

**Чек-листы для  
внутреннего контроля  
соблюдения СанПин  
сестринским  
персоналом.**

---

## Наши цели:

- 1) Что такое чек листы?
- 2) Зачем чек листы в МО?
- 3) Зачем чек листы персоналу?
- 4) Какие бывают чек листы?
- 5) Как организовать работу с чек листами в МО?
- 6) Кто может работать с чек листами?
- 7) Как сделать всю эту бумажную работу полезной?

## **ЧЕК ЛИСТ инструмент стандартизации.**

**Где находится стандартизация в структуре управления  
МО?**

---

- Стандартизация процесса
- Стандартизация результата процесса
- Стандартизация знаний
- Стандартизация навыков

**Особое внимание:**

- Навыки, которые используются не часто

## **Деятельность каких подразделений и направлений проще всего стандартизовать?**

---

- Медицинские сестры**
- Лаборатория**
- вспомогательные подразделения**
- Отдельные кабинеты**

---

# Зачем нужны чек листы:

---

- 1) Зафиксировать аудит**
- 2) Возможность самопроверок
- 3) Анализ структуры нежелательных событий
- 4) Найти источник ошибок и рисков
- 5) Возможность улучшения**

# Как разработать чек лист?

## Вариант 1

Взять готовые чек лист  
Переделать под свою МО

Плюсы	Минусы
Быстро	«СМК» на бумаге
Не требуется высокая квалификация	Не учитываются реалии МО
Единообразие	Формализм
Проще пройти формальную аккредитацию	Документ не реализует задачи по управлению знаниями

## Вариант 2

Разработать «с нуля»  
самостоятельно

Плюсы	Минусы
Управление знаниями	Долго
Детальный анализ «хорошей» практики (state of the art)	Итоговый вариант может быть непривычным для аудиторов
Документ полностью соответствует реалиям МО	Требуется высокая квалификация

# Нормативные документы

---

- ▶ Закон РФ № 52-ФЗ от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- ▶ СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
- ▶ СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»
- ▶ СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал.



18) осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);

проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);

**организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;**

обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);

**соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;**

обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;

**соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;**

**профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);**

рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

Приказ МЗ РФ от 31 июля 2020 г. N 785н

# Какие есть чек-листы:

---

- предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- чек лист по хирургической безопасности (контрольный перечень мер по соблюдению хирургической безопасности)
- чек лист для оценки системы эпидемиологической безопасности в медицинской организации в условиях пандемии COVID-19 (поликлиника, стационар)
- чек листы определение уровня эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств в медицинских организациях
- .....

# Чек листы ЭНДОСКОПИЯ

---

ФКР «ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРИЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ» 2017Г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ МУ 3.1.3420-17 «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРИЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ»

САНПИН 3.3686-21 «САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

# система эпидемиологической безопасности

Набор и площади помещений, планировка моечно-дезинфекционного помещения, системы вентиляции и водоподготовки.

Организация мероприятий по контролю за ИСМП.

Техническое оснащение и материальное обеспечение.

Выполнение требований к технологии обработки эндоскопов.

Выполнение требований к транспортировке и хранению эндоскопов

Выполнение требований к технологии обработки инструментов к эндоскопам.

Кадровое обеспечение и обучение медицинских работников вопросам профилактики ИСМП в эндоскопии.

# Набор и площади помещений, планировка моечно-дезинфекционного помещения, системы вентиляции и волополготовки.

Показатель	ссылка
Минимальный набор помещений. Соответствие их площадей нормируемым значениям.	СП 2.1.3678-20 П 4.17, СанПиН 3.3686-21 п 3660-3664
Место проведения РХПГ	СП 2.1.3678-20 п 4.17
Соблюдение поточности технологического процесса обработки эндоскопов	СП 2.1.3678-20 п.4.2.1 СанПиН 3.3686-21 п 3672
Наличие раковин для мытья рук персонала в эндоскопической манипуляционной и в моечно-дезинфекционном помещении	СП 2.1.3678-20 п 4.4.7, СанПиН 3.3686-21 п 3674
Система вентиляции в моечно-дезинфекционном помещении	СанПиН 3.3686-21 п 3665. 3670
Соответствие эндоскопической манипуляционной для исследований ДП классу микробиологической чистоты Б	СП 2.1.3678-20 пр 3 СанПиН 3.3686-21 п 3665
Проведение исследований верхних и нижних отделов ЖКТ и ДП в отдельных манипуляционных помещениях	СП 2.1.3678-20 п 4.17.1

## Организация мероприятий по контролю за ИСМП.

Показатель	ссылка
Внутренний контроль качества в эндоскопическом отделении/кабинете	СанПиН 3.3686-21 п 3646 МУ, XII раздел
Наличие алгоритмов обработки эндоскопов, находящихся на балансе МО	СанПиН 3.3686-21 п 3643 МУ, п. 9.7., Приложение 5
<b>Использование кодировки эндоскопов</b>	СанПиН 3.3686-21 п 3647. МУ п. 9.4.
<b>Документация цикла обработки эндоскопов</b>	СанПиН 3.3686-21 п 3648; МУ п. 9.5, п. 9.6., раздел XII п.6.
Контроль качества очистки	СанПиН 3.3686-21 п 3650; МУ V раздел, примечания 5 и 6 к таблице.
Контроль эффективности рабочего раствора (готового) к применению средства для ДВУ	СанПиН 3.3686-21 п 3649 МУ п.6.2., раздел V
Контроль критических параметров цикла ДВУ	СанПиН 3.3686-21 п 3695, 3696; МУ п.6.2, раздел V.
Контроль эффективности ДВУ	СанПиН 3.3686-21 п 3724, 3727; МУ XII раздел, п. 3.
Оценка результатов микробиологического контроля за предшествующий год.	СанПиН 3.3686-21 п 3727; МУ п.10.4., 10.5.

