

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Talimatları	Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014
--	--	---

AMAÇ VE KAPSAM:

Hastane enfeksiyonu önleme ve kontrolünü, enfeksiyon kontrol komitesinin çalışma faaliyetlerinin tanımlanmasını kapsar.

TALİMATLAR:

Talimat No 1: Enfeksiyon Kontrol Komitesi Çalışma Talimatı

Talimat No 2: El Hijyeni Talimatı

Talimat No 3: İzolasyon Önlemleri Talimatı

Talimat No 4: İzolasyon Yöntemleri Talimatı

Talimat No 5: Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus (MRSA) Kontrolü için koruyucu Önlemler Talimatı

Talimat No 6: Vankomisine Dirençli Enterokoklar (VRE) Kontrolü için koruyucu Önlemler Talimatı

Talimat No 7: Çok İlaç Dirençli Gram Negatif Çomak (ÇİD GNÇ)'da Enfeksiyonları Önleme Talimatı

Talimat No 8 : Sterilizasyon / Dezenfeksiyon Talimatı

Talimat No 9 : Endoskopik Cihazların Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Talimatı

Talimat No 10: Cilt Antisepsisi Talimatı

Talimat No 11: Otoklav-Flash Programı Talimatı

Talimat No 12: Atık Yönetimi Talimatı

Talimat No 13: Hastane Temizliği Talimatı

Talimat No 14: Ameliyathane Temizliği Talimatı

Talimat No 15: Ameliyathane Temizlik Uygulama Talimatı

Talimat No 16: Ameliyathaneye Giriş Talimatı

Talimat No 17: Delici-Kesici Yaralanmalarda Korunma ve İzleme Talimatı

Talimat No 18: Kateter, Kateter Pansumanları, İnfüzyon Setleri ve Sıvılarının değiştirilme Sıklığı ile İlgili Talimat

Talimat No 19: Üriner Kateter Takılması ve Bakımı Talimatı

Talimat No 20: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı

Talimat No 21:Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı

Talimat No 22:Diyaliz Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Talimatı

Talimat No 23: Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önleme Talimatı

Talimat No 24: Pnömoni Önleme Talimatı

Talimat No 25: Trakeostomi Bakımı Talimatı

Talimat No 26: Dekübit Bakımı Talimatı

Talimat No 27: Kültür Alma Talimatı

Talimat No 28:Çamaşırhane Hizmeti Talimatı

Talimat No 29: Mutfak Temizliği, Yiyecek Hazırlanması, Saklanması ve Düzenlenmesi Talimatı

Talimat No 30 : Morg ve Postmortem Alanların Temizliği Talimatı

Talimat No 31 :Antibiyotik Uygulama Talimatı

Talimat No 32 : TPN Hazırlama Ve Dağıtma Talimatı

Talimat No 33: Yenidoğan Anne Sütü Saklama Talimatı

Talimat No 34: Yenidoğan Umbilikal Kateter Uygulama Talimatı

Talimat No 35: Yenidoğan Ventilatör Temizlik Bakım Talimatı

Talimat No 36: Yenidoğan Küvöz Kullanımı ve Temizlik Talimatı

Talimat No 37: Yenidoğan Endotrakeal Tüp Bakım Talimatı

Talimat No 38: Yenidoğan Oksijen Sistemi Talimatı

Talimat No 39: Yenidoğan Mama Hazırlığı Talimatı

Talimat No 40: Yenidoğan Biberon Temizliğı Talimatı

Talimat No 41:Yanık Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı

Talimat No 42: Yanık Ünitesi Havalandırma Sistemi Talimatı

Talimat No 43: Cerrahi Profilaktik Antibiyotik Kullanma Talimatı

Talimat No 44: Acil Serviste Enfeksiyon Kontrol Talimatı

Enfeksiyon Kontrol Komite Talimatları, 11.08.2005 tarihli 25903 no'lu "Yataklı tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğı" gereğince hazırlanmıştır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Çalışma Talimatı	Talimat No : 1 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	---	--

1. AMAÇ:

Hastane enfeksiyonlarını azaltmak, kabul edilebilir düzeylere indirmek ve bu düzeylerde sürekliliğini sağlamaktır.

2. KAPSAM

Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyelerini kapsar.

3. TANIMLAR:

Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK): Başhekim yardımcısı, Enfeksiyon hastalıkları uzmanı, Enfeksiyon kontrol hemşireleri, Mikrobiyoloji ve Klinik mikrobiyoloji uzmanı, Cerrahi tıp bilimleri ve Dahili tıp bilimleri temsilcisi, Başhemşire, Eczane sorumlusu ve Hastane müdürü.

4. UYGULAMA

1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) yılda en az 4 kez toplanarak daha önceden belirlenmiş gündem konularını tartışır ve ilgili konularda aldığı kararlar doğrultusunda çözüm önerileri geliştirir.
2. EKK adına günlük aktiviteleri yürütmekle Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi (EKH) sorumludur.
3. EKH her gün mikrobiyoloji laboratuvar sonuçlarını analiz ederek, yatan hastalara ait pozitif kültür sonuçlarını toplar.
4. EKH yatan hasta kliniklerine giderek hastaların sorumlu hekimi, hemşiresi ve hastanın kendisi ile görüşmeler yaparak ve hasta dosyalarını inceleyerek gerekli bilgileri edinir. Pozitif kültür verileri ile ilgili olarak sorumlu hemşire ve hekime ön rapor niteliğinde önerilerde bulunur. Görüşmeler ve dosya incelemelerinin ışığı altında enfeksiyon ile ilgili bulunabilecek verileri değerlendirir. Enfeksiyon Kontrol Uzmanı (EKU)'na bildirir.
5. EKH, Centers for Disease Control (CDC) kriterlerine göre hastane Enfeksiyonu tanısı konulan hastaları kaydeder. Bilgiler surveyans formuna kaydedilir ve formlar Enfeksiyon Kontrol Dosyasında saklanır. Enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve hastanın hekimi vakanın hastane enfeksiyonu olup olmadığına karar verir.
6. Risk taşıyan ve konsültasyon istenen bütün hastaların enfeksiyona predispozan faktör taşıyıp taşımadığını izler, bildirir.
7. Hastane enfeksiyon izlemi programı içerisinde, EKH ve EKU enfeksiyon gelişen hastaları izleme alır, EKH bu hastaları, hastane enfeksiyonu olarak surveyans formuna kaydeder. Hastane enfeksiyonu saptanan olgular taburcu olana veya tedavisi bitene kadar izlenir.
8. EKH, hastane enfeksiyonu tanısı konulan hasta çevresinde ve ilgili departmanda kaynak araştırması yaparak etkenin tespitine yönelik çalışmalar başlatır, verileri not eder.
9. EKH, yatan hasta kliniklerinin enfeksiyon kontrol programı çerçevesindeki prosedür ve talimatlara uyup uymadığını denetler. Verileri not eder ve dosyalar.
10. EKK sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini belirler. Dezenfektan seçimi ile ilgili standartları hazırlayarak, standartlara uygun kullanımı denetler.
11. Hastane çalışanları, atıkların uzaklaştırılması, izolasyon yöntemleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon, çevre sağlığı ve hijyenik koşullar ve temizlik ile ilgili prosedür ve

talimatların doğru işlenmesi yönünde EKH ve EKU'dan aldığı bilgi doğrultusunda hareket eder.

12. Hastane enfeksiyon oranları aylık, üç aylık ve yıllık olarak belirlenir ve kaydı tutulur.
13. EKH ve EKH hedef gruplar olan hastanenin tüm personeli için hizmet içi eğitim programlarını ilgili bölümlerle (Başhekimlik, Başhemşirelik, Hastane Müdürü, Temizlik şirketi sorumlusu ve Diyetisyen) birlikte hazırlar, eğitimi planlar, uygular ve değerlendirmeleri yaparak EKK dosyalarında muhafaza eder.
14. Sağlık çalışanlarının görev sırasında enfekte materyallerle olan yaralanmalarına ilişkin kayıtları tutarak, tedavi ve takipleri yapar.
15. Hastane personelinin Hepatit B serolojisi değerlendirilerek Hepatit B bağışıklığı olmayanlarda %100 bağışıklama oranına ulaşılması için gerekli aşılama çalışmaları gerçekleştirir.
16. Hastanedeki tıbbi ve diğer atıkların toplanması, muhafazası ve uygun bir biçimde hastaneden uzaklaştırılması işlemi EKH denetiminde **Atık yönetimi Talimatı**'na göre yapılır.
17. Hastanemizde kullanılan antibiyotiklerin kontrol ve uygulaması Antibiyotik Kontrol Komitesi'nin aldığı kararlar doğrultusunda uygulanır.
18. Hastane personeli (asistan, hemşire, temizlik çalışanı vb) için sürekli hizmet içi eğitim programı uygulanması ve programın devamlılığı sağlanır.
19. Hastane Enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve talimatların dökümanite edilerek gerekli yerlere dağıtımı ve görünür yerlere asılması sağlanmalıdır.
20. Hastanenin diğer çalışanları için eğitim programı hazırlanmalıdır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	El Hijyeni Talimatı	Talimat No : 2 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/3
--	----------------------------	--

1. AMAÇ

Sağlık hizmetiyle ilişkili infeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi için el hijyeninin sağlanması.

2. KAPSAM

Hastanedeki tüm çalışanları, hasta, hasta refakatçılarını ve ziyaretçileri kapsar.

3.TANIMLAR

Normal (sosyal) el yıkama

Ellerin sabun ve su ile yıkanmasıdır. Bu tip yıkama ile kirler ve geçici flora uzaklaştırılır, kalıcı flora etkilenmez.

El antisepsisi

Antiseptik çözeltiyle el yıkama veya alkollü el antiseptiği ile el ovalama.

Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama

Riskli durumlar için, (infekte hastalarla temastan sonra ve yoğun bakım ünitelerinde hasta ile temastan önce ve sonra) antiseptikler kullanılarak yapılan el temizliğidir. Kalıcı florayı etkilemekle birlikte esas amaç geçici floranın daha etkin ve kısa sürede ortadan kaldırılmasıdır.

Hijyenik el ovalama

Antiseptik solüsyonla veya çabuk etkili alkolik çözeltiler ile ellerin kuvvetlice ovuşturulması ile yapılan el temizliğidir.

Cerrahi el yıkama

Cerrahi personel tarafından operasyon öncesinde geçici florayı elimine etmek ve kalıcı florayı azaltmak üzere yapılan el yıkama veya el ovmayı tanımlar.

4. ELLER NE ZAMAN YIKANMALI;

1. Eller görünür kirli ise, proteinli bir materyal ile kontamine olduysa ya da kan veya diğer vücut sıvıları ile bulaşırsa antimikrobiyal bir sabun veya düz sabun ve su ile yıkanmalıdır.
2. Eller görünür biçimde bulaşık değilse tüm klinik durumlarda rutin dekontaminasyon işlemi için alkol bazlı bir solüsyon ile ovulur. Alternatif olarak antimikrobiyal sabun ve su ile yıkanabilir.
3. Hastayla direkt temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
4. Santral damar içi kateter yerleştirme işleminde eldiven giymeden önce eller yıkanmalıdır.
5. Üriner kateter veya periferik vasküler kateter yerleştirilmesi ya da cerrahi prosedür gerektirmeyen tüm işlemlerden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
6. Hastanın bütünlüğü bozulmamış derisi ile temas edildiğinde(nabız veya tansiyon alınması, hastanın kaldırılması vb) eller yıkanmalıdır.

7. Vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri ya da yara kapamaları ile temas edildiğinde eller yıkanmalıdır.
8. Hasta bakımı sırasında kirli bölgeden temiz bölgeye geçerken eller yıkanmalıdır.
9. Cansız yüzeylerle temastan hemen sonra (medikal gereçlerde dahil) eller yıkanmalıdır.
10. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
11. Yemek yemeden önce veya istirahat odasından çıkarken eller antimikrobiyal bir sabun ya da normal bir sabun ve su ile yıkanmalıdır.
12. Göreve başlamadan önce ve görevden ayrılırken eller mutlaka yıkanmalıdır.

5. UYGULAMA

Normal (sosyal) el yıkama

1. Eller su ile ıslatılır, sıvı sabun avuca alınır,
2. En az 30 sn süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovuşturulur,
3. Eller su ile iyice durulanır, durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten ele doğru akışı önlenir,
4. Kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır
5. Hasta temasları arasındaki tekrar yıkamalarda 15 sn süre yeterlidir.

Hijyenik el yıkama

1. Eller su ile ıslatılır, 3-5 ml antiseptik sabun avuca alınır.
2. Klorheksidin kullanılıyorsa 1 dk, povidon iyot kullanılırsa 2 dk süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovuşturulur.
3. Eller su ile iyice durulanır, durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten tekrar parmak ucuna akışı önlenir.
4. Eller kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır.

Hijyenik el ovalama

1. Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.
2. Alkol bazlı solüsyon 3-5 ml bir avuca alınır. İki el birleştirilerek tüm el yüzeyi ve parmaklara temas edecek şekilde 1 dk süre ile iyice ovuşturulur, kendi halinde kuruması beklenir.

Cerrahi el yıkama

1. Saat, yüzük ve bileklikler çıkarılır.
2. Antiseptikli (klorheksidin veya povidon iyot içeren) sabun alınır (5ml), el ve kollar ovuşturularak 3-5 dk süreyle yıkanır. Günün ilk uygulamasında ayrıca tırnak dipleri 30 sn süreyle fırçalanır (Antiseptikli sabun emdirilmiş tek kullanımlık sünger/fırçalar cerrahi el yıkama için uygundur). Ara yıkamalarda 2 dk süre yeterlidir.
3. Su dirseklerden aşağıya akıtılarak durulanır ve steril havluyla kurutulur.

Cerrahi el ovalama

1. Saat, yüzük ve bileklikler çıkarılır.
2. Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.

3. Alkol ile ellerin ovalanmasında ,15-25 ml alkol bazlı dezenfektan avuç içine alınır,eller ve kollar ovalanır. İşlem süresi günün ilk ameliyatı için 3 dk olmalıdır .Sonraki ameliyatlar için 1 dakikalık süre yeterlidir
4. Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Eldiven giymeden önce ellerin mutlaka kurulanması beklenmelidir.Çünkü alkol kurumadan eldiven giyilmesi deride çatlaklara neden olacaktır.

Tablo : Sosyal el yıkama, el antiseptisi, cerrahi el antiseptisi ve eldiven kullanımı

	El yıkama	El antiseptisi		Cerrahi el antiseptisi	Eldiven kullanımı
		Hijyenik el yıkama	Hijyenik el ovalama		
Klinik çalışmalara başlarken ve bitiminde	*		*		
Eller gözle görülür şekilde kirlendiğinde	*				
Bir hastadan diğerine geçerken	*	*	*		
Eller kan, dışkı, idrar ve diğer vücut sıvıları ile kontamine olduktan hemen sonra	*	*			
Ellerin kan, dışkı, idrar ve diğer vücut sıvıları ile yoğun kontaminasyon olasılığı öncesinde					**
İmmün sistem yetmezliği (YBÜ, nötropenik,yenidoğan) olan hastalara temastan önce		*	*		
Eller temiz görünse bile hastalara fiziksel temas sonrasında	*	*	*		
Elektif aseptik uygulamalardan önce ve sonra (küçük girişimler, pansuman, kan, BOS kültür örneği alma, invaziv girişimler vs)	*	*	*		**
Acil aseptik girişimlerden önce			*		**
Acil aseptik girişimlerden sonra			*		
Cerrahi operasyon öncesi				*	**
Yemekten ve yemek servisinden önce	*				
Tuvalete girmeden önce ve çıktıktan sonra	*				

* Her seçenek birbirinin alternatifidir, birini uygulamanız yeterlidir.

** Her hastanın klinik örneği bulaşıcı kabul edilmeli, örnek alırken ve çalışırken mutlaka eldiven kullanılmalıdır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	İzolasyon Önlemleri Talimatı	Talimat No : 3 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/7
--	-------------------------------------	--

1. AMAÇ

İnfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemektir.

2. KAPSAM

Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimleri ve bu birimlerde çalışanları kapsar.

STANDART ÖNLEMLER

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemleri kapsar. Hastanedeki tüm hastalara tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir.

1. Kan,
2. Tüm vücut sıvıları, sekresyonlar vb.
3. Bütünlüğü bozulmuş deri,
4. Mukoz membranlar için uygulanır.

3. UYGULAMA

1. Kontamine materyalle (kan, vücut sıvıları, bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoz membranlar, kontamine eşyalar...) temastan önce; eldiven, maske ve koruyucu önlük giyilir, damlacık oluşması ihtimalinde göz koruması (gözlük veya yüz siperi) yapılır. Ancak temiz eşyalara veya bir diğer hastaya dokunmadan önce eldiven çıkartılıp "el hijyeni talimatına" göre eller yıkanır
2. Kesici, delici, tek kullanımlı aletler kullanıldıktan sonra delinmeye dayanıklı uygun kaplara atılır. Yaralanmadan kaçınmak için iğneler yeniden kapatılmaz.
3. Eksüdatif deri lezyonu olan sağlık personeli iyileşene kadar doğrudan hasta bakımından uzaklaştırılır.
4. Kan veya kanlı sıvılar ile kirlenen çarşaf ve diğer materyal su geçirmeyen özel torbalar içinde uzaklaştırılır.
5. Tanımlanmış yada şüpheli kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar için hastalığa özgü önlemler yada diğer izolasyon önlemleri alınır.

SOLUNUM İZOLASYONU

Solunum yolu ile bulaşabileceği bilinen veya kuşku edilen bir hastalığı olanlar için bulaşı önlemek amacıyla standart önlemlerin yanı sıra alınan önlemlerdir.

ENDİKASYONLARI

Kızamık , su çiçeği, açık tüberküloz, SARS, kırım kongo, varisella

UYGULAMA

1. Solunum izolasyonu gerektiren bir durum saptanması veya şüphesinde hasta özel havalandırma sistemi (negatif basınç, saatte 6-12 hava değişimi, kirli havanın dışarı atılma veya yeniden sirküle edilmesi için HEPA filtreden geçirilmesi) olan tek kişilik odaya alınır, aynı enfeksiyonu olan hastalar aynı odada yatabilir, odanın kapısı kapalı tutulur
2. Hasta odasına giren herkes maske takar, duyarlı kişiler odaya sokulmaz

3. Hastanın nakledilmesi halinde hastaya maske taktırılır
4. Hasta taburcu olduktan sonra ikinci bir hastanın kabulü için (tüberküloz izolasyon odaları dışında) odanın havalandırılarak belli bir süre beklenmesi gerekmez.

DAMLACIK İZOLASYONU

Hasta yada taşıyıcılardan duyarlı konağa öksürme,hapşıрма yada konuşma sırasında bulaşmayı önlemek için standart önlemlere ek olarak alınan tedbirlerdir.

ENDİKASYONLARI

1. Haemophilus influenza tip b infeksiyonları (menenjit, pnömoni, epiglottit, sepsis)
2. İnvaziv Neisseria meningitidis infeksiyonları (menenjit, pnömoni, sepsis)
3. Damlacık yoluyla yayılan diğer solunum yolu infeksiyonları (difteri, boğmaca,veba)
4. Damlacık yoluyla bulaşan ciddi viral solunum yolu infeksiyonları (grip, kabakulak, kızamıkçık,
5. Parvovirus B 19 ve adenovirüs infeksiyonları)

UYGULAMA

1. Damlacık izolasyonu gerektiren bir durum saptanması veya şüphesinde hasta tek kişilik odaya alınır, aynı infeksiyonu olan hastalar aynı odada yatabilir, her iki seçenek de uygulanamıyorsa diğer hastalar arasında en az 1m mesafe bırakılacak şekilde yerleştirme yapılır.
2. Hastanın 1 m yakınına yaklaşması gereken herkes maske takar.
3. Hastanın nakledilmesi gerekli durumlarda hastaya cerrahi maske taktırılır.
4. Özel havalandırma gerekmez.
5. Odanın kapısı açık kalabilir.
6. Hasta çok gerekmedikçe odasının dışına çıkmamalıdır.Gerekli hallerde maske kullanılarak odası dışına çıkartılmalıdır.

TEMAS İZOLASYONU

İnfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek.

1-Hastanın Yerleştirilmesi

- Temas izolasyonu gereken hastalar tek kişilik odaya alınmalıdır.
- Bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile kolonize veya enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilmelidir.
- İzolasyon önlemleri gereken benzer tip hastalara aynı kişilerin bakması enfeksiyon kontrolü açısından uygun olacaktır.

2-Eldiven ve El Dezenfeksiyonu

- Temas izolasyonu uygulanan hastaların odasına girerken, hastayla yada hasta çevresindeki her türlü yüzeyle temas öncesinde temiz , steril olmayan eldiven giyilmelidir.
- Hastanın odasını terk etmeden hemen önce eldivenlerin çıkarılması ve ellerin dezenfekte edilmesi gerekir.
- Hasta bakımı sırasında yoğun kontaminasyona neden olabilecek işlemlerde (gaita ve enfekte bulaşlar gibi) eldivenler değiştirilmelidir.

3-Önlük

- Hasta ile veya odasındaki yüzeylerle temasın fazla olmasının beklendiği durumlarda, hastada idrar ve gaita inkontinansının olması, ileostomi, kolostomi veya açık drenajı olan hastaya bakım verirken temiz önlük giyilir.
- Önlük hasta odasını terk etmeden hemen önce çıkarılır.

4-Tıbbi Cihazlar

- Temas izolasyonu uygulanan hastalar için kullanılan her türlü tıbbi cihazın diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalı.
- Zorunlu ortak kullanım gerektiren aletler diğer hastalara kullanılmadan önce temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

5-Oda Temizliği

- İzolasyon uygulanan alanın tüm yüzeyleri her gün uygun dezenfektanlarla silinmelidir.
- Enfekte olan hastaların taburculuğunu takiben hasta odalarındaki tüm yüzeyler temizlenip, dezenfekte edilmelidir.

İZOLASYON ÜNİTELERİNDE STANDART TEMİZLİK PROSEDÜRLERİ VE ÖNERİLER		
Malzemeler	Standart Önlemler	Öneriler
Mobilya,yatak,hasta transfer araçları,serum askıları vb.	Deterjanlı su ile temizlenir ve kurulanır.Hızlı yer-yüzey sprej dezenfektanla veya %1 sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilir.	Çevre temizliği muhafaza edilir.
Şilteler/yastıklar	Yastıkların şilteleri daima plastik olmalı.Hasta aralarında ve gerektiğinde deterjanlı su ile temizlenir ve %1 sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilir.	Hastane politikası doğrultusunda yastığın ve şiltenin plastik kılıfı delindi ise değiştirilir .
Telefonlar	Deterjanlı su ile temizlenir ve kurulanır . %1 sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilir.	
Ventilatör, aspirasyon Malzemeleri, ambu ve maskeler	Yıkama makinelerinde yada elde deterjanlı su ile yıkanır ve kurutulur.%10 sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilir.Filtreler tek kullanımlık olmalı ve kullanım sonrası atılmalıdır.Maskeler tek hastaya kullanılır, kirlendiğinde	Her hastadan sonra maske değiştirilir. Kirlendikçe tüp ve filtreler değiştirilir. Hazırlanan sodyum hipoklorit solüsyonunda 15 dk bekletilir.
Oyuncaklar	Deterjanlı su ile temizlenir ve kurulanır.Direkt temasla yayılabilen(SARS,VRE..vs) bir hastalık varsa %1-2 hipoklorid solüsyonla ile dezenfekte edilir.	Direkt temasta yayılabilen bir hastalık varsa ve temizlenemiyorsa hasta taburcu olduktan sonra oyuncak atılır.
Zeminler	Deterjanlı su ve %1oranında hazırlanmış sodyum hipoklorid solüsyon ile silinir.	En az iki kere ve gerektiğinde sık temizlik.
Komod, oturulan yer ve kollukları	Deterjanlı su ile silinir, durulanır . %1 hipoklorid solüsyonla ile dezenfekte edilir.	Önce deterjanlı su ile temizlik sonra dezenfeksiyon ve kurulama yapılır.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>İzolasyon Yöntemleri Talimatı</p>	<p>Talimat No : 3 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014</p>
--	---	---

Kategori	Hastalık	Özel oda	Gömlek	Eldiven	Maske	El yıkama
Tam İzolasyon (Hem hava hem de temas yoluyla bulaşan hastalıklarda uyg.)	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	Gereklidir, oda kapısı kapalı tutulur.	Giyilmeli	Odaya girişte giyilir, işlem sonrası çıkarılır.	Odaya giren herkes N95 maskesi takar.	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Solunum İzolasyonu	Akciğer tüberkülozu su çiçeği, Kızamık, yaygın zoster, SARS	Gereklidir	Giyilmez	Giyilmez	Odaya giren herkes N95 maskesi takar.	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Sıkı Temas İzolasyonu	Vankomisin Dirençli Enterekok (VRE)	Gereklidir	Giyilmeli	Odaya girişte giyilir, işlem sonrası	Takılmaz	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Temas İzolasyonu	Kuduz, Bit, Uyuz Cilt Difterisi, Şarbon, Konjunktivit, İmpetigo, Pediküloz, çoklu antibiyotik dirençli MRSA, Acinetobac. P.aeruginosa vs bakteriler, Herpes simpleks, zoster	Gereklidir	Kontaminasyon olasılığı varsa giyilir.	Giyilir	Hasta ile yakın temasta olanlar takar.	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Damlacık İzolasyonu	Kabakulak, Adenovirüs Kızamıkçık, Boğmaca, N.meningitis, Veba, difteri, Parvo virus B19, H. İnfluenza, Meningokoksemini	Gereklidir	Yalnız kaba kontaminasyonu önlemek için giyilir	Giyilmez	Hasta öksürüyorsa takılır.	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Enterik İzolasyonu (Temas İzolasyon)	Kolera, Tifo, Amipli dizanteri, Rota virüs, Hepatit A, Çocuk felci Shigella türleri	Çocuk ve şuursuz hastalar için gereklidir	Kontaminasyon olasılığı varsa giyilir.	Giyilir	Gerekli değildir	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.
Kan / Vücut Sıvıları Önlemleri	Hepatit A, B ve C Sıtma, Sifiliz, AIDS	Gereklidir	Giyilmez	Giyilir	Gerekli değildir	İşlemler öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanır.

