Проект

**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**П О С Т А Н О В Л Е Н И Е**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Москва №\_\_\_\_\_

Об утверждении

СанПиН 2.1.3. -14

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч.1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч.1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч.1), ст. 5498; 2007 № 1 (ч.1), ст. 21; № 1 (ч.1), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч.1), ст. 3418; № 30 (ч.2), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч.1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40 ст.4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч.1), ст.4563; № 30 (ч.1), ст.4590; № 30 (ч.1), ст.4591; № 30 (ч.1), ст.4596; № 50, ст.7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст.3477; № 30 (ч.1), ст.4079; № 48, ст. 6165, 30.06.2014, № 26 (часть I), ст. 3366, ст. 3377) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) п о с т а н о в л я ю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3. -14 «Санитарно-эпидемиологические требования к медицинским организациям» (приложение).

2. Признать утратившими силу постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», зарегистрировано Минюстом России 09.08.2010 № 18094.

А.Ю. Попова

Утверждены

постановлением Главного

государственного санитарного врача

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_2014 № \_\_\_

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ**

**Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы**

**СанПиН 2.1.3. – 14**

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Общие положения и область применения**

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее-санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала медицинских организаций.

1.2. Санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации.

Проектирование, строительство, реконструкция, капитальный ремонт, перепланировка, эксплуатация медицинских организаций осуществляются с учетом настоящих правил.

1.3. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

1.4. Надзор за выполнением настоящих правил проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.5. Ответственность за соблюдение требований настоящих правил возлагается на индивидуальных предпринимателей, юридических и должностных лиц, граждан.

1.6. Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии, должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

1.7. Администрация медицинской организации обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами.

**2. Требования к размещению и территории медицинских организаций**

2.1. Медицинские организации (далее - МО) располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зонах на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам.

2.2. Здания стационаров психиатрического, в т.ч. наркологического, инфекционного, в том числе туберкулезного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек рекомендуется размещать в пригородной или зеленой зонах.

2.3. На участке МО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. На территории МО или в непосредственной близости от неё целесообразно предусматривать размещение гостиниц или пансионатов для проживания пациентов, прибывших на амбулаторное обследование и/или сопровождающих лиц, а также временных стоянок для автотранспорта.

2.4. На участке размещения МО почва по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, радиационному фактору должна соответствовать гигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе, уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должны превышать гигиенические нормативы.

2.5. Через территорию МО не должны проходить транзитные инженерные и транспортные коммуникации.

2.6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические учреждения мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневными стационарами, а также подразделения судебно-медицинской экспертизы и обследования потерпевших, обвиняемых и других лиц.

2.7. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих помощь инфекционным (в том числе туберкулезным больным), за исключением амбулаторно-поликлинического консультативного приема дерматолога.

2.8. МО для оказания помощи по лечению алкогольной и наркотической зависимости не допускается размещать в жилых зданиях.

2.9. В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускается размещать микробиологические лаборатории (отделения), отделения магнитно-резонансной томографии.

2.10. Требования к размещению организаций, эксплуатирующих источники ионизирующих излучений, определяются в соответствии с нормами радиационной безопасности и санитарно-гигиеническими требованиями к данному виду деятельности.

2.11. Площади земельных участков стационаров и отдельно-стоящих амбулаторно-поликлинических учреждений должны определяться в соответствии с требованиями градостроительных нормативных документов. Рекомендуемые площади земельного участка стационара в зависимости от коечной емкости представлены в таблице (таблица 1).

Таблица 1

Площадь земельного участка на 1 койку

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Коечная емкость стационара | 50 | 150 | 300-400 | 500-600 | 800 | 1000 |
| Площадь земельного участка на 1 койку в м2 | 300 | 200 | 150 | 100 | 80 | 60 |

2.12. Рекомендуемый размер земельного участка амбулаторно-поликлинического учреждения рассчитывается на число посещений в смену - 0,1 га на 100 посещений в смену, но не менее 0,5 га на один объект.

Размер земельного участка подстанции скорой помощи, бюро судебно-медицинской экспертизы должен составлять – не менее 0,2 га на один объект.

На территории предусматривается место для стоянки автотранспорта, в том числе медперсонала и посетителей. Для размещения машин скорой помощи предусматривается отапливаемая стоянка из расчета 36 кв.м. на одно машиноместо. Расстояние стоянки машин скорой помощи до жилых домов - не менее 50 м.

При размещении поликлинического приема в структуре зданий другого назначения отдельный земельный участок не предусматривается.

2.13. Территория МО должна быть благоустроена с учетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена, ограждена и освещена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 50% общей площади участка стационара. В условиях стесненной городской застройки, а также в стационарах, не имеющих в своем составе палатных отделений восстановительного лечения и ухода, допускается уменьшение площади участка в пределах 15-20 % от нормируемой, за счёт сокращения доли зеленых насаждений и размеров садово-парковой зоны.

В целях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 метров, кустарники - 5 метров от светонесущих проемов зданий.

2.14. На территории стационаров выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных, неинфекционных больных, садово-парковая, патолого-анатомического корпуса, хозяйственная, инженерных сооружений. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

2.15. В зону патолого-анатомического корпуса, судебно-медицинских моргов предусматривается отдельный въезд.

Входы и въезды в патолого-анатомический корпус, судебно-медицинский моргов не должны просматриваться из окон палатных отделений, а также жилых и общественных зданий, расположенных вблизи МО.

2.16. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекции транспорта.

При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном здании с другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений.

2.17. На территории хозяйственной зоны МО на расстоянии не менее 25 м от окон размещают контейнерную площадку для отходов с твердым покрытием и въездом со стороны улицы. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена от постороннего доступа, иметь ограждение и навес.

2.18. Обращение с отходами МО осуществляются в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

**3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям**

3.1. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений для медицинской деятельности должны обеспечивать оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и труда медицинского персонала. Высота помещений допускается не менее 2,6 м.

3.2. В МО должны быть созданы условия для удобного доступа и пребывания маломобильных групп населения. Здания медицинских организаций высотой 2 и более этажей должны быть оборудованы лифтами для транспортировки пациентов.

3.3. Структура, планировка и оборудование помещений должны обеспечивать поточность технологических процессов и исключать возможность перекрещивания потоков с различной степенью эпидемиологической опасности.

Разделение потоков с различной степенью эпидемиологической опасности достигается с помощью планировочных решений или специального оборудования (закрытые тележки, контейнеры, оборудование проходного типа и др.). Упакованные грузы допускается транспортировать общебольничными лифтами.

3.4. В каждом подразделении МО следует предусматривать кабинет заведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.

3.5. Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделения лучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическим циклом (лаборатория, пищеблок, ЦСО, аптека, прачечная) не должны бытьпроходными.

3.6. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должны определяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование. Минимальные площади помещений следует принимать согласно [приложений 1](file:///C:\Documents%20and%20Settings\Hrapunova.FGUZ\Мои%20документы\Local%20Settings\Temporary%20Internet%20Files\Content.IE5\SQHCE34I\СанПиН%20Самый%20последнийФ%5b1%5d.doc#sub_1000#sub_1000) и 2 настоящих правил.

Площадь помещений, в том числе не указанных в таблице, определяется габаритами и расстановкой оборудования, числом лиц одновременно находящихся в помещении с соблюдением последовательности технологических процессов и нормативных расстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободное передвижение больных и персонала, при этом допускается уменьшение нормативной площади не более, чем на 10% от предусмотренных  [приложениями 1](file:///C:\Documents%20and%20Settings\Hrapunova.FGUZ\Мои%20документы\Local%20Settings\Temporary%20Internet%20Files\Content.IE5\SQHCE34I\СанПиН%20Самый%20последнийФ%5b1%5d.doc#sub_1000#sub_1000) и 2 настоящих правил.

С целью создания оптимальных условий проведения лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельных помещений могут увеличиваться.

3.7. В МО, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые).

3.8. Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам света. Продолжительность инсоляции следует принимать с учетом требований санитарных норм по инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий.

3.9. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна, ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи). В помещениях класса чистоты А и Б солнцезащитные устройства должны размещаться между рамами или снаружи окон. Солнцезащитные устройства, размещенные внутри помещений с асептическим режимом, должны быть выполнены из материалов, устойчивых к моющим и дезинфицирующим средствам.

Не допускается размещение рекламных конструкций, затеняющих световые проемы, размещение световой рекламы на фасадах медицинских стационаров, на которые выходят окна палатных отделений круглосуточного пребывания.

Уровни суммарной засветки окон палат от рекламной или декоративной подсветки, уличного освещения не должны превышать гигиенически нормативы.

3.10. При планировке зданий не допускается размещение под окнами палат помещений травматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемное отделение (за исключением зданий, оборудованных закрытыми помещениями для въезда санитарного транспорта), а также тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, к которым имеется подъезд автомашин для проведения погрузочно-разгрузочных работ.

3.11. Уровни шума в палатах не должны превышать гигиенические нормативы для жилых и общественных зданий.

3.12. Для приема, лечения и временной изоляции пациентов с инфекционными заболеваниями или подозрением на них, оборудуются приемно-смотровые боксы, боксы, боксированные палаты.

3.13. Помещения, в которых предусматривается транспортировка на каталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы шириной не менее 120 см (для существующих ЛПО - не менее 110 см).

3.14. В МО, где проводятся парентеральные манипуляции с применением многоразового медицинского инструмента, следует предусматривать центральные стерилизационные отделения (ЦСО), площадь и состав которых определяется профилем и мощностью учреждения.

3.15. При проектировании прачечных при МО производительность прачечной в смену следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на 1 койку (в случае круглосуточного пребывания лиц по уходу добавляется 1 кг), 4,0 кг сухого белья на 1 новорожденного или ребенка грудного возраста, 0,4 кг сухого белья на 1 посещение амбулаторно - поликлинического учреждения.

3.16. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов(нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала)осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфекционных средств (далее по тексту – ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки обработки белья в медицинских учреждениях.

3.17. В рамках производственного контроля проводится контроль качества стирки белья.

3.18. В МО небольшой мощности, допускается устройство мини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток) в составе не менее двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

3.19. В стационарах следует предусматривать дезинфекционное отделение, состав и площадь которого определяется количеством обрабатываемых постельных принадлежностей, одежды, белья, кроватей.

При отсутствии собственного дезинфекционного отделения дезинфекция постельных принадлежностей, одежды, белья может проводиться в других организациях, имеющих дезинфекционные камеры.

3.20. МО должны иметь раздельные туалеты для больных и персонала, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену. В подразделениях инфекционного, в т.ч. туберкулезного профиля, независимо от их мощности, предусматриваются раздельные туалеты для пациентов и персонала.

3.21. Во вновь строящихся и реконструируемых МО для пациентов при палатах предусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, унитазом, душем. Двери в санузлах для пациентов должны открываться наружу.

3.22. Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия для прохождения инженерных коммуникаций и проводок должны быть грызунонепроницаемыми.

**4. Требования к внутренней отделке помещений**

4.1. Для внутренней отделки используются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими и дезинфицирующими средствами. При использовании панелей их конструкция также должна обеспечивать гладкую поверхность.

4.3. Покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведены под плинтуса или возведены на стены. Швы, примыкающих друг к другу листов линолеума, должны быть пропаяны.

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и другие).

Полы в операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях должны быть антистатическими.

Полы в вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

4.4. В помещениях классов чистоты А и Б покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть гладкими, влагостойкими, устойчивыми к применению моющих и дезинфицирующих средств.

4.5. В помещениях с влажностным режимом (душевых, ванных залах и пр.), в «грязных» помещениях (помещения разборки и хранения грязного белья, временного хранения отходов и других) отделка должна обеспечивать влагостойкость на всю высоту помещения. Для покрытия пола следует применять водонепроницаемые материалы.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних керамической плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

4.7. Допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

**5. Требования к водоснабжению и канализации**

5.1.  Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие МО должны быть оборудованы водопроводом, канализацией, горячим водо­снабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответ­ствовать требованиям санитарных правил. При наличии собственного источника водо­снабжения водопотребление медицинской организации возможно при наличии санитар­но-эпидемиологического заключения о соответствии водного объекта санитарным пра­вилам и условиям безопасного для здоровья населения использования водного объек­та.

5.2. Очистка и обеззараживание сточных вод от МО должна осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирую­щих эффективную очистку и обеззараживание сточных вод. При отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды медицинской организации должны подвергаться очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

5.3. С целью предупреждения засорения канализационных систем здания в помещениях для приготовления гипса следует предусмотреть установку гипсоотстойника.

Отвод сточных вод из помещений грязевых процедур, грязевой кухни и других помещений грязелечебницы должен осуществляться через специальные трапы в сборный грязеотстойник.

Для очистки производственных сточных вод из здания пищеблока в больницах на 500 коек и более следует предусмотреть установку (вне здания) жироуловителей.

5.4. Для вновь строящихся и реконструируемых МО на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено резервное горячее водоснабжение. Для действующих МО в качестве резервного источника допускается использование водонагревательных устройств.

5.5. Во врачебных кабинетах, комнатах для персонала, санитарных комнатах, санитарных узлах, туалетах, в материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных, санитарных комнатах должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды в точках разбора детских и психиатрических палат, душевых, санузлов для пациентов не должна превышать 37°С.

В палатах или шлюзах при палатах вновь строящихся зданий устанавливаются умывальники.

5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (в строящихся и проектируемых МО) и других помещениях, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, а также секционные следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Такие же краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделениях, клинико-диагностических и бактериологических лабораториях, в лабораторных помещениях МО судебно-медицинского и патолого-анатомического профиля, а также в санпропускниках, в шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала.

5.7. В палатах новорожденных устанавливаются раковины с широкой чашей и с высокими смесителями.

5.8. В кабинетах, где проводится обработка медицинских изделий, многократного применения, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).

5.9. Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.

5.10. Санитарные комнаты палатных отделений должны быть оборудованы устройствами для обработки, сушки и хранения суден, клеенок.

5.11. Для удобства пациентов в санитарных узлах при палатах конструкция душевых кабин может предусматривать слив без установки душевых поддонов или душевых поддонов без бортиков.

5.12. В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии, ожоговых и т.п.) при температуре горячей воды в точках разбора (душевые сетки) ниже 60 градусов рекомендуется применять дополнительные средства защиты (специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этих учреждениях осуществляется 2 раз в год, точка отбора - перед поступлением в распределительную сеть. В случае снижения температуры горячего водоснабжения в точках выхода до 55оС и ниже, контроль на наличие Legionella pneumophila и Legionella spp. проводится ежемесячно до момента восстановления температурного режима до уровня выше 65о С.

При температуре горячей воды выше 65 градусов и холодной воды ниже 20 градусов микробиологический контроль не проводится.

**6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений**

6.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать нормируемые параметры микроклимата и чистоты воздушной среды помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключающую адсорбированные пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов. Их следует размещать у наружных стен, под окнами. Расположение нагревательных приборов у внутренних стен в палатах не допускается. Конструкция и установка нагревательных приборов должна обеспечивать свободный доступ для санитарной и дезинфекционной обработки;

При устройстве ограждений отопительных приборов должен быть обеспечен свободный доступ для текущей эксплуатации и уборки.

6.3. В системах центрального отопления МО в качестве теплоносителя используется вода с температурой в нагревательных приборах 70-85о С. Использование других жидкостей и растворов в системах отопления не допускается.

6.4. Здания МО должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и/или естественным побуждением.

6.5. В МО общей площадью не более 500 кв.м., в помещениях класса Б и В (кроме малых операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии, палат для имуннокомпрометированных больных) допускается естественное проветривание через оконные проемы.

6.6. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы. Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования осуществляется ответственным лицом организации или другой специализированной организацией. Один раз в год проводится проверка эффективности работы вентиляции спе­циализированной организацией с оформлением акта выполненных работ, текущие ре­монты (при необходимости), а также очистка и дезинфекция систем механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования.

6.7. Система вентиляции производственных помещений МО, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от вентиляции жилого дома.

6.8. При эксплуатации систем вентиляции должны быть обеспечены нормативные требования к уровням шума и вибрации.

6.9. Классы чистоты, допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды, допустимая температура и рекомендуемые кратности воздухообмена помещений медицинских организаций принимаются в соответствии с приложением 3.

В помещениях классов А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. В помещениях классов В и Г золотистый стафилококк не нормируется.

Предельно допустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственных помещений представлены в приложении 4.

6.9. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" помещений в "чистые".

6.10. Кратность воздухообмена определяется исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты, температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха в палатах и лечебно-диагностических кабинетах принимается от 0,1 до 0,2 м/сек. В помещениях класса чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60%.

Температура и организация воздухообмена в помещениях принимается в соответствии с приложением 3.

6.11. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех лечебно-диагностических помещениях, за исключением помещений чистоты класса А и помещений без естественного освещения, должна быть предусмотрена возможность естественного проветривания.

Допускается также отсутствие естественного проветривания в помещениях, оснащенных системой автоматического контроля микроклимата (система «климат-контроль»).

6.12. Самостоятельные системы приточно-вытяжной вентиляции предусматриваются для помещений операционных, реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий, секционных. Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений, кроме помещений чистоты класса А.

6.13. Во все помещения воздух подается в верхнюю зону. По медицинскому заданию на проектирование в операционных, палатах для ожоговых и других иммунокомпрометированных пациентов строящихся и реконструируемых медицинских организаций рекомендуется воздух подавать сверху однонаправленным (ламинарным) воздушным потоком в зону операционного стола (кровати).

Удаление воздуха предусматривается из верхней зоны, кроме операционных, наркозных, реанимационных, родовых и рентгенопроцедурных, в которых воздух удаляется из двух зон: 40%-из верхней зоны и 60% - из нижней зоны (60см от пола).

6.14. При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями, вытяжка организуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов в жидком азоте должны оснащаться самостоятельной системой вытяжной вентиляции и аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.

6.15. В асептических помещениях приток должен преобладать над вытяжкой. В помещениях инфекционного профиля вытяжка преобладает над притоком.

6.16. В целях обеспечения постоянных показателей заданных параметров воздуха приточно-вытяжная система вентиляции помещений чистоты класса А должна работать в непрерывном режиме.

6.17. Запорные устройства (в том числе обратные клапаны), должны устанавливаться на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патолого-анатомического и судебно-медицинского профиля, а также в других помещениях, для исключения несанкционированного перетока воздуха.

6.18. В инфекционных, в том числе туберкулезных отделениях, вытяжные вентиляционные системы должны оснащаться устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки (Н11-Н14).

6.19. Боксы и боксированные палаты оборудуются автономными системами вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений, возможно объединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции.

6.20. В существующих зданиях, при отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность обеззараживания (инактивации) по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

21.Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие) допускается только в боксах с системой механической приточно-вытяжной вентиляции, при этом фильтр (устройство обеззараживания) должен быть установлен на выходе воздуховода удаляемого воздуха из бокса.

6.22. Забор наружного воздуха для систем вентиляции и кондиционирования производится из чистой зоны на высоте не менее 2 м от поверхности земли до низа воздухозаборной решетки. Наружный воздух, подаваемый приточными установками, подлежит очистке фильтрами грубой и тонкой очистки.

6.23. Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на высоту не менее 0,7 м. Допускается выброс воздуха на фасад здания после очистки фильтрами соответствующего назначения.

6.24 Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б должен подвергаться очистке и обеззараживанию, устройствами, эффективность обеззараживания (инактивации) которых на выходе не менее 99% - для класса А и 95% для класса Б, что соответствует эффективности фильтров (H11-H14). Фильтры высокой очистки подлежат замене не реже 1 раза в 6 месяцев, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

6.25 Помещения класса чистоты А и Б оснащаются устройствами по обеззараживанию воздуха внутри помещения, обеспечивающими иннактивацию микроорганизмов и нормативные микробиологические параметры воздуха для помещений различного функционального назначения, изложенные в приложении 3.

6.26. Для обеспечения нормируемой температуры и влажности воздуха в помещениях чистоты классов А и Б необходимо предусматривать кондиционирование воздуха с использованием систем и оборудования, разрешенных для этих целей в установленном порядке. По заданию на проектирование возможно оснащение системами кондиционирования помещений класса В.

6.27. Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы не допустить перетекания воздуха между палатными отделениями, между палатами, между смежными этажами. При входе в палатное отделение/секцию, операционный блок, реанимационное отделение предусматривается шлюз с устройством вентиляции.

6.28. В 1-2-х местных палатах с санузлами вытяжка удаляемого воздуха организуется из санузла. При большем числе коек в палате вытяжка осуществляется и из палаты, и из санузла.

6.29. В целях поддержания комфортной температуры воздуха в кабинетах врачей, палатах, административных и вспомогательных помещениях допускается применение сплит-систем, при условии проведения очистки и дезинфекции фильтров и камеры теплообменника в соответствии с рекомендациями производителя, но не реже одного раза в 3 месяца. Допускается также использование для этих целей панели лучистого тепла (охлаждения).

6.30. В душевых, санитарных узлов, помещений для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом предусматривается естественная канальная или вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока.

6.31. Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палат интенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичных помещений лечебных учреждений не должны превышать предельно-допустимые концентрации, приведенные в приложении 4.

6.32. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимые, приведенные в приложении 3.

6.33. Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилатами, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и другими) должны быть оборудованы, местными вытяжными устройствами.

Выброс отработанного воздуха от местных вытяжных устройств осуществляется самостоятельными каналами. Местные отсосы, удаляющие воздух из разных помещений, но с одинаковыми вредностями могут быть объединены в одну систему вытяжной вентиляции.

6.34. Для размещения оборудования систем вентиляции следует выделить специальные помещения, раздельные для приточных и вытяжных систем. Канальное вентиляционное оборудование возможно размещать за подшивным потолком в коридорах и в помещениях без постоянного пребывания людей.

6.35. Воздуховоды приточной вентиляции и кондиционирования должны иметь внутреннюю несорбирующую поверхность, исключающую вынос в помещения частиц материала воздуховодов или защитных покрытий.

6.36. Воздуховоды систем приточной вентиляции (кондиционирования воздуха) после фильтров высокой эффективности (Н11-Н14) или устройств обеззараживания воздуха выполняются из нержавеющей стали или других материалов с гладкой, коррозионностойкой, не пылящей поверхностью.

6.37. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности. Использование вентиляционных камер не по прямому назначению запрещается. Уборка помещений вентиляционных камер должна проводиться не реже 1 раза в месяц, а воздухозаборных шахт не реже 1 раз в полгода. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.38. Во всех помещениях чистоты класса А, предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры.

В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

6.39. Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга в пределах одного помещения.

6.40. Продухи чердачных и подвальных помещений должны быть защищены от проникновения грызунов, птиц и синантропных насекомых.

6.41. Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 минут.

6.42. Администрацией МО организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже 1 раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды, не реже 1 раз в год.

6.43. Допускается рециркуляция воздуха для одного помещения при условии установки фильтра высокой эффективности (Н11-Н14) или других устройств обеззараживания воздуха с добавлением наружного воздуха по расчету для обеспечения нормативных параметров микроклимата и чистоты воздуха.

6.44. При наличии централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха в целях профилактики внутрибольничного легионеллеза микробиологический контроль данных систем на наличие легионелл проводится 2 раза в год. Кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и сплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

6.45. Для обеззараживания и очистки воздуха в помещениях класса чистоты А и Б применяется оборудование, прошедшее оценку соответствия.

**7. Требования к естественному и искусственному освещению**

7.1. Помещения с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условии обеспечения нормируемых показателей микроклимата и кратности воздухообмена допускается размещать:

а) технические и инженерные помещения (тепловые пункты, насосные, компрессорные, вентиляционные камеры, дистилляционные, мастерские по эксплуатации зданий, серверные);

б) помещения персонала (помещения для занятий персонала, конференц-залы, помещения отдыха, приема пищи, выездных бригад, гардеробные, санузел);

в) помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архивы, кладовые и хранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, центральные бельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в том числе для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, центральных стерилизационных, дезинфекционных отделений, помещения хранения тел умерших, траурный зал, баллистические лаборатории, помещения обработки медицинских отходов, санитарные пропускники, санитарные комнаты, клизменные;

г) кабинеты и помещения восстановительного и физиотерапевтического лечения (тренажерные залы, массажные кабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безыгольной рефлексотерапии, кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерации грязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения), кабинеты ультразвуковой и лучевой диагностики и терапии и комнаты управления при них.

д) операционные, предоперационные, стерилизационные и моечные (без постоянных рабочих мест), секционные, предсекционные, монтажные диализных аппаратов и аппаратов искусственного кровообращения, процедурные эндоскопии, помещения приема, регистрации и выдачи анализов, боксы для лабораторных исследований без постоянных рабочих мест, процедурные функциональной диагностики.

7.3. В подвале допускается размещать помещения, перечисленные в пунктах: 7.2 а – 7.2 г.

7.4. В цокольном этаже с заглублением не более метра допускается размещать кабинеты приема врачей при соблюдении нормируемого значения коэффициента естественного освещения (КЕО).

7.5. В МО уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным нормам и правилам ([приложение 5](file:///C:\Documents%20and%20Settings\Hrapunova.FGUZ\Мои%20документы\Local%20Settings\Temporary%20Internet%20Files\Content.IE5\SQHCE34I\СанПиН%20Самый%20последнийФ%5b1%5d.doc#sub_8000#sub_8000)).

