IC ในรพ.สต.

16 กรกฎาคม 2561

หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

๔.๕ การจัดระบบบริการสนับสนุน

๔.๕.๒ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (55 คะแนน)

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
1. **การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร** 1.1 **คณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ใน รพ.สต.** : มีคกก. IC ระดับ CUP และ รพ.สต. ที่อบรมความรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี	- คำสั่งแต่งตั้งฯ ระดับ CUP+รพ.สต. เป็นปัจจุบัน – กรณีที่ รพ.สต.เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน IC ต้องมีหนังสือมอบหมายหน้าที่ - กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. CUP พิจารณาให้ รพ.สต. แม่ข่าย/ใกล้เคียงควบคุมได้ - เอกสารนิเทศ ติดตาม IC round ไม่เกิน 1 ปี นับย้อนจากวันตรวจ (บันทึกการตรวจเยี่ยม/นิเทศ) – หลักฐานการอบรมภาพถ่าย ลายเซนต์เข้ารับการอบรม นส.เชิญไม่เอา บางทีไม่ได้เข้าจริง

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
1.2 **คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** : มีคู่มือ IC : บุคลากรใน รพ.สต.ทราบแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	- คู่มือจัดทำโดย CUP/สสจ. : เป็นปัจจุบัน/ปรับปรุงไม่เกิน 5 ปี - จนท. + ลูกจ้าง ทราบแนวทาง IC ตอบคำถามได้ถูกต้อง **สุ่มถาม** การคัดแยกขยะ **สุ่ม จนท.** ล้างมือเมื่อไหร่ ล้างยังไง สุ่มถาม เมื่อโดนเข็มทิ่มตำ ทำอย่างไร

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2. การดำเนินงาน **2.1 ระบบการเฝ้าระวัง** : มีการเฝ้าระวัง : มีผลการเฝ้าระวัง : วิเคราะห์ผลการเฝ้าระวัง **ครอบคลุม** target	- target **ที่ต้องเฝ้าระวังของ รพ.สต. เช่น ผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยแผลกดทับ** DM. HT **ผลเป็นอย่างไร** **ถามตอบได้ (มีเอกสารพร้อมจะดีมาก)** **-** OTOP **ของ รพ.สต. นั้น ๆ (ถาม)**

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.2 **การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี** : บุคลากรได้รับการตรวจ วิเคราะห์สุขภาพประจำปี : มีผล + แผนการดูแล กลุ่มเสี่ยง+กลุ่มป่วย : บุคลากรได้รับการดูแลปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	**เน้น** – บุคลากร ตรวจสุขภาพครบ 100% ถ้าไม่ครบ ➡ ไม่พิจารณาต่อ ได้ 1 คะแนน **สำหรับลูกจ้างใช้งบ CUP สนับสนุน มีผลวิเคราะห์ กลุ่มดี/เสี่ยง/ป่วย ย้อนหลังไม่เกิน 1 ปีในวันที่ลงประเมิน

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.3 **การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค** : บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง	**เน้น** บุคลากรต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ตามนโยบาย เช่น **โรคไข้หวัดใหญ่**

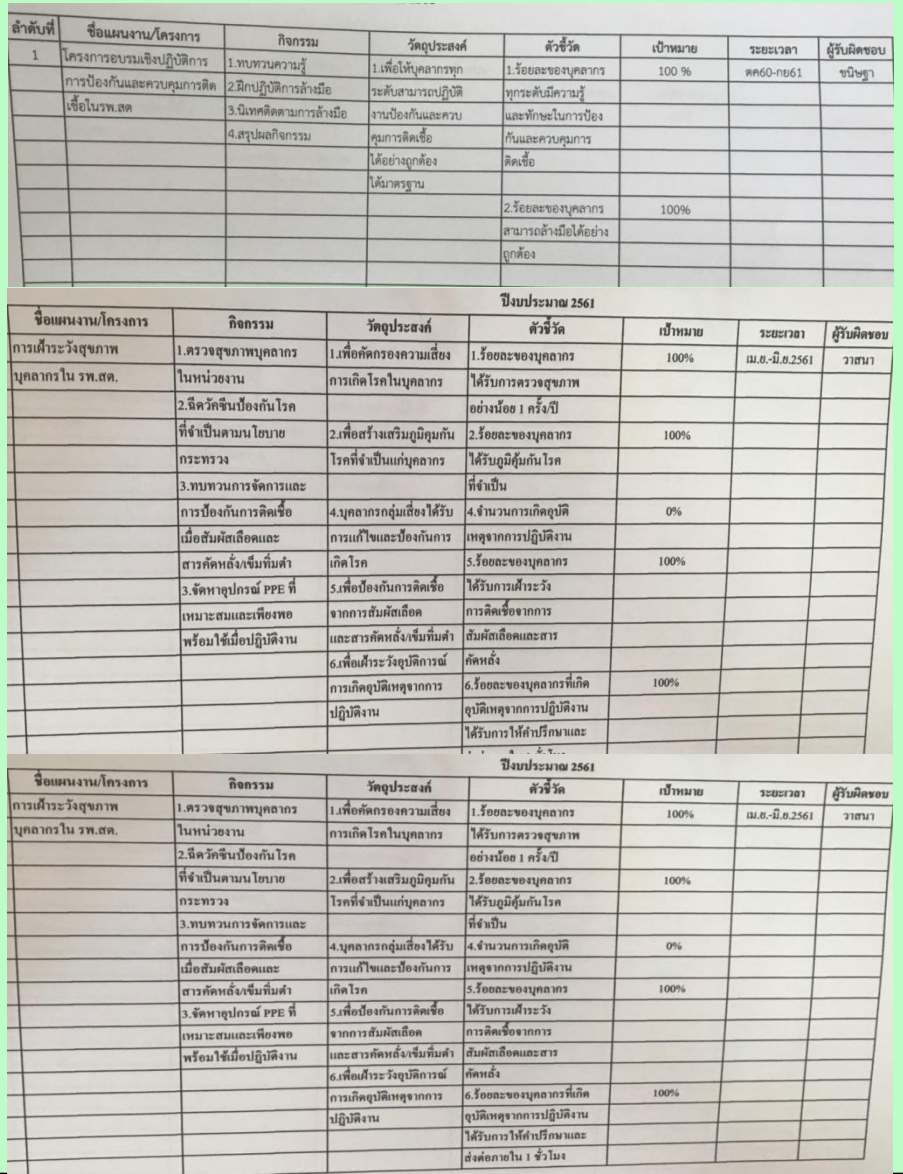
รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.4 **แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง** : มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ / สัมผัสเลือด /สารคัดหลั่ง บุคลากรปฏิบัติได้ถูกต้อง	– ติดในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจน/ครอบคลุม เช่น ห้อง ER, ทันตกรรม LAB - เมื่อเกิดอุบัติเหตุมีการบันทึกรายงานตามแนวทาง เช่น รายงานประจำเดือนในแบบฟอร์มเฝ้าระวัง - สุ่มถามแนวทาง ตอบได้ไม่ครบ 3 คะแนน ครบ 4 คะแนน

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.5 **ป้าย / โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ** : มีป้าย/โปสเตอร์, อุปกรณ์ : สื่อสารขั้นตอนการล้างมือ : บุคลากรรับทราบ ปฏิบัติได้ถูกต้อง	– **สุ่ม จนท. สาธิต** การล้างมือ : สามารถทำได้ครบขั้นตอน และสลับขั้นตอนการล้างมือได้ : อุปกรณ์สะอาด ใช้งานได้จริง น้ำสบู่ EXP. 7 วัน ผ้าเช็ดมือ/กระดาษ ไม่เป็นขุย ป้าย 5 moment

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.6 การใช้ PPE : มีโปสเตอร์การใช้ PPE : มีอุปกรณ์พร้อมใช้ : มีการจัดเก็บ : ถ่ายทอด จนท. รับทราบ สามารถใช้ PPE ได้ถูกต้อง	- **สุ่ม จนท. สาธิต/ถาม** การใช้ PPE ในการขนย้ายมูลฝอย - อย่างน้อย mask,ถุงมือ พื้นที่ทำหัตถการ

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.7 **การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.** : มีแนวทางการจัดพื้นที่ : มีการสื่อสารแนวทาง : บุคลากรทราบ	- ไม่จำเป็นต้องกั้นห้อง สามารถแบ่งมุม/ พื้นที่ ใช้ป้ายสื่อสาร ➡ พื้นที่สะอาด ➡ ปนเปื้อน ➡ จุดคัดกรอง – พท.ให้บริการ : จัด พท.ดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาด – ER ถังขยะต้องมีฝาปิด

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.8 **มีระบบการทำลายเชื้อตามมาตรฐาน** : บุคลากรทราบและปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อตามมาตรฐาน 3 ด้าน 1) ด้านกายภาพ 2) เคมี 3) ชีวภาพ	- การควบคุมด้านชีวภาพ เน้น การทำ Spore test 1ครั้ง/เดือน - การควบคุมมีเอกสารแสดง เช่น บันทึกจากหน่วยจ่ายกลาง รพ. บันทึกการส่งของนึ่ง - หากดำเนินการตามเกณฑ์ แต่พบอุปกรณ์ Expired ให้ 4 คะแนน

รายการตรวจประเมิน	แนวทางการพิจารณา
2.9 **มีการจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.** : มีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานครอบคลุม 1) ด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ชุมชน 4) บุคลากร 5) แผนรองรับสถานการณ์ระบาดของโรค	แผนที่เป็นปัจจุบัน 

ลำดับที่	ชื่อแผนงาน/โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ	1.ทบทวนความรู้	1.เพื่อให้บุคลากรทุก	1.ร้อยละของบุคลากร	100 %	ตค60-กย61	ชนิษฐา
	การป้องกันและควบคุมการติด	2.ฝึกปฏิบัติการล้างมือ	ระดับสามารถปฏิบัติ	ทุกระดับมีความรู้			
	เชื้อในรพ.สต	3.นิเทศติดตามการล้างมือ	งานป้องกันและควบ	และทักษะในการป้อง			
		4.สรุปผลกิจกรรม	คุมการติดเชื้อ	กันและควบคุมการ			
			ได้อย่างถูกต้อง	ติดเชื้อ			
			ได้มาตรฐาน				
				2.ร้อยละของบุคลากร	100%		
				สามารถล้างมือได้อย่าง			
				ถูกต้อง			

