SỞ Y TẾ NGHỆ AN **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**TTYT HUYỆN QUỲ CHÂU Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

Số: /QĐ-TTYT *Quỳ Châu, ngày 02 tháng 6 năm 2020*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành Quy trình kiểm tra, giám sát công tác**

**Kiểm soát nhiễm khuẩn tại Trung tâm Y tế**

**GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN QUỲ CHÂU**

Căn cứ Quyết định số 30/2017/QĐ-UBND ngày 23/02/2017 của UBND tỉnh Nghệ An về việc ban hành Quy định phân công, phân cấp quản lý tổ chức bộ máy về cán bộ, công chức, viên chức tỉnh Nghệ An.

Căn cứ Quyết định số 36/QĐ-UBND ngày 05/01/2017 của UBND tỉnh Nghệ An về việc thành lập Trung tâm Y tế huyện Quỳ Châu trên cơ sở hợp nhất Trung tâm Y tế huyện Quỳ Châu và Bệnh viện đa khoa huyện Quỳ Châu.

Căn cứ Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 của Bộ Y tế về phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ thông tư 16/2018/TT-BYT ngày 20 tháng 7 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Theo đề nghị của Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn:

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1**: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy trình kiểm tra, giám sát công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn tại đơn vị Trung tâm Y tế huyện Quỳ Châu.

**Điều 2:** Quyết định có hiệu lực từ ngày ký, ban hành.

**Điều 3**: Các khoa, phòng, trạm y tế và toàn thể cán bộ viên chức trong toàn đơn vị chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

***Nơi nhận:***  **GIÁM ĐỐC**

* Như điều 3: *(Đã ký)*
* Lưu VT, KHNV.

**Đặng Tân Minh**

SỞ Y TẾ NGHỆ AN

**TRUNG TÂM Y TẾ QUỲ CHÂU**

**QUY TRÌNH**

**KIỂM TRA, GIÁM SÁT CÔNG TÁC**

**KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

*(Ban hành kèm theo QĐ số:46 /QĐ-TTYT ngày 02 tháng 6 năm 2020)*

1. **MỤC ĐÍCH**

Quy định thống nhất quy trình kiểm tra, giám sát công tác kiểm soát nhiễm khuẩn nhằm đôn đốc công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các đơn vị.

**II. PHẠM VI ÁP DỤNG**

Khoa phòng trong Trung tâm Y tế.

**III. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT**

**4.1 Giải thích thuật ngữ:**

Không có.