7.6. В помещениях без естественного освещения или с недостаточным естественным освещением необходимо предусматривать компенсаторные мероприятия:

- повышение уровня искусственной освещенности на 1 ступень;

- использование ламп дневного света с естественной цветопередачей.

7.7. Коридоры, используемые в качестве рекреаций, должны иметь естественное торцевое или боковое освещение.

7.8. Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип лампы принимаются в соответствии с действующими нормами.

7.9. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

7.10. Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следует применять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения), устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола.

7.11. В каждой палате, должен быть специальный светильник ночного освещения, установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в детских и психиатрических отделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола).

7.12. Во врачебных смотровых кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного со спектром света, приближенным к дневному.

7.13. В целях обеспечения нормативных параметров искусственной освещенности рабочие места персонала оборудуются светильниками местного освещения.

7.14. Освещение на рабочих местах с компьютерной техникой должно соответствовать санитарным правилам, устанавливающим гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам, организации работы и другими действующими нормативными документами.

**8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию**

8.1. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в четырех - коечных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2 - 3-коечных палатах должно быть не менее 1,2 м.

Расстояние между сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатах восстановительного лечения - не менее 1,2 м.

В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкаф для хранения личных вещей пациентов.

8.2. Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать и свободный доступ к пациенту и доступность для уборки, эксплуатации и обслуживания.

8.3. Рабочие места персонала должны быть устроены с учетом эргономических требований.

8.4. Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условий размещения, и используемое в ходе приема врача, может быть установлено непосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинете терапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога).

8.5. Каждое отделение должно быть оснащено средствами малой механизации (каталками, креслами-каталками, тележками для лекарств, белья, пищи, отходов) в необходимом количестве в зависимости от коечной вместимости и профиля отделения.

8.6. Кладовые для хранения белья оборудуются полками с гигиеническим покрытием, доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуются стеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а при необходимости - приемными люками, пандусами или подъемными механизмами.

8.7. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.8. В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться исправная медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой без дефектов и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

8.9. Требования к изделиям медицинской техники (ИМТ) и изделиям медицинского назначения (ИМН).

8.9.1. Изделия медицинской техники в зависимости от степени риска развития неблагоприятных последствий для медицинского персонала и потребителей при их эксплуатации, подразделяются на следующие типы, определяющие их последующую гигиеническую оценку и необходимые меры безопасности:

- низкой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, не превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения; не требующие принятия специальных мер безопасности и не представляющие опасности для пользователей при применении в соответствии с требованиями, указанными в нормативной документации (инструкции по эксплуатации и т.п.); изделия могут использоваться как в условиях профессионального применения, так и в быту;

- средней степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения, но не превышающие предельно допустимых величин, установленных для производственных воздействий; изделия могут использоваться в условиях профессионального применения без специальных ограничений; запрещается использование в быту;

- высокой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для производственных воздействий, способные вызывать развитие профессиональных или производственно обусловленных заболеваний при несоблюдении требований безопасности, изложенных в нормативной документации (инструкциях по эксплуатации); изделия могут использоваться только в условиях профессионального применения с соблюдением комплекса мер защиты и безопасности, обеспечивающих максимальное снижение риска для персонала (защита временем, расстоянием, средства коллективной и индивидуальной защиты, периодические медицинские осмотры, инженерные меры обеспечения безопасности, производственный контроль).

8.9.2. Изделия медицинской техники и медицинского назначения используемые в медицинской и фармацевтической деятельности должны проходить санитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую их соответствие действующему законодательству в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (приложение 6).

8.9.3. Проведение испытаний и санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценки изделий медицинской техники (ИМТ) и медицинского назначения (ИМН) осуществляется в установленном порядке.

8.9.3.1. К оборудованию высокого риска относится томографы для проведения исследований методом ядерного магнитного резонанса (МТР). На рабочих местах в отделении (кабинете) МРТ проводится инструментальный контроль уровней электромагнитных полей (ПМП, ЭМП от персональных компьютеров), уровней шума, освещенности, параметров микроклимата:

- при вводе в эксплуатацию (уровень напряженности постоянного магнитного поля - в помещении диагностической (в зонах выполнения технологических операций по укладке пациентов и проведению диагностических исследований обслуживающим персоналом, определение зоны с повышенными уровнями), в пультовой на рабочем месте оператора, в смежных помещениях в расчетных зонах контролируемого доступа; уровень шум - в помещении диагностической при различных режимах работы оборудования (оценивается воздействие на пациентов при проведении разных видов исследований (сканирований), в помещении пультовой (в режиме сканирования с учетом времени воздействия на персонал), в помещениях, смежных с диагностической и технической комнатой, в которых есть нормируемые по шуму рабочие места);

- при проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах;

- при организации производственного контроля с периодичностью, установленной по каждому фактору: электромагнитные поля – 1 раз в 3 года, уровни шума и освещенности - 1 раз в год, параметры микроклимата - 2 раза в год.

8.9.4. Фактические значения контролируемых показателей ИМТ и ИМН изложены в приложении 7.

8.9.5. Установленные при испытаниях и гигиенической оценке ИМТ и ИМН фактические значения контролируемых показателей не должны превышать допустимых значений, установленных в приложении 7.

В случаях, когда уровни физических факторов, генерируемые изделиями медицинской техники, превышают допустимые значения, указанные в приложении 7 настоящего документа (изделия средней и высокой степени риска), то такие ИМТ должны использоваться только в условиях профессионального применения, а их оценка должна проводиться на соответствие предельно допустимых уровней (ПДУ) физических факторов, установленных для производственных воздействий с обязательным определением комплекса мер защиты персонала, обеспечивающим безопасную эксплуатацию ИМТ.

8.9.6. Концентрации вредных химических веществ, дезинфицирующих и стерилизующих агентов, биологических факторов, выделяющихся в воздушную среду при работе изделий медицинской техники, не должны превышать предельно допустимых концентраций (ПДК) и ориентировочных безопасных уровней воздействия (ОБУВ), установленных для атмосферного воздуха.

# **9. Гигиенические требования к организации труда и профилактика инфекционных заболеваний среди медицинского персонала**

9.1 Персонал МО должен проходить предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) и периодические медицинские осмотры (1 раз в год).

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение предварительных и периодических осмотров. По окончании прохождения лицом, предварительного или периодического осмотра медицинской организацией оформляются заключение по результатам осмотра.

9.1.1. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (уч.ф. N 025/у-04, уч.ф. № 063/у), личную медицинскую книжку (в случаях предусмотренных законодательством), и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ИСМП.

9.1.2. При прохождении предварительных и периодических осмотров медицинский персонал должен быть обследован врачами дерматовенерологом, оториноларингологом, стоматологом и инфекционистом

(по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических медицинских осмотрах), а также проходит следующие исследования:

- рентгенография грудной клетки;

- крови на сифилис;

- мазки на гонорею;

- на носительство возбудителей кишечныхинфекций и серологическое обследование на брюшной тиф проводится при поступлении на работу и в дальнейшем – по эпидпоказаниям.

В зависимости от выявленной у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

9.1.3. Обследование медицинского персонала родильных домов (отделений), перинатальных центров, отделений патологии новорожденных, недоношенных, детских больниц (отделений), хирургических стационаров (отделений), на носительство золотистого стафилококка и других условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

9.1.4. Обязательному медицинскому освидетельствованию при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год) с целью выявления ВИЧ-инфекции подлежат:

- медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) центров по профилактике и борьбе со СПИДом, специализированных отделений и структурных подразделений, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

- научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, производств по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека;

- медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля;

- персонал лабораторий, осуществляющий обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

9.1.5. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обязательному обследованию на вирусные гепатиты В и С 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, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических   стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том  числе процедурных, прививочных),   клинико-диагностических лабораторий, персонал   станций   и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов.

9.2. Не допускаются к работе лица с активными формами туберкулеза, а также персонал детских и акушерских МО, имеющий большие остаточные явления после перенесенного туберкулеза легких.

Персонал МО, обслуживающих детей и подростков, переболевший туберкулезом, допускается к работе после констатации клинического излечения.

Врачи, средний и младший медицинский персонал медицинских организаций, обслуживающих взрослое население, участвующие в непосредственной работе с пациентами до завершения эффективной интенсивной фазы химиотерапии.

Решение о допуске к профессиональной деятельности принимает врачебная комиссия МО.

9.3. К работе не допускается медицинский персонал с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний.

9.5. В МО должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).

9.6. Профилактическая иммунизация персонала МО проводится в соответствии с национальным и региональным календарями профилактических прививок, а также календарем прививок по эпидемиологическим показаниям.

9.7. Плановой вакцинации против гепатита В подлежат все работники медицинских организаций. Ревакцинации против вирусного гепатита В каждые 5 лет подлежат медицинские работники, получившие полный курс вакцинации, путем введения одной бустерной дозы препарата согласно инструкции по его применению.

9.8.. Иммунизация медицинского персонала против дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет, независимо от возраста.

9.9. Иммунизации против кори подлежат работники медицинских организаций в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям (при контакте с больным) независимо от возраста, не болевшие корью и не привитые против этой инфекции или привитые однократно.

9.10. На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а так же шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены в приложениях 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11.

9.11. Условия труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования должны соответствовать гигиеническим требованиям.

9.12. При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования действующих санитарных правил[[1]](#footnote-1).

9.13. Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установках должны соответствовать требованиям действующих санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров.

9.14. Не допускается использование медицинского оборудования, в том числе наркозного, являющегося источником выделения вредных веществ без отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров.

9.15. Работа с вредными химическими веществами (цитостатики, психотропные средства, химические реактивы) в процедурных, аэрозольно- ингаляционных кабинетах, лаборантских, зуботехнических лабораториях и других аналогичных помещениях предусматривается при условии использования местных вытяжные устройств.

9.16. Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих МО в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции следует предусматривать устройство обеззараживания воздуха рециркуляционного типа.

9.17. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

В оперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках.

9.18. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизовано и раздельно от белья больных.

9.19. Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения; в учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции.

9.20. В подразделениях хирургического и акушерского профиля сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

9.21. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

9.22. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями (контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами) у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

9.23. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом.

9.23.1. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

9.23.2. Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м2 на 1 вешалку (крючок) гардеробной. Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 м2 на 1 шкаф.

9.23.3. Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины.

9.24. В составе подразделений следует предусматривать санузлы для персонала. Один санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не более 15 чел.

9.25. В МО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

9.26. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.

9.27. На рабочем месте запрещено принимать пищу.

9.28. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами МО не допускается.

9.29. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся следующие мероприятия:

9.29.1. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом.

9.29.2. Руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом.

9.29.3. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта.

9.29.4. При попадании биологических жидкостей на слизистую оболочку носа и глаза - обильно промыть их водой (не тереть).

9.29.5. При уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем.

9.30. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в клеенчатом мешке направить для стирки с дезинфекцией в больничную прачечную.

9.31. При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.32. В случае возможного инфицирования медицинского персонала ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С, в возможно короткие сроки после контакта проводится обследование на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лица, которое может являться потенциальным источником заражения, и медицинского работника, получившего травму.

По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В, назначение и прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ в соответствии с действующими нормативными документами.

**10. Санитарно-эпидемиологические особенности**

**подразделений различного профиля**

10.1. Приемные отделения стационаров.

10.1.1. Эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, включая гипсовую перевязочную, кабинеты врачей и прочие).

10.1.2. Приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении проводится взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций. Пациент находится в приемно-карантинном отделении (или боксе) до получения результатов исследования.

10.1.3. В инфекционных стационарах (отделениях) для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в отделении: до 60 коек - 2 бокса; 60 - 100 коек - 3 бокса; свыше 100 коек - 3% от числа коек.

10.1.4. В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5%, а количество приемно-смотровых боксов - 2% от числа коек терапевтического профиля и 4% от числа коек хирургического профиля.

10.2. Палатные отделения стационаров неинфекционного профиля, в том числе дневных.

10.2.1. Минимальную площадь палат МО следует принимать в соответствии с  [приложением](file:///C:\Documents%20and%20Settings\Hrapunova.FGUZ\Мои%20документы\Local%20Settings\Temporary%20Internet%20Files\Content.IE5\SQHCE34I\СанПиН%20Самый%20последнийФ%5b1%5d.doc#sub_1000#sub_1000) 1.

10.2.2. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/ палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование.

10.2.3. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

10.2.4. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 процедурных.

10.2.5. В палатных отделениях оборудуется буфетная, с моечной для столовой посуды. Столовая предусматривается заданием на проектирование.

10.2.6. По заданию на проектирование для тяжело больных могут предусматриваться ванные комнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным для гигиенической обработки больных.

10.2.7. При проектировании отделений для инвалидов-колясочников, кроме настоящих правил, следует руководствоваться санитарными правилами, устанавливающими гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы и другими действующими нормативными документами.

10.2.8. В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора).

10.2.9. Дневные стационары могут быть предусмотрены в составе медицинских организаций стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. В дневных стационарах с продолжительностью пребывания пациентов более 4 часов предусматривается помещение для подогрева и приема пищи.

В дневных стационарах, расположенных в зданиях с палатными отделениями стационара, поток пациентов дневного стационара приравнивается к амбулаторно-поликлиническому и должен быть отделен от стационарных пациентов.

10.2.10. В дневных стационарах при хосписах, а также при учреждениях психиатрического и психо-неврологического профилей количество коек может быть меньше количества мест за счет оборудования вместо палат помещений для отдыха больных.

10.2.11. В существующих зданиях, при отсутствии санузлов, приближенных к палатам, количество унитазов предусматривается из расчета не менее 1 унитаза на 10 женских коек и 15 мужских

10.3. Палатные отделения хирургического профиля.\*

10.3.1. Состав и площадь помещений отделений определяется в зависимости от числа и профиля коек.

10.2.2. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 процедурных.

10.3.3. В отделениях с двумя палатными секциями перевязочные предусматриваются в каждой секции.

10.3.4. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.

10.3.5. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;

- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;

- перевязка пациента проводится в палате;

- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;

- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

10.4. Особенности размещения и устройства операционных блоков, операционных.

10.4.1. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционные для неотложной хирургии могут размещаться в составе приемных отделений.

При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

10.4.2. В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную.

Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока "красной чертой".

10.4.3. Вход персонала других отделений за "красную черту" запрещен. При необходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

10.4.4. В операционные блоки предусматриваются раздельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациенты доставляются через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора оперблока.

10.4.5. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

10.4.6. В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

10.4.7. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

10.4.8. Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводу постоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран/полостей).

10.4.9. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

10.5. Отделения реанимации и интенсивной терапии

10.5.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений МО.

10.5.2. В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксированная палата).

10.5.3. Отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведения баротерапии - лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое в специальных аппаратах - кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельным подразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочих отделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования, но не должна быть менее 20 кв.м. Расстояние барокамеры от стены не менее 1 м, между двумя барокамерами - 1,5 м. Полы в барозале выполняются из антистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючие материалы. Барозал, предназначенный для проведения парентеральных манипуляций, относится к помещениям с асептическим режимом (класс Б). Воздух подлежит обеззараживанию.

10.6. Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры.\*

10.6.1. Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения.

10.6.2. В составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение для обработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещать перед родовыми палатами или между ними.

10.6.3. В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.

10.6.4. Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

10.6.5. Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 материнских коек.

10.6.6. В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами.

10.6.7. Допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц.

10.6.8. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений обсервационного приема с отдельным входом.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых обсервационное отделение в структуре учреждения не выделяется. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат.

10.6.9. Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационаров, при соответствующей планировочной изоляции.

10.6.10. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным.

10.7. Палатные отделения стационара для лечения детей

10.7.1. В стенах и перегородках, отделяющих детские палаты (без матерей) от коридоров, а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 лет следует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяются заданием на проектирование.

10.7.2. Вместимость палат для детей до 1 года (кроме новорожденных) должна быть не более чем на 2 койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 коек.

10.7.3. В отделениях второго этапа выхаживания и отделений для детей до 3 лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей, фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи приходящих родителей.

10.7.4. В детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица может устанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода.

10.7.5. В детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты.

10.8. Отделения для лечения инфекционных больных.

10.8.1. Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением.

10.8.2. Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Суммарное количество  инфекционных коек в ЛПО | Количество боксов  (не менее) | | Количество боксированных  палат (не менее) | |
| На 1 койку (в %) | На 2 койки  (в %) | На 1 койку (в %) | На 2 койки (в %) |
| До 60 | 25 | 25 | 15 | 35 |
| 61-100 | 15 | 25 | 4 | 56 |
| Более 100 для взрослых | 4 | 8 | 6 | 82 |
| Более 100 для детей | 10 | 10 | 15 | 65 |

10.8.3. В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

10.8.4. В целях профилактики распространения туберкулеза с учетом высокой устойчивости и длительностью сохранения возбудителя во внешней среде перепрофилирование медицинских организаций для лечения больных туберкулезом запрещается.

10.9. Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами, реципиентов отделений трансплантологии).

10.9.1. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек. Больные распределяются по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течении заболевания и цикличности заполнения палат.

10.9.2. Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

10.9.3. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями приложения 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

10.9.4. По заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматривается помещение/палата для пребывания лиц по уходу.

10.10. Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.

10.10.1. Отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общим для всех структурных подразделений организации, за исключением отделений инфекционного профиля.

10.10.2. Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), проводят в соответствии с санитарными правилами по требованиям к электромагнитным полям в производственных условиях.

10.10.3. Физиотерапевтическая аппаратура устанавливается в изолированных кабинах, каркасы которых выполняются из пластмассовых или деревянных стоек либо из металлических (никелированных) труб, свободных от заземления (изоляция от стен и пола).

10.10.4. В кабине допускается размещение не более одного аппарата. Кабина должна иметь следующие размеры: высота стоек – 2,0 м, длина – 2,2 м, ширина – 1,8 м. При использовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторов мощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м.

10.10.5. Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в том числе и с универсальным расположением конденсаторных пластин излучателей, требуют организации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью с микропроводом.

10.10.6. Требования к размещению и эксплуатация лазерных аппаратов и приборов в МО определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для аппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется. Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отельных кабинетах, оснащенных наружным табло «Не входить, работает лазер», знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2-4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.

10.10.7. В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения солярия следует предусматривать в соответствии с руководством пользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 кв.м.

Пациенты должны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимо использовать дезинфицирующие средства для очищения акриловых стекол, подушек для головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикального солярия – также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожи пациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуются пост медицинской сестры (оператора).

10.10.8. Кабинеты, использующие аэроионизирующее оборудование (электрические аэроионизаторы, гидроаэроионизаторы, галогенераторы, галокамеры, спелеоклиматические камеры, электростатические фильтры), а также кабинеты гипокситерапии не допускается размещать в жилых зданиях. Рабочее место персонала оборудуется за пределами лечебных помещений, которые оборудуются механической системой вентиляции. Кратность воздухообмена определяется по расчету для обеспечения гигиенических показателей.

10.10.9. Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться преимущественно на первом этаже. В кабинетах предусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание. Принимается площадь 4 кв. м на человека, но кабинет не менее 10 кв.м. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 кв.м.

Между сеансами устраивается перерыв для проветривания (10 минут). После окончания рабочей смены предусматривается уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств, а также дезинфекция воздуха.

10.10.10. При кабинете гидроколонотерапии предусматривается туалет.

10.11. Эндоскопические отделения.

10.11.1. В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные, помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта и нижних отделов пищеварительного тракта, выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта, а также мочевыводящих путей предусматривается туалет.

10.11.2. Для соблюдения противоэпидемического режима, эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

10.12. Отделения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), других вспомогательных репродуктивных технологий

10.12.1. Состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью учреждения. Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представлены в приложении 1.

10.12.2. Помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование.

10.12.3. В помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другого водосодержащего сантехнического оборудования. Предусматривается приточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуется датчиками для контроля содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены из рабочего помещения в места постоянного присутствия персонала.

10.13. Отделения гемодиализа

10.13.1. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным больным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентов предусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей. Минимальные площади помещений, в том числе вспомогательных, отражены в приложении 1.

10.13.2. В отделении гемодиализа предусматриваются клинико-диагностическая экспресс лаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии.

10.13.3. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматриваются отдельные залы и оборудование.

10.13.4. Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

10.13.5. Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе должны быть привиты против гепатита В.

10.13.6. Процедуры детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, экстракорпоральная гемокоррекция и др.) проводятся в условиях процедурного кабинета.

10.14. Отделения лучевой диагностики.

10.14.1. Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с требованиями норм радиационной безопасности и санитарных правил устройства и эксплуатации помещений для работы с источниками ионизирующих излучений.

10.14.2. Магнитно-резонансный томограф (МРТ) может размещаться в составе отделения лучевой диагностики.

Диагностическую МРТ кабинетов (отделений) не допускается размещать смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами для беременных, детей и кардиологических больных.

Техническое помещение МРТ не допускается размещать смежно с палатами круглосуточного пребывания пациентов.

Перед входом в отделение МРТ необходимо размещать предупреждающие и запрещающие знаки (знак Р11 «Запрещение работы (присутствия) людей со стимуляторами сердечной деятельности» знак W13 «Внимание. Магнитное поле»).

В технической документации производителя на аппарат МРТ должны быть представлены типичные линии распределения уровней постоянного магнитного поля (далее ПМП), создаваемого аппаратом в диагностической и прилегающих к ней помещениях.

Рабочие места (рабочие зоны) обслуживающего персонала в помещении диагностической и пультовой рекомендуется размещать в зонах с минимальными уровнями ПМП.

Экранирование осуществляется с помощью клетки Фарадея с учетом мощности томографа. Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностической должна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающих помещениях до допустимых значений (приложение 8).Оценка и нормирование ПМП осуществляется по уровню магнитного поля дифференцированно, в зависимости от времени его воздействия на работника за смену для условий общего (на все тело) и локального (кисти рук, предплечье) воздействия.

В случае выхода линии зоны контролируемого доступа (зона магнитной индукции ≥ 0.5мТ, в которой не допускается нахождение пациентов с кардиостимуляторами и другими типами имплантированных электронных стимуляторов) за пределы стен и перекрытий помещений отделения (кабинета) МРТ необходимо проведение измерений ПМП в этих смежных помещениях для уточнения фактической «Зоны контролируемого доступа». Участки в смежных помещениях, где регистрируются уровни магнитной индукции ≥ 0.5мТ, должны быть обозначены предупреждающими знаками, изолироваться и контролироваться с целью предотвращения нахождения там пациентов и персонала с кардиостимуляторами и другими типами имплантированных электронных стимуляторов. В случае невозможности изоляции и контроля таких зон следует изменить назначение помещений.

Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещения и диагностической, должна быть выполнена в соответствии с расчетами акустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования по шуму в смежных помещениях (приложения 9 и 10). Оценка уровней шума, воздействующего на медицинский персонал в помещениях диагностической и пультовой, проводится с учетом поправок на продолжительность времени воздействия шума. Расчет производится для уровней звука или уровней звукового давления в каждой октавной полосе.

Для предотвращения вредного воздействия повышенных уровней шума и электромагнитных полей необходимо учитывать функциональные и конструктивные особенности оборудования (рекомендуется использовать аппараты, имеющие дистанционное управление столом, центровкой и программой запуска сканирования, обеспечивающие минимальное время нахождения обслуживающего персонала в зонах с повышенными уровнями ПМП без подключения катушек обслуживающим персоналом внутри отверстия магнита), маркировать зоны с уровнями ПМП, превышающими ПДУ для общего воздействия с учетом времени нахождения в данной зоне за смену, заранее планировать последовательность выполнения различных исследований в течение смены для минимизации количества замен катушек, вести журнал регистрации диагностических процедур с указанием количества замен катушек в смену на каждого сотрудника и времени (хронометраж), необходимого для замены катушки и укладки пациента в условиях повышенного уровня ПМП, при входе в диагностическую использовать средства индивидуальной защиты органов слуха требуемой эффективности.

Лица, не достигшие 18-летнего возраста, и беременные женщины допускаются к работе в условиях воздействия ЭМП, если интенсивность ЭМП на рабочих местах не превышает ПДУ, установленных для населения.

10.14.3. Размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должны соответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования. Каждая ультразвуковая диагностическая установка должна размещаться в отдельном помещении. В помещении кабинета ультразвуковой диагностики не следует размещать электроприборы, которые могут вызывать помехи при работе ультразвуковой аппаратуры. Стены в помещениях кабинета ультразвуковой диагностики следует окрашивать в светлые тона, запрещается облицовка стен керамической плиткой.

Уровни контактного ультразвука, воздействующего на руки медицинского персонала, не должны превышать предельно допустимый уровень для диапазона рабочих частот 1,0 - 31,5 МГц. Температура боковых поверхностей датчиков, предназначенных для соприкосновения с руками медицинского персонала, не должна превышать 40 °С.

Рабочее место врача УЗИ следует размещать таким образом, чтобы ВДТ медицинского оборудования был ориентирован боковой стороной к световому проему, а естественный свет падал преимущественно слева.

Освещение не должно создавать бликов на поверхности экрана. Освещенность поверхности экрана не должна быть более 300 лк. Коэффициент пульсации не должен превышать 5%.

Предельно-допустимые уровни воздушного ультразвука представлены в приложении 11.

Для защиты рук от неблагоприятного воздействия контактного ультразвука в твердых, жидких, газообразных средах, а также от контактных смазок необходимо применять перчатки (наружные резиновые и внутренние хлопчатобумажные).