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อแผนงาน/โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
การเฝ้าระวังสุขภาพ	1.ตรวจสุขภาพบุคลากร	1.เพื่อคัดกรองความเสี่ยง	1.ร้อยละของบุคลากร	100%	เม.ย.-มี.ค.2561	วาสนา
บุคลากรใน รพ.สต.	ในหน่วยงาน	การเกิดโรคในบุคลากร	ได้รับการตรวจสุขภาพ			
	2.ฉีดวัคซีนป้องกันโรค		อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี			
	ที่จำเป็นตามนโยบาย	2.เพื่อสร้างเสริมภูมิคุมกัน	2.ร้อยละของบุคลากร	100%		
	กระทรวง	โรคที่จำเป็นแก่บุคลากร	ได้รับภูมิคุ้มกันโรค			
	3.ทบทวนการจัดการและ		ที่จำเป็น			
	การป้องกันการติดเชื้อ	4.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับ	4.จำนวนการเกิดอุบัติ	0%		
	เมื่อสัมผัสเลือดและ	การแก้ไขและป้องกันการ	เหตุจากการปฏิบัติงาน			
	สารคัดหลั่ง/เข็มที่มคำ	เกิดโรค	5.ร้อยละของบุคลากร	100%		
	3.จัดหาอุปกรณ์ PPE ที่	5.เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	ได้รับการเฝ้าระวัง			
	เหมาะสมและเพียงพอ	จากการสัมผัสเลือด	การติดเชื้อจากการ			
	พร้อมใช้เมื่อปฏิบัติงาน	และสารคัดหลั่ง/เข็มที่มคำ	สัมผัสเลือดและสาร			
		6.เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์	คัดหลั่ง			
		การเกิดอุบัติเหตุจากการ	6.ร้อยละของบุคลากรที่เกิด	100%		
		ปฏิบัติงาน	อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน			
			ได้รับการให้คำปรึกษาและ			

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อแผนงาน/โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
การเฝ้าระวังสุขภาพ	1.ตรวจสุขภาพบุคลากร	1.เพื่อคัดกรองความเสี่ยง	1.ร้อยละของบุคลากร	100%	เม.ย.-มี.ค.2561	วาสนา
บุคลากรใน รพ.สต.	ในหน่วยงาน	การเกิดโรคในบุคลากร	ได้รับการตรวจสุขภาพ			
	2.ฉีดวัคซีนป้องกันโรค		อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี			
	ที่จำเป็นตามนโยบาย	2.เพื่อสร้างเสริมภูมิคุมกัน	2.ร้อยละของบุคลากร	100%		
	กระทรวง	โรคที่จำเป็นแก่บุคลากร	ได้รับภูมิคุ้มกันโรค			
	3.ทบทวนการจัดการและ		ที่จำเป็น			
	การป้องกันการติดเชื้อ	4.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับ	4.จำนวนการเกิดอุบัติ	0%		
	เมื่อสัมผัสเลือดและ	การแก้ไขและป้องกันการ	เหตุจากการปฏิบัติงาน			
	สารคัดหลั่ง/เข็มที่มคำ	เกิดโรค	5.ร้อยละของบุคลากร	100%		
	3.จัดหาอุปกรณ์ PPE ที่	5.เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	ได้รับการเฝ้าระวัง			
	เหมาะสมและเพียงพอ	จากการสัมผัสเลือด	การติดเชื้อจากการ			
	พร้อมใช้เมื่อปฏิบัติงาน	และสารคัดหลั่ง/เข็มที่มคำ	สัมผัสเลือดและสาร			
		6.เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์	คัดหลั่ง			
		การเกิดอุบัติเหตุจากการ	6.ร้อยละของบุคลากรที่เกิด	100%		
		ปฏิบัติงาน	อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน			
			ได้รับการให้คำปรึกษาและ			
			ส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง			

การทำความสะอาดมือ

ฟอกด้วยสบู่ธรรมดา 15-20 วินาที

ล้างออกด้วยน้ำสะอาด

เช็ดให้แห้งด้วยกระดาษหรือผ้าเช็ดมือ

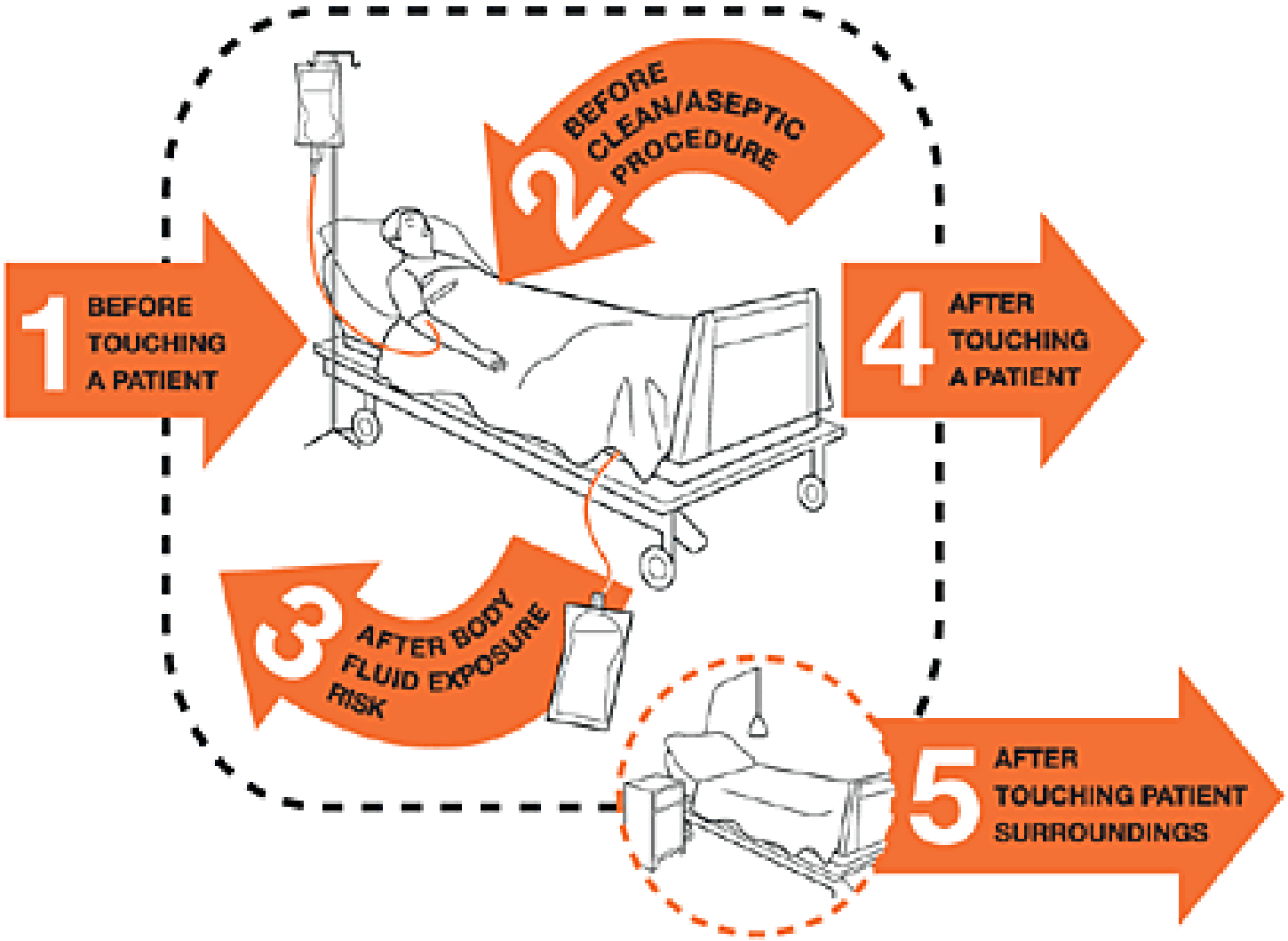
หลักสำคัญ

ควรตัดเล็บให้สั้น ถ้าเล็บยาวจะล้างสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกจากมือได้ยาก

ก่อนล้างมือ ควรถอดแหวน นาฬิกา

ควรใช้กระดาษ/ผ้าเช็ดมือจับ/ข้อศอก ปิดก๊อกน้ำ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของมือหลังล้างมือ

5 กิจกรรมที่ต้องล้างมือ



อุปกรณ์ทำความสะอาดมือ

- น้ำสบู่ขวดแบ่ง กำหนดใช้ 7 วัน บรรจุเสร็จ 1 เดือน
- ผ้าเช็ดมือไม่เป็นขุย บรรจุกล่องแบบดึงใช้จากด้านล่าง
- กระดาษ มีถังรองรับ (ไม่จำเป็นต้องมีฝา)
- อ่างล้างมือทำความสะอาดวันละครั้ง + เมื่อสกปรก

6 ขั้นตอนการล้างมือ

1. ฟอกฝ่ามือและง่ามนิ้วมือด้านหน้า 5 ครั้ง **(หน้า)**

2. ฟอกหลังมือและง่ามนิ้วมือด้านหลัง 5 ครั้ง **(หลัง)**

3. ฟอกหลังนิ้วมือ 5 ครั้ง **(ปั้น)**

5. ฟอกปลายนิ้วและลายฝ่ามือ 5 ครั้ง **(ปลาย)**

4. ฟอกนิ้วหัวแม่มือ 5 ครั้ง **(โป้ง)**

6. ฟอกข้อมือ 5 ครั้ง **(ข้อ)**

กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ

งาน CSSD ในรพ.สต.

