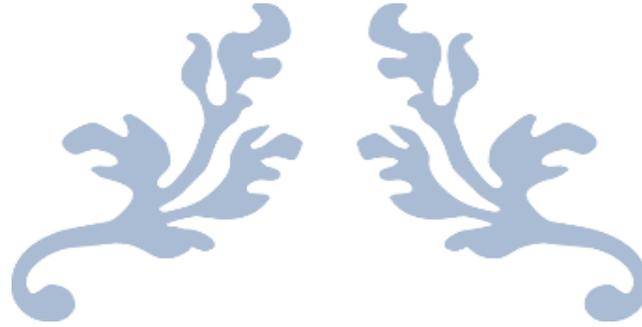


चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

# NATIONAL QUALITY ASSURANCE STANDARDS



## SOP OF AUXILLARY SERVICE

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

## सहायक सेवाएँ

- परिचय:** एक अस्पताल में सहायक सेवाओं का अत्यधिक महत्व है क्योंकि रोगियों की प्रभावी देखभाल और उपचार के लिए उनके हिस्से का योगदान करके वहां सभी के लिए एक आरामदायक और पोषण वातावरण सुनिश्चित करना आवश्यक है। अस्पताल की सहायक सेवाओं में आहार, धुलाई, हाउसकीपिंग, मेडिकल रिकॉर्ड विभाग, सुरक्षा सेवा, रखरखाव और अपशिष्ट निपटान सेवा शामिल हैं।
- उद्देश्य:** इस एसओपी के उद्देश्य में निम्नलिखित शामिल हैं:
  - विभाग में मानक प्रक्रिया और प्रथाओं का दस्तावेज, स्थापना, कार्यान्वयन और रखरखाव करना।
  - संपूर्ण रूप से अस्पताल की सेवाओं के दायरे के तहत आवश्यक सभी सहायक सेवाएं प्रभावी ढंग से प्रदान करने के लिए।
- स्कोप:** यह आउट पेशेंट और रोगियों दोनों के लिए सहायक सेवाओं के तहत विभिन्न सुविधाओं और सेवाओं के कुल कामकाज को कवर करता है।
- समग्र उत्तरदायित्व:** सहायक कार्यों की कुशल डिलीवरी के लिए विभिन्न कार्य एक-प्रभारी एक समग्र जिम्मेदारी रखते हैं।
- आवश्यकताएँ:**

गतिविधि	विवरण
सेवा क्षेत्र	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ आहार</li> <li>○ धुलाई</li> <li>○ हाउसकीपिंग</li> <li>○ मेडिकल रिकॉर्ड</li> <li>○ सुरक्षा</li> <li>○ रखरखाव</li> </ul>
समय	
सूचना का प्रदर्शन	विभागीय नामकरण और समय, दिशात्मक संकेत, उपलब्ध सेवाओं की सूची और उपयोगकर्ता शुल्क यदि लागू हो, सावधानी साइनेज, प्रतिबंधित क्षेत्र साइनेज, समय, अग्नि सुरक्षा साइनेज। साइनेज और डिस्टले अंग्रेजी और स्थानीय भाषा दोनों में उपलब्ध होंगे।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

<b>रोगी को सूचना और शिकायतों का सुधार</b>	<p>सहायक सेवाओं के तहत किसी भी शिकायत के लिए, मरीज स्टाफ नर्स/वार्ड प्रभारी से संपर्क कर सकते हैं। रोगी के शिकायतों के प्रभावी निवारण के लिए संबंधित सेवा क्षेत्र प्रभारी/प्रमुख से संपर्क करने के लिए स्टाफ-नर्स/प्रभारी का कर्तव्य होगा। मरीजों के लिए ओपीडी में शिकायत पेटी का इस्तेमाल शिकायतों को छोड़ने के लिए किया जा सकता है। शिकायतों का पोस्ट संग्रह, ओपीडी प्रभारी/हेल्प डेस्क कर्मी शिकायतों की सूची पर संबंधित सेवा क्षेत्र प्रभारी /प्रमुख को आगे की प्रतिक्रिया के लिए भेजेंगे। शिकायत और कार्रवाई के विवरण को दर्ज करने के लिए रजिस्टर को बनाए रखा जाएगा।</p>
<b>कार्य</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ कर्मचारियों के बीच पेशेवर कामकाजी संबंध बनाए रखें।</li> <li>○ मरीजों की सुरक्षा के सिद्धांतों का पालन करना।</li> <li>○ लापरवाही/गैर-पालन से उत्पन्न किसी भी घटना के मामले में, प्रबंधन को सूचित किया जाना चाहिए।</li> <li>○ रोगी के अधिकारों के संरक्षण की सुविधा।</li> <li>○ अस्पताल की आचार संहिता का पालन करें।</li> <li>○ अस्पताल की सेवाओं के दायरे के अनुसार सभी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करें।</li> </ul>

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

## आहार

- उद्देश्य:** रोगियों की पोषण संबंधी आवश्यकता को उनकी बीमारी के अनुसार पूरा करने के लिए स्वास्थ्यकर और उचित आहार सुविधाओं के प्रावधान के लिए एक प्रणाली स्थापित करना।
- स्कोप:** यह भर्ती मरीजों की आहार आवश्यकता की पूर्ति के लिए वार्ड, आपातकालीन वार्ड, आईसीयू, निजी वार्ड और अस्पताल के आइसोलेशन वार्ड को कवर करता है।
- उत्तरदायित्व:**
  - कुल मिलाकर – मुख्य चिकित्सा अधीक्षक / मुख्य चिकित्सा अधिकार
  - विशिष्ट – आउटसोर्स एजेंसी
- प्रक्रिया:**

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / अभिलेख
4.1	<b>आहार संबंधी सलाह</b> डॉक्टर बीमारी की आवश्यकता के अनुसार आहार की सलाह देते हैं। यदि उन्हें लगता है कि रोगी को आहार विशेषज्ञ की सलाह की आवश्यकता है, तो वह रोगी को आहार विशेषज्ञ को संदर्भित करता है या आहार विशेषज्ञ से आहार संबंधी सलाह लेता है।	चिकित्सक / आहार विशेषज्ञ	
4.2	<b>आहार की संख्या की गणना:</b>	नर्सिंग प्रभारी	आहार रजिस्टर

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	डॉक्टर की सलाह के आधार पर, आईपीडी में संबंधित नर्स, आहार रजिस्टर में रोगी की आहार आवश्यकता की गणना करें और उसे रसोई प्रभारी के पास भेजें।		
<b>4.3</b>	<b>कच्चे माल की खरीद:</b> स्वीकृत डाइट चार्ट अस्पताल में और रसोई प्रभारी के साथ उपलब्ध है। तैयार किए जाने वाले आहार चार्ट और आहार की संख्या के आधार पर, रसोई में सहायक नर्सिंग प्रभारी की देखरेख में कच्चे माल की खरीद करता है। रसोई में खराब होने वाली और खराब होने वाली वस्तु की सूची को रसोइये द्वारा ठीक से बनाए रखा जाता है। सब्जियां दैनिक आधार पर खरीदी जाती हैं।	चिन्हित नर्स	डाइट चार्ट, डाइट रजिस्टर
<b>4.4</b>	<b>बर्तन, स्टोव की तैयारी</b> बर्तन साफ, स्वच्छ और सूखे रखे जाते हैं। रनिंग कंडीशन में स्टोव को उपयोग के लिए तैयार रखा जाता है।	रसोई प्रभारी / कुक	
<b>4.5</b>	<b>धोना, काटना</b> सब्जियों को साफ पानी से धोया जाता है और जरूरत के अनुसार काटा जाता है।	कुक	
<b>4.6</b>	<b>भोजन की तैयारी</b> दिन में दो बार अस्पताल की रसोई में हाइजेनिक वातावरण भोजन को कुक द्वारा तैयार किया जाता है	कुक	
<b>4.7</b>	<b>पके हुए भोजन की गुणवत्ता की जाँच</b> नर्सिंग प्रभारी स्वयं भोजन की गुणवत्ता की जांच करता है, और रोगियों से परामर्श करने के बाद, संबंधित ड्यूटी डॉक्टरों (शाम और	कुक	भोजन की गुणवत्ता पर मासिक रिपोर्ट

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	<p>रात के घंटों के दौरान) और नर्स मासिक गुणवत्ता रिपोर्ट तैयार करते हैं और इसे सी0एम0एस को सौंपते हैं।</p> <p>डॉक्टर/नर्स प्रभारी और हेड कुक द्वारा निम्नलिखित चखना</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• बनावट</li> <li>• स्वाद</li> <li>• दिखावट</li> </ul>		
<b>4.8</b>	<p><b>पके हुए भोजन का वितरण</b></p> <p>हेल्पर भर्ती मरीजों को दिन में दो बार संबंधित नर्स की सूचना के साथ निश्चित समय पर भोजन वितरित करता है।</p>	सहायक	डाइट रजिस्टर
<b>4.9</b>	<p><b>पके हुए भोजन पर प्रतिक्रिया</b></p> <p>रोगी से मौखिक प्रतिक्रिया ली जाती है और नर्सिंग प्रभारी को सूचना दी जाती है।</p> <p>आवश्यकतानुसार आवश्यक कार्यवाही की जाती है।</p>	चिन्हित नर्स	डाइट रजिस्टर
<b>4.10</b>	<p><b>रोगी को आहार सेवा की समाप्ति</b></p> <p>जब डॉक्टर यह तय करता है कि रोगी को अस्पताल से छुट्टी देनी है/रेफर (या मर गया) है। वह आहार सलाह से युक्त डिस्चार्ज स्लिप/रेफरल स्लिप तैयार करता है।</p> <p>संबंधित नर्स आहार रजिस्टर को अपडेट करती है और रोगी की आहार सेवाओं को रोकने के लिए रसोई में सहायक को सूचित करती है।</p>	चिन्हित डॉक्टर	डिस्चार्ज स्लिप
<b>4.11</b>	<p><b>बकाया राशि:</b></p> <p>दैनिक आधार पर, नर्स प्रभारी डिस्चार्ज रोगी के आहार की संख्या को आहार रजिस्टर के आधार पर</p>	चिन्हित नर्स	डाइट रजिस्टर

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	गिनता है और तदनुसार बिल तैयार करता है।		
<b>4.12</b>	<p><b>दिन गतिविधि का अंत</b></p> <p>प्रत्येक प्रवेश और डिस्चार्ज रोगी के लिए आहार रजिस्टर को अपडेट किया जाता है, जो रोगी भोजन सेवाओं के लिए इच्छुक नहीं है, उसका नाम भी आहार रजिस्टर में रखा जाता है।</p> <p>रोगी को आपूर्ति करने से पहले गुणवत्ता के लिए संबंधित स्टाफ / नर्स द्वारा आहार की जाँच की जाती है।</p> <p>मासिक आहार / रसोई रिपोर्ट नर्सिंग प्रभारी द्वारा तैयार की जाती है और निरंतर सुधार और गुणवत्ता रखरखाव के लिए सी0एम0एस0 को प्रस्तुत की जाती है।</p>	<p>चिन्हित नर्स</p> <p>नर्स</p> <p>नर्सिंग प्रभारी</p>	<p>डिस्चार्ज स्लिप / रोगी प्रवेश फाइल</p> <p>डाइट रजिस्टर</p> <p>रसोई की रिपोर्ट</p>

#### 5. खाना परोसने का समय :-

क्रम सं०	के लिए समय	गर्मी	सर्दी
1	सुबह का नाश्ता	07:30 Am to 08:00 Am	08:00 Am to 08:30 Am
2	दोपहर का भोजन	12:30 Pm to 01:30 Pm	01:00 Pm to 02:00 Pm
3	रात का खाना	07:00 Pm to 7:45 Pm	07:15 Pm to 08:00 Pm

#### 6. कार्य निर्देश

##### a) डाइट के लिए सेवाएं

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	रोग की आवश्यकता के अनुसार प्रत्येक रोगी को आहार संबंधी सलाह देना।	एम0आ0 / आहारविशेषज्ञ

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

2	यह सुनिश्चित करने के लिए कि आहार के समय से तीन घंटे पहले भोजन के प्रकार और मात्रा के बारे में रसोई को सूचित किया जाए।	चिन्हित नर्स
3	यह सुनिश्चित करने के लिए कि रोगी को उचित जाँच के बाद आहार की आपूर्ति की गई है	-----do-----
4	यह सुनिश्चित करने के लिए कि आहार विशेष रोगी के लिए आहार विशेषज्ञ / चिकित्सक की सलाह के अनुसार तैयार किया गया है	-----do-----
5	यह सुनिश्चित करने के लिए कि खरीदे गए कच्चे माल की गुणवत्ता उचित है।	अस्पताल प्रबंधक / आहार विशेषज्ञ / नर्स संरक्षक / गुणवत्ता टीम के सदस्य
6	यह सुनिश्चित करने के लिए कि रसोईघर हर समय साफ और स्वच्छ रहे।	वुक

बी) स्वच्छ प्रथाओं के रखरखाव के लिए कार्य निर्देश

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	रसोई में कृन्तकों के प्रतिबंध के लिए उचित तंत्र सुनिश्चित करने के लिए अर्थात् फर्श के लिए उचित संरेखण के साथ कवर किए गए नालियों और स्वयं समापन दरवाजों का रखरखाव।	सी०एम०एस० / अस्पताल प्रबंधक
2	ताजा सामग्री से भोजन रसोई के अंदर पकाया जाता है।	अस्पताल प्रबंधक / आहार विशेषज्ञ / नर्स संरक्षक / गुणवत्ता टीम के सदस्य
3	खाद्य पदार्थों को वनस्पति तेल से पकाया जाना चाहिए न कि वसा या वनस्पति घी से	वुक
4	खाना पकाने के समय भोजन में नमक नहीं डाला जाता है	-----Do-----
5	सभी बर्तन और क्रॉकरी को रोजाना गर्म पानी में धोया जाता है।	-----Do-----
6	भोजन को रसोई से वार्डों में एक ट्रॉली पर ले जाया जाता है,	-----Do-----
7	मरीजों को ढकी हुई थैलियों में भोजन परोसा जाता है	-----Do-----
8	सेवा के एक घंटे बाद थालियों को वार्डों से हटा दिया जाता है	-----Do-----
9	सड़े हुए सामान को तुरंत हटा दिया जाना चाहिए, ऐसी सभी सामग्रियों के लिए दैनिक जांच की जाती है यानी प्याज, लहसुन, आलू आदि।	वुक