При систематической работе с источниками контактного ультразвука в течение более 50% рабочего времени необходимо в течение рабочей смены устраивать два регламентированных десятиминутных перерыва для проведения лечебной гимнастики.

10.15. Отделения переливания крови (ОПК)

10.15.1. Отделения переливания и заготовки крови должны размещаться на первом этаже здания, отдельно от инфекционных кожно-венерологических, фтизиатрических отделений, кухонь, прачечных, котельных и иметь подъездные пути для автомашин, удобные подходы для доноров, персонала больницы и ОПК.

10.15.2. В случае размещения ОПК в отдельно стоящем здании оно должно находиться в зоне неинфекционных корпусов и иметь не менее 15-метровые разрывы от других зданий и красной линии улицы. Между отдельно стоящим зданием ОПК и лечебным корпусом целесообразно иметь утепленный переход.

10.15.3. Состав помещений ОПК определяется технологическим процессом и мощностью учреждения.

В составе ОПК следует предусмотреть помещения для доноров (вестибюль-гардеробная, регистратура, ожидальная, туалет для доноров), для размещения лабораторий (предварительных анализов крови, ПЦР-лаборатории, определения групповой и резус -принадлежности крови доноров, апробации сыворотки крови на маркеры инфекционности, серодиагностики сифилиса и определения маркеров  вирусного гепатита В, билирубина, антител к вирусу СПИД), операционный блок (операционная на 2 донорских места, операционная для плазмафереза на 2 донорских места, бокс с предбоксом для отделения плазмы крови, центрифужная, отсек для оказания, медицинской помощи донорам, предоперационная для персонала с   местом для маркировки флаконов), комната хранения и выдачи крови и других трансфузионных сред, стерилизационная для        обеззараживания забракованной крови

10.16. Подразделения скорой и неотложной помощи.

10.16.1. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

10.16.2. Для работы станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусматривается следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

10.17. Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

10.17.1. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть сблокировано с лечебным корпусом стационара.

10.17.2. В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, выдача тел умерших).

10.17.3. Для обеззараживания воздуха помещения секционных оборудуются бактерицидными облучателями закрытого типа или установками обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

10.17.4. В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол (в том числе для вскрытия инфицированных трупов), с запасным наружным входом.

10.17.5. Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.

10.17.6. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключающих туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяются защитные костюмы.

10.17.7. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы должны храниться в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий.

10.17.9. В бюро судебно-медицинской экспертизы отделение экспертизы живых лиц располагается в изолированном отсеке, с самостоятельным входом.

10.18. Лабораторные подразделения.

10.18.1. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий.

10.18.2. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

10.18.3. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения) определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами 3-4 групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней. Микробиологические лаборатории, проводящие исследования с ПБА III - IV групп, должны иметь 2 входа: один - для сотрудников, другой - для доставки материала на исследование; допускается получение материала через передаточное окно. На входной двери микробиологической лаборатории должны быть международный знак "Биологическая опасность".

Доставка материала в лаборатории из сторонних организаций осуществляется через самостоятельный вход.

10.18.4. Работа с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу.

10.18.5. Летучие химические вещества хранятся в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранятся в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания, кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10-20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

10.19. Амбулаторно-поликлинический прием.

10.19.1. В территориальных амбулаторно-поликлинических учреждениях мощностью до 100 посещений в смену (в том числе в офисах врача общей практики), а также в специализированных амбулаторно-поликлинических учреждениях неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические, онкологические) допускается наличие общей вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использование диагностических отделений и отделений восстановительного лечения.

10.19.2. Вход детей в территориальные поликлиники организуется через фильтр - бокс. В поликлиниках может предусматриваться игровая.

10.19.3. Для организации приема семейного врача или врача общей практики в минимальном наборе помещений предусматриваются: холл с зоной рекреации и отдельным входом, кабинет врача, процедурная, перевязочная, смотровая, комната персонала, туалет.

10.19.4.При организации приема семейного врача и врача общей практики на базе амбулаторно-поликлинического учреждения используются существующие кабинеты учреждения.

10.19.5. Кабинеты приема врача (фельдшера) без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики и лечения, парентеральных вмешательств могут использоваться по временному графику, утвержденному руководителем организации, при этом не допускается использование по графику кабинетов для приема взрослого и детского населения, кабинетов инфекционного, в т.ч. фтизиатрического, венерологического, микологического профиля.

10.20. Прием косметолога-терапевта

10.20.1. Оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушения целостности кожных покровов, в том числе с применением физиотерапевтических методов лечения проводится в кабинете врача косметолога. В случае применения инъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.

10.21. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).

10.21.1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации ФАПов изложены в главе VI.

10.22. Здравпункты предприятий и учреждений.

10.22.1. Состав и площадь помещений определяется заданием на проектирование с учетом численности обслуживаемого контингента и видами медицинской деятельности. Помимо медицинских кабинетов предусматриваются бытовые помещения для персонала. В здравпунктах соблюдаются правила противоэпидемического режима в соответствии с требованиями настоящих правил.

|  |
| --- |
| 10.23. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)  10.23.1. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – грязная, чистая и стерильная. К грязной зоне относятся помещения приема и очистки изделий медицинского назначения, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы. К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход персонала в стерильную зону осуществляется через шлюз. Рекомендуется, с учетом мощности ЦСО, использование моечного и стерилизационного оборудования проходного типа.  10.24. Дезинфекционные отделения |

10.24.1. Дезинфекционные отделения (далее – дезотделения) предназначены для:

- централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств,

- камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря,

- дезинфекционной обработки кроватей.

10.24.2. Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: «грязную», где ведутся работы с инфицированными вещами, и «чистую», где работают с продезинфицированными вещами, и иметь два самостоятельных входа – один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой – для приема инфицированных вещей. Дезотделения желательно размещать в нижних этажах, в т.ч. подземных.

10.24.3. Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля

10.24.4. Для обработки кроватей и комплектации их чистыми постельными принадлежностями в составе дезотделения целесообразно предусматривать станции обработки кроватей. МО Центральные станции обработки кроватей предусматриваются для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производятся в грязной зоне отделения. В чистой зоне производится комплектация чистой кровати чистым мягким инвентарем и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Рекомендуется размещать центральную станцию обработки кроватей в нижних этажах (в т.ч. подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с основными потребителями – палатными отделениями.

10.25. Помещения сбора и обеззараживания отходов

10.25.1. В каждом подразделении следует предусматривать санитарные комнаты или помещения временного хранения медицинских отходов классов Б, В и Г, где их хранят в отдельных контейнерах или мешках по классам отходов с последующей доставкой в больничный блок централизованного обеззараживания отходов.

10.25.2. Больничный блок централизованного обеззараживания отходов может быть встроенным или отдельно стоящим. Помещения этого блока следует разделять на две зоны:

– «грязную», к которой относятся помещение приема и временного хранение поступающих медицинских отходов, помещение обработки отходов, оборудованное установками по обеззараживанию/обезвреживанию отходов классов Б и В, помещение мойки и дезинфекции. При хранении этих отходов более 24 ч следует предусматривать холодильное оборудование. При небольших объемах возможно временное хранение поступающих отходов и их обеззараживание в одном помещении;

– «чистую», к которой относятся помещения хранения обеззараженных/обезвреженных отходов, вымытых и обеззараженных средств перемещения отходов (возможно совместное временное хранение в одном помещении), склад расходных материалов, комната персонала, санузел.

10.25.3. Высота помещений блока по обработке отходов зависит от габаритов устанавливаемого оборудования, но должна быть не менее 2,6 м. Помещение приема и обеззараживания должно быть оборудовано умывальником, поливочным краном и трапом.

В производственных помещениях поверхность стен, пола и потолков должна быть гладкой, устойчивой к воздействию влаги, моющих и дезинфицирующих средств. Потолки должны окрашиваться влагостойкими красками, позволяющими влажную уборку. Покрытие пола должно выполняться из влагостойких материалов, не скользких и устойчивых к механическому воздействию.

10.25.4. Возможно использование установок для обработки сортированных и не сортированных отходов с последующим брикетированием, что уменьшает эпидемиологическую опасность для персонала и пациентов.

**11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря**

11.1. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

11.2. Администрация МО организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно - гигиенического режима и технологии уборки. Проведение инструктажа должно быть задокументировано.

11.3. Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

11.4. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;

- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

11.5. Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

11.6. При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

11.7. Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, уборочный материал, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки мопов и другого уборочного материала устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

11.8. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

11.9. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

11.10. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

11.11. В день проведения генеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.

11.12. При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня, двух родзалов (в боксированном родблоке) - поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства»

11.13. Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

11.14. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

11.15. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках − на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой (за исключением случаев применения средств, не требующих смывания в соответствии с инструкцией по их применению), а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

11.16. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

11.17. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

11.18. Использованную ветошь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства и подвергают стирке. Другой уборочный инвентарь подвергают дезинфекции способом протирания раствором дезинфицирующего средства».

11.19. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов. Не допускается хранение уборочного инвентаря для туалетов вместе с уборочным инвентарём для других структурных подразделений.

11.20. Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.

11.21. Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии:

- воздействие постоянных электрических полей позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

- применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров, как встроенных в систему вентиляции, так и в виде специальных установок;

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, импульсных установок, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей. Необходимое число облучателей для каждого помещения определяется расчетным путем с учетом объема помещения, типа и производительности установки. Экспозиция облучения рассчитывается согласно действующим нормам и регистрируется в журнале учеты работы облучателя. Суммарный срок эксплуатации не должен превышать указанный в паспорте производителя. При использовании в кабинетах бактерицидных облучателей открытого или комбинированного типа выключатели должны быть выведены за пределы помещений.

- воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок.

11.22. Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки в МО должен соблюдать настоящие правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в МО определены пунктом 15 главы I настоящих правил.

11.23. Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должно проводиться незамедлительно.

11.24. Сбор грязного белья осуществляется в закрытую тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

11.25. Белье, загрязненное выделениями, по возможности освобождают от выделений, обеззараживают в отделении в специально выделенных емкостях, после чего в мокром виде в клеенчатых мешках отправляют в прачечную больницы, где стирают по технологии обработки инфицированного белья. При отсутствии в отделениях необходимых условий, допускается обеззараживание белья непосредственно в прачечной больницы.

Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

По окончании обеззараживания белья в помещении проводят дезинфекцию.

11.26. Не допускается стирка необеззараженного белья инфекционных больниц (отделений) в коммунальных прачечных.

11.27. В стационарах и поликлиниках предусматриваются центральные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в том числе встроенных. Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха.

11.28. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

11.29. Стирка белья должна осуществляться в прачечных, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинского учреждения или прачечной в составе медицинской организации. В коммунальных прачечных, должна быть выделена отдельная технологическая линия (отдельные машины) для стирки белья медицинских организаций.

11.30. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

11.31. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки, одеяла, одежда пациента должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке.

При использования для покрытия матрацев чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. камерная обработка не требуется.

Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента.

В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

11.32. В строящихся и реконструируемых МО следует предусматривать помещение для обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

11.33. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений (в том числе технических) от ремонтируемых. При ремонте пищеблоков питание пациентов и персонала обеспечиваются другими организациями общественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.

11.34. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в МО осуществляются в соответствии с санитарными правилами по обращению с медицинскими отходами.

11.35. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, медицинские изделия назначения однократного применения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

11.36. МО должна быть обеспечена необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокалываемые, и другое).

11.37. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (через каждые 50 м) должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

11.38. В МО не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами специализированными организациями.

**12. Гигиена рук медицинских работников и кожных покровов пациентов**

12.1. В целях профилактики ИСМП обеззараживанию подлежат руки медицинских работников и кожные покровы пациентов. В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет обработку рук по одному из способов − гигиенической обработки рук или обработки рук хирургов (а также других лиц, участвующих в выполнении оперативных вмешательств). Для удаления загрязнений и сопутствующего снижения микробной контаминации рук осуществляют гигиеническое мытье рук мылом (в том числе с антимикробными свойствами) и водой.

Для обработки рук используются средства, разрешенные для применения в установленном порядке.

12.2. Кожные покровы пациентов подлежат обеззараживанию перед медицинскими манипуляциями (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов). Для удаления загрязнений пациенты моют руки мылом и водой способом двукратной последовательной обработки. После контакта с участками кожных покровов (по периферии повязки и др.) или слизистыми оболочками, а также предметами, опасными в отношении распространения микроорганизмов – возбудителей ИСМП, пациенты обеззараживают руки кожным антисептиком.

12.3. Администрация медицинской организации организует обучение, разрабатывает и активно внедряет систему приверженности гигиене рук медицинских работников и пациентов.

12.4 Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – стерильные тканевые.

12.5. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья, обеззараживания рук и средствами по уходу за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость медицинскими работниками.

12.6. Гигиеническая обработка рук.

12.6.1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;

- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами;

- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

- после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

- перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

12.6.2. Гигиеническая обработка рук проводится спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению кожным антисептиком (без предварительного мытья рук). Гигиеническая обработка обеспечивает снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня. Для нанесения на кожу рук антисептика используют дозаторы (диспенсеры).

12.6.3. Гигиеническую обработку рук проводят способом втирания антисептика в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.7. Гигиеническое мытье рук осуществляет при наличии на руках загрязнений. Для гигиенического мытья рук применяют жидкое мыло (в том числе с антимикробными свойствами), которое наносят на руки с помощью дозатора (диспенсера). При гигиеническом мытье рук обращают особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой) одноразового использования.

12.8. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор (локтевой или на фотоэлементах) после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Нельзя доливать средство в дозатор! Эпидемиологически обосновано использование антисептика в одноразовых упаковках.

12. 9. Использование перчаток.

12.9.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей. Перчатки надевают только после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

12.9.2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому.

12.9.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п., во избежание загрязнения рук, тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), удаляют видимые загрязнения, затем снимают перчатки. Использованные перчатки дезинфицируют и удаляют как медицинские отходы класса Б. Руки дважды обрабатывают антисептиком.

12.9.4. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток следует использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки.

12.9.5. При выполнении ряда манипуляций при приеме родов (ручное отделение последа и др.) применяют перчатки с удлиненной манжетой.

12.9.6. При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности.

12.9.7. Кольчужные перчатки используют при оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в т.ч. на костях (травматология, хирургия).

12.9.8. При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки.

12.9.9. При интраоперационной внутриполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать хирургические перчатки из синтетических эластомеров (полихлоропрен, нитрил).

12.10. С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и т.д.) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки.

12.11. При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.:

* снять перчатки;
* вымыть руки мылом под проточной водой;
* тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;
* обработать спиртсодержащим кожным антисептиком (70% спиртом) дважды.

12.12. Обработка рук хирургов.

12.12.1. Обработку рук хирургов проводят все участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в два этапа:

I этап - мытье рук мылом и водой, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий способом втирания в кожу (до его полного высыхания).

12.12.2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в инструкциях/методических указаниях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки

12.12.3. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

12.13. Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук при выполнении соответствующих манипуляций.

12.14. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т. п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100-200 мл) с кожным антисептиком.

12.15 Обеззараживание кожных покровов пациентов

12.15.1. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целости кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

12.15.2. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

12.15.3. Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

12.15.4. Обработку операционного поля проводят путем протирания до полного увлажнения стерильными марлевыми салфетками, смоченными спиртсодержащим кожным антисептиком в соответствии с рекомендациями по его применению.

12.15.5. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

12.16. Для ограничения операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

12.17. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой).

12.17.1. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной спиртсодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика.

12.18. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.19. Для санитарной обработки (общей или частичной) кожных покровов пациентов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие моющими и дезинфицирующими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

**13. Требования к правилам личной гигиены пациентов**

13.1. При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижаму/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде.

Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных нормативными документами.

13.2. В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

13.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки.

Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

13.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4-5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.

Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически (по мере загрязнения) до прекращения выделений из ран.

13.5. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.

13.6. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

**14. Требования к организации питания пациентов**

14.1. Пищеблок МО следует размещать в отдельно стоящем здании, которое может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование и оснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

14.2. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать требованиям технических регламентов и санитарным правилам.

14.3. Состав и планировка помещений пищеблоков МО должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд в соответствии с требованиями к общественному питанию[[2]](#footnote-2)

14.4. Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов, чистой и грязной посуды.

14.5. Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам и сопровождаться документами, удостоверяющими их происхождение, качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности продукции. Для контроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

14.6. Продукты следует хранить по видам продукции: сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия и др.); хлеб; мясные, рыбные; молочно-жировые; гастрономические; овощи и фрукты. Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям санитарных правил.

14.7. В холодильных камерах/холодильниках должны строго соблюдаться правила товарного соседства. Сырые и готовые продукты следует хранить отдельно. В небольших учреждениях, имеющих одну холодильную камеру, а также в камере суточного запаса продуктов, допускается их совместное кратковременное хранение с соблюдением условий товарного соседства (на отдельных полках, стеллажах).

14.8. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений среди пациентов, связанных с употреблением недоброкачественной пищи:

а) не допускается принимать:

- продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих их качество и безопасность;

- продовольственное сырье и пищевые продукты с истекшими сроками годности, признаками порчи и загрязнения; подмоченные продукты в мягкой таре (мука, крупа, сахар и другие продукты.);

- крупу, муку, сухофрукты, продукты зараженные амбарными вредителями, а также загрязненными механическими примесями;

- овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;

- мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства;

- мясо и яйца водоплавающей птицы (утки, гуси);

- непотрошеную птицу;

- кровяные и ливерные колбасы;

- яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;

- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;

б) не используются:

- фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко "самоквас";

- консервированные продукты домашнего приготовления;

в) не изготавливаются на пищеблоке МО:

- сырковая масса, творог;

- макароны с мясным фаршем ("по-флотски"), блинчики с мясом, студни, зельцы, окрошка, заливные блюда (мясные и рыбные);

- яичница-глазунья;

- кремы, кондитерские изделия с кремом;

- изделия во фритюре, паштеты.

14.9. При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на одного больного.

Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания.

При разработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет.

14.10. Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами для предприятий общественного питания. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

14.11. Промывка гарниров, приготовленных из макаронных изделий и риса, не допускается.

14.12. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

14.13. Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценку органолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссия МО назначенная администрацией. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции.

Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

14.14. В целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи на пищеблоках МО отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд.

Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Суточные пробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте/ холодильнике при температуре +2 - +6°С.

Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением в течение 5 минут.

14.15. В случае использования привозного питания (услуги кейтеринга), в МО выделяется помещение для приема продукции и снятия пробы; суточная проба отбирается производителем готовых блюд в свою посуду, опечатывается и доставляется вместе с готовыми блюдами для хранения в МО в условиях указанных выше.

14.16. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения МО используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.

14.17. При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента приготовления.

14.18. При выдаче блюд в буфетных отделениях температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента приготовления.

14.19. В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и хранения посуды для транспортировки пищи и тележек из отделений. При отсутствии данного помещения допускается мытье и хранение посуды для транспортировки в моечных буфетных отделений. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны необходимых размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

14.20. Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться специализированный оборудованный автотранспорт.

14.21. При отсутствии в МО централизованного резервного ввода горячего водоснабжения, в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделений) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

14.22. Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в установленном порядке. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

14.23. В буфетных отделений должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м2) и для мытья посуды (не менее 6 м2). В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук.

14.24. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается не менее 2 моечных ванн (секций) с подводкой к ним холодной и горячей моды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).

При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

14.25. Обработка посуды и столовых приборов проводится в следующей последовательности:

- посуду освобождают от остатков пищи и моют в первой мойке (секции) с обезжиривающими или моющими средствами при температуре воды не ниже 40оС;

- ополаскивают горячей водой во второй мойке при температуре воды не ниже 65оС и просушивают на специальных полках или решетках.

В конце рабочего дня проводится обработка всей столовой посуды и приборов дезинфицирующими средствами в соответствии с инструкциями по их применению.

Чистую столовую посуду хранят в закрытых шкафах или на решетках.

14.26. Дезинфекция (обеззараживание) посуды проводится в инфекционных больницах (отделениях), и по эпидемиологическим показаниям в других стационарах (отделениях) химическим (растворы дезинфицирующих средств, в том числе в моечной машине) или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.), а также обеззараживание остатков пищи от больного по режимам для соответствующих инфекций.

14.27. Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими (моющими) средствами в горячей воде при температуре не ниже 45 оС, дезинфицируют (после химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

Не допускается использование губок из поролона или подобных пористых материалов.

14.28. После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

14.29. Не допускается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

14.30. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

14.31. В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных для передачи продуктов (с указанием их предельного количества).

14.32. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении в холодильниках отделения пищевых продуктов с истекшим сроком годности хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

14.33. В строящихся и реконструируемых МО возможна организация индивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала («таблет-питание»), при которой на раздаточной линии пищеблока для каждого пациента (сотрудника) комплектуется индивидуальный поднос с крышкой, с набором порционных блюд. Доставка питания в отделения осуществляется в специальных термо-контейнерах - тележках. Использованная посуда помещается в отдельные отсеки этих же тележек и доставляется на пищеблок.

При применении технологии системы "таблет-питания" в палатных отделениях могут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из одного помещения, которое оборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды (в случае проведения противоэпидемических мероприятий), бытовым холодильником, СВЧ-печью, электрическими чайниками.

14.34. Мытье посуды осуществляется централизованно на пищеблоке, при этом выделяются отдельные моечные для обработки кухонной посуды, столовой посуды пациентов и столовой посуды персонала, организуется также помещение для обработки тележек системы "таблет-питания".

Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.

14.35. В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до одного года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских смесей.

14.36. В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов (не более 4 часов) без организации горячего питания предусматриваются комнаты подогрева пищи (с умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи). Допускается использование одноразовой посуды.

14.37. Требования настоящего раздела распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала МО.

14.38. Требования настоящего раздела распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала МО.

**15. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий**

15.1. Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как ИСМП внутрибольничная инфекция.

15.2. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП в МО должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

15.3. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ИСМП в МО является руководитель МО.

15.4. В целях профилактики возникновении и распространения ИСМП разрабатываются план профилактических и противоэпидемических мероприятий и план производственного контроля, которые утверждаются руководителем организации.

15.5. План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

15.6. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике ИСМП осуществляет заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на заместителя руководителя МО по лечебной работе.

15.7. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога), заместитель руководителя по лечебной работе).

15.8. С целью контроля за ИСМП в МО приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ИСМП во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения.

15.9. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога), заместители руководителя МО по профильным направлениям, главная медицинская сестра, заведующие профильными отделениями, заведующий микробиологической лабораторией (врач-бактериолог), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

15.10. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в МО, координация мероприятий с руководством МО, обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделений), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

15.11. Заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога), заведующие отделениями, старшая медицинская сестра проводят инструктаж по проведению и соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников с последующей сдачей зачетов.

15.12. В МО должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).

15.13. Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

15.14. При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе подлежат профилактическому обследованию на:

- туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года);

- маркеры гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и сифилис (в случае оперативного лечения);

- дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров, результаты действительны в течение 2 недель до госпитализации);

- кишечные инфекции (пациенты детских стационаров и отделений до 2 лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течении 2 недель до госпитализации).

15.15. Дети, поступающие на стационарное лечение должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации и справку о профилактических прививках.

15.16. Для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, аналогичные обследования проводятся в условиях стационара.

15.17. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП (руководитель организации, заместитель руководителя по эпидемиологическим вопросам/врач-эпидемиолог/ заместитель руководителя по медицинской части).

**16. Требования к организации эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП)**

**16.1. Общие положения**

16.1.1. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) - согласно определению ВОЗ, любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

16.1.2. ИСМП гнойно-воспалительного характера (послеоперационные инфекции, постинъекционные инфекции, заболевания новорожденных, родильниц), подлежат учету в случаях возникновения их во время пребывания в стационаре и после выписки (приложение 12).

16.1.3. Другие инфекционные болезни (острые кишечные инфекции, воздушно-капельные инфекции, грипп, внутрибольничные пневмонии и др.) учитываются как ИСМП в случае внутрибольничного заражения.

16.1.4. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

16.1.5. Учету и регистрации подлежат ИСМП в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, согласно перечню предусмотренному приложением 12

и формой федерального государственного статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях».

16.1.6. Специалист, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в соответствии с МКБ-10, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до заместителя руководителя МО по эпидемиологической (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога) или лечебной работе в целях своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

16.1.7. Информация о каждом случае ИСМП передается в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

16.1.8. О возникновении групповых заболеваний МО сообщает в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера.

16.1.9. В случае выявления ИСМП после выписки или перевода пациента в другой стационар, МО, выявившая ИСМП, должна передавать информацию в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, которые, в течение 12 часов передают информацию о зарегистрированных ИСМП в МО по месту предполагаемого инфицирования.

**16.2. Требования к организации эпидемиологического надзора за ИСМП.**

Эпидемиологический надзор за ИСМП  – система непрерывного слежения за эпидемическим  процессом и его детерминантами  для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по  предупреждению возникновения и распространения ИСМП.

16.2.1. Эпидемиологический надзор за ИСМП, организацией и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляет заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога), при его отсутствии - заместитель главного врача по лечебной работе.