**4.2 Từ viết tắt:**

* KSNK: Kiểm soát nhiễm khuẩn
* BV: Bệnh viện
* NKBV: Nhiễm khuẩn bệnh viện

**IV. NỘI DUNG QUY TRÌNH**

**4.1. Quy trình kiểm tra, giám sát công tác KSNK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Các bước thực hiện** | **Trách nhiệm thực hiện** | **Các bước thực hiện** | **Mô tả, tài liệu liên quan** | **Ghi chú** |
| Bước 1 | Tổ KSNK | Xác định nhu cầu | * Căn cứ trách nhiệm, nhiệm vụ giám sát NKBV của tổ KSNK đã được Giám đốc TTYT giao. * Căn cứ tình hình diễn biến NKBV đột xuất tại đơn vị. |  |
| Bước 2 | Tổ trưởng tổ KSNK | Lập kế hoạch, thiết kế mẫu phiếu kiểm tra, giám sát | * Lập kế hoạch kiểm tra, công văn đề nghị kiểm tra, mẫu phiếu theo biểu mẫu khi kiểm tra định kỳ hoạch đột xuất |  |
| Bước 3 | Tổ KSNK | Kiểm tra | * Kiểm tra kế hoạch và ký phê duyệt kế hoạch và nội dung kiểm tra |  |
| Bước 4 | Lãnh đạo | Phê duyệt | * Phê duyệt công văn và mẫu phiếu kiểm tra. |  |
| Bước 5 | Tổ KSNK | Thực hiện kiểm tra, giám sát | * Kiểm tra định kỳ: 2 lần/năm. * Giám sát định kỳ: Tháng/lần * Nội dung kiểm tra và các đề nghị của khoa phòng được ghi lại trong phiếu kiểm tra hoặc biên bản kiểm tra. |  |
| Bước 5 | Tổ KSNK | Tổng kết, báo cáo và phản hồi kết quả, đề nghị biện pháp can thiệp | * Tổ KSNK tổng kết, báo cáo, đưa ra các khuyến nghị và biện pháp can thiệp theo phụ lục 04, lãnh đạo TTYT phê duyệt. |  |
| Bước 6 | Lãnh đạo TTYT | Phê duyệt | * Phê duyệt những biện pháp can thiệp cần thiết. |  |
| Bước 7 | Trưởng các khoa/phòng | Triển khai thực hiện va báo cáo | - Lập kế hoạch và phân công nhiệm vụ nhân viên y tế trong khoa thực hiện, báo cáo Tổ KSNK khi hoàn thành. |  |
| Bước 8 | Tổ KSNK | Kiểm tra, giám sát | * Tổ KSNK kiểm tra, giám sát, đánh giá lại các biện pháp can thiệp đã được lãnh đạo phê duyệt sau can thiệp. |  |
| Bước 9 | Tổ KSNK | Tổng kết, báo cáo sau can thiệp | * Tổng kết, báo cáo kết quả cho Ban giám đốc và các khoa/phòng có liên quan. |  |

1. **HỒ SƠ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hồ sơ lưu** | **Người lưu** | **Nơi lưu** | **Thời gian lưu** |
| 1 | Kế hoạch kiểm tra | Tổ trưởng tổ kiểm soát nhiễm khuẩn | Phòng KHNV | Ít nhất 3 năm |
| 2 | Phiếu kiểm tra công tác KSNK |
| 3 | Biên bản kiểm tra công tác KSNK |
| 4 | Công văn báo cáo kết quả kiểm tra. |

**VI. PHỤ LỤC**

* Kế hoạch kiểm tra: Phụ lục 01
* Phiếu kiểm tra công tác KSNK: Phụ lục 02
* Biên bản kiểm tra công tác KSNK: Phụ lục 3
* Công văn báo cáo kết quả kiểm tra công tác KSNK: Phụ lục 04

**Phụ lục 01: Kế hoạch kiểm tra**

**KẾ HOẠCH KIỂM TRA CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG**

**Trung tâm Y tế**

1. **Thời gian**: từ ngày..../..../.... đến ..../...../....
2. **Địa điểm**:.....
3. **Thành phần tham gia**:...
4. **Mục đích**:
5. **Cách thức kiểm tra**:

**Phiếu kiểm tra**: các mẫu phiếu kiểm tra

**Cách thức kiểm tra**:

1. **Kế hoạch thực hiện:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Công việc** | **Người thực hiện** | **Địa điểm** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**BAN GIÁM ĐỐC PHÊ DUYỆT** **TỔ KSNK**

**Phụ lục 02: Phiếu kiểm tra công tác KSNK**

**ĐÁNH GIÁ TRIỂN KHAI KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA/PHÒNG**

* Khoa/ Phòng: ……………………
* Ngày đánh giá: ……./……./202...................... Người đánh giá: ………………

