

**Перечень типовых стандартных операционных процедур (СОП)
(алгоритмов, чек-листов, порядков, памяток) выполнения медицинских
манипуляций с высоким эпидемиологическим риском заражения
гемоконтактными инфекциями и мероприятий по их профилактике**

1. СОП «Мероприятия при выявлении в медицинской организации пациентов с маркерами парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV)) и с гепатитами неуточненной этиологии»
2. СОП «Мероприятия при нахождении в медицинской организации больного хроническим вирусным гепатитом В и/или С»
3. СОП «Алгоритм обследования детей, рожденных от матерей, инфицированных вирусом гепатита В и/или С»
4. Порядок по безопасному обороту донорской крови и ее компонентов
5. СОП «Алгоритм профилактики гепатита В при клиническом использовании компонентов крови»
6. СОП «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов».
7. Чек-лист «Внутривенное капельное введение лекарственного препарата с помощью системы для вливания инфузионных растворов» (к типовому СОП «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов»)
8. Чек-лист «Внутривенное струйное введение лекарственного препарата» (к типовому СОП «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов»)
9. СОП «Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием»
10. СОП «Постановка, уход и удаление периферического венозного катетера»
11. Чек-лист «Контроль соблюдения эпидемиологической безопасности при постановке/уходе за периферическим венозным катетером» (к типовому СОП «Постановка, уход и удаление периферического венозного катетера»)
12. Примеры чек-листов для аудита эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи по вопросам профилактики гемоконтактных инфекций (ГВ, ГС, ВИЧ-инфекция)
13. Памятка по работе с многодозовыми флаконами

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Мероприятия при выявлении в медицинской организации пациентов с маркерами парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV)) и с гепатитами неуточненной этиологии»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Мероприятия при выявлении в медицинской организации пациентов с маркерами парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV)) и с гепатитами неуточненной этиологии

1. Мероприятия при первичном выявлении HBsAg и анти-HCV (a/HCV).

1.1. Обследование пациента:

- определение активности АлАТ, АсАТ, билирубин общий и по фракциям
- определение других маркеров вирусного гепатита В или С методом ИФА
- ПЦР – диагностика – определение РНК HCV или core Ag ВГС, ДНК HBV (в лаборатории по договору)
- обследование на анти-HDV IgG (маркер гепатита D) – лиц, у которых впервые выявлен HBsAg
- обследование на анти/ВИЧ
- УЗИ органов брюшной полости – по показаниям (выявление гепатомегалии при объективном осмотре, гиперферментемии, нарушения билирубинового обмена и др.)
- консультация врача-инфекциониста – осуществляется в период нахождения пациента в стационаре в течение 24 часов с момента выявления маркеров вирусного гепатита В или С в ИФА; при обследовании в КДЦ – направление к врачу-инфекционисту в течение 3 календарных дней с момента выявления HBsAg и анти-HCV

1.2. Маршрутизация пациента:

- при подтверждении диагноза вирусного гепатита В или С, неопределенных результатах серологического обследования, невозможности проведения консультации инфекциониста во время нахождения в стационаре, пациент выписывается с рекомендациями консультации и/или диспансерного наблюдения у врача-инфекциониста по месту жительства или в городском/областном гепатологическом центре
- при подозрении на острый вирусный гепатит В или С, решение вопроса о переводе пациента в инфекционный стационар
- у пациентов в хирургических отделениях отменяются плановые оперативные вмешательства до получения заключения инфекциониста с установленным диагнозом и разрешением на проведение оперативного лечения
- при оформлении пациента в отделение хирургического профиля на плановое оперативное лечение при выявлении в процессе подготовки к оперативному лечению HBsAg и анти-HCV (a/HCV) госпитализация осуществляется только при наличии заключения инфекциониста с установленным диагнозом и разрешением на проведение оперативного лечения.

1.3. Регистрация случая инфекции:

- передача информации о пациенте с впервые выявленными маркерами вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV) врачу-эпидемиологу/в эпидемиологический отдел МО

- официальная регистрация: передача экстренного извещения о случае инфекции с установленным диагнозом (о подтвержденных впервые выявленных случаях острого и хронического гепатита В и С) (форма 058/у), передача сведений о пациенте на эпидемиологический номер в отдел учета и регистрации инфекционных заболеваний (ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»), регистрация в журнале учета инфекционных заболеваний (форма 060/у)
- запрещается выписка из стационара пациентов с впервые выявленным диагнозом острого и хронического гепатита В и С без присвоения эпидемиологического номера
- в дневнике истории болезни отмечается факт выявления у пациента маркеров гепатита В и С, в листе назначений – дообследование.

1.4. Консультирование пациента:

- при выявлении у пациента маркеров вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV)), врач должен информировать пациента (старше 15 лет) или его законных представителей. Необходимо собирать эпидемиологический анамнез - наличие парентеральных манипуляций (операций, инъекций и др., гемотрансфузий, лечение у стоматолога, в анамнезе - стационарное лечение в других медицинских организациях; контакт с больными парентеральными гепатитами в семье), у новорожденных и детей раннего возраста - наличие у матерей хронических вирусных гепатитов В, С, ранее выявление HBsAg или анти-HCV (a/HCV).
- консультирование пациента проводит врач медицинской организации по месту выявления: разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения вирусного гепатита В и С, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения. Пациента информируют о необходимости использования индивидуальных предметов личной гигиены, в том числе бритвенных приборов, маникюрных и педикюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец.
- отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

1.5. Маркировка медицинской документации:

- Маркировка историй болезни (в отделениях ОРИТ реанимационных карт), амбулаторных карт красным треугольником – острые вирусные гепатиты В и С с указанием выявленного маркера (HBsAg и анти-HCV (a/HCV) или диагноза вирусного гепатита и даты первичного выявления
- маркировка историй болезни должна быть сигнальной – как предупреждение об инфекционном больном, являющимся потенциальным источником внутрибольничной инфекции для других пациентов и медицинского персонала

- с целью предупреждения заражения вирусными гепатитами необходимо маркировать направления к специалистам, на инвазивные методы исследования (ФГДС, ФКС и др.), направления в лаборатории для проведения различных исследований биологического материала.

1.6. Оформление историй болезни и выписных эпикризов:

- Оформление диагноза - в истории болезни необходимо выставлять диагнозы в строке сопутствующий диагноз при установленном ранее диагнозе - ХВГС или ХВГВ, Носительство HBsAg
- Диагноз гепатита устанавливается только врачами-инфекционистами после полного дообследования пациента
- В выписных эпикризах необходимо отмечать:
 - факт выявления маркеров ВГ, наличие диагноза (какой маркер, диагноз, дата выявления);
 - все результаты проведенного дообследования;
 - при необходимости - рекомендации по дообследованию, консультации и диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства или в специализированном гепатологическом центре.

2. Мероприятия при выявлении у пациента в процессе обследования в стационаре гепатита неуточненной этиологии

При выявлении у пациента в процессе обследования в стационаре гепатита неуточненной этиологии рекомендовано:

- проведение дообследования для исключения вирусных гепатитов В и С: определение HBsAg и анти-HCV(a/HCV); при выявлении HBsAg и анти-HCV(a/HCV) дообследование согласно п. 1.1.;
- учитывая, что у лиц с иммунодефицитом (больные онкологическим заболеванием, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами и др), а также в раннем периоде острого гепатита С (до 12 недель после заражения) анти-HCV могут отсутствовать, у пациентов с иммунодефицитными состояниями, а также с отягощенным парентеральным и гемотрансфузионным анамнезом и выявленными факторами риска заражения парентеральными гепатитами, диагностика гепатита С проводится с помощью одновременного выявления анти-HCV (a/HCV) и РНК HCV (метод ИФА и метод ПЦР);
- по показаниям определение маркеров гепатита А – анти-HAV IgM методом ИФА;
- по показаниям обследование на вирусы TTV и GG (в лаборатории по договору);
- показано проведение консультации врача-инфекциониста с целью исключения инфекционного характера поражения печени, уточнения диагноза, возможности нахождения в стационаре соматического профиля, необходимости перевода в инфекционный стационар (консультант-инфекционист);

Пациент выписывается с рекомендациями диспансерного наблюдения у врача-инфекциониста по месту жительства или в гепатологическом центре или гастроэнтеролога по месту жительства.

3. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при наличии в отделении больных, имеющих маркеры парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК), в том числе впервые выявленных

3.1. Каждый пациент в медицинской организации должен считаться потенциальным источником гемоконтактных инфекций

3.2. Основой профилактики инфицирования гемоконтактными инфекциями при оказании медицинской помощи является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, включая:

- соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации медицинских изделий;
- соблюдение требований к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО;
- оснащение медицинским и санитарно-техническим оборудованием, одноразовым инструментарием, расходными материалами, эндоскопическим оборудованием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты;
- поддержание режима индивидуального применения таких медицинских изделий, как глюкометры, автоматические шприц-ручки, ланцеты, портативные экспресс-анализаторы. Если выделение указанных медицинских изделий для одного пациента невозможно, то необходимо использовать многоразовые медицинские изделия с соблюдением условий безопасной эксплуатации;
- изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию (обезвреживанию), их повторное использование запрещается;
- соблюдение требований к безопасности парентеральных манипуляций, включая правила катетеризации центральных и периферических вен, ухода за катетером, инъекций, инфузий, забора капиллярной и венозной крови и других.
- медицинские манипуляции больным с маркерами парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК) проводить в последнюю очередь, со строгим использованием средств индивидуальной защиты (халат для манипуляций, маска, перчатки, при необходимости защитные очки/щитки - на каждого пациента).

3.3. В отделениях должен проводиться учет пациентов с маркерами вирусных гепатитов – в специальном журнале (с целью учета потенциальных источников инфекции в отделении). В процедурных и перевязочных кабинетах - необходимо иметь списки пациентов, имеющих маркеры парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК).

3.4. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ и ГС проводится:

- выявление лиц, инфицированных ВГВ и ВГС среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров;

- ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-HBs;

- вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-HBs менее 10 мМЕ/мл;

- учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки;

- экстренная профилактика ГВ.

3.5. При возникновении аварийной ситуации проводится весь комплекс мероприятий по антисептической обработке, обследованию медицинского работника и пациента, диспансерному наблюдению и постэкспозиционной профилактике, учету аварийной ситуации и анализу причин ее возникновения с корректирующими действиями. *(В медицинской организации должен быть разработан и утвержден локальным актом СОП/алгоритм/инструкция/порядок по профилактике аварийных ситуаций и по мероприятиям в случае возникновения аварийной ситуации)*

3.6. Для профилактики инфицирования ВГВ и ВГС при переливании донорской крови и (или) ее компонентов, пересадке органов (тканей) или искусственном оплодотворении проводится комплекс мероприятия по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов. *(В медицинской организации должен быть разработан и утвержден локальным актом СОП/алгоритм/инструкция/порядок по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов, с учетом особенностей оказания медицинской помощи в данной медицинской организации)*

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Мероприятия при нахождении в медицинской организации больного хроническим вирусным гепатитом В и/или С»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующим нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия.

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Мероприятия при нахождении в медицинской организации больного хроническим вирусным гепатитом В и/или С

Мероприятия разработаны для неинфекционного стационара, куда госпитализирован пациент, у которого диагноз хронического вирусного гепатита В и/или С установлен ранее – до настоящего поступления в медицинскую организацию.