16.2.2. Эпидемиологический надзор за ИСМП в МО предусматривает:

* обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;
* проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости, летальности, включающих, анализ по клиническим формам, возрастной структуре, отделениям, причинам возникновения ИСМП, факторам лечебного процесса (операции, роды, катетеризация, ИВЛ и др.), характеру инфицирования (эндогенный и экзогенный);
* выявление причин, групп и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП  у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;
* эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП  медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
* оценку эпидемиологической безопасности лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях, родах);
* оценку стратегии и контроль использования антибиотиков в различных отделениях и типах организаций здравоохранения;
* осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП с видовой идентификацией (типирование) возбудителей ИСМП, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение спектра устойчивости выделенных штаммов к антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим) с цельюразработки рациональной стратегии и тактики их применения;
* эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания в учреждении здравоохранения пациентов и медицинских работников;
* оценку эффективности проводимыхпрофилактических и противоэпидемических мероприятий;
* прогнозирование эпидемической ситуации.

16.2.3. На основании эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

16.2.4. Заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога) совместно с заведующими отделениями в рамках эпиднадзора:

* организует контроль за выявлением ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет;
* организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений):

- о случаях ИСМП и других инфекционных заболеваний среди пациентов, медицинского персонала;

- результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды, материалов, выделенных от пациентов;

нарушениях санитарно-эпидемиологического режима;

- расследует причины их возникновения ИСМП и информирует руководство для принятия неотложных мер;

* разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики;
* контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные;
* организует проведение микробиологического мониторинга состояния внешней среды.

16.2.5. Заместитель руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога) при его отсутствии заместитель руководителя по медицинской части совместно с заведующим структурным подразделением проводит активное выявление, а также оперативный и ретроспективный анализ ИСМП и разрабатывает предложения руководителю МО для принятия неотложных мер.

**16.3.  Требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора.**

16.3.1. Лабораторные исследования объектов окружающей среды в МО проводят в соответствии с санитарными правилами по организации и проведению производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

16.3.2. Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля по каждому отделению, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раз в 6 месяцев. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.

16.3.3. Микробиологический мониторинг осуществляется микробиологическими лабораториями стационара, при их отсутствии – по договорам с аккредитованными организациями.

16.3.4. Исследование бактериальной обсемененности воздушной среды проводят в различных помещениях МО с учетом их функционального назначения на санитарно-микробиологические показатели: КОЕ, золотистого стафилококка,

16.3.5. Объектами исследования при проведении санитарно-бактериологических бактериологического контроля являются:

* воздушная среда;
* предметы внутрибольничной среды;
* изделия медицинского назначения (медицинский инструментарий, перевязочный и шовный материал и другие) на стерильность;
* исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;
* оборудование для наркоза, аппараты для экстракорпорального кровообращения, кювезы для выхаживания новорожденных;
* грудное молоко, детские питательны смеси, растворы для питья новорожденных, масла для ежедневного туалета новорожденных;
* руки персонала стационаров, кожа операционного поля, кожа и слизистые новорожденных;
* оборудование для стерилизации;
* дезинфекционные камеры;
* химические средства для дезинфекции;
* белье;
* пищеблок (буфетные комнаты).

16.3.6. Бактериологическое исследование микробной обсемененности предметов внешней среды предусматривает определение стафилококков, бактерий группы кишечной палочки, сальмонелл, синегнойной палочки. Забор проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов.

16.3.7. По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

16.3.8. В рамках микробиологического мониторинга также проводятся исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ИСМП и определение тактики лечения.

Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов.

16.3.9. Для выявления госпитальных штаммов проводится тестированние выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам, антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим антимикробным средствам, определение активнодействующих веществ в рабочих растворах дезинфекционных средств

16.3.10. Все изделия медицинского назначения, подлежащие контролю на стерильность, направляют в микробиологическую лабораторию в упаковке, которую дополнительно заворачивают в стерильную простыню или помещают в стерильную наволочку.

16.3.11. При расследовании вспышек для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.

16.3.12. Микробиологическая лаборатория представляет лечащему врачу и заместителю руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога) при его отсутствии заместитель руководителя по медицинской части информацию о:

* количестве клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;
* количестве выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая дрожжевые грибки (отдельно по каждому из видов);
* количестве выделенных микробных ассоциаций;
* количестве микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;
* чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам.

**16.4. Требования к проведению мероприятий при выявлении инфекционного заболевания или ИСМП.**

16.4.1. При возникновении ИСМП или групповых инфекционных заболеваний заместителем руководителя МО по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога) с участием специалистов профильных отделений МО проводится комплексное эпидемиологическое расследование направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по их ликвидации.

16.4.2 Расследование причин возникновения групповых заболеваний и принятие мер по их ликвидации проводится совместно с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

16.4.3. При возникновении послеоперационных осложнений пациента переводят в отделение гнойной хирургии. При отсутствии отделения гнойной хирургии пациент должен быть изолирован в отдельную палату.

16.4.4. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;

- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;

- перевязка пациента проводится в палате;

- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;

- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

16.4.5. В родовспомогательных учреждениях в случае возникновения групповых заболеваний прекращается прием беременных и рожениц, решается вопрос о его закрытии по эпидемическим показаниям. Экстренно развертывается резервное помещение для приема рожениц и беременных. Определяется стационар для госпитализации заболевших новорожденных с максимальными условиями для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

16.4.6. При подозрении или выявлении у пациента, находящего на стационарном лечении, инфекционного заболевания он подлежит изоляции до решения вопроса о его переводе в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

16.4.7. При возникновении групповых заболеваний в стационарах соматического профиля, детских стационарах больные инфекционными болезнями заболевшие должны быть переведены в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

16.4.8. По результатам эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний.

С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в медицинских организациях

1. Общие положения

1.1. В целях профилактики ИСМП в МО осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

1.2. Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель МО, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами.

1.3 Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ИСМП: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

1.4. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий МО должны регулярно и в достаточном объеме обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации медицинских изделий стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в том числе химическими индикаторами), необходимым дезинфекционным и стерилизационным оборудованием и аппаратурой.

1.5. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными;

- для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

1.6. Профилактическая дезинфекцияосуществляется в трех формах: плановой, по эпидемиологическим и по санитарно-гигиеническим показания

1.6.1. Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в МО (при отсутствии ИСМП) с целью снижения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды, и предупреждения возможности накопления микроорганизмов; предупреждения распространения микроорганизмов через медицинские изделия, руки медицинского персонала и кожные покровы пациентов; поверхности в помещениях, приборов, оборудования, предметов ухода за больными, воздух и др., освобождения помещений МО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

1.6.2. Для профилактической дезинфекции при обработке поверхностей в помещениях применяют растворы средств на основе четвертичных аммониевых соединений в концентрациях по действующему веществу (ДВ) 0,02% и выше; на основе полимерных производных гуанидина − 0,05% и выше; на основе третичных алкиламинов − 0,01% и выше. Растворы средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты используют в концентрациях (по ДВ) 0,015 % и выше, растворы средств на основе перекиси водорода − 3,0% и выше.

1.6.3. При проведении профилактической дезинфекции поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой.

При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

1.6.4. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. – способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использо­вание моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

1.6.5. Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью предотвращения распространения возбудителей ИСМП и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Она осуществляется с учетом эпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, при необходимости – дезинсекции, дератизации).

1.7. В медицинских организациях в целях профилактики распространения госпитальных клонов (штаммов) микроорганизмов, локализации и ликвидации эпидемических инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, рекомендуется использование биологического метода дезинфекции с использованием бактериофагов.

1.7.1. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов наиболее целесообразна в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и др.) применение химических дезинфицирующих средств в которых нередко ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за жизненно важными функциями организма пациентов.

1.7.2. Для дезинфекции биологическим методом применяют препараты лечебно-профилактических бактериофагов, которые содержат комплексы поликлональных вирулентных (строго литических) бактериальных вирусов, вызывающих гибель гомологичных видов бактерий.

1.7.3. Для дезинфекции используются только жидкие препараты лечебно-профилактических бактериофагов, зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации.

1.8. Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии по методике проведения генеральных уборок.

1.8.1. Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций.

1.8.2. Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже одного раза в месяц, операционных блоков, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных – один раз в неделю.

1.8.3. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационныхпроводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

1.8.4. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

1.8.5. При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.

1.8.6. Рекомендуется проводить генеральную уборку при работающих рециркуляционных установках обеззараживания воздуха, осуществляющих контролируемую эффективность инактивации микроорганизмов за время обработки воздушного потока не менее 95%.

1.9. Очаговая дезинфекция проводится при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических организациях любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) через объекты, имевшие контакт с больными в стационаре (отделении), с их выделениями и др.

1.9.1. При очаговой дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов пациентов, при необходимости − дезинсекция и дератизация.

1.9.2. Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции.

1.10. Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у больного внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

1.10.1. В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: медицинские изделия, предметы ухода, посуда, белье, поверхности в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, при необходимости - дезинсекция и дератизация.

1.10.2. При текущей дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов пациентов

1.10.3. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре инфекционных заболеваний или ИСМП - по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

1.11. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

Для проведения профилактической и текущей дезинфекции в присутствии пациентов применяются малоопасные (IV класса опасности) дезинфекционные средства.

1.12. Заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре.

1.12.1. В ходе заключительной очаговой дезинфекции обеззараживаются поверхности в помещениях, в которых находился пациент, места общего пользования, поверхности оборудования и приборов, медицинские изделия, предметы ухода за больным, медицинские отходы.

1.12.2. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

1.12.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом протирания или орошения с помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода дезинфицирующих средства составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м2. При использовании аэрозольного метода нормы расхода определяются инструкцией по применению средства.

1.12.4. В дезинфекционных камерах обеззараживаются постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

1.12.5. Проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской. Обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного.

1.12.6. При необходимости проводится дезинсекция и дератизация.

В МО не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих санитарно-гигиеническое и эпидемиологическое значение.

1.13. Воздухв помещениях следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

* воздействие постоянных электрических полей, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;
* воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей (включая импульсные установки), в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем согласно действующим нормам;
* воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
* воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствии людей при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
* применение антимикробных фильтров.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных дезинфицирующих средств и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенных для обеззараживания воздуха в помещениях.

1.14. Мероприятия по дезинфекции водных систем МО (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха и др.) проводятся с целью профилактики распространения легионеллезной инфекции. Микробиологический мониторинг на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год для централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, систем горячего и холодного водоснабжения и ежеквартально для бассейнов.

1.15. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией (последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант из другой химической группы).

1.16. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

1.17. Хранение дезинфекционных средств допускается только в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям, в оригинальной упаковке изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения

2.1. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ИСМП: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

2.2. Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I,II настоящих правил.

2.3. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

2.4. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

2.5. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий~~,~~ касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

2.6. МО должны быть обеспечены медицинской техникой и медицинскими изделиями в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.

2.7. Медицинские изделия после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

2.8. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное − с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза, при этом средства должны быть тестированы на Mycobacterim terrae, в микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

2.9. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

2.8 При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств медицинские изделия погружают в рабочий раствор средства (или готовое к применению средство) (далее – «раствор») с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

2.9 Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения медицинского изделия в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

2.10 Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

2.11. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

2.12. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в ЦСО, при их отсутствии этот этап обработки осуществляют в процедурных кабинетах отделений МО.

2.13. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб, разрешенных к применению в установленном порядке, на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

2.14. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО) − 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке − 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

2.15. Стерилизации подвергают все медицинские изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

2.16. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

2.17. Стерилизацию медицинских изделий осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при их отсутствии - в отделениях МО.

2.18 Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.19. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационной очистки) обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85 °С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

2.20. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило используют, для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, и доступные методы стерилизации.

2.20.1. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие~~м~~. Не применяют средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (ЧАС, гуанидины, третичные амины), фенолов и спиртов, которые спороцидным действием не обладают.

2.20.2. Во избежание разбавления рабочих растворов, в том числе используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

2.20.3. При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

2.21. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению в установленном порядке средства. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники пароформалиновых камер и озоновых стерилизаторов.

2.22. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

2.24. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

2.25. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно. При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами

2.26. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

2.27. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, прогоревшими фильтрами.

2.28.Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки. Плотность заполнения коробки - 2/3 объема.

2.29. Инструменты должны комплектоваться на определенный вид манипуляции. Недопустимо вкладывать внутрь коробки изделия больших размеров (лотки, свернутая клеенка).

2.30. Большие коробки небходимо укладывать к задней стенке парового стерилизатора (автоклава).

2.31. Стерилизационные коробки с ватой следует ставятся на расстоянии не менее 15 см от дверцы автоклава, вдали от крана подачи пара.

2.32. Стерилизационные коробки и другие упаковки необходимо вынимать на стол, накрытый стерильной простыней, и после выгрузки накрывать другой стерильной простыней и так хранить до полного их остывания. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить только после их полного остывания.

К коробкам прикрепляется бирка с указанием даты и времени стерилизации. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

2.33. Стерильные изделия в одноразовых упаковках для доставки в отделения необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнера), предотвращающие загрязнение и механическое повреждение при транспортировке.

Транспортировочные коробки перед укладкой стерильных изделий в упаковках необходимо застилать стерильными пеленками. Укладывать упаковки для транспортировки следует так, чтобы в нижней части находились массивные изделия, а сверху - из пористых и легких материалов.

Многоразовые контейнеры перед использованием необходимо дезинфицировать.

2.34. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Упаковки на полках укладывать в один слой.

Не допускается хранение стерильных упаковок и стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

2.35. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

* стерилизации изделий растворами химических средств;
* при стерилизации металлических инструментов термическими методами инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

2.36. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер − на стерильном столе не более 6 часов..

2.37. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы.

2.38. При размещении в коробке нескольких индивидуальных упаковок их используют не более чем в течение 6 часов после их вскрытия. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время стерилизации, а также дату и время вскрытия.

2.39. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

2.40. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.41. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

2.42. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

2.43. Не допускается использование простерилизованных медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

2.44. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

2.45. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

2.45.1. Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами:

* физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов);
* химическим (с использованием химических индикаторов);
* бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами.

2.45.2. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

2.45.3.Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения – не реже 1 раза в месяц.

2.46. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

2.47. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

2.48. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

III. Профилактика внутрибольничных инфекций

в стационарах (отделениях) хирургического профиля

1. Общие положения

1.Заведующий отделением хирургического профиля входит в состав комиссия по профилактике ИСМП МО и несет ответственность за организацию и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий в отделении.

2. Требования к условиям труда и личной гигиене медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Эпидемиологический надзор

2.1. Эпидемиологический надзор за ИСМП, организацией и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляет в соответствии с разделом 1.

2.2. В стационарах хирургического профиля к внутрибольничным послеоперационным инфекциям относят гнойно-воспалительные заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до года.

2.3. При хирургических вмешательствах отмечаются следующие виды инфекций:

а) *поверхностная инфекция разреза* возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:

* гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
* выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
* имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны и другие);

б) *глубокая инфекция в области хирургического вмешательства* возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

* гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;
* выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
* спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка (> 37,5 °С), локализованная боль или болезненность;
* при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);

в) *инфекция полости/органа* возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

* гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;
* выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;
* лихорадочное состояние;
* при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе).

2.4 Информация о каждом пациенте с выявленной ИСМП предусматривает:

* дату рождения;
* отделение;
* дату поступления;
* перенесенную(ые) операцию(ии) ;
* дату(ы) операции(ий) ;
* время начала и окончания операции(ий) ;
* оперировавших хирургов;
* номер операционной;
* номер палаты;
* дату заболевания;
* дату регистрации (выявления) ВБИ;
* тип чистоты операции (класс раны);
* оценку тяжести состояния пациента;
* данные микробиологических исследований;
* диагноз в соответствии с МКБ-10;
* наличие инфекции иной локализации.

2.5. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собирать информацию о всех прооперированных пациентах, вне зависимости от наличия или отсутствия у них ИСМП в послеоперационном периоде.

2.6. Возникновение или подозрение на ИСМП у пациента и персонала является показанием к проведению микробиологических исследований.

2.7. Забор материала следует проводить непосредственно из патологического очага до начала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойных процессов.

2.8. Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

2.9. При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и другом целесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

2.10. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

2.11. При проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ИСМП и определение тактики лечения. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.

2.12. Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.13. Оперативный и ретроспективный анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ИСМП.

2.14. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневного учета по первичным диагнозам.

2.15. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости их коррекции.

2.16. Анализ заболеваемости ИСМП проводится с учетом:

* сроков возникновения заболевания после операции;
* места проведения операции (номер операционной);
* длительности операции;
* времени, прошедшего с момента поступления до операции;
* продолжительности пребывания в стационаре;
* профилактического применения антибиотиков;
* типа чистоты операции (класса раны);
* оценки тяжести состояния пациента.

2.17. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП предусматривает:

* анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
* анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
* сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
* изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
* анализ оперативных вмешательств;
* распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);
* анализ данных о формировании госпитальных штаммов;
* определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ИСМП;
* анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ИСМП.

2.18. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП у пациентов выявляет фоновый уровень заболеваемости, основные источники инфекции, ведущие факторы передачи и является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

2.19. Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционных заболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, длительности операции, тяжести состояния пациента. Не рекомендуется сравнение абсолютного количества ИСМП, а также интенсивных показателей, рассчитанных на 100 операций без учета факторов риска.

2.20. В зависимости от степени контаминации раны во время операции выделяют:

* чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);
* условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения);
* загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта);
* грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции).

2.21. Риск развития ИСМП для чистых ран составляет 1—5 %, для условно чистых – 3—11 %, для загрязненных – 10—17 % и для грязных – более 25—27 %.

2.22. Помимо интенсивных показателей заболеваемости рассчитывают показатели, позволяющие определить действие ряда факторов риска (стратифицированные показатели), – частоту инфекций:

нижних дыхательных путей на 1 000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких и структуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ);

кровотока на 1 000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов);

мочевыводящих путей на 1 000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

2.23. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в заносе в лечебную организацию и распространении ИСМП.

3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций

3.1. Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.

3.2. Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

3.3. Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

3.4. При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке, предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условиях с проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) без повторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ВБИ.

3.5. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

3.6. Порядок посещения пациентов отделения родственниками, знакомыми. устанавливается администрацией лечебной организации.

3.7. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуются отделения дневного пребывания больных (далее – ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровом отделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.

3.8. В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3.9. Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе с любым пациентом.

3.10. Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводится гигиеническая обработка рук.

3.11. Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов в соответствии с правилами, изложенными в главе I.

3.12. При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.

3.13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокалываемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры.

3.15. Пациентов с хирургической гнойно-септической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

3.16. Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

3.17. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

3.18. Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение); по жизненным показаниям из-за оперативного вмешательства – изоляции в отдельную палату.

3.19. Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами (Раздел 1).

3.20. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:

* при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
* предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;
* перевязка пациентов проводится в палате;
* при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
* после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
* после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

3.21. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

3.22. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

3.23. Медицинский персонал проводит обработку рук, операционного, инъекционного поля в соответствии с требованиями, изложенными в главе I.

3.24. Профилактическое назначение антибиотиков (антибиотикопрофилактика) является одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

3.25. При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так и возможный риск, исходя прежде всего:

* из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;
* из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;
* из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

3.26. При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.27. Антибиотики для профилактики ИСМП в большинстве случаев следует применять в тех же дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).

3.28. Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы (внутримышечное введение, местное применение – в рану) уступают по своей эффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточно эффективно.

3.29. Антибиотики для профилактики ВБИ следует вводить до (в крайнем случае во время) операции; с учетом периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ, – не ранее 2 ч до операции, в идеале – за 15—20 мин до разреза.

3.30. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

3.31. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях.

4. Профилактика внутрибольничных инфекций

в операционном блоке и перевязочных

4.1. Территория операционного блока разделяется на три функциональные зоны: неограниченная, полусвободная, ограниченная:

* неограниченная зона состоит из служебных помещений, помещений для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов «А» и «Б», использованного белья, а также технических помещений;
* полусвободная зона состоит из помещений санпропускника, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;
* ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных, стерилизационной, комнат для наркоза. Предпочтительнее предстерилизационную обработку и стерилизацию проводить в централизованном стерилизационном отделении (далее – ЦСО).

4.2. Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму.

4.3. Операционный блок оборудуют вентиляционными установками с преобладанием притока воздуха над вытяжкой.

4.4. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

* стол предварительно дезинфицируют способом протирания одним из средств, рекомендованных для дезинфекции поверхностей в помещениях;
* простыни, используемые для подготовки стерильных столов, перед стерилизацией проверяют на целость материала. При наличии повреждений их следует заменить. Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургического белья или стерильных одноразовых специальных комплектов.

4.5. Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок):

* визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целость стерилизационной упаковки однократного применения;
* проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе на стерилизационных упаковочных материалах;
* проверяют дату стерилизации;
* на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.

4.6. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя.

Категорически запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

4.7. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки (без шапочки и маски вход в операционную запрещен).

4.8. При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы её края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.

4.9. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.

4.10. При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладывают стерильные инструменты и материалы и сверху накрывают их стерильной пеленкой, сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей.

4.11. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.

4.12. Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты.

4.13.  При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Рекомендуется использование тепловлагообменников. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

4.14. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки.

4.15. Члены операционной бригады перед входом в ограниченную зону надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в главе I настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.

4.16. Хирургические халаты, используемые в оперблоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги.

4.17. При нарушении целости перчаток во время операции их необходимо немедленно заменить, а руки обработать спиртосодержащим кожным антисептиком.

4.18. При возникновении «аварийной ситуации» во время операции (нарушение целости кожных покровов рук членов операционной бригады) немедленно должны быть проведены мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции.

4.19. Для проведения операций с высоким риском нарушения целости перчаток следует надевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности.

4.20. При подготовке к работе перевязочной до начала работы проводится влажная уборка помещения перевязочной с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.

4.21. Для уборки перевязочной используют специально выделенный халат, перчатки, маску и шапочку, промаркированный инвентарь, салфетки, емкость.

4.22. После проведения уборки перевязочной медицинский персонал снимает спецодежду, моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку.

4.23. В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь две перевязочные − для проведения «чистых» и «грязных» перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие одной перевязочной. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

4.24. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

4.25. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

4.26. Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой) перед каждой новой перевязкой.

4.27. Медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости – и в фартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократного применения.

4.28. Снятие повязки проводится медицинской сестрой перевязочной в чистых (нестерильных) перчатках.

4.29. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

4.30. Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом (пинцетом).

4.31. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, халаты сбрасывают в емкость для сбора отходов класса «Б», и в дальнейшем подвергают дезинфекции и утилизации.

4.32. Инструменты многократного применения после перевязки дезинфицируют способом погружения в дезинфицирующий раствор, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации (в ЦСО – при его наличии в лечебной организации).

4.33. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. Один раз в неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций   
в отделениях реанимации и интенсивной терапии

5.1. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

5.2. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

5.3. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

5.4. После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кровать обрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах непроницаемых для влаги чехлов, их протирают растворами дезинфектантов.

5.5. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

5.6. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи).

5.7. Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используют стерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.

5.8. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.

5.9. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

5.10. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

5.11. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки спиртсодержащим кожным антисептиком и надевает стерильные перчатки.

5.12. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки или прозрачную повязку.

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую.

5.14. При появлении первых признаков инфекции катетер удаляется и направляется на бактериологическое исследование.

5.15. Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70 %-м раствором спирта перед введением иглы во флакон.

5.16. Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потоком воздуха, использованием асептической технологии.

5.17. Перед использованием флаконы с парентеральными растворами визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещины и срок годности.

5.18. Перед каждым доступом в систему персонал обрабатывает руки и место доступа кожным спиртовым антисептиком.

5.19. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

5.20. Назначение катетеризации мочевого пузыря должно производиться только по строгим клиническим показаниям.

5.21. Следует использовать только одноразовые стерильные катетеры.

5.22. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.23. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

5.24. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

5.25. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

5.26. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

5.27. Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажные системы со специальным выходом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки; промывают катетер с соблюдением принципа асептики в случаях удаления сгустков крови; не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

5.28. Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

5.29. Замену катетера производят только по строгим показаниям (например, обструкция катетера).

5.30. Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться выше уровня пола, но ниже уровня кровати пациента.

5.31. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

5.32. При использовании дыхательной аппаратуры следует удалять эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

5.33. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

5.34. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет ротоглотки.

5.35. Если возможно загрязнение респираторными секретами от пациента, следует надевать халат, который необходимо сменить при переходе к другому пациенту.

5.36. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях, трахеостомические трубки необходимо подвергать стерилизации.

5.37. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

5.38. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные отсосные катетеры однократного применения.

5.39. Следует использовать стерильные расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).

5.40. Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т. п.) производить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента.

5.41. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

6.1. В целях профилактики и борьбы с ИСМП систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ИСМП – текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями глав I и II.

6.2.  Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений хирургического стационара осуществляется в соответствии с главой 1I настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.3 Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ИСМП: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

6.4. Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

6.5. В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде.

6.6. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Рекомендуется использование тепловлагообменников.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

IV. Профилактика ИСМП внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)

1. Общие положения

1. Заведующий родовспомогательным отделением входит в состав комиссии по профилактике ИСМП МО и несет ответственность за организацию и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий в учреждении (отделении).

2. Требования к условиям труда и личной гигиене медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Организация противоэпидемического режима

2.1. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2. Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1 – 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения.

В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

2.2.2. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).

2.3. При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.4. Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.5. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.6. В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.7. После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.8. Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3 - 4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины.

