



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
کمیته شورای دندانپزشکی کرونا



الزامات (اجباری) و ترجیحات (اختیاری) در بازگشایی مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی در شرایط همه گیری کووید-۱۹



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزش
دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی

الزامات (اجباری)

- ۱ تمهیدات لازم جهت کاهش حداکثری احتمال تولید آئروسول.
- ۲ استفاده از رابردم در موارد امکان پذیر.
- ۳ استفاده از ساکشن فشار قوی.
- ۴ به کارگیری تهویه قوی و مناسب در **کل فضای** مرکز دندانپزشکی، از جمله در پذیرش، انتظار و به ویژه در بخش درمان.
- ۵ به کارگیری دستگاه ضد عفونی کننده هوا در **بخش درمان** (از قبیل UV-C، Ionizer و ... بسته به ترجیح دندانپزشک).
- ۶ دفع **کلیه زباله ها** باید مطابق با دستورالعمل دفع زباله های عفونی (از جمله Safety Box، پلاستیک های زباله ویژه دفع زباله های عفونی، سطل زباله درب دار پدالی یا چشمی سنسوردار بدون دخالت دست و ...) و بر اساس مفاد قانون دفع پسماندهای پزشکی باشد.
- ۷ **توجه:** در راستای کنترل بهینه عفونت، محل Safety Box باید در مکانی مجاور سطل زباله باشد.
- ۸ استفاده از کلیه وسایل **یک بار مصرف** یا **استریل** (هندپیس، توربین، آنگل، فایل، فرز و ...) جهت انجام امور درمانی به صورت جداگانه برای هر بیمار.
- ۹ • توربین یک بار مصرف ارجح بر توربین قابل اتوکلاو می باشد.
• توربین با والو یک طرفه (Anti-Retractation Valve) در اولویت بر انواع ساده می باشد.
- ۱۰ فاصله زمانی مناسب (حداقل ۴۰ دقیقه) بین بیماران جهت تهویه مناسب و ضد عفونی بهینه محیط و سطوح، و عدم ایجاد تراکم در سالن انتظار.
- ۱۱ غربالگری و تریاژ مراجعه کنندگان جهت جلوگیری از ادامه زنجیره انتقال، طی ۵ مرحله و با رعایت دقیق جزئیات مندرج در دستورالعمل ارائه خدمات دندانپزشکی و حرف وابسته، در شرایط همه گیری کووید-۱۹.
- ۱۲ نصب چارت تریاژ و ارجاع بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ در معرض دید پرسنل پذیرش.
- ۱۳ نصب پوسته های آموزشی حفاظت شخصی مراجعه کنندگان که توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده، در معرض دید مراجعه کنندگان.
- ۱۴ رعایت فاصله بین صندلی های مراجعه کنندگان در سالن انتظار (۱،۸ الی ۲ متر).
- ۱۵ حذف کلیه وسایل مشترک در سالن انتظار از قبیل قندان، مجله، روزنامه و ...
- ۱۶ ضد عفونی دوره ای کلیه سطوح مرتبط با پذیرش، سالن انتظار، آسانسور، دستگیره ها و ... با فواصل کوتاه زمانی.
- ۱۷ استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی مناسب برای پرسنل اداری، بهداشتی، درمانی و پذیرش.
- ۱۸ مدیریت صحیح ورودی (از) و خروجی (به) لابراتوار طبق دستورالعمل ارائه خدمات دندانپزشکی و حرف وابسته، در شرایط همه گیری کووید-۱۹.
- ۱۹ مطالعه و رعایت دقیق سایر مفاد دستورالعمل ارائه خدمات دندانپزشکی و حرف وابسته، در شرایط اپیدمی کووید-۱۹.