Distribusi hasil panen

Jenis	Hasil (kg/ha)	Tinggi tanaman (cm)	Fraksi (kg/ha)	Spesifikasi (kg/ha)	Sisa (kg/ha)
B.1	7	167	167	8.55	9.45
			167	10.90	
	7	167	167	9.20	10.40
			167	10.25	
B.1	7	167	167	9.25	10.00
			167		

Способ		Датум-рекорд		Метанализированный способ	
Исторический вариант и описание метода измерения (дата измерения 20 в. и т.д.)	Время измерения (начало-конец измерения)	Метод	Дата	Исторический вариант измерения (дата измерения 20 в. и т.д.)	Метод измерения (дата измерения 20 в. и т.д.)
	11:30 - 11:40				
	12:50 - 12:55				
	13:20 - 13:25				
	13:45 - 13:50				
	9:25 - 9:30				





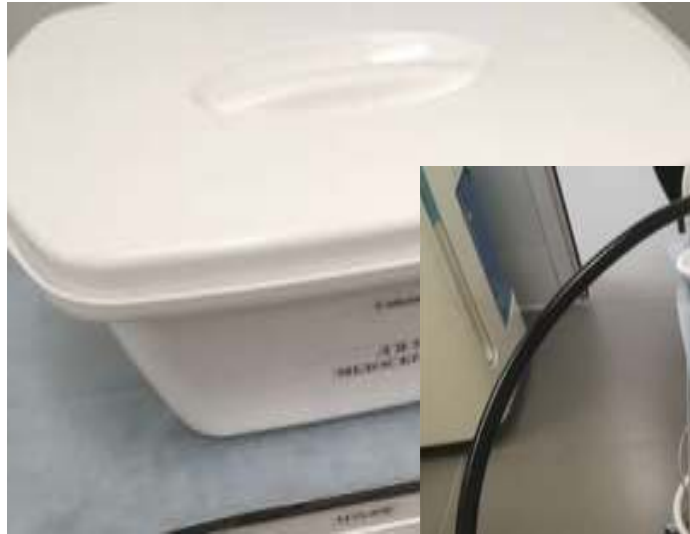
## Техническое оснащение и материальное обеспечение.

Показатель	ссылка
Количество эндоскопов без учета списанных и подлежащих ремонту	СанПиН, раздел I, пункт 10.11.2. МУ п. 9.3., пр 4.
Оснащенность санитарно-техническими приборами зоны очистки	СанПиН 3.3686-21 п 3675
<b>Оснащенность зоны ДВУ</b>	<b>СанПиН 3.3686-21 п 3676</b>
Обеспечение водоподготовки в моечно-дезинфекционном помещении и МДМ	СанПиН 3.3686-21 п 3671.; МУ п. 6.2.
Обеспечение средствами очистки	СанПиН 3.3686-21 п 3689-3690; МУ п.9.3.
Обеспечение средствами ДВУ	СанПиН 3.3686-21 п 3692; МУ п. 3.2.7.;9.3
Обеспеченность средств ДВУ химическими индикаторами	СанПиН 3.3686-21 п 3688, 3695; МУ п. 6.2.
Обеспеченность этиловым или изопропиловым 70%спиртом, выпущенным по фармакопейной статье (микробиологическая чистота категории 2)	СанПиН 3.3686-21 п 3699 (5); МУ IV раздел
Наличие и использование вспомогательных приспособлений (адаптеры, промывочные трубки) для обработки эндоскопов	СанПиН 3.3686-21 п 3699;МУ V раздел.

---

5.14. Зона ДВУ и хранения эндоскопов должна оборудоваться и оснащаться:

- емкостью для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ;
- моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований;
- емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды - стерильными, в других случаях - продезинфицированными);
- столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов;
- шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;
- стеллажами (шкафами) для хранения стерильных материалов (простыни, пеленки, перчатки, чехлы для эндоскопов).



## Выполнение требований к технологии обработки эндоскопов.

Показатель	ссылка
Предварительная очистка	СанПиН 3.3686-21 3656, 3667, 3699; МУ п. 3.2.1.
Проведение теста на герметичность	СанПиН 3.3686-21 п 3656, 3699; МУ раздел V
Выполнение всех этапов окончательной очистки или окончательной очистки при совмещении с дезинфекцией ручным способом вне зависимости от наличия МДМ	СанПиН 3.3686-21 п 3699. МУ раздел V
Кратность применения моющих растворов для цели окончательной очистки как самостоятельного процесса	СанПиН 3.3686-21 3691; МУ п.п. 3.2.3.,
Срок применения растворов дезинфицирующих средств для цели окончательной очистки при совмещении с дезинфекцией	СанПиН 3.3686-21 3691; МУ п.п. 3.2.4
Очистка всех каналов эндоскопа вне зависимости от их использования при вмешательстве	СанПиН 3.3686-21 3699; МУ раздел V



## Выполнение требований к технологии обработки эндоскопов.

Показатель	ссылка
Использование для очистки эндоскопа стерильных или одноразовых щеток	МУ раздел V
Сушка эндоскопа перед ДВУ	СанПиН 3.3686-21 п 3696; МУ раздел V.
Соблюдение асептики при проведении ополаскивания и сушки эндоскопов, подвергнутых ДВУ	СанПиН 3.3686-21 699; МУ раздел V
Микробиологическое качество воды, используемой для ополаскивания бронхоскопов после ДВУ	СанПиН 3.3686-21 3699; МУ п. 6.7.
Кратность использования воды для ополаскивания эндоскопов после ОО и ДВУ	МУ раздел V
Досушивание эндоскопов после ДВУ 70% этиловым или изопропиловым спиртом, выпущенным по фармакопейной статье.	СанПиН 3.3686-21 3699; МУ раздел V