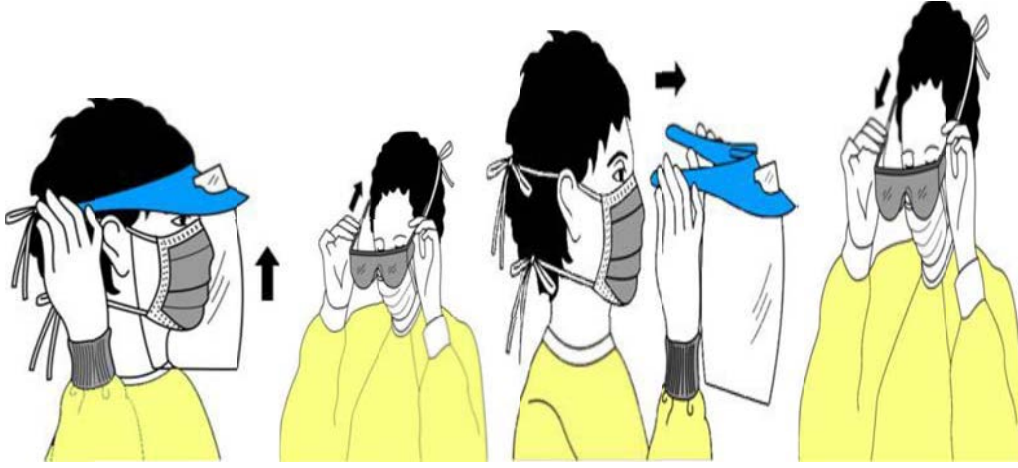
 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	İzolasyon Yöntemleri Talimatı	Talimat No : 3 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014
--	--------------------------------------	--



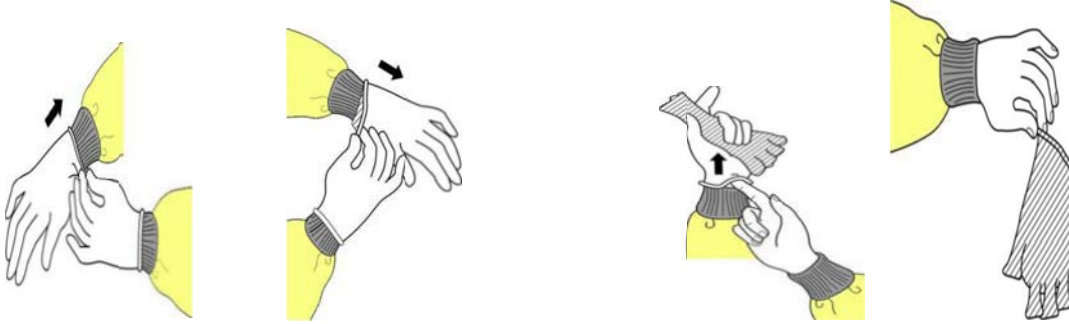
Şekil.1. Önlük Giyme ve Çıkarma Yöntemi



Şekil.2. Maske Giyme ve Çıkarma Yöntemi



Şekil.3. Gözlük - Yüz Koruyucu Giyme ve Çıkarma Yöntemi



Şekil.4. Eldiven Giyme ve Çıkarma Yöntemi

İZOLASYON UYGULANAN HASTA ODALARININ TEMİZLİĞİ

1. Sıkı temas izolasyonu uygulanan hasta odalarının yer, duvar, masa gibi yüzeyleri görünür kir olmayacak şekilde genel temizlik için üretilmiş olan EPA onaylı deterjan veya dezenfektanla temizlenmeli .
2. Kritik olmayan tıbbi malzemelerin yüzey temizliğini deterjan veya dezenfektan ile yapınız.
3. Hastaların kullanım alanı olmayan bölgelerde yüzeylerin su ve deterjan ile temizlenmesi yeterlidir.
4. Kapı kolu, karyola kenarları gibi sık dokunulan yüzeyleri ve hasta tuvaletleri çevresindeki alanlar, az dokunulan yerlere göre daha sık temizlenmelidir.
5. Paspas ve temizlik bezlerini kullandıktan sonra yıkayın ve tekrar kullanmadan önce kurummasını bekleyin.
6. VRE, MRSA, panrezistans P.aeruginosa gibi çoklu dirençli mikroorganizmaların bulunduğu hasta odalarının temizliğine ve dezenfeksiyonuna özel dikkat gösterilmelidir.
7. Dezenfeksiyon için Sodyum hipoklorid içerikli solüsyon (çamaşır suyu, klor tablet) veya EPA onaylı yüzey dezenfektanları kullanılır.
8. Hasta araç ve gereçleri mümkünse ayrı olmalıdır. Başka hastalara kullanılacaksa dezenfekte edilmeli ya da steril edilmelidir.
9. Solunum (damlacık) izolasyonu gereken hastaların çıkışını mümkün oldukça kısıtlayın ve hastaya zorunluluk halinde maske taktırınız.

10. Bu odalarda kullanılan temizlik malzemeleri başka bir alanda kullanılmaz.
11. Hastanın taburculuğunu takiben hasta odası, tuvalet ve banyo gibi tüm yüzeyler temizlenip dezenfekte(%10 lik çamaşır suyu veya klor tablet ile) edilir.

EL HİJYENİ

1. Eller antimikrobiyal madde içeren veya içermeyen sabun ve su ile yıkanmalıdır.
2. Üniteye alkol bazlı el antiseptikleri odaların girişine veya hasta başlarına kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilmeli.
3. **Eldivenler ne zaman kullanılmalıdır:** Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoz membranlar, bütünlüğü bozulmuş deri, kontamine olmuş eşya ve çevre yüzeylerine temasta ve invaziv girişimlerde infeksiyon geçiş riskini azaltmak amacıyla eldiven kullanılmalıdır.

 Firat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Metisiline Dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) Kontrolü İçin Koruyucu Önlemler Talimatı	Talimat No : 4 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	--	--

1. AMAÇ

MRSA enfeksiyonlarını önlemek için gerekli kontrol önlemlerini belirlemek, olası salgınları önlemektir.

2. KAPSAM

Hastanedeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

3. UYGULAMA

1. Personelin elleri esas yayılma yoludur. Bu nedenle kliniklerde çapraz enfeksiyonların önlenmesi gereklidir.
2. Enfekte hastalar ve muhtemel taşıyıcılar tek kişilik odaya alınır, tek kişilik oda yoksa yalnız yatırılabilir olduğu bir odaya alınır (eğer çok sayıda hasta varsa MRSA saptananlar aynı odada yatırılabilirler).
3. İzolasyon odasının havası dışarı verilmelidir.
4. Enfekte veya kolonize hastalara gün içinde aynı grup personelin hizmet vermesi.
5. Kişiyi özel tek kullanımlı derece, sürgü, ördek olmalıdır.
6. Hastaya kullanılan stetoskop, tansiyon aleti vs ayrı olmalı, eğer bu aletlerin dışarı çıkışı gerekiyorsa dezenfekte edilmelidir.
7. Kaynağın izolasyonu için el yıkama ve el dezenfeksiyonunun yapılması.
8. Hasta ve enfekte materyal ile temasta eldiven (steril olmayan) giyilir.
9. Hasta ya da çevresindeki eşyalar ile temas olacağına koruyucu önlük giyilir.
10. MRSA nazal taşıyıcısı olan sağlık personeli veya hasta maske kullanılması uygun olur.
11. Hastaya ait enfekte atıklar ayrı bir torbanın içerisine atılır.
12. Odanın temizliği dezenfektanlar (% 10 luk çamaşır suyu) ile her gün yaptırılır. Bu odada kullanılan temizlik malzemesi başka bir yerde kullanılmaz, yıkama makinesi kullanılacaksa işlem sonrası aletin yüzey fırçası değiştirilir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Vankomisine Dirençli Enterekokların (VRE) Kontrolü İçin Koruyucu Önlemler Talimatı	Talimat No : 6 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	---	--

1. AMAÇ

VRE enfeksiyonlarını önlemek için gerekli kontrol önlemlerini belirlemek, olası salgınları önlemektir

2. KAPSAM


Hastanedeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar

1. VRE'nin hastaneden eradikasyonu, VRE enfeksiyonu ya da kolonizasyonu birkaç hasta ya da bir servisle sınırlı kaldığında daha kolaydır.
2. VRE bir serviste endemik olduğunda ya da birden çok servise yayıldığında ise eradikasyon daha pahalı ve zor olur.
3. VRE'nin yayılmasını sınırlandırmak için agresif enfeksiyon kontrol önlemleri ve hastane personelinin uyumu gerekir.
4. VRE'nin kontrolü, kurum boyutunda yaygın işbirliği gerektiren multidisipliner bir çaba gerektirir.

3. UYGULAMA

1. Rutin veya başka amaçlı kültürlerde VRE (vankomisine dirençli enterekok) üremesi durumunda, Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi haberdar edilmesi zorunludur.
2. VRE saptanması yada şüphelenilmesi durumunda sıkı temas izolasyonu uygulanır. Hasta tek kişilik odaya alınır, tek kişilik oda yoksa yalnız yatırılabilceği bir odaya alınır (eğer çok sayıda hasta varsa VRE saptananlar aynı odada yatabilir). Kolonize çocuk hastaların ortak kullanım alanlarına (oyun odası,...gibi) girişi engellenmelidir.
3. Odaya hastaya özel steteskop, tansiyon aleti, termometre vs. malzemeler sağlanır, eğer bu malzemelerin / aletlerin dışarı çıkışı gerekiyorsa dezenfekte edilir.
4. Odaya girişte, hastaya yakın temasta önlük giyilir ve önlüğün odada kalması sağlanır.
5. Hasta odasına giriş ve çıkışta eller alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte edilir.
6. Hasta ve enfekte materyal ile temasta eldiven (steril olmayan) giyilir, eldiven odadan çıkmadan çıkartılır ve eller uygun bir şekilde yıkanır.


- 7.** Hasta yatak takımları, yıkamaya gönderilecek kumaş materyal özel bir torbada toplanır, çamaşırhane (eşyaların yüksek derecede yıkanması konusunda) uyarılır.
- 8.** Hastanın çıkartıları, çöpleri enfekte atık torbasında toplanır, atık merkezine çift torba ile gönderilir.
- 9.** Çok gerekli olmadıkça hastanın odadan çıkması engellenmeli. Hasta başka bir bölüme/servise gönderilecekse mutlaka izolasyon kurallarına nakil sürecinde de uyum gösterilir, serviste yatak takımları ve hasta giysileri değiştirilir, varsa mevcut lezyonların üstü kapatılır, hasta ile giden kişilere önlük giydirilir ve ilgili servis / kurum uyarılır.
- 11.** Odanın temizliği dezenfektanlar (% 10 luk çamaşır suyu) ile her gün yaptırılır. Hasta tuvaleti, kullanım sonrası dezenfekte edilir. Bu odada kullanılan temizlik malzemesi başka bir yerde kullanılmaz, yerler yüzey yıkama makinesi ile temizleniyorsa işlem sonrası aletin yüzey fırçası değiştirilir.
- 12.** VRE üremiş olan hastalardan komitenin belirleyeceği sıklıkta kontrol kültürleri alınır. HEKK gerekli görürse tüm hastalar ve personelden tarama kültürleri yapılabilir.
- 13.** Temas önlemlerinin sonlandırılması için haftada bir olmak üzere peş peşe yapılan üç rektal sürüntü kültürünün negatif çıkması gerekir.
- 14.** Kolonize iken hastaneden taburcu edilip evine gönderilen hastalar yeniden hastaneye başvurma ihtimaline karşı ellerine verilecek uygun bir yazı ile başvuracağı sağlık kurumu uyarılmalıdır.
- 15.** VRE ile enfekte yada kolonize hasta taburcu edilerek bakımevine, başka bir hastaneye gönderilmesi planlandığında, hastanın gideceği birim VRE izolasyon önlemleri açısından uyarılmalıdır.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>Çok İlaç Dirençli Gram Negatif Çomak Enfeksiyonları Önleme Talimatı</p>	<p>Talimat No : 7 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1</p>
--	---	---

A- AMAÇ : Çoğul dirençli bakteri enfeksiyonlarını önlemek için gerekli kontrol önlemlerini belirlemek, olası salgınları önlemektir.

B- KAPSAM : Hastanedeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

1. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz "GSBL" yapan E.coli,K.pneumoniae,K.oxytoca ; indüklenebilir beta-laktamaz "İBL" yapan Enterobakter spp.,Serratia spp.;karbapenem direçli Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobakter spp.
2. İzolasyonu gereken hastalar, tek kişilik odalara yerleştirilir. Bu mümkün olmuyorsa aynı mikroorganizma ile kolonize veya infekte olan hastaların aynı odaya yerleştirilmesi önerilir.
3. Hasta bakımı sırasında çapraz geçişi önlemek için tek kullanımlık malzeme kullanılmalıdır.
4. Hasta çıkartıları (solunum sekresyonları, dışkı vb.) ile yüzeylerin kontaminasyonunu en aza indirebilmek için hasta yakını ve ziyaretçileri el hijyeninin önemi konusunda uyarılmalıdır.
5. Çalışan personelin el hijyeni için antiseptik madde içeren sabun veya alkol bazlı el dezenfektanı kullanılmalıdır.
6. Çevre yüzeylerini ve tıbbi malzemeyi temel kurallara uygun olarak ve EPA onaylı dezenfektanları üretici firmanın talimatlarına göre kullanarak temizliği yapılmalıdır.
7. Hasta odasının kapısı kapalı tutulmalıdır.
8. Hasta odasına girerken, temiz steril olmayan önlük giyilmeli, hastanın odasını terk etmeden önce önlük çıkartılmalıdır.
9. İzolasyon uygulanan hastalar için kullanılan her türlü tıbbi cihazın (tansiyon aleti, termometre vb.) diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalı, ortak kullanım gerekiyorsa diğer hastalara kullanmadan önce temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
10. Kan veya kanlı sıvılar ile kirlenen çarşafklar ve diğer materyal özel torbalar içinde ortamdan uzaklaştırılmalıdır.
11. Delici ve kesici aletlerle yaralanmaya karşı korunulmalıdır. İğneler kullanıldıktan sonra kılıfına geçirilmeden delinmeye dirençli kapların (plastik vidon) içine atılmalıdır.
12. Odalar uygun dezenfektan (% 10'luk çamaşır suyu) ile dezenfekte edilmelidir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Sterilizasyon/Dezenfeksiyon Talimatı	Talimat No : 8 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/9
--	---	--

1. AMAÇ

Hastane genelindeki sterilizasyon/dezenfeksiyon uygulamaları için sterilizasyon yöntemlerini, dezenfektan seçimi ve dezenfektanların kullanım ilkelerini belirlemektir.

2. KAPSAM

Hastanedeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

3. TANIMLAR

TEMİZLİK : Kir ve organik artıkların fiziksel olarak uzaklaştırılması.

STERİLİZASYON : Cansız maddeler üzerinde bulunan canlı organizmaların sporlar dahil öldürülmesidir.

DEZENFEKSİYON : Sporlu bakteriler dışındaki mikroorganizmaların cansız ortamdan elimine edilmesi.

Yüksek seviye dezenfeksiyon : Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonu.

Orta seviye dezenfeksiyon :Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatif bakterilerle,virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesi.

Düşük seviye dezenfeksiyon :Tüberküloz etkenleri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmaları inaktive edebilen dezenfeksiyon seviyesi.

Dekontaminasyon : Kontamine malzemenin temizlik, dezenfeksiyon veya sterilizasyon ile kullanıma elverişli hale getirilmesi.

Germisit : Mikrororganizmaları tahrip eden herhangi bir madde (dezenfektan, antiseptik, sanitizer)

Dezenfektan : Cansız ortamda mikroorganizmaları inaktive etmek için kullanılan maddeler

Antiseptik : Canlı üzerinde kullanılabilen germisitler

Sanitizer : Başlıca gıda ve içeceklerle ilgili malzemelerde kullanılan dezenfektanlar

Aşağıdaki tabloda hastanede kullanılan medikal aletlere göre yapılacak sterilizasyon ve dezenfeksiyon gereklilikleri sunulmuştur

Sınıflama	Tanım	Yöntemler	Sterilizasyon/dezenfeksiyon önerisi
Kritik aletler	Steril dokulara temas eden veya vasküler sisteme giren aletler (cerrahi aletler,kateterler, implantlar,bazı endoskop ve laparoskoplar vb girmektedir.)	Hidrojen peroksit gaz plazma sterilizasyonu ,etilen oksit, basınçlı buhar ile sterilizasyon	Mutlaka steril olmalıdır.
Yarı – kritik aletler	Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden aletler girer(solunum ekipmanları,anestezi için kullanılan aletler, gastroenterolojik endoskoplar, larengoskoplar, bronkoskoplar ,nasal ve vajinal spekulum , vajinal probalar,nebulizer kaplar vb.)	Gluteraldehid %2 Ortofitalaldehit %0.5 Hidrojen Peroksit %7.5 Perasetik asit %0.2 Hipoklorid 10000 ppm	Sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerektirir
Kritik olmayan aletler	Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile temas eden araç gereçler (çarşafklar, tansiyon aleti kılıfı, stetoskop,yatak başlıkları sürgü vb..)	%50 den az etil ve izopropil alkol, serbest klor içeren sodyum hipoklorit	Orta veya düşük düzeyde dezenfeksiyon

Dezenfeksiyon düzeylerine göre kimyasal dezenfektanlar

	Dezenfektan-konsantrasyon
Yüksek düzey dezenfeksiyonu	Gluteraldehid %2 Ortoftalaldehit %05 Hidrojen Peroksit %7.5 Perasetik asit %0.2 Hipoklorid 10000 ppm
Orta düzey dezenfeksiyonu	Etil-izopropil alkol %70 İyot 50-150 ppm Hipoklorid 1000-5000 ppm
Düşük düzey dezenfeksiyonu	Hipoklorid 50-500 ppm Quarterne amonyum bileşikler %0.5-2

A. Elle Dekontaminasyon:

1. Aletler (tel sepetler) içinde akan soğuk su altında kaba kiri akıtılır.
2. Enzimatik içeren dezenfektana yerleştirilir, enzimatik kullanım talimatına uygun sürede bekletilir.
3. Tüm kir organik atıklar fırçalanarak yıkanır, lümenli aletler basınçlı su ile temizlenir.
4. Enzimatikten çıkarılan aletler akan su ile durulanır ve kurulanır.

B. Paketleme:

1. Paketlenecek alet ve malzemeler temiz ve kuru olmalı ve aletlerin çalıştığı kontrol edilmelidir.
2. Buhar sterilizatörde steril edilecek bohça ağırlığı 5.5 kg ve bohça ebatları 30x30x50 cm boyutlarından daha büyük olmamalıdır.
3. Sterilizatöre girecek her paket üzerinde maruziyet bandı olacaktır.
4. Sterilizatöre girecek her paket üzerinde sterilizasyon tarihi, paketin içeriği (ör: cerrahi set 1), hazırlayan kişinin adı-soyadı ve yükleme numarası maruziyet bandına yazılacaktır.
5. Sterilizasyon poşetlerinde sterilizasyon tarihi, paket içeriği, kişinin isminin baş harfleri ve yükleme numarası poşetin ısı ile kapatılan kısmının üst dış kısmına yazılacaktır.
6. Her paket içine kimyasal indikatör konulmalıdır.
7. Paketlenmiş alet setinin ağırlığı 11 kg'ı geçmemelidir.
8. Cerrahi aletler tek dış olarak kilitlenmelidir.
9. Taslar iç içe konacaksa arasına havlu yerleştirilmelidir.
10. Keten veya pamuklu havlu tek katlı veya tamamen açılmış olarak tepsi tabanına yerleştirilir.
11. Tepsiden taşan havlu aletlerin üzerine katlanır

Paketleme yöntemleri:

Zarf Yöntemi:

1. Masa üzerine çift katlı 2 bez bohça veya 1 bohçanın üzerine medikal paketleme kağıdı veya çift medikal kağıt serilir.
2. Alet seti ortaya köşeli olarak yerleştirilir.
3. Önce geniş taraftaki köşe alet setinin üzerine çevrilir ve uç kısmı kolay açılabilmesi için geriye kıvrılır.
4. Sağ ve sol köşe uçları geriye kıvrılarak paketlenecek malzemenin üzerine katlanır.
5. Son olarak diğer geniş taraf malzemenin üzerine katlanır. uç paketin içiden geçebilecek şekilde sıkıştırılır.
6. İkinci kat örtüde aynı yöntemle kapatılır ve bantlanır.

Dikdörtgen Yöntemi:

1. Masa üzerine çift katlı 2 bez bohça veya 1 bohçanın üzerine medikal paketleme kağıdı veya çift medikal kağıt serilir.
2. Malzeme kenarlara paralel olarak yerleştirilir.
3. Önce geniş taraf malzemenin üzerine katlanır, bir kısım geri çevrilir.
4. Diğer geniş taraf aynı şekilde üzerine katlanır.
5. Sağ ve sol taraf aynı tarzda sırayla katlanır.
6. İkinci kat örtüde aynı yöntemle kapatılır ve bantlanır.

Kağıt/Plastik Poşetlerle Paketleme Yöntemi:

1. Paketlenecek malzemeye uygun büyüklükte kağıt/plastik poşet seçilir.
2. Makine yardımıyla kağıdın bir tarafı yapıştırılarak malzeme içine yerleştirilir, daha sonra diğer taraf yapıştırılır.
3. Paket ağırsa veya birden fazla alet paketlenecekse çift kat paketleme yapılır.
4. Çift kat paketlemede içteki paketin bir tarafı kapatılır, diğer tarafı şeffaf kısma doğru kıvrılır. Paket yapılan aletin özelliğinin kapatılmamasına dikkat edilir.
5. Üst paketi yaparken içteki paketin açık olan kısmının paketin açma yönüne gelmesine dikkat edilmelidir.

6. Paketin ısı ile yapışan bölümün dış kısmına tarih yazılır. Paket üzerine direkt olarak yazı yazılmaz.
7. Barkotlar ve etiketler kağıt kısmına değil poşet kısmına yapıştırılır.

B. Buhar Sterilizatörü Yükleme Prensipleri ve Kullanımı:

1. Dokuma ve büyük paketler alttaki rafa, küçük paketler üstteki rafa yerleştirilir.
2. Kağıt kağıda, plastik plastik yüze karşılık gelecek şekilde yerleştirilir.
3. Paketler sıkışık yerleştirilmez.
4. Bohçalar dikey/eğik pozisyonda yüklenir.
5. Alet tepsileri alt rafa yatay yerleştirilir. Yatay konulması gerekiyorsa steril edilecek setin buhar geçişine izin verecek tel sepetler olmalıdır.
6. Bohçaları aralarında boşluk olmalı, sterilizatörün duvarıyla arasında 5-10 cm'lik boşluk olmalıdır.
7. Kazan hacminin en fazla %70'i doldurulmalıdır.
8. Buhar sterilizatör cihazlarının temizliği üretici firmanın önerisine göre yapılır.
9. Günün ilk döngüsünde kontrol bohçasında maruziyet bandı, kimyasal indikatör, biyolojik indikatör ve etiket bulunur.
10. Müteakip yüklerde implant içeren setler (protez setleri, damar greftleri vb.) varsa her yükte biyolojik indikatör bulunmalıdır.
11. Protez içermeyen yüklerde sadece kimyasal indikatör bulunmalıdır.

C. Etilenoksit Sterilizatörü Yükleme Prensipleri ve Kullanımı:

1. Paketler sepetin içine dik olarak yerleştiriliyorsa birbirine paralel olarak, plastik yüzeyler kağıt yüzeye gelecek şekilde yerleştirilir.
2. Alet tepsileri alt yatay yerleştirilir.
3. Paketlerin düz konulması gerekiyorsa kağıt kısım tabana gelecek şekilde yerleştirilir.
4. Malzeme sepeti ile sterilizatörün arasında boşluk olmasına ve paketlerin iç çembere değmemesine dikkat edilir.
5. Kazan hacminin en fazla %70'i doldurulmalıdır.
6. Sterilizasyon işlemi bitip havalandırma süreci dolunca sterilizatörün kapısının arkasına geçilerek kapı aralanır ve odadan çıkılır.

D. Sterilizasyon Kontrolü:

1. Döngüsünü tamamlayan paketler sterilizatörden çıktıktan sonra kontrol bohçası kontrol edilerek gerekli bilgiler formlara kaydedilir.
2. Kimyasal indikatörde renk değişikliği olmaması halinde yük yeniden en baştan işleme alınmalıdır.
3. Biyolojik indikatörler ayrı bir paket veya bohça içerisine konularak, sterilizatörün kapak, köşe ve vakum çıkışları gibi sterilizasyon işleminin en zor gerçekleşeceği düşünülen bölgelerine yerleştirilir.
4. Biyolojik indikatör kontrol edilerek etiketi forma yapıştırılır.
5. Biyolojik indikatör sonuçlarının pozitif olması halinde;
 - Hangi sterilizatörün çevriminde üreme olduysa, o sterilizatör kullanım dışı bırakılır. Arıza formu doldurulur.
 - Üretici firma tarafından kontrolleri yapılır.
 - Bakımın yapıldığı ve arızanın giderildiği saat ve tarih deftere kaydedilir
 - Bakım ve kontrolleri yapılan cihaz testleri tekrarlanır. Üreme olmaması durumunda tekrar kullanıma sokulur.
 - Hangi sterilizatörün çevriminde üreme olduysa o sterilizatörde steril edilmiş malzemeler toplanır, paketler açılır. Kirli malzemelerde olduğu gibi en baştan işleme alınır.
 - Biyolojik indikatör sonuçlarının pozitif olduğu malzeme veya aletler kullanıldıysa hasta enfeksiyon kontrol komitesi tarafından takibe alınır.