1. Обследование пациента

По клиническим показаниям проводится комплекс клинико-лабораторного обследования:

- определение активности АЛАТ, АсАТ, билирубин общий и по фракциям
- определение других маркеров гепатита В или С методом ИФА
- ПЦР – диагностика – определение РНК HCV или core Ag ВГС, ДНК HBV (в лаборатории по договору)
- обследование на анти-HDV IgG (маркер гепатита D) – лиц, у которых ранее выявлен HBsAg
- обследование *на анти/ВИЧ*
- УЗИ органов брюшной полости – по показаниям (выявление гепатомегалии при объективном осмотре, гиперферментемии, нарушения билирубинового обмена и др.)

2. Маршрутизация пациента:

При оформлении пациента в отделение хирургического профиля для **планового** оперативного вмешательства госпитализация осуществляется при наличии заключения инфекциониста с установленным диагнозом и разрешением на проведение оперативного лечения.

3. Маркировка медицинской документации

- *маркировка историй болезни красным квадратом* – хронические вирусные гепатиты В и С
- маркировка историй болезни должна быть сигнальной – как предупреждение об инфекционном больном, являющимся потенциальным источником внутрибольничной инфекции для других пациентов и медицинского персонала
- с целью предупреждения заражения вирусными гепатитами необходимо маркировать направления к специалистам, *на инвазивные методы исследования (ФГДС, ФКС и др.), направления в лаборатории* для проведения различных исследований биологического материала.

4. Требования по оформлению историй болезни и выписных эпикризов

- 1) Оформление диагноза - в истории болезни необходимо выставлять диагнозы в строке сопутствующий диагноз при установленном ранее диагнозе - ХВГС или ХВГВ, Носительство HBsAg
- 2) В выписных эпикризах необходимо отмечать:

- факт выявления маркеров ВГ, наличие диагноза (какой маркер, диагноз, дата выявления);
- все результаты проведенного дообследования;
- при необходимости - рекомендации по дообследованию, консультации и диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства или в специализированном гепатологическом центре.

5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при наличии в отделении больных, имеющих маркеры парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК)

5.1. Каждый пациент в медицинской организации должен считаться потенциальным источником гемоконтактных инфекций

5.2. Основой профилактики инфицирования гемоконтактными инфекциями при оказании медицинской помощи является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, включая:

- соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации медицинских изделий;
- соблюдение требований к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО;
- оснащение медицинским и санитарно-техническим оборудованием, одноразовым инструментарием, расходными материалами, эндоскопическим оборудованием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты;
- поддержание режима индивидуального применения таких медицинских изделий, как глюкометры, автоматические шприц-ручки, ланцеты, портативные экспресс-анализаторы. Если выделение указанных медицинских изделий для одного пациента невозможно, то необходимо использовать многоразовые медицинские изделия с соблюдением условий безопасной эксплуатации;
- изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию (обезвреживанию), их повторное использование запрещается;
- соблюдение требований к безопасности парентеральных манипуляций, включая правила катетеризации центральных и периферических вен, ухода за катетером, инъекций, инфузий, забора капиллярной и венозной крови и других.
- медицинские манипуляции больным с маркерами парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК) проводить в последнюю очередь, со строгим использованием средств индивидуальной

защиты (халат для манипуляций, маска, перчатки, при необходимости защитные очки/щитки - на каждого пациента).

5.3. В отделениях должен проводиться учет пациентов с маркерами вирусных гепатитов – в специальном журнале (с целью учета потенциальных источников инфекции в отделении). В процедурных и перевязочных кабинетах - необходимо иметь списки пациентов, имеющих маркеры парентеральных вирусных гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV (a/HCV), ДНК/РНК).

5.4. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ и ГС проводится:

- выявление лиц, инфицированных ВГВ и ВГС среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров;

- ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-HBs;

- вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-HBs менее 10 мМЕ/мл;

- учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки;

- экстренная профилактика ГВ.

5.5. При возникновении аварийной ситуации проводится весь комплекс мероприятий по антисептической обработке, обследованию медицинского работника и пациента, диспансерному наблюдению и постэкспозиционной профилактике, учету аварийной ситуации и анализу причин ее возникновения с корректирующими действиями. *(В медицинской организации должен быть разработан и утвержден локальным актом СОП/алгоритм/инструкция/порядок по профилактике аварийных ситуаций и по мероприятиям в случае возникновения аварийной ситуации)*

5.5. Для профилактики инфицирования ВГВ и ВГС при переливании донорской крови и (или) ее компонентов, пересадке органов (тканей) или искусственном оплодотворении проводится комплекс мероприятия по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов. *(В медицинской организации должен быть разработан и утвержден локальным актом СОП/алгоритм/инструкция/порядок по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов, с учетом особенностей оказания медицинской помощи в данной медицинской организации)*

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Алгоритм обследования детей, рожденных от матерей, инфицированных вирусом гепатита В и/или С»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующим нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия.

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Алгоритм обследования детей, рожденных от матерей, инфицированных вирусом гепатита В и/или С

1. Обследование детей, рожденных от инфицированных ВГС матерей и анти-НСV-серопозитивных.

1.1. Дети, рожденные от инфицированных ВГС матерей, подлежат диспансерному наблюдению в МО по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие анти-НСV(a/НСV) и

РНК HCV. Выявление у таких детей анти-HCV самостоятельного диагностического значения не имеет, так как до 18 мес могут выявляться антитела к ВГС, полученные от матери во время беременности.

1.2. Первое обследование ребенка проводится в возрасте 4-6 месяцев.

Отрицательный результат на РНК HCV свидетельствует об отсутствии инфекции. Положительный результат на РНК HCV свидетельствует об остром вирусном гепатите С в результате перинатального инфицирования и о необходимости консультации инфекциониста и последующего диспансерного наблюдения за ребенком с целью определения исхода заболевания.

1.3. Наличие гепатита В у матери не является противопоказанием для грудного вскармливания

2. Обследование детей, рожденных от инфицированных ВГВ матерей.

2.1. Дети, рожденные от инфицированных ВГВ матерей, подлежат диспансерному наблюдению в МО по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие HBSAg и анти-HBSAg *через 1-2 месяца после введения последней дозы вакцины против ГВ.*

2.2. Дети, родившиеся от женщин, инфицированных ВГВ или перенесших ОГВ в третьем триместре беременности, подлежат диспансерному наблюдению в детской поликлинике по месту жительства с определением активности АлАТ сыворотки крови и исследованием на HBsAg *в 4-6 месяцев.*

2.3. Организации родовспоможения должны осуществлять передачу сведений о детях, рожденных от инфицированных ВГВ и ВГС матерей, в детскую поликлинику по месту регистрации (или проживания) для дальнейшего наблюдения.

2.4. Наличие гепатита В и С у матери не является противопоказанием для грудного вскармливания

3. Требования по оформлению историй болезни и выписных эпикризов:

1) Оформление диагноза - в истории болезни необходимо выставлять диагнозы в строке сопутствующий диагноз:

•при установленном ранее диагнозе - ХВГС или ХВГВ, Носительство HBsAg

- при первичном выявлении маркеров ВГ у новорожденных - группа риска по ВГС (выявлены а/ВГС и дата выявления)

Диагноз гепатита устанавливается только врачами-инфекционистами после полного дообследования пациента

2) В выписных эпикризах необходимо отмечать:

- факт выявления маркеров ВГ, наличие диагноза (какой маркер, диагноз, дата выявления);

- все результаты проведенного дообследования;

- при необходимости - рекомендации по дообследованию, консультации и диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства или в специализированном детском гепатологическом центре;

- детям, рожденным от инфицированных ВГС или ВГВ матерей, рекомендовать обследование и консультацию инфекциониста в сроки, определяемые СанПиН 3.3686-21.

Порядок по безопасному обороту донорской крови и ее компонентов

1. Идентификация донора и проверка по единой информационной базе донорства на предмет наличия противопоказаний, в том числе выявление в анамнезе маркеров гемотрансмиссивных инфекций (далее ГТИ).

2. Забор донорской крови, компонентов донорской крови (далее – продукция), контейнер с продукцией маркируется специальной маркой с идентификационным номером донора.

3. Хранение продукции до завершения лабораторного обследования на наличие маркеров ГТИ в условиях, исключающих выдачу в медицинские организации (специально выделенные холодильники, отсутствие этикетки, статус «необследованная» в единой информационной базе донорства).

4. Обследование образцов продукции на маркеры ГТИ с применением ИФА метода и метода ПЦР.

5. Принятие решения об изменении статуса продукции по результатам лабораторного обследования на ГТИ, с выделением продукции допущенной для клинического использования (эритроцит (тромбоцит) содержащие компоненты донорской крови), на данную продукцию наклеивается этикетка и она передается отдел выдачи в медицинские организации.

6. Направление свежезамороженной плазмы после получения отрицательных результатов лабораторных исследований на ГТИ на склад для карантинизирования плазмы в течение 4 месяцев.

7. При получении отрицательного результата повторного обследования донора на маркеры ГТИ через 4 месяца, карантинизированной плазме присваивается статус «Для клинического использования», эта продукция этикетуется и передается в отдел выдачи в медицинские организации.

8. Продукция, в образцах которой выделены маркеры ГТИ, или получена информация о регистрации ГТИ у донора, подлежит утилизации.

9. В случае выявления ГТИ у донора или маркеров ГТИ в образцах продукции, проводится эпидемиологическое обследование с установлением всей продукции, являющейся потенциально опасной в части распространения ГТИ, в том числе продукции, которая была выдана в медицинские организации.

10. Продукция, которая является потенциально опасной в части распространения ГТИ, хранящаяся на складах станции переливания крови – утилизируется, выданная в медицинские организации (не перелитая и не утилизированная) возвращается на станцию переливания крови и утилизируется.

11. Продукция, выдаваемая в медицинские организации, проходит процедуру приемки специалистами медицинской организации, устанавливается соответствие идентификационного номера донора на этикетке и марке каждого контейнера с продукцией.

12. Условия транспортировки продукции и ее хранение в медицинской организации должны соответствовать требованиям нормативной документации.

13. При возникновении необходимости продукция переливается реципиенту с внесением данных о трансфузии в медицинскую документацию и в единую информационную базу донорства в раздел «Реципиент».

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Алгоритм профилактики гепатита В при клиническом использовании компонентов крови»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Алгоритм профилактики гепатита В при клиническом использовании компонентов крови

1. **Назначение.** Профилактика гепатита В при процедуре трансфузии компонентов крови
2. **Область применения.**

Группа риска: медицинский персонал, контактирующий с кровью (ее компонентами)

Где: МО, оказывающие медицинскую помощь по профилю "трансфузиология", имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по трансфузиологии. *Приказ МЗ РФ от 28 октября 2020 года №1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология"»*

Кем: трансфузию осуществляет медицинский персонал, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам оказания медицинской помощи по профилю "Трансфузиология" и имеющие допуск к трансфузии компонентов крови медицинские сотрудники, прошедшие специализированное обучение. *Приказ МЗ РФ от 28 октября 2020 года №1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология"»*

Когда: ежедневно.

4.Требования безопасности: Строгое выполнение порядка трансфузий компонентов крови.Строгое соблюдение противоэпидемический мероприятий.

4.1 Меры, направленные на предотвращение инфицирования ВГВ при оказании медицинской помощи, включают: соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной обработке и стерилизации медицинских изделий, а также требований к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО; обеспечение МО медицинскими изделиями однократного применения, необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современными медицинскими инструментами, средствами дезинфекции (в том числе кожными антисептиками), стерилизации и индивидуальной защиты; обследование медицинского персонала и поступающих в стационар пациентов на наличие в сыворотке крови маркеров инфицирования ВГВ (*в соответствии с приложением 16 СанПин 3.3686-21*); сбор эпидемиологического анамнеза при поступлении больных, особенно в отделения риска (трансплантации, гемодиализа, гематологии, хирургии и другие).

