



Spitalul Orășenesc Baia de Aramă

Str. Iulian Predescu Nr. 12, Baia De Arama
spitalulbaidearama@gmail.com
0252.381.594



APROBAT MANAGER,



RAPORT ACTIVITATE CPIAAM LA NIVELUL SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ trimestrul IV 2025

1. SUPRAVEGHEREA INFECTIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

În trimestrul IV 2025 SPITALUL ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ și-a desfășurat activitatea în condiții corespunzătoare, fără evenimente deosebite din punct de vedere epidemiologic.

În trimestrul IV 2025 SPITALUL ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ au fost spitalizați 709 pacienți dintre care 487 pacienți în regim de spitalizare continuă și 222 pacienți în regim de spitalizare de zi.

Împreună cu medicii curanți a fost efectuat analiză foilor de observație ale pacienților internați și am depistat un număr de 0 IAAM.

Reglementările privind activitatea de supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale la nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ sunt stipulate în *PO-SPIAAM privind supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM)* care conține următorii indicatori de evaluare a eficienței/eficacității :

1. Nr.de IAAM raportate la DSP /nr IAAM depistate = 0 / 0
2. Nr.de accidente expunere la sânge în trimestrul IV 2025= 0
3. Rată de incidența a IAAM = 0/709 externati = 0%.
4. Număr accidente cu expunere la sânge la personal /număr accidente cu expunere la sânge raportate la DSP = 0/0

Indicatori de rezultat: *Rată de incidența a IAAM* depistate în cadrul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ = 1/875 externati

Concluzii : nu au fost identificate neconformități. Procedura se aplică corect. Procedura se menține.

La nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ au fost elaborate și implementate următoarele planuri în vederea prevenirii și limitării Infecțiilor asociate asistenței medicale :

1. Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.
2. Plan DDD - Program anual de curățenie, dezinsecție, deratizare.
3. Plan anual de gestionare a deșeurilor provenite din activitatea medicală.

4. Planul anual de autocontrol bacteriologic.
5. Harta punctelor de risc.
6. Program de monitorizare și control a sursei de apă.
7. Program de formare profesională a personalului medico-sanitar și auxiliar pentru prevenirea și limitarea IAAM.

Lunar sau cel trimestrial Compartimentul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (CPIAAM) analizează aplicarea corectă, în activitatea curentă, a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, aseptie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate și propune revizuirea lor, dacă e cazul, precum și măsuri de remediere a deficiențelor constatate.

2. EVALUAREA INCARCATURII MICROBIENE

Controlul microbiologic al mediului spitalicesc se realizează conform *Planului anual de prevenire, supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și Planul de autocontrol bacteriologic*, cu o frecvență stabilită în funcție de:

- zonele de risc;
- circulația germenilor în unitatea sanitară;
- rezultatele screening-ului pacienților;
- contextul epidemiologic.

Reglementările privind activitatea de control microbiologic al mediului spitalicesc la nivelul Spitalului **SPITALUL ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** sunt cuprinse în *protocolul privind efectuarea controlului bacteriologic*

Autocontrolul microbiologic este menționat și în *protocolul privind diminuarea riscului infecțios*, ca și metoda de diminuarea riscului infecțios.

Procedurile au fost elaborate cu scopul de a:

- descrie modalitatea de efectuare a controlului microbiologic.
- stabili modul de interpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinfecție la nivelul unității.

În trimestrul IV 2025 s-au practicat prin sondaj următoarele evaluări microbiologice efectuate conform programărilor din *Planul anual de autocontrol bacteriologic*:

Tip proba	Nr. probe recoltate	Nr. probe pozitive
Examinări condiții de mediu - aeromicroflora (AMF)	12	0
Teste suprafețe	11	0
Teste- tegumente	5	0
Teste-sterilitate	3	0

Rezultatele monitorizării epidemiologice sunt comunicate diferitelor sectoare prin buletine informative, procese verbale de aducere la cunoștință, în timpul formării profesionale sau prin rapoarte periodice.

Controlul aeromicroflorei este efectuat prin metoda sedimentării (m.Koch)

În urma rezultatelor testelor de autocontrol s-au constatat următoarele neconformități:

1. SUPRAFEȚE- Chirurgie Generală, sală operații- lampă scialitică - Prezent *Streptococcus Pneumoniae*

Constatări:

- Identificarea *Streptococcus pneumoniae* pe suprafața lămpii scialitice din sala de operații a Secției Chirurgie Generală reprezintă o neconformitate privind igiena suprafețelor critice. Prezența acestui germen patogen într-un spațiu destinat procedurilor chirurgicale indică deficiențe în protocolul de curățenie și dezinfecție și poate constitui un factor de risc semnificativ pentru transmiterea infecțiilor asociate actului operator.