2.9. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.10. Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.11. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.12. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.13. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.14. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в приложении 13

2.15. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.16. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

* соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);
* соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
* свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
* убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;
* выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
* при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику в соответствии с действующими нормативными документами.

Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.

3.Правила содержания структурных подразделений

акушерских стационаров и перинатальных центров

3.1. Приемно-смотровое отделение.

3.1.1 При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

3.1.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

3.2. Родовой блок.

3.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

3.2.2. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3.2.3. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

3.2.4. В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

3.2.5. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

3.2.6. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3.2.7. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3.2.8. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

3.2.9. Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3.2.10. Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают тёплой водопроводной водой.

3.2.11. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3.2.12. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

3.3. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

3.3.1. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.

3.3.2.Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

3.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

3.3.4. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

3.4. Палаты новорожденных.

3.4.1. Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

3.4.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по «требованию» младенца.

3.4.3. Все медицинские изделия многоразового использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации.

3.4.4.При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках для каждого новорожденного. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного. В отделениях для новорожденных должны использоваться одноразовые клизмы.

3.4.5. Для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) рекомендуется использовать инъекционный инструментарий с защитой от повторного использования.

Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных

3.4.6. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе ВУИ) в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденные с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

3.4.7. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении.

3.5. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3.5.1. В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей (2 помещения: для подготовки посуды и приготовления смесей). Кроме того, в перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

3.5.2. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, не содержащего хлорактивных компонентов».

3.5.3. Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери.

3.5.4. При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

3.5.5. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30 - 50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5 - 7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

3.5.6. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

3.5.7. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей осуществляется с использованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидких смесей.

3.6. Обсервационное отделение.

3.6.1. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

3.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

* лихорадочное состояние (температура тела 37,6°C и выше без клинически выраженных других симптомов);
* инфекционная патология, в том числе:
* острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
* острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
* ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
* туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;
* прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;
* внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
* отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
* роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

3.6.3. Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

* повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38°C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
* лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6°C), продолжающуюся более 1 суток;
* проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

3.6.4. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

3.6.5. Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

* новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;
* новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
* дети, родившиеся вне родильного дома.

3.6.6. Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

3.6.7. В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3.6.8. В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

3.6.9. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

3.6.10. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляется в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

3.7. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.

3.7.1. Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

3.7.2. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

3.7.3. В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.

3.7.4. Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

3.7.5. Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями главы I. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювеза.

3.7.6. Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

3.7.7. Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем.

Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных

3.7.8. При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

3.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно-патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

3.7.10. ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

3.7.11. Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

**4. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями**

4.1. Эпидемиологический надзор за ИСМП в родовспомогательных учреждениях и перинатальных центрах осуществляют в соответствии с требованиями, изложенными в главе 1.

5.2.Выявление и учет внутрибольничных инфекций.

5.2.1 Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

5.2.2 Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

5.2.3 Независимо от внутрибольничного или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

5.2.4 Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога.

5.3.Эпидемиологический анализ заболеваемости.

5.3.1 Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ИСМП для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

5.3.2 Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

5.3.3 Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

* даты родов;
* сроков возникновения заболевания;
* локализации патологического процесса;
* этиологии;
* видам медицинских вмешательств;
* перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
* даты выписки или перевода в другой стационар;
* длительности пребывания в стационаре.
* результатов исследование последа для прогнозирования развития ИСМП родильниц и новорожденных.

5.3.4 Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

5.3.6 Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

5.3.5 Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

* анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
* анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
* сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
* изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
* анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);
* анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;
* определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;
* анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

5.3.6. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ.

5.3.7. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

5.4. Выявление групп и факторов риска.

5.4.1 Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

* с хориоамнионитом в родах;
* с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;
* с иммунодефицитными состояниями;
* с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;
* с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
* после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);
* с кровотечениями в послеродовом периоде.

4.2 К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

* недоношенные;
* переношенные;
* родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;
* после оперативного родоразрешения;
* с врожденными аномалиями развития;
* с родовой травмой;
* с синдромом дыхательных расстройств;
* с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;
* при проведении искусственной вентиляции легких;
* родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

5.4.3 К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

5.4.4 Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.5. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

5.5.1 Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

5.5.2 К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

* факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);
* увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;
* появление генерализованных форм;
* увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
* увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
* смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
* выделение преимущественно одного вида возбудителя;
* появление микробных ассоциаций;
* увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
* возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
* рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
* рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.5.3 К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

- недостаточный состав и площадь помещений;

- перекрест технологических потоков;

- отсутствие приточно - вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:

- перегруз стационара;

- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально - техническое оснащение:

- недостаток изделий медицинского назначения, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки);

- нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств.

Нарушения противоэпидемического режима:

- несоблюдение цикличности заполнения палат;

- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

- повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

- нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

5.5.4 При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.5.5 При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

**6. Организация и проведение дезинфекционных и**

**стерилизационных мероприятий**

6.1. В целях профилактики и борьбы с ИСМП систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ИСМП – текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями глав I и II.

6.2.  Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара осуществляется в соответствии с главой 1I настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.3. В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ИСМП:

* медицинского изделия;
* руки персонала;
* кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
* предметы ухода за больными;
* кувезы (инкубаторы);
* воздух в помещениях;
* выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.);
* постельные принадлежности;
* поверхности предметов и оборудования;
* медицинские отходы и др.

6.4. Дезинфекция кувезов (инкубаторов).

6.4.1. Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

6.4.2. Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивныхсредств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

6.4.3. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезовс целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

6.4.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, прошедшими оценку соответствия в установленном порядке. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

6.4.5. Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

6.4.6. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

6.4.7. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

6.4.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.

6.4.9. По окончании обработки, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

6.5. Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

6.6. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в [приложении 13](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=104071;fld=134;dst=102492).

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

1. Общие положения

1.1. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

1.2. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения помещениях, при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.4. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

2.5. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числе радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами и пунктом 7 настоящей главы.

2.6. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальней и санузлом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

2.10. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м2, на дополнительную установку – 10 м2 (на стоматологическое кресло без бормашины – 7 м2), высота кабинетов – не менее 2,6 м.

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осущест­вляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

2.13. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в приложении 2.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1.  Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

3.2. Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и пола должны быть гладкими, без щелей.

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими разрешенными для этих целей материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, пред­операционных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

* стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5 % порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;
* полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;
* столики для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом и иметь бортики по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

4. Требования к оборудованию

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.2. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационых устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.5. Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в т. ч. по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50 % рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сезон | Температура, °С | Относительная влажность, % | Скорость движения  воздуха, м/с |
| Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и ниже) | 18—23 | 60—40 | 0,2 |
| Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и выше) | 21—25 | 60—40 | 0,2 |

5.5. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в таблице 2.

Таблица 2

Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сезон | Температура, °С | Относительная влажность, % | Скорость движения воздуха, м/с |
| Холодный и переходный | 17—25 | не более 75 | 0,2—0,3 |
| Теплый | не более 28 | не более 65 | 0,2—0,5 |

5.6. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» зон в «чистые».

5.7. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических медицинских организаций не должны превышать предельно допустимые концентрации.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 кв.м, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгнекабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям и помещениям.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.12. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

5.13. В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры или другие устройства).

5.14. Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав которого входят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а также оборудование замкнутого цикла, не требует дополнительных местных отсосов.

5.15. В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта, предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

5.16. Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать в жилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен в помещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

6. Требования к естественному и искусственному освещению

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанным в пунктах 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи).

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными норма­тивами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с главой I.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:

стоматологических светильников на стоматологических установках;

специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;

бестеневых рефлекторов в операционных;

светильников на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

7.1.1. Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критериирадиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учёт и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.

7.1.2. На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.

7.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов   
в отдельном рентгеновском кабинете.

7.2.1. Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

7.2.2. Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации.

7.2.3. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т. п.).

7.2.4. Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование).

7.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе «А»[[3]](#footnote-3)11 и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

7.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов  
 в стоматологическом кабинете.

7.3.1. В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА × мин)/неделя. Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, не требуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению, вентиляции, отоплению.

7.3.2. Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

схему размещения рентгеновского аппарата;

расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

7.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

7.3.4. Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы «А». Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

7.3.5. Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты,в местах ихнахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

7.4. Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.

7.4.1. Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

* лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
* санитарно-эпидемиологическое заключение на условия выполнения работ при осуществлении деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (ИИИ)»,
* санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;
* заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
* эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
* технический паспорт на рентгеновский кабинет;
* протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;
* протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;
* протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;
* акты проверки заземления;
* акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);
* заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы «А» предварительных и периодических медицинских осмотров;
* приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отнесении их к персоналу группы «А»;
* приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;
* документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;
* программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);
* наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
* инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;
* журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;
* карточки учёта индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы «А».

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

8.1.1. Мероприятии по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

8.2. Требования к санитарному содержанию помещений.

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 6 месяцев снаружи.

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное − с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное − с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил

8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения.

8.3.1. Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

8.3.2. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное − с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.3.3. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

8.3.4. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т. п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно − до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

8.3.6. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях – стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности.

В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

8.3.12. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб, разрешенных к применению в установленном порядке, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

8.3.13. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной − 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке − 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

* стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;
* ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;
* хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;
* лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В гласперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала и инструкцией по его применению.

8.3.21. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;

при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер − на стерильном столе не более 6 ч. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 ч после их вскрытия.

8.3.22. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лам­пами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации инструментов.

8.3.23. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

8.3.24. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

8.3.25. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

8.3.26. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий

**1. Общие положения**

1.1. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), амбулатории разворачиваются в сельской местности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматривать более мощные медицинские организации.

1.2. Все действующие ФАПы, амбулатории должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на лицензирование видам медицинской деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Ввод в эксплуатацию реконструированных ФАПов, амбулаторий подвергшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под ФАПы, осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

**2. Гигиенические требования к размещению и территории**

2.1. ФАПы, амбулатории располагают на территории жилой застройки на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке населенных пунктов.

2.2. Земельный участок должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненных территориях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферном воздухе, уровни физических факторов не должны превышать гигиенические нормы. Территория ФАПов, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена и освещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта.

2.3. Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в жилых и общественных зданиях. При размещении в жилых зданиях должен быть оборудован отдельный вход с улицы.

**3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям**

3.1. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяться заданием на проектирование. Минимальные площади представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений**

|  |  |
| --- | --- |
| ФАП с обслуживанием до 800 человек | ФАП/врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек |
| ожидальная – 10 м2;  кабинет приема – не менее 12м2 ( при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м2 );  процедурный кабинет, совмещенный с прививочным по графику работы - не менее 12 м2;  помещение для хранения лекарственных средств 4 кв. м2  помещение персонала с раздевалкой – 4-6 м2  хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, в ременное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или в шкафах вне производственных помещений  санузел | ожидальная – 12 м2;  кабинет приема – не менее 12 м;  процедурный кабинет – не менее 10 м2;  прививочный кабинет не менее 10м2;  смотровой кабинет с гинекологическим креслом – не менее 10 м2; стерилизационная -не менее 6 м2 , помещение для хранения лекарственных средств 4 кв м2 ;  помещение персонала с раздевалкой – 4-6 м2;  помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств – не менее 2 м2; помещение для хранения грязного белья не менее 2 м2, санузел |

**Примечание:** для ФАПов, амбулаторий обслуживающих население, проживающее на удаленных территориях, предусматривается помещение для временного пребывания больных до госпитализации. По заданию на проектирование набор и площади помещений могут быть расширены.

3.2. Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в цокольных этажах зданий. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений.

3.3 .Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

**4. Требования к внутренней отделке помещений**

4.1. Для внутренней отделки помещений, используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в ЛПО в установленном порядке.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов (щелей, трещин, дыр и др.), легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств.

4.3. Стены лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом, вестибюлей и других помещений рекомендуется окрашивать красками или облицовывать панелями, имеющими гладкую поверхность с герметичной заделкой швов. Для окраски потолков может применяться известковая или водоэмульсионная побелка. Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (деревянные полы, окрашенные влагостойкой краской, линолеум).

4.4. Покрытия пола не должны иметь дефектов должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены или подведены под плинтуса или, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

4.5. В помещениях с влажным режимом работы (прививочный, процедурный, санитарный узел и др.) стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения. Потолки окрашиваться влагостойкими материалами. Для покрытия пола используются водонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку влагостойкими материалами (допускается окраска масляной краской) на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

**5. Требования к водоснабжению и канализации**

5.1. Здание ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление на ФАПах, амбулаториях возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник. В исключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускается использование привозной воды в закрытых сменяемых емкостях, ежедневно подвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

5.2. Медицинские кабинеты ФАПов, амбулаторий оборудуются горячим водоснабжением от централизованного или местного источника (допускается использование электронагревательных устройств проточного или накопительного действия). На случай отключения централизованного горячего водоснабжения для процедурных, перевязочных и других функциональных помещениях, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, предусматривается резервный источник горячего водоснабжения.

5.3. В процедурных, перевязочных кабинетах должны быть установлены умывальники для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды оборудованные смесителями, дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, в которых проводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальная раковина (или оборудуется 2-х секционная раковина). В кабинетах консультативного приема, при отсутствии в здании водопровода, допускается проведение гигиенической обработки рук с помощью кожных антисептиков.

5.4. Для удаления сточных вод предусматривается система канализации (допускается использование выгребных септиков).

**6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений**

6.1. Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкую очистку.

6.3. Здание ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

**7. Гигиенические требования к естественному**

**и искусственному освещению**

7.1. Помещения ФАПов, амбулаторий с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы ламп принимаются в соответствии с действующими нормативными документами.

7.3. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

7.4. В медицинских кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного.

**8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию**

8.1. В производственных помещениях должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и средств.

8.2. Расстановка медицинского и технического оборудования должна обеспечить свободный доступ при его эксплуатации и обработке.

8.3. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.4. Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать гигиеническим требованиям.

**9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия**

9.1. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций, предусмотренные санитарными правилами.

9.2. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению, обрабатываться и храниться в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетах).

9.3. Генеральная уборка помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводится один раз в неделю.

9.4. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводится заключительная дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции.

9.5. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

9.6. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

9.7. В помещениях ФАПов, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

9.8. Изделия медицинского назначения многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации на местах.

9.9. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Допускается оборудование минипрачечной в здании ФАПа, амбулатории. Минипрачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

9.10. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляются в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

9.11. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

9.12. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть установлены на площадке с твердым покрытием, обеспечены крышками, регулярно очищаться, мыться и дезинфицироваться после каждого опорожнения.

**10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене**

**медицинского и обслуживающего персонала**

10.1. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

10.2. Санитарно-бытовые помещения для персонала ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы с соблюдением следующих требований:

10.3. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.4. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

10.5. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметь сменную одежду и обувь.

10.6. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить в перчатках.

10.7. Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

10.8. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

Приложение 1

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_

Минимальные рекомендуемые площади помещений

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № № | Наименование помещений | | Площадь (м2) |
|  | **1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости** | |  |
|  | **1.1. Палаты на одну койку** | |  |
| 1 | Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных | | 18 |
| 2 | Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок | | 12 |
| 3 | Индивидуальная родовая палата с кроватью -трансформером | | 24 |
| 4 | Индивидуальная родовая палата | | 30 |
| 5 | Для новорожденных (изолятор) | | 6 |
| 6 | Для детей до 7 лет, с круглосуточным пребыванием матерей | | 12 |
| 7 | Для взрослых или детей старше 7 лет, с сопровождающим | | 14 |
| 8 | Прочие, в том числе предродовые | | 10 |
|  | **1.2. Палаты на две койки и более** | |  |
|  | *Для взрослых и детей старше 7 лет* | |  |
| 9 | Интенсивной терапии, реанимации | | 13 |
| 10 | Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок | | 10 |
| 11 | Инфекционные, в том числе туберкулезные | | 8 |
| 12 | Психиатрические общего типа и наркологические | | 6 |
| 13 | Психиатрические надзорные | | 7 |
| 14 | Прочие, в том числе предродовые | | 7 |
|  | *Для детей до 7 лет* | |  |
| 15 | Интенсивной терапии, реанимации | | 13 |
| 16 | С дневным пребыванием матерей | | 8 |
| 17 | С круглосуточным пребыванием матерей | | 12 |
| 18 | Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок | | 9 |
| 19 | Инфекционные, в том числе туберкулезные | | 7 |
| 20 | Психиатрические общего типа | | 5 |
| 21 | Психиатрические надзорные | | 6 |
| 22 | Прочие | | 6 |
|  | *Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных* | |  |
| 23 | Интенсивной терапии для новорожденных | | 9 |
| 24 | Для детей с круглосуточным пребыванием матерей | | 10 |
| 25 | Для детей с дневным пребыванием матерей | | 8 |
|  | В палатах без пребывания матерей: | |  |
| 26 | - на 1 кроватку | | 4,5 |
| 27 | - на 1 кювез | | 6 |
|  | **2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений** |  | |
| 28 | Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и др.) | 10 | |
| 29 | Кабинет врача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинет предрейсовых/послерейсовых осмотров | 12 | |
| 30 | Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств) | 15 | |
| 31 | Кабинет врача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и др.) | 18 | |
| 32 | Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения, в том числе при кабинете врача-специалиста | 16 | |
| 33 | Перевязочная | 18 | |
| 34 | Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами | 12 | |
| 35 | Малая операционная | 24 | |
| 36 | Предоперационная при малой операционной | 6 | |
| 37 | Шлюз при малой операционной | 4 | |
| 38 | Помещение (с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативных вмешательств | 6 на 1 место, но не менее 9 | |
| 39 | Комната приготовления аллергенов | 6 | |
| 39.1 | Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре | 6 | |
| 40 | Кабинет для занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических и др.) | 18 | |
| 41 | Кабинеты электросветолечения, теплолечения, лазерной терапии,  магнитотерапии, кислородной терапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и др. | 6 на 1 место,  но не менее 12 | |
| 42 | Кабинет для занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический, гипнотарий и др.) | 4 на место, но не менее 24 | |
| 43 | Шлюз при кабинетах врачебного приема | 2 | |
| 44 | Темная комната офтальмолога | 4 | |
| 45 | Аудиометрическая кабина (кроме кабин поставляемых в виде готового изделия) | 3 | |
| 46 | Процедурная эндоскопии | 18 | |
| 47 | Помещение для мойки и обработки эндоскопов | 8 | |
| 48 | Кабинет индивидуальной условно-рефлекторной терапии | 12 | |
| 49 | Кабинет групповой условно-рефлекторной терапии | 6 на 1 место,  но не менее 20 | |
| 50 | Кабинет грязелечения, ванный зал | 8 на 1 место (ванну), но не менее 12 | |
| 51 | Кабинет ингаляционной терапии | 3 на 1 место,  но не менее 10 | |
| 52 | Процедурные галотерапии, спелеотерапии и т.п. | 6 на 1 место,  но не менее 18 | |
| 53 | Солярий вертикальный | 3 на 1 место,  но не менее 12 | |
| 54 | Солярий горизонтальный | 4 на 1 место,  но не менее 12 | |
| 55 | Зал лечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал**.** | 5 на 1 место,  но не менее 20 | |
| 56 | Зал обучения ходьбе | 36 | |
| 57 | Кабинеты механотерапии, трудотерапии | 4 на 1 место,  но не менее 12 | |
| 58 | Кабинеты массажа, мануальной терапии | 8 на 1 кушетку,  но не менее 10 | |
| 59 | Душевой зал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей) | 24 | |
| 60 | Помещения подводного душа-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн | 12 | |
| 61 | Помещение контрастных ванн | 32 | |
| 62 | Процедурная кабинета магнитно- резонансной томографии | | 25 (уточняется техническими требованиями оборудования) |
| 63 | Комната управления магнитно- резонансной томографии | | 10 |
| 64 | Подготовительная пациента при кабинете магнитно- резонансной томографии | | 4 |
| 65 | Кабинет ультразвуковой диагностики | | 12 |
|  | **3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений** | |  |
|  | **3.1. Приемные отделения** | |  |
| 65 | Фильтр-бокс детских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров | | 15 |
| 66 | Санитарный пропускник для пациентов | | 8 (с душем)  12 (с ванной) |
| 67 | Помещение (место) для хранения каталок и кресел-колясок | | 2 на каталку 1 на кресло-коляску,  но не менее 6 |
| 68 | Фильтр для приема рожениц и беременных | | 8 |
| 69 | Помещение временного хранения вещей больных | | 0,3 на 1 койку,  но не менее 6 |
| 70 | Предреанимационная | | 12 |
| 71 | Реанимационный зал | | 30 |
| 72 | Родовой бокс: | |  |
| - уличный тамбур | | 2 |
| - помещение санитарной обработки рожениц | | 12 |
| - индивидуальная родовая палата с кроватью - трансформером  -индивидуальная родовая палата | | 24  30 |
| - туалет | | 3 |
| - подготовительная с душем для персонала | | 4 |
|  | 3.2. Прочие помещения палатных отделений | |  |
| 73 | Комната для игр детей, помещение дневного пребывания для детей и взрослых | | 0,8 на койку, но не менее 12 |
| 74 | Пост дежурной медицинской сестры | | 6 |
| 75 | Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды | | 15 |
| 76 | Столовая для больных | | 1,2  на 1 посадочное место |
| 77 | Столовая для больных на креслах-колясках | | 2,5  на 1 посадочное место |
| 78 | Шлюз при палате | | 3 |
| 79 | Туалет с умывальником при палате | | 3 |
| 80 | Душевая при палате | | 3 |
| 81 | Санузел (туалет, умывальник, душ) | | 4 |
| 82 | Ванная с подъемником | | 12 |
| 83 | Клизменная | | 8 |
|  | **3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии** | |  |
| 84 | Операционная общепрофильная (в т.ч. эндоскопическая и лапароскопическая) | | 36 |
| 85 | Операционная для проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций | | 42 |
| 86 | Операционная для проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгеноперационная | | 48 |
| 87 | Предоперационная для одной общепрофильной операционной | | 10 |
| 88 | Предоперационная для двух общепрофильных (одной специализированной) операционных | | 12 |
| 90 | Помещение подготовки больного, наркозная | | 12 |
| 91 | Инструментально-материальная, помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов | | 4 на каждую операционную, но не менее 10 |
| 92 | Стерилизационная для экстренной стерилизации | | 10 |
| 93 | Помещение разборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования | | 10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4 |
| 94 | Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры | | 12, плюс 2 на каждую операционную выше 4 |
| 95 | Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры | | 8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4 |
| 96 | Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию | | 8 |
| 97 | Протокольная (предусматривается при наличии более 4-х операционных) | | 15 |
| 98 | Помещение для хранения послеоперационных отходов | | 4 |
| 99 | Помещение хранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов | | 6 |
| 100 | Перевязочная с ванной и подъемником для ожоговых больных | | 30 |
| 101 | Комната психологической разгрузки | | 18 |
| 102 | Помещение временного хранения трупов | | 6 |
|  | **3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации** | |  |
| 103 | Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры | | 14 на одно диализное место |
| 104 | Помещение водоподготовки | | 10 |
| 105 | Склад солей | | 2 на каждое диализное место, но не менее 8 |
| 106 | Кладовая растворов | | 1,5 на каждое диализное место, но не менее 8 |
| 107 | Помещение ремонта диализных аппаратов | | 12 |
| 108 | Процедурная для проведения перитонеального диализа | | 16 |
|  | **3.5. Диагностические лаборатории** | |  |
| 109 | Лаборантская (в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и др) | | 6 на каждое рабочее место, но не менее 12 |
| 110 | Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований | | 8 |
| 111 | Помещение взятия проб капиллярной крови | | 4 на каждое рабочее место, но не менее 9 |
| 112 | Лаборатория срочных анализов | | 12 |
| 113 | Автоклавная для обеззараживания | | 12 |
|  | **3.6. Отделения производственной трансфузиологии** |  | |
| 114 | Процедурная на 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазм**а**фереза | 4 на каждое кресло, но не менее 14+2 | |
| 115 | Бокс (с предбоксом) для фракционирования крови | 10 + 4 | |
| 116 | Процедурная (со шлюзом) для аутоплазмафереза | 14+2 | |
| 117 | Помещение для карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентов крови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и ее заменителей | 10 | |
| 118 | Помещение отдыха доноров | 12 | |
|  | **3.7.Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)** |  | |
| 119 | Малая операционная  -предоперационная  -шлюз для входа пациентов | | 24  8  2 |
| 120 | Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной) | | 18 |
| 121 | Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика | | 18+12 |
| 122 | Помещение сдачи спермы | | 6 |
| 123 | Криохранилище | | 10 |
|  | **3.8. Патологоанатомические отделения и бюро судебно –медицинской экспертизы** | |  |
| 124 | Помещение приема тел умерших | | 6 |
| 125 | Кладовая для хранения вещей умерших | | 4 |
| 126 | Помещение хранения тел умерших с кассетным холодильным шкафом | | определяется габаритами оборудования, но не менее12 |
| 127 | Секционная на 1 стол | | 18 на стол и 12 на каждый последующий |
| 128 | Предсекционная | | 10 |
| 129 | Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала | | 6 |
| 130 | Препараторская | | 10 |
| 131 | Фиксационная | | 6 |
| 132 | Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала | | 8 |
| 133 | Архив микропрепаратов | | 8 |
| 134 | Помещение одевания тел умерших | | 10 |
| 131 | Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ | | 6 |
| 132 | Помещение выдачи тел умерших | | 15 |
| 133 | Кабинеты врачебного освидетельствования живых лиц | | По площадям кабинетов для приема пациентов |
| 134 | Кабинет для работы с документами | | 10 |
| 135 | Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей | | 6 |
| 136 | Архив гистологического материала | | 12 |
|  | **4.Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений** | |  |
| 137 | Кабинет заведующего отделением | | 16 |
| 138 | Комната персонала | | 12 |
| 139 | Помещение старшей медицинской сестры | | 10 |
| 140 | Ординаторская | | 6 на одного врача, но не менее 12 |
| 141 | Кабинет дежурного врача | | 10 |
| 142 | Помещение для студентов[[4]](#footnote-4)12 | |  |
| 143 | Помещение для преподавателей12 | |  |
| 144 | Помещение сестры-хозяйки отделения | | 8 |
| 145 | Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей | | 4 |
| 146 | Помещение хранения расходного материала и медикаментов | | 4 |
| 147 | Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ | | 4 |
| 148 | Медицинский архив | | 0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12 |
| 149 | Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами) | | 0,9 на одно место |
| 150 | Кладовая вещей больных | | 0,2 на одну койку |
| 151 | Гардеробная уличной одежды персонала | | 0,08 на один крючок |
| 152 | Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала | | 0,5 на один индивидуальный шкаф |
| 153 | Вестибюль-гардеробная для посетителей | | 0,5 на одного посетителя |
| 154 | Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах | | 1,3 на одно место, но не менее 2 |
| 155 | Туалет с умывальником для персонала | | 3 |
| 156 | Душ для персонала | | 3 |
| 157 | Помещение временного хранения грязного белья | | 4 |
| 158 | Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов | | 4 |
| 159 | Помещение временного хранения медицинских отходов | | 4 |
| 160 | Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден) | | 8 |
| 161 | Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры | | 8 |
| 162 | Помещение для слива | | 2 |

