

Lunar sau trimestrial Compartimentul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (CPIAAM) analizează aplicarea corectă în activitatea curentă, a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate și propune revizuirea lor, dacă e cazul, precum și măsuri de remediere a deficiențelor constatate.

2. EVALUAREA ÎNCĂRCĂTURII MICROBIENE

Controlul microbiologic al mediului se realizează conform Planului de prevenire, supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și Planul de autocontrol bacteriologic, cu o frecvență stabilită în funcție de:

- Zonele de risc;
- Circulația germenilor în unitatea sanitară;
- Rezultatele screening-ului pacienților;
- Contextul epidemiologic.

Reglementările privind activitatea de control microbiologic al mediului spitalicesc la nivelul **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** sunt cuprinse în *protocolul privind efectuarea controlului bacteriologic*.

Procedurile au fost elaborate cu scopul de a

- descrie modalitatea de efectuare a controlului microbiologic.
- stabili modul de interpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinfecție la nivelul unității.

În trimestrul IV 2025 s-au practicat prin sondaj următoarele evaluări microbiologice efectuate conform programărilor din Planul anual de autocontrol bacteriologic:

Tip probă	Nr. probe	Nr. probe
Examinări condiții de mediu - acromicroflora (AMF)	12	0
Teste suprafețe	11	0
Teste-tegumente	5	0
Teste-sterilitate	3	0

Rezultatele monitorizării epidemiologice sunt comunicate diferitelor sectoare prin buletine informative, procese verbale de aducere la cunoștință, în timpul formării profesionale sau prin rapoarte periodice.

Controlul aeromicroflorei este efectuat prin metoda sedimentării (m.Koch)

În urma rezultatelor testelor de autocontrol s-au constatat următoarele neconformități:

1.SUPRAFETE-Chirurgie Generală, sală operații-lampă scialitică-Prezent Streptococcus Pneumoniae;

CONSTATĂRI:

-Identificarea Streptococcus pneumoniae pe suprafața lămpii scialitice din sala de operații a Compartimentului Chirurgie Generală reprezintă o neconformitate privind igiena

suprafețelor critice. Prezența acestui germen patogen într-un spațiu destinat procedurilor chirurgicale indică deficiențe în protocolul de curățenie și dezinfecție și poate constitui un factor de risc semnificativ pentru transmiterea infecțiilor asociate actului operator

Măsuri impuse:

a) Suprafețe-Bloc Operator/Chirurgie Generală:

- Efectuarea curățeniei generale imediate și aplicarea dezinfecției terminale în sala de operații;
- Curățarea și dezinfecția lămpii scialitice cu dezinfectanți avizați cu spectru bactericid, respectând timpul de contact;
- Reevaluarea procedurilor de igienizare a suprafețelor critice;
- Instruirea personalului privind tehnicile corecte de dezinfecție;
- Supervizarea activităților de către CPIAAM;
- Limitarea accesului în sala afectată până la finalizarea măsurilor.

b) Măsuri complementare:

- Aplicarea unei dezinfecții aeriene prin nebulizare.

c) Retestare

- Recoltarea probelor de autocontrol în maximum 72 ore;
- Reluarea activităților doar după rezultate conforme.

Ca urmare au fost îndepliniți indicatorii de evaluare procedurii:

Indicatori de evaluare a eficienței/eficacității PO-SPIAAM Efectuarea controlului bacteriologic:

- Număr IAAM datorate nerespectării procedurii =0;
- Număr de IAAM raportate la DSP/nr. IAAM depistate=0;
- Număr de accidente expunere la sânge pe trimestru=0
- Număr teste aeromicrofloră pozitive/număr teste aeromicrofloră recoltate=0/12

Concluzii: nu au fost constatate neconformități. Procedurile se mențin

3. ANALIZA PRIVIND CURĂȚENIA, DEZINFECȚIA

La nivelul **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** igienizarea și dezinfectarea spațiilor prin **PO-SPIAAM** privind curățenia și dezinfecția, *Protocolul curățenie și dezinfecție echipamente, Protocol de efectuarea a curățeniei și dezinfecției, Protocol de efectuare a curățeniei și dezinfecției la nivelul diferitelor suprafețe și Procedura de reducere a riscului infecțios*, ritmicitatea și modul de efectuarea fiind conținut și în *Planul anual de supraveghere și limitare a infecțiilor* asociate asistenței medicale (**IAAM**) și în *Planul anual DDD*. Toate aceste proceduri au fost prelucrate personalului medical din cadrul spitalului.