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

### 7. प्रक्रिया दक्षता मापदंड:

क्रम सं०	गतिविधि क्रम सं०	गतिविधि	दक्षता मापदंड
1	4.7	गुणवत्ता जाँच	<ul style="list-style-type: none"> <li>हर बार आहार को आपूर्ति के समय गुणवत्ता टीम/अस्पताल प्रबंधक /नर्सिंग प्रभारी के सदस्य की देखरेख में गुणवत्ता जांच की जाती है।</li> <li>प्रतिनियुक्त अधिकारी द्वारा स्वच्छता के संबंध में रसोई घर की साप्ताहिक जांच।</li> </ul>
2	4.12	रसोई / आहार की रिपोर्ट	मासिक आधार पर आहार रिपोर्ट प्रत्येक माह की 5 तारीख तक सी०एम०एस /सीएमओ कार्यालय को प्रस्तुत की जाएगी।

### 8. संदर्भ दस्तावेज:-

- जे०एस०एस०के० के लिए राज्य दिशानिर्देश

### 9. संदर्भ रिकार्ड:-

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का न०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम अवधारण अवधि
1	आहार रजिस्टर		आई०पी०डी०	
2	डाइट चार्ट		-----Do-----	
3	रसोई की रिपोर्ट		सी०एम०एस० कार्यालय	

## धुलाई

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

### 1. उद्देश्य:-

- अस्पताल के प्रत्येक विभाग में लिनेन की निर्बाध, साफ और स्वच्छ आपूर्ति प्रदान करना।

### 2. विस्तार:-

- अस्पताल के प्रत्येक विभाग में लिनेन की निरंतर आपूर्ति का प्रबंधन करना।
- संक्रमण नियंत्रण की नीतियों और प्रक्रियाओं का अनुपालन।

### 3. जिम्मेदारी:

- कपड़े धोने की सुगम क्रिया मैट्रॉन / नर्स प्रभारी / अस्पताल प्रबंधक की जिम्मेदारी है

### 4. विस्तृत जिम्मेदारी

#### 1. लॉन्डरी सुपरवाइजर:

- कपड़े धोने की प्रक्रियाओं की देखरेख।
- कर्मचारियों की सेवा अनुसूची और लिनेन की आपूर्ति को समायोजित करना।
- स्टाफिंग पैटर्न और उपलब्धता बनाए रखना।
- अस्पताल से "तत्काल" मांगों की देखभाल करना।
- फटे हुए लिनेन के लिए सी0एम0एस0 और नर्सिंग प्रभारी को सूचित करना।
- संक्रमण नियंत्रण नीतियों की नियमित जाँच करें।

#### 2. लॉन्डरी वार्डबॉय:

- वार्डों से धोने वाले कपड़े प्राप्त करता है।
- प्राप्त करते एवं बांटते समय लिनेन की गिनती करना
- वार्डों में लिनेन का बांटना।
- साफ लिनेन की असेंबलिंग और पैकिंग।

#### 3. लाउन्ड्री ऑपरेटर:

- रंग, कपड़े और प्रकार के आधार पर लिनेन को छाँटना।
- लिनेन को प्रेस और तह करना।
- फटे हुए लिनेन के लिए पर्यवेक्षक को सूचित करना।

#### 4. नर्सिंग कर्मचारी (अस्पताल)

- पृथक्करण के लिए वार्ड बॉय / सफाई कर्मचारी / वार्ड आया का मार्गदर्शन और प्रशिक्षण दे कर संक्रमित लिनेन का ट्रीटमेंट।
- वार्ड बॉय / सफाई कर्मचारी / वार्ड आया को निर्देश देना कि वे गंदे और संक्रमित लिनेन को अलग करें।
- संक्रमित लिनेन का ट्रीटमेंट करने के लिए वार्ड बॉय / सफाई कर्मचारी / वार्ड आया को निर्देशित करना कि यह 30 मिनट के लिए 0.5: विरंजन में रखना है।
- गंदे और संक्रमित लिनेन को डिस्पैच करना और रिकॉर्ड रखना।
- स्वच्छ लिनेन प्राप्त करना और गुणवत्ता और मात्रा के संबंध में जांच करना।

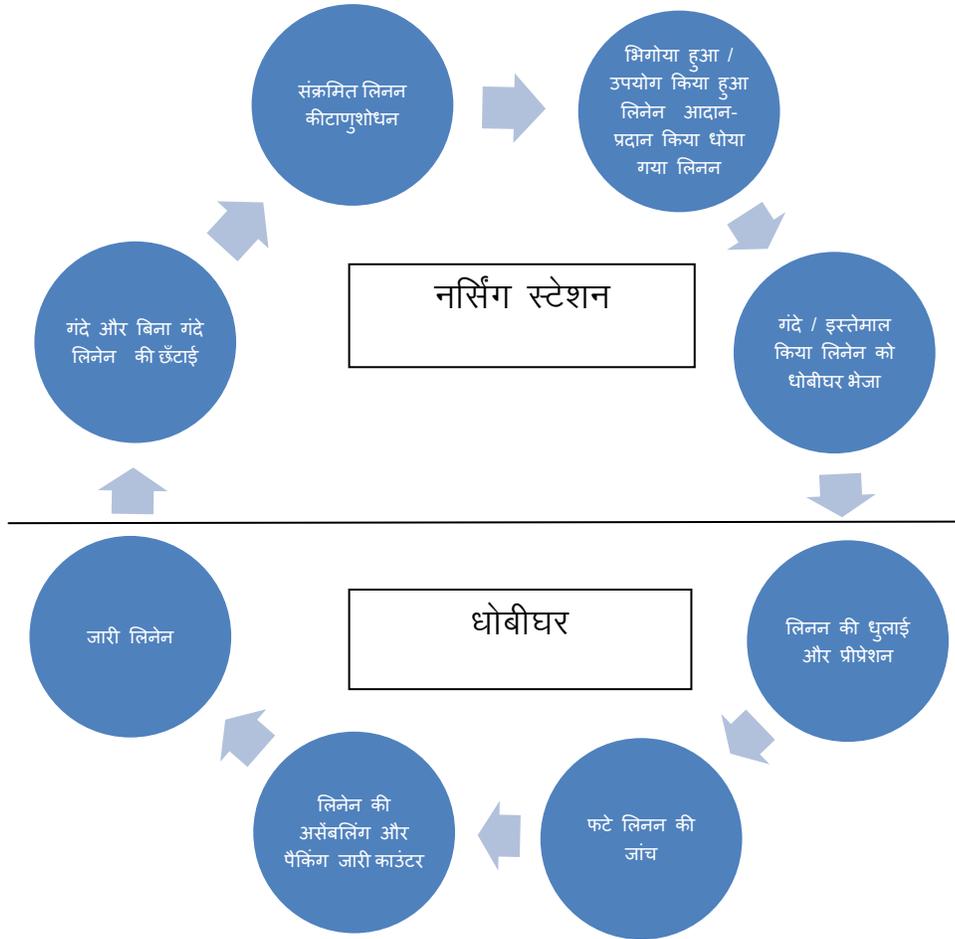
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

- वार्डों में आवश्यक स्टॉक को बनाए रखना।
- तत्काल मांगों के मामले में पर्यवेक्षक को रिपोर्ट करना।
- रोगियों को स्वच्छ लिनेन उपलब्ध कराना।
- साफ स्टॉक की जाँच करना।
- फटे हुए लिनेन के बदले ताजा लिनेन का संकेत।
- संक्रमण नियंत्रण नीतियों के लिए जाँच करना।

#### 4. प्रक्रिया प्रवाह:



विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

## 5. प्रक्रिया:

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
5.1	<b>लिनन के प्रकार</b> अस्पताल में उपयोग किए जाने वाले लिनन के प्रकार सूचीबद्ध और रखरखाव किए जाते हैं।	नर्स प्रभारी / ओटी प्रभारी	लिनन की सूची
	आम तौर पर बिस्तर की चादरें निर्दिष्ट रंग के अनुसार उपयोग की जाती हैं: रविवार – वायलेट सोमवार – नीले मंगलवार– स्काई ब्लू बुधवार – ग्रीन गुरुवार– पीला शुक्रवार – नारंगी शनिवार– लाल  अगर एक आवश्यक स्वच्छ रंग की चादर उस विशेष दिन पर उपलब्ध नहीं है, तो जांच करें अन्य उपलब्ध स्वच्छ रंग की चादर का उपयोग करें।	नर्स प्रभारी	
5.2	<b>कीटाणुशोधन संक्रमित लिनन</b> ➤ गंदे और संक्रमित लिनन को अलग किया जाता है। ➤ संक्रमित लिनन को नर्सिंग प्रभारी की देखरेख में ब्लिचिंग घोल में डुबाया जाता है। ➤ रोगियों द्वारा उपयोग किए गए सभी लिनन का निदान किया जाता है एचआईवी, एचबीवी, एचसीवी और एमआरएसए को लीक प्रूफ बैग में अधिमानतः रखा जा रहा है और ऑटोकलेविंग द्वारा परिशोधन के लिए भेजा जाता है। इसके बाद आटोकलेव लेनिन को कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है।	वार्ड बॉय / सफाई कर्मचारी / वार्ड आया	
5.3	<b>ओटी लिनन प्रबंधन</b>	ओटी प्रभारी	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ लिनन को रक्त या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोया जाता है, जिसे लीक प्रूफ बैग में अधिमानतः रखा जाता है और ऑटोक्लेविंग के बाद परिशोधन के लिए भेजा जाता है। इसके बाद ऑटोक्लेव्ड लिनन को कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है।</li> <li>➤ अन्य गंदे लिनन को उपचार के माध्यम से कीटाणुरहित किया जाता है</li> </ul>		
5.4	<p><b>इस्तेमाल किया और गंदे लिनन का संग्रह</b></p> <p>विभिन्न वार्डों से हर दिन उपयोग किए गए लिनन का संग्रह। नर्सिंग प्रभारी ६ वरिष्ठ स्टाफ नर्स की उपस्थिति में उपयोग किए गए लिनन (सभी वार्डों से एकत्र) की गिनती। सभी एकत्र किए गए लिनन को अलग से रखा जाएगा। कपड़े धोने के रजिस्टर में एकत्रित लिनन की प्रविष्टि और नर्सिंग स्टाफ और कपड़े धोने वाले वार्ड बॉय द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।</p>	वार्ड बॉय / वार्ड आया / सफाई कर्मचारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.5	<p><b>गंदे / उपयोग किए गए लिनन की धुलाई</b></p> <p>एकत्रित किए गए सभी लिनेन को कपड़े धोने वाले वार्ड बॉय / सफाई कर्मचारी / वार्ड आया द्वारा कपड़े धोने के लिए ले जाया जाता है। लिनन की धुलाई और इस्त्री, फटे हुए लिनन की जांच, लिनन की असंबलिंग कपड़े धोने वाले कर्मचारियों द्वारा होती है</p>	वॉशर मैन / लॉन्ड्री आपरेटर	
5.6	<p><b>धोया लिनन की प्राप्ति</b></p> <p>लिनेन धोने के बाद लिनन को अस्पताल में पहुंचाया जाता है। लिनेन की गुणवत्ता और मात्रा की जाँच की जाती है।</p>	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	कपड़े धोने का रजिस्टर नर्सिंग प्रभारी वरिष्ठ स्टाफ नर्स और लॉन्ड्री ऑपरेटर द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है। गुणवत्ता या मात्रा में किसी भी विचलन के मामले में आवश्यक कार्रवाई की जाती है।		
5.7	<b>भंडारण और धोया लिनन को बाँटना</b> पैकड और धुले हुए लिनन को पहचान वाले स्थान पर संग्रहित किया जाता है। लिनेन संबंधित वार्डों को उनकी आवश्यकता के अनुसार और चादर के रंग कोडिंग को ध्यान में रखते हुए जारी किया जाता है।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.8	<b>रोगी लिनेन का परिवर्तन:</b> गंदे लिनेन को दैनिक आधार पर बदल दिया जाता है या जब संक्रमित हो जाता है, तो साफ के साथ बदला जाता है।	नर्सिंग प्रभारी	
5.9	<b>कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता की निगरानी:</b> कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता दैनिक या उस साइट पर औचक निरीक्षण करें जहां प्रक्रिया निष्पादित की जाती है। मापदंडों का उल्लेख चेक लिस्ट के अनुसार किया जाता है क्रमांक 08।	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक	गुणवत्ता निगरानी के लिए जाँच सूची आउटसोर्स एजेंसी
5.10	<b>खरीद के लिए फिर से आदेश स्तर:</b> कार्यात्मक बेड की संख्या के आधार पर, लिनन की खरीद, स्टॉक लिनन और पिछले अनुभव के आधार पर स्टोर प्रभारी लिनन खरीद के लिए पुनः इंडेंट करें।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.11	<b>फटे लिनन का कंडेमनशन</b> फटे हुए लिनन को अलग भंडारण क्षेत्र में संग्रहित किया जाता है। इनकी नीलामी जब फटे लिनन की उचित संख्या जमा होती है या एक वर्ष में एक बार होती है।	स्टोर इंचार्ज	फटे हुए लिनन का रजिस्टर
5.12	<b>दिन की गतिविधि का अंत:</b> धुलाई के लिए भेजी गई लिनेन का रिकॉर्ड लॉन्ड्री रजिस्टर में रखा जाये।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर, फटे हुए लिनन का रजिस्टर
5.13	<b>लिनन की गणना/बिस्तर/दिन:</b> लिनन/बिस्तर/दिन की गणना मासिक आधार पर निम्नानुसार की जाती है: बिस्तर की चादर की कुल संख्या को	नर्सिंग प्रभारी	लिनन/बिस्तर/दिन का रिकॉर्ड