Приложение 2

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНО

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_

Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование помещений | Минимальная  площадь, м2 | Примечания |
| 1 | 2 | 3 |
| Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальней | 10 | На каждого взрослого пациента по 1,2 м2 На каждого ребенка с учетом пре­бывания одного из родителей – 2 м2 |
| Кабинет врача (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога) | 14 | С увеличением на 10 м2 на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м2 на дополнительное стоматологическое кресло без установки) |
| Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях | 12 |  |
| Кабинет гигиены рта | 10 | С учетом ограниченного объема лечебной помощи |
| Операционный блок: |  |  |
| предоперационная | 6 | При отсутствии центральной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом пло­щадь предоперационной увеличивается, как минимум, на 2 м2 |
| операционная | 20 |
| комната временного пребывания пациента после операции | 4 |
| Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков | 6\* | Уменьшение площади возможно при соблюдении пунктов 7.2.1 настоящих санитарных правил |
| Стерилизационная | 6 | Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), но не менее 6 м2 |
| Зуботехническая лаборатория: |  |  |
| помещение зубных техников | 7 | 4 м2 на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении |
| Специализированные помещения: |  |  |
| полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная | 7 | При наличии зуботехнической ла­боратории на 1—2 штатных единицы зубных техников, возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м2 |
| литейная | 4 | В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена |
| Физиотерапевтическое отделение: |  |  |
| кабинет электросветолечения, лазеротерапии | 12 | 6 м2 на один аппарат |
| кабинет гидротерапии | 12 | 6 м2 на один аппарат |
| кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения | 12 | 6 м2 на один аппарат |
| кабинет физиотерапии | 12 | 6 м2на один аппарат |
| Административные, подсобные и вспомогательные помещения: |  |  |
| кабинет заведующего (администратора) | 8 | На каждого работающего в смену по 1,5 м2. Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе |
| комната персонала с гардеробом | 6 |
| кабинет старшей медицинской сестры | 8 | Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается |
| помещение хранения медикаментов и наркотических материалов | 6 |
| помещения хранения изделий медицинского назначения | 6 | Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях |
| кладовая грязного белья | 3 |
| кладовая чистого белья | 3 |
| туалет для пациентов | 3 | При количестве стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для пациентов и персонала |
| туалет для персонала | 3 |
| \*Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологичес­кого отделения – в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.  *\*\**В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят: вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая | | |

Приложение 3

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНО

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_

**Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование помещений** | **Класс чистоты помещений** | **Санитарно-микробиологические показатели** | | **Допусти­мая температура воздуха (расчетная)** | **Рекомендуемый воздухообмен в 1 час, не менее\*** | | **Кратность вытяжки при естественном воздухообмене** |
| **Общее количество микроорганизмов в 1 м3 воздуха (КОЕ/м3)** | | **приток** | **Вытяжка** |
| **до начала работы** | **во время работы** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в том числе для ожоговых больных, родовые, манипуляционные-туалетные для новорожденных | А | Не более 200 | Не более 500 | 21-24 (21) | 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений 80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного для септических помещений | 80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного для асептических помещений расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного для септических помещений | Не допускается |
| Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, в том числе для иммуннокомпрометированных,  палаты интенсивной терапии, | Б | Не более 500 | Не более 750 | 21-23 (22) | 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | Не допускается |
| Послеродовые палаты с совместным пребыванием ребёнка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных, новорожденных (второй этап выхаживания), | Б | Не более 500 | Не более 750 | 23-27 (24) | 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | По 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | Не допускается |
| Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений | В | Не норми­руется |  | 22-24 (22) | По расчету, но не менее 5-ти кратного обмена | | Не допускается |
| Ренггеноперационные, в том числе ангиографические | Б | Не более 500 | Не более 750 | 20-26 (20) | 12 | 10 | Не допускается |
| стерилизационные при операционных | Б | Не более 500 | Не более 750 | 20-27 (20) | 3 | - | 2 |
| ЦСО: |  |  |  |  |  |  |  |
| чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции) | Б | Не более 500 | Не более 750 | 20-27 (20) | 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | 80%от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного | Не допускается |
| грязная зона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения) | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-27 (20) | 80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьми-кратного | 100% от 100%от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного | Не допускается |
| Боксы палатных отделений, боксированные палаты | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | Из расчёта 80 м3/час на1 койку | Из расчёта 80 м3/час на 1 койку | 2,5 |
| Палатные секции инфекционного отделения в том числе туберкулёзные. | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | Из расчёта 80 м3/час на1 койку | Из расчёта 80 м3/час на 1 койку | Не допускается |
| Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | Из расчёта 80 м3/час на1 койку | Из расчёта 80 м3/час на 1 койку | 2 |
| Шлюзы перед палатами для новорожденных | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 22-24 (22) | По расчету, но не менее 5 | - | Не допускается |
| Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов, Кабинеты функциональной, ультразвуковой диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии) | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-27 (20) | Из расчёта 60 м3/час на 1 человека | Из расчёта 60 м3/час на 1 человека | 1 |
| Залы лечебной физкультуры | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 18-28 (18) | 80%от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося ) | 100%от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося ) | 2 |
| Процедурные магнитно-резонансной томографии | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-23 (20) | 100%от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков | 100%от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков | Не допускается |
| Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии,  Кабинеты хирургической стоматологии | Б | Не более 300 | Не норми­руется | 22-26 (20) | 8 | 6 | Не допускается |
| Процедурные с применением аминазина | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 22 | 8 | 10 | Не допускается |
| Процедурные для лечения нейролептиками | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 3 | 2 |
| Малые операционные | Б | Не более 500 | Не более 750 | 20-24 (20) | 10 | 5 | 1 |
| Диспетчерские, комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20 | Приток из коридора | 1 | 1 |
| Процедурные и раздевальные рентгендиагностических флюорографических кабинетов, кабинеты электросветолечения, массажный кабинет | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | 3 | 4 | Не допускается |
| Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 (18) | 3 | 4 | Не допускается |
| Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные – деми-нирализационные | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 (18) | - | 3 | 2 |
| Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 25-29 (25) | 3 | 5 | 3 |
| Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения лечения | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 23-29 (23) | Приток по балансу вытяжаки из ванных и грязевых залов |  | 2 |
| Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 25-29 (25) | 4 | 5 | Не допускается |
| Помещения для хранения и регенерации грязи. | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 12 | 2 | 10 | Не допускается |
| Помещения приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20 | 5 | 6 | Не допускается |
| Помещения для мойки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни. | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 16 | 6 | 10 | Не допускается |
| Кладовые (кроме хроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и т.п.), мастерские по ремонту аппаратуры, архивы | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 1 | 1 |
| Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад. | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 5 | 5 |
| Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующих средств | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 5 | 5 |
| Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным, поме-щения выписки, ожидальные, буфетные, столовые для больных, молочная комната | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 1 | 1 |
| Помещение для мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовых отделений, парикмахерские для обслуживания больных | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | 2 | 3 | 2 |
| Хранилища радиоактивных веществ, фасовочные и моечные в радиологических отделениях | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | 5 | 6 | Не допускается |
| Помещения для рентген и радиотерапии | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | По соответствующим санитарным правилам | | |
| Кабинеты электро-свето-, магнито-, -тепло лечения, лечения ультразвуком. | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-27 (20) | 2 | 3 | Не допускается |
| Помещения дезинфекционных камер:  Приемно-загрузочные;  разгрузочные (чистые) отделения | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 16 | Из чистого помещения  5 | 5  Через «грязные» отделения | Не допускается |
| Секционные, музеи и препараторские при патологоанатомических отделениях | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 16-22 (16) | - | 4 | Не допускается |
| Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработки и подготовки к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранения хлорной извести. | В | Не норми­руется | Не норми­руется | 14-20 (14) | - | 3 | Не допускается |
| Санузлы | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-27 (20) | - | 50 м3 на 1 унитаз и 20 м3 на 1 писсуар | 3\*\* |
| Клизменная | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-27 (20) | - | 5 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Клинико-диагностические лаборатории (помещения для исследований) | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 20-26 (20) | - | 3 | 2 |
| Аптеки | | | | | | | |
| Помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях | А | 200 | 500 | 18 | 4 | 2 | Не допускается |
| Ассистенская, дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно-маркировочная, стерилизационная-автоклавная, дистиляционная | Б | 500 | 750 | 18 | 4 | 2 | 1 |
| Кконтрольно-аналитическая, моечная, распаковочная | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | 2 | 3 | 1 |
| Помещения хранения основного запаса: | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 |  |  |  |
| А) лекарственных веществ, готовых лекарственных препаратов в т.ч. и термолабильных и предметов медицинского назначения; перевязочных средств. |  |  |  |  | 2 | 3 | 1 |
| Б) минеральных вод, медицинской стеклянной и оборотной транспортной тары, очков и других предметов оптики, вспомогательных материалов, чистой посуды |  |  |  |  | - | 1 | 1 |
| Помещения для приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 3 | 3 |
| Легко воспламенящихся и горючих жидкостей | Г | Не норми­руется | Не норми­руется | 18 | - | 10 | 5 |

\* Кратность в графе приток указана для наружного воздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований к параметрам воздушной среды, указанной в данной таблице.

Приложение 4

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ № \_\_\_

**Предельно-допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности лекарственных средств в воздухе помещений лечебных организаций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Определяемое вещество** | **ПДК в мг/м3. Класс опасности** | **Методики определения** |
| 1 | Диэтиловый эфир | 300; IV | МУ 46-07 ФГХ-1 «Газохроматографическое определение Диэтилового эфира воздухе» |
| 2 | Трихлорэтилен | 10 |
| 3 | Хлористый этил | 50; IV |
| 4 | Закись азота | 5 (в перерасчете на 02) | Экспресс метод Г/анализатор «Элан СО/NO» |
| 5 | Формальдегид | 0,5; II. A | МУК 4.1.2469-09 «Методические указания по фотометрическому определению формальдегида в воздухе рабочей зоны |
| 6 | Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат)  для воздуха рабочей зоны | 20/10; III | ГН 2.2.5.1313-03  МВИ НПП «ЭКАН» №64-04 |
| 7 | Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат)  для атмосферного воздуха | 0,1/0,01; III | ГН 2.1.6.1338-03  МВИ НПП «ЭКАН» №64-04 |
| 8 | Взвешенные вещества \* | 0,5/0,15; III | ГН 2.1.6.1338-03, РД 52-04-186-89 |
| 9 | Кальций сульфат дигидрат (гипс) | 2,0 III | ГН 2.2.5.1313-03, МУК4.1.2468-09 |
| 10 | Висмут и его неорганические соединения | 0,5 II | ГН 2.2.5.1313-03, МУ 24 №4836-88 |
| 11 | Цирконий | 6,0 III | ГН 2.2.5.1313-03, МУ1-5 № 1636-77 |
| 12 | Титан | -/10 IV | ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88 |
| 13 | Хром(VI) триоксид | 0,03/0,01 I | ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88 |
| 14 | диХром триоксид (по хрому III) | 3/1 III | ГН 2.2.5.1313-03  МУ 1-5 № 1633-77, МУ 4945-88 |

\*В воздухе рабочей зоны взвешенные вещества не нормируются, нормируются различные виды пыли в том числе гипс (кальций сульфат дигидрат).

Приложение 5

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНО

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения  
основных помещений медицинских организаций**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Помещения | | Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО и освещенности  (Г–горизонтальная,  В – вертикальная) и высота плоскости над полом, м | Естественное освещение | | Совмещенное освещение | | Искусственное освещение | | | | |
| КЕО *е*н, % | | КЕО *е*н, % | |
| при верхнем или комбинированном освещении | при боковом освещении | при верхнем или комбинированном освещении | при боковом освещении | Освещенность, лк | | | Показатель диском-форта *М*,  неболее | Коэффициент пульсации освещен­ности,  *К*п,%,  не более |
| при комбинированном освещении | | при общем освещении |
| всего | от общего |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **Палатные отделения** | | | | | | | | | | | |
|  | Приемные фильтры, фильтры-боксы | Г-0,0 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 100 | 25 | 15 |
|  | Палаты отделений для взрослых | Г-0,0 | 2,0 | 0,5 | –– | –– | –– | –– | 100 | 25 | 15 |
|  | Палаты: детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка | Г-0,0 | 3,0 | 1,0 | –– | –– | –– | –– | 200 | 25 | 15 |
|  | Классные комнаты детских стационаров/отделений | Г-0,8 | 4,0 | 1,5 | — | — | — | — | 500 | 15 | 10 |
|  | Игровые комнаты | Г-0,0 | 4,0 | 1,5 | –– | –– | –– | –– | 400 | 15 | 10 |
|  | Помещения приема пищи | -0,8 | –– | –– | 1,5 | 0,5 | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Процедурные,  манипуляционные | Г-0,8 | 4,0 | 1,5 | 2,4 | 0,9 | –– | –– | 500 | 40 | 10 |
|  | Посты медсестер | Г-0,8 | –– | –– | 1,5 | 0,4 | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Комнаты дневного пребывания | Г-0,8 | 2,5 | 0,7 | 1,5 | 0,4 | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Помещения хранения переносной аппаратуры | Г-0,0 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |
| **Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения** | | | | | | | | | | | |
|  | Операционная | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 500 | 40 | 10 |
|  | Родовая, диализационная, ре-анимационные залы, перевязочные | Г-0,8 | 4,0 | 1,5 | 2,4 | 0,9 | –– | –– | 500 | 40 | 10 |
|  | Предоперационная | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Монтажные аппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и т.д. | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 400 | 20 | 10 |
|  | Помещение хранения крови | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 40 | 20 |
|  | Помещение хранения и приготовления гипса | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |
|  | **Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения** | | | | | | | | | | |
|  | Регистратуры, диспетчерские | Г-0,8 | –– | –– | 1,5 | 0,4 | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые |  | 4,0 | 1,5 | 2,4 | 0,9 | –– | –– | 500 | 40 | 10 |
|  | Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше) | Г-0,8 | 3,0 | 1,0 | 1,8 | 0,6 | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Темные комнаты  офтальмологов | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 20 | –– | 10 |
|  | Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии | Г-0,8 | ––- | –– | 1,8 | 0,6 | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Процедурные эндоскопических кабинетов | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Процедурные рентгенодиагностики | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 50 | –– | –– |
|  | Процедурные радиологической диагностики и терапии | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 400 | 40 | 10 |
|  | Помещения бальнеотерапии, душевые залы | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Помещения трудотерапии | Г-0,8 | 3,0 | 1,0 | 1,8 | 0,6 | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Помещения для лечения сном, фотарии | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 50 | –– | –– |
|  | Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы | Г-0,8 | –– | –– | 1,5 | 0,4 | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, регенерации грязи | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |
| **Лаборатории медицинских учреждений** | | | | | | | | | | | |
|  | Помещения приема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения для окраски проб, центрифужные | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 40 | 10 |
|  | Лаборатории проведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические | Г-0,8 | 4,0 | 1,5 | 2,4 | 0,9 | –– | –– | 500 | 40 | 10 |
|  | Препараторские, лаборантские общеклинических, гематологических, биохимических бактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинеты взятия проб, коагулографии, фотометрии | Г-0,8 | 3,0 | 1,0 | 1,8 | 0,6 | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Моечные лабораторной посуды, термостатная | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
| **Аптеки** | | | | | | | | | | | |
|  | Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная | Г-0,8 | –– | –– | 2,4 | 0,9 | 600 | 400 | 500 | 40 | 10 |
|  | Моечные | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 100 | –– | –– |
|  | Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |
| **Стерилизационные и дезинфекционные помещения** | | | | | | | | | | | |
|  | Стерилизационная-автоклавная, помещение приема и хранения материалов | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 40 | 20 |
|  | Помещение подготовки инструментов | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 40 | 20 |
|  | Помещение ремонта и заточки инструментов | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 300 | 40 | 15 |
|  | Помещение дезинфекционных камер | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |
| **Патологоанатомические отделения** | | | | | | | | | | | |
|  | Секционная | Г-0,8 | 3,5 | 1,2 | 2,1 | 0,7 | –– | –– | 400 | 40 | 10 |
|  | Предсекционная, фиксационная | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
| **Помещения пищеблоков** | | | | | | | | | | | |
|  | Раздаточные | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 300 | 60 | 20 |
|  | Горячие, холодные, доготовочные, заготовочные цехи | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Моечные посуды | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 200 | 60 | 20 |
|  | Загрузочные, кладовые | Г-0,8 | –– | –– | –– | –– | –– | –– | 75 | –– | –– |

**Примечание**: Освещенность помещений, не указанных в таблице, принимается в соответствии с требованиями санитарных норм по естественной и искусственной освещенности.

Приложение 6

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке:

- Изделия медицинские из латекса и клеев;

- Катетеры;

- Мешки (дыхательных контуров);

- Напальчники медицинские;

- Перчатки анатомические, хирургические;

- Средства предохранения (презервативы);

- Изделия медицинские, санитарно-гигиенические и предметы ухода за больными;

- Программно-технические комплексы для автоматизированных систем, автоматизации и обработки медицинской информации;

- Бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначения разового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки и подгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие);

- Оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинское и другое;

- Устройства перевода речи и аппараты слуховые электронные;

- Изделия медицинские метражные (марля, бинты, салфетки, повязки, полотна);

- Вата и изделия ватные (из хлопковых, химических и шерстяных волокон);

- Вата гигроскопическая (глазная, хирургическая, гигиеническая, оптическая);

- Вата медицинская компрессная (нерасфасованная, расфасованная);

- Изделия чулочно-носочные из синтетической пряжи и нитей медицинского назначения;

- Изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетических нитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнами и нитями (пряжей) общего назначения – наколенники, налокотники, голеностопы, напульсники, фиксирующие повязки, чехлы для культей, оболочки для протезов;

- Юбки, халаты, блузки, фартуки, жилеты, платья и сорочки рабочие и специального назначения;

- Головные уборы рабочие и специального назначения;

- Материалы хирургические, средства перевязочные специальные;

- Лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный, перцовый);

- Изделия протезно – ортопедические;

- Протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей;

- Аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижних конечностей;

- Туторы для верхних и нижних конечностей;

- Корсеты, реклинаторы, обтураторы и прочие изделия;

- Бандажи и изделия к протезно-ортопедической продукции (грыжевые, дородовые, послеродовые, лечебные, лифы);

- Шприцы-инъекторы, шприцы многоразового и одноразового использования, изготовленные из полимерных материалов без игл;

- Турбоингаляторы;

- Инструменты медицинские из полимерных материалов;

- Инструменты режущие с приводом;

- Приборы и аппараты медицинские;

- Приборы для медицины, биологии и физиологии;

- Кардиокомплексы;

- Приборы и аппараты для диагностики, кроме измерительных (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

- Приборы эндоскопические и увеличительные;

- Аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

- Приборы радиодиагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

- Очки;

- Приборы и аппараты для лечения;

- Приборы и аппараты для электролечения низкочастотные;

- Аппараты для электролечения высокочастотные и квантовые;

- Приборы и аппараты для магнитотерапии;

- Приборы и аппараты для воздействия ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами;

- Эндоскопы для лечения;

- Приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);

- Приборы и аппараты ультразвуковые;

- Аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности;

- Аппараты вакуумно-нагнетательные, для вливания и ирригации;

- Аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма;

- Оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, изготовленные с использованием полимерных и синтетических материалов, контактирующих с кожей человека;

- Оборудование дезинфекционно-стерилизационное, моечное, для санитарной обработки, действующее на основе ультрафиолетового излучения, ультразвука, СВЧ;

- Оборудование для очистки и обогащения воздуха;

- Установки стоматологические;

- Оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое;

- Линзы для коррекции зрения контактные мягкие.

Приложение 7

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

Д**опустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники**

Таблица 1

Допустимые уровни звука, создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип изделия | Уровни звукового давления, в дБ, в октавных  полосах со среднегеометрическими частотами, Гц | | | | | | | | | Уровень звука LA(экв)/  LAмакс,  (дБА) |
| 31,5 | 63 | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Оборудование, предназна-ченное для круглосуточного использования (для мониторинга в палатах пациентов, в отделениях реанимации и т.п.) | 74 | 56 | 44 | 36 | 29 | 25 | 22 | 19 | 18 | 30 / 40 |
| Оборудование, предназначен-ное для работы в повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом или населением (программно-диагностические комплексы, приборы для функциональной диагностики, аэроионизационное оборудование, кислородные концентраторы и т.п.) | 81 | 64 | 53 | 45 | 39 | 35 | 32 | 30 | 28 | 40 / 50 |
| Оборудование, предназначен-ное для работы в непрерывном или повторно-кратковременном режиме, для использования старшим медицинским персоналом (аппараты ИВЛ и НДА, электрохирургическое оборудование, лазерные установки, ультразвуковые сканеры и т.п.) | 81 | 64 | 53 | 45 | 39 | 35 | 32 | 30 | 28 | 40 / 50 |
| Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицин-ским персоналом: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебные стоматологические установки и т.п.; | 86 | 71 | 61 | 54 | 49 | 45 | 42 | 40 | 38 | 50 / 60 |
| - отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащие в составе насосы, компрессорыи т.п. | 93 | 79 | 70 | 63 | 58 | 55 | 52 | 50 | 49 | 60 / 70 |
| Оборудование, предназначенное для работы в кратковременном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицин-ским персоналом (магнитно-резонансные томографы, литотриптеры и т.п.) 1) | 93 | 79 | 70 | 63 | 58 | 55 | 52 | 50 | 49 | 60 / 80 |
| Оборудование, предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднего и младшего медицин-ского персонала (стерилиза-ционно-дезинфекционное, моечное оборудование и т.п.) | 96 | 83 | 74 | 68 | 63 | 60 | 57 | 55 | 54 | 65 / 80 |
| Оборудование, предназначенное для кратковременного использования средним медицинским персоналом (оборудование для зубопротез-ного производства и т.п.) | 100 | 87 | 79 | 72 | 68 | 65 | 63 | 61 | 59 | 70 / 80 |

Примечание

1) Допускается превышение максимального уровня звука при условии использования комплекса мер защиты, обеспечивающего снижение воздействующих уровней до нормативных величин.

Таблица 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука,

создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты третьоктавных полос, кГц | 12,5 | 16,0 | 20,0 | 25,0 | 31,5 - 100,0 |
| Уровень звукового давления, дБ | 70 | 80 | 90 | 95 | 100 |

Таблица 3

Допустимые уровни контактного ультразвука,

создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц | Пиковые значения виброскорости, м/с | Уровень виброскорости, дБ | Интенсивность, Вт/см2 |
| 16-63 | 5**.**10-3 | 100 | 0,03 |
| 125-500 | 8,9.10-3 | 105 | 0,06 |
| 1**.**103-31,5**.**103 | 1,6**.**10-2 | 110 | 0,1 |

Таблица 4

Допустимые уровни инфразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц | 2 | 4 | 8 | 16 |
| Уровень звукового давления, дБ | 75 | 70 | 65 | 60 |

Примечание.

Общий уровень звукового давления в диапазоне частот от 1,4 Гц до 22 Гц не должен превышать 75 дБ.