4.2. С целью профилактики профессиональных заражений ВГВ проводится: выявление лиц, инфицированных ВГВ среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров; *ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-НВs*; вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-НВs менее 10 мМЕ/мл; учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки; экстренная профилактика ВГВ и ВГС. *СанПин 3.3686-21п.761,762*

4.3.В целях обеспечения безопасности клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов осуществляется

прослеживаемость данных о доноре, донациях, заготовленных донорской крови и (или) ее компонентов, расходных материалах, образцах крови донора, режимах хранения и транспортировки донорской крови и (или) ее компонентов, образцах крови реципиента, исполнителях работ, а также о соответствии требованиям безопасности проводимых работ по заготовке, транспортировке, хранению и клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов. Прослеживаемость данных достигается посредством их идентификации на всех этапах от медицинского обследования донора до конечного использования его донорской крови и (или) ее компонентов, включая утилизацию, с последовательным внесением соответствующей информации в медицинскую документацию и базу данных донорства крови и ее компонентов. *СанПин 3.3686-21п.768, п.770*

4.4.Безопасность компонентов донорской крови подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВГВ, с использованием иммунохимических и молекулярно-биологических методов. Молекулярно-биологические исследования на маркеры вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), гепатитов В и С проводятся для всех серонегативных образцов крови доноров. Допускается одновременное проведение молекулярно-биологических и иммунохимических исследований образцов крови доноров. *СанПин 3.3686-21п.715,п.771,п.772*

4.5 Персонал организаций, осуществляющих клиническое использование донорской крови и ее компонентов, органов и тканей, подлежит обследованию на наличие маркеров инфицирования ВГВ *в соответствии с приложением 16 СанПин 3.3686-21.*

5. Сырье и материалы. Контейнеры для КК, термометры, медицинский холодильник для хранения крови, хладоэлементы, столик, ёмкости и пакеты для отходов класса «Б», отходов класса «А», емкости для дезинфекции используемого материала, перчатки.

СИЗ (медицинский халат/костюм, шапочка, маска, щиток, перчатки), одноразовые полотенца для рук, антисептические средства.

6.Распределение ответственности: медицинские сотрудники, имеющие допуск к использованию компонентов крови в клинических целях

7. Этапы процедуры.

7.1.Медицинская помощь по профилю "трансфузиология" оказывается с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

7.2. Визуально, непосредственно врачом, переливающим трансфузионную среду, проверяется герметичность упаковки, правильность паспортизации, макроскопически оценивается качество гемотрансфузионной среды. Определять годность трансфузионной среды необходимо при достаточном освещении непосредственно на месте хранения, не допуская взбалтывания. При получении эритроцитсодержащих компонентов крови врач, проводящий гемотрансфузию, осуществляет макроскопическую оценку каждой

получаемой дозы до изъятия из холодильника, макроскопическая оценка плазмы осуществляется после ее оттаивания. Критериями годности для переливания являются: для эритроцитсодержащей среды – прозрачность плазмы, равномерность верхнего слоя эритроцитов, наличие четкой границы между эритроцитами и плазмой; для плазмы свежезамороженной – прозрачность при комнатной температуре. При возможном бактериальном загрязнении цельной крови цвет плазмы будет тусклым, с серо-бурым оттенком, она теряет прозрачность, в ней появляются взвешенные частицы в виде хлопьев или пленок. Такие трансфузионные среды переливанию не подлежат. Транспортировка компонентов крови в лечебные отделения осуществляется в пластиковых промаркированных контейнерах.

7.3 Медицинский персонал, осуществляющий трансфузию компонентов крови обязан строго соблюдать меры противоэпидемической безопасности и применять СИЗ.

7.4. Для осуществления переливания КК реципиенту используются одноразовые системы для переливания крови.

7.5 Гигиеническую обработку рук осуществляют медицинские работники на всех этапах оказания медицинской помощи. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят способом втирания в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, с обработкой кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Длительность обработки определяется инструкцией по применению, в ходе обработки необходимо поддержание рук во влажном состоянии. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят: до и после непосредственного контакта с пациентом; после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками; перед выполнением инвазивных процедур (до контакта с инвазивным оборудованием); после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента. *СанПин 3.3686-21 п.3480,3481,3482*

7.6 Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика, предназначенного для этих целей, в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Обработку инъекционного поля проводят двукратно, стерильной салфеткой, смоченной спиртосодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика. При необходимости место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой). *СанПин 3.3686-21 п.3460*

7.7. В МО при оказании отдельных видов медицинских услуг обязательным является **использование медицинских перчаток**. Медицинские перчатки необходимо надевать: во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в том числе во время уборки помещений; при контакте со слизистыми оболочками; при контакте с поврежденной кожей; при контакте с агрессивными жидкостями; при

использовании колющих и режущих инструментов; при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций. Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем. Нестерильные диагностические перчатки допускается использовать при выполнении неинвазивных диагностических процедур, а также внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, катетеризации периферических вен, внутривенных вливаний, постановке периферического венозного катетера, при проведении нестерильных эндоскопических вмешательств, при работе в клиничко-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов. После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Новую пару перчаток надевать на высохшие руки. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б. *СанПин 3.3686-21 п.3485,3486,3487,3489,3490,3491*

7.8. Врач, проводящий трансфузию, оформляет протокол трансфузии и вносит информацию о проведенной трансфузии в медицинскую документацию пациента. В случае выявления реакций и осложнений в связи с трансфузией информация предоставляется медицинской организацией в Федеральное медико-биологическое агентство. *Приказ МЗ РФ от 28 октября 2020 года №1170н*

7.9 В случае возникновения подозрения на инфицирование ВГВ или ВГС при оказании медицинской помощи специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводится санитарно-эпидемиологическое расследование в медицинской организации. Эпидемиологическое расследование при подозрении на инфицирование ВГВ при оказании медицинской помощи проводится с целью выявления источника, факторов передачи, установления круга контактных лиц, как среди персонала, так и среди пациентов, находившихся в равных условиях с учетом риска возможного инфицирования, и реализации комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях медицинской организации, в том числе, включающего обследование контактных лиц на гемоконтактные инфекции (гепатиты В, С, ВИЧ).

СанПин 3.3686-21 п.752,.753

7.10 Действия при возможном заражении реципиента ВГВ. При получении организацией, осуществляющей заготовку, хранение или клиническое использование донорской крови и ее компонентов или других донорских материалов, информации о возможном заражении ВГВ реципиента, устанавливается донор (доноры), от которого могло произойти заражение, проводится анализ предыдущих случаев донаций этого донора (доноров) за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донаций, и принимаются меры для предотвращения использования донорской крови или

ее компонентов или других донорских материалов, полученных от этого донора (доноров). При получении положительного результата исследования на ВГВ у донора крови, иных органов и тканей организация, осуществляющая заготовку, переработку, использование донорских материалов оперативно проводит анализ предыдущих случаев донаций за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донаций, и выбраковывает донорскую кровь и ее компоненты, иные органы и ткани, полученные от этого донора. О каждом случае подозрения на инфицирование ВГВ при переливании КК информация незамедлительно передается в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для проведения эпидемиологического расследования. *СанПин 3.3686-21 п.757,758,759*

7.11 Медицинские осмотры. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обследованию на маркеры вирусов гепатитов В медицинский персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии, хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реанимационных, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том числе процедурных, прививочных), клиничко-диагностических лабораторий, персонал станций и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов. *СанПин 3.3686-21 п.3461*

7.12.Аварийные ситуации. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводят следующие мероприятия: при загрязнении кожи рук выделениями, кровью необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом; руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом. Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б; при уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем; при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть); при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в герметичном мешке направить для стирки с дезинфекцией в прачечную, осуществляющую стирку больничного белья. В

МО должен быть организован учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и другие), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика). При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), с возникновением риска инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организуют регистрацию аварии и профилактические мероприятия в соответствии с Санитарными правилами.

СанПин 3.3686-21 п.3472,3473

7.13 Пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, единица компонента донорской крови с остаточным объемом не менее 5 мл, образец крови реципиента, использованный для индивидуального подбора (при наличии), хранятся в отделении, осуществившем трансфузию, в течение 48 часов при температуре 2 - 6 °С для возможного определения причин реакций и осложнений, связанных с трансфузией. Затем утилизируются как отходы класса Б. *Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. №1134н «Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов»*

8. Нормативная база.

1. Федеральный закон РФ « О донорстве крови и ее компонентов» .№ 125-ФЗ от 20.07.2012 года;
2. Федеральный закон РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 года;
3. 5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24 декабря 2020 г. № 44 "Об утверждении санитарных правил 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"
5. Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. №1134н «Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов»;
6. Приказ МЗ РФ от 28 октября 2020 года №1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология";

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 мая 2025 г. N 641 "Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов"

8. Методические указания МУ 3.5.1.3674-20 "Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 14 декабря 2020 г.)

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующим нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия. К нему разработаны рекомендуемые чек-листы.

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов

1. Область применения:

- Амбулаторно-поликлинические подразделения.
- Стационарные подразделения.

2. Нормативные ссылки:

- СанПиН 3.3686-21 [«Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»](#);
- СанПин 2.1.3.3678-20 «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 2.1.7.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»;
- ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств»;
- МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях»;
- МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи»;

3. Участники процесса:

Медицинские сестры стационарных и поликлинических подразделений.

4. Показания к проведению:

лечение заболеваний, диагностика заболеваний, профилактика заболеваний, профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

5. Оснащение:

- тележка медицинская для внутрибольничной неотложной помощи (комплектация тележки для выполнения процедуры осуществляется в процедурном/манипуляционном кабинете);
- стойка – штатив для системы внутривенного капельного вливания;
- спиртовой кожный антисептик для обработки рук с дозатором;
- дезинфицирующее средство для дезинфекции поверхностей;
- ёмкость для сбора медицинских отходов класса «Б»;

- ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А»;
- аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания медицинской помощи.

6. Особенности выполнения процедуры:

- внутривенное введение лекарственных препаратов выполняется в периферические вены, вены локтевого сгиба, тыла кисти, запястий, стопы, в центральные вены, в IN-Stopper (инфузионную заглушку с инъекционной мембраной);
- лекарственное средство, для проведения внутривенной струйной инфузии, набирается у постели пациента;
- лекарственное средство, для проведения внутривенной капельной инфузии, набирается в процедурном кабинете;
- для приготовления, для разведения растворов из многодозовых флаконов применяется устройство - аспирационная канюля многократного отбора медикаментов- Mini-Spike;
- выбор положения пациента зависит от состояния пациента;
- особенностью выполнения методики у пациентов пожилого и старческого возраста является пунктирование вены при очень слабом сдавливании конечности жгутом во избежание травмы (гематома, скальпированная рана, скарификация кожи) и/или спонтанного разрыва вены, т.к. у данной категории пациентов тонкая кожа, достаточно хрупкие и ломкие сосуды;
- учитывая длительность выполнения процедуры, предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, или помочь ему занять удобное положение, которое зависит от его здоровья;
- При наложении жгута женщинам с мастэктомией, не использовать руку на стороне мастэктомии;
- Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство.