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	धोया / बिस्तर पर लागू किया गया।		
5.14	<b>लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा:</b> कपड़े धोने के रजिस्टर की समीक्षा मासिक आधार पर धुली हुई लिनन की संख्या की समीक्षा के लिए की जाती है, जिसकी तुलना आउटसोर्स एजेंसी द्वारा उठाए गए बिलों से की जाती है। लेखांकन में किसी भी विचलन पर, आवश्यक कार्रवाई की जाती है।	सीएमएस / प्रतिनियुक्त अधिकारी	कपड़े धोने का रजिस्टर, बिल (आउटसोर्स एजेंसी द्वारा उठाया गया)
5.15	<b>लॉन्ड्री मशीन के टूटने की सूचना:</b> कपड़े धोने के घर में वॉशर मैन / लॉन्ड्री ऑफिसर को मशीन में फाल्ट होने के तुरंत बाद रिपोर्ट करेगा। मशीन का दैनिक कार्य रखरखाव रजिस्टर में भी अपडेट किया जाएगा।	लॉन्ड्री ऑपरेटर	ब्रेकडाउन रिपोर्ट उपकरण का दैनिक रखरखाव रजिस्टर

## 6. कार्य निर्देश

### संक्रमित लिनन की कीटाणुशोधन के लिए कार्य निर्देश

क्रम सं०	गतिविधि निर्देश
1	संक्रमित लिनन और गंदे लिनन की अलग से संभाल।
2	संक्रमित लिनन को यथासंभव कम से कम और न्यूनतम स्थान—परिवर्तन के साथ हवा की सकल माइक्रोबियल संदूषण और लिनन को संभालने वाले व्यक्तियों को संक्रमण से रोकने के लिए नियंत्रित किया जाना चाहिए।
3	खून या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोए गए लिनन को बैग में जमा किया जाना चाहिए और रिसाव को रोकना चाहिए।
4	संक्रमित लिनन को थैले में रखना चाहिए या उस स्थान पर रखा जाना चाहिए जहां इसका उपयोग किया गया था। इसे रोगी-देखभाल वाले क्षेत्रों में छंटनी या पूर्व-रंजित नहीं किया जाना चाहिए।
5	विरंजन घोल में संक्रमित लिनन का उपचार
6	संक्रमित लिनन को संभालने के दौरान दस्ताने का उपयोग करना।
7	पूरी प्रक्रिया के दौरान मास्क और कैप का उपयोग।
8	उपयोग के बाद हर बार लिनन ट्रॉलियों की सफाई और कीटाणुशोधन।

## 7. प्रक्रिया दक्षता मानदंड:

क्रम	गतिविधि	गतिविधि	दक्षता मानदंड
------	---------	---------	---------------

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

सं०	क्रम सं०		
1	5.8	गंदे लिनेन का साफ लिनेन से परिवर्तन	लिनेन को दैनिक आधार पर (बिस्तर की चादर निर्दिष्ट दिन के अनुसार) सुबह या रोगी के परिवर्तन के बाद बदल दिया जाता है।
2	5.9	कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता की निगरानी	कपड़े धोने के आधार पर नियमित दौरे मासिक आधार पर या आवश्यकता पड़ने पर किए जाते हैं।
3	5.14	लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा	धुली लिनेन की जवाबदेही के लिए अस्पताल प्रबंधक या मासिक आधार पर किसी भी प्रतिनियुक्त अधिकारी द्वारा लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा की जाती है।

### 8. आउटसोर्स एजेंसी की गुणवत्ता निगरानी के लिए जांच सूची (लॉन्ड्री)

क्रम सं०	पैरामीटर	अवलोकन के समय संतोषजनक / संतोषजनक नहीं	आउटसोर्स एजेंसी द्वारा कार्रवाई की जाए (संतोषजनक नहीं की अवस्था में)	टिप्पणियाँ
1	धुलाई साफ वातावरण में की जाती है			
2	साफ पानी का उपयोग धोने में किया जाता है			
3	लिनेन को अनुमोदित डिटर्जेंट का उपयोग करके धोया जाना है			
4	उपयुक्त भिगोने का समय होना चाहिए			
5	सुखाना –सूर्य द्वारा सुखाना, लटकाना या स्पिन द्वारा सुखाना ।			
6	साफ और गंदा लिनेन अलग से संग्रहीत किया जाता है।			
7	इस्त्री क्षेत्र गंदगी से मुक्त हो।			
8	वितरित करते समय, इसे कवर किया गया हो।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

### 9. संदर्भ दस्तावेज

कपड़े धोने के रखरखाव के लिए राज्य दिशानिर्देश।

### 10. संदर्भ रिकॉर्ड

क्रम सं०	अभिलेखों का नाम	रिकॉर्ड सं०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम प्रतिधारण अवधि
1	लॉन्ड्री रजिस्टर			
2	फटे हुए लिनेन का रजिस्टर			
3	लिनन स्टॉक रजिस्टर			

## हाउस कीपिंग

हाउसकीपिंग सेवाएं:-

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
1	सेवाएं		
1.1	हाउसकीपिंग विभाग के जिम्मेदारों <ul style="list-style-type: none"> <li>दैनिक सफाई</li> <li>आवधिक सफाई</li> <li>कचरा और कचरा हटाने सहित उचि</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● अस्पताल कचरा निपटान</li> <li>● सफाई का निर्वहन</li> <li>● कीड़े और कीटों को भगाना</li> <li>● संक्रमण के प्रसार को रोकना</li> <li>● रोगी की सुरक्षा और सुरक्षा</li> <li>● हीलिंग वातावरण बनाना</li> <li>● बागवानी</li> <li>● आंतरिक सजावट</li> </ul>		
1.2	<p><b>हाउसकीपिंग विभाग का आयोजन</b> इसमें निम्नलिखित शामिल हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● स्थान</li> <li>● सुविधा स्थान की आवश्यकता</li> <li>● भंडारण क्षेत्र (सीढ़ी मामले के तहत उपलब्ध स्थान में उपलब्ध नहीं)</li> <li>● ताले के साथ कप बोर्ड</li> <li>● नोटिस बोर्ड</li> <li>● प्रबंधन सूचना प्रणाली</li> <li>● रजिस्टर (उपस्थिति संपत्ति)</li> <li>● फॉर्म (इंडेंट रिक्वायरमेंट्स)</li> <li>● एसेट सूची (उपकरण सामग्री)</li> <li>● चेकलिस्ट (गुणवत्ता रखरखाव)</li> </ul>		
1.3	<p><b>हाउसकीपिंग की आपूर्ति</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● झाड़ू, पोछा, कीटाणुनाशक, डिटर्जेंट, दुकान, तीन बाल्टी प्रणाली आदि</li> <li>● विभिन्न आइटम—किडनी बेसिन, बेसिन, बेडपैन, यूरिनल</li> </ul>		
1.4	<p><b>कार्य</b> क्षेत्र के साफ होने पर पूरा होने वाले अपेक्षित कार्यों में निम्नलिखित शामिल हैं नियमित सफाई कार्य, वैक्यूम पर या बिना वैक्यूम के फर्नीचर पर खाली धूलय स्पॉट-क्लीन कारपेटिंग (यदि कोई हो), दरवाजे, और दीवारें, धूल और गीली मोपिंग। डस्ट बिन, यूरिनल बेडपैन को कीटाणुनाशक (.5 ब्लीचिंग सॉल्यूशन) से साफ किया जाना चाहिए और विशेष रोगियों के लिए पानी का उपयोग करना</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	चाहिए।		
<b>आउट सोर्सड हाउसिंग सेवा के लिए:-</b>			
	अस्पताल चयनित गुणवत्ता आश्वासन मापदंडों के आधार पर एक विक्रेता का चयन और पहचान करेगा। एक विक्रेता द्वारा सभी गुणवत्ता मानकों के विवरण के साथ एक एमओयू की स्थापना की जाएगी, जो विक्रेता द्वारा पूरा किए जाने की उम्मीद है और गुणवत्ता आश्वासन पद्धति जो अस्पताल द्वारा अपनाई गई है, जो गुणवत्ता के उत्पादन के लिए विक्रेता के पालन की निगरानी करेगा। आउटसोर्स एजेंसी आवश्यक सफाई उपकरण और एजेंट के साथ-साथ व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण जैसे मास्क, दस्ताने, भारी शुल्क जूते और कर्मचारियों को वर्दी प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होगी।		
<b>2</b>	<b>गतिविधियां</b>		
<b>2.1</b>	<b>ओटी की सफाई</b>		
	पहला केस शुरू होने से पहले: सभी उपकरण, फर्नीचर, कमरे की रोशनी, सक्शन पॉइंट, ओटी टेबल, सर्जिकल लाइट, रिप्लेक्टर, अन्य प्रकाश फिटिंग, स्लैब आदिय पोंछे और कार्बोलिक / बेसिलोसिड समाधान से साफ किए जाते हैं।		
	प्रत्येक केस के बाद: ऑपरेशन थियेटर को साफ-सुथरा टेबल और फर्श दिया गया है। कुछ फैलने की स्थिति में, पोंछने से पहले कार्बोलिक / बेसिलोकेड घोल से इसे कीटाणुरहित कर दें।		
	अन्तिम केस के बाद: पिछली प्रक्रियाओं के अनुसार ही प्रक्रियाओं का पालन किया जाता है <ul style="list-style-type: none"> <li>• इसके अतिरिक्त निम्नलिखित कार्य किए जाते हैं।</li> <li>• हेडलाइट्स, अलमारियाँ, अपशिष्ट रिसेप्टल्स, उपकरण और फर्नीचर को बेसिलोकिड से मिटा दिया जाता है।</li> <li>• फर्श को धो लें और इसे बेसिलोसिड या कार्बोलिक घोल से पोंछें।</li> <li>• भंडारण अलमारियों को स्क्रब और स्लाइस रूम को साफ करें।</li> </ul>		
<b>2.2</b>	<b>बायोमेडिकल वेस्ट:</b>		
	सभी कचरे को इकट्ठा करें और इसे कलर कोडेड		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	बैग्स के अनुसार कैटेगराइज करें और बायोमेडिकल वेस्ट स्टोरेज साइट/लोकेशन में रखें। उन्हें आउटसोर्स एजेंसी द्वारा एकत्र किया जाएगा।		
<b>2.3</b>	<b>साप्ताहिक सफाई प्रक्रिया:</b> सभी पोर्टेबल उपकरण निकालें। साफ दरवाजे, टिका, कामकाज, कांच के आवेषण और एक कपड़े से डिटर्जेंट के साथ साफ करें। • डिटर्जेंट के साथ साफ कपड़े द्वारा दीवारों को साफ करें। • डिटर्जेंट और पानी का उपयोग करके फर्श को साफ करें। अंत में इसे पोछने के लिए कार्बोलिक /0.5: क्लोरीन घोल का प्रयोग करें। • स्टेनलेस स्टील सतहों-डिटर्जेंट से साफ करें, गर्म पानी से साफ करें। • सभी फर्नीचर और उपकरण (ओटी टेबल, सक्शन होल्डर्स, फुट एंड सिटिंग स्टूले, बेसिन स्टैंड-रे व्यू बॉक्स, हैम्प स्टैंड, सभी टेबल पाप रूम, होल टू ऑक्सिजन टैंक, किक बकेट सैंडल) के लिए वाश (साफ) और ड्राई करें , और दीवार अलमारी) • फर्श धोने के बाद, जीवाणुरोधी समाधान बैक्टीरिया के विनाश को सुनिश्चित करने के लिए 5 मिनट के लिए फर्श पर रहने की अनुमति दें		
<b>2.4</b>	<b>आईसीयू की सफाई</b> • पूरे ICU क्षेत्र को पहले अच्छी तरह से गीला किया जाता है और फिर दिन में दो बार कार्बोलिक /बेसिलोसिड घोल से पोछा किया जाता है, • जब भी किसी मरीज को ICU से बाहर स्थानांतरित किया जाता है, तो पूरे कीटाणुशोधन के साथ बेड, गद्दा, प्ट स्टैंड, दवा कैबिनेट, दीवार टाइल, एसी वेंट, विभाजन और खिड़की के शीशे, मॉनिटर आदि सहित कार्बोलिक /बेसिलोसिड घोल से पूरी तरह से साफ किया जाता है। सभी कचरा पृथक्करण गंदे उपयोगिता कक्ष में किया जाता है। गंदा लिनन भी गंदे उपयोगिता कमरे में संग्रहीत।		
<b>2.5</b>	<b>आई0सी0यू0 कक्ष की सफाई</b> आई0सी0यू0 कक्ष में एक समर्पित हाउसकीपिंग स्टाफ होगा, वे हमेशा व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (एप्रन, दस्ताने सिर टोपी और मुखौटा) सजाना करेंगे।		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• कमरे को 5 प्रति 1 गत सोडियम हाइपोक्लोराइट घोल से साफ किया जाता है और 20 मिनट के लिए फॉगिंग के लिए कमरे को 40 मिनट /60 मिनट के लिए बंद रखा जाता है (कमरे के आकार के आधार पर)।</li> <li>• कमरे से सभी लिनन, पर्दे, रोगी की वर्दी, कंबल आदि को हटा दें और इसे एक पीले रंग की प्लास्टिक की थैली में डाल दें जिसमें स्पष्ट रूप से तिथि अंकित हो और इसे अलग से धोने के लिए कपड़े धोने के लिए भेजें।</li> <li>• इस क्रिया के दौरान लिनन को बिना हिला के बिस्तर से हटा दिया जाएगा। लिनन को <b>1 घंटे</b> 1प्रति 1 गत क्लोरीन समाधान के लिए भिगोया जाएगा और फिर कपड़े धोने के लिए भेजा जाएगा।</li> <li>• I/V स्टैंड और फर्नीचर जैसे अन्य सभी लेख डिटर्जेंट और फिनाइल से कीटाणुरहित हो जाएंगे।</li> <li>• दीवारों और फर्श को सोडियम हाइपो क्लोराइट घोल से साफ किया जाएगा और डिटर्जेंट से साफ किया जाएगा।</li> <li>• खिड़की के शीशे और कमरे के पैनल भी साफ किए जाते हैं</li> <li>डिस्चार्ज (टर्मिनल कीटाणुशोधन) पर</li> <li>• तकिए और गद्दे को डिटर्जेंट से साफ किया जाना चाहिए, कीटाणुरहित 1 प्रति 1 गत क्लोरीन के घोल से और 24 घंटे धूप में सुखाया जाता है।</li> <li>• चादरें, पर्दे, गाउन रेत डस्टर को हटाया जाना चाहिए, एक घंटे के लिए 1 प्रति 1 गत क्लोरीन समाधान में भिगोया जाता है और फिर कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है।</li> <li>• कीटाणुशोधन के बाद, उस कक्ष में पूरी तरह से उच्च धूल करने के बाद कमरे, दीवार, खिड़की, दरवाजे, बाथरूम, सिंक और फर्नीचर को साबुन के घोल से धोएं।</li> <li>• बेसिलोसिड समाधान में बेड पैन, मूत्रालय, <b>गुर्दे के</b> बेसिन को 1 घंटे के लिए भिगोएँ, डिटर्जेंट के साथ धोएं और इसे सूरज की रोशनी से सूखें।</li> <li>• बाथ बेसिन, मल्टी-बिन, बाल्टी, गुड़, मग साबुन के घोल से धोए जाते हैं और धूप में सुखाए जाते हैं।</li> </ul>		
--	--	--	--