- บริเวณที่ล้างอุปกรณ์
- บริเวณที่จัดเตรียมและห่ออุปกรณ์
- บริเวณที่ทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
- บริเวณที่เก็บห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อ

บริเวณล้างอุปกรณ์

- ควรแยกออกจากบริเวณอื่น ๆ (อาจใช้วัสดุหรือตู้กั้น)
- อากาศถ่ายเทได้ดี อากาศจากบริเวณล้างเครื่องมือ ไม่ไหลไปพื้นที่อื่น
- บุคลากรสวม PPE
- ทางที่นำส่งอุปกรณ์ปนเปื้อน แยกออกจากทางสัญจรโดยทั่วไป (จัดเวลาขนส่ง)
- พื้นคงทน ขัดล้างเป็นประจำทุกวันได้
- แสงสว่าง สามารถมองเห็นสิ่งสกปรกที่ติดบนอุปกรณ์ได้
- เก็บอุปกรณ์ PPE ไว้ในบริเวณนี้

การจัดการเครื่องมือปนเปื้อน

- กำจัดเลือด โพรวิดีน ออกให้มากที่สุด
- คัดแยกของมีคม ของไม่มีคม เครื่องสาย
- บรรจุในกล่อง/ถังมีฝาปิด (ไม่แช่)
- ตรวจนับจำนวน ครบถ้วนหรือไม่
- ตรวจสอบการชำรุด รอยแตกร้าว

กล่องรับอุปกรณ์ปนเปื้อน

สิ่งที่พบ

การสวม PPE ล้างเครื่องมือ

บริเวณจัดเตรียมและห่ออุปกรณ์

- แสงสว่างเพียงพอ
- จัดห่อซองซีลให้เรียบร้อย ก่อนเตรียมของนึ่งที่ห่อด้วยผ้า เพื่อลดฝุ่นผ้า
- อากาศถ่ายเทได้ดี

คุณสมบัติที่ดีของวัสดุที่ใช้ห่อ

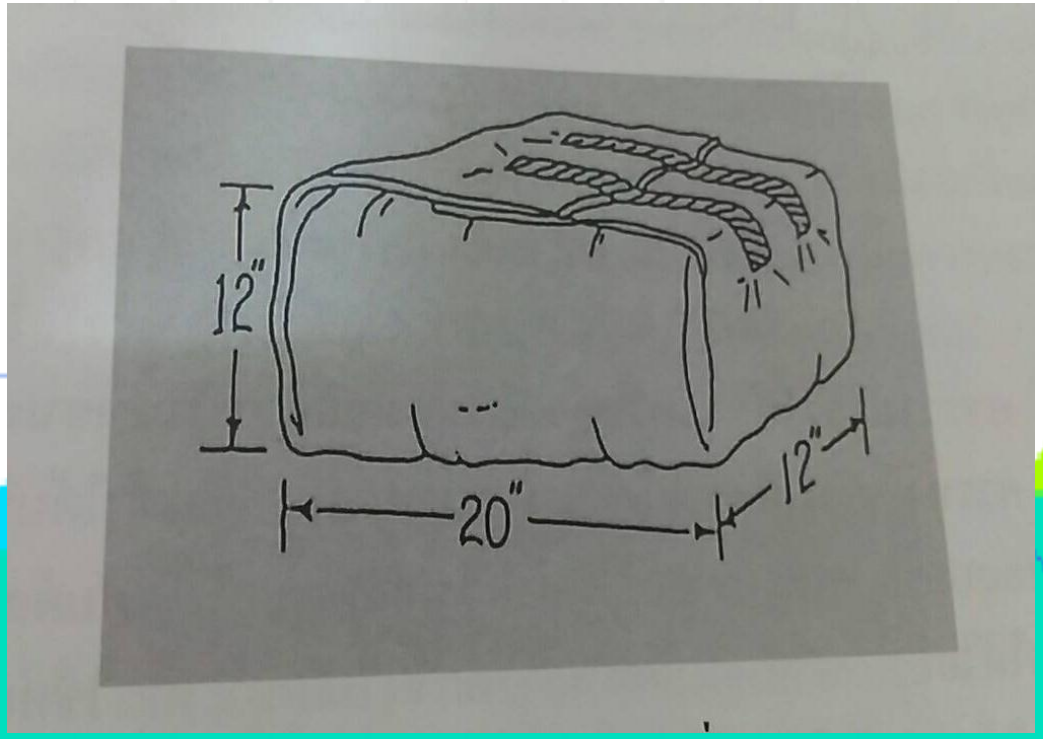
- สามารถป้องกันการซึมของน้ำ ของเหลว
- ทนต่อกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
- ยอมให้สารทำให้ปราศจากเชื้อผ่านเข้าได้สะดวก
- มีความคงทน ไม่ฉีกขาด ทะลุง่าย เมื่อฉีกขาดสามารถมองเห็นชัดเจน
- สามารถป้องกันไม่ให้อุปกรณ์ภายในชำรุด
- ไม่มีสารพิษตกค้าง
- ไม่มีเศษผงให้เส้นใยตกค้าง
- จัดรูปทรงได้ง่าย

คุณลักษณะผ้าห่อของนึ่ง

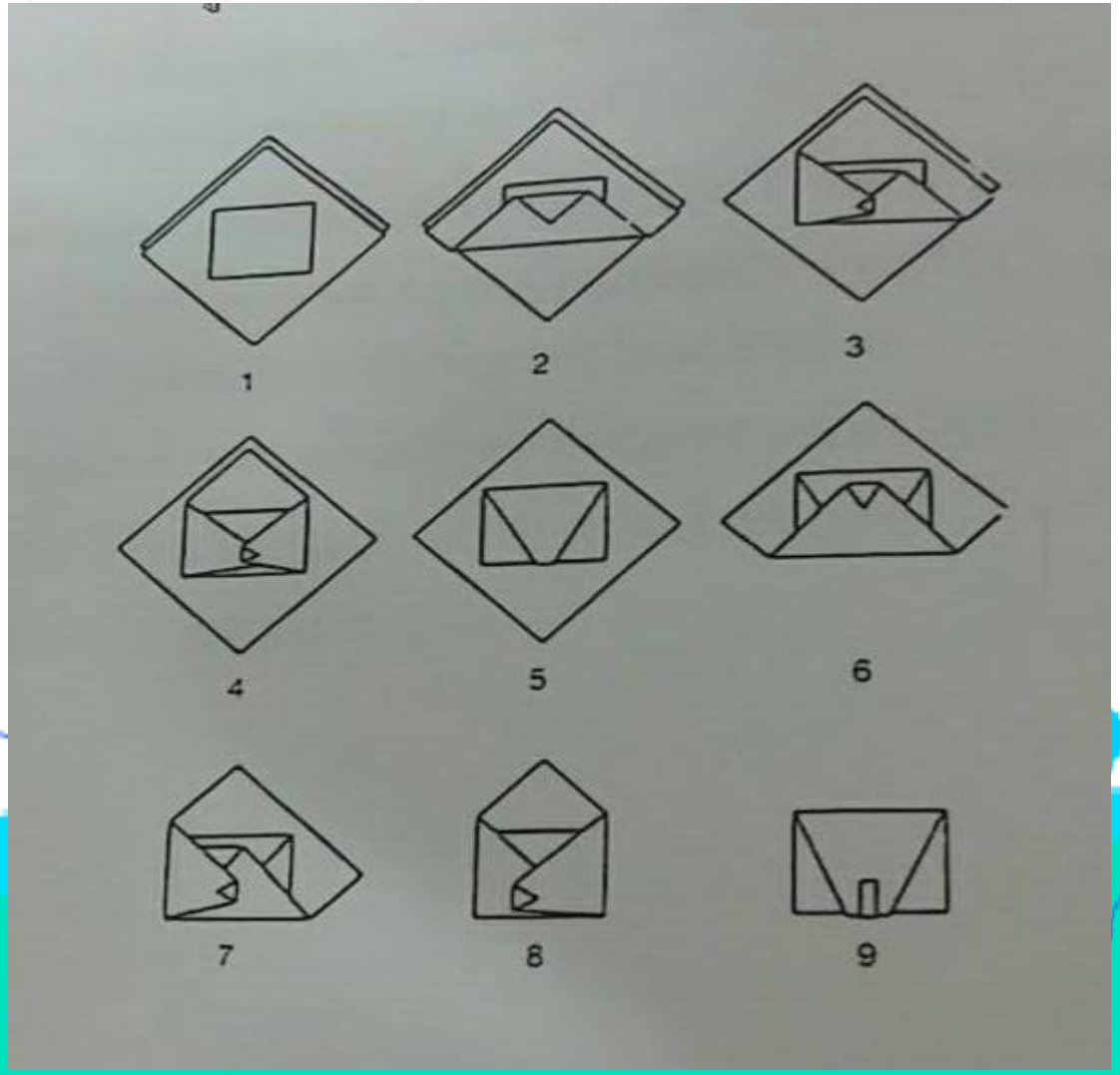
- ผ้าฝ้าย จำนวนเส้นด้ายไม่น้อยกว่า 140เส้น/ตารางนิ้ว
- ซักทุกครั้งหลังจากที่ใช้ห่ออุปกรณ์แต่ละครั้ง รักษาเนื้อผ้าให้คงทน
- ไม่ควรใช้น้ำยาปรับผ้านุ่ม เพราะอมความชื้นไว้
- ขจัดเศษผงฝุ่นผ้า ฝุ่นละอองออก ซึ่งเป็นตัวกั้นมิให้ไอน้ำเข้าได้สะดวก