7. Алгоритм выполнения процедуры:

<p>1. Средства индивидуальной защиты, спецодежда для медицинского персонала: шапочка; маска; халат с длинным рукавом; очки/щиток.</p>

2. Укомплектовать медицинскую тележку проверив сроки годности расходного материала и лекарственных средств:

- шприц одноразовый объёмом от 10 до 20 мл;
- иглы инъекционные;
- система для вливания инфузионных растворов;
- нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флаконов);
- пилочка;
- лоток стерильный;
- лоток нестерильный;
- одноразовые дезинфицирующие спиртовые салфетки;
- жгут венозный;
- валик из влагостойкого материала;
- раствор натрия хлорида 0,9% (при вскрытии флакона необходимо указать на флаконе дату вскрытия и время, подпись медработника);
- бинт, лейкопластырь или самоклеющаяся повязка;
- стерильные марлевые салфетки;
- перчатки нестерильные;
- лекарственное средство (ампулы, флаконы);
- лист врачебного назначения;
- антисептик для обработки рук с дозатором;
- дезинфицирующее средство для дезинфекции поверхностей;
- не прокалываемый контейнер желтого цвета для сбора использованных игл;
- ёмкость для сбора медицинских отходов класса «Б»;
- ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А»;
- ноутбук с программой 1с (при необходимости).

3.

3.1. При выполнении струйного введения лекарственного препарата (выполняются пункты 3.1 -11, 17-20, 22-27) Доставить в палату медицинскую тележку с размещенным на ней необходимым оснащением. Идентифицировать пациента (спросить Ф.И.О., дату рождения). Убедиться в наличии информированного добровольного согласия. Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры. Предложить пациенту /помочь ему занять удобное положение: сидя или лёжа.

3.2. При выполнении капельного введения лекарственного препарата (выполняются пункты 3.2 -19, 21-27): подготовка необходимого оснащения, инфузионной системы для капельного введения лекарственного препарата осуществляется в процедурном кабинете (см пп. 4 -13).

4. Выполнить гигиеническую обработку рук.

5. Вскрыть стерильный лоток, проверив целостность упаковки, дату стерилизации и индикатор стерильности.

6. Вскрыть спиртовые дезинфицирующие салфетки и положить в стерильный лоток.

7. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить пригодность по внешнему виду). Сверить с назначением врача.

8. Подготовить шприц/систему для вливания инфузионных растворов, проверив срок годности и герметичность упаковки.

9. а) Вскрыть упаковку, не полностью извлечь шприц и соединить его с иглой внутри упаковки. Собранный шприц положить в стерильный лоток. Упаковку от шприца поместить в нестерильный лоток/ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А».

б) Вскрыть упаковку, извлечь систему для внутривенных инфузий и положить в стерильный лоток. Упаковку от системы поместить в нестерильный лоток/ ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А»

10. Выполнить гигиеническую обработку рук. Надеть нестерильные перчатки.

11. *Набрать лекарственный препарат в шприц:*

а) При наборе лекарственного средства из флакона:

прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден.

Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть пластиковой (металлической) крышки флакона, обработать флакон или резиновую пробку дезинфицирующей спиртовой салфеткой. Подготовить раствор согласно листа врачебных назначений. Ввести mini-spike под углом 90° к поверхности крышки во флакон, присоединить шприц к mini-spike, перевернуть флакон вверх дном, слегка оттягивая поршень шприца, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата. Извлечь шприц из флакона, надеть стерильную иглу, перевернуть шприц иглой вверх и выпустить воздух из шприца.

б) При наборе лекарственного препарата в шприц из ампулы:

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в её широкой части. Подпилить ампулу пилочкой (если на ампуле нет линии подпила или точки на шейке ампулы), обработать шейку ампулы дезинфицирующей спиртовой салфеткой, вскрыть ампулу.

Спиртовую салфетку, внутри которой головка ампулы, поместить в нестерильный лоток/ ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А».

Ввести иглу в ампулу и потянуть поршень на себя. Исползованную, при наборе лекарственного средства иглу, поместить в не прокалываемую ёмкость для сбора медицинских отходов класса «Б».

Надеть стерильную иглу на шприц, перевернуть шприц иглой вверх и выпустить воздух из шприца. Положить собранный шприц в стерильный лоток.

12. *Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов.*

***ВАЖНО:* приготовление лекарственного средства и заполнение системы для внутривенной инфузии проводится в процедурном кабинете!**

12.1. Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть пластиковой (металлической) крышки флакона, обработать флакон или резиновую пробку дезинфицирующей спиртовой салфеткой. Подготовить раствор согласно листа врачебных назначений. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок). Сделать надпись на флаконе: название лекарственного вещества, дозировку, Ф.И.О. пациента, дата рождения, № палаты, время приготовления раствора, Ф.И.О. медицинской сестры.

12.2. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство в стерильный лоток (все действия производятся на манипуляционном столе).

12.3. Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстия воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. Закрепить винтовой зажим.

<p>12.4. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.</p> <p>12.5. Открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу (фильтрующий узел) до половины объёма.</p> <p>Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами, и жидкость заполнит капельницу.</p> <p>12.6. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из колпачка иглы для инъекции. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено). Закрыть винтовой зажим.</p> <p>12.7. дезинфицирующие спиртовые салфетки, стерильную сухую марлевую салфетку положить в стерильный лоток. Упаковку от салфеток поместить в нестерильный лоток/ёмкость для сбора медицинских отходов класса «А».</p> <p>12.8. Приготовить две полоски узкого лейкопластыря.</p>	
<p>13. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Выполнить гигиеническую обработку рук антисептиком.</p>	
<p>14. Доставить в палату медицинскую тележку с размещенным на ней необходимым оснащением, стойку для в/в инфузий.</p>	
<p>15. Идентифицировать пациента (спросить Ф.И.О., дату рождения). Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры. Предложить пациенту /помочь ему занять удобное положение: сидя или лёжа.</p>	
<p>16. Выполнить гигиеническую обработку рук антисептиком. Надеть нестерильные перчатки.</p>	
<p>17. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венопункции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений. При выполнении венопункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента валик из влагостойкого материала.</p>	
<p>18. Наложить жгут (на рубашку или салфетку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венопункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.</p>	
<p>19. Обработать дважды область венопункции, использовать не менее двух дезинфицирующих спиртовых салфеток, движениями в одном направлении сверху вниз, одновременно определяя наиболее наполненную вену.</p> <p>ВАЖНО: повторное пальпирование области венопункции, после проведенной дезинфекции, не допускается!</p>	
<p>20. Техника проведения в/в струйной инъекции:</p> <p>20.1. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы, остальные пальцы охватывают цилиндр шприца.</p> <p>20.2. Другой рукой натянуть кожу в области венопункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх параллельно коже проколоть её, затем ввести иглу в вену (не более чем на ½ иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту».</p> <p>20.3. Убедиться, что игла в вене – держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (тёмная, венозная).</p> <p>20.4. Развязать или ослабить жгут.</p>	

<p>20.5. Убедиться, что игла в вене – держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (тёмная, венозная).</p> <p>20.6. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительно количество раствора.</p> <p>20.7. Накрыть место венепункции дезинфицирующей спиртовой салфеткой. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку у места инъекции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.</p>
<p>21. Техника проведения в/в капельной инфузии:</p> <p>21.1. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой. Держа иглу срезом вверх параллельно коже проколоть её, затем ввести иглу в вену (не более чем на ½ иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови – попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут</p> <p>21.2. Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача)</p> <p>21.3. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры.</p> <p>21.4. По окончании процедуры, закрыть винтовой зажим капельной системы.</p> <p>21.5. Накрыть место венепункции дезинфицирующей стерильной салфеткой.</p> <p>21.6. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку у места инъекции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.</p>
<p>22. Подвергнуть дезинфекции: жгут, подушечку из влагостойкого материала, методом двукратного протирания.</p>
<p>23. Поместить иглу/капельную систему в не прокалываемый контейнер для сбора медицинских отходов класса «Б»/использованный расходный материал в контейнер для отходов класса «Б».</p>
<p>24. Использованный лоток погрузить в контейнер для дезинфекции инструментария.</p>
<p>25. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для сбора медицинских отходов класса «Б»</p>
<p>26. Выполнить гигиеническую обработку рук.</p>
<p>27. Сделать отметку о выполнении манипуляции в медицинской документации.</p>

Рекомендуемый ЧЕК-ЛИСТ «Внутривенное капельное введение лекарственного препарата с помощью системы для вливания инфузионных растворов» (к типовому СОП «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов»)»

ЧЕК-ЛИСТ

внутривенное капельное введение лекарственного препарата с помощью системы для вливания инфузионных растворов

Дата проведения аудита: « _____ » _____ 202__ г.

Структурное подразделение _____

Ф.И.О. проводившего аудит: _____

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении	
			Да	Нет
Подготовка к выполнению назначения в процедурном кабинете				
1	Проведена гигиеническая обработка рук. Тележка медицинская укомплектована в соответствии с СОП. Сроки годности расходных материалов проверены. Проверен лекарственный препарат и инфузионный раствор на его пригодность (наименование, доза, срок годности на упаковке, пригодность по внешнему виду). Сверено с назначением врача.	Выполнить		
2	Проведена гигиеническая обработка рук. Надеты нестерильные перчатки. Приготовление лекарственного средства для внутривенного введения проведено в соответствии с СОП.	Выполнить		
3	Флакон с лекарственным препаратом подписан: название, дозировка, Ф.И.О. пациента, дата рождения, № палаты, время приготовления раствора, Ф.И.О. медицинской сестры. Флакон с приготовленным лекарственным средством осмотрен на его пригодность (цвет, прозрачность, осадок).	Выполнить		

4	Система для внутривенной инфузии собрана в соответствии с СОП, доставлена в палату.	Выполнить		
Выполнение процедуры капельного введения лекарственных препаратов				
5	Проведена идентификация пациента. Медицинская сестра представилась, объяснила цель процедуры.	Выполнить		
6	Пациент занял удобное положение.	Помочь/ сказать		
7	Проведена гигиеническая обработка рук в соответствии с техникой.	Выполнить		
8	Вскрыт стерильный лоток, проверена целостность упаковки, дата стерилизации и индикатор стерильности. Вскрытые стерильные спиртовые (3) салфетки, собранный шприц/система для инфузии размещены в стерильном лотке.	Выполнить		
9	Проведена гигиеническая обработка рук в соответствии с техникой. Надеты нестерильные перчатки.	Выполнить		
10	Место предполагаемой венопункции выбрано правильно.	Выполнить		
11	Жгут наложен правильно (на рубашку или салфетку).	Выполнить		
12	Область венопункции дважды обработана антисептическими салфетками, движениями в одном направлении сверху вниз.	Выполнить		
13	Венопункция проведена в соответствии с СОП.	Выполнить		
14	Отрегулирована скорость введения лекарственного препарата (согласно назначению врача).	Выполнить		
15	Игла и система зафиксированы лейкопластырем, место венопункции закрыты стерильной салфеткой.	Выполнить		
16	Оценено самочувствие пациента.	Спросить		
17	Использованный жгут дважды обработан дезинфицирующим средством, лоток помещен в емкость для дезинфекции, использованный расходный материал, перчатки помещены в емкость для сбора медицинских отходов класса Б.	Выполнить		

18	Проведена гигиеническая обработка рук.	Выполнить		
19	Во время инфузии проводится оценка состояния пациента, функционирование инфузионной системы.	Спросить, посмотреть		
Удаление системы для капельного введения лекарственных препаратов				
20	Проведена гигиеническая обработка рук. Надеты нестерильные перчатки.	Выполнить		
21	Удаление системы для инфузии проведено в соответствии с СОП.	Выполнить		
22	На место венепункции наложена повязка. Оценено самочувствие пациента.	Выполнить/спросить		
23	Использованный лоток помещен в емкость для дезинфекции, перчатки помещены в емкость для сбора медицинских отходов класса Б.	Выполнить		
24	Проведена гигиеническая обработка рук.	Выполнить		
25	Сделать отметку о выполнении процедуры в медицинской документации.	Выполнить		

Рекомендуемый ЧЕК-ЛИСТ «Внутривенное струйное введение лекарственного препарата» (к типовому СОП «Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов и внутривенное введение лекарственных препаратов капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов»)»

ЧЕК-ЛИСТ

внутривенное струйное введение лекарственного препарата

Дата проведения аудита: « _____ » _____ 202__ г.