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>रबड़ की चादरें (मैकिन्टोश) को बेसिलोसिड, सूखे, पाउडर और प्रतिस्थापित किया जाना चाहिए।</li> </ul>		
2.6	<b>वार्ड की दैनिक सफाई</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>फर्श</li> </ul> <p>फर्श की मैपिंग फिनाइल और पानी या किसी अन्य कीटाणुनाशक मिश्रित पानी के साथ तीन बाल्टी प्रणाली का उपयोग करके की जाती है।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>मोपिंग हमेशा एक दिशा में अंदर से दरवाजे तक आठ की संख्या में की जाती है।</li> </ul>		
2.7	<b>बेडसाइड फर्नीचर</b>		
	बेड साइड फर्नीचर को पहले सुखाया जाएगा और बाद में कीटाणुनाशक मिश्रित पानी के घोल से गीला किया जाएगा।		
2.8	<b>कचरा प्रबंधन</b>		
	कचरे को रंगीन कोडेड बैग के अनुसार वर्गीकृत किए गए वार्डों से एकत्र किया जाता है और अपशिष्ट परिवहन ट्रॉलियों में अस्थायी अपशिष्ट भंडारण के लिए ले जाया जाता है, जहां से वे बाहर से खड़ा एजेंसी द्वारा एकत्र किए जाएंगे।		
2.9	<b>वार्ड की टर्मिनल सफाई</b>		
	<p><b>बिस्तर:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>हर हफ्ते डिटर्जेंट और पानी से मरीजों के बिस्तर को साफ किया जाता है।</li> <li>1: क्लोरीन समाधान जारी किया जाता है जब रक्त या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोया जाता है</li> </ul> <p><b>दीवारें और छत:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>छत को गीले पोछे के साथ साप्ताहिक रूप से साफ किया जाता है, जबकि दीवारों, अलमारी, अलमारियों, बेड, लॉकर, प्ट स्टैंड, मल और अन्य डिटर्जेंट को डिटर्जेंट और पानी से साफ किया जाता है।</li> <li>पंखे और रोशनी को कम से कम मासिक रूप से साबुन और पानी से साफ किया जाता है।</li> <li>सभी कार्य सतहों को 0.5 प्रति लीटर बेसिलोसिड/ कार्बोलिक एसिड के साथ पोंछकर कीटाणुरहित किया जाता है।</li> </ul> <p><b>परदा:</b></p> <p>हर महीने कम से कम एक बार नियमित रूप से लॉन्ड्रिंग के लिए पर्दे भेजे जाते हैं और कभी भी गंदे</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	होने पर बदल जाते हैं।		
<b>2.10</b>	<b>शौचालय सफाई</b>		
	<p>बाथरूम के फर्श को दिन में तीन बार झाड़ू और डिटर्जेंट से साफ किया जाता है और फिर कीटाणुनाशक घोल बनाया जाता है।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• शौचालय को डिटर्जेंट का उपयोग करके ब्रश से साफ किया जाता है। हाइड्रोक्लोरिक एसिड का उपयोग करके दाग हटाने का उपयोग किया जा सकता है।</li> <li>• वॉश बेसिन को हर सुबह डिटर्जेंट पाउडर से साफ किया जाता है।</li> <li>• हाउसकीपिंग स्टाफ यह सुनिश्चित करेगा कि सभी क्षेत्रों में वॉश बेसिन हाथ धोने के समाधान और तौलिए/टिशू से सुसज्जित हों</li> </ul>		
<b>2.11</b>	<b>ग्लास सफाई</b>		
	<p>ट्रॉली के लिए सभी आवश्यक सामग्रियों को व्यवस्थित करें।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• रबर के दस्ताने रखें।</li> <li>• दिए गए क्षेत्र में जाएं।</li> <li>• नायलॉन ब्रश का उपयोग करके कठोर दाग निकालें।</li> <li>• कांच पर पर्याप्त मात्रा में ग्लास क्लीनिंग घोल का छिड़काव करें।</li> <li>• सफेद डस्टर कपड़े का उपयोग करके सीधे ऊपर से नीचे तक कांच को ऊपर से पोंछें।</li> <li>• ट्रॉली में सभी सफाई सामग्री वापस रखें। रबर के दस्ताने निकालें और धो लें।</li> </ul>		
<b>2.12</b>	<b>हाउस कीपिंग दैनिक रात सफाई योजना: (सामान्य)</b>		
	<p>स्वागत क्षेत्र की सफाई।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• पूरे ओपीडी और प्रवेश के लॉबी क्षेत्र की सफाई।</li> <li>• मुख्य दरवाजे के शीशे और खिड़की के शीशे की सफाई।</li> <li>• ओपीडी वाटर कूलर की बाहरी सफाई।</li> <li>• ओपीडी शौचालयों और सलाहकार शौचालयों की सफाई।</li> <li>• सभी सामान्य क्षेत्रों और गलियारों की धुलाई।</li> <li>• परिधीय क्षेत्र की धुलाई।</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• खाली करने के लिए यदि कोई हो तो बीएमडब्ल्यू के डिब्बे को भरना।</li> </ul>		
<b>3</b>	<b>संक्रमण नियंत्रण</b>		
	<p>समय-समय पर स्वास्थ्य जांच और कर्मचारियों का टीकाकरण</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आवधिक चिकित्सा जाँच और सभी कर्मचारियों के टीकाकरण को अंजाम दिया जाएगा और टीकाकरण कक्ष के प्रभारी के साथ ही इसका रिकॉर्ड रखा जाएगा।</li> <li>• संक्रमण नियंत्रण नर्स प्रक्रिया के प्रभावी संचालन की निगरानी करेगा।</li> <li>• हाउसकीपिंग पर्यवेक्षक / प्रभारी के साथ कर्मचारियों के टीकाकरण की स्थिति की एक प्रति रखी जाएगी।</li> </ul>		
<b>4</b>	<b>पीपीई का उपयोग</b>		
	<p>विभिन्न कार्यों को करते समय हाउसकीपिंग स्टाफ द्वारा उपयोग के लिए अनुशंसित पीपीई नीचे सूचीबद्ध हैं।</p> <p>पीपीई का प्रकार और जब उपयोग किया जाए</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• दस्ताने (घर पकड़ उपयोगिता दस्ताने / गैर बाँझ)</li> <li>• कवर किए गए जूते जो गलती से गिराए गए सामान और रक्त और शरीर के तरल पदार्थ को कीटाणुनाशक सफाई से बचाते हैं</li> <li>• कीटाणुनाशक सफाई समाधान से निपटने</li> <li>• रोगी देखभाल क्षेत्रों की सफाई</li> <li>• भारी दूषित क्षेत्रों की सफाई करना</li> <li>• गंदे लिनन को संभालना</li> <li>• गंदे वस्तुओं और उपकरणों को संभालना</li> <li>• कचरे का निपटारा या निपटान</li> <li>• प्लास्टिक या रबर एप्रन।</li> <li>• कस्तूरी</li> </ul> <p>सुरक्षात्मक आंख पहनें— जब स्पिल या स्प्लैश हार्स अपेक्षित हो</p> <p><b>ध्यान दें:—</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• कर्मचारियों को यह निर्देश दिया जाना चाहिए कि जब भी वे किसी मरीज की यात्रा करें, तो उन्हें एक नए दस्ताने का उपयोग करना चाहिए।</li> <li>• उपयोग करने के बाद और दस्ताने को हटाने से</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>पहले इसे बहते पानी के नीचे धो लें।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>कीटाणुशोधन (यदि डिस्पोजेबल नहीं है) के लिए 1: हाइपोक्लोराइट / क्लीन घोल में डुबकी लगाने वाले दस्ताने</li> <li>मूत्र के बर्तन, बेडपैन या कचरा बाहर करते समय प्लास्टिक के दस्ताने का उपयोग करने के लिए।</li> <li>पर्यवेक्षकों द्वारा प्लास्टिक के दस्ताने की गुणवत्ता की जाँच की जानी है।</li> </ul>		
	<b>हाथ स्वच्छता</b>		
	<p>प्रत्येक शौचालय में भोजन करने से पहले और बाद में या किसी भी सफाई प्रक्रिया को करने के बाद, हाथों को अच्छी तरह से हाथ धोने वाले एजेंट से साफ किया जाना चाहिए।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>सभी कर्मचारियों को हाथ स्वच्छता प्रथाओं पर प्रशिक्षित किया जाएगा।</li> <li>हाथ धोने की प्रथाओं के पालन के लिए संक्रमण नियंत्रण नर्स निगरानी करेगी।</li> </ul>		
<b>5</b>	<b>गुणवत्ता प्रबंधन</b>		
	<p><b>गुणवत्ता नीति:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>मानक सफाई और कीटाणुशोधन प्रक्रियाओं को सुनिश्चित करने और सेवा वितरण में संक्रमण नियंत्रण लेने के तहत अस्पताल की सीमाओं का समर्थन करने के लिए।</li> </ul>		
	<p><b>गुणवत्ता के उद्देश्य:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>दैनिक, साप्ताहिक और मासिक आधार पर निर्दिष्ट मानक हाउसकीपिंग सफाई अनुसूची का पालन करना</li> <li>समय पर सेवा वितरण सुनिश्चित करने के लिए।</li> <li>संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं का पालन करना।</li> </ul>		
	<p><b>गुणवत्ता नियंत्रण कार्यक्रम:</b></p> <p>हाउसकीपिंग विभाग के गुणवत्ता नियंत्रण कार्यक्रम को मानक का पालन करना चाहिए</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>निरंतर निगरानी</li> <li>क्षेत्रों का निरीक्षण करना</li> <li>स्वच्छता की डिग्री को मापना</li> <li>निष्कर्षों की रिकॉर्डिंग और रिपोर्ट करना</li> <li>कर्मचारी के कार्य प्रदर्शन का अनुगमन सुनिश्चित करता है</li> <li>सफाई कार्यक्रम आवृत्तियों को समायोजन की</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>आवश्यकता होती है</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• कर्मचारी प्रशिक्षण की जरूरत है</li> <li>• गृह व्यवस्था, अन्य विभागों, ग्राहकों के बीच अच्छे सार्वजनिक संबंध</li> <li>• शिकायतें बनने से पहले कमियों को ठीक करता है।</li> </ul>		
	<p><b>गुणवत्ता ऑडिट:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ऑडिट निर्धारित ऑडिट योजना के अनुसार आयोजित किए जाएंगे और नामित आंतरिक लेखा परीक्षकों द्वारा आयोजित और किए जाएंगे।</li> <li>• ऑडिट की योजना बनाते समय यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि आंतरिक लेखा परीक्षक अपनी गतिविधियों का ऑडिट नहीं करते हैं।</li> <li>• आंतरिक लेखापरीक्षा के लिए एक गुणवत्ता प्रबंधन प्रणाली प्रक्रिया में निम्नलिखित शामिल होंगे। आंतरिक लेखा परीक्षकों का चयन। आंतरिक लेखा परीक्षकों के लिए मानदंड। लेखापरीक्षा योजना और कार्यप्रणाली। ऑडिट रिकॉर्डिंग, गैर-अनुरूप सारांश रिपोर्ट तैयार करना।</li> <li>• जहां लेखापरीक्षा निष्कर्षों में कमियों का संकेत मिलता है या सुधारात्मक या निवारक कार्रवाई में सुधार के अवसर को तुरंत लिया जाता है, यह समय पर एक सहमति के साथ प्रलेखित और किया जाता है।</li> </ul>		

## चिकित्सा रिकॉर्ड विभाग

### सेवाएं

घटनाओं के क्रम में लिखे गए पर्याप्त डेटा वाले अच्छे मेडिकल रिकॉर्ड विकसित करने के लिए निदान को सही ठहराने के लिए, अस्पताल में इलाज करने वाले सभी रोगियों के उपचार और अंतिम परिणाम का वारंट करें। सुरक्षित अभिरक्षा के तहत रिकॉर्ड रखें और

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

उन्हें रोगी के लिए आवश्यकता होने पर (वैध कारण के लिए) आसानी से उपलब्ध कराएं दैनिक स्टाफ और मेडिको कानूनी उद्देश्य।