ลักษณะของห่ออุปกรณ์

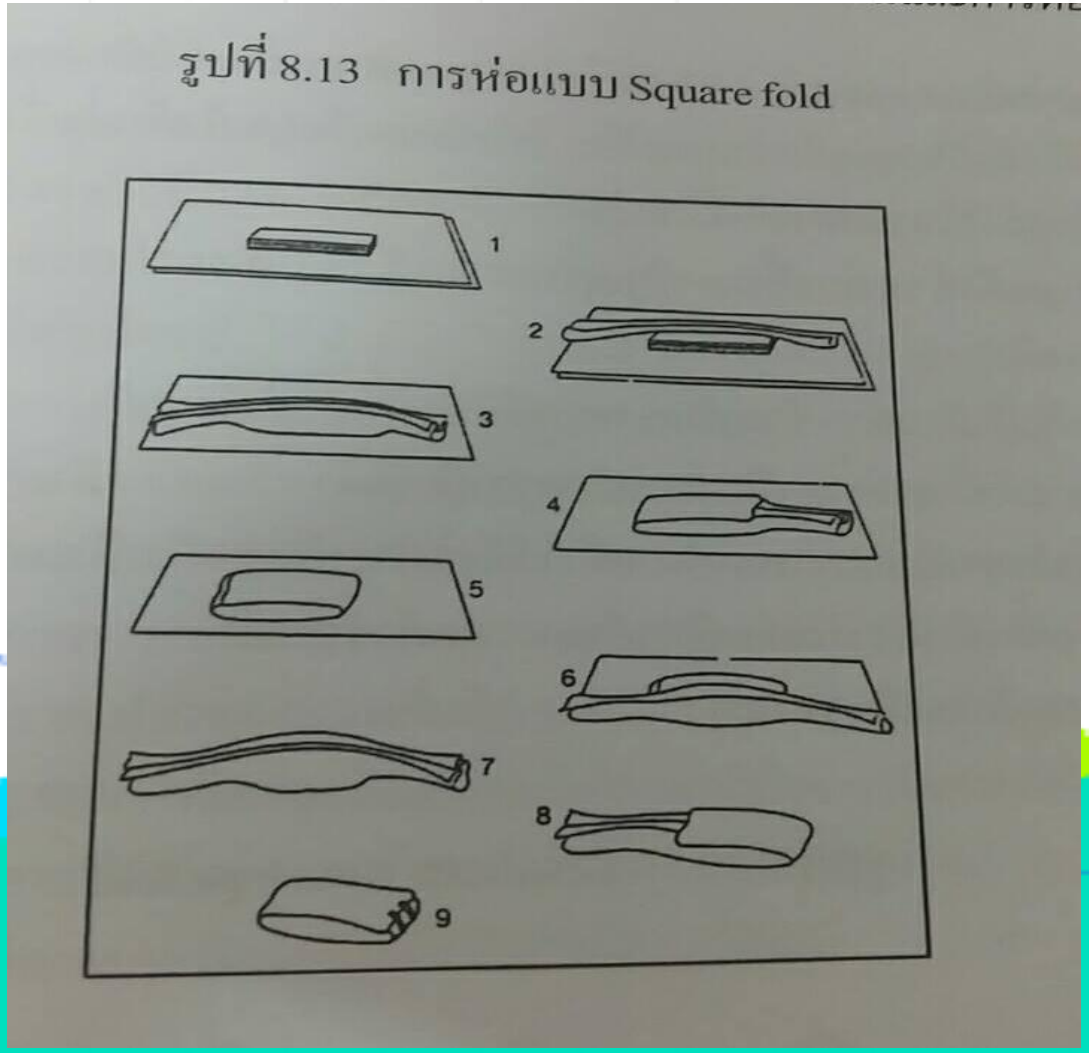
- ห่อผ้า ขนาดไม่เกิน 12x12x20 นิ้ว น้ำหนักไม่เกิน 5.5 กิโลกรัม
- ห่อที่ใหญ่ บรรจุเครื่องมือมาก ระยะเวลาในการทำให้ปราศจากเชื้อ เวลาทำให้แห้งนาน