Spațiile spitalului sunt supuse igienizării conform planului DDD de către agentul DDD.

În conformitate cu Planul anual **IAAM** și *Planul anual de autocontrol microbiologic* se recoltează teste de sanitație (**AMF**, teste salubritate) în toate spațiile spitalului nostru. În trimestrul IV 2025 rezultatele testelor de sanitație recoltate au prezentat 1 neconformitate.

Curățenia și dezinfecția se realizează conform Ordinului MS nr. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, activitățile fiind consemnate zilnic în graficele de curățenie și dezinfecție afișate în fiecare spațiu al spitalului.

În cadrul spitalului nostru pentru efectuarea cât mai eficientă a operațiunilor de curățenie și dezinfecție curente și ciclice a fost implementat un cod de culori, personalul fiind instruit și verificat periodic pentru evaluarea gradului de înțelegere, cunoașterea și aplicarea respectivelor proceduri.

Dezinfecția suprafețelor și instrumentarului se realizează cu dezinfectanți TP2 înscrși în Registrul Național al Biocidelor, cu respectarea concentrațiilor, timpilor de acțiune și metoda de aplicare diferită în funcție de suportul tratat, conform protocoalelor de lucru.

-procedura se menține.

4. ANALIZA PRIVIND STERILIZAREA

La nivelul **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** sterilizarea se realizează chimic (pentru materialele termosensibile care nu suportă autoclavarea) și prin autoclavare pentru instrumentarul medical reutilizabil.

Modalitatea de efectuare a sterilizării, de evaluare a eficacității sterilizării a fost formalizată în **PO SPIAAM**-Managementul sterilizării.

La analiza indicatorilor de evaluare am identificat:

Număr **IAAM** datorate nerespectării procedurii=0

Concluzii:

-nu au fost identificate neconformități;

-procedura se menține.

5. ANALIZA PRIVIND CIRCUITUL LENJERIEI

Modul de manipulare a lenjeriei este reglementat în **PO-SPIAAM**. Gestionarea lenjeriei și efectelor pacienților, în *Protocol privind colectarea și manevrarea lenjeriei, precum și în PO-SPIAAM privind diminuarea riscului infecțios, proceduri prelucrate personalului din spitalul nostru*, instruirea realizându-se conform *Programului de formare profesională a personalului medico-sanitar și auxiliar pentru prevenirea și limitarea IAAM*.

Controlul periodic al stării de sanitație a lenjeriei se realizează conform programării din Planul anual de autocontrol microbiologic.

La analiza indicatorilor de evaluare a eficienței/eficacității am identificat:

- Număr IAAM datorate nerespectării procedurii=0;
- Număr teste autocontrol microbiologic neconforme lenjeriei/număr total teste efectuate=0/3;
- Număr IAAM datorate manipulării defectuoase a lenjeriei=0.

Concluzii:

-nu au fost identificate neconformități, la controlul microbiologic al lenjeriei în trimestrul IV 2025, atât pentru lenjerie din depozitele de lenjerie curată cât și cea din saloane nu a au fost identificate prezența germemnilor;

-procedura se menține.

6. ANALIZA PRIVIND IGIENA MÂINII

La nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ a fost elaborat Programul anual de îmbunătățire a igienei mâinilor care este implemetat de spital și care prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii și resursele necesare împlinirii acestuia. Ca și indicator de evaluare este reglementat:

- Teste de sanittie mâini personal pozitive/teste de sanitație mâini personal recoltate mai mic decât 1.

Programul anual de îmbunătățire a igienei mâinilor al SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ prevede instruirea personalului în funcție de specificul acestuia, instruirea realizându-se conform *Programului de formare profesională a personalului medico-sanitar și auxiliar pentru prevenirea și limitare IAAM.*

Programul anual de îmbunătățire a igienei mâinilor implementat de SPITALUL ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ este evaluat și analizat periodic, igiena corectă a mâinilor fiind cosiderată principala precauție standard și cea mai importantă metodă de prevenire și limitare IAAM.

Igiena mâinilor necesită respectarea unor aspecte care ar putea asigura continuitatea utilizării produselor și evitarea perioadelor în care acestea lipsesc. Facilitățile pentru igiena mâinilor trebuie asigurate în mod necondiționat, la dispoziția utilizatorilor.

De asemenea, la nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ a fost elaborat și implementat Protocolul-CPIAAM-Igiena Mâinilor.

