



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



## 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 آموزشی  
دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی 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 تهویه قوی و مناسب در کل فضای مرکز درمانی، به ویژه در پذیرش، انتظار و بخش درمان.
- ۵ 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.  
توجه: در راستای کنترل بهینه عفونت، محل Safety Box باید در مکانی مجاور سطل زباله باشد.
- ۶ 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.  
• 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.
- ۷ 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.
- ۸ 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.
- ۹ نصب چارت تریاژ و ارجاع بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ در معرض دید پرسنل پذیرش.
- ۱۰ نصب پوستره های آموزشی حفاظت شخصی مراجعه کنندگان که توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده، در معرض دید مراجعه کنندگان.
- ۱۱ رعایت فاصله بین صندلی های مراجعه کنندگان در سالن انتظار (۱،۸ الی ۲ متر).
- ۱۲ حذف کلیه وسایل مشترک در سالن انتظار از قبیل قندان، مجله، روزنامه و ...
- ۱۳ ضد عفونی دوره ای کلیه سطوح مرتبط با پذیرش، سالن انتظار، آسانسور، دستگیره ها و ... با فواصل کوتاه زمانی.
- ۱۴ استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی مناسب برای پرسنل اداری، بهداشتی، درمانی و پذیرش.
- ۱۵ مدیریت صحیح ورودی (از) و خروجی (به) لابراتوار طبق دستورالعمل ارائه خدمات دندانپزشکی و حرف وابسته، در شرایط همه گیری کووید-۱۹.
- ۱۶ 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 ایزوله و لاسیون عفونت های هوایی با فشار منفی (Airborne Infection Isolation Room-AIIR) طبق دستورالعمل وزارت بهداشت.
  ۲. دستگاه استاندارد مکش و ضد عفونی کننده آئروسول (Extra Oral High Vacuum Aspirator)، به انضمام دستگاه تهویه هوا مجهز به UVC در بخش درمان.
  ۳. دستگاه استاندارد مکش و ضد عفونی کننده آئروسول (Extra Oral High Vacuum Aspirator)، به انضمام لامپ UVC 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 اگسیداتیو 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)

نام مورد الزامی (اجباری)	بلی	خیر	نام مورد الزامی (اجباری)	بلی	خیر
مدیریت صحیح ورودی (از) و خروجی (به) لابراتوار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفاده از رابردم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رعایت فاصله زمانی مناسب (حداقل ۴۰ دقیقه) بین بیماران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی مناسب طبق دستورالعمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نصب چارت تریاژ و راجع بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سطل زباله درب دار پدالی یا مجهز به چشمی سنسوردار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نصب پوسترهای آموزشی حفاظت شخصی مراجعه کنندگان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دفع کلیه زباله ها باید مطابق با دستورالعمل دفع زباله های عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رعایت فاصله بین صندلی های مراجعه کنندگان در سالن انتظار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Safety Box استاندارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حذف کلیه وسایل مشترک در سالن انتظار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توربین استریل ساده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مورد ازین سه مورد لازم و کافی می باشد

مورد ازین سه مورد لازم و کافی می باشد

مورد ازین سه مورد لازم و کافی می باشد

### لیست ترجیحات (اختیاری)

نام مورد ترجیحی (اختیاری)	بلی	خیر	نام مورد ترجیحی (اختیاری)	بلی	خیر
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 گفش، 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 اکسیداتیو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به انضمام لامپ UVC دیواری یا سقفی در بخش درمان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مورد لازم و کافی می باشد

مورد لازم و کافی می باشد

مورد لازم و کافی می باشد

### نتیجه بازرسی

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

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

نام بازرس:

تاریخ:

مهر و امضا:

### نتیجه نهایی:

رد صلاحیت

مشروط

مورد تأیید