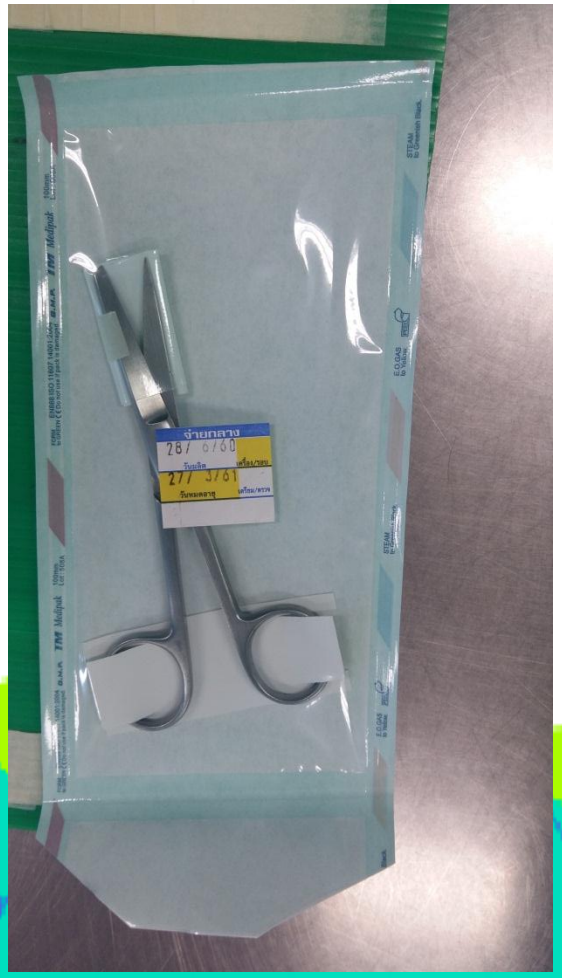
รูปแบบการห่อ



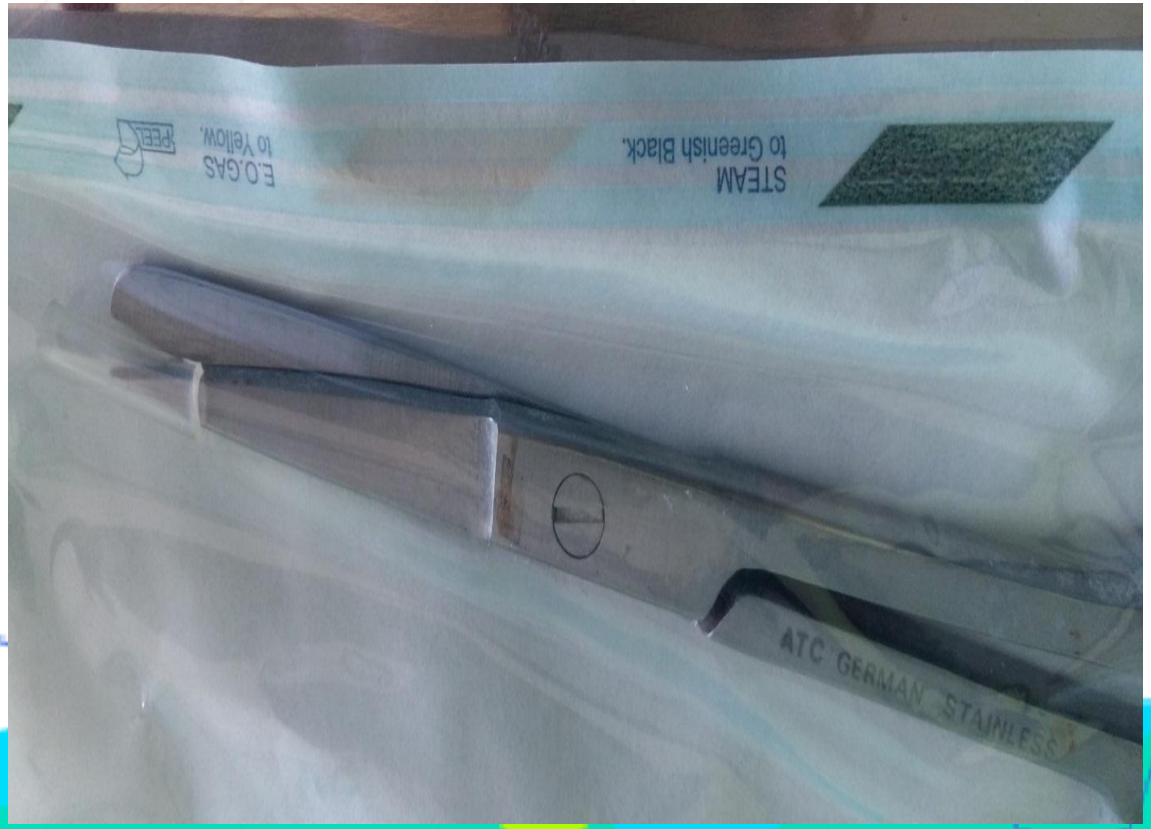
รูปแบบการห่อ



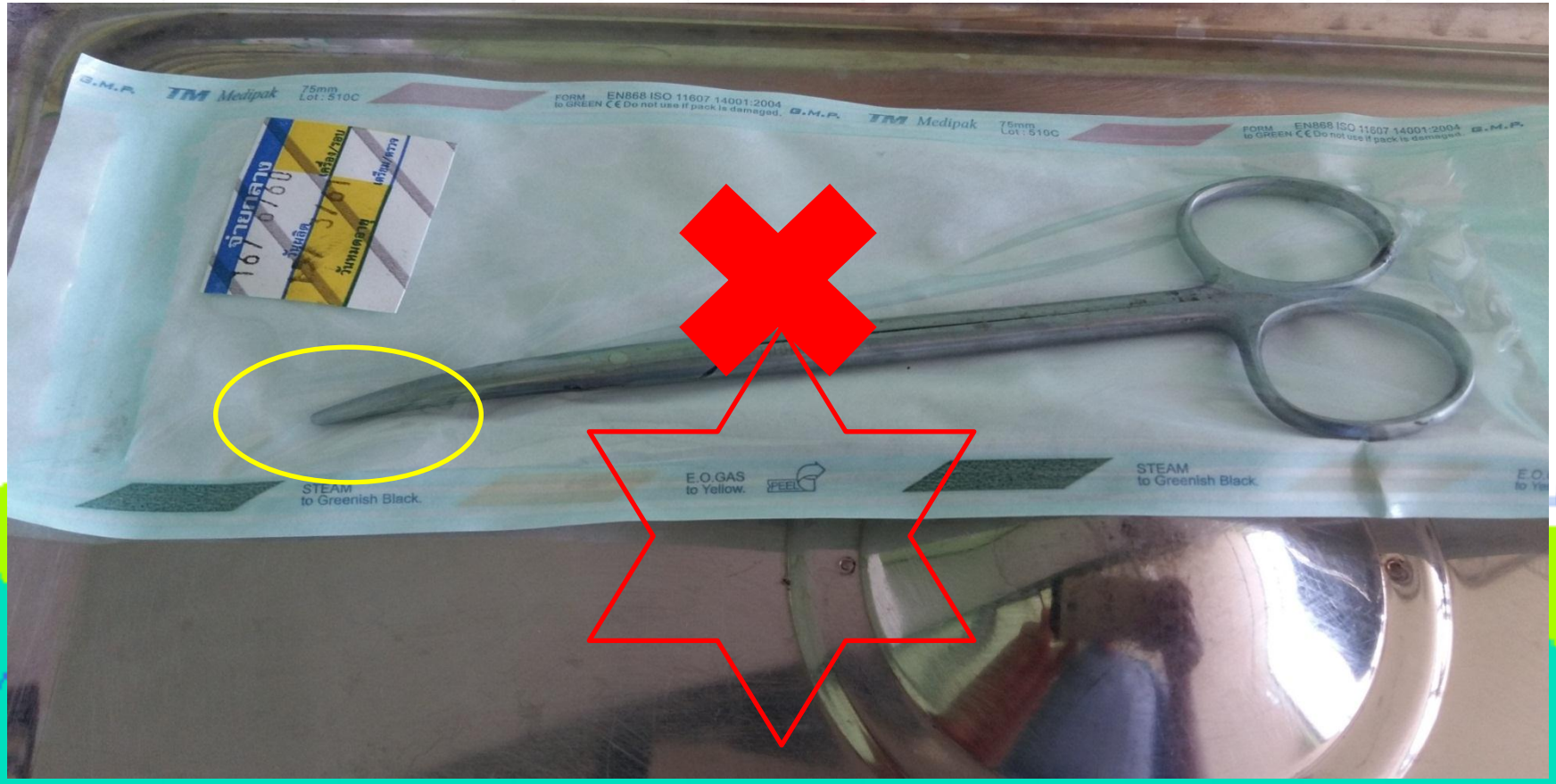
การเตรียมของส่งนึ่ง



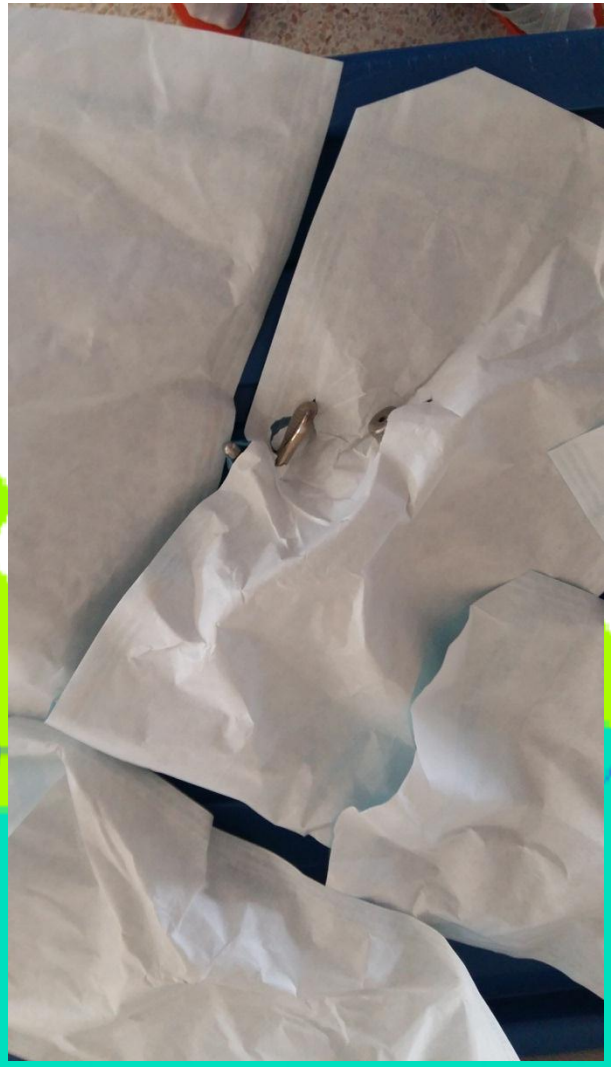
สิ่งที่พบ

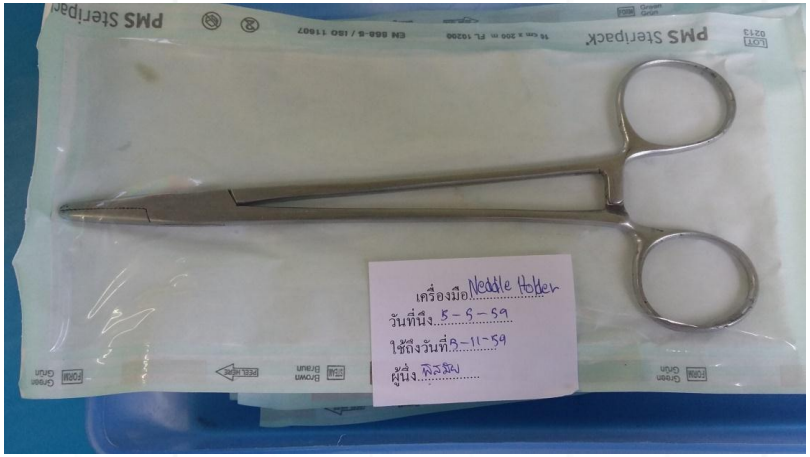

STEAM
to Greenish Black.
E.O.GAS
to Yellow.
ATC GERMAN STAINLESS

สิ่งที่พบ


G.M.P.
TM Medipak
75mm
Lot: 510C
FORM EN868 ISO 11607 14001:2004
to GREEN CE Do not use if pack is damaged.
STEAM
to Greenish Black.
E.O.GAS
to Yellow.
PEEL

สิ่งที่พบ




PMS Sterilpack
เครื่องมือ Needle Holder
วันที่นึ่ง 5-5-59
ใช้ถึงวันที่ 8-11-59
ผู้นึ่ง

สิ่งที่พบ

การ Re-sterile

การตรวจสอบประสิทธิภาพ

- เพื่อให้มั่นใจว่าอุปกรณ์การแพทย์ที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีเชื้อจุลชีพหลงเหลืออยู่
- เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เกิดจากกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
- เพื่อให้สามารถเรียกกลับคืนอุปกรณ์ที่เกิดจากความผิดพลาด ก่อนจะถูกนำไปใช้กับผู้ป่วย

การตรวจสอบ

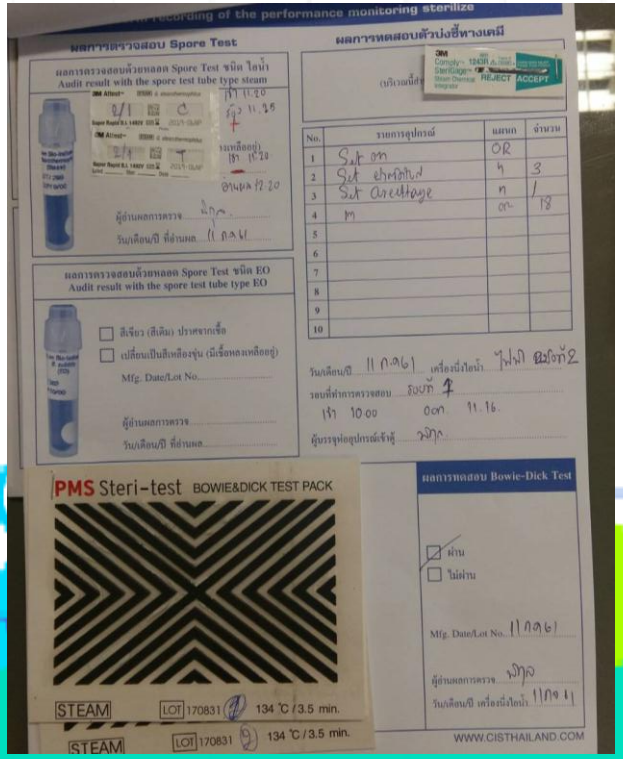
1. กายภาพ อุณหภูมิ ความดัน เวลา จากจอแสดงที่เครื่อง

2. เคมี การเปลี่ยนสีของแถบนึ่งไอน้ำ พลาสมา EO รังสี แบ่งเป็น 6 Type

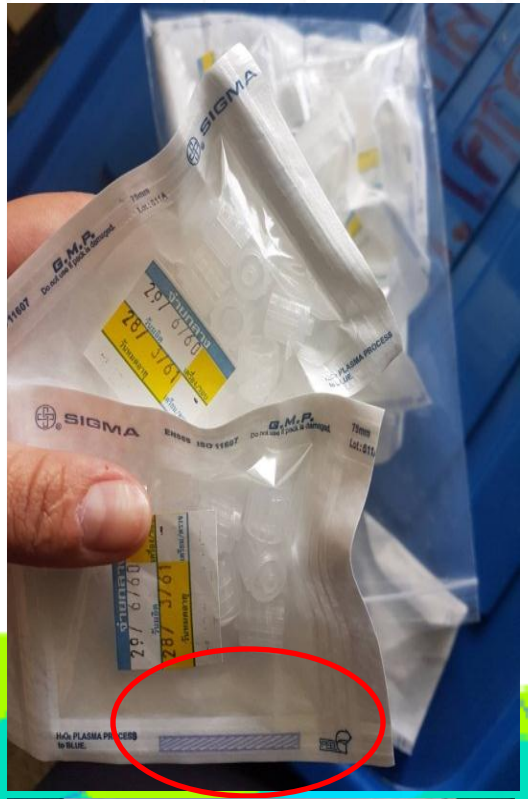
- Type 1 Autoclave tape
- Type 2 Bowie-Dick test

