,0 кв. м. 		
5	Экспедиционная - не менее 2,0 кв. м.		
		<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 1</i>	
2	Организация ЦСО в ОЗ небольшой мощности (не более 50 коек), в виде стерилизационного кабинета из двух комнат. Состав и площадь комнат ЦСО.		
6	Моечная – не менее 4,0 кв.м.		
7	Стерилизационная. Площадь зависит от объема используемого автоклава, так на автоклав: <ul style="list-style-type: none"> - емкостью менее 75литров - не менее 4,0 кв. м., - емкостью 75–100 литров - не менее 6,0 кв. м., - с емкостью 100 и выше литров - не менее 9,0 кв. м. 		
		<i>Количество исполняемых критериев по разделу № 2</i>	
3	В ЦСО имеется пакет документов		
8	В ЦСО имеются технические паспорта на оборудование.		
9	В ЦСО имеются результаты технического освидетельствования (поверки) оборудования.		
10	У персонала имеется сертификат/допуск к работе с аппаратами под давлением.		
11	В ЦСО имеются журналы регистрации приема и выдачи инструментария и материалов.		
12	В ЦСО имеется журнал регистрации результатов стерилизации и др.		
13	В ЦСО имеется график уборки помещений, с отметкой и утвержденный главным врачом ОЗ		
		<i>Количество исполняемых критериев по разделу №3</i>	

4 раздел	В ЦСО организована поточность		
14	В ЦСО имеется необходимый набор помещений и соблюдается поточность движения «грязного», «чистого» и «стерильного» инструментария и материалов.		
15	В ЦСО имеется «грязная» зона (прием, моечная, санузлы, гардероб для верхней одежды), которая сообщается с «чистой» зоной через моечные автоматы проходного типа или посредством закрывающегося передаточного окна из моечной.		
16	В ЦСО имеется «чистая» зона (упаковка и подготовка к стерилизации, складские помещения).		
17	В ЦСО имеется «стерильная» зона (стерилизация и хранение) отделена от «чистой» зоны проходными стерилизаторами или посредством закрывающегося передаточного окна.		
18	Вход персонала через санпропускник, с переодеванием в стерильный комплект одежды.		
19	В санпропускнике имеется комплект стерильной одежды.		
20	Вход в ЦСО ограничен только сотрудниками, имеющий на это разрешение.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №4</i>		
5 раздел	Предстерилизационная очистка (ручным способом или в дезинфекционно-моечной машине)		
21	Персонал использует средства защиты: халат, клеенчатый, фартук, технические перчатки, лицевой щиток.		
22	ПСО проводится в дезинфекционно-моечной машине. <i>Примечание: при положительном ответе дальнейшие вопросы не оцениваются.</i>		
23	При ПСО ручным способом, персонал проводит сортировку инструментария, и его замачивание с полным погружением в моющем растворе на 15 мин., при t раствора 50- 55°C. Или в энзимном растворе согласно инструкции производителя.		
24	Мойку инструментов и предметов в моющем растворе, проводят ниже поверхности воды с использованием щеток или ватно-марлевых тампонов. Разъемные изделия подвергают мойке в разобранном виде.		
25	Инструменты промывают чистой водой, затем ополаскивают в дистиллированной воде с последующей сушкой в сушильном шкафу при температуре 80–90 градусов.		
26	Персоналом проводится контроль качества предстерилизационной очистки пробами на наличие остатков крови, моющего средства, хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксидаз растительного происхождения. Контролю подвергают 1% от одновременно обработанных изделий одного наименования, но не менее 3–5 ед.		
27	В ЦСО имеются в наличии контрольные пробы с не истекшим сроком годности.		