Măsuri impuse:

1. Suprafețe – Bloc Operator / Chirurgie Generală

- Efectuarea curățeniei generale imediate și aplicarea dezinfecției terminale în sala de operații.
- Curățarea și dezinfecția lămpii scialitice cu dezinfectanți avizați cu spectru bactericid, respectând timpul de contact.
- Reevaluarea procedurilor de igienizare a suprafețelor critice.
- Instruirea personalului privind tehnicile corecte de dezinfecție.
- Supervizarea activităților de către CPIAAM.
- Limitarea accesului în sala afectată până la finalizarea măsurilor.

2. Măsuri complementare

- Aplicarea unei dezinfecții aeriene prin nebulizare.

3. Retestare

- Recoltarea probelor de autocontrol în maximum 72 ore.
- Reluarea activităților doar după rezultate conforme.

Ca urmare au fost îndepliniți indicatorii de evaluare procedurati :

Indicatori de evaluare a eficienței /eficacității PO-SPIAAM Efectuarea controlului bacteriologic:

1. Numar IAAM datorate nerespectării procedurii= 0.
2. Numar teste sanitație pozitive/ numar teste sanitație recoltate = 1/ 33
3. Numar teste aeromicroflora pozitive/ numar teste aeromicroflora recoltate = 0/12

Indicatori de evaluare a eficienței / eficacității PO-SPIAAM privind diminuarea riscului infecțios:

1. Numar IAAM datorate nerespectării procedurii = 0.
2. Numar de IAAM raportate la DSP/ nr. IAAM depistate= 0/0
3. Numar de accidente expunere la sange pe trimestru = 0

4. Numar teste aeromicroflora pozitive/ numar teste aeromicroflora recoltate = 0/12,
Concluzii : nu au fost identificate neconformitati. Procedurile se mentin.

3. ANALIZA PRIVIND CURATENIA, DEZINFECTIA

La nivelul SPITALULUI ORĂŞENESC BAIA DE ARAMĂ igienizarea si dezinfectarea spatiilor prin *PO-SPIAAM privind curatenia si dezinfectia*, *Protocolul curatenie si dezinfectie echipamente*, *Protocol de efectuare a curateniei si dezinfectiei*, *Protocol de efectuare a curateniei si dezinfectiei la nivelul diferitelor suprafete*, si *Procedura de reducere a riscului infectios*, ritmicitatea si modul de efecturare fiind continut si in *Planul anual de supraveghere si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale (IAAM)* si in *Planul anual DDD*. Toate aceste proceduri/protocoale au fost prelucrate personalului medical din cadrul spitalului

Spatiile spitalului sunt supuse igienizarii conform Planului DDD de catre agentul DDD.

In conformitate cu Planul anual IAAM si *Planul anual de autocontrol microbiologic* se recolteaza teste de sanatate (AMF, teste salubritate) in toate spatiile spitalului nostru. In trimestrul IV 2025 rezultatele testelor de sanatate recoltate au prezentat **1 neconformitati**.

Curatenia si dezinfectie se realizeaza conform Ordinului MS nr.1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curăţarea, dezinfectia şi sterilizarea în unităţile sanitare publice şi private, activităţile fiind consemnate zilnic in graficele de curatenie si dezinfectie afisate in fiecare spatiu al spitalului.

In cadrul spitalului nostru pentru efectuarea cat mai eficienta a operatiunilor de curatenie si dezinfectie curente si ciclice a fost implementat un cod de culori, personalul fiind instruit si verificat periodic pentru evaluarea gradului de intelegere, cunoasterea si aplicare a respectivelor proceduri.

Dezinfectia suprafetelor si instrumentarului se realizeaza cu dezinfectanzi TP2 inscrisi in Registrul National al Biocidelor, cu respectarea concentratiilor, timpilor de actiune si metoda de aplicare diferita in functie de suportul tratat, conform protocoalelor de lucru.

- procedura se mentine

4. ANALIZA PRIVIND STERILIZAREA

La nivelul SPITALULUI ORĂŞENESC BAIA DE ARAMĂ sterilizarea se realizeaza chimic (pentru materiale termosensibile care nu suporta autoclavarea) si prin autoclavare pentru instrumentarul medical reutilizabil.