Структурное подразделение _____

Ф.И.О. проводившего аудит: _____

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении	
			Да	Нет
Подготовка к выполнению назначения в процедурном кабинете				
1	Проведена гигиеническая обработка рук. Тележка медицинская укомплектована в соответствии с СОП. Сроки годности расходных материалов проверены. Проверен лекарственный препарат и инфузионный раствор на его пригодность (наименование, доза, срок годности на упаковке, пригодность по внешнему виду). Сверено с назначением врача.	Выполнить		
Выполнение процедуры струйного введения лекарственного препарата				
2	Проведена идентификация пациента. Медицинская сестра представилась, объяснила цель процедуры.	Спросить		
3	Пациент занял удобное положение.	Помочь/ сказать		

4	Проведена гигиеническая обработка рук в соответствии с техникой.	Выполнить		
5	Вскрыт стерильный лоток, проверена целостность упаковки, дата стерилизации и индикатор стерильности. Вскрытые стерильные спиртовые (3) салфетки, собранный шприц.	Выполнить		
6	Проведена гигиеническая обработка рук в соответствии с техникой. Надеты нестерильные перчатки.	Выполнить		
7	Приготовление лекарственного средства для внутривенного введения проведено в соответствии с СОП.	Выполнить		
8	Место предполагаемой венопункции выбрано правильно.	Выполнить		
9	Жгут наложен правильно (на рубашку или салфетку).	Выполнить		
10	Область венопункции дважды обработана антисептическими салфетками, движениями в одном направлении сверху вниз.	Выполнить		
11	Венопункция проведена в соответствии с СОП.	Выполнить		
12	На место венопункции наложена повязка. Оценено самочувствие пациента.	Выполнить /Спросить		
13	Использованный жгут дважды обработан дезинфицирующим средством, лоток помещен в емкость для дезинфекции, использованный расходный материал, перчатки помещены в емкость для сбора медицинских отходов класса Б.	Выполнить		
14	Проведена гигиеническая обработка рук.	Выполнить		
15	Сделана отметка о выполнении процедуры в медицинской документации.	Выполнить		

**Типовая стандартная операционная процедура (СОП)
«Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным
контрастированием»**

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПУ, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия.

**II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению
манипуляции/мероприятия**

**Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным
контрастированием**

1. Нормативные ссылки:

- Федеральный закон от 09.01.1996 №3-ФЗ «О радиационной безопасности населения»

- Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности» (НРБ-99/2009)
- СП 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ 99/2010)
- СанПин 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований»
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
- [СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических \(профилактических\) мероприятий»](#)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2020 г. №560н «Об утверждении правил проведения рентгенологических исследований»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.07.2020 г. № 480н «Об утверждении профессионального стандарта «Рентгенолаборант»
- МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи»
- МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях»

2.Область применения: отделение лучевой диагностики, кабинет компьютерной томографии

3.Участники процесса: рентгенолаборант, санитарка, процедурная сестра (постановка/удаление периферического катетера).

4.Цель внедрения: стандартизация процедуры проведения компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, обеспечение эпидемиологической безопасности при проведении исследования.

5.Показания к применению: Исследование с целью диагностики по назначению лечащего врача.

6.Термины и определения:

Мультиспиральная компьютерная томография – это современный метод диагностики, который позволяет получить точную информацию о

состоянии костей, органов и тканей пациента. При проведении КТ выбранная зона тела пациента просвечивается малыми дозами рентгеновских лучей послойно. Благодаря этому врач получает объемные, трехмерные, послойные изображения всех органов в высоком разрешении и определить место патологического очага плотность новообразований и опухолей.

7.Оснащение:

Аппараты мультиспиральной компьютерной томографии:

- томограф рентгеновский компьютерный (с указанием названия, фирмы производителя, страны производства)
- автоматический шприц-инжектор
- камера мультиформатная термографическая
- пленка термографическая
- средства радиационной защиты для персонала и пациентов.
- одноразовый расходный материал для проведения исследований с внутривенным контрастированием:

шприцы для инъекционной системы объемом 200 мл.

12 часовые магистрали

индивидуальные магистрали (для инжектора определенной модели)

шприцы (для инъекционной системы определенной модели)

стерильная марлевая салфетка для временного хранения заглушки периферического катетера

спиртовой кожный антисептик для обработки рук персонала

перчатки

маска

шапочка

одноразовые/тканевые пеленки

салфетки с дезинфицирующим средством

8. Общие требования к выполнению процедуры:

8.1 Представьтесь, проведите идентификацию пациента на основании медицинской документации, устного опроса.

8.2 Зарегистрируйте пациента в журнале исследований (по истории болезни или амбулаторной карте).

8.3 Исследование с контрастным усилением (КУ) проводите только при наличии письменного согласия, подписанного пациентом. В случае бессознательного состояния пациента, необходимо провести сверку с идентификационным браслетом у пациента и медицинской документацией наблюдения.

8.4 Обязательно уточните у пациента: наблюдались ли у него когда либо нежелательные реакции на лекарственные препараты и йодсодержащие контрастные препараты.

8.5 Уточните у пациента: не выполнялись ли в последние 24 часа другие исследования с применением рентгеноконтрастных препаратов (в том числе МРТ с контрастным веществом, рентген с пассажем бария и др.).

8.6 Перед обследованием пациента с избыточной массой тела, посоветуйтесь с врачом-рентгенологом.

8.7 Помните, каждый пациент принимает лаборанта за врача и может делиться с вами важной информацией, обязательно передайте ее врачу-рентгенологу.

9. Подготовка к исследованию:

- При наличии у пациента предыдущих данных (МРТ, КТ исследований) предоставьте их врачу - рентгенологу для оценки динамики процесса.
- За 3 часа до исследования необходимо исключить прием пищи.
- Прием воды перед исследованием - по согласованию с врачом-рентгенологом.
- **ВАЖНО!!!**
- Попросите пациента снять все украшения и убрать металлические предметы из области сканирования.
- Перед исследованием с КУ объясните пациенту:
- Ожидаемые ощущения, такие как: тепло по телу и в малом тазу, металлический привкус во рту.
- Последовательность сканирований и необходимое участие пациента в виде четкого выполнения команд, а так же продолжительность всего исследования.
- Если во время исследования врач-рентгенолог, по каким-то причинам, решить продлить время исследования, пациент будет предупрежден через внутренний динамик.
- Во время исследования рентгенолаборант будет незамедлительно сообщать врачу-рентгенологу обо всех особенностях во время проведения исследования, о состоянии пациента и дополнительных находках на сканах.
- В случае нежелательной реакции, исследование будет немедленно остановлено, сообщено врачу-рентгенологу, и персонал начнет действовать по алгоритму неотложных мероприятий при анафилаксии.

10. Алгоритм выполнения процедуры.

10.1 Порядок действий при проведении исследования
--

<p>10.1.1. Для проведения исследования сопроводите пациента в процедурный кабинет для установки периферического катетера.</p> <p>При необходимости, помогите раздеться, уложите на деку стола, предварительно опустив ее на нужную высоту, соблюдая правильность рентгенологических укладок.</p>
<p>10.1.2. Экранировать пациента рентгенозащитной пластиной.</p>
<p>10.1.3. Обработайте руки гигиеническим способом.</p>
<p>10.1.4.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Заправьте систему автоматического инжектора для введения контрастного вещества и физиологического раствора. <p>В набор входит: 2 колбы для контрастного вещества и физиологического раствора (колбы А и В). Вставьте колбы в инжектор до щелчка. Колба А - заполняется контрастным веществом, колба В - физиологическим раствором в объеме по 100 мл.</p> <p>Соедините 12 часовую магистраль и индивидуальную магистраль с источниками контраста и физраствора (колбы А и В). Промойте магистраль физраствором, используя автоматический инжектор. Система готова к использованию.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте нестерильные перчатки. - Снимите заглушку периферического катетера, поместите ее в стерильную марлевую салфетку (между слоями) на время проведения процедуры, исключая контаминацию во время хранения. - Подсоедините индивидуальную магистраль к периферическому катетеру (ПК), предварительно обработав порт ПК спиртовой салфеткой. Обязательно используйте ПК - № 18G (зеленый) в случае если исследуется сердце и артерии сердца. В остальных случаях возможно использование ПК № 20G (розовый), в зависимости от вида исследования и состояния периферических вен. - Снимите нестерильные перчатки, поместив в емкость с отходами класса «Б», обработайте руки гигиеническим способом.
<p>10.1.5. Пройдите в пультовую, на пульте управления и автоматическом инжекторе установите технические параметры, соответствующие назначенному виду исследования (время, количество контрастного вещества и физиологического раствора).</p>
<p>10.1.6. Приступите к выполнению исследования, поэтапно выполняя все программы, соблюдая правильность разметок, необходимых для данного вида сканирования.</p>
<p>10.2. Окончание процедуры</p>
<p>10.2.1. После окончания исследования проведите гигиеническую обработку рук, наденьте нестерильные перчатки.</p>
<p>10.2.2. Отключите индивидуальную магистраль от венозного катетера, поместите в емкость для отходов класса «Б», закройте заглушкой ПК.</p>
<p>10.2.3. Сообщите пациенту, что процедура закончена.</p> <p>Обязательно уточните у пациента его самочувствие сразу после сканирования</p> <p>При необходимости помогите пациенту встать со стола, нельзя тянуть за руку, а подложите руку под спину пациента. Помните, что все пациенты любят внимание, сообщите, что качество исследования хорошее, и на его интерпретацию врачу-рентгенологу потребуется время и возможно необходимость обсуждений с коллегами</p>
<p>10.2.4. Одноразовую салфетку поместите в контейнер для отходов класса «А»/ тканевую пленку в емкость для сбора белья. Марлевую салфетку для хранения заглушки катетера – в отходы класс «Б».</p>
<p>10.2.5. Обработайте поверхность стола дезинфицирующим средством</p>

10.2.6. Снимите перчатки, поместите в емкость для сбора отходов класс «Б», проведите гигиеническую обработку рук.

10.2.7. Далее можно приступить к работе с документацией.

10.2.8. По истечении смены через 12 часов, всю систему необходимо сменить и подключить новую.

10.2.9. Получите результат исследования у врача, зарегистрируйте его в журнале. Пригласите следующего пациента в кабинет.