# Выполнение требований к транспортировке и хранению эндоскопов

Показатель	ссылка
Условия и длительность хранения обработанных эндоскопов перед очередным исследованием	СанПиН 3.3686-21 п. 3699; МУ п. 7.6.
Условия хранения обработанных эндоскопов между сменами	СанПиН 3.3686-21 п. 3699; МУ п. 7.4., п. 7.5.
Условия транспортировки эндоскопов по коридорам отделения или между отделениями МО	СанПиН 3.3686-21 п. 3654; МУ п. 7.1.





# Выполнение требований к технологии обработки инструментов к эндоскопам

Показатель	ссылка
Место проведения дезинфекции и предстерилизационной очистки	СанПиН 3.3686-21 п. 3668, 3669; МУ п. 3.6.1.
Место проведения стерилизации	СанПиН 3.3686-21 3678;
Методы стерилизации	СанПиН 3.3686-21 3723, 3699;
Ополаскивание инструментов после химической стерилизации в растворе/готовом средстве проводят	СанПиН 3.3686-21 3700;

# Кадровое обеспечение и обучение медицинских работников вопросам профилактики ИСМП в эндоскопии.

Показатель	ссылка
Укомплектованность штата эндоскопического подразделения	приказ МЗ РФ
Система непрерывного обучения медицинского персонала вопросам профилактики ИСМП	СанПиН 3.3686-21 п 3645, МУ 3.1.3420-17, Приложение 3.

# Интегральные показатели эффективности системы эпидемиологической безопасности по блокам

	Наименование блока параметров контроля	Интегральный показатель оценки в баллах каждого блока параметров контроля		
		1	2	3
1	Набор и площади помещений, планировка моечно-дезинфекционного помещения, системы вентиляции и водоподготовки.	0-7	8-14	15-21
2	Организация мероприятий по контролю за ИСМП	0-9	10-18	19-27
3	Техническое оснащение и материальное обеспечение	0-9	10-18	19-27
4	Выполнение требований к технологии обработки эндоскопов	0-12	13-24	25-36
5	Выполнение требований к транспортировке и хранению эндоскопов	0-3	4-6	7-9
6	Выполнение требований к технологии обработки инструментов к эндоскопам	0-4	5-8	9-12
7	Кадровое обеспечение и обучение медицинских работников вопросам профилактики ИСМП в эндоскопии	0-2	3-4	5-6
	Суммарный интегральный показатель	7-21		

# Оценка уровня эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на ЖКТ и ДП.

---

<b>Суммарный интегральный показатель</b>	<b>Уровень эпидемиологической безопасности</b>
7-11 баллов	Низкий
12-16 баллов	Средний
17-21 баллов	высокий

---

# Чек листы аудита процедурного кабинета

## **ЧЕК ЛИСТ при проведении аудита**

- **Пошаговая инструкция аудита**
  - **Учитывает требования нормативных документов**  
**(возможно контролировать соответствие источнику)**
-

№	Проверяемые требования	Ссылки	+	+/-	-	Наблюдения / замечания
<b>1.</b>	<b>Помещения, санитарно-эпидемиологические требования:</b>					Дата Отделение Кабинет
	Площадь 16 кв.м.	СП 2.1.3678-20 (приложение 1 )				
	В отделениях с двумя палатными секциями (не более, чем по 30 коек) процедурные и перевязочные предусматривают в каждой секции.	СанПиН 3.3686-21 п. 3758				
	Материалы, из которых изготовлены потолки, должны обеспечивать возможность проведения влажной очистки и дезинфекции. Элементы потолков должны быть фиксированы без возможности сдвигания при уборке.	СП 2.1.3678-20 п 4.3.3				
	Установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями с бесконтактным управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом, иными моющими средствами и растворами антисептиков оборудуются	СП 2.1.3678-20 пп 4.4.5. 4.4.6.				
	Класс чистоты помещения – Б: Допустимая температура воздуха 22-26 °С. Наличие возможности естественного проветривания.	СП 2.1.3678-20 п 4.15.5				
	Требования к освещению: Светильники, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.	СП 2.1.3678-20 п 9.5				
<b>2.</b>	<b>Мебель, оборудование:</b>					
	Мебель медицинская (наличие рег. удостов. МЗ): - Стол перевязочный; - Столик манипуляционный; - Лампа бестеневая; - Ширма; - Шкаф для хранения медикаментов; - Шкаф для стерильных индивидуальных наборов. должна использоваться мебель, выполненная из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств	Стандарт оснащения перевязочного кабинета СП 2.1.3678-20 п 4.7				
	Холодильник: Наличие инструкции, термометров. Санитарная обработка холодильника (записи). Ведение ж.«контроля температурного режима».	Паспорт (руководство по эксплуатации)				

