



مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س)
فرم نظارت بر بهداشت دست (5 moments)



تاریخ:		کد فرم تکمیل شده:		شیفت: ☐ صبح ☐ عصر ☐ شب		نام بخش:		ساعت حضور در بخش برای بازدید:							
تعداد سینک موجود:		تعداد دیسپنسر حاوی محلول ضد عفونی کننده:		تعداد بیماران در بخش:		سایر امکانات:									
ردیف	موقعیت بالقوه برای رعایت بهداشت دست	پرستار یا ماما		کمک بهیار		دانشجوی پرستاری یا ماما		پزشک متخصص		رزیدنت		انترن		خدمات	
		بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
۱	قبل از تماس با بیمار														
۲	قبل از ارائه خدمات آسپتیک برای بیمار														
۳	بعد از آلودگی با ترشحات و مایعات بدن														
۴	بعد از تماس با بیمار														
۵	بعد از تماس با محیط مجاور بیمار														
موارد قابل بهبود:															
مداخلات:															

نام و نام خانوادگی ناظر: مهر و امضاء:	کد نوع ماده ضد عفونی کننده: ۱_ محلول الکلی ۲_ آب و صابون ۳_ هر دو ۴_ بتادین ۵_ هیپوکلریم
---------------------------------------	--