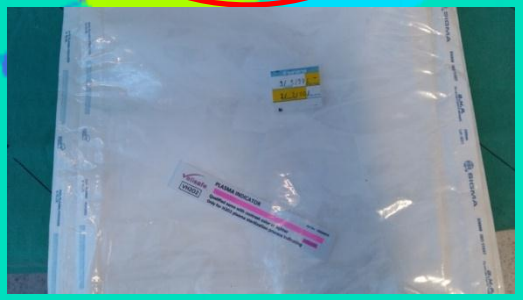
การตรวจสอบ

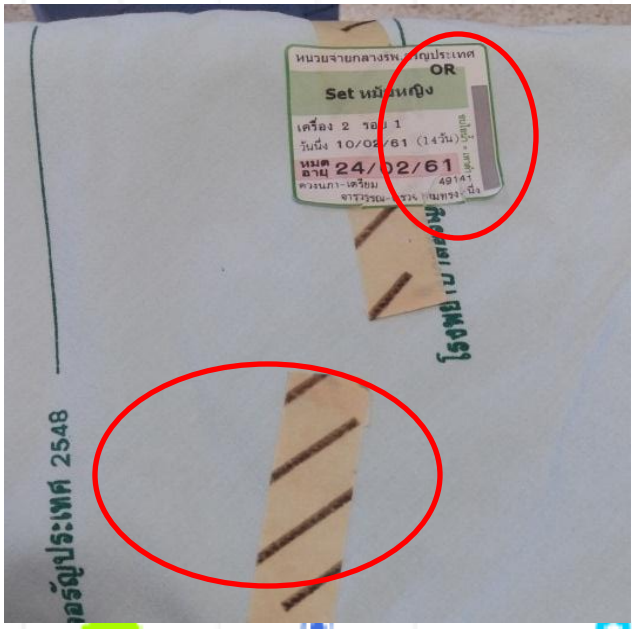
3. ชีวภาพ

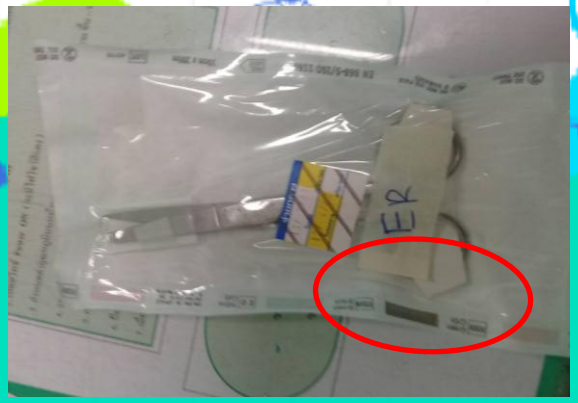


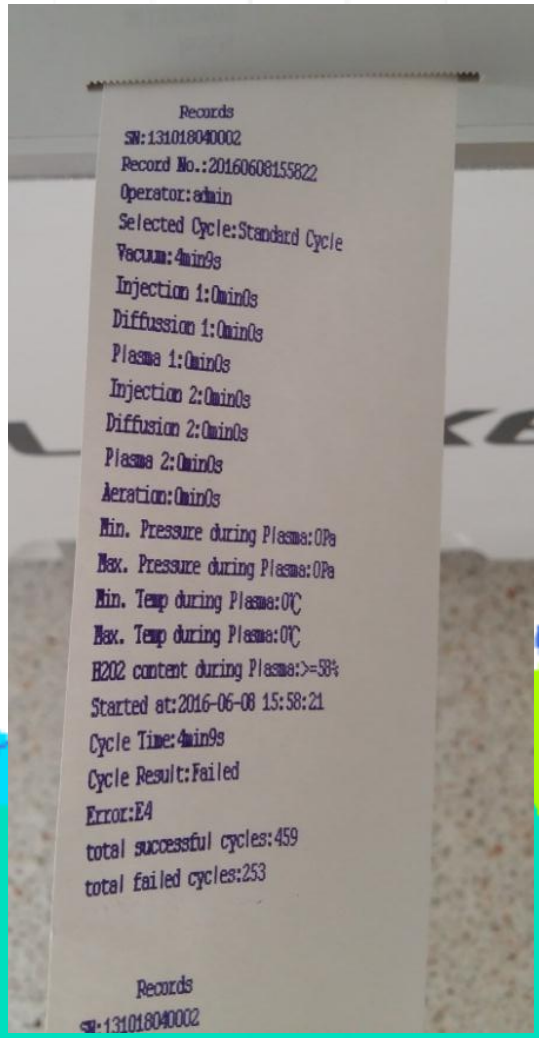
การตรวจสอบ


SIGMA
G.M.P.
SIGMA
G.M.P.

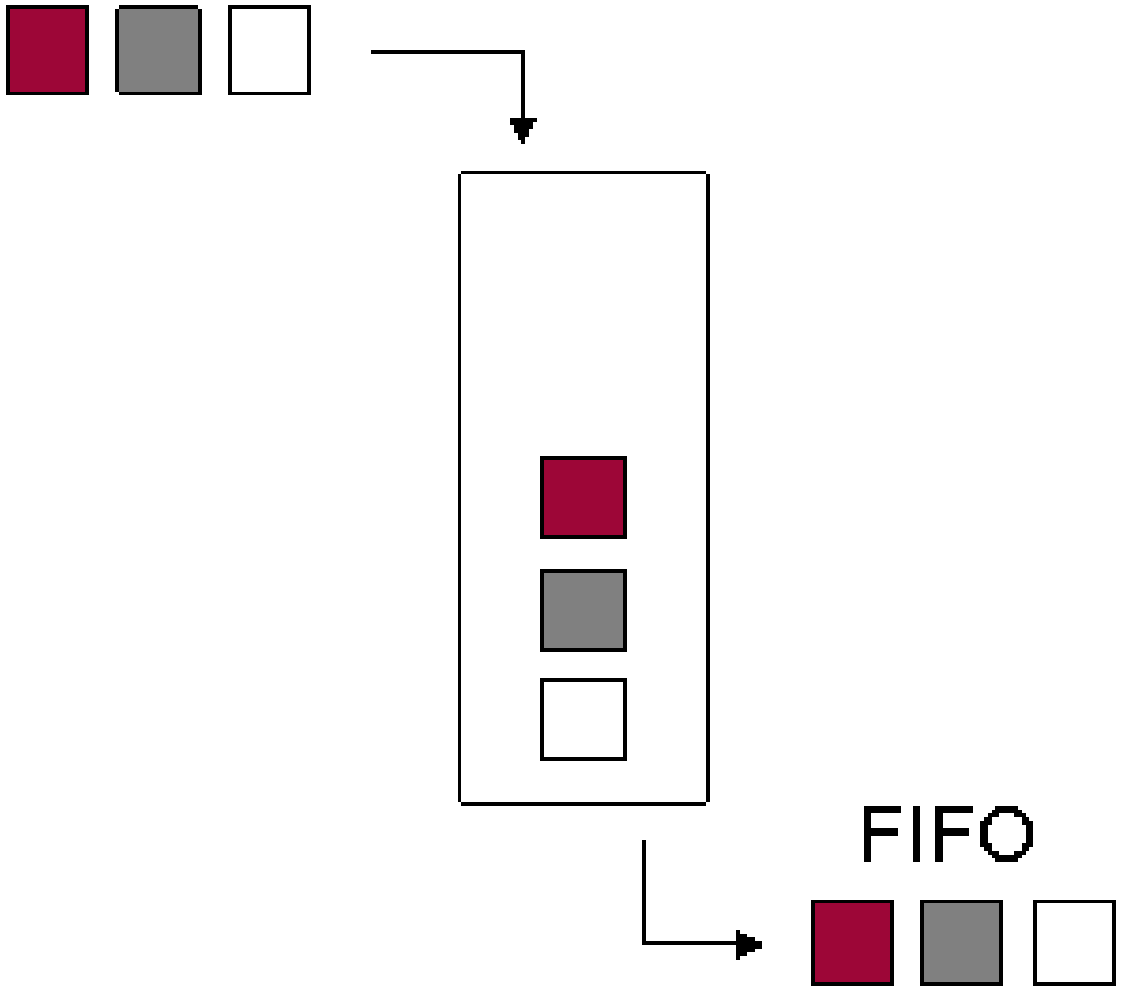



OR
Set หมันหญิง
24/02/61
ประเทศ 2548


ER


Records
SN:131018040002
Record No.:20160608155822
Operator:admin
Selected Cycle:Standard Cycle
Vacuum:4min9s
Injection 1:0min0s
Diffusion 1:0min0s
Plasma 1:0min0s
Injection 2:0min0s
Diffusion 2:0min0s
Plasma 2:0min0s
Aeration:0min0s
Min. Pressure during Plasma:0Pa
Max. Pressure during Plasma:0Pa
Min. Temp during Plasma:0℃
Max. Temp during Plasma:0℃
H2O2 content during Plasma:>=58%
Started at:2016-06-08 15:58:21
Cycle Time:4min9s
Cycle Result:Failed
Error:E4
total successful cycles:459
total failed cycles:253
Records
SN:131018040002