### चिकित्सा रिकॉर्ड बनाने की प्रक्रिया:

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
1	जानकारी दर्ज करने के लिए मेडिकल रिकॉर्ड में निम्नलिखित खंड होंगे: <ul style="list-style-type: none"> <li>रोगी की पहचान का विवरण</li> <li>चिकित्सा उपचार के लिए प्रबंधन और सलाह</li> <li>नर्सिंग प्रबंधन</li> </ul> मेडिकल रिकॉर्ड में की गई सभी प्रविष्टियाँ केवल अधिकृत देखभाल प्रदाता द्वारा दर्ज की जाएंगी।	डा0 / मैटर्न / नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस भीट
1.1	पहला भाग (रोगी की पहचान का विवरण) पंजीकरण काउंटर पर पंजीकरण क्लर्क द्वारा भरा जाएगा। इस अनुभाग में निम्नलिखित जानकारी शामिल होगी: <ul style="list-style-type: none"> <li>रोगी का नाम</li> <li>पिता / पति का नाम</li> <li>उम्र और सेक्स</li> <li>व्यवसाय</li> <li>पता</li> <li>राष्ट्रीयता</li> <li>धर्म</li> <li>टेलीफोन / मोबाइल नंबर</li> <li>मेडिको लीगल केस यदि कोई हो (MLC के रूप में मुद्रांकित)</li> </ul>	पंजीकरण क्लर्क	रोगी केस भीट
1.2	दूसरा खंड (चिकित्सा उपचार के लिए प्रबंधन और सलाह) उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा जाएगा। इस अनुभाग में निम्नलिखित शामिल होंगे: <ul style="list-style-type: none"> <li>मामले का इतिहास</li> </ul>	संबन्धित डा0	रोगी केस भीट

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• चिकित्सा सलाह</li> <li>• जांच रिपोर्ट</li> <li>• उपचार और प्रक्रियाओं के लिए सहमति / प्राधिकरण</li> <li>• विशेष जांच (उदाहरण- पीएसी)</li> <li>• सुधार / निगरानी चार्ट (जैसे कि संज्ञाहरण चार्ट)</li> <li>• प्रक्रिया विवरण (उदाहरण-ऑपरेशन नोट्स)</li> </ul>		
1.3	<p>तीसरे खंड (नर्सिंग प्रबंधन) में निम्नलिखित शामिल होंगे:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• उपचार चार्ट</li> <li>• तापमान, दबाव और श्वसन (टीपीआर) चार्ट</li> <li>• इंटेक और आउटपुट रिकॉर्ड</li> <li>• सुधार नोट</li> </ul>	नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस भीट
<b>2</b>	<b>प्रतिधारण रिकॉर्ड्स की अवधि</b>		
	<p>सरकार के आदेशानुसार निम्नलिखित अवधारण अवधि के लिए मेडिकल रिकॉर्ड मेडिकल रिकॉर्ड विभाग में संग्रहीत किया जाएगा:</p> <p>इनडोर रोगियों के सभी पिछले मेडिकल रिकॉर्ड को कम से कम 10 वर्षों के लिए डिजिटल रूप में संग्रहित किया जाना चाहिए।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आउट-रोगी रिकॉर्ड की हार्ड प्रतियां: तीन (03) वर्ष</li> <li>• इन-पेशेंट रिकॉर्ड की हार्ड कॉपी: तीन (03) वर्ष</li> <li>• मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड की हार्ड प्रतियां: दस (10) साल या जब तक मामला चल रहा है</li> </ul>	मेडिकल रिकार्ड प्रभारी	रोगी केस भीट
<b>3</b>	<b>प्रवेश से पोस्ट डिस्चार्ज तक चिकित्सा</b>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	<b>रिकॉर्ड का प्रवाह</b>			
	एक मरीज का मेडिकल रिकॉर्ड पंजीकरण क्लर्क द्वारा पंजीकरण काउंटर पर शुरू किया जाएगा।	पंजीकरण क्लर्क	रोगी केस भीट	
	जबकि रोगी को वार्ड में विभिन्न रूपों जैसे सहमति प्रपत्र, निरंतरता पत्रक, जांच रिपोर्ट, संज्ञाहरण चार्ट, पोस्ट ऑपरेटिव नोट सेट को रोगी की केस फाइल में जोड़ा जाएगा।	डाIO	रोगी केस भीट	
	रोगी के निर्वहन के समय, इलाज करने वाले चिकित्सक (या डॉक्टर के इलाज के आंतरिक मार्गदर्शन) रोगी के निर्वहन सारांश को पूरा करते हैं और रोगी को सूचित किया जाता है।	डाIO	डिसचार्ज नोट	
	अस्पताल डिस्चार्ज नीति के अनुसार डिस्चार्ज प्रक्रिया का पालन किया जाता है।	नर्सिंग स्टाफ	डिसचार्ज नोट	
	नर्सिंग स्टाफ केस फाइल को वार्ड से मेडिकल रिकॉर्ड विभाग को भेजेगा।	नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस भीट	
<b>4</b>	<b>मिडनाइट सेंसस</b>			
	रात्रि ड्यूटी में नर्सिंग स्टाफ द्वारा प्रत्येक वार्ड से वार्ड जनगणना रिपोर्ट तैयार की जाएगी। रिपोर्ट मैट्रॉन को व्यक्तिगत रूप से प्रस्तुत की जाएगी।	सिस्टर इनचार्ज	मिडनाइट सेंसस रिपोर्ट	
	चिकित्सा रिकॉर्ड विभाग प्रभारी अगली सुबह नर्सिंग अधीक्षक कार्यालय से डेटा एकत्र करेगा और जनगणना रिपोर्ट तैयार करने के लिए एक ही संकलन करेगा।	मेडिकल रिकार्ड इनचार्ज	सेंसस रिपोर्ट	
<b>5</b>	<b>मेडिकल रिकॉर्ड असेम्बलिंग</b>			
	प्रत्येक चिकित्सा रिकॉर्ड को कालानुक्रमिक रूप से प्रत्येक अनुभाग के नीचे दर्ज किए गए संकेत रूपों के साथ अनुभागों में	मेडिकल रिकार्ड इनचार्ज स्टाफ नर्स	रोगी केस भीट	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

<p>विभाजित किया जाएगा।</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. असेम्बलिंग आदेश निम्नानुसार होगा:</li> <li>2. डिसचार्ज सारांश</li> <li>3. LAMA के लिए सहमति (यदि लागू हो)</li> <li>4. मृत्यु का कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र</li> <li>5. मेडिको लीगल फॉर्म (यदि लागू हो)</li> <li>6. रोगी सूचना पत्र</li> <li>7. प्रवेश पर्ची</li> <li>8. प्रवेश पत्र</li> <li>9. दुर्घटना और आपातकालीन रूप</li> <li>10. प्रवेश पर इतिहास और निष्कर्ष</li> <li>11. प्रगति रिपोर्ट</li> <li>12. स्थानांतरण सूचना पत्र</li> <li>13. दवा का कार्ड</li> <li>14. प्रक्रिया और उपचार स्टाफ नर्स के लिए सहमति फॉर्म</li> <li>मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के कर्मचारी रोगी केस शीट</li> <li>15. प्रत्यारोपण विवरण (यदि लागू हो)</li> <li>16. प्रीपरेटिव नर्सिंग चेकलिस्ट-वार्ड</li> <li>17. इंटर ऑपरेटिव नर्सिंग रिकॉर्ड-ओटी</li> <li>18. पोस्ट ऑपरेटिव चेकलिस्ट</li> <li>19. पोषण संबंधी आकलन</li> <li>20. भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास मूल्यांकन प्रपत्र</li> <li>21. प्रवेश इतिहास और नर्सिंग मूल्यांकन</li> <li>22. नर्सिंग देखभाल योजना</li> <li>23. दैनिक नर्सिंग मूल्यांकन</li> <li>24. नैदानिक चार्ट</li> <li>25. डायबिटिक चार्ट</li> <li>26. द्रव संतुलन चार्ट</li> <li>27. इनटेक आउटपुट चार्ट (ITU)</li> <li>28. अवलोकन चार्ट (CCU)</li> </ol>		
--	--	--

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>29. ब्लड बैलेंस शीट / ड्रेनेज चार्ट</p> <p>30. धमनी रक्त गैस रिकॉर्ड</p> <p>31. रक्त आधान के लिए सहमति</p> <p>32. रक्त की आवश्यकता</p> <p>33. क्रॉस मिलान रिपोर्ट</p> <p>34. रक्त ट्रांस फ्यूजन रिकॉर्ड</p> <p>35. सहमति फॉर्म (अन्य)</p> <p>36. जांच रिकॉर्ड</p> <p>37. स्थानांतरण रोगी के लिए चेकलिस्ट</p> <p>38. संक्रमण नियंत्रण के लिए चेकलिस्ट</p> <p>39. जांच रिपोर्ट</p> <p>40. नुस्खे</p> <p>41. अन्य आवश्यक रूप</p> <p>42. अन्य रूप</p> <p>43. डिस्चार्ज स्लिप</p>			
<b>6</b>	<b>चिकित्सा रिकॉर्ड्स की जाँच करना</b>			
	<p>मेडिकल रिकॉर्ड कर्मचारी मेडिकल रिकॉर्ड की कमी जांच सूची की मदद से जांच करेगा कि क्या कोई फॉर्म गायब है या नहीं। यदि कोई प्रपत्र गायब है तो वार्ड बहन प्रभारी को सूचित करें। सभी अपूर्ण रिकॉर्ड्स को पूरा करने के लिए संबंधित वार्ड में वापस भेजा जाएगा और कमी रिकॉर्ड रजिस्टर में नोट किया जाएगा अपूर्ण अभिलेखों में कमियों के बारे में अनुस्मारक इसके लिए जिम्मेदार व्यक्तियों को भेजा जाएगा।</p>	एम0आर0डी0 स्टाफ	रिकार्ड कमी चेक लिस्ट	
<b>7</b>	<b>चिकित्सा रिकार्डिंग प्रणाली</b>			
	<p>हर समय मेडिकल रिकॉर्ड को रोगी के नाम और आईडी से पहचाना जाएगा।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>केवल पूर्ण रिकॉर्ड स्थायी फाइलिंग कैबिनेट में दर्ज किया जाएगा।</li> <li>रोगी आईडी को आईपी मेडिकल रिकॉर्ड फोल्डर पर हाइलाइट किया जाएगा।</li> <li>एम0एल0सी0 रिकॉर्ड रूम को ताला और</li> </ul>	एम0आर0डी0 स्टाफ		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	चाबी के नीचे रखा जाएगा और एक्सपायर्ड मरीजों के लिए मेडिकल रिकॉर्ड अलग से रखा जाएगा।		
<b>8</b>	<b>जन्म, मृत्यु तथा स्टिल बर्थ इंटिमेशन</b>		
	<p>जन्म, मृत्यु और अभी भी जन्म से लेकर रजिस्ट्रार जन्म और मृत्यु तक की जानकारी को प्रदर्शित करेगा</p> <p><b>जन्म सूचना:</b>          फॉर्म नंबर -1 का उपयोग जन्म रिपोर्टिंग के लिए किया जाएगा।          एमआरडी बर्थ रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भरेंगे।          एक रिपोर्ट के लिए दो प्रतियां बनाई जाएंगी।          जन्म रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर के साथ जन्म रिपोर्ट भेजी जाएगी।          स्टाफ को जन्म रिपोर्ट प्राप्त होगी और जन्मतिथि रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर में तारीख और मुहर के साथ हस्ताक्षर प्राप्त होंगे।          जन्म के 21 दिनों के भीतर जन्म रिपोर्ट प्रस्तुत की जाएगी।          एमआरडी में जन्म रिपोर्ट की डुप्लीकेट कॉपी को रखा जाएगा</p> <p><b>मृत्यु की सूचना:</b>          फॉर्म नंबर -2 का इस्तेमाल मौत की रिपोर्टिंग के लिए किया जाएगा।          मृत्यु रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भर देगी।          मृत्यु रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर के साथ मृत्यु रिपोर्ट भेजी जाएगी।          कर्मचारियों को मृत्यु की रिपोर्ट प्राप्त होगी और मृत्यु की तारीख प्रेषण रजिस्टर में तारीख और मुहर के साथ हस्ताक्षर प्राप्त होंगे।          मृत्यु के 21 दिनों के भीतर मौत की रिपोर्ट प्रस्तुत की जाएगी।</p>	एम0आर0डी0 स्टाफ	जन्म और मृत्यु रिकार्ड