| **Địa điểm, nội dung đánh giá** | **Tiêu chí đánh giá** | **Lý do không đạt**  (Vòng tròn hoặc gạch dưới nội dung không đạt) | **Ghi chú**  (Mô tả rõ hơn lý do không đạt) | **Điểm**  *(từ 0-3)* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Buồng nhân viên/Các Phòng khám bệnh**  *(Đánh giá bất kỳ 1 buồng của điều dưỡng hoặc bác sỹ)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Có vết bụi bẩn hoặc CT ở sàn nhà; (2) Quần áo, giày dép, sách, tài liệu,… để lộn xộn; (3) Phương tiện VST, bàn ghế… bụi bẩn |  |  |
| b. Có thùng/túi CT sinh hoạt và phân loại đúng qui định | (1) Không có thùng/túi CT sinh hoạt; (2) Thùng/túi CT không đúng/không đạt tiêu chuẩn; (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có phương tiện VST đúng qui định | (1) Không có xà phòng/cồn khử khuẩn tay; (2) Bình lưu giữ xà phòng/cồn khử khuẩn tay không có tên/hết hạn sử dụng; (3) Không có/thiếu phương tiện khác cho VST\* |  |  |
| **2. Khu hành chính/Văn phòng khoa**  *(Đánh giá phòng trực điều dưỡng/văn phòng khoa)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Có vết bẩn hoặc chất thải ở sàn nhà hoặc các tủ, bàn ghế, phương tiện VST bụi bẩn; (2) Bệnh án, giấy tờ để lộn xộn, không trật tự, ngăn nắp; (3) Các biển hướng dẫn cũ rách, bẩn |  |  |
| b. Có thùng/túi CT sinh hoạt và phân loại đúng qui định | (1) Không có thùng/túi CT sinh hoạt; (2) Thùng/túi CT không đúng/không đạt tiêu chuẩn; (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có phương tiện VST đúng qui định | (1) Không có xà phòng/cồn khử khuẩn tay; (2) Bình lưu giữ xà phòng/cồn khử khuẩn tay không có tên/hết hạn sử dụng/không đúng chủng loại theo khuyến cáo; (3) Không có/thiếu phương tiện khác cho VST\* |  |  |
| **3.1. Buồng kỹ thuật**  *(Đánh giá bất kỳ một trong các buồng tiêm, thủ thuật, thay băng, buồng đẻ, buồng phẫu thuật, phòng mổ….)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Có vết bẩn hoặc chất thải ở sàn nhà hoặc các xe tiêm, tủ, bàn ghế, phương tiện VST bụi bẩn; (2) Giấy tờ, sổ ghi chép, vật dụng trên xe tiêm hoặc các phương tiện khác để lộn xộn; (3) Các biển hướng dẫn cũ rách, bẩn |  |  |
| b. Có thùng/túi CT sinh hoạt và phân loại đúng | (1) Không có hoặc thiếu thùng/túi cho 2 loại CT; (2) Thùng/túi CT không đúng/không đạt tiêu chuẩn; (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có phương tiện rửa tay và cồn khử khuẩn tay | (1) Không có/có bồn rửa tay nhưng thiếu phương tiện (xà phòng, nước sạch) cho rửa tay; (2) Không có/có bình cồn nhưng hết cồn hoặc không gắn cố định hoặc cồn không đúng tiêu chuẩn; (3) Không có/thiếu phương tiện khác cho VST\* |  |  |
| **3.2. Buồng kỹ thuật**  *(Đánh giá bất kỳ một trong các buồng tiêm, thủ thuật, thay băng, buồng đẻ, buồng phẫu thuật,phòng mổ, phòng khám có thực hiện thủ thuật…) về khử khuẩn - tiệt khuẩn và phương tiện PHCN* | a. Khử khuẩn sơ bộ (KKSB) và làm sạch dụng cụ | (1) Dụng cụ bẩn để trên mặt xe tiêm, trong bồn rửa tay (không để trong thùng, chậu ngâm dụng cụ); (2) Chậu ngâm không đúng (không có nắp đậy kín, không ghi tên hóa chất, không ghi ngày pha, có bụi hoặc vết cáu bẩn), hoặc hoá chất không đúng( loại hóa chất được phép sử dụng trong bệnh viện (một trong các loại sau: Cidezym, Hexanios, Aniozyme DD1)) hoặc không còn hạn sử dụng hoặc không có nhãn ghi rõ ngày pha; (3) Không có/thiếu phương tiện làm sạch, phương tiện PHCN, hoặc không có tờ qui trình khử nhiễm, làm sạch; Không có bản hướng dẫn sử dụng hóa chất KKSB(gồm tên, cách pha, thời gian sử dụng, thời gian ngâm hóa chất theo khuyến cáo của nhà sản xuất). |  |  |