Modalitatea de efectuare a sterilizarii, de evaluare a eficacitatii sterilizarii a fost formalizata in *PO SPIAAM - Managementul sterilizarii*

La analiza indicatorilor de evaluare am identificat:

1. Numar IAAM datorate nerespectarii procedurii = 0.

Concluzii :

- nu au fost identificate neconformitati.

- Procedura se mentine.

5. ANALIZA PRIVIND CIRCUITUL LENJERIEI

Modul de manipulare a lenjeriei este reglementat in *PO-SPIAAM, Gestionarea lenjeriei si efectelor pacientilor*, in *Protocol privind colectarea si manevrarea lenjeriei*, precum si in *PO-SPIAAM privind diminuarea riscului infectios*, proceduri prelucrate personalului din spitalul nostru, instruirea realizandu-se conform *Programului de formare profesionala a personalului medico-sanitar si auxiliar pentru prevenirea si limitarea IAAM*.

Controlul periodic al stării de sanitație a lenjeriei se realizează conform programării din Planul anual de autocontrol microbiologic.

La analiza indicatorilor de evaluare a eficienței/ eficacității am identificat

1. Numar IAAM datorate nerespectării procedurii = 0.
2. Numar teste autocontrol microbiologic neconforme lenjerie /numar total teste efectuate = 0/3
3. Numar IAAM datorate manipulării defectuoase a lenjeriei =0

Concluzii :

- nu au fost identificate neconformități; la controlul microbiologic al lenjeriei în trimestrul IV 2025, atât pentru lenjeria din depozitele de lenjerie curată cât și cea din saloane nu a fost identificate prezenta germenilor.
- procedura se menține

6. ANALIZA PRIVIND IGIENA MAINII

La nivelul **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** a fost elaborat *Programul anual de îmbunătățire a igienei mainilor* care este implementat de spital și care prevede planul de acțiune, responsabilități, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia . Ca și indicator de evaluare este reglementat:

- teste de sanitație maini personal pozitive/ teste de sanitație maini personal recoltate <1

Programul anual de îmbunătățire a igienei mainilor al SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ prevede instruirea personalului în funcție de specificul acestuia, instruirea realizându-se conform *Programului de formare profesională a personalului medico-sanitar și auxiliar pentru prevenirea și limitarea IAAM*

Programul anual de îmbunătățire a igienei mainilor implementat de **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** este evaluat și analizat periodic, igiena corectă a mainilor fiind considerată principala precauție standard și cea mai importantă metodă de prevenire și limitare a IAAM.

Igiena mainilor necesită respectarea unor aspecte care ar putea asigura continuitatea utilizării produselor și evitarea perioadelor în care acestea lipsesc. Facilitățile pentru igiena mainilor trebuie asigurate în mod necondiționat, la dispoziția utilizatorilor.

De asemenea, la nivelul **SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ** a fost elaborate și implementate *Protocolul -CPIAAM-Igiena mâinilor*.

La analiza indicatorilor de evaluare am identificat:

1. Nr. IAAM datorate nerespectării procedurii = 0
2. Nr. teste sanitație maini pozitive/nr.total teste sanitație maini = 0/6, deci s-a realizat indicatorul de evaluare din *Programul anual de îmbunătățire a igienei mainilor* și în *Protocolul-CPIAAM Igiena mainii*

Concluzii :

- nu au fost identificate neconformități.
- procedurile se mențin.

7. ACTIVITATEA DE PROTECȚIE SPECIFICĂ A PERSONALULUI ȘI DE SUPRAVEGHERE A CONTAMINĂRILOR ACCIDENTALE PROFESIONALE

În trimestrul IV 2025 nu au fost înregistrate/raportate accidente postexpunere profesională la nivelul spitalului nostru

Personalul medical , inclusiv noii angajați , este supus controlului medical periodic, conform legislației sanitare în vigoare.

La nivelul spitalului nostru a fost elaborată și implementată *PO-CPIAAM Interventia în caz de*

expunere a personalului la agenti contaminati precum si un Protocol de urgenta in caz de expunere accidentala la produse biologice. protocoale implemente in randul personalului spitalului nostru, persoana expusa accidental fiind instruita sa aplice imediat protocolul din "Ghid practic de management al expunerii accidentale la produse biologice"

Zilnic se efectueaza triajul epidemiologic al personalului medical la inceperea activitatii si este consemnat in evidentele existente la nivelul fiecarei sectii/compartiment.

La analiza indicatorilor de evaluare a eficientei/eficacitatii am identificat:

1. Nr. IAAM datorate nerespectarii procedurii = 0
2. Nr. de accidente expunere la sange pe trimestrul IV 2025 = 0

Concluzii :

- nu au fost identificate neconformitati.
- procedura se mentine.