Alet İsmi	Sınıfı	Dezenfeksiyon Yöntemi	Uygulama	Uygulama	Değiştirme
Endotrakeal tüp	Kritik	Tek kullanımlık veya Etilen oksit	Tek kullanımlık veya Etilen Oksit ile sterilizasyonu sağlanır.		Her kullanım sonrası
Cerrahi Endoskopik Aletler(laparoskop, artroskop,bronkoskop endoskopik sinüs aletleri vb.)	Kritik	Kimyasal Dezenfeksiyon	Kaba kirleri alınıp yıkandıktan sonra depoda bulunan yüksek düzey alet dezenfektan solüsyonunda beklet,sonra steril su ile durulama ve kurulama.	Firma önerisi	Her kullanım sonrası
EMG iğneleri LP iğneleri	Kritik	Etilen Oksit	Kaba kirleri alınıp yıkandıktan sonra		Her kullanım sonrası
Anjio kateterler	Kritik	Etilen Oksit	Tek kullanımlık olmalıdır.Olmadığı durumlarda kaba kirleri alındıktan sonra E.O te gönderilmelidir.		Her kullanım sonrası

Cerrahi metal aletleri	Kritik	Nemli ısı (Otoklav)	Kaba kirleri alındıktan sonra		Her kullanım sonrası
Laringoskop, Larinks aynası (laringoskopun bleyt kısmı)	Yarı kiritik	Kimyasal dezenfeksiyon	Kaba kirleri alınıp yıkandıktan sonra depoda bulunan yüksek düzey alet dezenfektan (YDAD), solüsyonunda beklet, sonra temiz ile durulama ve kurulama.	Firma önerisi	Her kullanım sonrası (kullanılmadığı zamanlarda 2 haftada bir)
Anestezi solunum hortumu	Yarı kritik	Etilen Oksit	Kaba kirleri alındıktan sonra		Her kullanım sonrası
Aspiratör hortumu	Yarı kritik	EO + Kimyasal dezenfektan	Kaba kirleri alındıktan sonra		Her kullanım sonrası
Kolonoskop ve Endoskopik aletler	Yarı kritik	Kimyasal dezenfeksiyon	Kaba kirleri alındıktan sonra Kullanım öncesi YDAD solüsyonunda beklet, sonra durula ve kurut.	Firma önerisi	Her kullanım sonrası
Buhar aleti hortumu ve nebilizatörler	Yarı kiritik	E.O veya kimyasal dezenfeksiyon	Kaba kirleri alındıktan sonra 1/10 luk çamaşır suyu sonra bol su ile durulanmalıdır.	30dk	Her kullanım sonrası
Buşon küretleri, Burun süpekülümü	Yarı kritik	Kimyasal dezenfeksiyon	YDAD'ını veya 1/30'luk savlon içerisinde (965ml su 35ml savleks)	20 dk	Her kullanım sonrası
Oksijen manometresi ve maskesi Ambu	Yarı kritik	Kimyasal dezenfeksiyon	Kaba kiri alındıktan sonra 1/10 luk çamaşır suyu Ambu: 1/10 luk çamaşır suyu veya hızlı yer-yüzey püskürtme dezenfektan ile sil	30dk	24saat(kullanılmadığı zamanlarda haftada bir dezenfekte edilmelidir) Kuru saklanmalıdır.
Kadın doğum muayene aletleri (spekülüm, histometre, karmen kanülü ve enjektörü)	Yarı kritik	Nemli ısı veya kimyasal dezenfeksiyon	Ön temizliği yapıldıktan sonra (karmen kanülü otoklava verilmemiş ise)Yüksek düzey alet dezenfektanı tercih edilmelidir.	Firma önerisi	Her kullanım sonrası
<u>Aspiratör kavonozu</u>	<u>Kritik olmayan</u>	<u>Kimyasal dezenfeksiyon</u>	<u>1/10'luk çamaşır suyu içe risinde(kaba kirleri alındıktan sonra)</u>	<u>30dk</u>	<u>24 saatte</u>
Böbrek küvetler Ördek, sürgü, kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler	<u>Kritik olmayan</u>	<u>Kimyasal dezenfeksiyon</u>	Kaba kirleri alındıktan sonra 1/10'luk çamaşır suyu	30dk	24 saatte bir (kişiye özel ise)

İlaç kadehleri ve termometreler	Kritik olmayan	Kimyasal dezenfeksiyon	Termometreler kişiye özel olmalıdır. Alkollü pamuk ile silinip kabında kuru saklanmalıdır. Hasta taburcu olduğunda aşağıdaki uygulama geçerli. Ortak kullanılıyorsa 1/100'lük ÇS içerisinde bekletilir. Daha sonra durulanmalıdır. İlaç kadehleri içinde bu uygulama geçerli.	30dk	Ortak kullanımda dezenfeksiyon sonrası derecenin ¾ nü kapsayacak oranda 100cc alkol 0.5cc povidon iyot solüsyonu ilaç kadehleri 24 saatte bir
Tansiyon aleti manşonu	Kritik olmayan	Kimyasal	1/100 çamaşır suyu veya Hızlı yüzey püskürtme dezenfektan	ÇŞ:30 dk	Haftada bir
Steteskop	Kritik olmayan	Kimyasal dezenfeksiyon	1/100'lük çamaşır suyu veya Hızlı yüzey püskürtme dezenfektan ile silinmeli, %70 alkol		Her kullanım sonrası
EKG aleti paraları	Kritik olmayan	Kimyasal dezenfeksiyon	1/100'lük çamaşır suyu	30dk	24 saatte bir
Pansuman arabaları	Kritik olmayan	Kimyasal dezenfeksiyon	1/100 lük çamaşır suyu ile silinmelidir.		Her kullanım sonrası.
Biberonlar	Kritik olmayan	Kimyasal dezenfeksiyon	Kaba kirleri alındıktan sonra kaynatılır veya çamaşır suyu ile hazırlanmış solüsyonda bekletilir.	60 dk	Her kullanım sonrası

ÇŞ: Çamaşır suyu

YDAD: Yüksek düzey alet dezenfektanı

Kritik: Vücudun steril boşluklarına temas eden aletler

Yarı kritik: Steril olmayan ancak mukoz membranlarla temas eden aletler

Kritik Olmayan: Vücudun sağlam dokularıyla temas eden aletler


Dezenfektanların kullanımında dikkat edilmesi gereken kurallar:

1. Yüksek düzey alet dezenfektanı olarak kullanılan kimyasal solüsyon içerisinden çıkarılan tüm malzemeler mutlaka serum fizyolojik veya distile su ile durulanıp kurutulmalıdır
2. Sporid etkili isteniyorsa aletler solüsyon içerisinde firma önerisinin süresi kadar bekletilmelidir.
3. Dezenfektanlar kullanılmadan hemen önce sulandırılmalıdır. (Yüksek düzey dezenfektan hariç)
4. Düşük düzey ve orta düzey dezenfektan solüsyonları günlük hazırlanmalıdır.
5. Dezenfektan eksildikçe üzerine ilave yapılmamalıdır.
6. Dezenfektanların etki süresi iyi bilinmelidir.
7. Dezenfekte edilecek madde önce kaba kirlerinden arındırılmalı ve ayrılabilen parçalarından ayrılmalıdır.

8. Nesne tamamen solüsyona batırılmalıdır.
9. Çamaşır suyu günlük yüzey temizliği için 1/100 oranında sulandırılmalıdır
10. Yoğun kontaminasyonda çamaşır suyu 1/10 oranında sulandırılmalıdır.
11. Çamaşır suyu başka temizlik ürünleriyle karıştırılmamalıdır.

Steril malzemenin bekleme süresi	Kapalı bir kaptaki	Açıkta
Tek katlı bezle sarılmış ise	1 hafta	2 gün
Tek katlı kâğıda sarılmış ise	1 hafta	2 gün
Çift katlı bezle sarılmış ise	7 hafta	3 hafta

Not: Bu süreyi aşınca tekrar steril edilmelidir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Endoskopik Cihazların Dezenfeksiyonu/Sterilizasyonu Talimatı	Talimat No : 9 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	---	--

1. AMAÇ

Endoskopik girişimlerde infeksiyon riskini önlemek ve endoskopik cihazların uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemini belirlemek

2. KAPSAM

Sindirim sistemi endoskopik cihazları, ERCP, bronkoskopi, artroskopi ve sistoskopi uygulamaları yapan tüm birimleri ve o birimde çalışanları kapsar.

3. TEMEL İLKELER

1. Endoskoplar kullanım sonrası hemen bulundukları yerde dekontamine edilir ve tüm ayrılabilir parçaları sökülür.
2. Endoskopların ısıya dayanıklı bölümleri dekontamine edildikten sonra otoklavda steril edilir
3. Steril dokularla temas eden endoskop aksesuarları (biopsi forsepsleri, sitoloji fırçaları, skleroterapi iğneleri, elektrokoter problemleri vb) steril edilmeli veya tek kullanımlık olmalıdır.
4. Laparoskop, sistoskop, artroskop gibi steril dokulara giren tüm skoplar her kullanım öncesi steril edilmelidir. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda en azından yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanmalıdır.
5. Temizlik için kullanılan fırçalar temizlendikten sonra yüksek seviyede dezenfekte edilmeli veya tek kullanımlık olmalıdır.
6. Otomatik yıkayıcı-dezenfektör kullanılıyor ise ERCP endoskoplarının elevatör tel kanalı gibi otomatik cihazların temizleyemediği kısımların önceden elle temizlenmesi gerekir.
7. Gastroskopi ve kolonoskopi için uygulanan dezenfeksiyon işlemi ayrı hazırlanmış dezenfeksiyon kabı ve çözeltisi ile yapılmalıdır.

4. UYGULAMA

1. Hastaya kullanılmış endoskobun hortum yüzeyindeki kaba kir ve sekresyonlar temiz bir gazlı bez ile alındıktan sonra ayrılabilen tüm parçaları sökülür, nötral veya enzimatik deterjan çözeltisi içine atılır.
2. Endoskop ve parçaları üzerinde organik madde kalmayınca dek yıkanır.
3. Endoskobun iç kanalları bol deterjanlı su ile jet akım sağlanarak yıkanır, fırçalanır.
4. Hareket edebilen parçaları tüm pozisyonlara getirilir.
5. Endoskop ve parçaları bol basınçlı su ile durulanır.
6. Kaçak testi yapılır.
7. Yüksek düzey dezenfektan çözeltisi içine konulmadan fazla suyu giderilir (aletin ıslaklığı dezenfektanı sulandırarak etkin yoğunluğun azalmasına neden olabilir) .

8. Yüksek düzey dezenfektan içine tamamen batırılarak önerilen sürede bekletilir. Tüm iç ve dış yüzeylerin dezenfektan solüsyon ile temas etmesi gereklidir. Bunun için lümenlerden dezenfektan geçirilerek hava kabarcıkları kalmaması sağlanmalıdır.

* Mycobacter avium intracellulare enfeksiyonlu hastaya yapılan bronkoskopi sonrası dezenfeksiyon işlemi süresi 90-120 dk olmalıdır.

9. Endoskop ve parçaları steril distile su veya musluk suyu ile iyice durulanır (hastaya hemen kullanılacaksa ve steril su ile durulanmışsa bir sonraki basamak uygulanmayabilir, hastaya hemen kullanılmayıp saklanacak ise steril su ile durulansa bile bir sonraki basamak uygulanır).

10. Kanallardan %70 lik alkol ve basınçlı hava geçirilir.

11. Endoskop ek parçaları takılmadan kurumayı kolaylaştırmak için dikey pozisyonda ve kontaminasyonu engelleyecek şartlarda saklanır.

12. HEKK onayı alınmadan başka bir dezenfektan kullanılmamalıdır.

13. Endoskopik uygulamaya bağlı bir enfeksiyon gelişirse HEKK derhal haberdar edilir.

14. Uygulayıcılar eldiven, maske, önlük giymeli, gerekli hallerde gözlük kullanmalıdır. Endoskopi ünitesi çalışanlarının Hepatit B aşılı olmalıdır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Cilt Antisepsisi Talimatı

Talimat No : 10
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/2

1. AMAÇ

Hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla cilt antisepsisi konusunda yöntem belirlemektir

2.KAPSAM

Tüm hastane çalışanlarını kapsar.

3. UYGULAMA

Damar İçi Kateter ve Diğer İşlemler İçin Cildin Hazırlanması

Cilt Hazırlığı İçin Uygun Antiseptikler

İyot tentürü (%1-2), Alkol (%70), İyodofor (%10 povidon iyot), Klorheksidin glukonatın sudaki veya alkoldeki çözeltisi (%0,5-4)

İyot tentürü ; Güçlü ve hızlı etkilidir. Ancak tahriş edici ve leke bırakıcıdır. Uzun süre kaldığında cilt yanığı oluşturur ve bu nedenle en az 30 saniye kadar bekledikten sonra %70 alkolle iyodun fazlasını uzaklaştırmak gerekir

Alkol (%70) ; Çabuk etkilidir, fakat kalıcı etkinliği yoktur. Özellikle santral kateterler için cilt hazırlanmasında tek başına alkol kullanılmamalıdır

İyodoforlar ; Cilt ve mukozalar için oldukça elverişli antiseptik bileşiklerdir. Ancak etkilerini yavaş gösterirler. Kalıcı etkinlikleri sınırlı ve kısa sürelidir. Tahriş edici değildirler. Uygulandıkları alanı belirginleştirdiklerinden karışıklığa yol açmaz

Klorheksidin(%4,%2) ; %4 kalıcı (rezidüel) etki göstermesi nedeniyle cerrahi el dezenfeksiyonunda başarıyla kullanılabilen en iyi antiseptik solüsyondur.Klorheksidinin alkoldeki çözeltisi klorheksidinin kalıcı etkinliği ile alkolün çabuk etkisini birleştirmesiyle üstünlük sağlar.

Cilt Antisepsisi

Povidon iyot, arteriyel kateter ve SVK takılma alanlarını temizlemek için en yaygın kullanılan antiseptiklerdir.

Santral venöz ve arteriyel kateter takılacak alanların %2'lik klorheksidin glukonat sıvısının %10'luk povidon iyodin kullanılmasıdan daha etkilidir.

Kateter takılmadan önce giriş yerine sürülen antiseptik solüsyon cilt üzerinde kalmalı ve hava ile temas ederek kuruması beklenmelidir

SVK'ler yüksek enfeksiyon riski taşıdığı için steril önlük,steril eldiven ve büyük steril örtü gibi bariyer önlemler kullanılmalıdır.

Cilt Hazırlığı

1. Kateter takılmasından, pansuman değiştirilmesinden ve kateterle ilgili her türlü manipülasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalıdır.

2.Uygulama bölgesi alkol ve klorheksidin kullanılıyorsa 1 dakika, iyodofor preparatları kullanılıyorsa birkaç kez farklı gazlı bez kullanılarak merkezden çevreye doğru yeniden merkeze dönmeden en az 2 dakika süre ile silinir

3. İyot tentürü kullanılıyorsa 30 sn beklendikten sonra % 70 alkol ile silinir
4. Silinen alan tekrar palpe edilmez.

Santral Katater Pansumanı

1. Kateter takılması sonrasında düzenli pansumanların yapılması.
2. Pansuman için steril gazlı bez veya transparan örtüler kullanılmalı.
3. Kateter giriş yerine lokal antibiyotik kremler uygulanmamalıdır.
4. Kateter çıkartılması veya değiştirilmesi anında, pansuman kirlenince veya ıslanınca , kanama olmuşsa pansuman hemen değiştirilmelidir.
5. Pansuman sonrasında kateterin ne zaman takıldığını belirtmek üzere tarih ve saat yazılmalıdır.

İnsizyon Yerinin Hazırlanması

1. Hastaya bir gün önce banyo yaptırılır veya antiseptik uygulamadan önce cilt sabunlu antiseptik ile temizlenerek organik kirlerden ve yüzeysel bakterilerden arındırılır.
2. Kıl temizliği gerekiyorsa depilatör veya elektrikli kırpma makineleri ile ameliyattan hemen önce yapılmalıdır.
3. İnsizyon bölgesi, olası kesi ve dren yerlerini de kapsayacak biçimde, merkezden periferik doğru dairesel dönme hareketleriyle en az 4 kez gazlı bez değiştirilerek ve en az 1 dakika (iyodofor için 2 dakika) süreyle antiseptikle silinerek kuruması beklenir

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Otoklav – “Flash” Programı Kullanım Talimatı	Talimat No : 11 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	---	---

1. AMAÇ

Ameliyatlar esnasında sterilitesi bozulmuş, hastaya **hemen** kullanılması gereken yedeği olmayan aletlerin “flash” programla steril edilme yöntemini belirlemektir.

2. KAPSAM

Otoklavlarında “flash”* programı olan ve bu programı uygulayan tüm birimleri kapsar.

3. TEMEL İLKELER

1.“Flash” program hastaya hemen kullanılması gereken, yedeği olmayan ve temiz/temizlenmiş aletlerin paketlenmeden steril edilmesi için kullanılır.

2. Paketli materyal ve konteynerler ile implant materyali flash programda steril edilmez.

3. Flash program, zaman kazanmak veya ek alet/set teminine alternatif olarak kullanılmaz

4. UYGULAMA

1. Aletler otoklava konmadan önce dekontamine edilir.

2. Flash program kullanılarak steril edilir.

Porsuz, lümensiz materyal 132 °C de 3 dk
Porlu, lümenli materyal 132 °C de 10 dk
(ön vakumlu ise 132 °C de 4 dk)

3. Steril malzeme sterilizatörden hastaya taşınırken kontaminasyon engellenmelidir,
“**Flash**”**otoklav** ameliyat masasına en yakın noktada bulundurulur.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Atık Yönetimi Talimatı

Talimat No : 12
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/3

A-AMAÇ : Toplanması, taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere teslimini sağlamak.

B-KAPSAM : Hastane yönetimi, tüm birimleri, hastane çalışanlarını ve temizlik firması çalışanlarını kapsar.

Kırmızı çöp poşetine atılacak tıbbi atıklar

1. Enjektörler
2. İntravenöz kateterler
3. Tek kullanımlık diğer malzemeler
4. Foley sonda
5. Nazogastrik sonda
6. Trakeostomi kanülü
7. İdrar torbası ve bağlantıları
8. İzolasyon atıkları
9. Delici-kesici aletler (koruyucu bir kapta toplandıktan sonra çöp poşetine atılmalıdır)
10. Kullanılmış pansuman malzemeleri
11. Kullanılmış eldiven, gaita kapları idrar kapları, balgam kapları
12. Cerrahi pansuman malzemeleri
13. Bildirimi zorunlu hastalıkların atıkları
14. Kemoterapi ilaçları
15. Kontamine araç ve gereçler
16. İnsan patolojik atıkları
17. Kan ve kan ürünleri
18. Sekresyon ve çıkartılar
19. Diyaliz atıkları
20. Laboratuvar atıkları

Mavi çöp poşetine atılacaklar

1. İdare binası atıkları
2. Hasta, doktor, hemşire odaları atıkları
3. Hasta bakım üniteleri atıkları
4. Enfekte olmayan tıbbi atıklar
5. Flakonlar
6. Ortamda oluşan ve organik olmayan atıklar

Siyah çöp poşetine atılacaklar

1. Geri kazanılabilen atıklar (serum, ilaç şişeleri vs.)
2. Tıbbi malzeme ambalajlamasında kullanılan kâğıtlar

Enjektörler kullanıldıktan sonra iğne uçları kapatılmadan delinmeye dayanıklı kutulara atılmalıdır. Sağlık personelinin eline iğne batma olaylarının çoğu enjektör ucu kapatılırken meydana gelmektedir.

A. TEMEL İLKELER

1. Atıklar kesinlikle birbiriyle karıştırılmamalıdır.
2. Toplama ekipman ve gereçleri atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulunur.
3. Hangi atığın nereye atılacağını gösteren "Atık Bilgilendirme Tabloları" ünite içinde görülebilir yerde asılı olmalıdır.
4. Atık torbaları asla elde taşınmaz.
5. Atıklar; maske, eldiven, gözlük takmış, turuncu renkli özel giysili personel tarafından toplanıp, taşınmalıdır. Söz konusu özel kıyafet sadece atıkların toplanması ve taşınması sırasında giyilmelidir.
6. Ağzı sıkıca bağlanmış çöp poşetleri sıkıştırılmadan, evsel ve ambalaj atıkları ile karıştırılmadan bu iş için ayrılmış turuncu renkli, üzerinde **"DİKKAT TIBBİ ATIK"** ve **"ULUSLAR ARASI BİYOTEHLİKE"** amblemi bulunan, tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal veya plastikten yapılmış, keskin kenarları olmayan, tahliye musluklu yüklenmesi boşaltılması, dezenfeksiyonu kolay taşıma araçlarına yüklenmelidir.
7. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı taşıma aracına yüklenmez ve taşınmaz.
8. Ünite içi atık taşıma araçları her gün düzenli olarak önce deterjan ve su ile temizlenir. Daha sonra çamaşır suyu ile dezenfekte edilir. Kontaminasyon durumunda taşıma işleminden sorumlu personel Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ile temas kurarak dezenfeksiyon işlemini gerçekleştirir.
9. Evsel nitelikli atık ve tıbbi atık kovaları haftada bir kez ve görünür kirlilik olduğunda deterjan ve su ile temizlenir. Çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.
10. Gündüz mesai süresinde (08.00-16.00) sabah vizitinden önce ve ziyaret saatlerinden sonra olmak üzere iki kere atıklar boşaltılır. Gece ise bir kere boşaltılır.
11. Atıklar hasta ve ziyaretçi trafiğinin seyrek olduğu güzergah üzerinden ve idarenin belirlediği asansörlerle taşınır.
12. Torbaların patlaması ve dökülmesi durumunda taşıyıcı personel maksimum koruma önlemlerini (önlük, maske, koruyucu gözlük ve eldiven) alarak atığın niteliğine uygun olarak dökülen atığı yeni bir atık torbasına koyar.
13. Kontamine olan yer temizlendikten sonra yer-yüzey dezenfektanı ile dezenfekte edilir.
14. Kontamine olan atık kapları ve taşıma araçları derhal su ve deterjanla temizlendikten sonra yüzey dezenfektanı ile dezenfekte edilir.
15. Atıkların toplanmasından sorumlu personeller üç ayda bir periyodik olarak sağlık kontrollerinden geçirilir.
16. Personelin yaralanması durumunda bulunduğu üniteye ilk yardım yapıldıktan sonra en kısa sürede Enfeksiyon Kontrol Hemşiresine bilgi verilir. Yaralanmanın olduğu ünitenin sorumlusu yaralanma durumunu Enfeksiyon Kontrol Hemşiresine bildirmekle yükümlüdür

C. Atıkların Geçici Depolanması:

1. Geçici atık deposu Çevre ve Orman Bakanlığı Tıbbi Atıkların Yönetmeliği'ne uygun olarak düzenlenmelidir.
2. Geçici depo alanları tıbbi atık ve evsel atık olmak üzere iki bölümden oluşur.
3. Depo alanına depo görevlilerinden başka kimse giremez.
4. Depo kapısı sürekli kilitli tutulur.
5. Depo günde bir kere ve gerektiğinde dezenfekte edilir.

6. Geçici depo alanında çalışan personel çalışma süresince turuncu renkli özel elbise, gözlük, maske, eldiven ve çizme giyer, bu kıyafetleri çalışma alanı dışında kullanmamalıdır.
7. Evsel ve tıbbi atıklar belediye işbirliği ile uzaklaştırılır.
8. Tıbbi atıklar tutanak ile geçici depolama alanında belediye yetkililerine teslim edilir.

D. Atıkların Teslimi

1. Hastaneden atıkların bertaraf eden kuruluşa teslim edilmesi sırasında Tıbbi Atık Alındı Belgesi düzenlenir.
2. Tıbbi Atık Alındı Belgesi üç nüsha olarak hazırlanır, bir nüshası hastanede, ikinci nüshası taşıma işlemi yapan kurum/kuruluştaki, üçüncü nüshası ise bertaraf tesisi işletmecisi kurum/kuruluştaki kalır ve ilgili görevlilerce imzalanır. Bu belgeler en az bir yıl süreyle muhafaza edilir
3. Tıbbi Atık Alındı Belgesi aşağıdaki bilgileri içerir.
 1. Hastanenin adı, adresi
 2. Sorumlu kişinin ismi ve irtibat telefonu
 3. Tarih
 4. Atığın miktarı
 5. Taşıyıcı kurum/kuruluşun ismi
 6. Şoförün ismi
 7. Aracın plakası
 8. Lisans numarası

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Hastane Temizlik Talimatı	Talimat No : 13 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	----------------------------------	---

A-AMAÇ : Hastanedeki bölümlerin risk durumlarına göre sınıflandırılması ve temizliğinin doğru ve etkin yapılması için yöntem belirlemektir.

APSAM : Tüm birimleri kapsar.

1. Hastanelerde zemin, tuvalet, duvar, banyo ve kapı kolu gibi düzenli olarak temizlenebilen ve enfeksiyon riski bulunmayan yüzeylerin dezenfeksiyonuna gerek yoktur. Bu bölgelerin temizliğinde su ve deterjan yeterlidir.
2. Ameliyat odaları, yoğun bakım üniteleri, yanık ve organ nakli üniteleri gibi kritik alanların temizliğinde dezenfektan etkili kimyasal solüsyonlar kullanılmalıdır.
3. Kan, balgam ve idrar gibi vücut sıvıları ile kontamine alanların temizliği için de dezenfektan (1/10' luk çamaşır suyu veya klor tablet ile) kullanılmalıdır.
4. Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların, önce kaba kiri alınmalıdır.
5. Eğer mümkünse tüm bölümlerin temiz ve kirli malzemeleri ayrı odalarda muhafaza edilmeli.
6. Zemin temizliği için asla kuru süpürge kullanılmamalı, elektrikli vakumlu süpürge ile ıslak temizlik yöntemi kullanılmalıdır.
7. Temizlik temizden kirliye doğru yapılmalı.
8. Farklı alanlarda farklı temizlik bezi kullanımına mutlaka uyulmalıdır.