№	Проверяемые требования	Ссылки
<b>1.</b>	<b>Помещения, санитарно-эпидемиологические требования:</b>	
	Площадь 16 кв.м.	СП 2.1.3678-20 (приложение 1 )
	В отделениях с двумя палатными секциями (не более, чем по 30 коек) процедурные и перевязочные предусматривают в каждой секции.	СанПиН 3.3686-21 п. 3758
	Материалы, из которых изготовлены потолки, должны обеспечивать возможность проведения влажной очистки и дезинфекции. Элементы потолков должны быть фиксированы без возможности сдвигания при уборке.	СП 2.1.3678-20 п 4.3.3
	Установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями с бесконтактным управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом, иными моющими средствами и растворами антисептиков оборудуются	СП 2.1.3678-20 пп 4.4.5. 4.4.6.
	Класс чистоты помещения – Б: Допустимая температура воздуха 22-26 °С. Наличие возможности естественного проветривания.	СП 2.1.3678-20 п 4.15.5
	Требования к освещению: Светильники, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.	СП 2.1.3678-20 п 9.5
<b>2.</b>	<b>Мебель, оборудование:</b>	
	Мебель медицинская (наличие рег. удостов. МЗ): - Стол перевязочный; - Столик манипуляционный; - Лампа бестеневая; - Ширма; - Шкаф для хранения медикаментов; - Шкаф для стерильных индивидуальных наборов. должна использоваться мебель, выполненная из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств	Стандарт оснащения перевязочного кабинета СП 2.1.3678-20 п 4.7
	Холодильник: Наличие инструкции, термометров. Санитарная обработка холодильника (записи). Ведение ж.«контроля температурного режима».	Паспорт (руководство по эксплуатации)
	Гигрометр психрометрический ВИТ-2 для измерения температуры и влажности.	
	Бактерицидный облучатель (рециркулятор): соответствие режима работы рециркулятора категории помещения; ведение журнала регистрации и контроль работы рециркулятора УФ-бактерицидного; санитарная обработка рециркулятора (поверхности при генеральной уборке).	



3.	<b>Инструментарий и расходные материалы:</b>	
	Изделия медицинского назначения: лотки, пинцеты, ножницы, перевязочный материал(бинты, пластырь, вата), салфетки спиртовые и сухие, полотенца, простыни/пеленки, пр.	Стандарт оснащения перевязочного кабинета
	Держатели для жидкого мыла и кожного антисептика.	
	Контейнеры для дезинфекции и стерилизации (одно- и многоразовые)	
	Места хранения расходных материалов и инструментов, состояние упаковки, маркировка.	
	Стерильные ИМН одно- и многоразового использования, хранение, упаковочный материал, дата стерилизации, срок годности до и после вскрытия упаковки.	
	Наличие средств индивидуальной защиты (СИЗ): Спецодежда (не менее 3-х комплектов), обувь Колпак/шапочка Маска/экран/очки Перчатки, кожный антисептик	
	Состояние и обработка рук мед. персонала: - состояние рук: коротко постриженные ногти, отсутствие лака, и искусственных ногтей, ювелирных украшений; - наличие средств для мытья и обеззараживания рук - наличие инструкций по гигиенической обработке - использование перчаток	СанПиН 3.3686-21 п. 3477
4.	<b>Режимы дезинфекции объектов:</b>	
	Наличие документов (инструкций, регистрационных удостоверений) на применяемые дезинфицирующие средства	
	Наличие отдельных емкостей с рабочими растворами дезинфицирующих средств: - для дезинфекции изделий медицинского назначения - для поверхностей в помещении, мебели, оборудования - для обеззараживания отходов класса Б - для уборочного инвентаря Емкости должны иметь плотно прилегающие крышки и маркировку: - наименование дезсредства - концентрация - назначение - дата приготовления - предельный срок годности раствора	СанПиН 3.3686-21 п. 3548-3549
	Соблюдение периодичности профилактической дезинфекции: Текущая уборка: не мене 2-х раз в сутки Генеральная уборка – 1 раз в неделю Используемые дезинфицирующие средства Журнал регистрации генеральных уборок Наличие инвентаря и спецодежды для проведения	СанПиН 3.3686-21 п. 3561, 3564

<b>5.</b>	<b>Обращение с медицинскими отходами</b>	
	Наличие инструкции по обращению с медицинскими отходами	
	Запасы инвентаря (тары) для сбора и обеззараживания отходов: - отдельные маркированные ёмкости для отходов классов А, Б - пакеты одноразовые – 1 в смену (8 часов) - дезинфицирующие средства (растворы)	СанПиН 2.1.3684-21 п 175, 179
	Обеззараживание отходов класса Б: Наличие контейнеров жёлтого цвета, маркировка с указанием класса отходов; раствор дезинфицирующих средств (маркировка); способ – погружение в раствор, время выдержки	СанПиН 2.1.3684-21 п 177
	Упаковка и перемещение отходов класса Б после обеззараживания к месту временного хранения: пакеты д.б. закрыты (завязаны), одноразовые ёмкости плотно закрыты крышками; заполняемость пакета – не более трёх четвертей; масса пакета – не более 10 кг	СанПиН 2.1.3684-21 п 175
	Дезинфекция многоцветных ёмкостей для сбора отходов класса Б – ежесменно при текущей дезинфекции	СанПиН 2.1.3684-21 п 176
<b>6.</b>	<b>Аварийные ситуации</b>	
	Наличие «Журнала учёта аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций», инструкция для персонала при возникновении аварийной ситуации	СанПиН 3.3686-21 Приказ МЗ РФ от 9 января 2018 г. N 1н ЭС.РИ. 105.01-2021 ЭС. ФЖ. 09-02-2021
	Количество зарегистрированных биологических аварий с начала года на момент проверки. Характер повреждений, причины	
<b>7.</b>	<b>Прочее:</b>	