| b. Khử khuẩn mức độ cao/TK dụng cụ dụng cụ kém chịu nhiệt ***(nếu có)*** | (1) Chậu ngâm hóa chất không đúng (như KKSB), không có chậu đựng nước tráng dụng cụ sau khi ngâm hóa chất khử khuẩn mức độ cao (có nắp đậy kín, có nhãn ghi “nước cất vô khuẩn”, cồn 700C, 900 C hoặc nước muối sinh lý); (2) Hoá chất/thiết bị KK/TK không đúng hướng dẫn hoặc không đảm bảo vô khuẩn (loại hóa chất được phép sử dụng trong bệnh viện (một trong các loại sau: Steranios 2%, Anioxyde 1000, cidex OPA)), không có bản hướng dẫn sử dụng hóa chất((gồm tên, cách pha, thời gian sử dụng, thời gian ngâm hóa chất theo khuyến cáo của nhà sản xuất)  ; (3) Không có quy trình KK MĐC/TK dụng cụ kém chịu nhiệt, Không có sổ nhật ký theo dõi quy trình KKMĐC/TK (ngày tháng, tên dụng cụ, số lượng, thời gian bắt đẩu ngâm, thời gian kết thúc ngâm, chữ ký của người thực hiện) hoặc không áp dụng biện pháp kiểm soát chất lượng theo qui định |  |  |
| c. Lưu giữ, bảo quản dụng cụ vô khuẩn | (1) Dụng cụ không để trong hộp/bao gói; (2) Hộp/bao gói dụng cụ không còn nguyên vẹn hoặc hết hạn sử dụng, chỉ thị nhiệt trên mọi bao, gói chuyển màu đạt chất lượng tiệt khuẩn; (3) Dụng cụ không để trong tủ/ngăn riêng, để lẫn với các vật dụng, thiết bị vô khuẩn khác. |  |  |
| **4. Xe tiêm/xe thủ thuật**  *(Đánh giá bất kỳ 1 xe tiêm)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Có vết bẩn, bụi, không có lịch vệ sinh xe tiêm; (2) Phương tiện, dụng cụ, thuốc để lộn xộn, không theo quy định, Panh, kéo..không bẩn, rỉ sét. (3) Chất thải không phân loại ngay, để trên mặt sàn xe tiêm |  |  |
| b. Có đủ thùng/túi chất thải và phân loại đúng | (1) Không có/thiếu thùng/túi cho cô lập chất thải tái chế, sắc nhọn và CT không SN; (2) Thùng/túi không đạt tiêu chuẩn;  (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có phương tiện VST | (1) Không có cồn VST; (2) Có bình cồn nhưng hết hóa chất, hết hạn hoặc không đúng chủng loại qui định (3) Bình cồn không gắn cố định, bình bơm cấp cồn không hoặt động hoặc bụi bẩn |  |  |
| **5.1. Buồng bệnh nhân 1**  *(Đánh giá bất kỳ một buồng bệnh)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Có vết bẩn hoặc CT ở sàn nhà, giường bệnh; (2) Quần áo, đồ dùng cá nhân của NB/người nhà để lộn xộn trên GB, phơi đầu giường; (3)Các loại bề mặt trong BB không sạch sẽ, gọn gàng ( Giường bệnh, tủ, tường, quạt, cửa… mạng nhện, bụi bẩn, vết ố, rác thải) |  |  |
| b. Có thùng/túi CT sinh hoạt và phân loại đúng | (1) Không có thùng/túi hoặc có thùng/túi nhưng không đúng chuẩn; (2) Không có tờ phân loại CT treo ở buồng bệnh; (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có phương tiện VST | (1) Không có xà phòng/cồn khử khuẩn tay; (2) Bình lưu giữ xà phòng/cồn không có tên/hết hạn sử dụng/không đúng chủng loại; (3) Không có/thiếu phương tiện khác cho VST\* |  |  |