		Количество исполняемых критериев по разделу №5			
6	Упаковка предметов, подлежащих стерилизации и правила загрузки стерилизаторов.				
раздел					
28				При упаковке инструментов все имеющие сочленения инструментов должны быть открыты и разобраны .	
29				Для упаковки при стерилизации паром используют: – плотный х/б материал (обертывают два раза, упаковку туго не завязывают), – упаковочную бумагу (обертывают два раза), – термозапаечный упаковочный материал.	
30				Упакованные инструменты помещают в стерилизационные коробки (биксы). Плотность заполнения бикса не должна превышать 2/3 его объема. В середину заложенных инструментов помещается термохимический индикатор.	
31	Камеру стерилизатор не перегружают. Между биксами и стенками стерилизатора должно быть не менее 7–8 см свободного пространства.				
		Количество исполняемых критериев по разделу №6			
7	Процесс стерилизации				
раздел					
32				Стерилизацию паром (автоклавирование) в гравитационном автоклаве проводят в течение 20 минут для не обернутых предметов и 30 минут для обернутых предметов (при 132±2 ⁰ С под давлением 2±0,2 кг/см ²).	
33				Стерилизацию паром (автоклавирование) в автоматическом автоклаве проводят в соответствии с автоматическим режимом для обернутых и не обернутых предметов, указанным производителем автоклава.	
34				Стерилизацию сухим жаром проводят в сухожаровом шкафу при 180 ⁰ С в течение 1 часа после достижения требуемой температуры (общий цикл 2–2,5 часа), или 160 ⁰ С в течение 2 часов после достижения требуемой температуры (общий цикл 3–3,5 часа).	
35				Стерилизацию в плазменном (на основе перекиси водорода) автоклаве проводят в соответствии с режимом указанным производителем автоклава.	
36				В ОЗ не проводится химическая стерилизация инструментария и приборов (в растворах дезинфицирующих средств, импровизированных парафармалиновых камерах, озонаторах и др.), так как данный метод не является эффективным и валидированным.	
37				В журналах имеются записи с указанием времени стерилизации, температуры и давления, с результатами тест-контроля для каждой загрузки.	
		Количество исполняемых критериев по разделу №7			

8 раздел	Процессы выгрузки и хранения стерильных изделий		
38	Стерилизационные коробки перед выгрузкой из стерилизатора должны быть сухими (перед выгрузкой гравитационному автоклаву дают остыть в течение 30 минут).		
39	Извлеченные из стерилизатора стерилизационные коробки выкладываются на стеллажи в стерильной зоне.		
40	На стерилизационных коробках имеются ярлычки/наклейки с указанной датой проведения стерилизации.		
41	На стеллажах хранения стерилизационных коробок имеется маркировка всех структурных подразделений ОЗ		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №8</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 7		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 7		
	% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 7		
КОМПОНЕНТ 8. УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ			
1 раздел	Административные меры по организации системы управления МО в структурных подразделениях ОЗ		
1	В ОЗ имеется договор с соответствующими службами на вывоз мусора, с компаниями по сбору и переработке вторсырья.		
2	В ОЗ имеется график вывоза отходов с территории ОЗ, утвержденный главным врачом.		
3	В ОЗ имеется график выноса МО из структурных подразделений ОЗ, утвержденный главным врачом.		
4	В ОЗ определены ответственные в отделениях за сбор МО.		
5	В ОЗ имеется схема движения отходов на территории учреждения.		
6	В ОЗ имеются и вывешены правила и инструкции для персонала, вовлеченного в обращение с отходами.		
7	В ОЗ имеется журнал учета и регистрации аварийных ситуаций, связанных с обращением МО.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №1</i>		
2 раздел	Имеется система сортировки отходов в соответствующие емкости		
8	Разделение отходов проводится в месте образования отходов (процедурной, перевязочной, операционной и др.)		
9	Общие неопасные отходы (класс А) - в емкость с черным пакетом.		
10	Анатомические отходы (класс Б1) - в водонепроницаемые мешки или непротекаемые емкости.		

11	Остро-колющие отходы (класс Б2) - в проколостойкий контейнер (для игл – в контейнер иглоотсекателя).		
12	Пластиковая часть шприцев (класс Б3) □ в полипропиленовые пакеты или эмалированное ведро с крышкой со знаком «биоопасности» и шприца.		
13	Перевязочный материал, перчатки, и др. (класс Б3) – в полипропиленовые пакеты или эмалированное ведро с крышкой со знаком «биоопасности».		
14	Б 4 – инфицированные: все отходы инфекционных отделений (в т.ч. пищевые), отходы из паразитологических и микробиологических лабораторий, работающих с микроорганизмами 3 и 4 групп патогенности.		
15	Особо опасные инфекционные отходы (класс В), содержащие кровь и/или другие биологические жидкости тела человека (перевязочный материал, перчатки, шарики, тампоны, системы для в/в вливаний, пластиковая часть шприца и др.) – собираются в пакеты, вложенные в емкости (ведра) имеющие знак биологической опасности и надпись «Особо опасные инфекционные отходы».		
<i>Количество исполняемых критериев по разделу №2</i>			
3 раздел	Безопасная система обращения с медицинскими отходами		
16	При обращении с медицинскими отходами технический персонал использует средства индивидуальной защиты: хозяйственные перчатки, резиновая обувь, респиратор/маска, халат, фартук, очки, чепчик.		
17	После манипуляций с отходами и снятия перчаток, сотрудники проводят гигиену рук.		
18	Не проводят никаких манипуляций с использованными шприцами. Иглы отсекаются от шприца при помощи иглоотсекателя.		
19	Емкость с медицинскими отходами заполняют не более чем на 3\4. Не утрамбовывают.		
<i>№3</i>			
4 раздел	Меры безопасности при транспортировке МО		
20	Транспортировка опасных отходов класса «Б» и «В» осуществляется в герметично закрывающихся емкостях с крышками, имеющих знак «Биологической опасности».		
21	При транспортировке персонал несет не более одной тары в руке		
22	При транспортировке персонал использует технические перчатки и проколостойкую закрытую обувь.		
23	Персонал знает порядок действий в случае разлива/россыпи опасных отходов.		
<i>№4</i>			
5 раздел	В организации здравоохранения предусмотрены и организованы технологии обработки инфицированных отходов:		
24	Для обработки твердых МО используют автоклавирование или микроволновую обработку.		