Типовая стандартная операционная процедура (СОП) «Постановка, уход и удаление периферического венозного катетера»

I. Общие положения

1. Типовая стандартная операционная процедура (СОП) является рекомендуемым алгоритмом работы в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, который может быть использован медицинской организацией для разработки собственной СОП с учетом условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, конкретных исполнителей и особенностями организации процессов. СОП медицинской организации утверждается локальным актом медицинской организации.
2. Шаблон СОПа определяется медицинской организацией. В общем виде шаблон обычно включает следующие разделы:
 - наименование СОПа
 - дата утверждения
 - разработчики
 - место применения
 - цель
 - нормативные и методические ссылки
 - участники процесса
 - оснащение
 - алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия
 - чек-лист
 - согласования
3. Медицинская организация разрабатывает и утверждает локальным актом чек-лист к конкретному СОПу, который используется для внутреннего контроля качества выполнения манипуляции/мероприятия. Шаблон чек-листа также определяется медицинской организацией.
4. Типовой СОП представлен рекомендуемым алгоритмом действий по выполнению манипуляции/мероприятия. К СОПу разработан рекомендуемый чек-лист.

II. Рекомендуемый алгоритм действий по выполнению манипуляции/мероприятия

Постановка, уход и удаление периферического венозного катетера

- 1.**Область применения:** стационарные отделения, приемные отделения, амбулаторно-поликлинические подразделения.
- 2.**Нормативные ссылки:**

- СанПиН 3.3686-21 [«Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»](#);
- СанПин 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 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»;
- ГОСТ РЗ 52623.3-2015 Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода;
- МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях»;
- МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи»

3. Участники процесса: процедурные медицинские сестры, палатные медицинские сестры, медицинская сестра – анестезист.

4. Показания к проведению: многократное введение лекарственных препаратов и растворов в лечебных и диагностических целях; обеспечение и поддержание венозного доступа в экстренных случаях; анестезия.

5. Особенности выполнения процедуры:

Выполнение порядка действий медицинской сестрой при проведении постановке, уходе, удалении периферического катетера (ПВК) у пациента.

5.1. Правильный выбор места катетеризации

Приоритеты по выбору вены для установки периферического венозного катетера:	
Хорошо визуализируемые вены с хорошо развитыми коллатералиями.	
Вены с не доминирующей стороны тела (у правшей - левая, у левшей - правая).	
Сначала использовать дистальные вены.	
Использовать вены мягкие и эластичные на ощупь.	
Вены со стороны противоположной оперативному вмешательству.	
Вены с наибольшим диаметром.	
Наличие прямого участка вены по длине соответствующего длине катетера.	

5.2. Области, которых следует избегать для установки периферического венозного катетера:

- вены нижних конечностей (низкая скорость кровотока в венах нижних конечностей приводит к повышенной опасности тромбообразования);
- места изгибов конечностей (околосуставные области);
- ранее катетеризированные вены (возможно повреждение внутренней стенки сосуда);
- срединная локтевая вена. Пункция данной вены по протоколам допустима в 2-х случаях - забор крови на анализ, при оказании экстренной помощи и плохой выраженности остальных вен;
- вены ладонной поверхности рук (опасность повреждения сосудов);
- вены на конечности, на которой проводились хирургические вмешательства или химиотерапия;
- вены поврежденной конечности;

- инфицированные участки и участки повреждения кожи;
- глубоко лежащие вены.

5.3. Устройство внутривенного (периферического) катетера

Катетер внутривенный (периферический) - это медицинское приспособление предназначенное для длительного введения лекарственных средств в периферические вены (до 3-х суток) или выведения жидкости, растворов лекарственных веществ из кровеносной системы человека при помощи катетера, вставленного в кровеносный сосуд (периферические вены пациента) с целью уменьшения травмирования вены с помощью полый иглы (интродуктора). Иглу удаляют сразу же после введения катетера в вену.



6. Алгоритм выполнения процедуры:

6.1. Обязательные средства индивидуальной защиты для медицинского персонала:

- шапочка
- маска
- халат с длинным рукавом
- очки/щиток
- перчатки нестерильные

6.2. Укомплектовать манипуляционный столик/тележку медицинскую для неотложной помощи, проверив сроки годности расходных материалов:

- стерильный лоток
- нестерильный лоток
- стерильные одноразовые салфетки с антисептиком - 5 штук
- жгут венозный
- периферический внутривенный катетер (разных размеров)

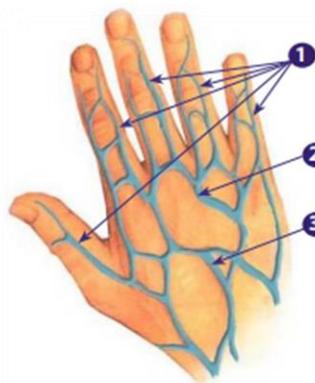
валик из влагостойкого материала
 шприц 10 мл (для промывания катетера)
 бинт/стерильная повязка
 антисептик для обработки рук
 дезинфицирующее средство для дезинфекции поверхностей
 контейнер для сбора медицинских отходов класса А, Б
 ноутбук или компьютер с программой 1С

6.3. Идентифицировать пациента (спросить Ф.И.О., дату рождения) Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного добровольного согласия на проведение манипуляции. В случае отсутствия - уточнить дальнейшую тактику у врача.

6.4. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком, соблюдая технику.

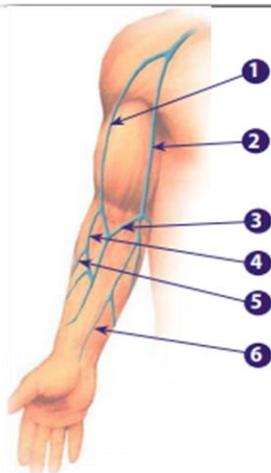


6.5. Выбрать место катетеризации. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком, соблюдая технику.



Вены кисти

1. Вены тыльной поверхности пальцев
2. Метакарпальные вены
3. Тыльная венозная сеть кисти



Вены предплечья

1. Головная вена (v. Cephalica)
2. Подкожная медиальная вена (v. Basilica)
3. Промежуточная вена локтя (v. Intermedia cubiti)
4. Головная вена (v. Cephalica)
5. Добавочная латеральная подкожная вена руки (v. Cephalica accessoria)
6. Срединная вена предплечья (v. Median antebrachial)

6.6. Вскрыть стерильный лоток, проверив целостность упаковки, дату стерилизации и индикатор стерильности.

6.7. Вскрыть спиртовые дезинфицирующие салфетки и поместить в стерильный лоток.

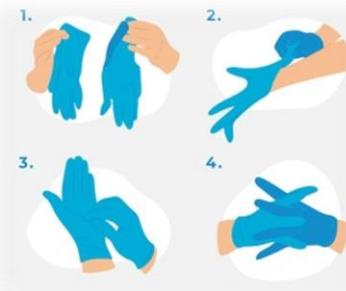
6.8. Подготовить ПВК соответствующего размера (таблица 1), проверить срок годности и герметичность упаковки.

Таблица 1

Размер	Соответствующий цвет	Наружный диаметр	Длина	Скорость потока мл/мин
14G	Оранжевый	2.1 мм	45 мм	300
16G	Серый	1.8 мм	45 мм	200
17G	Белый	1.5 мм	45 мм	140
18G	Зеленый	1.3 мм	45 мм	90
20G	Розовый	1.1 мм	33 мм	61
22G	Голубой	0.9 мм	25 мм	36
24G	Желтый	0.7 мм	19 мм	15
26G	Фиолетовый	0,6мм	19мм	17

Подготовить флакон с 0,9% раствором натрия хлорида для промывания катетера, шприц.

6.9. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Надеть нестерильные перчатки.



6.10. Наложить жгут выше предполагаемого места венепункции на 10–15 см так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, убедиться в венозном наполнении конечности.
Время наложения жгута не должно превышать одной минуты.
Попросить пациента (по возможности) сжать кулак.

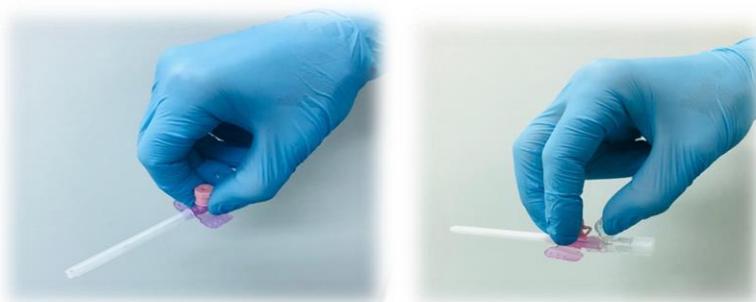


6.11. Двукратно продезинфицировать место пункции дезинфицирующей спиртовой салфеткой движениями сверху вниз.

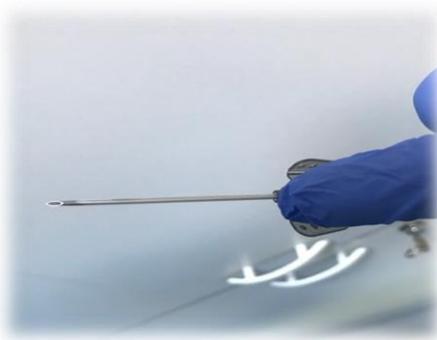
ВНИМАНИЕ!

*Нельзя пальпировать выбранное место для венепункции после проведенной дезинфекции кожных покровов. В случае необходимости пальпации, снова обработать поверхность предполагаемого места пункции кожным антисептиком 2хкратно.
Дать кожному антисептику высохнуть.*

6.12. Взять ПВК наиболее удобным для вас способом, снять защитный колпачок.

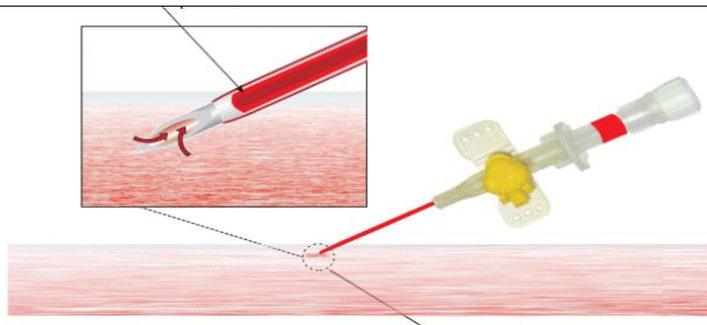


6.13. Убедиться в том, что срез иглы-проводника направлен вверх.



6.14. Провести венепункцию. Натянуть кожу пациента большим пальцем, натягивая кожу в противоположном движению иглы направлении, не дотрагиваясь до места предполагаемой венепункции, и зафиксировать вену.

6.15. При появлении крови в камере визуализации уменьшить угол введения катетера, максимально приблизив катетер к коже. Мягко потянуть иглу-проводник назад. Появление тока крови между иглой-проводником и стенками канюли катетера подтвердит правильное размещение.



6.16. Полностью продвинуть канюлю катетера в вену, снимая его с иглы-проводника. Продвинуть катетер с иглой-проводником в вену.

6.17. Снять или ослабить жгут.

6.18. Пережать пальцем вену выше кончика катетера и извлечь иглу-проводник.



6.19. Иглу-проводник поместить в непрокальваемый контейнер для сбора медицинских отходов класса «Б».

6.20. Закрывать катетер заглушкой, промыть катетер стерильным физиологическим раствором (NaCl 0,9 % 5мл) или подсоединить инфузионную систему.

6.21. Зафиксировать катетер лейкопластырем/стерильной повязкой.

6.22. Обработать жгут методом двукратного протирания салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором.

6.23. Использованный лоток погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором.

6.24. Дезинфицирующей салфеткой обработать манипуляционный стол/ медицинскую тележку.

<p>6.25. Снять перчатки, поместить в контейнер для сбора медицинских отходов класса Б.</p>	
<p>6.26. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком.</p>	
<p>6.27. Сделать запись о проведенной процедуре в листе сестринского наблюдения, в МИС</p>	

7. УХОД ЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВЕНОЗНЫМ КАТЕТЕРОМ (СМЕНА ПОВЯЗКИ).