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p><b>स्टिल बर्थ इंटिमेशन:</b>          फॉर्म नंबर -3 स्टिल बर्थ रिपोर्टिंग के लिए उपयोग किया जाएगा।          एमआरडी स्टिल बर्थ रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भर देगा।          स्टिल बर्थ रिपोर्ट डिस्पैच रजिस्टर के साथ स्टिल बर्थ रिपोर्ट भेजी जाएगी। डूत्व स्टाफ जन्म और मृत्यु की सूचना स्टॉफ को स्टिल बर्थ रिपोर्ट प्राप्त होगी और एफिशिएंट डेट के साथ सिग्नेचर रिसीव करेगा और स्टिल बर्थ रिपोर्ट डिस्पैच रजिस्टर में सील होगी।          स्टिल बर्थ की रिपोर्ट स्टिल बर्थ के 21 दिनों के भीतर सबमिट की जाएगी।          एमआरडी में स्टिल बर्थ रिपोर्ट की डुप्लीकेट कॉपी बरकरार रखी जाएगी</p>			
<b>9</b>	<b>चिकित्सा रिकॉर्ड भंडारण और पुनर्प्राप्ति</b>			
	मेडिकल रिकॉर्ड क्लर्क रिकॉर्ड प्राप्त करने वाले रजिस्टर में प्राप्त मेडिकल रिकॉर्ड का विवरण दर्ज करेगा। अलग रजिस्टर पे MLC और गैर MLC रिकॉर्ड के लिए बनाए रखा जाता है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर	
	मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड्स को लॉक और अच्छी तहत अलमीरा में संग्रहित किया जाएगा। सभी मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड में इस पर MLC सील है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर	
	गैर मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड्स को कालानुक्रमिक क्रम में रैक पर संग्रहीत किया जाएगा। बर्थ लॉग बुक लेबर रूम से आती है और जन्मतिथि रिपोर्ट में दर्ज की जाएगी और नगर पालिका कार्यालय को भेजी जाएगी।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	जन्म रिपोर्ट	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	मेडिकल रिकॉर्ड क्लर्क डेथ रजिस्टर से मौत की रिपोर्ट बनाएगा और रिपोर्ट नगर पालिका कार्यालय को भेजेगा।	मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के प्रभारी	मौत की रिपोर्ट	
	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी संबंधित रोगी के अभिलेखों की फोटोकॉपी जारी करेगा, जिसे आरएमओ / सीएमएस द्वारा अनुमोदित और हस्ताक्षरित एक ही लिखित पर्ची की रसीद पर रोगी / अधिकृत प्रतिनिधि से अनुरोध किया जाएगा। यह समस्या मेडिकल रिकॉर्ड समस्या रजिस्टर में दर्ज की जाती है	मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड समस्या रजिस्टर	
	इलाज करने वाले डॉक्टर आरएमओ / सीएमएस से लिखित अनुमति के बाद ही रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड तक पहुंच सकते हैं और इसे जारी करने के लिए एक अलग रजिस्टर रखा जाता है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर	
	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी मेडिको लीगल केस की फोटोकॉपी जारी करता है पुलिस कर्मियों को लिखित अनुरोध रसीद पर्ची पर आरएमओ / सीएमएस द्वारा विधिवत अनुमोदित और हस्ताक्षरित रसीद दी जाती है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर	
<b>10</b>	<b>गुणवत्ता प्रबंधन</b>			
	<b>गुणवत्ता नीति</b> आसान पहचान, पुनर्प्राप्ति और ट्रेसबिलिटी के साथ रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड को व्यवस्थित रूप से संग्रहीत करना और इस उद्देश्य के साथ रिकॉर्ड की गोपनीयता बनाए रखना • अस्पताल के आंकड़े और चिकित्सा रिकॉर्ड आसानी से पुनर्प्राप्त करने योग्य हैं • फीडबैक लूप स्वास्थ्य संकेतकों के निरंतर सुधार के लिए स्थापित किया गया है			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

<p><b>गुणवत्ता की निगरानी</b>  अस्पताल प्रबंधन के लिए उनकी प्रभावशीलता की निगरानी और मूल्यांकन करने के लिए चिकित्सा देखभाल योजना को लागू करने और प्रबंधित करने के लिए सांख्यिकीय और महामारी विज्ञान डेटा की आवश्यकता होती है।  ये इस प्रकार हैं:  प्रदर्शन संकेतक पर कब्जा कर लिया जाए</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• बेड ऑक्यूपेंसी रेट</li> <li>• आउटडोर रोगियों की औसत संख्या</li> <li>• प्रवेश की औसत संख्या</li> <li>• सेक्स वार प्रवेश</li> <li>• रोगियों के रहने के औसत दिन</li> <li>• कई प्रकार के ऑपरेशन किए गए (मेजर और माइनर)</li> <li>• एक्स-रे और अल्ट्रासाउंड की संख्या</li> <li>• प्रयोगशाला परीक्षण</li> <li>• संस्थागत मौतों (48 घंटे से अधिक होने वाली मौतों) के बारे में जानकारी</li> <li>• गैर-संस्थागत मौतों (अंडर48हॉर्स की मृत्यु) के बारे में जानकारी</li> <li>• अस्पताल में जन्म लेने वाले बच्चों की कुल संख्या (लिंग वार वितरण / लिंग अनुपात / अभी भी जन्म)</li> <li>• अस्पताल की दैनिक जनगणना आदि गुणवत्ता संकेतक</li> <li>• मामलों का प्रतिशत (पदचंजपमदजे जहां वांछित परिणामों के साथ देखभाल की योजना में दस्तावेज और चिकित्सक द्वारा काउंटर-साइन किए गए हैं</li> <li>• प्रारंभिक आकलन और देखभाल की योजना नहीं होने से मेडिकल रिकॉर्ड का</li> </ul>		
---	--	--

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

<p>प्रतिशत अपूर्ण या अनुचित सहमति वाले मेडिकल रिकॉर्ड का प्रतिशत।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>लापता रिकॉर्ड का प्रतिशत</li> <li>डिस्चार्ज सारांश न होने वाले मेडिकल रिकॉर्ड का प्रतिशत</li> <li>निर्धारित समय सीमा के भीतर पीएनडीटी अधिनियम, जन्म और मृत्यु सूचना और सूचना योग्य बीमारी से संबंधित रिपोर्ट / डेटा प्रस्तुत करना</li> </ul>		
---	--	--

## सुरक्षा

1.उद्देश्य:-

सुरक्षा-

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा गतिविधियों को लागू करने के लिए भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा संबंधी आवश्यकताओं में निर्देश और प्रणाली प्रदान करना, शारीरिक और अवसंरचना सुरक्षा से संबंधित स्टैक धारकों की आवश्यकताओं का निर्धारण करना और भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा से संबंधित आवश्यकताओं की समीक्षा करना।

#### रक्षा—

यह सुरक्षा प्रबंधन योजना व्यापक जोखिम निगरानी कार्यक्रम और समग्र जानकारी के विश्लेषण के माध्यम से रोगियों और कर्मचारियों को सुरक्षा जोखिमों को कम करने के लिए नीतियों और प्रक्रियाओं का वर्णन करने के लिए कार्य करती है।

योजना की निरंतर प्रदर्शन संकेतकों के माध्यम से निगरानी की जाती है और अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा सालाना समीक्षा की जाती है और संशोधित की जाती है।

## 2. विस्तार

### सुरक्षा

इसमें अस्पतालों द्वारा प्रदान की जाने वाली सभी बुनियादी सुविधाओं और सेवाओं को शामिल किया गया है

- अवसंरचना और अस्पताल की संपत्ति
- आगंतुकों का नियंत्रण और प्रवाह
- मरीजों की सुरक्षा (साथ ही साथ रोगी)
- सभी घुसपैठियों से सुरक्षा।

मेडिको लीगल केस

- वीआईपी सुरक्षा

रक्षा

अस्पताल सुरक्षा प्रबंधन योजना खतरों को नियंत्रित करने के लिए तंत्र को परिभाषित करती है, विशेष रूप से रोगियों, कर्मचारियों और सामान्य रूप से अस्पताल के लिए सुरक्षा उपायों को बढ़ावा देने और लागू करने के लिए। संबंधित नीतियों और प्रक्रियाओं को सुरक्षा उपायों के लिए मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए विकसित किया जाता है।

## 3. जिम्मेदारी:

ए) सुरक्षा – मुख्य चिकित्सा अधीक्षक और

सिक्वोरिटीज प्रक्रिया के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार हैं।

बी) सुरक्षा – अस्पताल सुरक्षा समिति इस प्रक्रिया को लागू करने के लिए जिम्मेदार है।

अस्पताल गुणवत्ता टीम/सुरक्षा समिति की भूमिका—

- सुरक्षा प्रबंधन कार्यक्रम के सभी चरणों में मार्गदर्शन और दिशा प्रदान करें।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- अस्पताल के नैदानिक और नैदानिक सहायता क्षेत्रों के प्रो-सक्रिय सुरक्षा जोखिम आकलन।
- पर्यावरण निगरानी सीमा को सुगम बनाता है।
- असुरक्षित स्थितियों या विनियमों और मानकों का अनुपालन न करने का प्रबंधन करना

## अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधक/नोडल अधिकारी

### प्राधिकारी

- मूल रूप से मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के पास सभी अधिकार होते हैं।
- सुरक्षा मामलों से संबंधित सभी मामलों पर नामित अधिकारियों को रिपोर्ट।
- किसी भी प्रक्रिया या प्रयोगशाला को बंद करने का अधिकार है जब तक समस्या का समाधान ना हो ताकि नीति का उल्लंघन ना हो।

### उत्तरदायित्व

#### अस्पताल और विभाग की सुरक्षा नीतियां

- अस्पताल अधिकारियों और आवश्यकतानुसार अन्य नियामक प्राधिकरणों के साथ संपर्क करना।
- सुरक्षा प्रथाओं का पालन करने के लिए प्रयोगशालाओं और अन्य क्षेत्रों का निरीक्षण करें
- अनुपालन के लिए आवश्यक सुरक्षित कार्य प्रथाओं के साथ नए और प्रस्तावित कानून पर विभिन्न विभाग के विभाग के प्रमुख को सलाह दें
- अस्पताल के अधिकारियों के परामर्श से प्रशिक्षण की जरूरतों को पहचानें और विभागीय कर्मचारियों की व्यवस्था करें
- यह सुनिश्चित करना चाहिए कि अस्पताल गुणवत्ता टीम के अध्यक्ष के पद से जुड़े और आवश्यक सभी कार्य किए जाएं।

#### पर्यावरण देखभाल:

पर्यावरण देखभाल तीन घटकों भवनों, उपकरणों और लोगों से बना है।

निम्नलिखित तत्वों और मुद्दों के रूप में पहचाने जाते हैं जो रोगी के परिणामों, संतुष्टि, रोगी और कर्मचारियों की सुरक्षा को सकारात्मक या नकारात्मक रूप से प्रभावित करने में योगदान कर सकते हैं जो दैनिक दर्शन, सुरक्षा के साथ उचित और सुसंगत हैं। अभिविन्यास और बाहरी वातावरण तक पहुंच, सुविधाओं के अंदर और बाहर दोनों को पार करने में आसानी, कुशल लेआउट जो कर्मचारियों का समर्थन करते हैं सभी फंक्शन पर।

#### पर्यावरण देखभाल को प्रभावी ढंग से प्रबंधित करने के लिए निम्नलिखित किया जाना चाहिए पर्यावरणीय खतरों और जोखिमों को कम करना और नियंत्रित करना

- दुर्घटनाओं और चोटों को रोकें।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

- रोगियों, कर्मचारियों और आगंतुकों के लिए सुरक्षित स्थिति बनाए रखें।
- पर्यावरण देखभाल बनाए रखें जो रोगी को आराम, सामाजिक संपर्क और, के लिए संवेदनशील है।
- सकारात्मक व्याकुलता।
- पर्यावरण देखभाल बनाए रखें जो रोगियों, कर्मचारियों और आगंतुकों के लिए अनावश्यक पर्यावरणीय तनाव को कम करता है।