| **5.2. Buồng bệnh nhân 2**  *(Đánh giá bất kỳ một BB)* | a.NB/người nhà mặc quần áo đúng QĐ | (1) Có NB không mặc quần áo BV; (2) Có người nhà NB không mặc áo bệnh viện; (3) Có người nhà NB không đeo thẻ chăm sóc | (Chưa đánh giá) |  |
| b. Quản lý đồ vải | (1) BB không có lịch thay đồ vải; (2) GB không được trải ga hoặc chiếu; (3) Đồ vải NB/người nhà NB quá bẩn, nhàu náthoặc được thay không đúng qui định |  |  |
| c. Bề mặt thiết bị xung quanh NB (GB, máy thở…) sạch sẽ | (1) Có vết cáu bẩn hoặc bụi bám trên bề mặt; (2) Có nước ứ đọng hoặc bắn tràn ra sàn nhà hoặc có mùi khó chịu; (3) Được làm sạch, khử khuẩn hàng ngày. |  |  |
| **6. Khu vệ sinh**  *(Đánh giá bất kỳ một buồng vệ sinh của nhân viên hoặc bệnh nhân và nơi tập trung chất thải của khoa)* | a. Sạch, gọn gàng, ngăn nắp | (1) Sàn nhà ướt, trơn, không thoát nước; (2) Có vết bẩn hoặc CT ở sàn nhà; (3) Có mùi hôi/tanh/khó chịu |  |  |
| b. Có thùng/túi CT và phân loại đúng (nơi tập trung CT) | (1) Không có thùng/túi cho lưu giữ tạm thời chất thải sinh hoạt, sắc nhọn, không SN và tái chế; (2) Thùng/túi không đúng; (3) Để chất thải quá đầy hoặc phân loại không đúng |  |  |
| c. Có giấy vệ sinh và phương tiện rửa tay | (1) Không có bồn rửa tay; (2) Có bồn nhưng không sạch sẽ (cáu bẩn, ứ tắc); (3) Không có giấy vệ sinh |  |  |
| **7. Kiến thức của NVYT về KSNK**  *(Đánh giá 3 NVYT bất kỳ, mỗi NVYT đánh giá 1 nội dung)* | a. Thời điểm VST thường quy (*hỏi 1 nhân viên)* | (1) Trước khi thăm khám NB; (2) Trước khi làm thủ thuật sạch, xâm lấn; (3) Sau khi khám NB; (4) Sau tiếp xúc máu, dịch cơ thể; (5) Sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB |  |  |
| b. Thời điểm không sử dụng găng (*hỏi 1 nhân viên)* | (1) Khám bệnh; (2) Cho ăn; (3) Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp; (4) Thay đồ vải cho NB; (5) Tiêm bắp, tiêm trong da, dưới da; (6) Viết hồ sơ BA, giấy XN… ; (7) Đi từ buồng bệnh này sang buồng bệnh khác, từ khoa này sang khoa khác. |  |  |
| c. Kỹ thuật VST thường quy (*hỏi 1 nhân viên về kỹ thuật VST thường qui)* | (1) Chà 2 lòng BT vào nhau; (2) Chà lòng BT này vào mu BT kia và ngược lại; (3) Chà 2 lòng BT vào nhau, miết các ngón tay vào kẽ ngón; (4) Chà mu các ngón tay này lên lòng BT kia và ngược lại; (5) Chà lòng BT này vào ngón cái của BT kia và ngược lại; (6) Chà đầu các ngón tay này vào lòng BT kia và ngược lại. |  |  |
| d. Các nhóm CT phát sinh trong khám/chữa bệnh cần phân loại riêng và nêu ví dụ cho từng loại | (1) CT sắc nhọn; (2) CT Lây nhiễm không sắc nhọn; (3) CT có nguy cơ lây nhiễm cao phát sinh từ phòng xét nghiệm an toàn sinh học cấp III trở lên; (4) CT giải phẫu; (5) CT hóa học, phóng xạ; (6) CT sinh hoạt; (7) CT tái chế. |  |  |
| e. Nêu các phương tiện (tính chất, mã màu) để cô lập các loại CT tương ứng theo qui định | (1) Hộp/thùng kháng thủng màu vàng cho CT sắc nhọn; (2) Thùng lót túi/túi màu vàng cho CT lây nhiễm không sắc nhọn, CT có nguy cơ lây nhiễm cao phát sinh từ phòng xét nghiệm an toàn sinh học cấp III trở lên, CT giải phẫu; (3) Thùng lót túi/túi màu đen cho CT hóa học, phóng xạ; (4) Thùng lót túi/túi màu xanh cho CT thông thường; (5) Thùng lót túi/túi màu trắng cho CT tái chế. |  |  |