- Ежедневно следите за состоянием повязки.
- Меняйте повязку:
 - каждые 24 часа при отсутствии признаков воспаления;
 - незамедлительно при отклеивании, загрязнении или намокании под повязкой.
- При очередном введении лекарственного препарата, необходимо обрабатывать порт ПВК спиртовой салфеткой.
- После завершения инфузий и болюсного введения медикаментов катетер промывается 0,9% раствором натрия хлорида техникой “старт-стоп”, используя шприц объемом 10 мл.

<p>7.7. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком.</p>	 <p>1a Нанесите продукт в единичную порцию на ладонь, так чтобы покрыть всю поверхность</p> <p>1b Потрите одну ладонь о другую ладонь</p> <p>2 Потрите одну ладонь о другую ладонь</p> <p>3 Правой ладонью растригите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы, и</p> <p>4 Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь</p> <p>5 Соедините пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев</p> <p>6 Схватите большим пальцем левой руки правый ладонь и потрите его круговыми движениями</p> <p>7 Круговыми движениями и поперечными движениями вназад согнутыми пальцами правой</p> <p>8 После того как ваши руки высохли, они безопасны</p>
<p>7.8. Сделать запись о проведенной процедуре в листе сестринского наблюдения, в МИС</p>	

8. УДАЛЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА.

Показания к удалению ПВК:

- немедленно удалить катетер, если срок его использования истекает (таблица 2);
- немедленно удалить катетер, если нет необходимости в его дальнейшей эксплуатации;
- если планируется перерыв в эксплуатации катетера на 24 часа;
- при возникновении окклюзии и/или тромбообразования;
- при бактериальном флебите; – при тромбофлебите;
- при механическом повреждении катетера.

Таблица 2

Сроки использования периферических венозных катетеров

Материал	Период использования катетера
Полиуретан более мягкий и термопластичный материал, предназначен для более сложных вен	Применяется для более длительной катетеризации в пределах 48-72 и более часов. Используется до 6 суток.
Тефлон - упругий с гладкой поверхностью для стандартных случаев	Применяется при недлительной катетеризации. Используется 24-48 часов.

8.1. Укомплектовать манипуляционный стол/тележку медицинскую, проверив сроки годности расходных материалов:

стерильный лоток

нестерильный лоток

стерильные одноразовые салфетки с антисептиком - 2 шт.

бинт/стерильная повязка

ножницы

кожный антисептик для обработки рук

дезинфицирующее средство для дезинфекции поверхностей

контейнеры для сбора медицинских отходов класса А, Б

средства индивидуальной защиты (перчатки нестерильные, халат, маска/респиратор, очки/щиток)

ноутбук или компьютер с программой 1С

8.2. Идентифицировать пациента (спросить Ф.И.О., дату рождения) Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры.

8.3. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Надеть нестерильные перчатки.



8.4. Снять повязку. Накрыть место венопункции дезинфицирующей спиртовой салфеткой и извлечь иглу из вены. Попросить пациента держать салфетку у места инъекции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки, забинтовать место инъекции. Убедиться, что наружного кровотечения в области венопункции нет.

8.5. Использованный материал поместить в емкость для сбора медицинских отходов класса Б.

8.6. Снять перчатки, поместить в контейнер для сбора медицинских отходов класса Б.



8.7. Выполнить гигиеническую обработку рук кожным антисептиком.



8.8. Сделать запись о проведенной процедуре в листе сестринского наблюдения, в МИС.

Рекомендуемый ЧЕК-ЛИСТ «Контроль соблюдения эпидемиологической безопасности при постановке/уходе за периферическим венозным катетером» (к типовому СОП «Постановка, уход и удаление периферического венозного катетера»)

ЧЕК- ЛИСТ

Контроль соблюдения эпидемиологической безопасности при постановке/уходе за периферическим венозным катетером Дата проведения аудита: « ____ » _____ 202_г. Время проведения аудита: с ____ до _____

Ф.И.О., должность проводившего аудит: _____

№ п/п	I. Обеспечение условий для постановки/ухода за ПВК						+/-
1	Медицинская сестра работает у постели больного с применением манипуляционного стола						
2	На манипуляционном столе имеется кожный антисептик с дозирующим устройством						
3	Имеется достаточное количество расходного материала (спиртовые салфетки, ПВК, перчатки, бинт, марлевая салфетка)						
4.	Созданы условия для сбора медицинских отходов разных классов						
ВЫЯВЛЕНО НЕСООТВЕТСТВИЙ ПО I РАЗДЕЛУ							
№ п/п	II. Обеспечение правил постановки/ухода за ПВК	№1	№2	№3	№4	№5	
		+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	
1.	Пациент проинформирован о сроках использования катетера/внепланово, если катетер перестал функционировать, при появлении боли/дискомфорта в области катетеризации						
2.	Место установки ПВК выбрано правильно						
3.	Гигиена рук проведена перед работой с пациентом. Соблюдена методика						

	гигиенической обработки рук, кратность выполнения этапов.					
4.	Место катетеризации обработано дважды спиртовыми салфетками.					
5.	Методика постановки ПВК соблюдена.					
6.	Катетер промыт физиологическим раствором.					
7.	При введении лекарственного средства проведена обработка порта катетера.					
8.	Использованные перчатки помещены в емкость для сбора медицинских отходов класса Б/В.					
9.	Гигиена рук проведена после работы с пациентом. Соблюдена методика гигиенической обработки рук, кратность выполнения этапов.					
10.	Сделана запись об установке/удалении/смене повязки в листе сестринских манипуляций.					
11.	В листе сестринских манипуляций смена ПВК осуществляется в установленные сроки.					
12.	При опросе, пациент, подтверждает замену/удаление/смену повязки в соответствии с записью в листе сестринских манипуляций.					
ВЫЯВЛЕНО НЕСООТВЕТСТВИЙ ПО II РАЗДЕЛУ						
ВЫЯВЛЕНО НЕСООТВЕТСТВИЙ ПО I-II РАЗДЕЛУ						

Структурное подразделение, где проведен аудит _____

Примеры чек-листов для аудита эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи по вопросам профилактики гемоконтактных инфекций (ГВ, ГС, ВИЧ-инфекция)

ЧЕК-ЛИСТ 1

Медицинская организация _____

1.	Количество госпитализированных пациентов	202__ год	I квартал 202__ г.
2.	Количество обращений на амбулаторный прием		
3.	Количество оперативных вмешательств		
4.	Количество эндоскопических вмешательств, в т. ч.:		
4.1.	Бронхоскопий/в т.ч. с биопсией		
4.2.	гастроскопий/в т.ч. с биопсией		
4.3.	колоноскопий/в т.ч. с биопсией		
5.	Количество проведенных исследований КТ с в/в введением контрастного вещества		
6.	Количество проведенных исследований МРТ с в/в введением контрастного вещества		
7.	Количество закупленных кожных антисептиков для обработки рук (л.)		
8.	Количество закупленных нестерильных перчаток (шт.)		

9.	Количество закупленных стерильных перчаток (шт.)		
10.	Количество закупленных заглушек для сосудистых катетеров		
11.	Количество закупленных одноразовых эндоскопических биопсийных щипцов		
12.	Количество закупленных наборов одноразовых для инъекционной системы для проведения КТ/МРТ с контрастом		
13.	Количество закупленных коннекторов с магистралью для пациента для проведения КТ/МРТ с контрастом		
14.	Перечень дезинфекционно-стерилизующей аппаратуры	Год ввода в эксплуатацию	Проведение ТО (указать даты 2024г. и I квартала 2025г.)
14.1.	Паровые стерилизаторы:		
	<i>Перечислить каждое оборудование, если не эксплуатируется, указать причину и период и причину поломки</i>		
		
14.2.	Плазменные стерилизаторы:		
	<i>Перечислить каждое оборудование, если не эксплуатируется, указать причину и период и причину поломки</i>		
		
14.3.	Моечно-дезинфекционные машины для ИМН:		
	<i>Перечислить каждое оборудование, если не эксплуатируется, указать причину и период и причину поломки</i>		
		
14.4.	Моечно-дезинфекционные машины для эндоскопов:		

	<i>Перечислить каждое оборудование , если не эксплуатируется, указать причину и период и причину поломки</i>		
		
14.5.	УЗ-мойки:		
	<i>Перечислить каждое оборудование , если не эксплуатируется, указать причину и период и причину поломки</i>		
		
15.	Указать потребность в дезинфекционно-стерилизационном оборудовании с обоснованием потребности	Потребность (ед.)	Обоснование потребности
15.1.	Паровой стерилизатор		
15.2.	Плазменный стерилизатор		
15.3.	Моечно-дезинфекционная машина для ИМН		
15.4.	Моечно-дезинфекционная машина для эндоскопов		
15.5.	УЗ-мойка		
16.	Количество стационарных коек на 01.01.2025г., всего, в т. ч.:		
16.1.	Хирургических		
16.2.	Терапевтических		
16.3.	Педиатрических		
16.4.	Реанимационных		
16.5.	Инфекционных		

17.	Количество медицинского персонала, в т.ч.	
17.1.	Врачи	
17.1. 1.	в т.ч. врачи-эпидемиологи	
17.2.	Средний медицинский персонал	
17.2. 1.	в т.ч. помощники врача-эпидемиолога	
17.3.	Младший медицинский персонал	
18.Количество обученных медицинских работников по вопросам профилактики ИСМП (36 часов) за 3-летний период (с 2022г.), в т.ч.:		
18.1.	Врачи	
18.2.	Средний медицинский персонал	

ЧЕК-ЛИСТ 2

Дата проведения аудита: «_____» _____ 2025г.

Ф.И.О., должность сотрудников МО, проводивших аудит: _____

№ п/п	Критерий	Критерий соответствует/ не соответствует +/-	Пояснение	Срок и форма устранения замечания
<ul style="list-style-type: none"> • ГИГИЕНА РУК 				
1.1.	В МО проведена учеба с медицинским персоналом по гигиене рук. <i>В пояснениях указать дату проведения обучения и количество обученного персонала.</i>			
1.2.	В МО разработан контрольный чек-лист оценки полноты и качества выполнения гигиены рук.			
1.3.	В МО систематически проводится контроль выполнения гигиены рук медицинским персоналом с применением оценочного чек-листа. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
1.4.	При наблюдении, средний и младший медицинский персонал выполняет правила обработки рук (провести наблюдение за работой не менее 10 сотрудников, включая врачей, средний,			

	младший медицинский персонал). <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
1.5.	В МО имеется расчет потребности в кожных антисептиках в разрезе структурных подразделений. <i>В пояснениях указать расчетное количество кожных антисептиков для обработки рук (литры) на год.</i>			
1.6.	В МО закупка кожных антисептиков осуществляется в соответствии с расчетной потребностью. <i>В пояснениях указать закупленное количество кожных антисептиков для обработки рук (литры) на 2024, 2025 год.</i>			
1.7.	В МО имеется расчет оснащения оборудованием для гигиены рук (дозаторы с антисептиками). <i>В пояснениях указать оснащение оборудованием для гигиены рук – подлежало оснащению/оснащено (шт.).</i>			
1.8.	В МО достаточно оснащена дозаторами с кожным антисептиком, обеспечивающей доступность выполнения гигиены рук медицинскими работниками, пациентами, посетителями.			
1.9.	В МО систематически проводится микробиологический контроль эффективности обработки рук. <i>В пояснениях указать количество проведенных исследований/показатель неудовлетворительных результатов (%) в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
<ul style="list-style-type: none"> БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ПРОЦЕДУР 				