ترجیحات (اختیاری)

- توصیه به تجهیز بخش درمان به یکی از موارد ذیل:
۱. اتاق درمان ایزولاسیون عفونت های هوایی با فشار منفی (Airborne Infection Isolation Room-AIIR) طبق دستورالعمل وزارت بهداشت.
 ۲. دستگاه استاندارد دمکش و ضد عفونی کننده آئروسول (Extra Oral High Vacuum Aspirator)، به انضمام دستگاه تهویه هوامجهز به UV-C در بخش درمان.
 ۳. دستگاه استاندارد دمکش و ضد عفونی کننده آئروسول (Extra Oral High Vacuum Aspirator)، به انضمام لامپ UV-C دیواری یا سقفی در بخش درمان.
- توجه:** تجهیزات مورد استفاده در این راستا، باید دارای تاییدیه علمی (مبتنی بر شواهد) و بالینی (مبتنی بر نتایج) لازم و کافی باشند.
- ۲ دستگاه تب سنج دیجیتال.
 - ۳ دستگاه پالس اکسی متر.
 - ۴ استفاده از دریچه های یک طرفه (Anti-Retractation Valve) در کلیه لوله های یونیت (به ویژه پوار آب و هوا).
 - ۵ ارائه کاور کفش، ماسک و ژل ضد عفونی دست، به بیماران قبل از ورودی.
 - ۶ استفاده از دهان شویه های **اکسیداتیو** قبل از آغاز Aerosol Generating Procedures برای بیمار (به مدت حداقل ۲۰ ثانیه) جهت کاهش دز عفونی آئروسول ها



چک لیست بازرسی

الزامات (اجباری) و ترجیحات (اختیاری) در بازگشایی مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی در شرایط همه گیری کووید-۱۹

نام مرکز دندانپزشکی:

نام دندانپزشک یا مدیر:

کد ملی:

کد نظام پزشکی:

لیست الزامات (اجباری)

| خیر | بلی | نام مورد الزامی (اجباری) | خیر | بلی | نام مورد الزامی (اجباری) |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مدیریت صحیح ورودی (از) و خروجی (به) لابراتوار | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱ استفاده از رابردم |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | رعایت فاصله زمانی مناسب (حداقل ۴۰ دقیقه) بین بیماران | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲ استفاده از ساکشن فشار قوی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | غریبالگری و تریاژ صحیح مراجعه کنندگان طبق دستورالعمل | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳ به کار گیری تهویه قوی و مناسب در کل فضای مرکز دندانپزشکی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نصب چارت تریاژ و راجع بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴ به کار گیری دستگاه ضد عفونی کننده هوا در بخش درمان |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نصب بوسترهای آموزشی حفاظت شخصی مراجعه کنندگان | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵ سطل زباله درب دار بدالی یا مجهز به چشمی سنسور دار |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | رعایت فاصله بین صندلی های مراجعه کنندگان در سالن انتظار | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶ دفع زباله ها مطابق با دستورالعمل دفع زباله های عفونی و Safety Box استاندارد |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حذف کلیه وسایل مشترک در سالن انتظار | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷ پکیج وسایل یک بار مصرف استریل جداگانه برای هر بیمار |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ضد عفونی دوره ای کلیه سطوح با فواصل کوتاه زمانی | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | توربین یک بار مصرف |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آگاهی دقیق از مفاد دستورالعمل های مربوطه | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | توربین استریل با والو یک طرفه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی مناسب طبق دستورالعمل | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | توربین استریل ساده |

مورد ازین سه مورد لازم و کافی می باشد

اجراز یک مورد ازین سه مورد لازم و کافی می باشد

لیست ترجیحات (اختیاری)

| خیر | بلی | نام مورد ترجیحی (اختیاری) | خیر | بلی | نام مورد ترجیحی (اختیاری) |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه تب سنج دیجیتال | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اتاق درمان ایزولاسیون عفونت های هوایی با فشار منفی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه پالس اکسی متر | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه استاندارد دمکش و ضد عفونی کننده آئروسل |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | استفاده از دریچه های یک طرفه در یونیت | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | به انضمام دستگاه تهویه هوا مجهز به UVC در بخش درمان |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ارائه کاور کفش، ماسک و زل ضد عفونی دست، به بیماران قبل از ورودی | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه استاندارد دمکش و ضد عفونی کننده آئروسل |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | استفاده از دهان شویه های اکسیدانتیو | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | به انضمام لامپ UVC دیواری یا سقفی در بخش درمان |

نتیجه بازرسی

این مرکز چه ترجیحاتی را دارد (نقاط مثبت کلیدی):

این مرکز چه الزاماتی را ندارد (نقاط منفی کلیدی):

نام بازرسی:

تاریخ:

مهر و امضا:

نتیجه نهایی:

رد صلاحیت

مشروط

مورد تأیید