25	Опасные жидкие отходы после обработки дезинфектантом сливают в канализацию или санитарные ямы.		
26	Анатомические отходы после обработки дезинфектантом сбрасывают в санитарные ямы Беккера или захоранивают на специально выделенных территориях (вблизи или на кладбищах).		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №5</i>		
6 раздел	Организация пункта обезвреживания МО в ОЗ		
27	В пунктах автоклавирования медицинских отходов (ПАМО) предусмотрены следующие помещения/зоны: (1) прием/регистрация отходов; (2) зона взвешивания и хранения опасных отходов; (3) собственно автоклавная; (4) место для мытья транспортной упаковки; (5) зона хранения чистого оборудования и обработанных отходов.		
28	Полы и стены покрыты плиткой или другим материалом, выдерживающие мытье и дезинфекцию.		
29	Автоклавная оборудована приточно-вытяжной вентиляцией.		
30	Двери автоклавной открываются наружу, обеспечивая легкий выход в случаях аварийных ситуаций и при обработке оборудования и промаркированы соответствующим цветом и знаком биологической опасности материала		
31	Имеется оборудование: автоклав, весы, разбрызгиватель воды под давлением, стеллажи для временного хранения емкостей с опасными отходами, стеллажи для хранения чистых емкостей, аптечка для оказания первой помощи при аварийных ситуациях, средства индивидуальной защиты.		
32	Персонал имеет допуск к работе с оборудованием, работающим под давлением, вакцинирован против гепатита В и столбняка.		
33	Ведется необходимая документация: регистрационный журнал приема МО, таблица/журнал записи времени и давления для каждой загрузки автоклава, журнал контроля работы автоклава. <i>Примечание: * - если в ОЗ нет собственного пункта автоклавирования, то должен быть договор об обработке опасных отходов с ОЗ, имеющей такой пункт.</i>		
34	Имеется утвержденный график уборок помещений в ПАМО, главным врачом.		
	<i>Количество исполняемых критериев по разделу №6</i>		
	КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНЯЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ 8		
	КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДАЕМЫХ КРИТЕРИЕВ ПО КОМПОНЕНТУ		
8			
	% ИСПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТУ 8		

ОБЩИЙ ИТОГ	
КОМПОНЕНТЫ	ОЦЕНКА (%)

Компонент 1 АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРОГРАММЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ	
Компонент 2 ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ	
Компонент 3 БОЛЬНИЧНАЯ ГИГИЕНА	
Компонент 4 СИСТЕМА ИЗОЛЯЦИИ	
Компонент 5 БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР	
Компонент 6 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Компонент 7 ЦЕНТРАЛЬНО СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В	
Компонент 8 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ	
Количество исполняемых критериев	
Количество наблюдаемых критериев	
Процент (%) исполнения	
Уровень реализации мероприятий по ИК ТБ	

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

противотуберкулезной организации по оказанию услуг в лечении ЛУ-ТБ

Описание оценочного листа:

Оценочный лист состоит из 5 граф: 1 - порядковый номер, 2 – название критерия, 3 - оценка об исполнении/неисполнении критерия, 4 – результат в процентном соотношении, 5 – примечание.