*\*Biển hướng dẫn: posters, tờ hướng dẫn quy trình, khăn lau tay dùng một lần…*

**Tổng điểm tối đa: ................................. Tổng điểm đạt: .................................... Tỷ lệ % điểm đạt: .................**

**Xếp loại (Tính theo phần trăm số điểm đạt được/Tổng số điểm tối đa theo từng khoa được đánh giá).**

**Mức 1: 85-100%: Tốt**

**Mức 2: 65-84%: Khá**

**Mức 3: 50-64%: Trung bình**

**Mức 4: Dưới 50%: Không đạt**

**\* Nhận xét khái quát về kết quả kiểm tra** (Nêu những điểm chính đạt được và chưa đạt của những nội dung được kiểm tra):

1.Trật tự, vệ sinh: ……………………………………………………………………………………..

2. Vệ sinh tay: …………………………………………………………………………………………

3. KK/TK: ……………………………………………………………………………………………

4. Quản lý đồ vải: .……………………………………………………………………………………

5. Quản lý CT: ………………………………………………………………………………………

5. Phương tiện PHCN: …………………………………………………………………………………

6. Kiến thức của NVYT: ………………………………………………………………………………

7. Nội dung khác (nếu có): ……………………………………………………………………………

**\*\* Ý kiến phản ánh, đề xuất của đơn vị được kiểm tra:**

………………………………………………………………………………………………………..

**ĐẠI DIỆN KHOA/PHÒNG ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ NGƯỜI ĐÁNH GIÁ**

**(Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên)**

***GHI CHÚ:***

1. Đánh giá ở tất cả các khoa lâm sàng, cận lâm sàng, khoa khám bệnh.
2. Đánh giá đầy đủ các nội dung theo trình tự ở cột 1. Riêng nội dung khử khuẩn MĐC/TK (3.2 tiêu chí b) chỉ đánh giá ở những khoa có thực hiện. Nếu không có thì ghi “không thực hiện” vào cột “ghi chú”.
3. Trong quá trình đánh giá tại mỗi khoa, người đánh giá và mạng lưới viên KSNK của khoa cùng thống nhất đánh giá, nhận xét theo từng nội dung đánh giá, khoanh tròn vào các nội dung đạt ở cột “Tiêu chí đánh giá”, khoanh tròn và gạch chân các nội dung không đạt ở cột “Lý do không đạt”. Mô tả rõ hơn tình huống không đạt ở cột “ghi chú”. *Riêng nội dung kiểm tra kiến thức thì khoanh tròn và gạch chân những nội dung đã nêu được.*
4. Mỗi nội dung đánh giá đạt tối đa 3 điểm nếu cả 3 tiêu chí đều đạt, 2 điểm nếu có 1 tiêu chí không đạt, 1 điểm nếu có 2 tiêu chí không đạt, và 0 điểm nếu có cả 3 tiêu chí không đạt.