Hastaneler risk alanlarına göre gruplandırılabilir.

- 1- **Düşük risk alanları:** Hemşire, doktor ve sekreter odaları, ofis, kafeterya, koridor, idare bölümleri, mutfak, yemekhane ve depolar.
- 2- **Orta risk alanları:** Hasta odaları, laboratuvar.
- 3- **Yüksek risk alanları:** Ameliyathane, yoğun bakımlar, hemodiyaliz, izolasyon odaları.

HEMŞİRE VE DOKTOR ODALARININ TEMİZLİĞİ

- a. Temizlik personeli temizlik öncesi eldiven giymelidir.
- b. Öncelikle odadaki çöpler toplanır.
- c. Oda zeminindeki kaba kirler toz kaldırılmadan ıslak fırça ile toplanmalıdır.
- d. Temizlik temiz alandan kirli alana doğru yapılmalıdır.
- e. Kapı, kapı tokmağı, masa vb. bütün alanlar her gün silinmelidir.
- f. Temizlik için su ve deterjan yeterlidir. Herhangi bir dezenfektan kullanmaya gerek yoktur.

HASTA ODALARININ TEMİZLİĞİ

- a. Öncelikle odadaki çöpler toplanır.
- b. Oda zeminindeki kaba kirler toz kaldırılmadan ıslak fırça ile toplanmalıdır.
- c. Çöp kovaları yıkanıp kurulanmalı ve mavi poşet geçirilmelidir.
- d. Temizlik için su ve deterjan yeterlidir.
- e. Lavabo ve klozet günlük olarak vim vb. temizlik maddesiyle temizlenmeli, günün ilerleyen saatlerinde kirlendikçe temizlenmeli.
- f. Hasta yatağı, etejer, sandalye ve yemek masası deterjanlı su ile her gün temizlenmelidir.
- g. Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.
- h. Kapı, kapı tokmağı, masa vb. bütün alanlar her gün silinmelidir.

BANYO VE DUŞLARIN TEMİZLİĞİ

- a. Banyo ve duş kaba kirlerinden arındırılmalıdır.
- b. Lavabo ve kenarları uygun kimyasalla temizlenmelidir.
- c. Duş ve küvet temizliğinde önce fayanslar silinmeli ve daha sonra musluk ve duş teknesi silinmelidir.
- d. Zemin en son temizlenmelidir.

TUVALET TEMİZLİĞİ

- a. Önce sifon çekilmelidir.
- b. Klozet içerisi vim dökülerek tuvalet fırçası ile fırçalanmalıdır.
- c. Klozet kapağı ve etrafı ayrı bir sünger ile temizlenip durulanmalıdır.
- d. Tuvalet zemini en son temizlenmelidir.

ZEMİN VE KORİDOR TEMİZLİĞİ

- a. Koridorlar deterjanlı su ile temizlenmelidir.
- b. Paspas işlemi yapıldıktan sonra mopla mutlaka kurulama işlemi yapılmalıdır.
- c. Bu alanların temizliğinde dezenfektan maddesi kesinlikle kullanılmamalıdır. Çünkü dirençli mikroorganizmaların gelişmesine ve önemli bir ekonomik kayba neden olur.
- d. Fırça makineleri ve taşıyıcı tanklar her kullanımdan sonra yıkanmalı ve kurulanmalıdır.
- e. Güvenli bir temizlikte doğru yöntem, doğru madde, doğru zaman ve doğru oranlarda kullanılmadır.
- f. Paspaslar 1/100'lük (1litre suya 10 cc çamaşır suyu) çamaşır suyunda 30 dk bekletilmelidir. Daha sonra paspaslar kurumak üzere uygun bir yere asılmalıdır.

TEMİZLİK SOLÜSYONLARININ HAZIRLANMASI

1. Solüsyon temizlenen bölgeye uygun olarak hazırlanmalıdır.
2. Solüsyonun etki edeceği süre iyi bilinmelidir.
3. Solüsyon işlemiden hemen önce hazırlanmalı, uzun süre bekletilmemelidir.
4. Temizlenecek alana göre kova ve bez rengi belirlenmelidir.
5. Temizlik malzemeleri kova içinde bırakılmamalıdır.
6. Kullanılacak solüsyon başka bir solüsyonla karıştırılmamalıdır.

ÇAMAŞIR SUYUNUN HAZIRLANMASI

1. Yüzey dezenfektanı olarak 1/100'lük çamaşır suyu hazırlanmalıdır.(1lt suya 10cc çamaşır suyu)
2. Kan ve vücut sıvılarının temas ettiği yüzeylerin temizliğinde 1/10'luk çamaşır suyu hazırlanmalıdır. (1lt suya 100cc çamaşır suyu).

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Ameliyathane Temizlik Talimatı	Talimat No : 14 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/3
--	---------------------------------------	---

TEMEL İLKELER

Ameliyathane temizliğinde görevli temizlik personeli bu konuda eğitim almış olmalıdır.

1. Ameliyathane temizliğinde ameliyat odasındaki görevli (sirküle) hemşire, işlemlerin ve ameliyathane arası temizliğin yapılmasını sağlar ve denetler.
2. Ameliyathanelerde kullanılacak temizlik kovaları ve paspasların her ameliyat odası için ayrı olması sağlanmalıdır.
3. Ameliyathanede kullanılacak temizlik ekipmanı ve malzemelerin depolandığı, temiz ve kirliler için ayrı yerleri olan bir birim oluşturulmalı ve bu birimde paspas ve kovalar temizlenmiş ve kurutulmuş şekilde saklanmalıdır.
4. Temizlik solüsyonları her oda için ayrı hazırlanmalı ve hazırlanan solüsyonlar sık sık değiştirilmelidir.
5. Özellikle ameliyat araç ve gereçlerinin temizliği o aleti kullanan ekibin gözetimi ve denetiminde yapılmalıdır.

A- GÜNÜN İLK AMELİYATI YAPILMADAN ÖNCE

1. Tüm aletlerin, eşyaların ve lambaların tozu nemli bezle alınır.
2. Lambaların reflektör alanları temizlenir.
3. Oda zemini ıslak paspasla temizlenir.

B- AMELİYAT ARALARINDA ODA TEMİZLİĞİ

Görevli temizlik personeli uygun kıyafet giymiş olarak (maske, eldiven, önlük, bone) temizliğe başlar.

1. Ameliyat odasının temizliği mutlaka temizden kirliye doğru yapılır.
2. Kullanılmış tüm örtüler sirküle hemşire tarafından içleri kontrol edilerek kirli çamaşır toplama kaplarına atılır ve odadan dışarıya alınır.
3. Ameliyatta kullanılan tüm çöpler kırmızı atık torbalarına konarak uzaklaştırılır.
4. Kirli kompresler ve diğer atıklar dikkatle elden geçirilerek çöp kovasına atılır.
5. Kesici/delici atıklar mutlaka özel plastik toplama kapları içine atılır.
6. Çöp kovalarının poşetleri her ameliyattan sonra değiştirilir.
7. Ameliyat masası ve yakın çevresi (ventilasyon cihazı, lamba vs.) 1/100 çamaşır suyuyla (görünür kirlenme mevcutsa 1/10 çamaşır suyu ile) veya yüzeyi uygun dezenfektanla silinir.
8. Çamaşır suyu kullanılamayacak küçük yüzeyler için %70 alkol kullanılır.

9. Oda zemini ıslak paspasla temizlenir. Hasta çıkartıları ile kirlenmiş alan varsa temizlendikten sonra 1/10 çamaşır suyu ile dezenfeksiyon yapılır.

10. Temizlik için kullanılan solüsyonlar her ameliyattan sonra değiştirilir.

C- GÜN SONUNDA TEMİZLİK (AMELİYATLAR BİTTİKTEN SONRA)

1. Her bölümün ameliyatlari farklı saatlerde bittiği için gün sonunda yapılacak olan temizlik her ameliyat odası için ayrı ayrı yapılır.
2. Odadaki tüm taşınabilir aletler dışarı çıkarılır.
3. Lambalar, dolaplar vb aletler dezenfektan solüsyonlarla silinir.
4. Yerler ıslak vakum uygulanarak veya ıslak paspas ile deterjanla temizlenir ve sonrasında 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.
5. Oda dışına çıkarılan malzemelerin yüzey ve tekerlekleri 1/100 çamaşır suyu ile silinerek içeriye alınır.
6. Havalandırma filtrelerinin dış yüzeyleri gün sonunda 1/100 çamaşır suyu ile silinir.
7. Cerrahi el yıkama lavaboları yıkanır, çamaşır suyu ile dezenfekte edilir, kurutulur.
8. Hasta nakil sedyeleri gün sonunda 1/100 çamaşır suyu ile silinir.
9. Temizlikte kullanılan paspaslar kesinlikle ıslak bırakılmayacak şekilde kurutulmaya bırakılır.

D. HAFTALIK TEMİZLİK

1. Tüm taşınabilir aletler dışarı çıkarılır, temizlik sonunda yüzey ve tekerleri dezenfekte edilerek içeri alınır.
2. Temizlik solüsyonları her oda için ayrı olarak işlem öncesi hazırlanır.
3. Hareketli veya sabit lambalar dezenfektan solüsyonla temizlenir.
4. Kapı, kapı kolları, cam araları, menteşeler, raflar, prizler gibi tüm yüzeyler temizlenip kurulanır.
5. Duvarlar su ve deterjanla yıkanır, tavanlar silinir.
6. Zemin su ve deterjanla yıkanır, temizlik sonrasında 1/100 çamaşır suyu ile silinerek dezenfekte edilir.
7. Ameliyat masasının tüm yüzeyleri, aspiratör, askılar, oksijen tanklarının hortumları, kovalar, dolaplar.. gibi aletler yıkanır, 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilir, kurulanır.

E. KAN VE VÜCUT SIVILARI DÖKÜLDÜĞÜNDE YAPILACAK TEMİZLİK

1. Katı yüzeylerin üzerine damlayan ya da sıçrayan sıvıların kağıt havlu ile kaba kiri alınır.
2. 1/10'luk çamaşır suyu ile temizlenir ve temiz su ile durulanır.

F. KORİDOR VE OFİS TEMİZLİĞİ (Dr. odaları, depolar, kafeterya, dinlenme odaları)

1. Günün ilk saatleri ve gün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanır. Gün içerisinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılır.

2. Bu alanların temizliğinde dezenfektan kullanımına gerek yoktur. Temizlik için su ve deterjan kullanılması yeterlidir.
3. Çöp kovaları boşaltılır ve temizlenir. Bu alandaki çöp kovalarına mavi renkteki atık torbaları yerleştirilir.

G. DERLENME ODASININ TEMİZLİĞİ

1. Yer ve yüzey temizliği için su ve deterjan yeterlidir.
2. Herhangi bir kan ve vücut sıvısı dökülmesinde mutlaka önce kaba kiri alınır, sonra dezenfektanla silinir.

H. DEZENFEKTAN SOLÜSYONUNUN HAZIRLANMASI

1. Oda temizliği için 1/100 'lük çamaşır suyunun kullanımı (900 ml su + 10 ml çamaşır suyu).
2. Kan ve vücut sıvısı dökülmüş ise 1/10'luk çamaşır suyunun kullanımı (900 ml su+ 100 ml çamaşır suyu).

I. PRESEPT TABLET(KLOR TABLET) KULLANILACAKSA ;

1. Oda temizliği için (2.5 gr) 5 lt suya 5 klor tablet
2. Kan ve vücut sıvıları için 1 lt suya 7 klor tablet
3. Paspas ve temizlik bezleri için 10 lt suya 1 klor tablet ile hazırlanan solüsyon içerisinde 20 dk bekletilip durulanarak kurumaya bırakılır.

KLOR DEZENFEKTAN KULLANIMINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR;

1. Solüsyon temizlenen bölgeye uygun konsantrasyonda hazırlanmalıdır.
2. Solüsyonun etki edeceği süre iyi bilinmelidir.
3. Solüsyon işlemiden hemen önce hazırlanmalıdır.
4. Kullanılan solüsyon başka bir solüsyonla karıştırılmamalıdır.



**Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi**

**Ameliyathane Temizlik Talimat
Uygulaması**

**Talimat No : 15
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/3**

VAKA ARASI TEMİZLİK

Gün/ Ay/Yıl

Oda No:

Saat	Hastanın Adı Soyadı		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Temizliği Uygulayanın Adı Soyadı	İmza	Sirküle Hemşire
Saat	1.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	2.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	3.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	4.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	5.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	6.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	7.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	8.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	9.Vaka Hastanın Adı Soyadı														
Saat	10.Vaka Hastanın Adı Soyadı														

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

GÜNÜN İLK AMELİYATI ALINMADAN ÖNCE

Ay/ Yıl		Oda No :				
Gün/Saat	1	2	3	Temizliği uyg. Adı Soyadı	İmza	Sirküle hemş. İsim imza
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

GÜN SONUNDA AMELİYATLAR BİTTİKTEN SONRA YAPILAN TEMİZLİK**Ay / Yıl****Oda no:**

Gün/Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sirküle hemş. Adı Soyadı imza	Temizliği uyg.Adı Soyadı İmza
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

ENFEKSİYON KOKONTROL KOMİTESİ

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Ameliyathaneye Giriş Talimatı	Talimat No : 16 Düzenleme Tarihi:28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	--------------------------------------	---

5. AMAÇ:

Ameliyathanelerin ortamına giriş ve çıkışları kontrol altında tutmak, enfeksiyon açısından önlem almak için hasta, hekim, çalışan ve ziyaretçi girişlerinin kurallarını belirlemek.

6. KAPSAM

Ameliyathanede çalışan tüm doktor, hemşire, sağlık memuru, personel

7. UYGULAMA

1. Ameliyathane Ekibinin Ameliyathaneye Girişi;

1. Ameliyathaneye girişler soyunma odalarından yapılır. Soyunma odası kıyafet değiştirildiği bölümdür.
2. Ameliyathaneye ait alt üst takım giyilir. Ayakkabılar çıkarılır. Sabo giyilir. Bone ve maske alınır.
3. Ameliyathane genelinde mutlaka bone takılarak dolaşılır. Saçlar, tümü bone içinde kalacak şekilde toplanır ve uygun ebatlarda bone seçilir.
4. Ameliyathane geneline saçlar dökülmeyecek şekilde önlem alınır.
5. Maske ameliyat salonlarında takılır.
6. Soyunma odasından ameliyathane koridoruna geçişte kıyafetle ilgili tüm hazırlıklar tamamlanmış olmalıdır.
7. Sivil kıyafetlerle ya da sivil kıyafet üzerine giyilen boks gömleği ile ameliyathane içine girilemez. Kıyafetlerin tamamen değişmesi gereklidir.
8. Ameliyathane takımları içine uzun kollu kıyafet giyilmez.
9. Başka hastaneye ait ya da şahsa özel kıyafetler ile içeri girilemez.
10. Ameliyathane genelinde soğuk ortamlarda sadece ameliyathaneye ait ceketler giyilir, farklı alanlara ait ceket ya da hırkalar giyilmez. Boks gömlekleri ile dolaşılmaz..
11. Hastane genelinde dolaşılırken üste beyaz gömlek giyilir. Aynı kıyafetler ile ameliyathaneye tekrar girilmez. Kıyafet değişimi yapılır.
12. Ameliyathane kıyafetleri günlük kullanım için olmakla birlikte kan, sekresyon ya da solüsyonla kirlenmeleri halinde mutlaka değiştirilir.
13. Ameliyathane saboları ile hastane genelinde dolaşılmaz. Sabolar sadece ameliyathane içinde giyilir.
14. Ameliyathane dahilinde belirlenmiş renk dışında başka renkte sabo giyilmez.
15. Ameliyathaneye girişte her türlü takı ve aksesuarlar çıkarılır.
16. Personel yaka kartı zincirle boyuna asılsa da yaka cebine de klipsle tutturulur.
17. Ameliyathane çalışanları kuralların uygulanmasından ve takibinden sorumludur.

2. Hasta Girişi;

1. Ameliyathaneye hasta girişinin yapılabilmesi için idari ve protokol işlemlerinin yapılmış olması gereklidir. Dosya açılmamış ve ameliyat onayı alınmamış hastalar ameliyathaneye alınmaz.
2. Katta hazırlıkları tamamlanan hasta ameliyathaneye istenir.
3. Hasta ameliyathaneye sedye ile uygun şekilde transfer edilir.
4. Hastayı post-op bakım hemşiresi/anestezi teknisyeni teslim alır.
5. Hasta ile ilgili kat hazırlıkları onaylanıp hasta transfer koridorundan içeri alınır.
6. Ameliyat odası hazır ise; teslim alınan hasta doğrudan ameliyat salonuna ve ameliyat masasına alınır.
7. Ameliyata alınmış hastanın sedyesi belirlenmiş alanlarda bekletilir.
8. Hastalar kesinlikle ameliyathaneye yürütölerek getirilmez.
9. Ameliyat gömleği giymemiş hastalar (acil ve özel durumlar dışında) ameliyathaneye kabul edilmez

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Delici-Kesici Yaralanmalardan Korunma ve İzleme Talimatı	Talimat No : 17 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	---	---

1. AMAÇ

Hastane personelinin enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak, personel yaralanmalarını önlemek ve yaralanan personelin gerekli tedavi ve takibini sağlamak.

2. KAPSAM

Tüm hastane çalışanlarını ve temizlik şirket personeli kapsar.

3. UYGULAMA

Temas öncesi profilaksi

1. Daha önceden Hepatit B ile karşılaşmamış, tüm hastane çalışanları Hepatit B'ye karşı aşılanmalıdır.
2. Göreve yeni başvuran personel HBs Ag ve AntiHBs durumunun belirlenmesi ve aşı programına alınmak üzere Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvurulmalıdır.

Kesici Delici Alet Yaralanmalarını Önlemek İçin

1. Kullandıktan sonra enjektör iğneleri ve bistüri v.b. kesicilere temas en aza indirilmelidir
2. Klinik uygulamalar sırasında elle dokunmayı gerektirmeyen teknikler kullanılmalıdır
3. Enjektör iğnelerini atmadan önce eğip bükme ya da kırmak gibi gereksiz ve sakıncalı uygulamalardan kesinlikle kaçınılmalıdır.
4. Kullanımdan sonra enjektör iğnelerinin kapağı kesinlikle kapatılmamalıdır
5. Enjektör iğneleri ve diğer kesiciler delici-kesici alet kutusuna atılmalıdır.

Yaralanma ve Temas Durumunda Yapılacak İşlemler

1. İğne batan ya da kesilen yer derhal sabun ve su ile yıkanmalıdır
2. Hastanın vücut sıvılarının sıçradığı burun ağız ya da cilt bölgeleri bol suyla temizlenmelidir.
3. Gözlere bulaşma durumunda, gözler su veya serum fizyolojikle yıkanmalıdır.
4. Kesici-delici alet yaralanmasından sonra yaranın bir antiseptikle temizlenmesi ya da sıkılarak kanatılmasına çalışılması gibi doku harabiyetini artırıcı uygulamalar sakıncalıdır, önerilmez.
5. Yaralanmalarda çamaşır suyu gibi kostik ajanlar kesinlikle yaralanma bölgelerine sürülmemelidir.

Temas sonrası profilaksi

1. Hepatit B, Hepatit C ve HIV açısından gerekli müdahalenin yapılabilmesi için yaralanma sonrası acilen mesai saatlerinde **Enfeksiyon Kontrol Komitesi** (EKK odası **tel: 2507**) ile görüşülmeli veya EKK odasına başvurulmalıdır.
2. Yaralanma mesai saatleri dışında gerçekleşiyse gerekli tedavinizin yapılabilmesi için nöbetçi **Enfeksiyon Hastalıkları doktoru** (Nöbetçi asistan odası **tel: 2501**) ile görüşülmelidir.
3. İlk mesai saatinde yaralanmanın kayıt altına alınması ve takibinin sağlanması için Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne başvurulmalıdır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Kateter,Kateter Pansumanları,İnfüzyon
Setleri ve Sıvılarının Değiştirilme Sıklığı
İle İlgili Talimat

Talimat No : 18
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/1

Kateter tipi	Değiştirilme süresi	Pansumanın Değiştirilmesi	Setlerin Değiştirilmesi	İnfüzyon Sıvılarının Değiştirilmesi
Periferik Venöz kateterler	Erişkinlerde:72-96 saat Acil şartlarda takılan kateterler:48 saat içinde çekilip,başka bölgeye takılmalı Pediatrik hastalarda periferik kateterler klinik olarak gerekmedikçe değiştirilmemelidir	24-48 saatte bir pansuman yenilenmelidir. Kateter yeri ıslanmış, kirlenmiş ise bantlar değiştirilmelidir.	Klinik olarak gerekmedikçe setler 72-96 saatten önce değiştirilmemelidir. Kan ve Lipid emülsiyonlar için kullanılan setler 24 saat içinde değiştirilmeli	Lipit içeren TPN solüsyonlarının 24 saat içinde bitmesi gerekir. Lipid emülsiyonların 12 saat içinde ve kan ürünlerinin ise 4 saat içinde infüzyonları tamamlanır.
Periferik Arteriyal Kateterler	Erişkinlerde katetere bağlı enfeksiyonu önlemek için periferik arter kateterleri 6 gün de bir değiştirilir .	Kateter değiştirilirken veya pansumanın bütünlüğü bozulmuş, ıslanmış ya da kirlenmişse veya Kateter giriş yerinin inspeksiyonu gerekli ise değiştirilmelidir.		
SVK ler (periferik yolla takılan SVK ve hemodiyaliz kateterler dahil)	Rutin olarak değiştirilmemelidir.	Gazlı bez kullanılıyorsa 2 günde bir, steril transparan örtü kullanılıyorsa 7 günde bir değiştirilmeli Kirlenmiş,ıslanmış bütünlüğü bozulmuş pansumanlar yenilenmelidir.	Serum setleri 72-96 saat sonra Lipid solüsyonun seti 24 saat içinde değiştirilmelidir.	Lipid emülsiyonların 24 saat içinde bitirilmelidir. Diğer solüsyonlar için öneri yoktur.
Pulmoner Arter kateterleri	72-96 saatte bir değiştirilmelidir.	Gazlı bez kullanılıyorsa iki günde bir, steril transparan örtü kullanılıyorsa yedi günde bir değiştirilmeli Kirlenmiş,ıslanmış bütünlüğü bozulmuş pans.lar yenilenmelidir.	Serum setleri :72-96 saat sonra Lipid solüsyonun seti 24 saat içinde değiştirilmelidir.	Lipid içeren sıvılar 24 saat içinde bitirilmelidir. Diğer solüsyonlar için öneri yoktur.
Umbilikal Kateterler	Rutin olarak değiştirilmemelidir.	Uygulanmaz.	72 saatten daha sık aralıklarla değiştirilmemelidir Lipid emülsiyonlar için kullanılan setler 24 saat içinde değiştirilmeli	Lipid içeren sıvılar 24 saat içinde bitirilmelidir. Diğer solüsyonlar için öneri yoktur.

1-Kateter hub kısmı ve giriş yerleri ilaç uygulamaları öncesinde alkol veya povidon-iyot ile temizlenmelidir.

2-SVK takılırken Maske, Bone, Steril eldiven, Steril gömlek, Delikli kompres kullanılmalıdır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Üriner Kateter Takılması ve Bakımı
Talimatı

Talimat No : 19
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/2

1. AMAÇ

Hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla üriner kateter takılması ve bakımı konusunda yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimleri ve bu birimlerde çalışan doktor, hemşire ve sağlık memurlarını kapsar.

3. EKİPMAN

- Steril eldiven
- Steril spanç
- Steril örtü
- Steril fizyolojik ya da izotonik su
- Enjektör
- Antiseptik solüsyon
- Tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel
- Üriner kateter
- İdrar torbası ve idrar askısı

4. UYGULAMA

Üriner Kateterizasyon Endikasyonları

- İntravezikal obstrüksiyonlar
- Üriner sistem anatomisini bozan cerrahi girişimler
- Mesane disfonksiyonu ya da idrar retansiyonu oluşturan nörolojik bozukluklar
- Yoğun bakım gerektiren hastalarda idrar çıkışlarının ölçülmesi
- Terminal dönemdeki idrar inkontinansı olan hastalarda palyatif bakım (yatak değişiminin uygun olmadığı hastalar)
- İdrar inkontinansına bağlı perineal alanda cilt lezyonları oluşması
- Mesane içi ilaç uygulamaları
- Mesanein tanı amaçlı doldurulması

Üriner Kateter Takılması


- Hastanın onayını almak ve işbirliğini sağlamak için işlem hastaya açıklanır.
- Hastanın mahremiyetini korumak için yatağın önüne perde çekilir ya da odanın kapısı kapatılır. Talimatın bu safhasında hastanın üstündekiler çıkarılmaz.
- Hastanın bacaklarını uzatarak sırtüstü yatması sağlanır.
- Gerekli araç gereç yerleştirilmiş olan tedavi arabası hastanın yatağına yaklaştırılır. Hazır kateter seti kullanılmıyorsa uygulayıcının yanında bir yardımcı personel bulunmalıdır.
- Eller **El Yıkama ve Eldiven Kullanma Talimatı**'na uygun şekilde yıkanır ve steril eldiven giyilir.
- Penisin etrafı steril spançla sarılır. Gerekliyse sünnet derisi geri itilir ve penisin başı antiseptik solüsyon ile temizlenir. Bayanlardada yukarıdan aşağıya doğru antiseptik solüsyonla temizlenmelidir.
- Steril örtü uygulama alanına örtülür.
- Kateter hazırlanır (hazır kateter takma seti yoksa, yardımcının paketi açarak steril kateteri uygulayıcıya vermesi gerekir), kateterin balonunu şişirmek için kullanılacak

steril sıvı enjektöre çekilir, steril idrar toplama kabı hastanın bacakları arasına yerleştirilir (steril idrar toplama kabı yoksa, steril kapalı drenaj torbası katetere bağlanır).

9. Tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel üretraya sıkılır.
10. Kateter üretraya yerleştirilir, idrarın geldiği izlenir. Kateterin mesanede olduğu düşünülüyor, buna karşılık idrar gelmiyorsa hafif suprapubik bası yaparak idrarın gelip gelmediği kontrol edilir. Yine idrar gelmiyorsa, mesane steril serum fizyolojikle irriye edilerek, kateter ucunun mesanede olduğu kontrol edilir.
11. Balonlu kateter ise 8-10 mL steril sıvı ile balon şişirilir, kateter yavaşça geri çekilerek mesane boynuna oturtulur.
12. Steril kapalı drenaj torbası takılır.
13. Balonsuz kateter ise, gelen idrar bittiğinde kateter yavaşça geri çekilerek mesanenin tamamen boşalması sağlanır. İdrar akışı bittiğinde kateter çekilerek çıkartılır.
14. Steril örtü kaldırılır.
15. Kateter takma sırasında perinede kirlenme olduysa, antiseptik solüsyonla temizlenir.
16. Hasta kalktığı anda drenaj sisteminin bükülüp tıkanmadığı kontrol edilir. İdrar torbasının ve toplayıcı sistemin mesane düzeyinin altında tutulması gerektiği hatırlatılır.
17. Eldiven çıkarılır, eller **El Yıkama ve Eldiven Kullanma Talimatı**'na uygun şekilde yıkanır, kurulanır.
18. Üriner kateterler periyodik olarak değiştirilmemelidir.
19. Kateter endikasyonu biter bitmez üriner kateter çıkarılmalıdır.

C. Üriner Kateter Bakımı

1. Kateterin idrar yoluna girdiği bölgenin etrafı her gün sabunlu su ile temizlenir.
2. Temizlerken kateterin içeri-dışarı doğru yer değiştirmesi önlenir. Bu hareket idrar yoluna enfekte edici mikroorganizmaların girişine neden olur.
3. Sistemin herhangi bir bölümüne temas etmeden önce ve ettikten hemen sonra eller yıkanır.
4. İdrar torbası mesane seviyesinin altında, dik ve sabit konumda tutulur. Enfeksiyonu önlemek için idrarın serbestçe akışı sağlanır, tüpte idrar birikmesine izin verilmez.
5. İdrar torbası hiç bir zaman yere konmaz. Torbanın başaşağı çevrilmesine ya da hastanın bu torbanın üstüne oturmasına izin verilmez.
6. Drenaj torbası boşaltılırken:
 - Eller talimat uygun olarak yıkanır ve disposable eldiven giyilir.
 - Çıkış musluğu %70'lik izopropil alkolle tamamen ıslatılmış olan pamukla temizlenir.
 - İdrarın uygun kaba akması sağlanır.
 - Çıkış musluğu kapatılır ve alkolle ıslatılmış yeni bir pamukla tekrar temizlenir.
 - Hiç bir zaman idrar torbası bağlantı yerinden çıkarılıp ters çevrilerek boşaltılmaz.
7. Kaba alınan idrar ölçülür, içindekiler kirli odasına boşaltılır. İdrar miktarı kayıtlara geçirilir.
8. Eldiven uygun çöp kutusuna atılır. Eller yıkanır.
9. Eğer torba kontamine olursa, idrar akışı engellenirse veya bağlantı yerlerinde sızıntı görülürse drenaj torbası değiştirilir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı	Talimat No : 20 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/4
--	--	---

AMAÇ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) hastane enfeksiyonlarının oluşmasının önlenmesi ve kontrolü.

KAPSAM: Üniteye giren ve hastayla ilgilenen herkesi kapsar.

TEMEL İLKELER

- 1- YYBÜ hastane enfeksiyonları yönünde en riskli birimlerdir. Bu birimde görev alan personelin, yoğun bakım konusunda bilgili deneyimli olması esastır.
- 2- YYBÜ'nde en önemli ve en sık bulaş temas yolu ile olduğundan "EL HİJYENİNE" özenle uyulmalıdır.
- 3- İzolasyon önlemlerine uyulması ve bu konuda Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi (HEKK) ile işbirliği sağlanmalıdır.
- 4- İzolasyon gerektiren enfeksiyonlar saptandığında HEKK haberdar edilmelidir.

YAPISAL ÖZELLİKLER

- 1- YYBÜ'nde her küvöz için ortalama 10-15 m2 alan sağlanmalı ve küvözler arası en az 1-2 metre boşluk bırakılmalı, 3-4 küvöz başına 1 lavabo olmalıdır. Lavaboda antiseptikli sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır
- 2- Her hasta başında alkol bazlı hızlı el antiseptiği kullanılmalıdır.
- 3- Ünite havalandırmasında en az %90 etkinliğe sahip filtre sistemi ile havalandırılmalıdır. Tercihen hava saatte en az on kez değişmeli, bu değişimlerin üçü dış hava kullanılarak yapılmalıdır.
- 4- Filtre etkinliği altı ayda bir partikül sayımı ile denetlenmeli. Filtre değişim ve ölçüm işlemlerinin yüklenici firma tarafından sağlanması teknik şartnameye konulmalıdır.
- 5- Çöp kovaları el değmeden açılıp kapanabilmelidir.
- 6- Parantral solüsyonların hazırlanması için servis içinde, özel bir kabin bulundurulmalıdır.

PERSONEL İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

- 1- Her çalışma sürecinde (nöbet,tatil dönemi...vs.) iki küvöz için bir, diğer birimlerde üç-dört küvöz için bir hemşire sağlanmaya çalışılmalıdır.
- 2- YYBÜ'nde görev yapan tüm personelin kızamık, kızamıkçık,kabakulak, hepatit B , suçiçeği ve polio yönünde aşıli yada bu hastalıklara bağışık olması gereklidir.
- 3- Çalışanlar her yıl influenza aşısı ile aşılanmalıdır.
- 4- El veya kollarında eksüdatif cilt lezyonu olan sağlık çalışanları hastalarla ya da tıbbi bakım gereçleri ile temas etmemelidir.
- 5- Personelin bulaşabilir bir hastalığı olmamalıdır.
- 6- Personel servise girerken, çıkarken , hastadan hastaya geçerken ellerini uygun şekilde yıkamalıdır.

UYGULAMALAR

- 1- Sağlık alışanlarının yaptıkları işlem öncesi ve sonrasında uygun şekilde eller yıkanması ve ya alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte edilmesi gerekmektedir.
- 2- Tırnaklar kısa olmalı, yapma tırnak, oje ve cila kullanılmamalı, yüzükler ve kola takılar takılmamalıdır.
- 3- İzolasyon gerektiren durumlar dışında üniteye girişte yada hastaların rutin bakım sürecinde özel önlük kullanılması önerilmez. Belirli bir kontaminasyon riski olan bakım uygulamalarında tek kullanımlık önlük giyilmesi ya da işlemden sonra değiştirilmesi önerilir.
- 4- Galoş uygulamasının enfeksiyon kontrolü yönünden bir yararı görülememiştir. Ancak temizlik yönünden bu uygulamaya devam edilebilir.
- 5- Enfeksiyon bulguları olan ziyaretçilerin üniteye girişi engellenmelidir. niteye alınan ziyaretçilerin ellerini yıkamaları konusunda bilgi ve talimat verilmelidir ve önlük , maske kullanılmalıdır.
- 6- nite, HEKK hastane temizliği talimatına uyularak temizlenmelidir. Yüzey dezenfeksiyonu gereken durumlarda 1/100 oranında çamaşır suyu, kuarterner amonyum bileşikleri, uygulanabilir. Fenolik bileşikler, bilirbinemi oluşturacağı için kullanılmamalıdır.
- 7- Aspirasyon mayi, drenaj mayi ve idrar gibi vücut sıvıları ayrı bir odada, el yıkama amacıyla kullanılmayan lavaboya boşaltılmalıdır. Tek kullanımlık olmayan kaplar ve sistemin gider kısmı deterjanlı su ile temizlenip, 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- 8- Bebek bakım tepsileri, tartı vb. gibi deri ve mukoza teması olan ekipman her bebekten sonra 1/100 oranında çamaşır suyu ya da alkol ile dezenfekte edilmelidir. Tartı zerine tek kullanımlık örtüler tercih edilebilir.

9- Küvözlerin temizliği ve dezenfeksiyonu:

- a. Küvözlerin dışı her gün temizlenmelidir. Görünür kirlenme olduğunda hemen temizlenmeli.
- b. Her küvöz için ayrı bir bez kullanılmalıdır.
- c. İşlem ncesi küvöz yukarıdan aşağıya doğru su ve deterjan ile silme ve ayrı bir bezle durulama şeklinde olmalıdır.
- d. Bebek uzun süredir izleniyor ise kvzine en az haftada bir dezenfeksiyon işlemi uygulanmalıdır. 1000 gr dan küçük bebekler için beş günde birdir. Dezenfeksiyon işlemi esnasında bebek başka bir yere alınarak küvözler dezenfekte edilmelidir.
- e. Küvözün önce ayrılabilir bütün parçaları çıkarılmalı, fırçalanarak yıkanmalı ve deterjanla ovularak temizlenmelidir. Daha sonra durulanmalı ve kurulanmalıdır. Kvzin tüm parçaları 1/100 çamaşır suyu ,%70 isopropyl alkol veya küvöz dezenfektanı ile dezenfekte edilmelidir.
- f. Yüzeyler kuruduktan sonra, bebek küvöze alınmalıdır.
- g. En yoğun kontamine olan bölgelerin küvöz kapakçıkları ve bu kapakçıkları saran yastıkçık ve kollar , gün içinde en az iki kez dezenfektanla (tercihen küvöz dezenfektanı) silinmelidir.
- h. Küvözlerin nemlendirici kapları , haftada bir ya da bebek değişiminde steril edilmeli, steril su ile doldurulmalıdır. Kullanılmadığında bu kaplar dezenfekte edilerek kuru halde saklanmalıdır.
- i. Küvöz dezenfeksiyonu dışında fan ve filtre sistemlerinin bakımı ve değişimi, üretici firma önerilerine göre yapılmalıdır.

10- Solunuma yardımcı cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu:

- a- Ventilatörün iç temizlik, bakım ve dezenfeksiyon işlemleri üretici firma önerilerine göre yapılır.
- b- Ventilatörün dış yüzeyleri, su ve deterjanla temizlenir ve 1/100 çamaşır suyu ile, (ekran,panel gibi hassas yüzeyler tercihen %70'lik alkol ile) dezenfekte edilir.
- c- Ventilatör devresi tek kullanımlık olmalıdır.(Ancak çok özel durumlarda yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanarak yeniden kullanılabilir.)
- d- Kirlenme ve işlem bozukluğu olmadıkça devreler rutin değiştirilmez.
- e- Devre içinde oluşan suyun hastaya gitmemesi için boşaltılması ve bu arada çevreye bulaşmaması sağlanır. İşlem sırasında eldiven giyilir.
- f- Nazal oksijen kateterleri ve maskeler görünür bir kontaminasyon olduğunda değiştirilir.
- g- İlaç nebulizatörleri hastaya özel olmalıdır. Nebülizasyon maskesi aynı hasta için kullanım arasında yıkanmalı, %70'lik alkol ile temizlenerek kuru olarak saklanmalıdır.
- h- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- i- Ambular kullanım sonrasında steril ya da yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanır.
- j- Her hasta için ayrı aspiratör olmalıdır. Aspirasyon sondaları tek kullanımlık olmalıdır.
- k- Aynı hastada kullanımı devam eden aspirasyon sıvısı günlük olarak boşaltılmalı kavanoz temizlenip dezenfekte edilmeli.
- l- Laringoskop "blade" kısımları yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanarak kullanılır.

Bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili öneriler:

- a- Bebeklere temas eden çamaşırların yıkanmasında bebeğin cildine zarar vermeyecek deterjanlar kullanılmalıdır.
- b- Bebeklerin bezleri değiştirilince hemen ağız kapalı tıbbi torbalarına konulmalı, bebek bez değişiminden önce eldiven giyilmeli, sonra hemen eldivenleri çıkararak ellerini yıkamalıdır.
- c- Bebek cilt bakımında , sıcak su ve nötral PH' da bir sabun ile silme ,yeterlidir. Salgın durumunda dezenfektanlı banyo/silme HEKK tarafından önerilen antiseptik ile yapılır.
- d- Özellikle prematürelerde flaster,oksijen problemleri cilde zarar verebilir. Antibiyotik içermeyen topikal pomad kullanılabilir.
- e- Anne sütü alınırken ellerin antiseptikle yıkanması ve sütün steril bir kaba alınması gereklidir. Eğer pompa kullanılacaksa her uygulamadan sonra sıcak sabunlu su ile tüm pompa yapılarının yıkanması ve dezenfekte edilmesi önerilir.
- f- Anne sütü antisepsiye özen göstererek özel biberon içine alınmalı ve yenidoğana verilmelidir. HIV(+), meme ucu HSV lezyonu olan ve meme apsesi olan, ayrıca süte geçen ve yenidoğana zarar verebilecek ilaç kullanan annelerin sütleri yenidoğana verilmemelidir.
- g- Mamalar hazırlanıp kullanılacaksa; önce eller yıkanmalı, mama hazırlamada kullanılan tüm malzemeler 10 dakika kaynatılarak temiz bir yüzeyde kurutulmalıdır.
- h- Mama hazırlamada kullanılacak içme suyu kaynatılıp ve 60 C'ye kadar soğutulmalıdır.
- i- Mama paketi açıldıktan sonra üretici firmanın önerdiği süre içinde tüketilmelidir.
- j- Mamalar nazogastrikten beslenen bebeklerde 4 saatlik olarak hazırlanmalıdır ve artık mama dökülmelidir.
- k- Biberonların tercihen cam olması önerilmektedir. Plastik biberonlar üretici firma önerileri ile veya deforme oldukça yenilenmelidir.
- l- Plastik, cam biberonlar, emzik uçları önce temizlenmeli sonra kaynatılmalı ya da bulaşık makinesinde 65 C 'de yıkanmalı , 80 C 'de kurutulmalıdır.
- m- Nazogastrik yolla beslenen bebeklerde setler 24 saatte değiştirilmelidir. Beslenme amaçlı kullanılan enjektörler 6 saatte değiştirilmelidir.

10-İnvaziv girişimler ve intravenöz tedavilerle ilgili ilkeler:

- a-** Umbilikal kateter steril koşullara uyularak takılır. Cilt antisepsisinde %10 povidon-iyot ve %70 lik alkol kullanılır.Umbilikal kateter fonksiyon gördüğü sürece maksimum ondört gün kullanılmalıdır. Umbilikal arter kateteri beş gün kalabilir.
- b-** Kateter takılması, kateter bakımı ve damar içi tedavilerinde asepsi kurallarına göre uygulanması.
- c-** Kateter pansumanı sırasında giriş yerinde akıntı, eritem , ısı artışı gibi enfeksiyon bulguları araştırılır. Giriş yeri %10 povidon iyot ve %70 lik alkol ile silinerek steril gazlı bezi ile kapatılır.
- d-** Kateter rutin olarak değiştirilmemelidir. Ancak kateter ilişkili bakteremi , damar yetersizliği veya tromboz belirtileri varsa kateter çıkarılmalıdır.
- e-** Lipid takılan setler 24 saatte bir değiştirilmelidir.
- f-** Ünitelerde yapılan tüm işlemler kayıt edilmelidir.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı</p>	<p>Talimat No : 21 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2</p>
--	---	--

AMAÇ: Yoğun Bakım Ünitesinde hastane enfeksiyonlarının oluşmasının ve önlenmesinin kontrolü.

KAPSAM: Üniteye giren ve hastayla ilgilenen herkesi kapsar.

TEMEL İLKELER:

- 1- Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü konusunda Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi (HEKK) talimatlarına uyulmalıdır.
- 2- El yıkama önerilerine uyum en etkili koruyucu önlemdir.
- 3- İzolasyon önlemlerine uyulması ve bu konuda HEKK ile işbirliği sağlanmalıdır.
- 4- Bu birimde görev alan tüm personel yoğun bakım konusunda bilgili, deneyimli olmalıdır.
- 5- Salgın durumunda gerekli çalışmalar HEKK ile birlikte yürütülmelidir.

Yapısal Özellikler


- 1- Her hasta yatağı çevresinde yeterli boş alan (her yatak için en az 20 m2 ve yataklar arasında 2.5 metre boşluk) olması.
- 2- Yeterli sayıda el yıkama lavaboları, antiseptikli sıvı sabun ve kurulama (kağıt havlu) olanaklarının sağlanması .
- 3- Her hasta başında antiseptik (alkol bazlı el dezenfektanı) solüsyonların bulunması.
- 4- Her altı hasta için en az bir izolasyon odası (negatif ve pozitif basınçlı havalandırma içeren)
- 5- Havalandırma standartları sağlanması (her saat 8-20 kez hava değişimi, yüksek etkinlikte hava partikül filtrelerinin kullanımı, laminar akım)
- 6- Tüm yüzeyler kolay temizlenebilir, silinebilir ve dezenfeksiyon işlemlerine dayanıklı olmalıdır.
- 7- Ünite çalışanların dinlenebileceği, lavabo, yemek,... gibi ihtiyaçlarına hizmet verebilecek ayrı odalar bulunmalıdır.
- 8- Filtre etkinliği altı ayda bir partikül sayımı ile denetlenmeli, gereğinde ve üretici firma önerilerine uyularak belirli aralıklarla değiştirilmelidir.Filtre değişim ve ölçüm işlemlerinin yüklenici firma tarafından sağlanması teknik şartnameye konulmalıdır.
- 9- İlaçlar ve parenteral solüsyonların hazırlanması için, servis içinde özel bir kabin bulunmalıdır.
- 10- YBÜ'nde bazı olgularda (Suçiçeği, kızamık, açık tüberküloz) solunum izolasyonu gerekmektedir.Bunun için negatif basınçlı, havanın tamamını ayrı bir sistemle ve filtreleyerek dışarı veren, saatte en az 6 kez hava değişimi sağlayan, girişi kontrollü, kapısı hep kapalı özel izolasyon odası önerilmektedir.
- 11- Temas izolasyonu gereken hastalar (MRSA, VRE,...) için ayrı bir izolasyon odası oluşturulmalıdır.Böyle bir oda sağlanamıyorsa servisin uzak köşesinde paravanla ayrılmış bölümde ayrı bir hemşire tarafından bakımı sağlanmalıdır.
- 12- Çöp kovaları el değmeden açılıp kapanabilmeli ve tüm uygulamalarda Atık Yönetimi Talimatı'na uyulmalıdır.
- 13- YBÜ'nde temiz ve kirli işlemler için ayrılmış odalar bulunmalıdır.Kirli oda olarak kullanılan yerde, kirli çamaşırlar için kapalı çamaşır torbası veya arabası, temizlik için kullanılabilecek malzemeler, yeniden kullanılacak tıbbi gereçlerin yıkama ve dezenfeksiyonunu sağlayabilecek bir lavabo bulunmalıdır.Temiz oda olarak kullanılan yerde ise; temiz çamaşırlar, steril paketlenmiş malzemeler için hastalara uzak bir bölümde kapalı dolaplar kullanılmalıdır.
- 14- Ünite içinde tamirat yapılacaksa hastalar tamamen ayrı bir birime alınmalı ya da tamirat alanı ile hastalar arasında toz geçirmez bir bariyer sağlanmalıdır.

Personel ile ilgili özellikler

- 1- Her çalışma sürecinde birinci ve ikinci düzey bakım veren birimlerde 1-3 hasta için bir, üçüncü düzey bakım veren birimlerde 2-4 hasta için bir hemşire sağlanmaya çalışılmalıdır.
- 2- Elleri eksüdatif cilt lezyonları olan sağlık çalışanları hastalarla ya da tıbbi bakım gereçleri ile temas etmemelidir.
- 3- Bulaşıcı enfeksiyon hastalığı bulguları olan personel bu süreçte üniteye çalıştırılmamalıdır.
- 4- Tırnaklar kısa olmalı, mümkünse tüm yüzükler, bileklikler çalışma sürecinde takılmamalıdır.
- 5- YBÜ içinde rutin kullanılan kıyafetler ile ünite dışına çıkılmamalıdır.

UYGULAMALAR

- 1- İzolasyon gerektiren durumlar dışında üniteye girişte yada hastaların rutin bakım sürecinde özel önlük kullanılması önerilmez. Belirli bir kontaminasyon riski olan bakım uygulamalarında tek kullanımlık önlük giyilmesi ya da işlemten sonra değiştirilmesi önerilir.
- 2- Galoş uygulamasının enfeksiyon kontrolü yönünden bir yararı görülememiştir. Ancak temizlik yönünden faydası olduğu düşünülüyorsa bu uygulamaya devam edilebilir.
- 3- YBÜ'nde ziyaretçiler için özel kıyafet uygulanması önerilmemektedir. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenmelidir. Enfeksiyon bulgusu olan ziyaretçilerin üniteye girişi engellenmelidir.
- 4- Ünite, HEKK hastane temizliği talimatına uyularak temizlenmelidir. Yüzey dezenfeksiyonu gereken durumlarda 1/100 oranında çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- 5- Aspirasyon mayi, drenaj mayi ve idrar gibi vücut sıvıları ayrı bir odada, el yıkama amacıyla kullanılmayan lavaboya boşaltılmalıdır. Tek kullanımlık olmayan kaplar ve sistemin gider kısmı deterjanlı su ile temizlenip, 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- 6- **Solunuma yardımcı cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu**
 - a. Ventilatrörün iç temizlik, bakım ve dezenfeksiyon işlemleri üretici firma önerilerine göre yapılır.
 - b. Ventilatrörün dış yüzeyleri, su ve deterjanla temizlenir ve 1/100 çamaşır suyu ile, (ekran, panel gibi hassas yüzeyler tercihen alkol bazlı sprey dezenfektanla) dezenfekte edilir.
 - c. Ventilatrör devresi tek kullanımlık olmalıdır. (Ancak çok özel durumlarda yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanarak yeniden kullanılabilir.)
 - d. Kirlenme ve işlem bozukluğu olmadıkça devreler değiştirilmez.
 - e. Devre içinde oluşan suyun hastaya gitmemesi için boşaltılması ve bu arada çevreye bulaşmaması sağlanır. İşlem sırasında eldiven giyilir.
 - f. Nazal oksijen kateterleri ve maskeler görünür bir kontaminasyon olduğunda değiştirilir.
 - g. İlaç nebulizatörleri hastaya özel olmalıdır. Kullanım aralarında alkol bazlı sprey dezenfektan ile temizlenerek kuru saklanmalıdır.
 - h. Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
 - i. Ambular kullanım sonrasında steril ya da yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanır.
 - j. Her hasta için ayrı aspiratrör olmalıdır. Aspirasyon kateterleri tek kullanımlık olmalıdır.
 - k. Aynı hastada kullanımı devam eden aspirasyon sıvısı günlük olarak boşaltılmalı kavanoz temizlenip dezenfekte edilmeli.
 - l. Laringoskop "blade" kısımları yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanarak kullanılır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Diyaliz Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Talimatı	Talimat No : 22 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
---	--	--

Diyaliz ünitesinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolünü sağlamaktır.

2. KAPSAM

Diyaliz ünitesinde çalışan doktor, hemşire, personel ve bu ünite de tedavi edilen tüm hastalar

3. UYGULAMA

A. Standart Enfeksiyon Önlemleri:

1. Diyaliz Ünitesinde hasta ile ilgili ekipmanlara dokunulduğunda veya hasta bakımı sırasında tek kullanımlık eldiven giyilmelidir.
2. Hastalar arasında veya istasyon değişiminde eldiven çıkarılmalı ve eller “El Yıkama ve Eldiven Kullanma Talimatı”na uygun olarak yıkanmalıdır.
3. Diyaliz Ünitesinde bulunan gereçler ya tek kullanımlık olmalı, ya tek bir hasta için kullanılmalı ya da bir başka hastaya kullanılmadan önce veya temiz alana alınmadan önce dezenfekte edilmelidir..
4. Birden fazla kullanım dozu içeren ilaçlar ve bu ilaçlarla ilgili malzemeler (enjektör, alkollü pamuk gibi) hastanın tedavi edildiği istasyonda, yalnızca o hasta için kullanılmalıdır. Temiz bölgeye götürülmemeli ve bir başka hasta için kullanılmamalıdır.
5. Birden fazla kullanım dozu içeren ilaçlar diyaliz istasyonunda farklı temiz bir bölgede hazırlanmalı ve her hastaya ayrı ayrı dağıtılmalıdır. Bu ampuller istasyondan istasyona taşınmamalıdır.
6. İlaç şişeleri, enjektör, pamuk, vb. malzemeler ceplerde taşınmamalıdır.
7. Temiz alan-kirli alan ayrımı net bir şekilde yapılmalı.

Temiz alan: İlaçların hazırlandığı, saklandığı, diğer temiz malzemelerin bulunduğu alan

Kirli alan: Kullanılmış malzemelerin/cihazların, kan-idrar örneklerinin bulunduğu alan
Temiz alana kirli malzeme veya kan örneklerinin girişine izin verilmemelidir.