Инструкция использования оценочного листа

1. Методика оценки заключается в выборе оценки исполнения критериев (ДА, НЕТ, Н/П). Результатам оценки исполнения является сумма процентов ответа «ДА». Критерии считаются выполненными при показателе выше 75%, что разрешает предоставлять услуг по лечению ЛУ ТБ.
2. Ключевыми критериями являются № 4, 5, 6, 8 - они оцениваются по 15%, прочие критерии оцениваются по 10%, что в сумме составляет 100%.
3. Оценочная форма автоматически показывает, что критерии не выполнены если 2 и более ключевых показателя получили оценку «НЕТ» и это свидетельствует, что не созданы условия для безопасного оказания услуг лечения ЛУ ТБ.
4. По результатам оценки определяются эффективные меры по инфекционному контролю ТБ;

№	Название критерия	ДА НЕТ Н/П	%	ПРИМЕЧАНИЕ
1	В противотуберкулезных организациях необходимо придерживаться зонирования помещений по степени риска инфицирования микобактериями туберкулеза;			
2	Помещения с высоким риском инфицирования включает: боксированные отделения, отделения для пациентов с туберкулезом с лекарственной устойчивостью, кабины (помещения) для сбора мокроты, бактериологическую лабораторию;			
3	Здания ЛПО должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и/или естественным побуждением. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" зон в "чистые" зоны помещения;			
4	В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом легких			

	бактериологически подтвержденным, вызванным возбудителем с лекарственной устойчивостью;			
5	Боксы и боксированные палаты оборудуются автономными системами вентиляции с преобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки;			
6	Минимальные площади помещений лечебно-профилактических организаций на 1 койку: инфекционные, в том числе туберкулезные - 7.5 м ² , туберкулезные с множественной лекарственной устойчивостью - 9 м ² ;			
7	Сбор мокроты необходимо производить в специально выделенном помещении с вытяжной вентиляцией, обеспечивающей отрицательное давление и кратность воздухообмена не менее 20 м ³ в час. Помещение оборудуют бактерицидными лампами, средствами дезинфекции;			<i>Если такового помещения не предусмотрено, сбор мокроты осуществляется на открытой территории лечебного учреждения</i>
8	Медицинский и обслуживающий персонал отделений ТБ и МЛУ ТБ и других отделений/зон высокого риска (в присутствии больных туберкулезом с положительным результатом ММ, лиц с подозрением на туберкулез, в "грязных" зонах лабораторий и т.д.), должен использовать сертифицированные респираторы класса защиты не ниже FFP2 или N95.			
	<i>Всего критериев</i>			
	<i>Количество выполненных критериев</i>			
	<i>Процент (%) исполнения</i>			

ИНДИКАТОРЫ – ПО КОМПОНЕНТУ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ТБ

Матрица индикаторов:

№	Индикаторы	Базовый результат (20__)	Последующие года			Комментарии
			20__	20__	20__	
1	Годовое количество случаев ТБ среди медработников организаций здравоохранения					
2	Процент медицинского персонала прошедшего специальное обучение ПИИК в рамках сертифицированных программ					
3	Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЧТБ					
4	Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЛУ ТБ					
5	Годовое количество респираторов на одного медработника					
6	Годовое количество хирургических масок на одного пациента					
7	Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЧТБ					
8	Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЛУ ТБ					
9	Медиана (дни) пребывания в больнице для больных ЧТБ					
10	Медиана (дни) пребывания в больнице для больных ЛУ ТБ					

Паспорт индикаторов

1. *Годовое количество случаев ТБ среди медработников организаций здравоохранения* – заполняется абсолютное число зарегистрированных случаев ТБ среди медицинского персонала за текущий год.
2. *Процент медицинского персонала прошедшего специальное обучение ПИИК в*

рамках сертифицированных программ – количество медработников, прошедших обучение (числитель) / количество медперсонала (знаменатель).
Заполняется процент (%)

3. *Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЧТБ* – среднее количество дней между датой постановки диагноза ТБ и первой даты приема ПТП.
4. *Среднее количество дней между постановкой диагноза и началом лечения ЛУ-ТБ* – среднее количество дней между датой постановки диагноза ТБ и первой даты приема ПТП.
5. *Годовое количество респираторов на одного медработника* – абсолютное число, расход выделенных респираторов на одного медработника за один год (заполняется по окончанию года).
6. *Годовое количество хирургических масок на одного пациента* - расход выделенных хирургических масок на одного больного ТБ за один год (заполняется по окончанию года).
7. *Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЧТБ* – среднее арифметическое число между датой госпитализации больного ТБ и датой выписки.
8. *Средняя продолжительность пребывания в больнице для больных ЛУ-ТБ* - среднее арифметическое число между датой госпитализации больного ТБ и датой выписки.
9. *Медиана (дни) пребывания в больнице для больных ЧТБ* – значение медианы между датой госпитализации больного ТБ и датой выписки (рекомендуется использовать формулы MS Excel)
10. *Медиана (дни) пребывания в больнице для больных ЛУ-ТБ* – значение медианы между датой госпитализации больного ТБ и датой выписки (рекомендуется использовать формулы MS Excel)