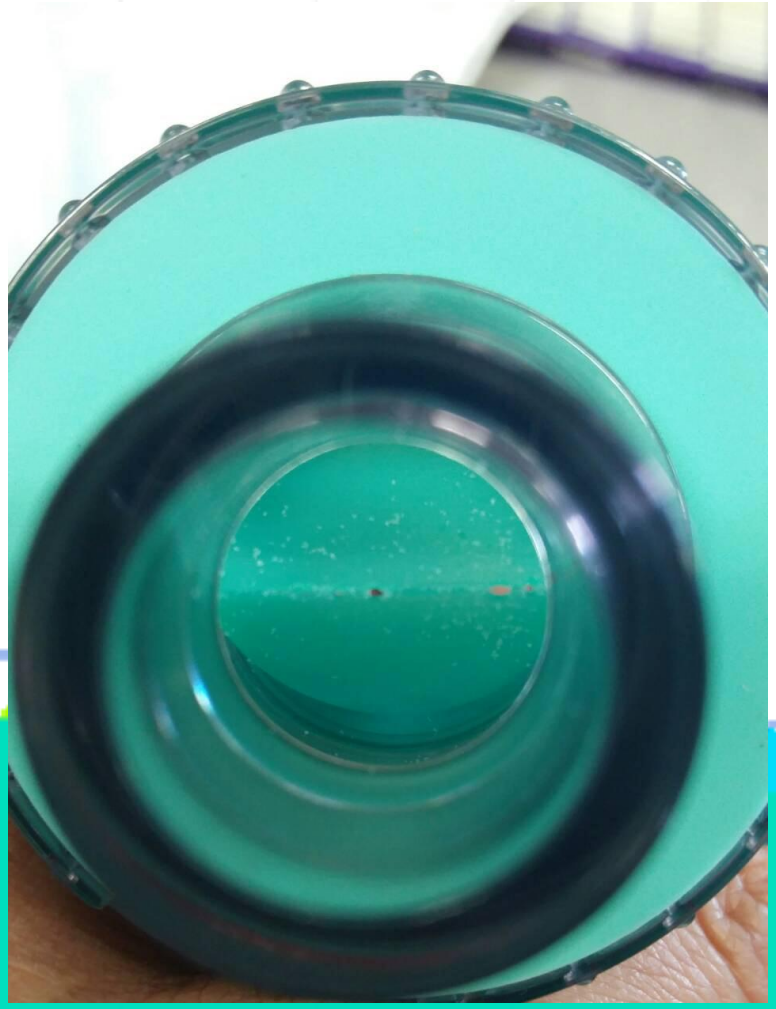
การเก็บของนิ่ง



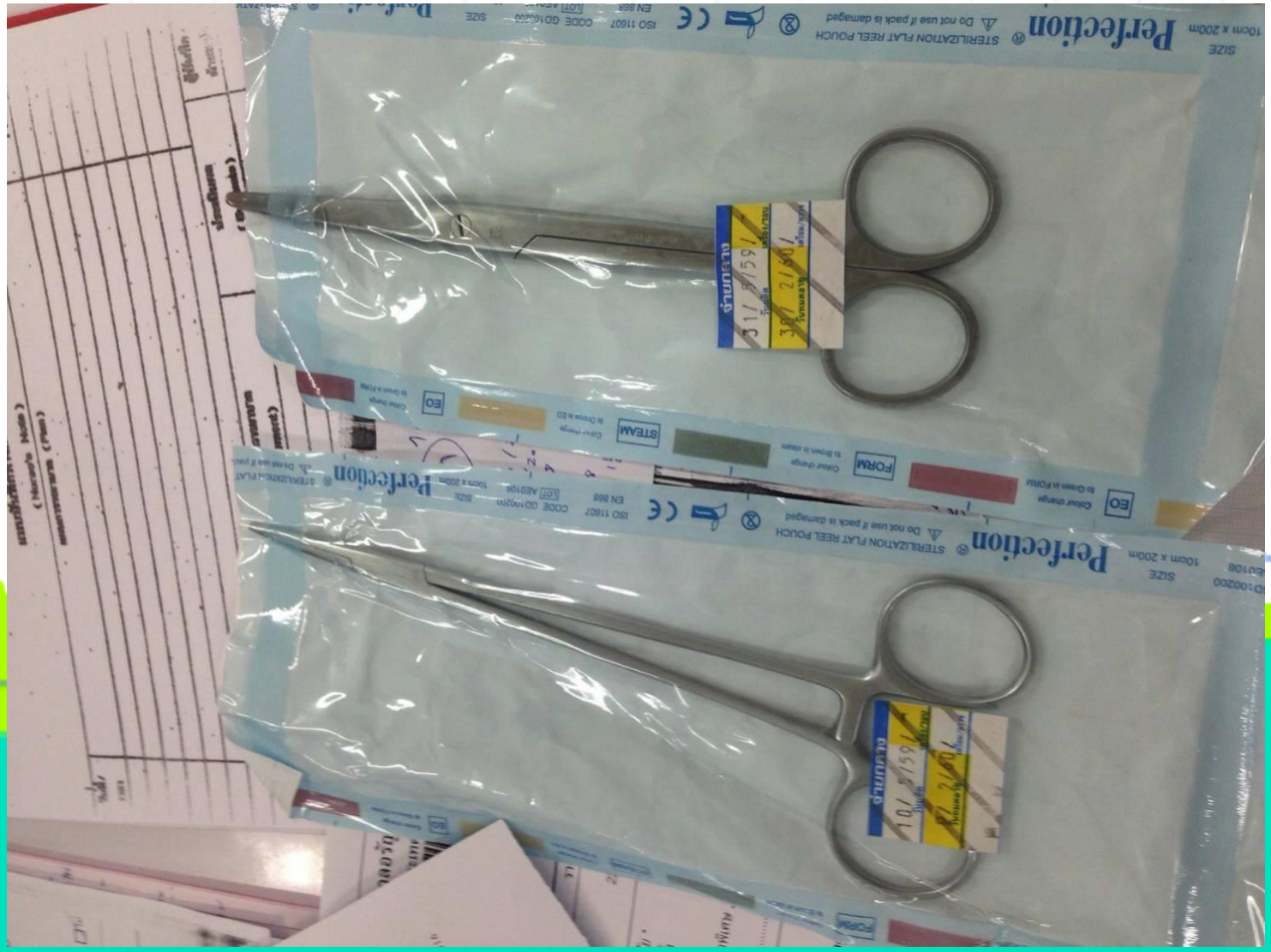
การเก็บของนิ่ง

- แยกของสะอาด กับของปราศจากเชื้อ ไม่เก็บปะปนกัน
- ไม่ใกล้ทางลมพัดผ่าน คนพลุกพล่าน ประตู หน้าต่าง อ่างน้ำ
- ตู้ปิดมิดชิด ไม่ควรใช้ตู้จากไม้ เกิดเชื้อราได้
- ชั้นวาง สูงจากพื้น 8-10 นิ้ว ห่างจากเพดาน 18 นิ้ว ห้างจากผนัง 2 นิ้ว
- ตู้หรือชั้นเก็บของ ทำความสะอาดได้ง่าย

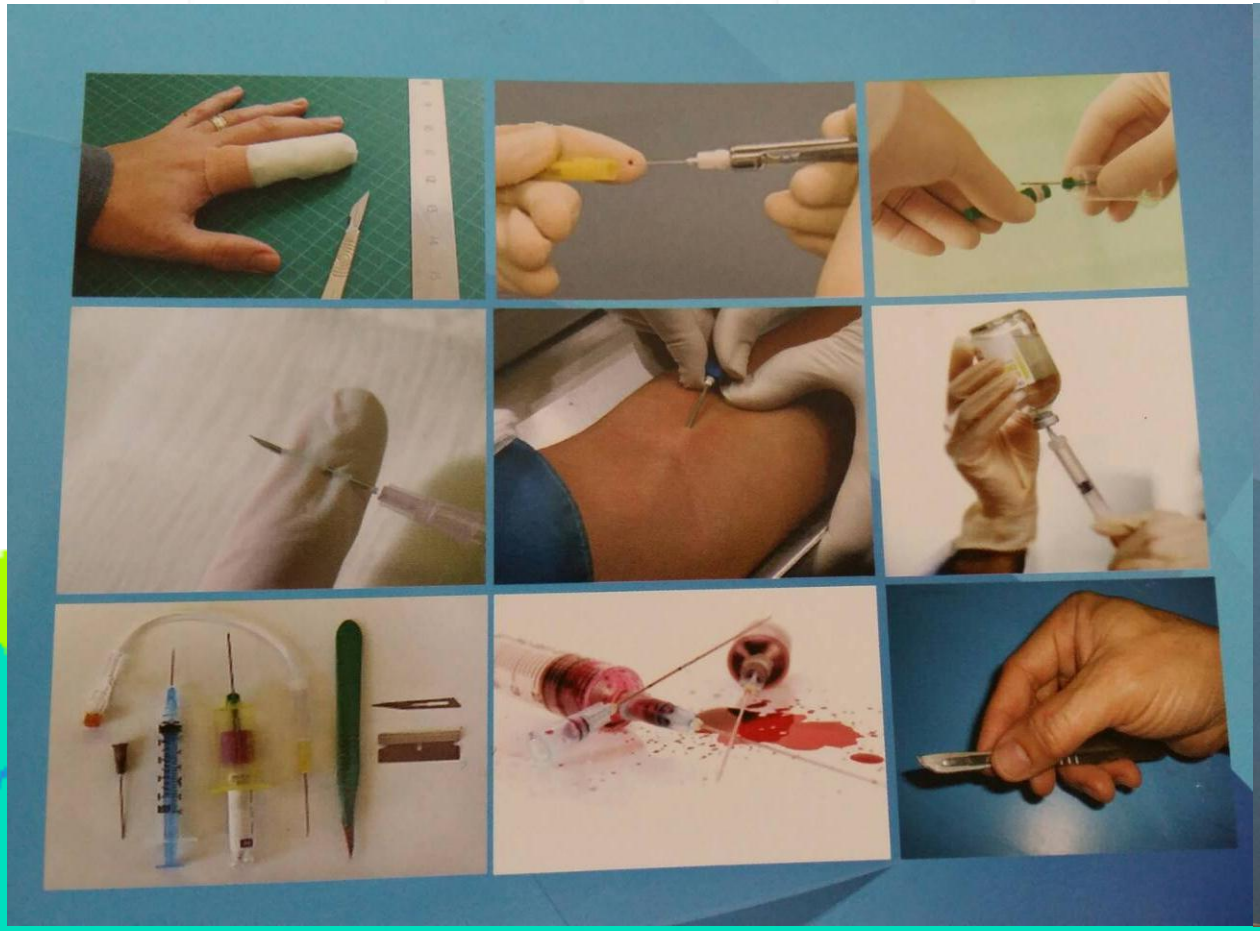
สิ่งที่เกิดขึ้น

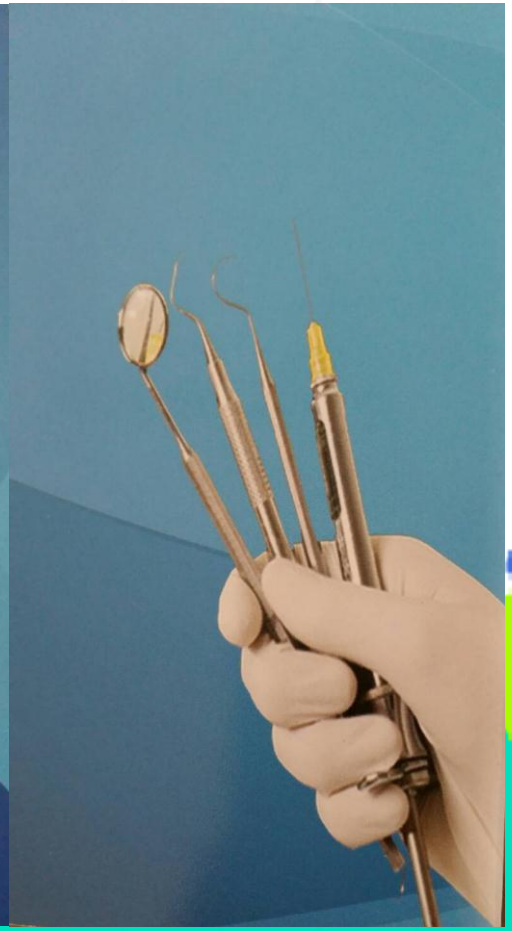


สิ่งที่เกิดขึ้น


Perfection
STERILIZATION FLAT REEL POUCH
Do not use if pack is damaged
SIZE
10cm x 20m
ISO 11607
EN 868
STEAM
FORM
EO

การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ





การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุของมีคมบาด

- ล้างด้วยน้ำสะอาด/สบู่ เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ หรือ Betadine

  ห้ามบีบ เค้นแผล

- **เลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา**

ให้ล้างด้วยน้ำสะอาดมาก ๆ หรือน้ำยาล้างตาทันที

เลือด สารคัดหลั่งกระเด็น

การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุของมีคมบาด

เลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

กระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดมาก ๆ

การรายงาน

- หยุดกิจกรรมทันที แจ้งผอ รพ.สต.
- ทำความสะอาด/ทำแผล เจาะเลือดตรวจโรคติดต่อทางเลือด
- ในเวลาติดต่อ คุณรำไพ → ให้คำปรึกษา /ประเมินความเสี่ยง

  → นอกเวลาพบแพทย์เวร รับคำปรึกษา/ประเมินความเสี่ยง
- รับยาต้านไวรัส เร็วที่สุด ไม่ควรเกิน 72 ชม.
- รายงานอุบัติการณ์ส่งงาน IC ในเวลาราชการ
- ประโยชน์ วางแผน/จัดหา อุปกรณ์ป้องกัน

  หากเกิดการติดเชื้อ การชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

อุปกรณ์	น้ำยา	ความถี่
1. pressure cuff	ซักด้วยน้ำสบู่ **ผึ่งในร่มให้แห้ง**	ทุกสัปดาห์ /เมื่อเปื้อน
2. แป้นพิมพ์คอมพิวเตอร์	70% แอลกอฮอล์	วันละ 1 ครั้ง
3. เคาน์เตอร์พยาบาล	ผงซักฟอก	วันละ 1 ครั้ง
4. หูฟัง	70% แอลกอฮอล์	หลังใช้งานทันที
5. สายวัด	70% แอลกอฮอล์	หลังใช้งานทันที
6. ปรอทวัดไข้ แบบดิจิตัล	น้ำสบู่ ⇨ 70%แอลกอฮอล์ 70%แอลกอฮอล์	หลังใช้งาน

มูลฝอยทั่วไป	มูลฝอยอันตราย/มีพิษ	มูลฝอยrecycle	มูลฝอยติดเชื้อ	
			วัสดุทางการแพทย์	ของมีคม
1. เศษอาหาร 2. เศษผัก, ผลไม้ 3. เศษไม้ 4. เศษผ้า 5. เศษกระดาษ 6. แก้วแตก vial ampoule ยา	1. ถ่ายไฟฉาย 2. หลอดไฟ 3. แบตเตอรี่ 4. กระป๋องสเปรย์ 5. ปรอทวัดไข้ 6. หมึกพิมพ์	1. กล่อง, ลัง 2. กระดาษเอกสารต่างๆ 3.พลาสติก เช่น ขวดน้ำ,ขวดน้ำเกลือ, กระป๋องน้ำอัดลม 4. เศษกระดาษ 5. ขวดแก้ว	1.สำลี, ก๊อซ, วัสดุที่เปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งผู้ป่วย 2.กระบอกฉีดยาพลาสติก 3.ถุงเลือด, Set ให้เลือด 4.ชิ้นเนื้อ,กระดูก (ชิ้นเล็กน้อย) 5.รก 6.ถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง 7.อุจจาระ, แพมเพอสติดเชื้อ ผ้าอนามัยห้องคลอด 8.ถุงปัสสาวะ 9.ผ้าปิดปากและจมูก 10.สายยาง/ท่อยางที่ใช้กับผู้ป่วย 11.วัคซีนต่างๆ 12.อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยล้างไต 13.ถุงพลาสติกที่รองสารคัดหลั่ง	1. ใบมีด 2. เข็มฉีดยา 3.เข็มเย็บแผล 4. กระบอกฉีดที่ติดเข็ม 5. หลอดแก้วทดลอง 6. ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำ /ชุดให้เลือด 7.แผ่นกระจกสไลด์ 8.เครื่องมือที่แหลมคมต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว
การกำจัด	การกำจัด	การกำจัด	การกำจัด	การกำจัด
ทิ้งลง ถุงดำ ส่งเทศบาลฝังกลบ / เผา - ampule ยา ใส่แกลลอนพลาสติก	-ปรอทแตกใส่ถุงซองชิปยา บรรจุลงกระป๋องปิดฝาแยกใส่ ถุงพลาสติกสีน้ำตาล - หลอดไฟห่อด้วยซองหลอดที่นำมาเปลี่ยน - อื่นๆ บรรจุถุงสีน้ำตาล	นำไปใช้ประโยชน์ นำไปขาย ทิ้งลงถุงดำ เขียนระบุ ขยะรีไซเคิล	-รก ทิ้งในบ่อเกรอะของโรงพยาบาล - อื่นๆทิ้งลง ถุงแดง ส่งบริษัท - ของเหลวต่างๆ ทิ้งชักโครก	ใส่ในภาชนะแข็ง/กระป๋องทิ้งเข็ม ปิดฝาแล้วนำทิ้งลง ถุงแดง เขียน ขยะติดเชื้อมีคม

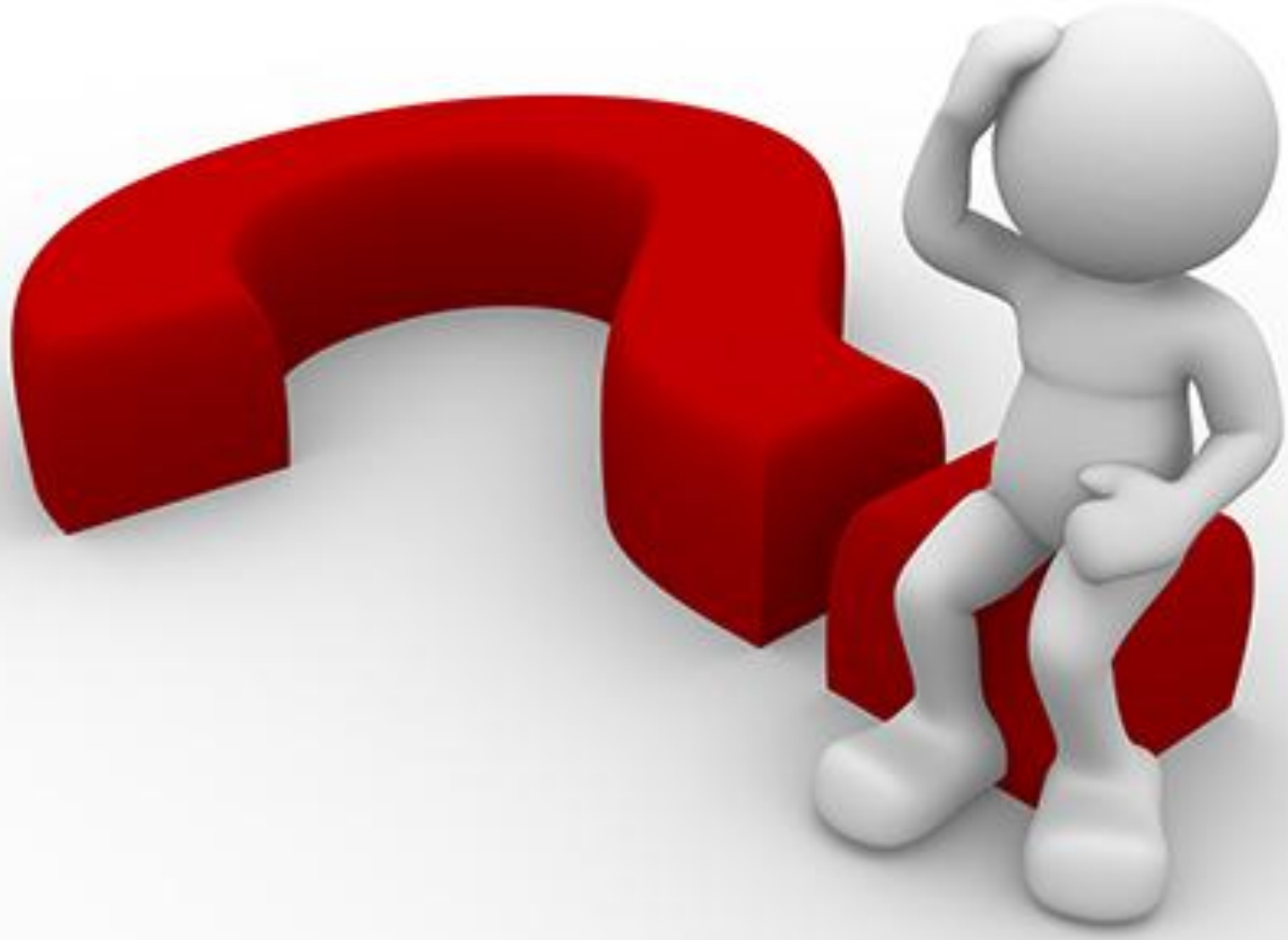
การสวม PPEกำจัดมูลฝอย

สิ่งที่ต้องพัฒนา

การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

- ถุงปัสสาวะแขวนต่ำกว่าระดับเอวตลอดเวลา
- ปลายเปิดถุงรับน้ำปัสสาวะต้องไม่ชนพื้นห้อง

การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การเท/ตวงน้ำปัสสาวะ

1. เช็ด/พ่นด้วย 70% แอลกอฮอล์
2. ท่อปลายเปิดถุงรับน้ำปัสสาวะ ต้องไม่สัมผัสภาชนะ/กรวย
3. Flush ด้วยน้ำกับน้ำสบู่เช้า เย็น หลังขับถ่าย