Таблица 5

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное время суток

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц | Допустимые значения по осям Хо, Уо, Zо | | | |
| Виброускорение | | Виброскорость | |
| м/с2 х 10-3 | дБ | м/с х 10-4 | дБ |
| 2 | 10,0 | 80 | 7,9 | 84 |
| 4 | 11,0 | 81 | 4,5 | 79 |
| 8 | 14,0 | 83 | 2,8 | 75 |
| 16 | 28,0 | 89 | 2,8 | 75 |
| 31,5 | 56,0 | 95 | 2,8 | 75 |
| 63 | 110,0 | 101 | 2,8 | 75 |
| Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень | 10 | 80 | 2,8 | 75 |

Таблица 6

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми круглосуточно

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц | Допустимые значения по осям Хо, Уо, Zо | | | |
| Виброускорение | | Виброскорость | |
| м/с2 х 10-3 | дБ | м/с х 10-4 | дБ |
| 2 | 4,0 | 72 | 3,2 | 76 |
| 4 | 4,5 | 73 | 1,8 | 71 |
| 8 | 5,6 | 75 | 1,1 | 67 |
| 16 | 11,0 | 81 | 1,1 | 67 |
| 31,5 | 22,0 | 87 | 1,1 | 67 |
| 63 | 45,0 | 93 | 1,1 | 67 |
| Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень | 4,0 | 72 | 1,1 | 67 |

Таблица 7

Допустимые уровни локальной вибрации в октавных полосах 8-1000 Гц, создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц | Допустимые значения по осям Хл, Ул, Zл | | | |
| Виброускорение | | Виброскорость | |
| м/с2 | дБ | м/с х 10-3 | дБ |
| 8 | 0,45 | 113 | 8,9 | 105 |
| 16 | 0,45 | 113 | 4,5 | 99 |
| 31,5 | 0,89 | 119 | 4,5 | 99 |
| 63 | 1,8 | 125 | 4,5 | 99 |
| 125 | 3,5 | 131 | 4,5 | 99 |
| 250 | 7,0 | 137 | 4,5 | 99 |
| 500 | 14,0 | 143 | 4,5 | 99 |
| 1000 | 28,0 | 149 | 4,5 | 99 |
| Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень | 0,63 | 116 | 6,3 | 102 |

Примечание. При оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значения корректированного виброускорения (a*hv*), уровни контролируемого показателя не должны превышать 0,5 м/с2.

Таблица 8

Временные допустимые уровни локальной вибрации в 1/3 и 1/1 октавных полосах частот диапазона от 2000 до 8000 Гц

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Среднегеометрические частоты, Гц | Допустимые значения по осям Хл, Ул, Zл | | | | | | | |
| Виброускорение | | | | Виброскорость | | | |
| м/с2 х 102 | | дБ | | м/с х 10-2 | | дБ | |
| в 1/3 октаве | в 1/1 октаве | в 1/3 октаве | в 1/1 октаве | в 1/3 октаве | в 1/1 октаве | в 1/3 октаве | в 1/1 октаве |
| 1600 | 0,282 |  | 149 |  | 0,282 |  | 95 |  |
| 2000 | 0,355 | 0,631 | 151 | 156 | 0,282 | 0,501 | 95 | 100 |
| 2500 | 0,447 |  | 153 |  | 0,282 |  | 95 |  |
| 3150 | 0,562 |  | 155 |  | 0,282 |  | 95 |  |
| 4000 | 0,708 | 1,259 | 157 | 162 | 0,282 | 0,501 | 95 | 100 |
| 5000 | 0,891 |  | 159 |  | 0,282 |  | 95 |  |
| 6300 | 1,122 |  | 161 |  | 0,282 |  | 95 |  |
| 8000 | 1,413 | 2,512 | 163 | 168 | 0,282 | 0,501 | 95 | 100 |
| 10000 | 1,778 |  | 165 |  | 0,282 |  | 95 |  |

Таблица 9

Допустимые уровни электромагнитных полей диапазона частот 30 кГц-300 ГГц,создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Диапазоны частот | 30 – 300 кГц | 0,3 -3 МГц | 3 -30 МГц | 30 -300 МГц | 0,3 - 300 ГГц |
| напряженность электрического поля, В/м | | | | плотность потока энергии, мкВт/см2 |
| Допустимые уровни | 25 | 15 | 10 | 3 | 10 |

Примечания.

Допускается проводить одночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемого изделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, при отсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица 10

Допустимые уровни электрического и магнитного полей, создаваемые изделиями медицинской техники, работающими на частоте 20-22 кГц (установки индукционного нагрева, др.)

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | ПДУ |
| Напряженность электрического поля, кВ/м | 0,5 |
| Напряженность магнитного поля, А/м | 4 |

Таблица 11

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень |
| Напряженность электрического поля, кВ/м | 25/ f1) |
| Индукция магнитного поля, мкТл | 250/ f1) |

Примечание.

f – частота действующего электромагнитного поля

Таблица 12

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц и свыше 10 кГц до 30 кГц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень в диапазоне частот | |
| свыше 50 Гц  до 10 кГц | свыше 10 кГц  до 30 кГц |
| Напряженность электрического поля, В/м | 50 | 25 |
| Напряженность магнитного поля, А/м | 4 | - |

Таблица 13

Допустимые уровни электрического и магнитного поля промышленной частоты (50 Гц), создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | ПДУ |
| Напряженность электрического поля частотой 50 Гц, кВ/м | 0,5 |
| Напряженность (индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл) | 4(5) |

Таблица 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

|  |  |
| --- | --- |
| Вид воздействия | Временные допустимый уровень магнитной индукции, мТл |
| Общее | 1,0 |
| Локальное | 1,5 |

1)Примечание. Временные допустимые уровни ПМП установлены с учетом возможности действия фактора на отдельные особо важные участки и части тела человека (например, область сердца, голова и др.) при эксплуатации некоторых ИМТ, предназначенных для использования населением без специального контроля времени применения (например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции и т.п.).

Таблица 15

Временный допустимый уровень индукции импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень |
| Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц, мТл | 0,175 |

Таблица 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поля при работе изделий медицинской техники и электризуемости используемых материалов

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | ПДУ |
| Напряженность электростатического поля, кВ/м | 15 |
| Электростатический потенциал, В | 500 |
| Электрилизуемость материалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м | 7 |

Таблица 17

Временные допустимые уровни электромагнитных полей, создаваемых изделиями медицинской техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование параметра | | ВДУ ЭМП |
| Напряженность электрического поля | в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц | 25 В/м |
| в диапазоне частот 2 кГц – 400 кГц | 2,5 В/м |
| Плотность магнитного потока | в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц | 250 нТл |
| в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц | 25 нТл |
| Электростатический потенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля | | 500 В  15 кВ/м |

Таблица 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информации изделий медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры | Допустимые значения |
| Яркость белого поля | Не менее 35 кд/м2 |
| Неравномерность яркости рабочего поля | Не более + 20% |
| Контрастность (для монохромного режима) | Не менее 3:1 |
| Временная нестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркости изображения на экране дисплея) | Не должна фиксироваться |

Таблица 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасного диапазонов от экранов изделий медицинской техники

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид изделий | Спектральный диапазон | Длина волны, нм | Допустимая интенсивность излучения, Вт/м2 |
| Экраны видеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов | Видимый | 400—760 | 0,1 |
| Ближний ИК диапазон | 760—1050 | 0,05 |
| ИК диапазон | Свыше 1050 | 4 |

Таблица 20

Допустимые параметры микроклимата в основных помещениях, предназначенных для эксплуатации изделий медицинской техники1)

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры микроклимата | Допустимые значения |
| Температура воздуха, оС  в холодный период года  в теплый период года | 22–24  21–23 |
| Относительная влажность воздуха, % | 30-60 |
| Скорость движения воздуха м/с, не более | 0,2 |

Примечание. Работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменением параметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных в таблице П.10.20.

Таблица 21

Допустимая максимальная температура рукояток и поверхностей

изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Материал | Температура поверхностей (оС) при продолжительности контакта | | |
| не более 1 мин. | не более 10 мин. | Без ограничения времени |
| Непокрытый металл | 51 | 43 | 40 |
| Покрытый металл | 51 | 43 | 40 |
| Керамика, стекло, камень | 56 | 43 | 40 |
| Пластик | 60 | 43 | 40 |
| Дерево | 60 | 43 | 40 |

Примечания.

1) Оптимальным является диапазон температур от 25,0 до 40,0оС без ограничения продолжительности контакта

2) Указанные требования применимы к относительно небольшим поверхностям отдельных частей тела человека.

Таблица 22

Допустимая минимальная температура рукояток и поверхностей

изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

|  |  |
| --- | --- |
| Место измерения | Температура поверхностей, оС, не менее |
| Рукоятки инструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя, | 15-19 |
| То же для вибрирующего оборудования | 21,5 |

Таблица 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделий медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
| Облучаемая поверхность тела, % | Интенсивность теплового облучения, Вт/м2 |
| 50 и более | 35 |
| 25 - 50 | 70 |
| Не более 25 | 100 |

Примечание.

1) Интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другими осветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м3.

Таблица 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазона

изделий медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры оптического излучения | Допустимые значения, не более |
| Яркость светящихся поверхностей, кд/м2. | 200 |
| Яркость источников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных для непосредственного воздействия на глаза, кд/м2 | 20 |
| Мощность излучения в максимуме рабочего импульса, мВт | 0,5 |
| Показатель ослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительных работ), усл.ед.:  I-II разряда  III, IV, V, VI, VII, VIIIa разрядов | 20  40 |
| Коэффициент пульсации освещенности, Кп, % | 5 |

Таблица 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид изделий | Спектральный диапазон длин волн, нм | Допустимая интенсивность облучения, Вт/м2 |
| Изделия облучательного действия, физиотерапевтическое оборудование2) | свыше 315 до 400 | 10 |
| свыше 280 до 315 | 1,9 |
| свыше 200 до 280 | Не допускается |
| Изделия профилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии, инкубаторы для новорожденных, косметологическое оборудование, приборы для ухода за кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники 3) | свыше 315 до 400 | 1,0 |
| свыше 280 до 315 | 0,05 |
| свыше 200 до 280 | Не допускается |
| Для изделий всех видов применения  (в том числе лампы люминесцентные, галогенные в составе осветительных приборов, полимериизационные стоматологические и пр.) | свыше 280 до 400 | 0,03 |
| свыше 200 до 280 | Не допускается |

Примечания.

1) УФ-излучение от ИМТ с длиной волны менее 200 нм оценивается по соответствующим нормативам, указанным для диапазона 200-280 нм.

2) для кратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты;

3) при регламентации времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты.

Таблица 26

Характеристика классов опасности лазерных изделий медицинской техники

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Классы опасности | Степень опасности, описание риска | | | |
| Коллимированное  излучение | | Диффузно отраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности | |
| Глаз | Кожа | Глаз | Кожа |
| I | Безопасно | Безопасно | Безопасно | Безопасно |
| II | Выходное излучение представляет опасность | Опасность при облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах | Безопасно | Безопасно |
| III  (распространяется только на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне– свыше 380 до 1400 нм) | Выходное излучение представляет опасность | Выходное излучение представляет опасность | Выходное излучение представляет опасность | Безопасно |
| IV | Выходное излучение представляет опасность | Выходное излучение представляет опасность | Выходное излучение представляет опасность | Выходное излучение представляет опасность |

Таблица 27

Допустимые концентрации аэроионов,   
создаваемые изделиями медицинской техники

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Допустимые концентрации аэроионов, ион/см3 | | Коэффициент униполярности |
| Положительные | Отрицательные |
| 400-50000 | 600-50000 | 0,4<У<1,0 |

Таблица 28

Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры воздушной среды | Допустимые значения |
| Температура воздуха, оС | от 20 до 261) |
| Относительная влажность воздуха, % | от 65 до 85 |
| Концентрация СО2, %, не более | 0,3 |
| Вентилируемость, м3/ч, не менее | 14 |
| Кратность воздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее | 10 |

Примечание.

1) Допускается кратковременное - до 10 мин., снижение температуры ниже 20оС на режимах декомпрессии и повышение выше 26оС – на режимах компрессии.

**Гигиенические критерии оценки материалов изделий медицинского назначения**

Таблица 29

Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихся из материалов

изделий медицинского назначения1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование материала, изделия | Контролируе-мые показатели | ДКМ, мг/л | ПДК, ОБУВ хим. в-в в питье­вой воде, мг/л | Класс опасно­сти | ПДКсс мг/м3 | ОБУВ а.в., мг/м3 | Класс опасности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. Полимерные материалы и пластические массы на их основе | | | | | | | |
| 1.1. Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропилена с этиленом, полибутилен, полиизобутилен, комбини-рованные материалы на основе полиолефинов | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| пропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,3 | - | 3 |
| изопропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| 1.2. Полистирольные пластики | | | | | | | |
| полистирол (блочный, суспензионный, ударопрочный) | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 |  | 2 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| сополимер стирола с акрилонитрилом | cтирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| бензальдегид | - | 0,003 | 4 | 0,04 | - | 3 |
| АБС-пластики | cтирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| α-метилстирол | - | 0,1 | 3 | 0,04 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| сополимер стирола с метилметакрилатом | cтирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| метилметакрилат | - | 0,25 | 2 | 0,01 | - | 3 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| сополимер стирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| метилметакрилат | - | 0,25 | 2 | 0,01 | - | 3 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| сополимер стирола с α-метилстиролом | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| α-метилстирол | - | 0,1 | 3 | 0,04 | - | 3 |
| бензальдегид | - | 0,003 | 4 | 0,04 | - | 3 |
| ацетофенон | - | 0,1 | 3 | 0,003 | - | 3 |
| сополимеры стирола с бутадиеном | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | *2* | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | *2* | 0,1 | - | 3 |
| вспененные полистиролы | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 1.3. Поливинилхлоридные пластики | | | | | | | |
| жесткий ПВХ | винил хлористый | - | 0,01 | 2 | 0,01 |  | 1 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| пропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,3 | - | 3 |
| изопропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| олово | 2,0 | - | 3 | - | - | - |
| пластифицированный ПВХ, дополнительно *к* показателям, указанным для жесткого ПВХ следует определять | диоктилфталат | - | 2,0 | 3 | - | 0,02 | - |
| дидодецилфталат | - | 2,0 | 3 | - | 0,1 | - |
| диизододецилфталат | - | 2,0 | 3 | - | 0,03 | - |
| дибутилфталат | - | 0,2 | 3 | - | - | - |
| диэтиленгликоль | - | 1,0 | 3 | 0,2 | - | 4 |
| ПВХ-волокна (хлорин, волокна на основе пер-хлорвинила), допол-нительно к пока-зателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять | хлористый водород | - | - | - | 0,1 | - | 2 |
| диметилформамид | - | 10,0 | 4 | 0,03 | - | 2 |
| дихлорметан (метиленхлорид) | - | 0,02 | 1 | 8,8 | - | 4 |
| 1,2-дихлорэтан |  | 0,02 | 2 | 1 | - | 2 |
| хлористый водород | - | - | - | 0,1 | - | 2 |
| хлорорганические соединения (конкретные вещества определять по рецептуре) |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. Поливинилоспиртовые (ПВС, винол) | винил хлористый | - | 0,01 | 2 | 0,01 | - | 1 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 1.5. Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливи-нилацетат, поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом | винилацетат | - | 0,2 | 2 | 0,15 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| гексан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| гептан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| 1.6. Полиакрилаты | акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| метилакрилат |  | 0,02 | 4 | 0,01 | - | 4 |
| метилметакрилат | - | 0,25 | 2 | 0,01 | - | 3 |
| бутилакрилат | - | 0,01 | 4 | 0,0075 | - | 2 |
| гексан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| гептан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| 1.7. Полиакрилонитриль-ные волокна (ПАН, нитрон, др.) | акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| метилакрилат | - | 0,02 | 4 | 0,01 | - | 4 |
| метилметилакрилат | - | 0,25 | 2 | 0,01 | - | 3 |
| диметилформамид | - | 10,0 | 4 | 0,03 | - | 2 |
| винилацетат | - | 0,2 | 2 | 0,15 | - | 3 |
| 1.8. Полиорганосилаксаны (силиконы) | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| при наличии фенильной группы | фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| 1.9. Полиамиды: |  |  |  |  |  |  |  |
| полиамид 6 (поликапроамид, капрон, анид) | Е-капролактам | - | 0,5 | 4 | 0,06 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| полиамид 66, (полигексаметилен-адипамид, найлон) | гексаметилендиамин | - | 0,01 | 2 | 0,001 | - | 2 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 1 | 0,5 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| полиамид 610 (полигексаметилен-  себацинамид) | гексаметилендиамин | - | 0,01 | 2 | 0,001 | - | 2 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| полиакриламид | акриламид | - | 0,0001 | 1 | - | 0,005 | - |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 1.10. Полиуретаны (спандекс, др.) | этиленгликоль | - | 1,0 | 3 | - | 1,0 | - |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирты: | - |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| пропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,3 | - | 3 |
| изопропиловый | *-* | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
|  | бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
|  | толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| 1.11. Полиэфиры: |  |  |  |  |  |  |  |
| полиэтиленоксид | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| полипропиленоксид | метилацетат | - | 0,1 | 3 | 0,07 | - | 4 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| политетраметиленоксид | пропиловый спирт | - | 0,1 | 4 | 0,3 | *-* | 3 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| полифениленоксид | фенол | *-* | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| полиэтилентерефталат и сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, полиэстер, дакрон, мерсилен, дагрофил) | ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| этиленгликоль | - | 1,0 | 3 | - | 1,0 | - |
| диметилтерефталат | - | 1,5 | 4 | 0,05 | - | 2 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| cпирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| поликарбонат | фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| дифенилолпропан | - | 0,01 | 4 | - | 0,04 | - |
| метиленхлорид (дихлорметан) | - | 0,02 | 1 | 8,8 | - | 4 |
| хлорбензол | - | 0,02 | 3 | 0,1 | - | 3 |
| полисульфон | дифенилолпропан | - | 0,01 | 4 | - | 0,04 | - |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| полифениленсульфид | фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| дихлорбензол | - | 0,002 | 3 | - | 0,03 | - |
| бор (В) | - | 0,5 | 2 | - | - | - |
| при использовании в качестве связующего: |  |  |  |  |  |  |  |
| фенолоформальдегидных смол | фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| кремнийорганичес-ких смол | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| эпоксидных смол | эпихлоргидрин | - | 0,1 | 2 | 0,2 | - | 2 |
| Фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| дифенилолпропан | - | 0,01 | 4 | - | 0,04 | - |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 |  | 2 |
| 1.12. Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен | фтор-ион (суммарно) | - | 0,5 | 2 | - | - | - |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 |  | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| гексан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| гептан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| 1.13. Пластмассы на основе фенолоальдегидных смол (фенопласты) | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| 1.14. Полиформальдегид | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| 1.15. Аминопласты (массы прессованные карбамидо- и меламиноформальдегидные) | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 1.16. Полимерные материалы на основе эпоксидных смол | эпихлоргидрин | - | 0,1 | 2 | 0,2 | - | 2 |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| дифенилолпропан | - | 0,01 | 4 | - | 0,04 | - |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 1.17. Иономерные смолы, в т. ч. серлин | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| 1.18. Целлюлоза | этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| 1.19. Эфирцеллюлозные пластмассы (этролы) | этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| 1.20. Коллаген (биополимер) | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| бутилацетат | - | 0,1 | 4 | 0,1 | - | 4 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| пропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,3 | - | 3 |
| изопропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| 2. Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов) | метилакрилат | - | 0,02 | 4 | 0,01 | - | 4 |
| метилметакрилат | - | 0,25 | 2 | 0,01 | - | 3 |
| бутилакрилат | - | 0,01 | 4 | 0,0075 | - | 2 |
| дифенилолпропан | - | 0,01 | 4 | - | 0,04 | - |
| эпихлоргидрин | - | 0,1 | 2 | 0,2 | - | 2 |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| 3. Резины, латексы на основе: | | | | | | | |
| 3.1. Каучук натуральный (смокед-шит, светлый креп) | Перечень контролиру-емых веществ определя-ется, исходя из рецептуры |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. Синтетические каучуки |  |  |  |  |  |  |  |
| бутиловый (БК), хлорбутиловый (НТ) | изобутилен | - | 0,5 | 3 | 10 | - | 4 |
| изопрен | - | 0,01 | 4 | 0,5 | - | 3 |
| изопреновый (СКИ, СКИЛ) | изопрен | - | 0,01 | 4 | 0,5 | - | 3 |
| хлоропреновый (наирит) | хлоропрен | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| бутадиеновый (СКД-ЛР), натрий бутадиеновый (СКБ) | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| бутадиеннитрильные разных марок (СКН, СКД, др.) | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| бутадиенстирольные (СКС, СРС, др.) | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| бутадиенметилстироль-ные (СКМС, СРСМ, др.) | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | *4* | 1,0 | - | 4 |
| α-метилстирол | - | 0,1 | 3 | 0,04 | - | 3 |
| полиуретановый | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| 3.3. Латексы |  |  |  |  |  |  |  |
| натуральный, изопреновый | изопрен | - | 0,01 | 4 | 0,5 | - | 3 |
| на основе бутилкаучука | изобутилен | - | 0,5 | 3 | 10 | - | 4 |
| изопрен | - | 0,01 | 4 | 0,5 | - | 3 |
| бутадиенстирольный и стиролбутадиеновый | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 |  | 2 |
| бутадиеннитрильный | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| хлоропреновый (неопреновый) | хлоропрен | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| поливинилхлоридный | винил хлористый | - | 0,01 | 2 | 0,01 | - | 1 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| карбоксилатные, в зависимости от состава | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| акриловая кислота | - | 0,5 | 2 | 0,04 | - | 3 |
| метакриловая кислота | - | 1,0 | 3 | 0,2 | - | 4 |
| полистирольный | стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 | - | 2 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| полиуретановый | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| 3.4. Резины рентгеноконт-растные с использованием в качестве наполнителя окислов свинца или бария на основе каучуков: | свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| барий | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| бутадиеннитрильных | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| акрилонитрил | - | 0,02 | 2 | 0,03 | - | 2 |
| бутадиенстирольных | 1,3-бутадиен | - | 0,05 | 4 | 1,0 | - | 4 |
| стирол | - | 0,01 | 2 | 0,002 |  | 2 |
| глет свинцовый  (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин) | свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| Тканевая и нетканевая основы резиновых и латексных материалов | Перечень контролиру-емых веществ определя-ется, исходя из состава материалов |  |  |  |  |  |  |
| 3.5. Во всех резинах и латексах,  в том числе: в резинах и латексах с неизвест-ной рецептурой | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| 3.6. В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться: |  |  |  |  |  |  |  |
| Вулканизующие агенты и ускорители вулканизации |  |  |  |  |  |  |  |
| тиурам Д  для укупорочных пробок и резин, контактирующих с кровью  для прочих изделий | тетраметилтиурам-дисульфид | -  0,5 | 0,05 | 2  - | 0,02  - | -  - | 3  - |
| тиурам Е  для резин, контактирующих с кровью  для прочих изделий | тетраэтилтиурам-дисульфид | -  0,5 | 0,05 | 3  - | 0,03  - | -  - | 3  - |
| тиурам ЭФ | диэтилдифенилтиурам-дисульфид | 1,0 | - | - | - | - | - |
| цимат  для резин, контактирующих с кровью  для прочих изделий | диметилдитиокарбамат цинка | 0,05  0,5 | -  - | -  - | -  - | -  - | -  - |
| этилцимат  для резин, контактирующих с кровью  для прочих изделий | диэтилдитиокарбамат цинка | 0,05  0,5 | -  - | -  - | -  - | -  - | -  - |
| этилфенилдитиокарбамат цинка | этилфенилдитиокарба-мат цинка | 1,0 | - | - | - | - | - |
| дифенилгуанидин  для изделий, контактирующих с кожей  для прочих изделий | дифенилгуанидин | 0,5  0,15 | -  - | -  - | -  - | 0,005  - | -  - |
| альтакс | 2,2-дибензтиазолдисульфид | - | 0,4 | 3 | 0,03 | - | 3 |
| каптакс | 2-меркаптобензтиазол | - | 0,4 | 4 | 0,012 | - | 3 |
| сульфенамид Ц | циклогексил-2-бензтиазолсульфенамид | - | 0,4 | 4 | 0,2 | - | 4 |
| суммарная миг-рация веществ класса тиазолов |  | 0,4 | - | - | - | - | - |
| Противостарители |  |  |  |  |  |  |  |
| агидол-2 | 2,2-метилен-бис(4-метил-6**-**трет**-**бутил-фенол | 2,0 | - | - | - | - | - |
| агидол-40 | 2,4,6-трис-(3,5-ди-трет-бутил-4-окси-бензил)-мезитилен | 1,0 | - | - | - | - | - |
| неозон Д (нафтам-2) | фенил-2-нафтиламин | 0,2 | - | - | - | 0,03 | - |
| Активаторы ускорителей |  |  |  |  |  |  |  |
| белила цинковые | цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| Наполнители |  |  |  |  |  |  |  |
| аэросил | кремний | - | 10,0 | 2 | - | - | - |
| барий сернокислый и углекислый | барий | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| литопон | барий | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| Мягчители и пластификаторы |  |  |  |  |  |  |  |
| масло индустри-альное, масло-мяг-читель (нетоксол) | бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| полиэтилен низкомолекулярный | этилен | - | 0,5 | 3 | 3,0 | - | 3 |
| полипропилен атактический (АПП) | пропилен | - | 0,5 | 3 | 3,0 | - | 3 |
| кислота стеа-риновая (стеарин) | кислота стеариновая | 0,25 | - | 4 | - | - | - |
| дибутилфталат | дибутилфталат | - | 0,2 | 3 | - | - | - |
| диоктилфталат | диоктилфталат | - | 2,0 | 3 | - | 0,02 | - |
| ренацит (цинковая соль пентахлор-тиофенола) | хлорфенол | - | 0,001 | 4 | - | - | - |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| синтетические жирные кислоты (в зависимости от состава) | капроновая кислота | - | - | - | 0,005 | - | 3 |
| метакриловая кислота | - | 1,0 | 3 | 0,01 | - | 3 |
| олеиновая кислота | - | 0,5 | 4 | - | 0,1 | - |
| Поверхностно-актив-ные вещества (эмуль-гаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава |  |  |  |  |  |  |  |
| олеиновая кислота | олеиновая кислота | - | 0,5 | 4 |  | 0,1 | - |
| Стабилизаторы силиконовых смесей |  |  |  |  |  |  |  |
| диолы НД-8 (α,ω-дигидроксиполи-диметилсилоксаны) | полиметилгидроксиси-локсан | - | 2,0 | 4 | - | - | - |
| Вещества, регулирую-щие рН латексных смесей |  |  |  |  |  |  |  |
| аммиак водный | аммиак и аммоний ион | - | 1,5 | 4 | 2,0 | - | 4 |
| Вспомогательные вещества |  |  |  |  |  |  |  |
| бензин | бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| ксилол | ксилол | - | 0,05 | 3 | 0,2 | - | 3 |
| толуол | толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| натрий карбокси-метилцеллюлоза | карбокси-метилцеллюлоза натриевая соль | - | 2,0 | 3 | - | - | - |
| полиэтиленовая пленка | формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| спирт метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| триэтаноламин | триэтаноламин | - | 1,0 | 4 | - | 0,04 | - |
| цинк углекислый | цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| 4.Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и т.п.); контроль красителей, пигментов проводить по п.6 настоящей таблицы | суммарно по пестицидам: пентахлорфенол | - | 0,05 | 2 | - | 0,02 | - |
| остаточный активный хлор | не допуска-ется | - | - | - | - | - |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 5. Материалы на основе искусственного волокна |  |  |  |  |  |  |  |
| вискозные, ацетатные на основе целлюлозы | сероуглерод | - | 1,0 | 4 | 0,005 | - | 2 |
| аммиак | - | 1,5 | 4 | 2,0 | - | 4 |
| уксусная кислота | - | 1,0 | 4 | 0,06 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| 6. Бумага, картон, пергамент, подпергамент |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1. Бумага | этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | *4* |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | *2* |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| ацетон | - | 0,1 | *3* | 0,35 | - | 4 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | *2* | 0,5 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | *2* | 0,1 | - | 3 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| мышьяк | - | 0,05 | 2 | - | - | - |
| хром (по Сr6+) | - | 0,05 | 3 | - | - | - |
| 6.2.Бумага парафинированная дополнительно к показа-телям, указанным для бумаги, следует определять | гексан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| гептан | - | 0,1 | 4 | - | - | - |
| бенз(а)пирен | не допуска-ется | - | - | - | - | - |
| 6.3. Картон | этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| бутилацетат | - | 0,1 | 4 | 0,1 | - | 4 |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| изопропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| ксилолы (смесь изомеров) | - | 0,05 | 3 | 0,2 | - | 3 |
| свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| мышьяк | - | 0,05 | 2 | - | - | - |
| хром (по Сr6+) | - | 0,05 | 3 | - | - | - |
| картон мелованный дополнительно следует определять | титан | - | 0,1 | 3 | - | - | - |
| алюминий | - | 0,5 | 2 | - | - | - |
| барий | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| 6.5.Пергамент растительный | этилацетат | - | 0,1 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| формальдегид | - | 0,1 | 2 | 0,003 | - | 2 |
| спирты: |  |  |  |  |  |  |
| метиловый | - | 0,2 | 2 | 0,5 | - | 3 |
| пропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,3 | - | 3 |
| изопропиловый | - | 0,1 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| бутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 3 |
| изобутиловый | - | 0,5 | 2 | 0,1 | - | 4 |
| ацетон | - | 0,1 | 3 | 0,35 | - | 4 |
| свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| мышьяк | - | 0,05 | 2 | - | - | - |
| медь | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| железо | - | 0,3 |  | - | - | - |
| хром (по Сr6+) | - | 0,05 | 3 | - | - | - |
| 4.6.Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергамента растительного) | кроме указанных выше веществ следует определять: |  |  |  |  |  |  |
| ацетальдегид | - | 0,2 | 4 | 0,01 | - | 3 |
| фенол | - | 0,05 | 4 | 0,003 | - | 2 |
| эпихлоргидрин | - | 0,1 | 2 | 0,2 | - | 2 |
| Е-капролактам | - | 0,5 | 4 | 0,06 | - | 3 |
| бензол | - | 0,01 | 1 | 0,1 | - | 2 |
| толуол | - | 0,5 | 4 | 0,6 | - | 3 |
| ксилолы (смесь изомеров) | - | 0,05 | 3 | 0,2 | - | 3 |
| титан | - | 0,1 | 3 | - | - | - |
| кадмий | - | 0,001 | 2 | - | - | - |
| 6. Красители, пигменты (в зависимости от химического состава) | на основе бензидина | не допускается | | | не допускается | | |
| свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| кадмий | - | 0,001 | 2 | - | - | - |
| мышьяк | - | 0,05 | 2 | - | - | - |
| хром (по Сr6+) | - | 0,05 | 3 | - | - | - |
| кобальт | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| медь | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| никель | - | 0,02 | 2 | - | - | - |
| ртуть | - | 0,005 | 1 | - | - | - |
| 7.Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов, исходя из рецептуры | цинк | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| свинец | - | 0,03 | 2 | - | - | - |
| хром (по Сr6+) | - | 0,05 | 3 | - | - | - |
| олово | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| медь | - | 1,0 | 3 | - | - | - |
| кадмий | - | 0,001 | 2 | - | - | - |
| железо | - | 0,3 | 3 | - | - | - |
| марганец | - | 0,1 | 3 | - | - | - |
| барий | - | 0,1 | 2 | - | - | - |
| никель | - | 0,02 | 2 | - | - | - |