# Анализ замечаний по отделениям.

№	Отделение	Замечания (даты количество)	Повторяющиеся замечания
	Отделение 1	05.03.2021 - 5. 07.07.2021 - 14 12.07.2021 - 5	11.02.2022 - 1
	Отделение 2	05.02.2021 - 10 11.02.2021. – 5 15.07.2021 - 15. 21.10.2021 - 7	06.04.2022 - 1
	Отделение 3	08.02.2021 7 14.10.2021 - 5	
	Отделение 4	05.02.2021 - 5 02.09.2021 – 5	

	<b>Отделение Кабинет</b>	<b>Инструкция по проведению на первой странице</b>	<b>Заведен по форме</b>	<b>Все графы заполнены</b>	<b>примечание</b>
<sup>1</sup>	<b>Отделени 1 Процедурн ый каб.</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>Обработка Астера 0,03% с 0,5% с выдержкой 30 мин.</b>
	<b>Пост и адм.помещ.</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>Обработка 0,0104% Неотабс с экспозицией 30 мин.</b>
	<b>Каб.ЭКГ</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>Обработка Астера 0,03% с 0,5% с выдержкой 30 мин.</b>

---

Пример использования  
чек листов при  
мониторинге гигиены  
рук в ГАУЗ РТ «БСМП»

# КОЛИЧЕСТВЕННО ?

Источник: сайт ВОЗ

Материалы по организации  
прямых открытых наблюдений за  
гигиеной рук

Частота соблюдения  
требований гигиены рук,  
измеряемая как отношение  
количества выполненных  
обработок рук к общему  
количеству показаний для  
обработки рук.

**Всемирная Организация  
Здравоохранения**

Форма для записи результатов наблюдений

Наименование: \_\_\_\_\_ Период МР: \_\_\_\_\_ Связь работы МР: \_\_\_\_\_  
 Страна: \_\_\_\_\_ Дата (день/месяц/год): \_\_\_\_\_ Наблюдатель: (имя/фамилия) \_\_\_\_\_  
 Палата: \_\_\_\_\_ Бремя работы/загрязнения (н/м): \_\_\_\_\_ Стр. №: \_\_\_\_\_  
 Отделение: \_\_\_\_\_ Продолжительность (мин): \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_  
 Страна: \_\_\_\_\_

События	Проф. кат. №			Проф. кат. №			Проф. кат. №			Проф. кат. №		
	События	МР	МР	События	МР	МР	События	МР	МР	События	МР	МР
1	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	1	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	1	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
2	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	2	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	2	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
3	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	3	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	3	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
4	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	4	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	4	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
5	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	5	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	5	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
6	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	6	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	6	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
7	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	7	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	7	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.
8	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	8	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	8	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.	соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в. соп. Б.в.

1 - Заполняется администратором данных.  
 \* - Заполняется наблюдателем, если это целесообразно, в соответствии с местными требованиями к практике.  
 со - соответствует.  
 несоп. Б.в. - не соответствует.  
 соп. Б.в. - число наблюдений, проведенных в рамках метода с использованием видеокамеры.  
 несоп. Б.в. - число наблюдений с нарушением.  
 несоп. Б.в. - число наблюдений с нарушением в течение одной смены и в течение периода.  
 Б.в. - число наблюдений с нарушением.  
 МР - число рук мытых и высушенных.  
 соответствующий - число раз не выполнено.

# Регистрация проведения открытых прямых наблюдений за соблюдением гигиены рук

с 2018 года

Учреждение: ГАУЗ РТ БСМП      Дата:      Сеанс работы №:  
 Служба:      Время:      Наблюдатель:  
 Палата:      Продолжительность      Проф.категория  
 Отделение:      сеанса:      Код

№	показание	мера по г.р.	№	показание	мера по г.р.
1	до к.п.	А.Р.	4	до к.п.	А.Р.
	до а.п.	М.Р.		до а.п.	М.Р.
	после б.ж.	отсутств.		после б.ж.	отсутств.
	после к.п.			после к.п.	
	после о.в.с.			после о.в.с.	
	после к.с с			после к.с с	
№	показание	мера по г.р.	№	показание	мера по г.р.
2	до к.п.	А.Р.	5	до к.п.	А.Р.
	до а.п.	М.Р.		до а.п.	М.Р.
	после б.ж.	отсутств.		после б.ж.	отсутств.
	после к.п.			после к.п.	
	после о.в.с.			после о.в.с.	
	после к.с с			после к.с с	
№	показание	мера по г.р.	№	показание	мера по г.р.
3	до к.п.	А.Р.	6	до к.п.	А.Р.
	до а.п.	М.Р.		до а.п.	М.Р.
	после б.ж.	отсутств.		после б.ж.	отсутств.
	после к.п.			после к.п.	
	после о.в.с.			после о.в.с.	
	после к.с с			после к.с с	

г.р. = гигиена рук

до к.п. = до контакта с пациентом

до а.п. = до асептической процедуры

после б.ж. = после ситуации, связанной с риском контакта с биол.жидкостями

после к.п. = после контакта с пациентом

после о.в.с. = после контакта с объектами внешней среды в окружении пациента

после к.с с. = после контакта с «собой» /СИЗ

А.Р. = гигиеническая антисептика рук

М.Р. = мытье рук мылом и водой

отсутствует = гигиена рук не проводилась

## Результаты наблюдений гигиены рук

Отделение

месяц 20\_\_ г.