8. Eksternal venöz ve arteriyel basınç transdüser filtre veya koruyucuları kullanılmalı, her hasta için değiştirilmeli ve tekrar kullanılmamalıdır.
9. Diyaliz istasyonu (sandalye, yatak, masa, makine v.b.) her hastadan sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
10. Diyaliz ünitesinin temizliği “Hastane Temizliği Talimatı”na göre yapılmalıdır.

11. Her kullanım sonrasında hemodiyaliz makinesinin iç dolaşımı, hasta için kullanılan makas, stetoskop, v.b. düşük düzey dezenfektanla dezenfekte edilmelidir.

B. Kan Yoluyla Bulaşan Viruslar ve Patojen Bakterilerin Geçişini Engellemeye Yönelik Enfeksiyon Kontrol Önlemleri

1. Hastaların HBV ve HCV enfeksiyonları için rutin serolojik testleri yapılmalıdır.
2. HBV duyarlı hastada serolojik testler ayda bir yapılmalıdır.
3. Serolojik testler HCV duyarlı hastada ALT-AST/ay, Anti-HCV/6 ay sıklığında yapılmalıdır.
4. Aşılı hastada anti-Hbs yılda bir kez bakılmadır.
5. Anti-HBs (-) hastanın aşılması yapılmalıdır.
6. Çalışan personelin HBV ve HCV enfeksiyonları için rutin serolojik testleri yapılmalıdır.
7. HbsAg (-) çalışanların aşılması yapılmalıdır.
8. Hastalar ve çalışanlar için serolojik testler ilgili kayıtlar düzenli olarak tutulmalıdır.
9. HbsAg(+) ve AntiHCV(+) hastaların diyaliz makinesi, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır.
10. HbsAg (+) bir hasta ile ilgilenen personel eş zamanlı olarak diğer hastalara bakım vermemelidir.
11. Hemodiyaliz hastaları için önerilen standart enfeksiyon kontrol önlemleri HIV geçişini engellemek için yeterlidir. HIV ile infekte hastalar diğer hastalardan izole edilmeleri gerekli değildir. HIV ile infekte hastaların diyaliz makinesi, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır.
12. Kateterden hemodiyalize alınan hastalara santral kateter takılırken maksimum bariyer önlemlerine uyulmalıdır: Bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtü kullanılmalıdır.
13. Suyun bakteriyolojik analizi üç ayda bir ve kimyasal analizi altı ayda bir yapılmalıdır ve bu sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı</p>	<p>Talimat No : 23 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1</p>
--	---	--

- 1. AMAÇ: Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi**
 - 2. KAPSAM :** Ameliyathane hemşireleri, hemşireler, anestezi teknisyenleri ve doktorları.
- Ameliyat öncesi:**

a. Hastanın hazırlanması

Ameliyat öncesi, ameliyat bölgesindeki bütün enfeksiyonlar olabildiğince erken tanımlanmalı ve tedavi edilmelidir ve enfeksiyon gerileyene kadar ameliyat ertelenmelidir.

1. İnsizyon yapılacak bölge saçlı deri değilse tüylerin temizlenmesine gerek yoktur.
2. Eğer tüyler kesilecekse ameliyattan hemen önce elektrikli makine ile yapılmalıdır.
3. Diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü sağlanmalı ve özellikle perioperatif hiperglisemi gelişmesi önlenmelidir.
4. Hastalar ameliyattan bir gün önce antiseptik ajanla (tercihen benzalkonyum klorid) ile temizlenmeli ya da banyo yaptırılmalı.
5. İnsizyon yapılacak deri bölgesi, antiseptik uygulaması öncesinde temiz ve titiz bir şekilde yıkanmalıdır.
6. Deriye uygulanan antiseptik ajanlar ameliyat bölgesinde merkezden periferik doğru uygulanmalıdır.
7. Preoperatif dönemin olabildiğince kısa olmasına özen gösterilmeli.

b. Ameliyat ekibinin el / ön kol antisepsisi:

1. Tırnaklar kısa olmalı, eller ve önkol, ameliyat öncesi uygun bir antiseptikle en az 2-5 dakika süre ile fırçalanmalı.
2. Fırça ile temizlendikten sonra eller vücuttan uzak olacak şekilde fleksiyonda ve yukarı doğru tutulmalı, sular parmaklardan el bileğine doğru akmalı. Eller steril kompres ile kurulanmalı
3. Steril elbise ve eldiven giyilmeli.
4. Cerrahi fırça kullanımından önce tırnak altı temizlenmeli.
5. Elde ve kolda takı olmamalı.
6. Ameliyat odasına giren görevli sayısı sınırlı tutulmalı.
7. Bulaşılabilen bir enfeksiyon hastalığı olan personel, hastalığı düzelene kadar görevden uzaklaştırılmalı
8. S.aureus (burun, el ve vücudun diğer bölgelerinde) ve Grup A streptokok ile kolonize olan cerrahi personel, epidemiyolojik olarak önemli bir durum söz konusu olmadıkça rutin olarak görevden uzaklaştırılmamalı.
9. Ameliyat sırasında, yüzeyde kan ve kan ürünleri ile kontaminasyon olduğunda, ameliyat bölgesi dezenfektan ajanla temizlenmeli
10. Günün son ameliyatından sonra ameliyat odası dezenfektanla temizlenmeli.
11. Cerrahi aletlerin sterilizasyonuna özen gösterilmelidir.
12. Ameliyat odasında ağız ve burnu kapatan cerrahi maske takılmalı, ameliyat sırasında steril eldiven kullanılmalıdır.
13. Asepsi ve cerrahi teknik kurallarına sıkı sıkıya uyulmalı

Ameliyat sonrası:

1. Primer kapatılmış insizyonlarda steril pansuman 24-48 saat korunmalıdır.
2. Pansumanlarda steril teknik kullanılmalı ve pansumandan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
3. Islanmış ve kirlenmiş pansumanlar bekletilmeden değiştirilmelidir. Çünkü nemli ortamlar bakterilerin çoğalmasını sağlar.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Pnömoninin Önlenmesi Talimatı	Talimat No : 24 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	--------------------------------------	---

Amaç:Pnömoni açısından yüksek riskli gruplarda gelişebilecek enfeksiyonu önlemek.

Kapsam:Tüm sağlık çalışanları.

Mekanik ventilatörler

1. Yapılacak tüm işlemler öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır.
2. Solunum devreleri ve nemlendiriciler gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadığı sürece, solunum devreleri (hortum,ekshalasyon valf ve bunlara bağlı nemlendirici) rutin olarak değiştirilmemelidir.
3. Solum devrelerinde biriken sıvı periyodik olarak boşaltılmalı, bu işlem sırasında temiz eldiven giyilmeli ve uygulamaya hasta tarafından başlanarak devredeki sıvının hastaya geri kaçmamasına dikkat edilmelidir.
4. Nemlendirici kaplarda mutlaka steril su kullanılmalıdır.
5. Nemlendirici kapları (humidifier) içinde bulunan su, azaldıkça üzerine ekleme yapılmamalı. Temizlenip dezenfekte edilen nemlendirici kaplar, kuruduktan sonra yerine takılarak tekrar steril su ile doldurulmalıdır.
6. Tek kullanımlık solunum devreleri/nemlendirici kaplar tercih edilmelidir. Tekrar kullanılabilir özellikte ise yeni bir hasta için bir önceki hastadan kalan nemlendirici kabı kesinlikle kullanılmamalı, her yeni hasta için temizlenip dezenfekte edilmiş ve kurutulmuş yeni bir nemlendirici kabı kullanılmalıdır.
7. Nemlendirici filtreler mekanik fonksiyon bozukluğu gelişmediği veya gözle görülebilir kirlenme olmadığı sürece rutin olarak değiştirilmemelidir. Solunum devresi değiştirildiğinde nemlendirici filtreler de değiştirilmelidir.

Oksijen tedavi nemlendiricileri

1. Oksijen tedavisi nemlendiricileri için steril su kullanılmalıdır.
2. Oksijen tedavisi nemlendiricisinin içindeki su miktarı azaldığında üstüne ekleme yapılmamalı, temizlenip dezenfekte edilen kaplar kuruduktan sonra yerine takılarak tekrar steril su ile doldurulmalıdır.
3. Kullanılmayan nemlendirici kaplar boş, temiz ve kuru tutulmalıdır.
4. Yeni yatan hasta için bir önceki hastadan kalan oksijen tedavisi nemlendiricileri kesinlikle kullanılmamalıdır.
5. Nazal oksijen kanülleri ve maskeleri fonksiyon bozukluğu veya gözle görülebilir kirlenme olması durumunda değiştirilmelidir. Yeni hastalar için steril oksijen kanülleri ve maske kullanılmalıdır.

Nebülizörler

1. Mekanik ventilasyon sırasında mümkün olduğunca ventilatör devresine yerleştirilmiş adaptörler ile ölçülü doz inhaler kullanılmalıdır.
2. Nebülizasyon tedavisinde tek kullanımlık nebülizatör maskelerin kullanımı önerilmektedir.
3. Devre içi nebülizör her kullanım (tedavi) sonrasında (daha sonra aynı hasta için kullanılacak olsa dahi) temizlenmeli, dezenfekte edilmeli ve kurutulmalıdır.
4. Nebülizör haznesine steril su veya steril distile su aseptik tekniğe uygun olarak konulmalıdır. Nebülizör aracılığı ile verilecek ilaçlar mümkün olduğunca tek kullanımlık olmalıdır.

Buhar makinaları

Buhar makinaları kullanıldığında mutlaka steril su veya steril distile su ile doldurulmalı, su azaldıkça üstüne su ekleme yapılmamalı, temizlenip dezenfekte edildikten ve kurutulduktan sonra yeniden steril su konularak çalıştırılmalıdır.

Ambular

1. Ambular her kullanım sonrasında temizlenip dezenfekte edilmelidir.
2. Ayrılabilen her parçası ayrılarak temizlenmelidir.
3. Tek kullanımlık ambular hastaya ait olmalı ve başka bir hastaya kullanılmamalıdır.

Solunum fonksiyon testlerinde kullanılan aletler

1. Solunum fonksiyon testi cihazlarının iç donanımının rutin olarak dezenfekte ve sterilize edilmesi gerekli değildir.
2. Kullanılan ağız parçası ve spirometrenin filtresi her hasta sonrasında değiştirilmeli ve tek kullanımlık olmalıdır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Trakeostomi Bakımı Talimatı

Talimat No : 25
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/2

1. AMAÇ

Patojen mikroorganizmaların alt solunum yollarına bulaşmasını ve muhtemel enfeksiyonları önlemek.

2. KAPSAM

Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimleri ve bu birimlerde çalışan doktor hemşire ve sağlık memurlarını kapsar.

3. UYGULAMA

1. Trakeostomi açılırken asepsi kurallarına uyulmalıdır.
2. Trakeostomi kanülü, sadece gerekli olduğunda değiştirilmeli ve değiştirilirken temiz önlük giyilmeli, aseptik teknik kullanılmalıdır.
3. Takılan trakeostomi kanülü steril olmalı veya dezenfekte edilmiş olmalıdır.

Trakeostomi stroma bakımı

1. El hijyeni uygulanır ve temiz eldiven giyilir.
2. Eski pansuman çıkarıldıktan sonra stroma bölgesi steril serum fizyolojik ile silinir, steril gazlı bez ile kurulanır.
3. Stroma bölgesi enfekte olmadığı sürece epitelizasyonu geciktirebileceği için iyotlu bileşikler kullanılmamalıdır.
4. Trakeostomi tüpünün kumaş bağları kirlendikçe değiştirilir.

İç kanül temizliği

1. Eldiven giyilir.
2. Kanülün ön temizliği yapılır ve sonra yarı kritik alet dezenfeksiyonu için uygun bir dezenfektan seçilerek dezenfekte edilir.
3. İç kanül steril su ile yıkanır, kurutulur ve hastaya yerleştirilir.

Pozisyon: Aspirasyonun önlemesi için hasta başlarının 30-45 derece yukarda tutulması gerekmektedir. Bu özellikle enteral beslenme uygulaması sırasında daha da önem kazanmaktadır.

Solunum sekresyonlarının aspirasyonu

1. Eller yıkanmalı, hastanın korku ve endişelerini azaltarak işbirliğini kolaylaştırmak için işlem hastaya açıklanmalıdır.
2. Hastaya **semi-fowler** pozisyon verilmeli, hastanın şuuru kapalı ise yan çevrilmelidir.
3. Aspirasyon işlemine başlamadan önce buhar ve oksijen verilmelidir.
4. Gerekli araç-gereç hastanın yatağının yanına hazırlanmalıdır.
5. Aspiratör çalıştırılmalı, böbrek küvetin içine SF dökülmelidir.
6. Steril eldiven giyilmeli, **steril sonda** açılıp, proksimal ucu aspiratör hortumunun ucuna bağlanmalıdır.
7. Sondayı tutmayacak olan el ile sondanın proksimal ucu tutularak içinden SF geçirilmelidir.
8. Sonda hafifçe döndürülerek **3-4 cm**, derin aspirasyon yapılacaksa **10-12 cm** içeri itilmelidir.

9. Kendi etrafında döndürölerek ve geriye doğru çekilerek aspirasyon yapılmalı, **çıkarılan kateter tekrar içeriye itilmemelidir.**

10. Bir aspirasyon işlemi en fazla **15 sn**, kalp hastalarında **10 sn** sürmeli, tekrar gerekiyorsa **3 dk** sonra tekrarlanmalıdır.

11. Her aspirasyon işleminden sonra sondanın içinden SF geçirilerek lümende biriken sekresyonlar temizlenmelidir.

12. Eğer hastanın ağız ve burnunun içinde sekresyonlar en son ağız ve burun aspire edilmelidir. **Her aspirasyon işleminde yeni bir sonda** kullanılmalıdır.

13. Sonda **tıbbi atık** çöpüne atılmalıdır.

14. Taşınabilir aspiratör kullanılmasından kaçınılması, ancak başka bir olanak yok ise aspiratör kavanozu doldukça veya 24 saatte bir boşaltılıp, uygun olarak dezenfekte edilmesi sağlanmalıdır



**Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi**

Dekübit Bakımı Talimatı

**Talimat No : 26
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/2**

1. AMAÇ

Hastane enfeksiyonlarını önlemek ve yara iyileştirmesini çabuklaştırmak.

2. KAPSAM

Tüm birimleri, yara temizliği ve bakımı konusunda eğitim almış sağlık personeli, doktor ve hemşireleri kapsar.

3. UYGULAMA

Korunma

1. Riskli hastalara ve ailelerine bası yaralarını önlemeye yönelik eğitim vermelidir.
2. Basınç, sürtünme ve gerilmenin etkisini en aza indirecek önlemler almak.
3. Derinin pulpul olup kurumaması için nemlendirici kremler kullanılmalıdır.
4. Havalı yatak olsa da **2 saatte bir** pozisyon değiştirilmelidir.
5. Diyabetik yaraların bakımı uzman kişiler tarafından yapılmalıdır.
6. Yarı bağımlı hastalarda bası yarası gelişmemesi için sık pozisyon değiştirilmelidir.
7. Bası yarası olup olmadığı düzenli gözlemlenmeli ve bası yaraları mümkünse her gün değerlendirilmelidir.
8. Ası yarasının oluşumunu önlemek için kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere (sacrum, topuklar, kalçalar vs..) basıncı azaltacak yastıklar kullanılmalıdır,
9. Bakım hastalarında vasküler yaralardan korunmak için ayaklar; her gün ılık su ve sabunla yıkanmalı kuru deri uygun şekilde nemlendirilmeli, tırnaklar keskin bir aletle düz olarak kesilmeli, kalınlık törpülenerek inceltilmelidir.

Cilt bakımı

1. Cilt bakımında beslenme için uygun diyet verilmeli, hareketler yaptırılmalıdır.
2. Destek yüzey tedavisi ve yapışkan filmler uygulanmalıdır.

Debridman

1. Debridman yara üzerindeki ölü dokuların kaldırılarak canlı doku ortaya çıkana kadar yapılmalıdır.
2. Debridman enfeksiyon ortamını kaldırmak, iyileşmeyi hızlandırmak ve yaranın derinliğini değerlendirmek için yapılmalıdır.

Yara Temizliği


1. Antiseptik solüsyonlar yara temizliğinde klinik değerlendirmeden sonra ihtiyaç halinde kullanılmalı ve yara bölgesinin temizliği steril serum fizyolojik ile yapılmalıdır.
2. Bası yarasını temizlerken mümkün olduğunca az miktarda mekanik güç kullanılmalıdır.
3. Kaviteli ülserlerde irrigasyon yapılmalıdır.

Islak Pansuman (Nemli Emici Pansuman)

1. Islatılmış gazlı bezle yaradan uzaklaştırılabilecek tüm katı, sıvı artıklar uzaklaştırılmalıdır.
2. Temizlenmesi tamamlanmış yara yüzeyine, vazelin emdirilmiş gazlı bez (tülle-grass = vazelinli gaz) konulmalıdır.
3. Vazelinli gazlı bezin üzeri ıslatılmış gazlı bezle köşeler, kaviteler ve cilt altındaki boşluklar doldurulacak şekilde kapatılmalıdır.
4. Bu pansuman kirli akıntılı yaralarda **günde 4 kere** yapılmalıdır.

Pozisyon

1. Yatağın baş kısmını **30 derece** veya daha düşük derecede tutulmalıdır.
2. Tekerlekli sandalyeye bağımlı kişilerde anatomiye uygun pozisyon sağlamak, ağırlık uygun şekilde dağıtılmalı, ayaklar desteklenmeli, tekerlekli sandalyenin yüksekliği ayarlanmalıdır.
3. Sürtünmeyi önlemek için hasta kaldırılarak çevrilmelidir.
4. İmmobil hastalarda en az 2 saatte bir planlı bir şekilde pozisyon değiştirmelidir.
5. Çarşafların ve kıyafetlerin kırıışık ve ıslak olmamasına özen gösterilmelidir.
6. Terleme, yara drenajı ve inkontinans değerlendirilmeli ve vücudun kuru kalmasına yönelik önlemler alınmalı, mesane ve barsak eğitim programı oluşturulmalı, cildi temizlemeli, emici pedler kullanılmalı, dışkı ve idrarı toplayıcı araçlar kullanılmalıdır.
7. Yatakların ve tekerlekli sandalyelerin oluşturduğu basıncı azaltmaya yardımcı olan araçlar (yastıklar, köpüklü pedler, havalı yataklar) kullanılmalıdır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kültür Alma Talimatı	Talimat No : 27 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/3
--	-----------------------------	---

1.AMAÇ

Enfeksiyon etkeninin doğru bir şekilde tanımlanabilmesi için doğru numunelerin, uygun bir şekilde alınmasını sağlamak.

2. KAPSAM

Tüm birimleri, doktor, hemşire laboratuvar çalışanlarını kapsar.

3.UYGULAMA

1. KAN KÜLTÜRÜ

1. Kan kültürü alınan hastada, en uygun zaman kan beklenen ateş yükselmesinden hemen önce ya da ateş yükselmeye başladığı zaman alınmalıdır.
2. Verilen antibiyotikler mikroorganizmaların üremesini inhibe edeceğinden, kan kültürü mümkün olduğunca antimikrobiyal tedaviye başlamadan önce alınmalıdır. Eğer hasta antibiyotik kullanıyor ise son antibiyotik yapılmadan hemen önce kültür için kan alınmalıdır.
3. Kan kültürü, seriler şeklinde alınmalıdır. Ateşi yüksek olan hastadan **2-3 seri** kan kültürü alınması tercih edilmelidir.
4. İki kan örneği arasında **yarım saat** fark olmalıdır.
5. Kan kültür için venöz veya arteriyel kan kullanılabilir. Daha kolay olduğu için periferik venler tercih edilir.
6. Kan kültürü örneği alınacak venin periferinde kateter olmamalıdır.
7. Takılmış olan kateterlerden kültür örneği alınmaz. Kateter enfeksiyonu düşünülüyorsa, bir örnek kateter lümeninden, iki örnek periferik venlerden alınabilir.
8. Erişkinlerde 10 ml, yenidoğanda 1-2 ml, süt çocuklarında 2-3 ml, okul çağı çocuklarında 3-5 ml kan alınması yeterlidir.
9. Kan alınacak bölgenin **önce alkol ile silinir (30 sn)**, sonra **povidon-iyot solüsyonu** ile cilt (1-3 dakika temas etmesi beklenir) silinir.
10. Kan alınacak bölge merkezden başlayıp çevreye doğru dairesel hareketlerle ya da yukardan aşağıya doğru antiseptik solüsyonla ile silinmelidir.
11. Cilt dezenfekte edildikten sonra damar palpe edilmemeli. Eğer damar palpe edilecekse palpe eden parmak **povidon-iyot solüsyonu** ile silinmelidir.
12. Kan besiyeri kapağı kontaminasyonu önlemek için iç kısmına dokunmadan yavaşça açılır. İç kısma dokunulursa lastik bölüm %70 alkolle silinir ve kuruması beklenir.
13. Besiyerinin kontaminasyonunu önlemek için enjektörün iğnesi değiştirilir.
14. İğne kültür şişesinin platin kapağına dik olarak batırılır, iğnenin ucu besiyeri sıvısına değmemelidir.
15. Enjektördeki kan, hemoliz ve besiyerine hava girmesini önlemek için fazla basınç uygulanmadan şişeye boşaltılır.
16. Adı, soyadı, saati ve tarihi şişe üzerine yazılmalıdır.
17. Kültür örneği, **30 dakika** içinde laboratuvara iletilmelidir.

2. İDRAR KÜLTÜRÜ

A. Üriner kateteri olan hastalardan:

1. El Yıkama Ve Eldiven Kullanım Talimatı'na uygun olarak eller yıkanır ve eldiven takılmalıdır..
2. Sondanın üretraya yakın bir noktası alkolle silinmelidir.
3. Bir enjektör ucu yukarı bakacak şekilde sondaya sokulup idrar aspire edilmeli, steril idrar kabı veya tüpe boşaltılmalıdır.
4. İdrar kabının kapağı hiçbir yere temas ettirilmeden kapatılmalıdır.
5. Sonda torbasından **kesinlikle** idrar alınmamalıdır.
6. Mümkün olduğunca sabah idrarı tercih edilmelidir.
7. Rutin bakteriyolojik incelemeler için en az **1 ml** idrar alınmalıdır.
8. Eldivenler çıkarılır, uygun çöp torbasına atılır.
9. Eller yıkanır.
10. İdrar kabı etiketlenir, gerekli bilgiler yazılır ve numuneler laboratuvara gönderilir.
11. İdrar kültürü için alınan örnek hemen laboratuvara iletilmeli, eğer beklemesi zorunlu ise buzdolabında +4°C'da saklanmalıdır.

B. Üriner kateteri olmayan hastalardan:

1. Eller sabunla yıkanmalıdır.
2. Kontaminasyona engel olmak için hastaya, bir adet sabunlu, iki adet ıslak ve bir adet kuru steril spanç verilmeli, hasta kadın ise hastaya, sol elin işaret parmağı ve başparmağı ile labiaları açıp perine bölgesi önden arkaya doğru her bir spançla yalnız bir kez silinerek bölgenin silinmesi söylenmelidir.
3. İdrar yaptırılacak kabı hiçbir yere dokundurması, bir miktar idrar dışarıya yapması, orta idrar steril bardağa yapması söylenmelidir.
4. Kabin üzerine adı-soyadı yazılı etiket yapıştırılmalıdır.
5. Kültür **30 dakika** içinde gönderilmelidir.
6. Bebek, çocuk ve bilinci yerinde olmayan hastalarda bölgenin temizliği ve kültür alma işlemi hemşire tarafından yerine getirilir.
7. Bebek hastalarda bölgenin temizliği yapıldıktan sonra idrar kültür torbası yapıştırılır ve bir miktar idrarın gelmesi için beklenir. (1-2cc)
8. Yeterli miktarda idrar torbaya alındıktan sonra torbanın ağzı kontaminasyona engel olmak için dikkatlice kapatılır. Bebeğin torba yapıştırılan bölgesi kirlenmişse tekrar silinir.
9. İdrar kültürü gerekmiyorsa idrar tahlili için bölgenin temizliğine ve kültür kabına gerek yoktur. Uygun bir kaba yeterli miktarda (1-2 cc) idrarın alınması yeterlidir.

C. Sonda ile kültür alma:

1. Steril koşullar altında sonda mesaneye itilmelidir.
2. İlk 15-20 ml'lik idrar sondadan atılmalıdır.
3. Orta ve geç idrar steril kaba alınmalıdır.

3. DIŞKI KÜLTÜRÜ

1. GİS enfeksiyonu düşünülen hastadan alınmalıdır.
2. Dışkı kültür kabına alınmalıdır.
3. Dışkı veremeyen hastalarda rektal sürüntü alınmalıdır.
4. Kültür örneği, **30 dakika** içinde laboratuara gönderilmelidir.
5. Kültür alınacak kabin steril olmasına gerek yoktur

4. YARA YERİ KÜLTÜRÜ

1. Yara, dren yerinde enfeksiyon belirtisi olan, akıntı ve apse durumlarında alınmalıdır.
2. **Kültür alımı öncesinde** yara yeri temizlenirse, dezenfektan madde bakteri üremesini inhibe edebileceğinden pansuman açıldığında povidon iyot sürülmeden kültür alınmalıdır.
3. Enfeksiyonun odak noktasından eküvyon ile bir miktar materyal alınmalıdır.
4. Aps e açılarak drene edilirse apse duvarı steril SF içinde laboratuara gönderilmelidir.
5. Eküvyon buyyonlu (besi yeri) sıvı içine steril olarak yerleştirilmelidir.

6. Püy aspire edilirse; örnek enjektör içinde laboratuvara gönderilmelidir.
7. Kültür örneği, **30 dakika** içinde gönderilmelidir.