8. ANALIZA APEI POTABILE:

- indicatorii de analiza a apei potabile au fost in limite normale.
- a fost respectat Planul/ Program de monitorizare si control a sursei de apa.
- spitalul este conectat la reseaua de apa potabila a orasului

9. ANALIZA ACTIVITATII DDD (DEZINFECTIE DEZINSECTIE DERATIZARE)

Realizarea activitatii DDD este trecuta in *PO-SPIAAM privind diminuarea riscului infectios.*

De asemenea, la nivelul spitalului exista un Plan anual DDD si un Plan anual IAAM care include si activitatea DDD, planuri respectate pentru trimestrul IV 2025.

Concluzii : nu au fost identificate neconformitati

10. ANALIZA ACTIVITATII DE GESTIONARE A DESEURILOR

La nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ activitatea de gestionare a deseurilor este reglementata prin *PO-SPIAAM Gestionarea deseurilor medicale precum si PO-SPIAAM Diminuarea riscului infectios, proceduri care au fost prelucrate personalului medical conform Programului de formare profesionala a personalului medico-sanitar si auxiliar pentru prevenirea si limitarea IAAM*

In trimestrul IV 2025 la nivelul la nivelul SPITALULUI ORĂȘENESC BAIA DE ARAMĂ au fost colectate si date spre neutralizare urmatoarele cantitati de deseuri:

PERIOADA	DES. TAIETOARE INTEP./INFECTIOASE (Kg) 18.01.01/18.01.03*	DESEURI ANATOMO - PATOLOGICE (KG) 18.01.02	DES. Med. Infectioase (kg) 18.01.03 •	DESEURI chimice PERICULOASE(litri) 18.01.06*	DESEURI CHIMICE NEPERICULOASE 18.01.07
Sem. IV 2025	50,343	3,385	320,92	36,76	5,71

La analiza *indicatorilor de evaluare a eficientei/eficacitatii* conform procedurii am identificat:

1. Nr. IAAM datorate nerespectării procedurii = 0
2. Nr. accidente expunere la sange pe an la personalul care manipuleaza deseuri = 0

Concluzii :

- nu au fost identificate neconformitati.
- procedura se mentine.

11. ACTIVITATEA DE EVALUARE SI INTOCMIRE A RAPORTULUI DE ACHIZITII PENTRU PREVENIREA IAAM :

S-au intocmit referate si s-au achizitionat (in cantitati satisfacatoare raportate la bugetul spitalului) echipamente de protectie, materiale sanitare si de curatenie, substantele de curatenie si dezinfectie necesare.

a) echipamente de protectie (masti, manusi, halate) : suficiente;

b) substante decontaminante

- materiale pentru igienizare: **suficiente** (sapun, bureti, detergent suprafete, detartrant, etc);
- substante clorigene: **suficiente**

c) substante dezinfectante : detergent dezinfectant pentru suprafete: suficient

12. MASURI

- au fost efectuate instructaje urmate de testari verbale ale personalului sanitar
- recomandari generale pentru imbunatatirea activitatii de supragerare si reducere a riscului infectios:
 - pastrarea ritmului de curatenie si dezinfectie conform ordinului 1761/2021 si consemnarea acestor activitati in graficele de curatenie si dezinfectie
 - respectarea codului de culori implementat in cadrul spitalului nostru pentru efectuarea cat mai eficienta a operatiunilor de curatenie si dezinfectie curente si ciclice
 - respectarea tuturor circuitelor existente
 - 1- circuitul bolnavului
 - 2- circuitul personalului medico-sanitar,
 - 3- circuitul vizitatorilor
 - 4- circuitul medicamentelor
 - 5- circuitul lenjeriei
 - 6- circuitul deseurilor
 - 7- circuitul alimentelor
 - 8 - instrumentar
 - efectuarea triajului epidemiologic zilnic si consemnarea in registrul de triaj epidemiologic
 - purtarea echipamentului de protectie conform Ord.M.S. ORD 1101/2016 ca parte din profilaxia primara AES si o atitudine corecta in caz de accident pentru diminuarea consecintelor
 - colectarea si trierea corespunzatoare a deseurilor medicale periculoase conform Ordinului M.S.nr 1226/2012.
- respectarea Planului de autocontrol bacteriologic
- recomandari specifice : nu a fost cazul, considerandu-se in urma analizelor efectuate ca personalul a respectat procedurile.
- sanctiuni aplicate : nu a fost cazul

Intocmit: CPIAAM
Dr. Boldea Ana-Maria
medic specialist epidemiolog