с 2018 года

	врачи			медсестры			Прочие категории			Всего		
	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)
	Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =		
Расчет (%)												

## Результаты наблюдений гигиены рук

	Перед прикосновением к пациенту			Перед процедурой, требующей соблюдения чистоты/асептической процедурой			После риска контакта с жидкостями организма			После прикосновения к пациенту			После прикосновения к предметам окружающим пациента			После контакта с собой (средствами индивидуальной защиты)		
	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показаний (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)
	Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =			Случай (n)= Меры (n) =		
Расчет (%)																		

Подпись составившего отчет

Подпись старшей медсестры

Подпись заведующего



**Результаты наблюдений гигиены рук**

	врачи			медсестры			Прочие категории			Всего		
	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	Случай (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)
	24	4	18	96	36	44				120	40	62
	Меры (n) = 22 Случай (n)= 24			Меры (n) = 80 Случай (n)= 96			Меры (n) = Случай (n)=			Меры (n) = 102 Случай (n)= 120		
Расчет (%)	91,66			83,3						85		

**Результаты наблюдений гигиены рук**

	Перед прикосновением к пациенту			Перед процедурой, требующей соблюдения чистоты/асептической процедурой			После риска контакта с жидкостями организма			После прикосновения к пациенту			После прикосновения к предметам окружающим пациента		
	показания (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показания (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показания (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показания (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)	показания (n)	М.Р. (n)	А.Р. (n)
	21	8	7	33	7	25	35	12	22	18	7	6	13	6	2
	Меры (n) = 15 Случай (n)= 21			Меры (n) = 32 Случай (n)= 33			Меры (n) = 34 Случай (n)= 35			Меры (n) = 13 Случай (n)= 18			Меры (n) = 8 Случай (n)= 13		
Расчет (%)	71,43			96,96			97,14			72,22			61,54		

Подпись составившего отчет

Челнокова О.Н.

Подпись старшей медсестры

Челнокова О.Н.

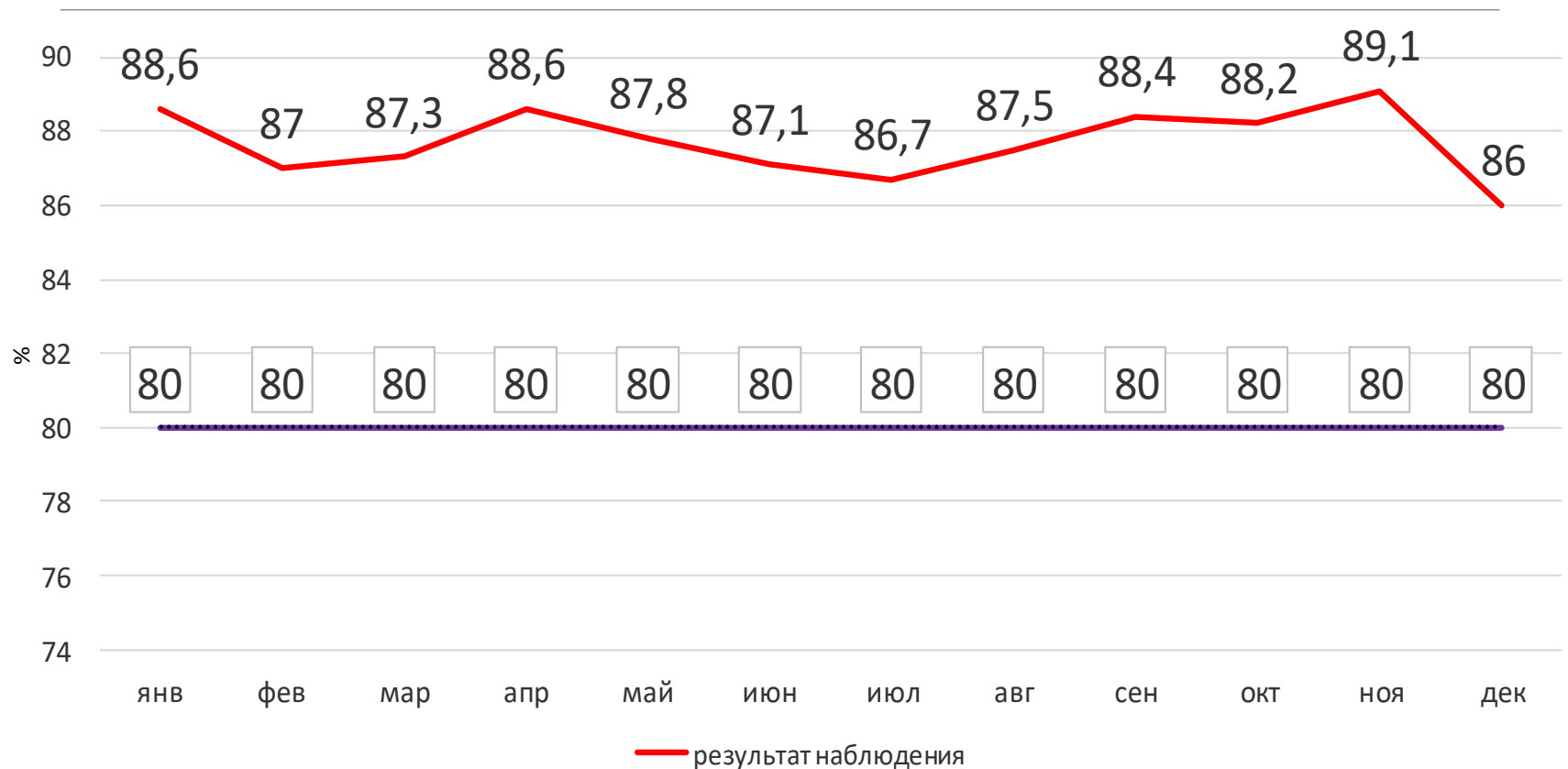
Подпись заведующего

Юсупов Д.Ш.

Проведение  
мониторинга  
обработки рук  
в  
реанимационн  
ом отделении  
на обходе.