2.1.	В МО разработаны СОПы, алгоритмы проведения медицинских безопасных вмешательств, процедур:			
2.2.	Проведение КТ, МРТ в в/в введением контрастного вещества			
2.3.	Порядок обработки гибких эндоскопов ручным методом			
2.4.	Порядок обработки гибких эндоскопов механизированным методом в МДМ			
2.5.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ПВК			
2.6.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ЦВК			
2.7.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ПИК-катетера, ПОРТ-системы			
2.8.	Порядок введения лекарственных средств в/в, в/м, п/к, с применением сосудистого устройства			
2.9.	Гигиеническая обработка рук			
2.10.	Хирургическая обработка рук			
2.11.	Порядок применения медицинских одноразовых перчаток (стерильные/нестерильные)			
2.12.	Проводятся систематические аудиты выполнения СОПов, алгоритмов проведения медицинских безопасных вмешательств, процедур (не реже 1 раза в квартал)			

2.13.	При наблюдении, медицинский персонал последовательно выполняет СОПы, алгоритмы проведения медицинских безопасных вмешательств, процедур (провести наблюдение с использованием оценочного чек-листа). Оценить:			
2.14.	Проведение КТ, МРТ в в/в введением контрастного вещества. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.15.	Порядок обработки гибких эндоскопов ручным методом. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.16.	Порядок обработки гибких эндоскопов механизированным методом в МДМ. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.17.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ПВК. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.18.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ЦВК. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.19.	Порядок постановки, применения, ухода, удаления ПИК-катетера, ПОРТ-системы. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			
2.20.	Порядок введения лекарственных средств в/в, в/м, п/к, с применением сосудистого устройства. В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.			

2.21.	Гигиеническая обработка рук. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания</i>			
2.22.	Хирургическая обработка рук. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.</i>			
2.23.	Порядок применения медицинских одноразовых перчаток (стерильные/нестерильные). <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.</i>			
2.24.	В МО имеется расчет потребности в ИМН одноразового применения (катетеры, биопсийные щипцы, инструменты, наборы для проведения исследований и вмешательств, заглушки для сосудистых катетеров, мини-спайки, перчатки и пр. расходный материал).			
2.25.	Обеспечение ИМН одноразового применения (катетеры, биопсийные щипцы, инструменты, наборы для проведения исследований и вмешательств, заглушки для сосудистых катетеров, мини-спайки, перчатки и пр. расходный материал) осуществляется в соответствии с расчетной потребностью.			
III. ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ				
3.1.	В МО проведена учеба со средним, младшим медицинским персоналом по вопросам приготовления ДС, правилам проведения дезинфекции ИМН. <i>В пояснениях указать дату проведения обучения и количество обученного персонала.</i>			
3.2.	В МО разработан контрольный чек-лист оценки полноты и качества дезинфекции ИМН.			

3.3.	В МО систематически проводится контроль полноты и качества дезинфекции ИМН с применением оценочного чек-листа. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.</i>			
3.4.	При наблюдении, опросе, средний и младший медицинский персонал знают правила приготовления рабочих растворов ДС (опросить не менее 5 сотрудников). <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных несоответствий, основные замечания.</i>			
3.5.	В месте приготовления рабочих растворов ДС имеются актуальные инструкции, разработанные и утвержденные в МО.			
3.6.	Для приготовления рабочих растворов ДС имеются мерные емкости в достаточном количестве и объеме.			
3.7.	Емкости с рабочим раствором ДС промаркированы по объектам дезинфекции.			
3.8.	На емкостях с рабочими растворами ДС имеется заполненная паспортная часть (наименование ДС, концентрация, экспозиция, дата приготовления, дата окончания использования ДС, подпись лица, приготовившего ДС).			
3.9.	Дезинфекция ИМН осуществляется при полном погружении в дезинфицирующий раствор, осуществляется контроль времени дезинфекции.			
3.10.	Дезинфекция ИМН, имеющих замковые части, полости и каналы осуществляется в раскрытом виде, каналы и полости заполнены ДС.			

3.11.	В МО систематически проводится контроль соответствия концентрации рабочих растворов ДС с применением экспресс-тестов. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных нестандартных проб в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
3.12.	Результаты экспресс-контроля рабочих растворов ДС соответствуют концентрациям, заявленным в инструкции, разработанной в МО.			
3.13.	В МО систематически проводится оценка чувствительности микрофлоры к используемым в МО ДС, антисептикам. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных нестандартных проб в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
3.14.	В МО ротация ДС осуществляется по результатам оценки чувствительности микрофлоры к используемым в МО ДС, антисептикам. <i>В пояснениях указать дату ротации ДС (наименование и состав АДВ)</i>			
3.15.	В МО осуществляется систематический контроль наличия биопленок на ИМН, медицинских изделиях (включая эндоскопы), объектах внутрибольничной среды. <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных нестандартных проб в 2024г., 1 квартале 2025г.</i>			
- СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ				
4.1.	Архитектурно-планировочное решение ЦСО, расстановка оборудования соблюдает последовательность обработки ИМН, отсутствует перекрест технологических процессов.			
4.2.	Прием ИМН в ЦСО документирован, записи ведутся			

	<p>разборчиво.</p> <p>Количество и наименование поступивших ИМН позволяет провести анализ полноты поступления, оборота ИМН.</p>			
4.3.	<p>Предстерилизационная очистка ИМН осуществляется в ЦСО.</p>			
4.4.	<p>Имеется СОП/инструкция по проведению предстерилизационной очистки ИМН ручным/механизированным способом.</p>			
4.5.	<p>При наблюдении персонал выполняет СОП/инструкцию по проведению предстерилизационной очистки ИМН ручным/механизированным способом.</p>			
4.6.	<p>Контроль качества предстерилизационной очистки ИМН осуществляется в соответствии с СОП/инструкцией.</p>			
4.7.	<p>Персонал ориентирован о порядке информирования при получении положительной пробы при проведении качества предстерилизационной очистки ИМН <i>(опросить не менее 3 сотрудников)</i>.</p>			
4.8.	<p>Упаковка ИМН осуществляется в соответствии с разработанным СОП/инструкцией.</p>			
4.9.	<p>Разработаны нормы загрузки и перечень ИМН, стерилизуемых в паровом стерилизаторе, плазменном стерилизаторе <i>(опросить не менее 3 сотрудников)</i>.</p>			
4.10.	<p>При наблюдении, анализе документации, нормы загрузки</p>			

	и перечень ИМН, стерилизуемых в паровом стерилизаторе, плазменном стерилизаторе соблюдены.			
4.11.	Контроль параметров стерилизации ИМН в стерилизационном оборудовании проводится, в т.ч. с применением химических тестов.			
4.12.	Персонал знает порядок проведения контроля параметров стерилизации ИМН в стерилизационной камере <i>(опросить не менее 3 сотрудников)</i> .			
4.13.	Выгрузка, временное хранение, выдача и транспортировка исключает риск контаминации простерилизованных ИМН.			
4.14.	Лабораторный контроль оценки эффективности стерилизующей аппаратуры проводится не реже 1 раза в 6 месяцев, внепланово – после ремонта.			
4.15.	Лабораторный контроль простерилизованных ИМН осуществляется не реже 1 раза в месяц.			
4.16.	Контроль работы форвакуумных паровых стерилизаторов осуществляется с применением теста Бови-Дик. Разработана инструкция по проведению теста Бови-Дик.			
- ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ НА МАРКЕРЫ ВГВ, ВГС, ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ				
5.1.	В МО выполняется порядок обследования контингентов с высоким риском заражения на наличие HBsAg и anti-HCV (проверить не менее 20 историй болезни из разных отделений). <i>В пояснениях указать количество (%) выявленных нарушений</i>			

	<i>порядка обследования пациентов.</i>			
5.2.	В МО разработан порядок передачи информации о каждом случае инфекционной болезни или подозрении на заболевание, а также носительстве возбудителей инфекционных болезней в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту выявления посредством формы 058/у (опросить не менее 5 врачей в разных отделениях).			
5.3.	В МО проводится оценка привитости против вирусного гепатита В и состояния иммунитета (титр антител к HBsAg) у медицинского персонала (проверить выборочно не менее 20 медицинских работников из разных отделений).			
5.4.	МО обеспечена тест-системами для диагностики инфекций, в том числе экспресс-тестов для ВИЧ-инфекции, и лекарственных препаратов для экстренной профилактики гепатита В, препаратами для антиретровирусной терапии (АРВ препараты) в расчетных количествах, обеспечена доступность в режиме 24/7/365.			

Результаты проведенного аудита обсуждены на комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, разработана «дорожная карта» по устранению выявленных несоответствий.

п/п	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1.		Главный врач		
2.		Врач-эпидемиолог/заместитель главного врача, ответственный за эпидемиологическую безопасность (при отсутствии в штате врача-эпидемиолога)		
3.		Главная медицинская сестра		

Памятка по работе с многодозовыми флаконами

При неправильном использовании многодозовые флаконы с лекарственными средствами могут становиться факторами передачи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. В литературе описаны многочисленные случаи передачи парентеральных вирусных гепатитов в следствие повторного применения шприцев и аспирационных устройств при наборе растворов из флаконов с анестетиками, препаратами для наркоза, а также при промывании установленных пациентам сосудистых катетеров. В связи с этим необходимо неукоснительно соблюдать ряд требований и безопасных подходов.

1. Минимизируйте число эпизодов применения содержимого многодозового флакона для разных пациентов. При наличии такой возможности используйте только однодозовые флаконы (ампулы).
2. Строго придерживайтесь правил индивидуального использования флаконов в инфузионных системах. Каждый флакон может быть подсоединен к инфузионной системе только одного пациента.
3. Осуществляйте вскрытие, использование, хранение многодозовых флаконов в условиях, исключающих вторичную контаминацию, в т.ч. соблюдайте правила гигиенической обработки рук и применения медицинских перчаток.
4. Отмечайте на многодозовом флаконе дату и время вскрытия.
5. Соблюдайте сроки использования растворов в многодозовых флаконах. Если производитель не указал иного, то содержимое должно быть использовано в течение 6 часов вне зависимости от применения аспирационной канюли-фильтра.
6. Соблюдайте требования к использованию аспирационных фильтр-канюль для многодозовых флаконов (Мини-Спайки, ПолиСпайки и др.):
 - 6.1. Строго придерживайтесь правила: каждая стерильная фильтр-канюля может применяться совместно только с одним флаконом.
 - 6.2. Держите крышку аспирационной фильтр-канюли закрытой между эпизодами набора препарата из флакона.
 - 6.3. Не прикасайтесь к порту фильтр-канюли руками и шприцем, контактировавшим с пациентом!
 - 6.4. При каждом наборе раствора через фильтр-канюлю производите антисептическую обработку порта спиртосодержащим раствором.
7. Соблюдайте требования безопасного игольного доступа к содержимому многодозовых флаконов:

7.1. Строго придерживайтесь правила: для каждого эпизода набора раствора из флакона должна использоваться новая стерильная игла. Не прикасайтесь руками к ключевым зонам стерильной иглы.

7.2. Не оставляйте иглу в резиновой крышке (мембране) после набора раствора из флакона.

7.3. При каждом доступе к содержимому флакона производите антисептическую обработку резиновой крышки (мембраны) спиртосодержащим раствором.

7.4. Не прикасайтесь к крышке флакона (мембране) руками, а также шприцем, контактировавшим с пациентом, даже заменив иглу на стерильную!