#### 4. प्रक्रिया:

क0स0	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / अभिलेख
4.1	<b>सुरक्षा</b> इस प्रयोजन के लिए, आवश्यकताओं को संसाधनों की आवश्यकता के लिए पहचाना जाता है और जिला स्वास्थ्य सोसायटी / सी0एम0ओ0 को भेजा जाता है	सी0एम0एस0 / अस्पताल प्रबंधक	
4.2	<b>आने वाली और बाहर जाने वाली वस्तुओं का नियंत्रण</b> सभी खरीदे गए आइटम (इन्फ्रास्ट्रक्चर आइटम, जनरल स्टोर आइटम, इंजीनियरिंग आइटम, फार्मसी और दवा से संबंधित आइटम सब्जियों या भोजन & रसोई आइटम) जब अस्पताल में संयुक्त रूप से जांच की जाती है सिक्योरिटी गेट पर सुरक्षा और स्टोर करने वाला व्यक्ति सुरक्षा जांच के बाद आइटम को अस्पताल में ले जाने या बाहर जाने की अनुमति देता है।		
4.3	<b>ड्यूटी रोस्टर की तैयारी</b> अस्पताल में उपलब्ध सुरक्षा गार्डों की संख्या, अस्पताल में विभिन्न बिंदुओं पर आवश्यक सुरक्षा गार्डों की संख्या को ध्यान में रखते हुए एक ड्यूटी रोस्टर तैयार किया जाता है। ड्यूटी रोस्टर की समीक्षा / अनुमोदन अस्पताल प्रबंधक द्वारा किया जाता है। स्वीकृत ड्यूटी रोस्टर सुरक्षा कर्मचारियों को सूचित किया जाता है।	सुरक्षा गार्ड के प्रमुख	ड्यूटी रोस्टर
4.4	<b>उपस्थिति रजिस्टर</b> एक उपस्थिति रजिस्टर अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधक की हिफाजत में रखा जाता है। दैनिक आधार पर, सुरक्षा कर्मचारियों की उपस्थिति बनाए रखी जाती है। साप्ताहिक आधार पर, उपस्थिति रजिस्टर की		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	समीक्षा सीएमएस द्वारा की जाती है।			
4.5	<b>विभिन्न बिंदुओं पर सुरक्षा कर्मचारियों का आवंटन/पोस्टिंग</b> अस्पताल में सुरक्षा कर्मचारियों को अलग-अलग प्रवेश द्वार या बिंदुओं पर तैनात किया जाता है जैसे रोगी पंजीकरण। ओपीडी क्लीनिक आदि। प्राप्त सूचनाओं के आधार पर वीआईपी के लिए विशेष सुरक्षा कर्मचारी भी सौंपे जाते हैं। अस्पताल में 24x7 सुरक्षा गार्ड उपलब्ध हैं।			
4.6	<b>कुंजी नियंत्रण</b> विभाग की सभी चाबियां प्रशासनिक ब्लॉक में नामित सुरक्षा गार्ड की हिरासत में हैं।			
4.7	<b>अग्नि सुरक्षा और इसके नियंत्रण</b> अस्पताल को नो स्मोकिंग जोन घोषित किया गया है। पूरे अस्पताल में अग्निशामक को अलग-अलग चिह्नित स्थानों पर रखा गया है। अस्पताल परिसर में आग बुझाने/रेत की बाल्टी का संकेत देने वाला एक अस्पताल का लेआउट भी रखा गया है। आग से बाहर निकलने के लिए अस्पताल में आग लगने का निशान लगाया जाता है। अग्नि प्रशिक्षण और अग्नि अभ्यास समय-समय पर आयोजित किए जाते हैं। सभी कर्मचारियों को पर्याप्त अग्नि प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है, उन्हें आग बुझाने की प्रक्रियाओं के बारे में सूचित किया जाता है, जिसमें उनके कार्य स्थानों में स्थित अग्नि निकास भी शामिल हैं। अग्निशामक यंत्रों की जांच और परीक्षण और इसकी रिफिलिंग को बनाए रखा जाता है। प्रभावी नियंत्रण के लिए अस्पताल प्रबंधक के पास सभी अग्नि उपकरणों की एक सूची रखी जाती है।		आग बुझाने के उपकरण का अस्पताल लेआउट/रेत बाल्टी, आग बुझाने की फाइल	
4.8	<b>सुरक्षा कार्मिक को प्रशिक्षण</b> सुरक्षा संबंधी मुद्दों जैसे कतार प्रबंधन, भीड़ नियंत्रण, आपदा के मामले में निकासी आदि का प्रशिक्षण और अग्निशामक यंत्र का उपयोग नियमित रूप से किया जाता है।		ट्रेनिंग फाइल	
(बी)	रक्षा			
4.9	<b>अस्पताल सुरक्षा समिति:</b> यह अस्पताल की गुणवत्ता टीम के समान हो सकता		अस्पताल सुरक्षा समिति की लिस्ट	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	है। अस्पताल सुरक्षा समिति एक बहु-विषयक समिति है जिसमें पाँच सदस्य होते हैं। इस समिति द्वारा अस्पताल के विभिन्न सुरक्षा पहलुओं का मूल्यांकन करने के लिए एक वर्ष में कम से कम दो बार बैठक होती है चल रहे निगरानी गतिविधियों का विस्तार से विश्लेषण कर उस पर अपनी प्रतिक्रिया देता है। समिति अपनी रिपोर्ट सीएमएस को सौंप देती है।		
4.9.1	<p><b>सुरक्षा के संबंध में अस्पताल की गतिविधियों का मूल्यांकन</b></p> <p>अस्पताल सुरक्षा समिति निम्नलिखित समस्याओं के विभिन्न पहलुओं पर चल रही निगरानी गतिविधियों का मूल्यांकन करती है:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. रोगियों/आगंतुकों को चोट लगना</li> <li>2. संपत्ति का नुकसान।</li> <li>3. व्यावसायिक बीमारियों और कर्मचारियों को चोट लगना।</li> <li>4. खतरनाक सामग्री और अपशिष्ट फैलने और अन्य संबंधित घटनाओं को फैलता है।</li> <li>5. अस्पताल में मरीजों, कर्मचारियों, छात्रों और आगंतुकों से जुड़ी सुरक्षा घटनाएं</li> <li>6. अग्नि-सुरक्षा प्रबंधन समस्याएं, कमियाँ, और असफलताएँ।</li> <li>7. चिकित्सा उपकरण-प्रबंधन की समस्याएं, विफलताओं और उपयोगकर्ता की त्रुटियाँ</li> <li>8. यूटिलिटी सिस्टम प्रबंधन की समस्याएं, विफलताएं, या उपयोगकर्ता की त्रुटियाँ।</li> <li>9. स्टाफ की अनुपलब्धता (जैसे मौसम की आपात स्थिति। प्राकृतिक आपदाएं)</li> <li>10. मास कैजुअल्टी रोगी इन्फ्लक्स (जैसे संक्रामक रोग का प्रकोप)।</li> </ol>		
4.10	<p><b>सुरक्षा निरीक्षण और रिकॉर्ड</b></p> <p>अस्पताल आंतरिक रूप से या एक उपयुक्त बाहरी एजेंसी की मदद से किए गए सुरक्षा सावधानियों का समय-समय पर निरीक्षण करता है। यह वर्ष में एक बार आयोजित किया जाता है। अस्पताल के सुरक्षा समिति द्वारा सुरक्षा निरीक्षणों की रिपोर्ट की समीक्षा की जाती है और आवश्यकता पड़ने पर उसे उचित प्राधिकारी को सौंप दिया जाता है। सुरक्षा निरीक्षण रिकॉर्ड संबंधित विभागीय अधिकारियों के साथ बनाए रखा जाता है</p>		अस्पताल सुरक्षा निरीक्षण की रिपोर्ट

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>सुरक्षा प्रबंधन समिति को निम्नलिखित सूची के आवधिक मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>पर्यावरण (प्रकाश, धूल, गैसों, स्म्रे, शोर)।</li> <li>खतरनाक सामग्री (ज्वलनशील और कास्टिक)।</li> <li>उपकरण (बायोमेडिकल उपकरण आदि)।</li> <li>विद्युत उपकरण (स्विच, फ्यूज, आउटलेट, कनेक्शन)।</li> <li>व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (सुरक्षा चश्मा, वेंटिलेटर विकिरण सुरक्षा एप्रन आदि)।</li> <li>अग्नि सुरक्षा उपकरण (अलार्म और आग बुझाने का उपकरण)।</li> <li>पैदल रास्ते / सड़क मार्ग (फुटपाथ, सड़क मार्ग)।</li> <li>परिवहन उपकरण (एम्बुलेंस, लिफ्टों)।</li> <li>कंटेनर (खतरनाक अपशिष्ट बैग)।</li> <li>संरचनात्मक उद्घाटन (खिड़कियां, दरवाजे, सीढ़ी)।</li> <li>इमारतें / संरचनाएं (फर्श, छत, बागान की दीवार बाड़)।</li> <li>विविध (किसी भी आइटम को ऊपर से कवर नहीं किया गया)।</li> </ol> <p>प्रत्येक निरीक्षण रिपोर्ट प्रासंगिक सुरक्षा प्रबंधन उल्लंघन, गैर-अनुपालन आइटम, और कमियों का निरीक्षण करेगी।</p> <p>निरीक्षण की जा रही सुविधाओं या कार्यों के उपयोग या संचालन में सीधे शामिल कर्मचारियों को निरीक्षण प्रक्रिया में भाग लेना होता है। सुधारक और निवारक उपाय किए जाते हैं और कार्यान्वित किए जाते हैं।</p>		
4.11	<p><b>खतरे की पहचान</b></p> <p>खतरे की पहचान अस्पताल में सभी संभावित परिस्थितियों की पहचान करने के लिए उपयोग की जाने वाली प्रक्रिया है, जहां लोगों (मरीज, कर्मचारी, आगतुक आदि) को चोट, संक्रमण या बीमारी के बारे में बताया जा सकता है।</p> <p>प्रबंधन अधिकारी प्रत्येक विभाग द्वारा पालन की जाने वाली सुरक्षा सावधानियों का समय-समय पर मूल्यांकन करते हैं।</p> <p>नैदानिक और गैर-नैदानिक दोनों ऑडिट संभावित खतरों के प्रभाव को रोकने के लिए कम करने के लिए किए गए उपायों की पहचान करने के लिए</p>	सभी कर्मचारी / विभाग अध्यक्ष	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	समय-समय पर किए जाते हैं। अस्पताल के सभी कर्मचारियों को संभावित खतरों की पहचान करने के लिए सभी गतिविधियों का नियमित मूल्यांकन करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। विभागीय प्रमुख अपने विशिष्ट नियंत्रण क्षेत्र में खतरों की पहचान कर सकते हैं। इसे तत्काल सुधारात्मक कार्रवाइयों के लिए उपयुक्त अस्पताल अधिकारियों को सूचित किया जाना चाहिए।			
4.12	<b>विद्युत सुरक्षा</b> अस्पताल विद्युत सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए निम्नलिखित उपाय करता है: पूरे अस्पताल में बिजली के आउटलेट का नियमित निरीक्षण। • शॉर्ट सर्किट को रोकने के लिए ट्रिप स्विच अस्पताल के विभिन्न हिस्सों में स्थित हैं। • तारों का आवधिक निरीक्षण यह सुनिश्चित करने के लिए कि वे उपयुक्त परिस्थितियों में हैं। • किसी भी विद्युत उपकरण को अस्पताल में लाने से पहले, एक सुरक्षा निरीक्षण प्रदान किया जाना चाहिए। • रात के दौरान आवश्यक बिजली के उपकरणों को बंद नहीं किया जाना चाहिए। • बिजली के स्विचबोर्ड के आसपास के क्षेत्रों को कम से कम 1 मीटर की दूरी के लिए स्पष्ट रखा जाना चाहिए • एक उपयुक्त अग्निशामक विद्युत स्विच बोर्ड के निकट स्थित होगा।			
4.13	<b>जैविक खतरों</b> अस्पताल ने जैविक खतरों के दो प्राथमिक कारणों की पहचान की है जो हैं: • संक्रामक तीव्र वस्तुएं • रक्त और शारीरिक तरल पदार्थ फैल गया			
4.13.1	संक्रामक तीव्र वस्तुएं: इस तरह की घटनाओं को रोकने के लिए किए गए उपाय नीचे दिए गए हैं • शार्प किसी भी चिकित्सा या गैर-चिकित्सा उपकरण हैं जो त्वचा को काटने और या पंचर करने में सक्षम हैं।	चिंतित कर्मचारी, हाउसकीपिंग स्टाफ		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• शार्प की चोटें रक्त जनित बीमारियों के संभावित जोखिम से संबंधित दुर्घटनाओं के प्रमुख व्यावसायिक कारण का प्रतिनिधित्व करती हैं।</li> </ul> <p>शार्प हैंडलिंग पर अस्पताल की नीति: एक शार्प के रूप में नामित किसी भी उपकरण को सुरक्षित रूप से नियंत्रित किया जाना चाहिए।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• शार्प्स को हर समय सावधानी से संभाला जाना चाहिए।</li> <li>• शार्प्स को नैदानिक अपशिष्ट के रूप में नामित किया गया है।</li> </ul> <p>प्रक्रिया:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• शार्प को उपयोग के बिंदु पर निपटाया जाना चाहिए।</li> </ul> <p>उपयोग की गई सुइयां: उपयोग की गई सुइयों को फिर से कैप नहीं किया जाना चाहिए।</p> <p>हाथ से सीरिंज को हटाया नहीं जाना चाहिए। हाथ से मुड़ा हुआ, टूटा हुआ या अन्यथा हेरफेर नहीं किया जाना चाहिए।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• उपयोग किए गए डिस्पोजेबल शार्प्स एक निर्दिष्ट, स्पष्ट रूप से चिह्नित, पंचर प्रतिरोधी कंटेनर में निपटाए जाते हैं।</li> <li>• पुनः प्रयोज्य शार्प्स को स्पष्ट रूप से लेबल किए गए, पुनर्संरचना क्षेत्र (CSSD) या स्टरलाइजेशन क्षेत्र में परिवहन के लिए पंचर प्रतिरोधी कंटेनर का निपटान किया जाता है।</li> <li>• शार्प के कंटेनरों को सील और प्रतिस्थापित किया जाना चाहिए।</li> </ul>		
4.13.2	<p><b>रक्त और शारीरिक द्रव फैलता है</b></p> <p>ब्लड एंड बॉडी स्पिल पर अस्पतालों की नीति है: रक्त और शरीर के तरल पदार्थ को तुरंत या जितनी जल्दी हो सके साफ किया जाना चाहिए।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• खून या शरीर के तरल पदार्थों की सफाई के दौरान मानक सावधानियों का उपयोग किया जाना चाहिए।</li> <li>• दस्ताने और कार्य के लिए उपयुक्त अन्य व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण पहनने चाहिए।</li> </ul> <p>स्पिल साफ होने के बाद हाथों को अच्छी तरह से</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>धोना चाहिए।</p> <p><b>प्रक्रिया:</b> शरीर के तरल पदार्थ को फैलाने के दौरान निम्नलिखित बातों पर ध्यान दें:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) शरीर के तरल पदार्थ का प्रकार</li> <li>2) फैल का आकार</li> <li>3) भूतल प्रकार क्षेत्र शामिल है</li> </ol> <p><b>प्रभावशाली सतहों:</b> शोषक पेपर टॉवलिंग का उपयोग करके फैल को मिटा दें। क्षेत्र को पानी और डिटर्जेंट से धोएं। यदि सतह के साथ नंगे त्वचा के संपर्क की संभावना है, तो क्षेत्र सोडियम हाइपोक्लोराइट समाधान के साथ कीटाणुरहित होता है।</p> <p><b>ऑपरेटिंग थिएटर:</b> ऐसा करने के लिए सुरक्षित होते ही स्पिल्स को भाग लेना चाहिए। सोडियम हाइपोक्लोराइट के साथ कीटाणुरहित होने वाला क्षेत्र।</p> <p><b>बाथरूम और शौचालय:</b> स्पिल को सीवरेज सिस्टम में बंद किया जा सकता है और पानी और डिटर्जेंट के साथ बहाया जाता है। क्षेत्र को सोडियम हाइपोक्लोराइट के साथ कीटाणुरहित किया जा रहा है। जैविक खतरों को नियंत्रित करने के लिए किए गए निवारक उपायों का विस्तृत उल्लेख निम्नलिखित प्रक्रिया से लिया जा सकता है:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. अस्पताल संक्रमण नियंत्रण प्रक्रिया।</li> <li>2. बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट प्रक्रिया।</li> </ol>		
4.14	<p><b>खतरनाक अपशिष्ट</b></p> <p>अस्पताल कर्मचारियों, आगंतुकों आदि के बीच संक्रमण की घटनाओं को कम करने के लिए कचरे के उचित संचालन के महत्व की पहचान करता है। अस्पताल के विभिन्न विभागों द्वारा उत्पादित अपशिष्ट को उपयुक्त थैलियों में पीढ़ी के बिंदु पर अलग किया जाता है और उचित रूप से व्यवहार किया जाता है (लागू होता है) और बंद हो जाता है। अस्पताल में बायो-मेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट की प्रक्रिया का पालन किया जा रहा है।</p>	चिंतित कर्मचारी, हाउसकीपिंग स्टाफ	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन
4.15	<b>विकिरण खतरे</b>	एक्स-रे लैब	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>अस्पताल अपने कर्मचारियों और रोगियों के लिए विकिरण खतरों की रोकथाम के महत्व को पहचानता है।</p> <p>विकिरण के संपर्क में आने वाले सभी कर्मचारियों को टीएलडी बैचों के साथ प्रदान किया जाता है और समय-समय पर निगरानी के लिए ठीक अधिकारियों को भेजा जाता है।</p> <p>इमेजिंग उपकरणों की निगरानी की जाती है और यह सुनिश्चित करने के लिए एक नियमित आधार पर कैलिब्रेट किया जाता है</p> <p>अत्यधिक उत्सर्जन की रोकथाम विकिरण सुरक्षा मैनुअल विवरण में अस्पताल द्वारा पीछा विकिरण सुरक्षा सावधानियों को निर्दिष्ट करता है।</p>	स्टाफ	
4.15	<p><b>प्रयोगशाला सुरक्षा</b></p> <p>संक्रामक एजेंटों और खतरनाक रसायनों के लिए व्यावसायिक जोखिम के लिए प्रयोगशाला कार्यकर्ताओं को जोखिम होता है।</p> <p>दूषित रक्त, ऊतक और अन्य जैविक सामग्री के संपर्क से संक्रमण का अधिग्रहण किया जा सकता है।</p> <p>व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (पीपीई), सुरक्षा उपकरणों और समुचित परिशोधन और बायोहाजर्ड कचरे के निपटान जैसी मानक सावधानियों के साथ अच्छी प्रयोगशाला पद्धतियाँ इन जोखिमों को काफी कम कर सकती हैं।</p> <p>प्रयोगशाला सुरक्षा नीति अस्पतालों प्रयोगशाला विभाग द्वारा किए गए सुरक्षा उपायों के विवरण में निर्दिष्ट करती है।</p> <p>नीति के संबंध में सुरक्षित कार्य व्यवहार पर जोर दिया गया है:</p> <p>नमूनों की हैंडलिंग, उनके परिवहन, हैंडलिंग सुइयों और सिरिंज, ट्यूब, सेंट्रीफ्यूज ट्यूब आदि।</p> <p>उचित हाथ धोने की तकनीक, रसायनों का संचालन, उनका भंडारण और उपयुक्त लेबलिंग।</p> <p>परिशोधन तकनीक, अपशिष्ट अलगाव और उनके निपटान हादसा रिपोर्टिंग आदि</p>	प्रयोगशाला कर्मचारी	
4.16	<p><b>संक्रामक रोग</b></p> <p>अस्पताल यह सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है</p>		हादसा / दुर्घटना की रिपोर्ट