Примечание. 1) Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица 30

Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценки материалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинского назначения

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемые показатели, единицы измерения | Допустимые значения |
| Показатели оценки материалов ИМН |  |
| Запах, баллы | Не более 1 |
| Показатели оценки водных вытяжек из материалов ИМН |  |
| Запах, баллы | 0 |
| Привкус1), баллы | 0 |
| Мутность, осадок, описательно | не допускается |
| Изменение цветности | не допускается |
| Восстановительные при­меси, мл 0,02 Н раствора Na2S203 | не более 1,0 |
| Значение рН, ед.рН | 5,5-7,5 |
| Изменение значения рН по сравнению с контролем, ед.рН:  -для изделий, контактирующих с кровью  -для остальных изделий | в пределах ± 0,5  в пределах ± 1,0 |
| Ультрафиолетовое поглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед.О.П.:  -для контейнеров для крови  -для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионных однократного применения  -для остальных изделий | не более 0,2  не более 0,1  не более 0,3 |
| Перманганатная окисляемость (ПО), мгО2/л2)  -для диализаторов типа ДИП  -магистралей кровопроводящих  -фильтров крови типа ФК  -для оксигенаторов  -для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными и диффузионными препаратами | не более 1,0  не более 0,5  не более 2,5  не более 2,0  не более 3,0 |
| Бромируемость, мгBr2/л2)  -для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих  -фильтров крови типа ФК  -для оксигенаторов  -для остальных изделий | не более 0,3  не более 6,0  не более 1,0  не более 0,3 |

Примечание.

1. Показатель определяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта со слизистыми оболочками полости рта.
2. Показательопределяется при необходимости решения спорных вопросов, при пограничных значениях прочих показателей.

Таблица 31

Токсикологические и клинико-лабораторные показатели безопасности оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и их допустимые значения

|  | Наименование показателя | Критерии, единицы измерения | Допустимые значения |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Показатели токсикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий | | |
| 1.1 | Раздражающее действие |  |  |
| 1.1.1 | Раздражающее действие на кожу | гиперемия, баллы | 0 |
| 1.1.2 | Раздражающее действие на слизистые оболочки | гиперемия, баллы | 0 |
| 1.2 | Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, в брюшину1) |  |  |
| 1.2.1 | Смертность | гибель животных | отсутствие |
| 1.2.2 | Клинические симптомы интоксикации | неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности | отсутствие |
| 1.2.3 | Изменение массы тела | достоверные изменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем | отсутствие |
| 1.2.4 | Массовые коэффициенты2) внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. – в зависимости от состава и назначения материала) | достоверные различия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе, по сравнению с контролем | отсутствие |
| 1.2.5 | Макроскопические изменения внутренних органов и тканей | визуальные изменения внутренних органов и тканей | отсутствие |
| 1.3 | Показатели острой токсичности при внутрикожном введении | воспалительная реакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы | 0 |
| 1.4 | Сенсибилизирующее действие | по показателям и критериям п.п.1.4.1-1.4.6 | отсутствие |
| 1.4.1 | Провокационная внутрикожная проба | количество положительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающей дозы водной вытяжки | 0 |
| 1.4.2 | Конъюнктивальный тест | количество положительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы водной вытяжки на конъюнктиву | 0 |
| 1.4.3 | Реакция специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ) | показатель РСАЛ – отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него в пробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность | от 1,0 до 1,5 |
| 1.4.4 | Реакция специфического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ) | показатель РСЛЛ - процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробах крови без антигена и с антигеном к абсолютному их количеству в пробах крови без антигена, % | не более 10 |
| 1.4.5 | Лейкоцитарная формула, количество эозинофилов | количество эозинофилов на 100 клеток, шт. | не более 5 |
| 1.4.6 | Реакция дегрануляции тучных клеток (РДТК) | показатель реакции РДТК, относительные единицы | не более 1,31 (отрицательный) |
| 1.5 | Гемолитический тест | процент гемолиза, % | не более 2 |
| 1.6 | Пирогенность | суммарное повышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и после введения водной вытяжки, оС | не более 1,4  (апирогенно) |
| 1.7 | Общетоксическое и кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток in vitro3) | процентное отношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупного рогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), % | в пределах  70-120 |
| 2 | Показатели оценки безопасности материалов | | |
| 2.1 | Показатели токсикологической оценки | | |
| 2.1.1 | Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок  (для материалов, попадание которых в организм возможно per os)1) | малая токсичность при введении в желудок  по ГОСТ 12.1.007-76, DL50, мг/кг | >5000 |
| кумулятивное действие | отсутствие |
| 2.1.2 | Кожно-резорбтивное действие (для различных форм материалов – жидких, геле-, пастообразных и др.) | неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности | отсутствие |
| 2.1.3 | Прочие материалы и показатели | по разделу 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другие показатели4) |  |
| 2.2 | Клинико-лабораторные показатели | | |
| 2.2.1 | Компрессный или капельный методы | критерии кожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действия материалов | отсутствие признаков воздействия |

Примечания. 1) объем испытаний в конкретных случаях определяется, исходя из состава материалов и назначения изделий; 2) массовый коэффициент – процентное отношение массы органа к массе тела; 3) допускается применение других альтернативных методов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов; 4) для некоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения, оценка которых должна производиться по утвержденным токсикологическим методикам.

Таблица 32

# Микробиологические показатели безопасности материалов и изделий медицинского назначения1)

|  |  |
| --- | --- |
| Микробиологические показатели | Допустимые значения |
| Общее количество мезофильных аэробных и  факуль­тативно-анаэробных бактерий (МАФАнМ), КОЕ2)  в 1 г (см3) продукции | не более 102 |
| Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибки, КОЕ2)  в 1 г (см3) продукции | Отсутствие |
| Бактерии семейства Enterobacteriaceae в 1 г (см3) продукции | Отсутствие |
| Патогенные стафилокок­ки в 1 г (см3) продукции | Отсутствие |
| Pseudomonas-aeruginosa | Отсутствие |

Примечания.

1) Требования распространяются на нестерильные изделия.

2) КОЕ - колониеобразующих единиц в 1 г или 1 см3 продукции

Таблица 33

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц (для условий производственных воздействий)

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень |
| Напряженность электрического поля, кВ/м | 250/ f1) |
| Индукция магнитного поля, мкТл | 5000/ f1) |

Примечание.

f – частота действующего электромагнитного поля

Таблица 34

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц (для условий производственных воздействий)

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень |
| Напряженность электрического поля, В/м | 500 |
| Напряженность магнитного поля, А/м | 50 |

Таблица 35

Временные допустимые уровни индукции импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц

(для условий производственных воздействий)

|  |  |
| --- | --- |
| Контролируемый параметр | Временный допустимый уровень |
| Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц, мТл | 1,75 |

Приложение 8

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Предельно допустимые уровни (ПДУ) электромагнитных излучений на рабочих местах медицинского персонала**

Таблица 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование физического фактора | ПДУ | Нормативный документ |
| 1 | Напряженность постоянного магнитного поля | 10 мТл | СанПиН 2.2.4.1191-03 "Электромагнитные поля в производственных условиях" |
| 2 | Напряженность электростатического поля | Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня |
| 3 | Напряженность переменного магнитного поля 50 Гц | Устанавливается в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 100 мкТл при общем и 1000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня |
| 4 | Напряженность переменного электрического поля 50 Гц | Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня |
| 5 | Электромагнитное излучение в диапазоне 10 — 30 кГц: | Устанавливается в зависимости от продолжительности воздействия, но не более: |
| напряженность электрического поля | 500 В/м в течение рабочего дня |
| напряженность магнитного поля | 50 А/м в течение рабочего дня |
| 6 | Энергетическая экспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц | |
|  | Энергетическая экспозиция электрического поля при частоте | |
|  | 0,03—3 МГц | 20000 (В/м)2 ч |
|  | 3—30 МГц | 7000 (В/м)2 ч |
|  | 30—300 МГц | 800 (В/м)2 ч |
|  | Энергетическая экспозиция магнитного поля при частоте | |
|  | 0,03—3 МГц | 200( А/м)2ч |
|  | 30—50 МГц | 0,72 ( А/м)2ч |
|  | Энергетическая экспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц - 300 ГГц | 200 (мкВт/см2)2ч |
| 7 | Интенсивность инфракрасного (теплового) излучения | 100 Вт/м2 | СанПиН 2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений" |
| 8 | Интенсивность ультрафиолетового излучения | 50,0 Вт/м2 (УФ-А)  0,05 Вт/м2 (УФ-В)  не допускается (УФ-С) | СН 4557-88 |
| 9 | Электромагнитные излучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ | | СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03"Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы" |
|  | Напряженность электрического поля на рабочем месте | 25 В/м (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц)  2,5 В/м (в диапазоне частот 2-400 кГц) |
|  | Плотность магнитного потока на рабочем месте | 250 нТл (в диапазоне частот 5 Гц-2 кГц) 25 нТл (в диапазоне частот 2 – 400 кГц) |
|  | Напряженность электростатического поля | 15кВ/м |
|  | Фоновые значения электромагнитных полей частотой 50 Гц | | ГН 2.1.8/2.2.4.2262-07  Предельно допустимые уровни магнитных полей частотой 50 Гц в помещениях жилых, общественных зданий и на селитебных территориях |
|  | Электрического поля | 500 В/м |  |
|  | Магнитного поля | 10 мкТл |

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Время воздействия за рабочий день, минуты | Условия воздействия | | | |
| Общее | | Локальное | |
| ПДУ напряженности, кА/м | ПДУ магнитной индукции, мТл | ПДУ напряженности, кА/м | ПДУ магнитной индукции, мТл |
| 0-10 | 24 | 30 | 40 | 50 |
| 11-60 | 16 | 20 | 24 | 30 |
| 61-480 | 8 | 10 | 12 | 15 |

Примечание: при необходимости пребывания персонала в зонах с различной напряженностью (индукцией) ПМП общее время выполнения работ в этих зонах не должно превышать предельно допустимое для зоны с максимальной напряженностью.

Приложение 9

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Допустимые уровни звука медицинской техники**

**в помещениях лечебно-профилактических организаций**

таблица 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы изделий медицинской техники | Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц | | | | | | | | Уровни звука, *LA*, и эквивалентные уровни звука, *LАэкв*, дБА |
| 63 | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
| I | 71 | 61 | 54 | 49 | 45 | 42 | 40 | 38 | 50 |
| II | 75 | 66 | 59 | 54 | 50 | 47 | 45 | 43 | 55 |
| III | 79 | 70 | 63 | 58 | 55 | 52 | 50 | 49 | 60 |
| Примечания.  1. Указанные параметры звука следует определять по таблице в зависимости от контингентов, подвергающихся воздействию шума: I группа - пациенты, II группа - старший и средний медицинский персонал, III группа - младший медицинский и вспомогательно-технический персонал.  2. Для изделий медицинской техники, работающих в повторно-кратковременном режиме (не более 20 мин), допускается превышение уровня звука на 5 дБА выше указанного в таблице. | | | | | | | | | |

Поправки на время воздействия шума.

Таблица 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Время, час | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0,5 | 15 мин. | 5 мин. |
| Поправка дБА, дБ | 0 | 0,5 | 1,2 | 2 | 3 | 4,2 | 6 | 9 | 12 | 15 | 20 |

Приложение 10

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и напряженности, дБА**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категории напряженности трудового процесса | Категории тяжести трудового процесса | | | | |
| легкая физическая нагрузка | средняя физическая нагрузка | тяжелый труд 1 степени | тяжелый труд 2 степени | тяжелый труд 3 степени |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Напряженность легкой степени | 80 | 80 | 75 | 75 | 75 |
| Напряженность средней степени | 70 | 70 | 65 | 65 | 65 |
| Напряженный труд 1 степени | 60 | 60 | - | - | - |
| Напряженный труд 2 степени | 50 | 50 | - | - | - |
| Примечание. Категория тяжести и напряженности трудового процесса устанавливается по Руководству Р 2.2.2006-05 "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда" | | | | | |

Приложение 11

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих местах**

|  |  |
| --- | --- |
| Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц | Уровни звукового давления, дБ |
| 12,5 | 80 |
| 16,0 | 90 |
| 20,0 | 100 |
| 25,0 | 105 |
| 31,5—100,0 | 110 |

Приложение 12

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**Перечень регистрируемых нозологических форм   
инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование заболевания | Шифр по МКБ-10 |
|  | ***Гнойно-воспалительные инфекции новорожденных, из них:*** |  |
| 1. | бактериальный менингит  бактериальный менингит | G00 |
| 2.. | бактериальный сепсис новорожденного | Р36 |
| 3. | омфалит | Р38 |
| 4. | неонатальный инфекционный мастит | P39.0 |
| 5. | конъюнктивит и дакриоцистит | Р39.1 |
| 6. | неонатальная инфекция мочевых путей | Р39.3 |
| 7. | неонатальная инфекция кожных покровов, пиодермия новорожденных | Р39.4 |
| 8. | другая уточненная инфекция кожи, специфичная для перинатального периода | Р39.8 |
| 9. | инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная | Р39.9 |
| 10. | Перитонит | Р78.1 |
| 11. | пузырчатка новорожденного | L00 |
| 12. | Импетиго | L0I |
| 13. | абсцесс кожи, фурункул и карбункул | L02 |
| 14. | Флегмона | L03 |
| 15. | Остеомиелит | М86.0,1,2,8,9 |
| 16. | негнойный средний отит | Н65 |
| 17. | Гнойный и неуточненный средний отит | Н66 |
| 18. | Пневмонии | J12- J18 |  |
| 19. | врожденная пневмония | Р23 |
| 20. | врожденные вирусные инфекции | Р35 |
| 21. | синдром врожденной краснухи | Р35.0 |
| 22. | врожденная цитомегаловирусная инфекция | Р35.1 |
| 23. | врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса | Р35.2 |
| 24. | врожденный вирусный гепатит | Р35.3 |
| 25. | другие врожденные вирусные инфекции | Р35.8 |
| 26. | бактериальный сепсис новорожденного | Р36 |
| 27. | другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни, в том числе: | Р37 |
| 28. | :врожденный туберкулез | Р37.0 |
| 29. | врожденный токсоплазмоз | Р37.1 |
| 30. | неонатальный (диссеминированный) листериоз | Р37.2 |
| 31. | врожденная малярия, вызванная Pl.falciparum | Р37.3 |
| 32. | другая врожденная малярия | Р37.4 |
| 33. | кандидоз новорожденного | Р37.5 |
| 34. | другие уточненные врожденные инфекционные и паразитарные болезни | Р37.8 |
| 35. | другая уточненная инфекция, специфичная для перинатального периода | Р39.8 |
| 36. | инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная | Р39.9 |
| 37. | гонококковая инфекция глаз | А54.3 |
|  | ***Внутрибольничные гнойно-воспалительные инфекции родильниц,*** ***из них***: | 085, 086, О86.0, 2, О90.0, О90.1, О91.0, О91.1, О75.3, J12-15, К65.0 |
| 38. | послеродовый сепсис | О85 |
| 39. | другие послеродовые инфекции | О86 |
| 40. | инфекция хирургической акушерской раны (рана кесарева сечения, шов промежности) | О86.0 |
| 41. | инфекции мочевых путей после родов | О86.2 |
| 42. | расхождение швов после кесарева сечения | О90.0 |
| 43. | расхождение швов промежности | О90.1 |
| 44. | инфекции соска, связанные с деторождением | О91.0 |
| 45. | абсцесс молочной железы, связанный с деторождением | О91.1 |
| 46. | другие инфекции во время родов | О75.3 |
| 47. | вирусные и бактериальные пневмонии | J12-15 |
| 48. | Перитонит | К65.0 |
|  | ***Послеоперационные инфекции, из них:*** |  |
| 49. | стрептококковая септицемия | A40 |
| 50. | другая септицемия | A41 |
| 51. | другая уточненная септицемия | А41.8 |
| 52. | газовая гангрена | A48.0 |
| 53. | бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках | G00 |
| 54. | бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированный в других рубриках | G04.2 |
| 55. | другой энцефалит, миелит или энцефаломиелит | G04.8 |
| 56. | энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный | G04.9 |
| 57. | флебит и тромбофлебит | 180 |
| 58. | острый перитонит | K65.0 |
| 59. | другие виды перитонита | К65.8 |
| 60. | остеомиелит | M86 |
| 61. | расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках | T81.3 |
| 62. | инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках | Т81.4 |
| 63. | инфекция и воспалительная реакция, связанные с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантантами и трансплантантами | Т82.6,7 |
| 64. | инфекция и воспалительная реакция, обусловленные протезным устройством, имплантантом и трансплантантом в мочеполовой системе, половом тракте | Т83.5,6 |
| 65. | инфекция и воспалительная реакция, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством (любой локализации), другими внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантантами, трансплантантами | Т84.5,6,7 |
| 66. | инфекция ампутационной культи | Т87.4 |
| 67. | инфекция, связанная с искусственным оплодотворением | N98.0 |
| 68. | неудачный медицинский аборт, осложнившейся инфекцией половых путей и тазовых органов | О07.0 |
| 69. | инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортом, внематочной и молярной беременностью | О08.0 |
|  | ***Постинъекционные инфекции, из них:*** |  |
| 70. | инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией | T80.1,2 |
| 71. | инфекция, связанная с иммунизацией | T88.0 |
|  | ***Инфекции мочевыводящих путей, из них:*** |  |
| 72. | острый цистит | N30.0 |
| 73. | инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации | N39.0 |
| 74. | Уретральный абсцесс | N34.0 |
| 75. | ***Вирусные и бактериальные пневмонии*** | J12-J15 |
| 76. | Другие ИСМП, инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, связанные с пребыванием в медицинской организации | Обозначаются кодами по 10 МКБ соответственно нозологической форме |

Приложение 13

к СанПиН 2.1.3.\_\_\_\_-1\_

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_

**ПОРЯДОК УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приемно - смотровое отделение | Родовое отделение | | | | | | Отделение новорожден­ных | | Обсерва­ционное  отделение |
| предродовые  палаты | Родильный зал, боксированный родильный блок | вспомогатель-ные помещения | | послеродовое  физиологи­ческое отделение с раздельными совместным пребыванием матери и ребенка | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | | 6 | | 7 |
| Текущая уборка | | | | | | | | | |
| Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки производится обеззараживание воздуха После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.  Обработку помещений роводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел. | | 1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, производится обеззараживание воздуха  После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.  2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов | Влажная уборка с использова­нием дезинфи­цирующего средства не реже 1 раза в день | | Ежедневно влажная уборка − 3 раза в день, из них − 2 раза с использованием моющего средства, третий раз − с применением дезинфицирующего средства | | | | Ежедневно влажная уборка − 3 раза в день, из них − 2 раза с использованием моющего средства, третий раз − с применением дезинфицирующего средства |
| После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают.  После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. | | | | |
| Уборка по типу заключительной дезинфекции | | | | | | | | | |
|  |  | При наличии одного родильного  зала уборку проводят не реже  одного раза в три дня. При наличии двух родзалов,в боксированном родблоке уборку  проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства.  После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ‑излучением помещение проветривают в течение 20 минут.  Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале. | Один раз  в неделю | После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего  средства | |  | | Один раз в неделю (стены -на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства | |
| После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ‑излучением помещение проветривают в течение 20 минут.  После выписки родильницы проводят заключительную  дезинфекцию. | | | | | |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. \*В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений [↑](#footnote-ref-4)