* **Về thời điểm VST**: đạt 3 điểm nếu NVYT nêu được 5 thời điểm VST, đạt 2 điểm nếu NVYT nêu được 4 thời điểm, 1 điểm nếu nêu được 3 thời điểm và 0 điểm nếu nêu được < 3 thời điểm.
* **Về thời điểm không sử dụng găng:** Đạt 3 điểm nếu NVYT nêu được 6 - 7 thời điểm; đạt 2 điểm nếu nêu được 5 thời điểm, 1 điểm nếu nêu được 4 thời điểm và 0 điểm nếu nêu được < 4 thời điểm.
* **Về kỹ thuật VST:** NVYT đạt 3 điểm nếu thực hiện đầy đủ 6 bước VST, đạt 2 điểm nếu thực hiện 5 bước, 1 điểm nếu thực hiện 4 bước và 0 điểm nếu chỉ thực hiện < 4 bước.
* **Về phân loại và cô lập chất thải (nội dung 7, tiêu chí d và e):** Đạt 3 điểm nếu đủ 6 loại CT, 2 điểm nếu nêu được 5 loại CT; 1 điểm nếu nêu được 4 loại chất thải; 0 điểm nếu nêu <4 loại CT.
* Mỗi phiếu đánh giá được đánh giá bằng tỷ lệ % điểm đạt = tổng điểm đạt/tổng điểm tối đa x 100. Riêng nội dung khử khuẩn MĐC/TK (nội dung 2.3, mục b) nếu đơn vị nào không có thì không tính vào tổng điểm kiểm tra.

1. Sau mỗi buổi kiểm tra ở một khoa , người kiểm tra phải trao đổi với người cùng kiểm tra của khoa và ghi vắn tắt kết quả kiểm tra cũng như những ý kiến phản ánh, đề xuất của khoa, phòng được kiểm tra

**Phụ lục 03: Biên bản kiểm tra công tác KSNK**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**BIÊN BẢN KIỂM TRA**

1. **Thời gian**: ..................................................................................................................
2. **Địa điểm**:....................................................................................................................
3. **Thành phần**:

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

1. **Nội dung**:

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

1. **Đề nghị:**

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

**Đại diện khoa/phòng** **Người kiểm tra**

**Phụ lục 04: Công văn báo cáo kết quả kiểm tra công tác KSNK**

|  |  |
| --- | --- |
| TRUNG TÂM Y TẾ QUỲ CHÂU  **TỔ KSNK**  Số /CV-KSNK  V/v báo cáo kết quả giám sát  vệ sinh MTBVvà kiến nghị,  đề xuất giải pháp can thiệp | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  *Quỳ Châu, ngày tháng năm 2020* |

***Kính gửi:*** - Ban Giám đốc TTYT.

* Các khoa/phòng TTYT.

Thực hiện Kế hoạch số….. ngày tháng năm 2020 về việc ……của Trung tâm Y tế huyện Quỳ Châu, Tổ Kiểm soát nhiễm khuẩn đã thực hiện kiểm tra ...... khoa/phòng trong Trung tâm Y tế. Tổ Kiểm soát nhiễm khuẩn xin báo cáo Ban giám đốc và thông báo các khoa/phòng được kiểm tra một số vấn đề sau:

1. **Dụng cụ y tế:**
2. **Phương tiện vệ sinh tay tại buồng bệnh:**
3. **Vệ sinh môi trường:**
4. **………………**

Để công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn tại các đơn vị, Tổ Kiểm soát nhiễm khuẩn xin khuyến nghị:

* Đối với các đơn vị lâm sàng:
* ………………………………

Kính đề nghị Ban giám đốc và các khoa/phòng liên quan xem xét, phê duyệt và thực hiện các nội dung trên.

*Trân trọng cảm ơn!*

***Nơi nhận:* TỔ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

* Như trên; **TỔ TRƯỞNG**
* Lưu VT, KHNV.