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>कि प्रत्येक कर्मचारी को सुरक्षित और स्वास्थ्यवर्धक कार्य की स्थिति प्राप्त हो। अस्पताल ने अस्पताल पर संचारी रोगों को नियंत्रित करने के अपने प्रयास में, इस प्रावधान को अपनाया है। संक्रामक रोगों से संक्रमित या तर्कसंगत रूप से संक्रमित व्यक्तियों को अस्पताल सेवाओं या सुविधाओं तक उनकी पहुंच में प्रतिबंधित नहीं किया जाएगा जब तक कि व्यक्तिगत मामलों में चिकित्सकीय रूप से आधारित निर्णय प्रतिबंध व्यक्ति, रोगियों और संस्था के अन्य सदस्यों के कल्याण के लिए आवश्यक नहीं है। या अन्य लोग नैदानिक, सहकारी, इंटरन या अन्य ऐसे अनुभव के माध्यम से संस्था से जुड़े हैं, जिनमें आम जनता शामिल है।</p> <p>जिन व्यक्तियों के पास विश्वास करने के लिए या उनके पास एक उचित आधार है, कि वे संक्रमित हो चुके हैं या एक संचारी रोग है, जो दूसरों के लिए खतरा पैदा कर सकता है, उनसे अपेक्षा की जाती है कि वे अपने स्वास्थ्य की परिस्थितियों के बारे में विशेषज्ञ से सलाह लें और स्वयं का संचालन करने के लिए नैतिक, कानूनी रूप से बाध्य हों। ताकि खुद की और दूसरों की सुरक्षा हो सके।</p>	सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी		
4.17	<p><b>खतरे कम्युनिकेशन:</b></p> <p>अस्पताल में कोई भी घटना जो अस्पताल की सुरक्षा नीतियों को प्रभावित करती है, उसकी जांच अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा की जाएगी और रिपोर्ट को आगे की कार्रवाई के लिए उपयुक्त उच्च प्राधिकारी को भेजा जाएगा। निम्नलिखित घटनाओं की सूचना तुरंत अस्पताल के सुरक्षा अधिकारी को दी जानी चाहिए:</p> <p>मरीजों को गंभीर चोट। कर्मचारियों को गंभीर चोट।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• गंभीर चोट, अस्पताल संचालन के कारण, किसी अन्य पार्टी को।</li> <li>• अस्पताल के उपकरण या संपत्ति का बड़ा नुकसान।</li> <li>• उपकरण या संपत्ति का बड़ा नुकसान अस्पताल संचालन के कारण किसी अन्य पार्टी से संबंधित है।</li> </ul> <p><b>दुर्घटना की सूचना:</b></p> <p>किसी भी दुर्घटना की जांच उचित कर्मचारी सदस्य द्वारा तुरंत की जानी चाहिए। रिपोर्टिंग उद्देश्यों के लिए और आगे की जांच और</p>			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

समाधान के लिए दुर्घटना प्रबंधन अधिकारी के साथ दुर्घटना की जल्द से जल्द रिपोर्ट की जाएगी। कर्मचारियों, रोगियों या उपकरणों से जुड़े एक गंभीर दुर्घटना की जानकारी होने पर, कर्मचारी को सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी को तुरंत सूचित करना चाहिए। सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी द्वारा गंभीर दुर्घटनाओं की जांच की जाएगी। ऐसी किसी भी घटना के लिए रिपोर्ट अस्पताल की सुरक्षा प्रबंधन समिति को भेज दी जाती है। इसके अलावा, दुर्घटना की सूचना सरकार को दी जाएगी।		
---	--	--

## 6. कार्य निर्देश

क्र०स०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	अस्पताल में अधिसूचित आपातकाल के मामले में प्रदर्शित आपातकालीन नंबर का उपयोग करें अर्थात् फायरकंट्रोल, पुलिस आदि।	
2	रात में विभागों के लिए जाँच ठीक से बंद कर दी जाती है, बिजली के उपकरणों को बंद कर दिया जाता है।	सिक्वोरिटी स्टाफ
3	विभागीय प्रमुख यह सुनिश्चित करने के लिए कि कार्यरत कर्मचारियों द्वारा आवश्यक पीपीई का उपयोग किया जाना चाहिए।	डिपार्टमेंट हेड
4	यह सुनिश्चित करने के लिए कि सुरक्षा गार्ड और कर्मचारियों को आग बुझाने के उपकरण के उपयोग के बारे में पता होना चाहिए।	सी०एम०एस०/अस्पताल प्रबन्धक
5	खतरे का संकेत उच्च वोल्टेज के पास प्रदर्शित किया जाना चाहिए।	

## 7. प्रक्रिया दक्षता मानदंडः

क्रम सं०	गतिविधि क्रम सं०	गतिविधि	दक्षता मापदंड
1	4.7	अग्निशामक यंत्र की जांच	अस्पताल में स्थापित अग्निशामक समय-समय पर (तिमाही/वार्षिक) या जाँच के अनुसार निर्दिष्ट किए गए / रिफिल किए जाएंगे
2	4.10	सुरक्षा की जांच पड़ताल	अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा अस्पताल सुरक्षा निरीक्षण वार्षिक आधार पर किया जाएगा।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

### 8. संदर्भ दस्तावेज:

- संक्रमण नियंत्रण प्रबंधन
- बीएमडब्ल्यू प्रबंधन
- आपातकालीन और आपदा प्रबंधन

### 9. संदर्भ रिकॉर्ड:

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का न०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम अवधारण अवधि
1	सुरक्षा कर्मियों की ड्यूटी रोस्टर			
2	उपस्थिति रजिस्टर			
3	सुरक्षा निरीक्षण रिपोर्ट और उनकी कार्रवाई			
4	अग्निशामक और रखरखाव का विवरण			
5	दुर्घटना की रिपोर्ट फाइल			
6	सुरक्षा गार्ड प्रशिक्षण फाइल			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

## पानी की उपलब्धता एवं स्वच्छता

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड	
<b>1</b>	<b>पानी की उपलब्धता</b>			
<b>1.1</b>	अस्पतालों को पानी की आवश्यकता की गणना करने की तथा योजना बनाने की आवश्यकता है बीआईएस के अनुसार अस्पताल में पानी की आवश्यकता इस प्रकार है। <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 बेड या उससे कम वाले अस्पतालों के लिये 340 लीटर प्रति बेड, प्रतिदिन के हिसाब से पानी की आवश्यकता है।</li> <li>• 100 बेड या उससे अधिक बेड वाले अस्पतालों के लिये 400 लीटर प्रति बेड, प्रतिदिन के हिसाब से पानी की आवश्यकता है।</li> </ul>	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक		
<b>1.2</b>	अस्पताल द्वारा यह सुनिश्चित किया जाना है कि अस्पताल में पानी 24x7 आधार पर उपलब्ध है और आसानी से उपलब्ध है उपयोग के सभी बिंदुओं पर उपलब्ध है। पानी की तैयार आपूर्ति में किसी भी रुकावट को तुरंत हल करने की आवश्यकता है कार्य के स्थान पर आपूर्ति की निरंतरता सुनिश्चित करना।	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक		
<b>1.3</b>	पानी की गुणवत्ता सुनिश्चित करना, पानी को चूँकि पूरे अस्पताल में पीने, सफाई और कीटाणुशोधन उद्देश्यों के लिए उपयोग किया जाता है इसलिए पानी की गुणवत्ता बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है। <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (पानी का भौतिक परीक्षण) = पानी की कठोरता, कुल घुलित ठोस टीडीएस और अन्य मापदण्डों के लिये परीक्षण वर्ष में कम से कम एक बार स्रोत से सीधे प्राप्त नमूने पर किया जाता है। फिजिकल जांच की आवश्यकता नहीं है अगर नगर निगम द्वारा पानी की आपूर्ति की जा रही है।</li> </ol>	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू. एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<p>2. पनी का सूक्ष्म परीक्षण हर तीन महीने में किया जाता है और इसके अलावा तब किया जाता है जब स्रोत को बदल दिया जाता है। प्रमुख मरम्मत आपूर्ति प्रणाली या पानी से संबंधित प्रकोप पर किया जाता है।</p> <p>3. आम तौर पर, निम्न लिखित नमूने न्यूनतम पर इन स्थानों से प्राप्त किये जाने चाहिये।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ओटीबी स्कब बेसिन नल (कोई भी नल)</li> <li>● आईसीयू / एसएनसीयू हैंड वाश बेसिन नल।</li> <li>● इमरजेंसी वार्ड हैंड वाश बेसिन नल।</li> <li>● एक वार्ड में हैंड वाश बेसिन नल जो अधिकतम रोगियों की आवश्यकता को पूरा करता है।</li> <li>● पीने के पानी के स्रोत नमूनों को कोलीफार्म जीवों की अनुपस्थिति दिखानी चाहिये। यदि पानी के संदूषण की जांच की जाती है। संभव जल संदूषण के लिये आपूर्ति स्रोत की जांच आवश्यकता पडने पर की जानी चाहिये।</li> </ul>			
2	पानी के टैंक की सफाई— सभी ओवरहेड टैंक को कम से कम छह महीने के अंतराल पर मैनुअल रूप से साफ करने की आवश्यकता है।		पानी की टंकी की सफाई का रजिस्टर।	
2.1	<p>पानी की टंकी की सफाई का तरीका</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● क्लोरीनीकरण द्वारा पानी की टंकी कीटाणुरहित करने का सबसे आम तरीका है। क्लोरीनीकरण की प्रक्रिया द्वारा कीटाणुओं को मारने के लिये पीने के पानी में क्लोरीन मिलाते है। पानी का क्लोरीनीकरण पानी में मौजूद सूक्ष्म जीवों को बेअसर करता है और अंत में संचरण को कम करने में मदद करता है।</li> <li>● कम मात्रा में क्लोरीन वाला पानी पीने से हानिकारक स्वास्थ्य प्रभाव पैदा नहीं करता है और जलजनित रोग के प्रकोप से सुरक्षा प्रदान करता है।</li> </ul>			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>क्लोरीन को कई तरह से दिया जाता है लेकिन सबसे आम है उच्च शक्ति कैल्शियम हाइपोक्लोराइट (HSCH), जो पानी के साथ मिश्रित होने पर इसकी मात्रा का 60 से 80 प्रतिशत क्लोरीन के रूप में मुक्त करता है।</li> </ul>		
2.3	<p><b>टैंक के कीटाणुशोधन के चरण—</b></p> <p>टैंक की हर 1000 लीटर की कुल क्षमता के लिये टैंक में दानेदार HSCH के 80 ग्राम का छिड़काव करें, टैंक को पूरी तरह से साफ पानी भरें, ढक्कन को बंद करें और 24 घण्टें तक छोड़ दें। अगर टंकी को तत्काल उपयोग करने की आवश्यकता है, तो टैंक में क्लोरीन की मात्रा दोगुनी की जाती है। जिससे कीटाणुशोधन के समय को 24 से 8 घंटे तक कम कर सकते हैं।</p>		
2.4	<p>पानी में फ्री क्लोरीन की मात्रा का परीक्षण—</p> <p>हास्पिटल को 0.2 पीपीएम पर फ्री क्लोरीन की उपस्थिति के लिये परीक्षण करने की आवश्यकता है।</p>	<p>सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक</p>	

### 3. संदर्भ रिकॉर्ड:

पानी की टंकी की सफाई का रजिस्टर।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।