La analiza indicatorilor de evaluare am identificat:

- Nr. IAAM datorate nerespectării procedurii=0;
- Nr. teste sanitație mâini pozitive/ nr.total sanitație mâini=0/6, deci s-a realizat indicatorul de evaluare din Programul anual de îmbunătățire a igienei mâinilor și în *Protocolul-CPIAAM igiena mâinii*

Concluzii:

-nu au fost identificate neconformități;

-procedurile se mențin.

7. ACTIVITATEA DE PROTECȚIE SPECIFICĂ A PERSONALULUI ȘI DE SUPRAVEGHERE A CONTAMINĂRILOR ACCIDENTALE PROFESIONALE

În trimestrul IV 2025 nu au fost înregistrate/raportate accidente postexpunere profesională la nivelul spațiului nostru.

Personalul medical, inclusiv noii angajați, este supus controlului medical periodic, conform legislației sanitare în vigoare.

La nivelul spitalului nostru a fost elaborată și implementată *PO-CPIAAM Intervenția în caz de expunere a personalului la agenți contaminați* precum și un *Protocol de urgență în caz de expunere accidentală la produse biologice*, protocoale implementate în rândul personalului nostru, persoana expusă accidental fiind instruită să aplice imediat protocolul din Ghid practic de management al expunerii accidentale la produse biologice.

Zilnic se efectuează triajul epidemiologic al personalului medical la începerea activității și este consemnat în evidențele existente la nivelul fiecărei secții/compartiment.

La analiza indicatorilor de evaluare a eficienței/eficacității am identificat:

- Nr. IAAM datorate nerespectării procedurii=0;
- Nr. de accidente expunere la sânge pe trimestrul IV 2025=0;

Concluzii:

- Nu au fost identificate neconfirmități;
- Procedura se menține

8.ANALIZA APEI POTABILE

- Indicatorii de analiză a apei potabile au fost în limite normale;
- A fost respectat Planul/Program de monitorizare și control a sursei de apă;
- Spitalul este conectat la rețeaua de apă potabilă;

9.ANALIZA ACTIVITĂȚII DDD (DEZINFECȚIE DERATIZARE)

Realizarea activității DDD este trecută în PO-SPIAAM privind diminuarea riscului infecțios. De asemenea, la nivelul spitalului există un Plan anual DDD și un Plan anual IAAM care include și activitatea DDD, planuri respectate pentru trimestrul IV 2025.

Concluzii: nu au fost identificate neconformități.

10. ANALIZA ACTIVITĂȚII DE GESTIONARE A DEȘEURILOR

La nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ activitatea de gestionare a deșeurilor este reglementată prin *PO-SPIAAM Gestionarea deșeurilor medicale precum și PO-SPIAAM Diminuarea riscului infecțios*, proceduri care au fost prelucrate personalului medical conform *Programului de formare profesională a personalului medico-sanitar și auxiliar pentru prevenirea și limitarea IAAM*.

PERIOADA	DEȘ. TĂIETOARE ÎNTEP./INFECTIOASE (Kg.) 18.01.01/18.01.03*	DEȘ. URI ANATOMO-PATOLOGICE (Kg.) 18.01.02	DEȘ. Med. Infecțioase (Kg.) 18.01.03	DEȘ. URI Chimice Periculoase (litri) 18.01.06*	DEȘ. URI CHIMICE NEPERICULOASE 18.01.07
SEM. IV 2025	50,343	3,385	320,92	36,76	5,71

La analiza indicatorilor de evaluare a eficienței/eficacității conform procedurii am identificat:

- Nr. IAAM datorate procedurii=0;
- Nr. accidente expunere la sânge pe an la personalul care manipulează deșuri=0;

Concluzii:

- Nu au fost identificate neconformități;
- Procedura se menține.

11. ACTIVITATEA DE EVALUARE ȘI ÎNTOCMIRE A RAPORTULUI DE ACHIZIȚII PENTRU PREVENIREA IAAM

S-au întocmit referate și s-au achiziționat (în cantități satisfăcătoare raportate la bugetul spitalului) echipamente de protecție, materiale sanitare și de curățenie, substanțele de curățenie și dezinfecție necesare:

- Echipamente de protecție (măști, mănuși, halate): suficiente;
- Substanțe decontaminate:
Materiale pentru igienizare: suficiente (săpun, bureți, detergent suprafețe, detartrant, etc.)
Substanțe clorigene: suficiente;
- Substanțe dezinfectante: detergent dezinfectant pentru suprafețe: suficient

12. MĂSURI

Au fost efectuate instructaje urmate de testări verbale ale personalului sanitar.