5. YANIK KÜLTÜRÜ

1. Yüzeysel sürüntü cilt florası ile kontamine olacağından kültürler yüzeyin dezenfeksiyonundan sonra alınmalıdır.
2. **Önce iyot solüsyonu** (%1 serbest iyot içeren) ile daha sonra **steril serum fizyolojik** ile yanık bölgesi temizlenmelidir.
3. Punch biyopsi veya eküvyon kuvvetlice sürtülerek derin dokudan kültür alınmalıdır.
4. Punch biyopsi ile alınan kültürler kesinlikle formalin içerisine alınmamalıdır.

6. BALGAM- ASPIRAT KÜLTÜRÜ


1. Hastaya derin solunum egzersizi yaptırılarak öksürmesi ve balgam çıkarması sağlanmalıdır.
2. Balgam kültürü sabah saatlerinde alınmalıdır.
3. Steril kültür kabına, kapağının da sterilliğine dikkat edilerek alınmalıdır.
4. Aspirat kültürü için tercihen aspirasyon sondasının ucu steril olarak kesilip steril kültür kabına atılmalıdır.
5. Sondanın ucu hiçbir yere temas ettirilmeden buyyonlu tüpün içine sokularak sıvı karıştırılmalıdır.
6. Kültür örneği, **30 dakika** içinde gönderilmelidir.

8. BOĞAZ KÜLTÜRÜ İÇİN UYGULAMA:

1. Dil basacağı kullanılarak görerek örnek alınması sağlanır.
2. Hastaya ağzını açıp dilini iyice dışarıya çıkarması ve “aaaaa” diye ses vermesi söylenir. Çünkü bu şekilde tonsiller en iyi şekilde görülür.
3. Silgeçler tonsiller üzerinde gezdirilir. Varsa kriptler arasına veya beyaz membranların kenarlarına iyice sürülür ve hemen steril kültür tüpünün içine konur.
4. Dil, uvula ve dişlere temastan kaçınılmalıdır.
5. Üzeri yazılarak (Hastanın adı, soyadı, örneğin türü, protokol no, alınış tarihi ve saati, gönderildiği bölüm ve materyalin adı) mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilir.

9. BURUN KÜLTÜRÜ İÇİN UYGULAMA:

1. Silgeç steril serum fizyolojik ile nemlendirilebilir.
2. Hemşire her iki burun deliğinden mukozaya iki ayrı silgeç sürüp, 4-5 kez döndürerek örnek alır.
3. Alınan örnekler kültür tüpüne konularak üzerleri yazılır (Hastanın adı,soyadı, örneğin türü, protokol no, alınış tarihi ve saati, gönderildiği bölüm ve materyalin adı). Alınan numunelerin sağ ve sol burun deliğinden alındığı belirtilir.
4. Mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilir.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>Çamaşırhane Hizmeti Talimatı</p>	<p>Talimat No : 28 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1</p>
--	--	--

1. AMAÇ

Hastaları hastane enfeksiyonlarından korumak ve hijyen sağlamak.

2. KAPSAM

Hastane yönetimini, tüm klinik sorumlu hemşirelerini, kliniklerde sorumlu personeli kapsar.

3. UYGULAMA

Kirli Çamaşırların Toplanması

- Hasta odalarında yatak, çarşaf ve nevresimleri değiştirme işlemi sırasında; personel eldiven ve maske kullanarak, aerosol oluşturmayacak şekilde davranmalı
- Servislerde ve işlem yapılan birimlerde çamaşırların içerisine yabancı cisim karışmamasına dikkat edilmeli, (örn; enjektör, enjektör ucu, bistüri, hasta altı bezi, tampon vb.)
- Çamaşırlar toplanırken asla yere konulmamalı, doğrudan kirli çamaşır arabasına konulmalı,
- Kan ve vücut sıvısı bulaşmış çamaşırlar kırmızı renk torbalarda veya “ KAN YA DA VÜCUT SIVISI BULAŞMIŞ ÇAMAŞIR “ etiketli torbalarda toplanmalı .
- Bu arabalara kapakları açık kalacak şekilde fazla yükleme yapılmamalı ve arabaların üstü sürekli kapalı tutulmalı,
- Çamaşırların toplanması esnasında çamaşırhane personeli eldiven ve maske kullanmalı
- Kirli ve temiz çamaşır taşıma arabaları ayrı olmalı, kirli çamaşır taşıma arabalarının etrafı ve üstü kapalı olmalı,
- Kirli ve temiz alan kesin bariyerler ile ayrılmış olmalıdır.
- Çamaşırlar ayrıştırılırken asla yere konmamalı, doğrudan ilgili konteynera konulmalı
- Bu işlem esnasında çamaşırların içlerinde yabancı madde bulunup bulunmadığı kontrol edilmeli,
- Bu kontrolde tesbit edilen yabancı maddeler ayrılarak ilgili birime bildirilmeli, yabancı maddeler “Tıbbi Atık Yönetimi “ esaslarına uygun olarak atılmalı,
- Tüm hastalar için kirli çamaşırlar aynı şekilde yıkanmalı,**
- Yıkama işlemi deterjan ile $>71^{\circ}\text{C}$ ve ≥ 25 dakika yıkama yapılmalı,
- Eğer düşük ısıda ($<70^{\circ}\text{C}$) yıkama yapılacaksa uygun bir kimyasal ürün kullanılmalı,
- Pamuklu battaniyeler ılık suda yıkanmalı ve güneş veya düşük dereceli kurutucularda kurutulmalı,
- Çamaşırhane çamaşırlar ıslak veya nemli olarak makinalarda gece boyunca bırakılmamalı,
- Yıkamış temiz çamaşırların kontrolleri (yırtıkların ayrılması) yapılmalı, sonra ütülenmeli ve katlanmalı
- Dağıtım odasına getirilen temiz çamaşırlar çamaşırhane görevli personeli tarafından alınarak temiz çamaşır arabaları ile yan ve üstü örtülü bir şekilde servislere taşınmalı,
- Çalışanın korunması için; çamaşırhane kesici ve delici alet yaralanmasına maruz kalan personel, Enfeksiyon Kontrol Komitesi’nin başvurmaktadır.
- Çamaşırhane çalışanlar için el yıkama bölümü olmalı,



**Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi**

**Mutfak Temizliği, Yiyecek Hazırlanması,
Saklanması ve Düzenlenmesi Talimatı**

**Talimat No : 29
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/3**

1. AMAÇ

Hasta ve hastane personelinin yemek ihtiyacının temiz ve hijyenik olmasını sağlamak.

2. KAPSAM

Hastane yönetimini, mutfak sorumlularını ve dağıtım yapan personeli kapsar.

3. UYGULAMA

Mutfakta çalışacak personel;

1. Bone ve maske kullanmalı. Temiz , yıkanabilir beyaz, cepleri olmayan üniforma giyilmeli.
2. Üniforma işe başlarken giyilmeli, servis alanlarının dışında kullanılmamalı, düğme yerine çit-çit tercih edilmeli, mümkünse günlük olmalı veya sık yıkanmalı,
3. Personel işe ilk başlarken ve mutfığa girerken, tuvalet sonrasında, yara, bere, sivilce ve bandajlara dokunulduktan sonra, kahve, yemek veya sigara molalarından önce / sonra, kirli tabak, araç-gereçler ve çöpler ellendikten sonra, çiğ ve pişmiş yiyeceklerle geçiş aralarında, saç, deri vb. temas sonrasında eller yıkanmalı ve kağıt havlu ile kurutulmalıdır.
4. Eldivenler, farklı işlere geçişlerde, kirli araç-gereç, ekipman ve yüzeylerle temas edildiğinde değiştirilmelidir.
5. Tırnaklar kısa olmalıdır.

Yiyeceklerin Saklanması

1. Son kullanım tarihi yakın olanlar ön kısma, bozulmuş, kullanım tarihi geçmiş, ambalajsız veya üzeri açık ürünler kullanılmamalı, pişmiş gıdalar üst, çiğ gıdalar alt rafa konulmalı,yerden ve duvardan mesafe bırakılmalı,
2. Çürüyebilir bozulabilir yiyecekler hazırlanışlarından sonra iki saat içerisinde tüketilmeli veya hemen dondurulmalıdır.
3. Bozulabilir yiyecekler kesinlikle tekrar kullanılmamalıdır.
4. Gıdalar soğuk hava depolarında veya buzdolaplarında saklanmalıdır.
- 5.Gıdaların mutfakların imkanları dahilinde her gıda grubunun ayrı depoya yerleştirilmesi,

Kuru gıda depolama 15-20 °C , nem %60-70

Soğuk hava depolama Buz.dolabı.max : +4 °C

Derin dondurucu min : -18

Et ve tavuk 0-2 °C,

Balık 1 °C,

Yumurta 3-4 °C,

Süt ve süt ürünlerinin 2-4 °C,

Meyve sebze 4-7 °C,

6. Soğuk hava depolarının kapılarında termometre bulunmalıdır.

7. Dolap, kiler ve depo içleri temizlik koşullarına uygun olmalıdır. Raflar hava sirkülasyonu geçirecek şekilde krom çelik ve delikli olmalı

8. Soğutucu ortamlarda saklama sırasında pişmiş ve çiğ yiyecekler birbirinden ayrı tutulmalı, soğutucu ortamlarda et, vb yiyecekler diğer yiyeceklerden ayrı tutulmalıdır.

9. Kiler olarak kullanılan yerlerde nem olmamalı, Kilerin kapısı açıldığında küf ve nem kokusu alınmamalı. Depo ve kilerde uygun havalandırma sistemleri bulunmalıdır.
10. Deponun tamamının yada mümkün değilse yerden 2 metre yüksekliğe kadar ki bölümün fayans malzemedan yapılması, raf arkasına gelen bütün bölümlerinde aynı özelliği taşıması sağlanmalıdır.
11. Depo güneş ışığı ve dışardan zemin akıntısı almamalı, depo kapısı ıslak bir ortama, pişirme bölümüne açılmamalı, depoda temizlik malzemeleri, deterjan vb saklanmamalıdır.
12. Şeker, tuz ve baharatlar vb toz gıdalar kapalı kaplarda veya tek tek paketler halinde uygun ambalajlarda saklanmalıdır.
13. Depo içlerinin böcek ve sineklerden korunması ilaçlama gerektirmeyecek bir şekilde sağlanmalıdır.
14. Toksik malzemeler kolayca fark edilebilecek biçimde, renkte saklanmalıdır.

Yiyeceklerin Hazırlanması ve Pişirilmesi

1. Mutfakta ;
 - PVC plastikten yapılan doğrama tahtaları kullanılmalı,
 - Tat kontrollerinde ayrı kaşık kullanma,
 - Sebze ve meyveler su dolu kapta 10-15 dakika bekletildikten sonra yıkanmalı, bekletme suyuna limon/sirke ilave edilmeli.
2. Bütün yiyecek hazırlanan yüzeyler temiz tutulmalıdır. Yıkanan sebze ve meyveler tekrar aynı sandık yada kasalara konmamalı.
3. Yemek pişirilen ve bulaşık yıkanan bölümler birbirinden ayrı olmalıdır.
4. Yemek hazırlama ve pişirme bölümlerinde sıcak su tesisatı bulunmalıdır. Yıkama suyunun sıcaklığı düzenli olarak kontrol edilmelidir.
5. Mutfak lavabosunda yiyecek artıkları sık temizlenmeli, periyodik aralıklarla dezenfekte edilmelidir.
6. Yemek pişirme araç ve gereçleri kolay temizlenir paslanmaz özellikte malzemedan yapılmış olmalıdır.
7. Pişirme araç ve gereçlerinin alt yükseklikleri kemirici yuvalanmasını önleyebilecek, kir birikintilerini engelleyecek yükseklikte olmalıdır.
8. Etler, sebzeler, pasta ve hamurlu yiyecekler ayrı ayrı tezgahlarda hazırlanmalıdır. Çapraz kontaminasyon riskleri gıdanın türüne uygun şekilde önceden belirlenerek gerekli tedbirler alınmalıdır.
9. Çalışma tezgahlarında aşınma, çatlama, yiyecek ve kalıntı birikimine olanak verecek hiçbir fiziki özellik bulunmamalıdır.
10. Et doğrama kütükleri sadece bu iş için kullanılmalı, iş bitiminde sıcak su ile yıkandıktan sonra tuzlanmalıdır. Polyamit vb malzemedan yapılmış olanlarda uygun teknikler kullanılarak dezenfekte edilmelidir.
11. Et kıyma makineleri her gün sıcak sabunlu su ile yıkanıp temizlenmelidir.
12. Ağaç saplı bıçak vb çatlaklarında birikme engellenmelidir.
13. Izgara ve diğer araçlar düzenli olarak temizlenmelidir
14. Yemek yenilen, pişirilen ve bulaşık yıkanan bölümler birbirinden ayrı olmalıdır.
15. Yemek hazırlama ve pişirme bölümlerinde pis su çekerleri, yiyecek malzemelerinin yıkanması için gerekli evyeler ayrıca bunlardan bağımsız ve ayrı bölümde el yıkama evyeleri bulunmalıdır.
16. Büyük kapların yıkanması için yıkanması sırasında yıkama havuzunda yıkama ve durulama bölümleri ayrı olmalıdır.
17. Yıkama havuz ve evyelerinin temizliği korunmalı hiçbir koku ve kalıntı olmamalıdır.
18. Atık su uzaklaştırma sistemi iyi çalışmalı, tıkanıklık ve kokuya olanak vermemelidir.
19. Sabun ve kurulama mekanizmaları kontaminasyonu önleyecek biçimde seçilmelidir.

- 20.** Gıda hazırlama bölümü içinde büyük çöp bidonları olmamalı, ayaktan basmalı, kapaklı çöp bidonları kullanılmalı, çöpler için ara biriktirme yeri yapılmamalıdır.
- 21.** Söz konusu bölümlerde uygun aydınlatma olmalıdır.
- 22.** Yemek Hazırlama Personeli, her zaman temiz önlük giymeli, önlükler açık renkli olmalı, yemek hazırlama bölümünde personel için el yıkama lavabosu olmalı, burada sabun, kağıt havlu, atık kutusu (çöp) bulunmalıdır.
- 23.** Personel tuvaletleri yiyecek üretim ve depolama alanlarından uzakta olmalı ve dezenfekte edilebilir fizik özellikte olmalıdır.
- 24.** Personel giyinme odaları temiz tutulmalıdır.
- 25.** İshali olan tüm yiyecek hazırlama elemanları kültür sonuçları uygun oluncaya kadar işten uzaklaştırılmalıdır.
- 26.** Hazırlanan yemekler yemek salonlarında sunum esnasında 65-70 C sunum sıcaklığında sürekli olarak ısıtılmalıdır.
- 27.** Hazırlanan yemeklerden alınan numuneler steril kaplarda ağzı kapalı olarak soğuk hava deposunda 72 saat saklanmalıdır .
- 28.** Tüm yiyecek kapları , çatal, bıçak, kaşıklar bulaşık makinesinde en az 60 C'de yıkanmalı ve 80 C sıcaklıkta durulanmalıdır.

SERVİS

- Eller mutlaka yıkanmalı,
- Eldiven, bone ve maske kullanılmalı,
- Ağızları kapalı, buharlı /sıcak servis arabaları,
- 4 saatten fazla bekletilmemeli,
- Servis için bekleyen yiyeceklerin içine yeni pişmiş yiyecek eklenmemeli,

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Morg ve Postmortem Alanların Temizliği Talimatı	Talimat No : 30 Düzenleme Tarihi : 28.03.2007 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/2
--	--	---

1. AMAÇ

Postmortem dönemde bu alanda çalışan kişilerin sağlıklarının korunarak defin işlemine kadarki sürecin uygun şekilde yapılmasıdır.

2. KAPSAM

Hastanın yaşamı sona erdiği andan başlayan defin işlemine hazır hale gelene kadar yapılan faaliyetleri ve hastanın bakımında görevli tüm personeli, cenazeyi yıkayan ve aynı zamanda define hazırlayan kimseleri kapsar.

3. UYGULAMA

1. Ceset yıkayan kişinin işlem sırasında eldiven, koruyucu önlük, çizme giymesi gereklidir. Eğer aerosol oluşumu beklenmiyorsa maske takılmaz.
2. Morg kullanım alanı içerisinde ortaya çıkacak atıkların toplanmasında "Atık Yönetimi Talimatı"na uyulmalıdır.
3. Morg içerisinde kullanılan lavabolarda sıvı sabun bulundurulmalı, el yıkama kurallarına uyulmalıdır.
4. Ex olan hastaların servislerden sarılarak getirildikleri çarşafklar için ağzı kapalı olan toplama materyali oluşturulmalı, biriktirilen çarşafklar ağzı kapalı ve günlük olarak çamaşırhaneye gönderilmelidir.
5. Morg için hastane genelinden farklı bir havalandırma merkezi oluşturulmalıdır.
6. Morg giriş kapısının hastane toplu kullanım alanlarından farklı bir bölümde olması gereklidir.
7. Ex'lerin yıkanmasında kullanılan malzemelerin her ex için ayrı olması ve işlem sonrası uygun şekilde yok edilmesi, tekrar kullanımının engellenmesi gereklidir.
8. Morg çekmecelerinin sıcaklık derecesinin 0 ile +5 °C arasında olması gereklidir.
9. Morg çekmecelerinin sıcaklık derecesinin günlük olarak yapılması ve kaydedilmesi gereklidir.
10. Eğer tanı konulmuş ve özel önlem alınması gereken bir hastalık varsa, postmortem dönemde, otopsi sırasında veya sonrasında bu hastalığa yönelik özel önlemler ayrıca alınır. Bu durum klinik doktoru tarafından postmortem dönemde görev yapan tüm sağlık personelinin ve cenazeyi yıkayanlara 30 dk. içinde telefonla iletilir.

Morg Temizliği:

Morg alanın zemin, lavabo, duş, tuvalet ve ex'lerin yıkandığı mermer taşın ve Morg çekmecelerinin temizliğinde uyulması gereken kurallar:

1. Eller Yıkanmalı ve uygun olarak eldiven giyilmelidir.
2. Morg buzdolabının içi ve dışının temizliği ile cenazelerin yıkandığı masanın temizliği her cenaze sonrası ve rutin olarak her hafta yapılır.
3. Temizlik su ve deterjan kullanarak temiz alandan kirli alana doğru yapılır.
4. İşlem bitiminde, zemin temizliği bölüm için ayrılan mop ve paspas aracılığı ile temiz alandan kirli alana doğru yapılır.
5. Cenazenin enfekte olduğu bildirilmişse, deterjanla temizlik yapıldıktan sonra dezenfeksiyon için, 1/10'luk sodyum hipoklorit (amaşır suyu, bir litre suya 100 cc) veya klor tabletle (1 litre suya 2 tablet) hazırlanmış solüsyon kullanarak temizliği tekrarlanır.
6. Ortamdaki öp kovalarına "Atık Yönetimi Talimatı"na uygun renkte torba geçirilir.
7. İşlem sonrası oluşan atıkları "Atık Yönetimi Talimatı"na uygun olarak ortamdan uzaklaştırılır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Antibiyotik Uygulama Talimatı


Talimat No : 31
Düzenleme Tarihi : 28.03.2007
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/2

İLAÇ ADI	UYGULAMA ŞEKLİ (İNFÜZYON SÜRESİ)	DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR
AMFOTERİSİN B	500 ml sıvı içinde 2-4 saat	%5 deks. İçinde verilmeli ve allerjik reaksiyonlar açısından gözlenmelidir.
AMİNOGLİKOZİTLER Amikasin,Gentamisin Netilmisin VS.	100-150 ml sıvı içinde 30-60 dk.	Temel kural
AMOKSİSİLİN	100-150 ml sıvıda 30 dk.	Temel kural
AMOK./KLAVULANİK ASİT	100-150 ml sıvıda 30 -40dk.	Dekstrozlu sıvılar içinde verilmemeli,hazırlandıktan sonra bekletilmemelidir.
AMPİSİLİN	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Hazırlandıktan sonra bekletilmemelidir.On dakikadan kısa sürede verildiğinde konvülziyona neden olabilir.
ASİKLOVİR	100-150 ml sıvıda 60 dk.	Temel kural(puşe şeklinde verilmez.im.sc.yapılmaz.)
AZTREONAM	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural
BACTRİM	100-150 ml sıvıda 60-90 dk.	%5 dekstroz içinde verilmeli.
CUBICIN	100ml sıvıda 30 dk	
FLUKONAZOL	Kendi sıvısında 20-40 dk.	Temel kural
GANSİKLOVİR	250 ml sıvıda 60 dk.	Distile su ile sulandırılmalıdır.(puşe şeklinde verilmmez.im.sc.yapılmaz.)
İMİPENEM	100 ml sıvıda 30-60 dk	Ringer laktatla sulandırılmamalı
İNVANZ	100ml sıvıda 30 dk	Serum fizyolojik ile hazırlanmalı.
KLARİTROMİSİN	250 ml.sıvı içinde 60-120 dk.	Distile su ile sulandırılması tercih edilir,serum fizyolojik ile sulandırılmamalıdır.
KLİNDAMİSİN	100-150 ml sıvıda 20-30 dk.	Temel kural
KRİSTALİZE PENİSİLİN	En az 150 ml sıvı içinde 60- 120 dk	Kesinlikle direkt uygulanmamalıdır.
LEVOFLOKSASİN	Kendi solüsyonunda 60 dk.	Alerjik reaksiyon açısından gözlenmelidir.
MEROPENEM	100-150 ml sıvıda 30 dk.	Temel kural
METRONİDAZOL	Kendi solüsyon. 20-40 dk.	Temel kural
OFLOKSASİN	Kendi solüsyon. 20-40 dk.	Temel kural
ORNİDAZOL	100-150 ml sıvı içinde 60 dk	Temel kural
PİPERASİLİN	100-150 ml sıvı içinde 30 dk	Temel kural
PİPERASİLİN-TAZOBAKTAM	100-150 ml sıvı içinde 30-45 dk .	Aminoglikozitler ile karıştırılmamalıdır. Alerjik reaksiyon açısından gözlenmelidir.
SEFALOTİN	100-150 ml sıvı içinde 20-30 dk .	Aminoglikozitler ile karıştırılmamalıdır.
SEFAZOLİN	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural
SEFEPİM	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural

SEFOTAKSİM	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural
SEFTAZİDİM	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural
SEFTRİAKSON	100-150 ml sıvıda 30-60 dk.	Temel kural
SEFUROKSİM	100-150 ml sıvıda 30-60 dk.	Temel kural
SİPROFLOKSASİN	Kendi solüsyon. 20-40 dk.	Temel kural
SULBAKTAM-AMPİSİLLİN	100-150 ml sıvıda 15-30 dk.	Temel kural
SULBAKTAM-SEFOPEROZAN	100-150 ml sıvıda 30-60 dk.	Temel kural
TEİKOPLANİN	100-150 ml sıvıda 30-45 dk.	Temel kural
TİKARSİLİN-KLAVULAN. ASİT	100-150 ml sıvıda 30-45 dk.	% 5 dekstroza ile sulandırılmalıdır.
VANCOMİSİN	100-150 ml sıvıda 60-120 dk.	Allerjik reaksiyon açısından gözlenmeli. İM uygulanmaz.
LİNEZOLİT	Kendi solüsyonunda 60 dk.	Temel kural

UYULMASI GEREKEN TEMEL KURALLAR

- Acil şartlar dışında istem edilmeyen antibiyotikler uygulanmamalıdır.
- Antibiyotikler uygulanmadan 15-20 dakika önce hazırlanmalı.
- Antibiyotikler kan ve kan ürünleri ile beraber verilmemelidir.
- Antibiyotikler birbiriyle karıştırılmamalı, iki antibiyotiğin arasında belli bir süre olmalıdır. Antibiyotikler kendi sulandırıcı solüsyonlarıyla sulandırılmalıdır.

 <p>Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi</p>	<p>TPN Hazırlama Ve Dağıtma Talimatı</p>	<p>Talimat No : 32 Düzenleme Tarihi :01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1</p>
--	---	---

AMAÇ : TPN solüsyonlarla gelişebilecek enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü.

KAPSAM : TPN solüsyonu hazırlanan birimlerdeki sağlık personelinin kapsar.

PERSONEL HAZIRLIĞI :


- El ve bilekteki tüm takılar çıkarılır.
- Genel ve Cerrahi El Yıkama Tekniği talimatı doğrultusunda eller yıkanır.
- Steril önlük giyilir, maske ve bone takılır.
- Steril eldiven giyilir.
- Ayakkabılar değiştirilecek yada galoş giyilecek.

UYGULAMA

1. Mümkünse laminar hava akımı altında, aseptik teknik kullanılarak hazırlanmalıdır. Sağlanamıyorsa , serviste hasta alanından uzak bir yerde özel bir oda içindeki kabinde ya da tezgah üzerinde hazırlanmalıdır.
2. TPN hazırlamada kullanılacak ilaçlar, doktor direktifi yazdıktan sonra talepler temin edilir.
3. Direktifler hemşire tarafında etiket üzerine kaydedilir ve etiket ile doktor orduru karşılaştırılır.
4. Malzemeler kutulardan çıkarılarak kabine yerleştirilir ve kutular oda dışına çıkarılır.
5. Hasta listesine göre etiket yapıştırılır. Etiket üzerine karışıma giren solüsyonlar ve miktarları, solüsyonun içerdiği kaloriler yazılır.
6. TPN solüsyonu kullanılıncaya kadar buzdolabında saklanır.
7. TPN uygulamasında çok şişe ya da tek torba sistemi kullanılır.
8. Tek torba sistemleri hazırlanırken önce dekstroz ile amino asit karıştırılır, daha sonra lipid eklenir.
9. Bu karışım hazırlandıktan sonra ideal olarak 48 saatte kullanılmalıdır.
10. Çok şişeli sistemlerde her solüsyon ayrı şişede ya da amino asit ve dekstroz kombinasyonu bir şişede, lipid ayrı bir şişede verilir. Elektrolitler, mineraller, eser elementler ve vitaminler amino asit solüsyonları ile birlikte verilebilir.
11. TPN solüsyonunda tortu oluşmasına neden olduğu için en son olarak dikkat edilerek kalsiyum ve sodyum fosfat solüsyona eklenir.
12. TPN torbası içine konulacak ilaçlar varsa, her bir torba için ayrı enjektör kullanılmalıdır.
13. Lipid Solüsyonu 20 cc'lik enjektöre çekilerek hazırlanır.
14. Ampul, flakon ve torba ağızlarına enjektör sokulmadan önce alkol ile silinmeli ve 30 sn beklenmelidir
15. Hazırlanan serum karışım üzerine, TPN etiketi yapıştırılır, hazırlayan kişi ve hazırlama tarihi ve saati, hasta ismi kontrol edilir.
16. Enfeksiyonu önlemek için dekstroz- amino asit ve lipid solüsyonları bakteri filtresinden geçirildikten sonra bebeğe verilir.