# Показатели выполнения гигиены рук при прямых открытых наблюдениях в 2021г.



# Пример коечного отделения



- Наличие наглядных зон обработки рук пациентов и посетителей отделения.
- Создание условий для обработки рук.



## ПРИКРОВАТНЫЙ АНТИСЕПТИК – ПУТЬ К ЭКОНОМИИ?



наличие на каждой кровати индивидуального антисептика высвобождает у медсестры 24 часа в месяц для выполнения профильной работы!



---

Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (первая версия)

### 3.7. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие и регулярное обновление СОПов (инвазивных процедур)	Проверить наличие СОПов: 3.7.1. Катетеризация периферических сосудов 3.7.2. Катетеризация центральных сосудов 3.7.3. Катетеризация мочевого пузыря 3.7.4. ИВЛ 3.7.5. Бесконтактные перевязки 3.7.6. Внутривенные и внутримышечные инъекции 3.7.7. Инфузии и гемотрансфузии 3.7.8. Оценить соответствие СОПов федеральным клиническим рекомендациям/протоколам/стандартам, регулярность обновления		
Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекций при катетеризации сосудов	3.7.9. Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Постановка катетера</li> <li>• Уход за катетером</li> <li>• Уход за повязкой</li> <li>• Смена и удаление катетера</li> <li>• Антибиотикопрофилактика</li> </ul> 3.7.10. Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) катетеризаций сосудов в разных подразделениях		

### 3.7. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря	<p>3.7.11. Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря, включая этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Постановка катетера</li> <li>• Использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации)</li> <li>• Уход за катетером</li> <li>• Смена и удаление</li> </ul> <p>3.7.12. Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев катетеризаций мочевого пузыря</p>		
Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах	<p>3.7.13. Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах, включая этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготовка операционного поля</li> <li>• Обработка операционного поля</li> <li>• Обработка рук персонала</li> <li>• Ограничение передвижений персонала в операционных</li> <li>• Снижение длительности операций</li> </ul> <p>3.7.14. Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) оперативных вмешательств</p>		



### 3.7. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие и исполнение алгоритма ухода за послеоперационной раной	<p>3.7.15. Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритмов ухода за послеоперационной раной, методики бесконтактных перевязок</p> <p>3.7.16. Оценить навыки перевязки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) перевязок</p>		
Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при ИВЛ	<p>3.7.17. Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекции при ИВЛ, включая этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Показания к интубации/экстубации</li> <li>• Положение пациента</li> <li>• Аспирация содержимого ротоглотки/санация ТБД</li> <li>• Уход за аппретурой/расходные материалы</li> </ul> <p>3.7.18. Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев ИВЛ</p>		

### 3.8. Сокращение длительности пребывания в стационаре

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Амбулаторное обследование для плановой госпитализации в соответствии с клиническими рекомендациями	3.8.1. Проверить не менее 10 историй болезни (ИБ) пациентов, поступивших в плановом порядке, на предмет отсутствия дополнительных (или дублирования) исследований при плановой госпитализации		
Наличие гостиницы или пансионата для размещения пациентов, не требующих госпитализации	3.8.2. Проверить наличие гостиницы или пансионата		
Госпитализация пациентов для проведения плановых операций/вмешательств за сутки или в день операции	3.8.3. Проверить не менее 10 ИБ пациентов с плановыми оперативными вмешательствами При наличии нескольких хирургических отделений - по 10 ИБ в каждом		
Осуществление ранней выписки/перевода на амбулаторное лечение в соответствии с алгоритмами МО)	3.8.4. Оценить сроки выписки из стационара, проверить не менее 10 ИБ и их соответствие минимальной длительности пребывания в соответствии с алгоритмами МО/стандартами		

### 3.9. Порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, ООИ)

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие изоляторов (с отрицательным давлением внутри палаты), п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630.-10	3.9.1. Проверить наличие изолятора/ов в соответствии с п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10 проверить исправность оборудования для поддержания отрицательного давления внутри палаты		
Наличие боксов/боксовых палат	3.9.2. Проверить наличие боксов/боксовых палат в соответствии с профилем отделения		
Алгоритм изоляции пациента при отсутствии изолятора	3.9.3. Проверить наличие алгоритма изоляции пациента в случае отсутствия или нехватки изоляторов, оценить знание алгоритма, опросить не менее 2 ответственных сотрудников		
Наличие индивидуальных средств защиты в достаточном количестве	3.9.4. Проверить наличие индивидуальных средств защиты в достаточном (расчетном) количестве во всех подразделениях МО		
Наличие алгоритмов и правильное использование персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции	3.9.5. Проверить наличие алгоритмов использования индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции Опросить не менее 5 ответственных сотрудников по правилам использования средств индивидуальной защиты Оценить исполнение алгоритмов методом наблюдения (при возможности)		
Регулярный аудит системы оказания помощи пациентам, требующим изоляции	3.9.6. Оценить систему контроля системы оказания помощи пациентам, требующим изоляции: Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки		