Recomandări generale pentru îmbunătățirea activității de supraveghere și reducere a riscului infecțios:

- Păstrarea ritmului de curățenie și dezinfecție conform ordinului 1761/2021 și consemnarea acestor activități în graficele de curățenie și dezinfecție;
- Respectarea codului de culori implementat în cadrul spitalului nostru pentru efectuarea cât mai eficientă a operațiunilor de curățenie și dezinfecție curente și ciclice;
- Respectarea tuturor circuitelor existente:
 1. Circuitul bolnavului;
 2. Circuitul personalului medico-sanitar;
 3. Circuitul vizitatorilor;
 4. Circuitul medicamentelor;
 5. Circuitul lenjeriei;
 6. Circuitul deșeurilor;
 7. Circuitul alimentelor;
 8. Instrumentar.
- Efectuarea triajului epidemiologic zilnic și consemnarea în registrul de triaj epidemiologic;
- Purtarea echipamentului de protecție conform Ord. M.S ORD 1101/2016 ca parte din

profilaxia primară AES și o atitudine corectă în caz de accident pentru diminuarea consecințelor;

- Colectarea și trierea corespunzătoare a deșeurilor medicale periculoase conform Ordinului M.S nr. 1226/2012
- Respectarea Planului de autocontrol bacteriologic;
- Recomandări specifice: nu a fost cazul, considerându-se în urma analizelor efectuate că personalul a respectat procedurile;
- Sancțiuni aplicate: nu a fost cazul.

indicatorilor de evaluare a eficienței/eficacității conform Proceduri sn identificat:
I. Nr. IAAM datorate nerespectării procedurii = 0

1. " " * ^ g* pc an la personalul care n anipulcaza descuri =
g Anne/uzii "

II. ACTIVITATEA DE EVALUARE SI INTOCMIRE A RAPORTULUI DE ACHIZITII PENTRU PREVENIREA IAAM

===== referate si s-au achinonat (in cantitai satisfacatoarrq q " bugetul spitalului)
echi peste &protectie. mntcHar===== si de ouatenie, substantele de curatenie tk dezirllftic necesare.
a) echipamente de protectie (masti, manusi, halate) : suficiente;

- materiale pentru igienizare: **suficien** (M bufecti, detgrgDnt supmfetp, dptartp;jjjt pt);

- substante clorigene: **suficiente**

c) substante dezinfectante : detergent dezinfectant pentru suprafete: suficient

2. MASURI

au fost efectuate instructaje ----- de testari verbale ale personalului sanitar

----- f Jmffl2 iinbunatalirfa activitatii de supraghere si reducere a riscului infectios:

* J3&SifdfEd ritml2lui de curatenie si dezinfectie etjpt Jjjj ordinu{ut 1761/2021 si consemna ca acestor
Yatati iD gra6cele de ----- si dezinfectie

- respectarea <xxmiui de culori implementat ijj y] {tl}ului iloStfl2]3gntni efectuarea cat mai
e6o<MH a operatiunilor de ----- si dezinfectie curente si ciclice
- respectarea tuturor cinxiiklor existente

2- circuitul personalului medico-sanitar,

3- circuitul vizitatorilor

4- circuitul medicamentelor

5- circuitul lenjeriei

6- circuitul deșeurilor

7- circuitul alimentelor

8 - instrumentar

- efectuarea tfiaiuJtii epidemiologic zilnic ti qp;,,3qgg inmgi&oldgtdajopidcmiologic
- purtarea ecliipamentului de protectie conform Ord.M.S. ORD 1101/2016 ca parte din profilaxia primara AES si o atitudine WE a ifl caz de accident intru diminuarea consecintelor
» colectarea si tricrea corespunzatoare a deSGtlfiJof ITlclicaie periculoase conform Ordinului M.S.nr 1226/2012.

• respectarea Planului de autocontrol bacteriologic

- recomandart soeclfice : nu a fost cazul. considerandu-se in uma ana)izclor ofectuflte gat pcp pij]u]
a respectat procedurile.
- srintiunl apllcate : nu u fost cazil

Intocmit: CPIAAM

Dr. BoldcaAna-Maria

ftiedic specidist epidemiolog

Dr. Boldea Ana-Maria
medic specialist epidemiologie
B48771