### 3.10. Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
<p>Наличие полностью оборудованных мест для мытья рук:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отдельная раковина</li> <li>• Кран с локтевым смесителем,</li> <li>• Горячая вода</li> <li>• Схема мытья рук</li> <li>• Жидкое мыло</li> <li>• Антисептик</li> <li>• Одноразовые полотенца</li> <li>• Ведро с крышкой с ножным механизмом</li> </ul>	<p>Проверить наличие стандартно оборудованных мест для мытья рук во всех подразделениях МО, местах общего пользования</p> <p>Включая:</p> <p>3.10.1. В операционном блоке</p> <p>3.10.2. В отделениях интенсивной терапии (АРО, ОРИТ, ПИТе )</p> <p>3.10.3. Клинических отделениях/Палатах для пациентов</p> <p>3.10.4. Туалетах для персонала</p> <p>3.10.5. Туалетах для пациентов</p> <p>3.10.6. Лаборатории</p>		
<p>Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком:</p>	<p>Проверить наличие дополнительных дозаторов с антисептиком во всех подразделениях МО:</p> <p>3.10.7. В коридорах, в шлюзах</p> <p>3.10.8. При входах в отделения, в лифты</p> <p>3.10.9. При входах в палаты</p> <p>3.10.10. У кроватей в реанимационных отделениях, ПИТ, послеоперационных палатах</p>		
<p>Система контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству</p>	<p>3.10.11. Оценить систему контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов, опросить ответственных лиц в подразделениях</p>		

### 3.11. Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки)	3.11.1. Проверить наличие журналов с результатами плановых и внеплановых проверок, оценить регулярность и объем		
Соблюдение персоналом правил гигиены рук во всех случаях: 1. Перед контактом с пациентом 2. Перед процедурой 3. После процедуры 4. После контакта с пациентом 5. После контакта с предметами окружающей среды	3.11.2. Оценить методом наблюдения соблюдение персоналом правил гигиены рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях МО)		
Исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями	3.11.3. Оценить методом наблюдения соблюдения алгоритма обработки рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях МО), разрешается попросить сотрудников помыть руки		

### 3.11. Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Отсутствие на руках персонала ювелирных украшений (браслетов, колец, перстней), накладных ногтей, ран и т.д.	3.11.4. Проверить наличие на руках персонала украшений, накладных ногтей, ран и т.д.		
Регулярное обучение персонала, наличие плана обучения и журналов с результатами тестирования	3.11.5. Оценить систему регулярного обучения персонала, наличие плана обучения, журнала с результатами тестирования, охват персонала (норматив 100%)		
Информирование пациентов и посетителей о правилах гигиены рук	3.11.6. Оценить качество информирования пациентов и посетителей о правилах гигиены рук, опросить не менее 10 пациентов и посетителей, особенно в отделениях интенсивной терапии и хирургического профиля		

### 3.12. Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты	<p>3.13.1. Проверить наличие алгоритмов по использованию индивидуальных средств защиты, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Перчатки (стерильные и нестерильные)</li><li>• Средства защиты лица и глаз</li><li>• Маски</li><li>• Респираторы</li><li>• Халаты и фартуки</li><li>• Униформа и обувь</li></ul> <p>3.13.2 Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях МО</p>		
Наличие средств индивидуальной защиты в отделениях в достаточном количестве	<p>3.13.3. Оценить наличие средств индивидуальной защиты во всех подразделениях МО в количестве, в соответствии с расчетными потребностями</p> <p>3.13.4. Оценить систему контроля наличия средств индивидуальной защиты в расчетном количестве /ответственные</p>		

### 3.13 Система профилактики ИСМП у медицинского персонала

показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, повреждений кожных покровов и слизистых оболочек и др.)	3.13.1. Проверить наличие алгоритмов действий при аварийных ситуациях 3.13.2. Оценить знания персонала алгоритмов действий при аварийных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
Система регистрации и учета аварийных ситуаций	3.13.3. Проверить наличие журналов регистрации аварийных ситуаций, аккуратность заполнения/ ответственные		
Система аудита аварийных ситуаций	3.13.4. Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, Проверить наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки 3.13.5. Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений МО (не входящих в комиссию) на предмет знания результатов		



### 3.13 Система профилактики ИСМП у медицинского персонала

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
<p>Экспресс-тестирование пациентов на ВИЧ-инфекцию в соответствии с алгоритмами при наличии показаний</p>	<p>3.13.6. Проверить наличие экспресс-тестов на ВИЧ в расчетном количестве            3.13.7. Оценить доступность тестов 24/7/365            3.13.8. Оценить навыки персонала проведения экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию, опросить не менее 5 ответственных сотрудников            3.13.9. Проверить не менее 10 ИБ на наличие полностью оформленного информированного согласия на проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию            3.13.10. Оценить качество пред-тестового консультирования пациентов, опросить не менее 5 пациентов из разных подразделений МО</p>		
<p>Наличие и исполнение алгоритмов профилактики ВИЧ-инфекции</p>	<p>3.13.11. Проверить наличие АРВ препаратов в расчетном количестве</p>		
<p>Наличие и доступность АРВ-препаратов для профилактики</p>	<p>3.13.12. Оценить доступность АРВ препаратов 24/7/365</p>		

### 3.13 Система профилактики ИСМП у медицинского персонала

Показатели	Порядок оценки	Да	Нет
Программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с Национальным календарем прививок	3.13.13. Проверить наличие журнала вакцинации персонала, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным		
Наличие и доступность вакцины и иммуноглобулина для проведения экстренной профилактики	3.13.14. Проверить наличие вакцины и иммуноглобулина против гепатита В для проведения экстренной профилактики в расчетном количестве 3.13.15. Оценить доступность вакцины и иммуноглобулина 24/7/365		
Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения ИСМП	3.13.16. Оценить систему регулярного обучения персонала, наличие плана обучения, журнала с результатами тестирования, охват персонала (норматив 100%)		

20. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом **составляется отчет**, включающий в том числе выработку **мероприятий по устранению** выявленных нарушений **и улучшению** деятельности медицинской организации и медицинских работников.

---

21. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;

анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;

обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

22. Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

23. Информация, указанная в пунктах 21 и 22 настоящих Требований, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинко-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

**БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ**

---