ODA TEMİZLİĞİ:

- Her kullanımdan önce ve sonra, çalışma alanı ve duvarlar dezenfektan ile silinmelidir.


 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Anne Sütü Saklama Talimatı	Talimat No : 33 Düzenleme Tarihi :01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	---	--

AMAÇ: Anne sütü saklanması ve kullanımına yönelik bir sistem oluşturmak.

KAPSAM : Servis sorumlu hemşiresi, servis hemşireleri, mama hazırlama personeli kapsar.

UYGULAMA:

- Yenidoğan servisinde yatan bebeğin sütü ailesi tarafından getirildikten sonra yada hastanede anne tarafından sağıldıktan sonra servise getirilir ve hemşire tarafından teslim alınır
- Teslim alınan anne sütü servis de bulunan biberonlara boşaltılıp üstüne bebeğin adı-soyadı, alındığı tarih ve saat yazılır, buzdolabına konur.
- Bebeğe verileceği zaman miktar benmari (içinde su olan bir kap ve suyun içi ısıtılır) usulü ısıtılıp bebeğe verilir. Geri kalan buzdolabında bekletilir.
- Anne sütü buzdolabında (0-4 C) 24 saat, oda sıcaklığında (19-22 C) 8 saat bozulmadan bekletilir.


 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Umbilikal Kateter Uygulama Talimatı	Talimat No : 34 Düzenleme Tarihi : 01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	--	---

AMAÇ : Bebeklere uygulanan umbilikal kateterizasyon işleminin uygun hijyeninin sağlanması ve bebeğin enfekte olmasını engellemektir.

KAPSAM :Yenidoğan ünitesinde görevli doktor, hemşireyi kapsar.

UYGULAMA

- a)** Umbilikal kateter steril koşullara uyularak takılır. Cilt antisepsisinde %10 povidon-iyot, % 2 lik klorheksidin antiseptik solüsyon ve %70 lik alkol kullanılır.Umbilikal ven kateteri fonksiyon gördüğü sürece maksimum ondört gün kullanılmalıdır. Umbilikal arter kateteri ise beş gün kalabilir.
- b)** Steril eldiven giyilmeli.
- c)** Kateter takılması, kateter bakımı ve damar içi tedavilerinde asepsi kurallarına göre uygulanmasına dikkat edilmelidir.
- d)** Kateter pansumanı sırasında giriş yerinde akıntı, eritem , ısı artışı gibi enfeksiyon bulguları araştırılır. Giriş yeri %10 povidon iyot ve %70 lik alkol ile silinerek steril gazlı bezi ile kapatılır.
- e)** Kateter rutin olarak değiştirilmemelidir. Ancak kateter ilişkili bakteremi , damar yetersizliği veya tromboz belirtileri varsa kateter çıkarılmalıdır.
- f)** Lipid takılan setler 24 saatte bir değiştirilmelidir.
- g)** Umbilikal kateter yerleştirme öncesinde iyot solüsyonun kullanılması yenidoğan tiroidlerine karşı potansiyel etkisinden dolayı önerilmez.
- h)** Antimikrobiyal direnç ve mantar enfeksiyonuna neden olabileceği için bu bölgelere antibiyotikli kremler uygulanmamalıdır.
- i-** Ünitede yapılan tüm işlemler kayıt edilmelidir.


 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Ventilatör Temizlik Bakım Talimatı	Talimat No : 35 Düzenleme Tarihi :01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	---	--

AMAÇ : Yenidoğan YBÜ sinde kullanılan ventilatörlerin uygun kullanımını ve dezenfekte edilmesini sağlamak.

KAPSAM : Sorumlu hemşire, servis hemşireleri, hasta bakıcıyı kapsar.

UYGULAMA

1. Ventilatör devreleri rutin değil, kirlendiğinde değiştirilmelidir.
2. Ventilatör devresi tek kullanımlık olmalıdır. Ancak çok özel durumlarda tekrar kullanılabilir.
Çıkarılan kirli devrelerin mekanik temizliği yapılır, suyun altında ayrılabilen ekler ayrılır, fırçalanır ve sonra etilen oksite gönderilir veya hazırlanan yüksek düzey alet dezenfektanı ile dezenfekte edilir.
3. Nemlendirici kaplar her gün yıkanmalı ve sıvıları değiştirilmelidir. Tekrar kullanılabilir özellikte ise yeni bir hasta için bir önceki hastadan kalan nemlendirici kabı kesinlikle kullanılmamalı, her yeni hasta için temizlenip dezenfekte edilmiş ve kurutulmuş yeni bir nemlendirici kabı kullanılmalıdır.
4. Nemlendiricinin 12 saatte bir boşaltılıp distile su veya serum fizyolojik ile doldurulmasına dikkat edilmelidir.
5. Ventilatörün dış yüzeyleri, su ve deterjanla temizlenir ve 1/100 çamaşır suyu ile, (ekran,panel gibi hassas yüzeyler tercihen %70'lik alkol ile) dezenfekte edilir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Ünitesi Küvöz Kullanım Ve Talimatı	Talimat No : 36 DüzenlemeTarihi :01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
--	---	---

AMAÇ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kullanılan küvözlerin uygun Dezenfekte ve hijyenini sağlamaktır.

KAPSAM : Hemşire , hasta bakıcı

UYGULAMA

Küvözlerin, açık yatakların ve bebek kotlarının temizliği ve dezenfeksiyonu için genel öneriler ;

1. Küvözlerin dışı her gün temizlenmelidir. Görünür kirlenme olduğunda hemen temizlenmeli.
2. Her küvöz için ayrı bir bez kullanılmalıdır.
3. İşlem; önce küvöz yukarıdan aşağıya doğru su ve deterjan ile silme ve ayrı bir bezle durulama şeklinde olmalıdır.
4. Bebek uzun süredir izleniyor ise küvöz en az haftada bir dezenfekte edilmelidir. 1000 gr dan küçük bebekler için beş günde birdir. Dezenfeksiyon işlemi esnasında bebek başka bir yere alınarak küvözler dezenfekte edilmelidir.
5. Küvözün önce ayrılabilir bütün parçaları çıkarılmalı, fırçalanarak yıkanmalı ve deterjanla ovularak temizlenmelidir. Daha sonra durulanmalı ve kurulanmalıdır. Daha sonra küvözün tüm parçaları hazırlanan 1/100 çamaşır suyu veya hidrojen peroksit ile dezenfekte edilmelidir.
6. Yüzeyler kuruduktan sonra, bebek küvöze alınmalıdır.
7. En yoğun kontamine olan bölgelerin küvöz kapakçıkları ve bu kapakçıkları saran yastıkçık ve kollar , gün içinde en az iki kez küvöz dezenfektanı ile silinmelidir.
8. Küvöz dezenfeksiyonu dışında fan ve filtre sistemlerinin bakımı ve değişimi, üretici firma önerilerine göre yapılmalıdır.
9. Küvözün haznesindeki steril distile su her hastadan sonra boşaltılıp, kabı dezenfekte edilerek tekrar steril distile su ile değiştirilmelidir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Endotrakeal Tüp Bakım Talimatı	Talimat No : 37 Düzenleme Tarihi : 01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
---	---	---

AMAÇ : Endotrakeal tüpün uygulanması ve bakımını sağlamak.

KAPSAM : Birimdeki doktor ve hemşireyi kapsar.

UYGULAMA

1. Açık aspirasyon uygulamalarda her seferinde tek kullanımlık kateter kullanılmalıdır.
2. Solunum sekresyonlarının aspirasyonu sırasında steril eldiven giyilmesi tercih edilir.
3. Steril kateter ile endotrakeal tüp içine girilerek aspirasyon işlemine devam edilmesi gerekiyorsa kullanılan ilk kateter yıkama solüsyonu ile yıkanmalı ve atılmalıdır. Yeni bir steril kateter ile aynı işlem tekrarlanmalıdır.
4. Akciğer sekresyonları yeterince temizlendikten sonra yıkanma solüsyonunda yıkanan kateter ile ağız içi sekresyonları aspire edilir ve yıkanarak kateter atılır.
5. Yıkama solüsyonu olarak 500 ml lik plastik veya cam şişeler içinde serum fizyolojik veya steril su kullanılmalıdır. Bu sıvılar sekiz saatten uzun süre kullanılmamalı, eğer yıkama solüsyonu çok kirlenmiş ise süre beklenmeden değiştirilmelidir. Solüsyon kabının üzerine kullanılmaya başlandığı saat ve tarih yazılmalıdır.
6. Kapalı aspirasyon uygulanan hastalarda 5-15 ml lik plastik ampulü steril aspirasyon sıvısı kateter haznesine verilir ve uygun teknikle aspirasyon tamamlanır.
7. Kapalı aspirasyon kateterleri fonksiyon bozukluğu gelişmesi, kateterin tıkanması, delinmesi gibi durumlarda değiştirilmeli, aksi takdirde rutin olarak değiştirilmemelidir. Kapalı aspirasyon uygulanan hastaya ağız içi sekresyonlarının aspirasyonu için ayrı steril bir kateter ile yapılır.
8. Aspiratör kavanozu doldukça veya 24 saatte bir boşaltılıp, uygun temizliği yapıp, tekrar kullanılmalıdır.



Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yenidoğan Oksijen Talimatı	Talimat No : 38 Düzenleme Tarihi : 01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
---	-----------------------------------	---

AMAÇ: Bebeklerde oksijen cihazını doğru kullanımını sağlamak.

KAPSAM: Doktor, hemşire, hasta bakıcısı

UYGULAMA

1. Direkt O2 verilmesi ;

a) Kuvözde Nazal Oksijen :Servis hemşiresi tarafından oksijen verilecek hasta başındaki nazal oksijen hortumu merkezi sisteme takılır. Sondanın ucu bebeğin burun pasajına 0.5 cm. şekilde tespit edilir. Flowmetre, 1-2 mm/hg seviyesinde açılır. Oksijen ihtiyacı tamamlanıncaya kadar doktor istemine göre tedaviye devam edilir. Tedavi tamamlanınca flowmetre kapatılır ve tespit çözülür.

b) Odalarda Çocuklara Verirken : O2 hortumu merkezi sisteme takılır. Ucuna uygun kanül takılır ve tespit edilir. Flowmetre 2-3 mmhg arası (Dr. İstemine göre) seviyede açılır. Oksijen ihtiyacı tamamlanıncaya kadar doktor istemine göre tedaviye devam edilir.

2. Endirekt O2 Verilmesi ;

a) Maske ile Verilmesi : Maske, bebeğin /çocuğun ağız ve burnu içeriye alacak şekilde yerleştirilir.Flowmetre seviyesi 3-5 mmhg arası (Dr. İstemine göre) bir seviyede açılır. Oksijen ihtiyacı tamamlanıncaya kadar doktor istemine göre tedaviye devam edilir. Tedavi tamamlanınca flowmetre kapatılır ve tespit çözülür.

b) Hood Kullanılacak ise : Hod bebeğin / çocuğun kilosuna göre yerleştirilir. O2 tüp hortumu hoddaki O2 girişine takılır. Flowmetre seviyesi 3-8 mmhg arası (Dr. İstemine göre) bir seviyede açılır.Oksijen ihtiyacı tamamlanıncaya kadar doktor istemine göre tedaviye devam edilir. Dedavi tamamlanınca flowmetre kapatılır.

c) Kuvöz içi : O2 tüpü hortumu kuvözün arkasında yer alan girişe takılır. Flowmetre seviyesi 4-8 mmhg arası (Dr. İstemine göre) bir seviyede açılır. Oksijen ihtiyacı tamamlanıncaya kadar doktor istemine göre tedaviye devam edilir. Tedavi tamamlanınca flowmetre kapatılır.

3. Nazal CPAP ile O2 Verilmesi :

Doktor istemine ve bebeğin genel durumuna göre verilir. Bebeğin kilosuna göre nazal Cpap ile kanül seçimi yapılır. Bebeğe uygun pozisyon verilir. Kanül bebeğin burnuna tam olarak yerleştirilir.Kanül takıldıktan sonra solunum cihazına bağlanır. Dr. tarafından belirlenen dozda oksijen verilir.

Nazal kanül takılan hastaya mutlaka oragastrik sonda takılır ve serbest drenaja alınır. Bebeğin sPO2 si ölçülür. Bu işlem doktor istemine göre devam eder. Hemşire gözlem formuna ve doktor orduruna işlenir.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Mama Hazırlama Talimatı

Talimat No : 39
Düzenleme Tarihi :01.07.2009
Revizyon No : 2
Revizyon Tarihi : 15.03.2014
Sayfa No :1/1

UYGULAMA

- Gıda hijyeni için uygulanan genel prensipler mama hazırlamada da aynen geçerlidir.
- Mama hazırlamadan önce mutlaka eller yıkanmalı
- Mama hazırlamak için kullanılan malzemeler 10 dakika kaynatılmalı,
- Temiz yüzeyde kurutulmalı,
- İçme suyu 10 dakika kaynatılarak 60° C ye kadar soğutulmalı,
- Mama paketi açıldıktan sonra kısa sürede tüketilmeli,
- Üretici firmanın önerileri dikkate alınmalı,
- Artık mama dökülmeli, bekletilerek kullanılmamalıdır,
- Solunum sekresyonları ile mama hazırlayan personelden mamaya mikroorganizma bulaşını önlemek için maske kullanmalı

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Biberon Temizliği Talimatı	Talimat No : 40 Düzenleme Tarihi :01.07.2009 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/1
---	-----------------------------------	---

UYGULAMA

- Tercihen cam olması önerilmekte,
- Plastik, cam biberonlar, emzik ve uçları önce fırçalanmalı, bulaşık makinesinde 65° C yıkanmalı ve 80° C de kurutulmalı,
- Makine yoksa plastik biberon ve parçaları 10 dakika kaynatılmalı,
- Cam biberonlar ise etüvde steril edilmeli, steril edilemiyorsa her hastaya özel olmalıdır.
- Hazırlanan biberonlar steril saklanmalı,
- Her hastaya özel, emzik uçları tek kullanımlık olmalı,
- Temel prensip; kullanılan biberon temizlenip dezenfekte edilmeden, yeniden kullanıma hazır hale getirilmeden tekrar kullanılmamalıdır.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yanık Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı	Talimat No : 41 Düzenleme Tarihi : 01.06.2010 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/3
--	--	---

1.MAÇ Yanık ünitesi biriminde gelişebilecek hastane enfeksiyonlarını önlemek için alınması gereken korunma ve kontrol tedbirlerini belirlemek

2.KAPSAM Yanık ünitesi birimi ve ilgili tüm görevlileri kapsar.

3.TEMEL İLKELER

1. Yanık yarası ile deri bütünlüğü bozulur, mikroorganizmalar kolayca kolonize olup enfeksiyonlara yol açabilir. Mikroorganizma kaynağı hastane ortamı ile hasta ve hastane personelinin vücut florasıdır.

2.Yanık ünitesinde enfeksiyon yönünden riskli hastalar tanımlanmalı ve bunlara yönelik önlemler belirtilmelidir. Endotrekeal tüp, üriner ve vasküler kateterler doku direncini bozarak enfeksiyonlar için risk oluştururlar. Özellikle uzun süre hastanede yatan, geniş yanık alanı olan (>%30), çok sayıda kan transfüzyonu yapılan, dirençli mikroorganizmalarla yanık yarası kolonizasyonu olan 2. ve 3. derece yanıklı hastalar yanık enfeksiyonları için yüksek risklidir.

3.Yanık Ünitesinde patojen mikroorganizmaların bulaşmasının en önemli yolu temastır. Temas önlemleri aksatılmamalı, HEKK tarafından hazırlanan korunma ve kontrol ile ilgili talimatlara özenle uyulmalıdır.

4.HEKK tarafından üniteye günlük aktif sürveyans yapılmalıdır. Gerekli hallerde hastalardan sürveyans kültürlerinin ve tarama kültürlerinin nasıl uygulanacağı HEKK tarafından belirlenir.

5.Yanık hastalarında invaziv aletlerin gerekliliği günlük olarak sorgulanır ve ihtiyaç ortadan kalktığında hemen çıkarılır. Vasküler kateterler mümkün olduğunca yanık bölgesinden uzağa takılır.

4.UYGULAMA

a) Ünite ile ilgili;

1. Yanık ünitesine giriş çıkış kontrol altına alınarak insan ve ziyaretçi trafiği mümkün olduğunca minimal seviyede tutulur.

2. Yanık ünitesinde kullanılan kıyafetler ünite dışında kullanılmaz.

3. El yıkama muslukları yanında antiseptikli sıvı sabun ve kağıt havlu, ayrıca her hasta yatağı başında alkol bazlı susuz el antiseptikleri sürekli olarak bulundurulur.

4.Yanık Ünitesinde ilaçların, özellikle TPN solüsyonlarının hazırlanacağı ayrı bir alan oluşturulur.

b) Personel ile İlgili;

1. Yanık Ünitesinde görev yapan personelin (hemşire, hasta bakıcı vb görevliler) hizmet içi eğitimlerle bu konularda bilgili ve deneyimli olması sağlanır.
2. Uygun önlemlerin alınabilmesi için personel sayısının yeterli olmasına özen gösterilir. İzolasyon odası için ayrı bir hemşire, pansuman malzemelerinin hazırlanmasında da ayrı bir personel sorumlu tutulur.
3. Yanık Ünitesinde deneyim kazanmış temizlik elemanları ile temizliğin yirmi dört saat sürdürülmesi sağlanır.

c) Temas ile İlgili;

1. Yüksek riskli hastalar tek yataklı odalarda izole edilerek bunların bakımı ayrı bir hemşire tarafından yapılır.
2. Başka hastanelerde üç günden fazla yatan, geniş spektrumlu antibiyotik kullanım hikayesi olan, dirençli bakterilerle kolonize ve yüksek enfeksiyon riski olan hastalar izolasyon odasına alınarak sorun mikroorganizmalar kaybolana kadar burada izlenir.
3. Damar içi ilaç uygulamaları mümkün olduğunca kısa tutulur. Lipid içeren solüsyonlar 12-24 saatte, kan ve kan ürünleri ise en fazla 4 saatte verilir. Kullanım sonrası bunların setleri mutlaka değiştirilir.

d) Yanık Pansumanı

1. Yanık pansumanları, yüksek riskli hastalarda (%30 ve üzeri yanığı olan, ikinci-üçüncü derece hastalar, invaziv alet bulunan hastalar, dirençli mikroorganizmalarla kolonize veya enfekte hastalar) mümkün olduğunca, kendi odalarında yapılır. Diğer hastalar için ortak pansuman odası kullanılabilir.
2. Pansumana başlanmadan önce odada bulunan kullanım malzemeleri (hasta dosyası, hastaya ait özel eşyalar, vb) açıkta kalmayacak şekilde toparlanıp, dolaba kaldırılır. Temizlenmesi zor olan araç-gereçlerin üzeri disposable/temiz bir örtü ile örtülür.
3. Hasta odasında pansuman yapılacak ise, hastanın altına, yatak ve çevresini tamamen kapatacak, tercihen su geçirmez, temiz bir örtü serilmesi önerilir.
4. Kontaminasyonların önlenmesi için pansuman odasında çalışan ekibin görev dağılımı uygun şekilde planlanır. Planlamayı bu konuda deneyimli birisi yapar ve pansumanda bulunur.
5. Pansumana öğrenci grubu katılacaksa önce yanık pansumanı ile ilgili eğitim verilir.
6. Steril pansuman malzemelerinden ve bunların dağıtımından sorumlu ayrı bir kişi bulunur.
7. Pansumana katılacak ekip, standart koruyucu önlemlere özen gösterir. **El Hiyeni ve**

Eldiven Kullanımı Talimatı"na uygun şekilde eller yıkanır, maske, tek kullanımlık önlük ve eldiven giyilir.

8. Her hasta için yeni bir pansuman seti kullanılır.
9. Pansuman odasına alınan hasta sedyeye, temiz yeşil örtü üzerine alınır. Kirli pansuman materyali alınarak çevreyi kontamine etmeden en kısa sürede, kırmızı tıbbi atık torbasına atılır. Delici- kesici atıklar için sarı atık kovası kullanılır.
10. Kirli pansuman materyali uzaklaştırıldıktan sonra nonsteril eldiven çıkarılır, eller yeniden yıkanır ve steril eldiven giyilir.

11. Yara bölgesi temiz alandan kirli alana doğru steril serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle silinir gerekirse topikal antimikrobiyal ajanlar uygulanarak pansuman yeri steril petlerle kapatılır ve sargı ile sarılır.

12. Sedye üzerindeki yeşil örtü kirli bölge içeride kalacak şekilde temiz kısımlarından içeriye doğru kıvrılarak toplanır. Sağlam, su geçirmez torba ile ağzı kapatılarak çamaşırhaneye gönderilir.

13. İşlemler bitince kullanılan koruyucu giysiler (maske, önlük, eldiven) tıbbi atık

torbasına atılarak eller **El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı**"na uygun şekilde yıkanır.

e)Alet ve Ortam Temizliği

1. Tek kullanımlık olmayan araç gereçler kurumasına izin vermeden uygun prosedürle

temizlenip, dezenfekte edilir.(**Dezenfeksiyon/ Sterilizasyon Talimatı**"na bakınız.). Aletler dezenfektan çözelti içerisinde saklanmamalıdır.

2. Hastalar için kullanılan leğen, küvet, sürgüler yıkanıp dezenfekte edilir ve kurutularak saklanır.

3. Yanık ünitesinde temizlik, toz kaldırmayacak bir yöntemle (ıslak temizlik) yapılır ve çevrenin ıslak kalmaması sağlanır. (**Hastane Temizliği Talimatı**"na bakınız.)

4. Hasta yatağı ve yastıklar daima plastik koruyucu ile kullanılır, kontaminasyon halinde %1 çamaşır suyu dezenfekte edilir.


5. Oyuncaklar yıkanabilir ve silinebilir olmalıdır. Kontaminasyon düşünüldüğünde %1 çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.

f) Hidroterapi ile İlgili Önlemler;

1. Hidroterapi tankı her hastadan sonra boşaltılıp deterjanla temizlenir ve arkasından %1 çamaşır suyu ile silinir, durulanır ve kurutulur. Her temizlikte, gelen su musluğunun ağız kısmı da uygun dezenfektanla dezenfekte edilir.

2. Şebeke suyunun olmadığı durumlarda depo suları bakım ve kontrolü yapılır ve klorlandıktan sonra kullanılır.

3. Ünitede yapılan tüm işlemler kayıt edilir.

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Yanık Ünitesi Havalandırma Sistemi Talimatı	Talimat No : 42 Düzenleme Tarihi : 01.06.2010 Revizyon No : 2 Revizyon Tarihi : 15.03.2014 Sayfa No :1/3
--	--	---

1.AMAÇ Yanık ünitesi biriminde gelişebilecek hastane enfeksiyonlarını önlemek için alınması gereken korunma ve kontrol tedbirlerini belirlemek

2.KAPSAM Yanık ünitesi birimi ve ilgili tüm görevlileri kapsar.

GENEL İLKELER

Yanık ünitesinde havalandırma sistemi hastanelerin kritik alanlarında uygulanan havalandırma sistem esasına göre düzenlenmelidir. Deri bütünlüğü bozulmuş olan hastaların enfeksiyon gelişiminde en önemli risk faktörü hastane ortamında yeterince güvenilir özellik taşımayan ortam havasıdır. Kolonizasyon yanık hastalarında önce cilt florasında bulunan bakteriler daha sonra da hastane çevresinde bulunan dirençli patojenlerle gelişir. Yanık hastaları havalandırma sistemi yeterli standartları taşımayan hastanelerde solunum yolu enfeksiyonlarından daha yüksek oranda yanık yara enfeksiyonu ve sepsis ile karşı karşıya kalırlar. Bu nedenle yanık ünitesinde havalandırma sistemi hastaların sepsis gelişimi üzerine doğrudan etkili olabilecek hayati önem taşır. Havalandırma sisteminde

1. Isıtma-soğutma düzenekleri,
2. Gürültüyü azaltıcı düzenekler
3. Partikül tutucu filtreler bulunmalıdır.

Hastane içindeki hava sirkülasyonu boyunca, hava içindeki gaz kontaminasyonu giderek artar. Havanın temizlenebilmesi için sadece filtrasyon yeterli değildir. Bu nedenle, hastane içindekilerin sağlığını korumak ve konforunu sağlamak amacıyla, sirküle olan havanın bir bölümünün mutlaka dışarıdan gelen taze hava ile değiştirilmesi gerekir. Dışarıdan gelen hava yeterince uygun ısıda olmalı, yeterli oksijen içeriğini taşımalı, hastalandırıcılık özelliği bulunan mikroorganizmalardan arındırılmış olmalıdır. Mikroorganizmalardan arındırma işlemi bu açıdan özel bir önem taşır. Bu işlem partikül tutucu filtre sistemleri ile gerçekleştirilir. Partikül tutucu filtre özelliği bulunmayan klima ya da diğer havalandırma sisteminin vereceği hava yanık hastaları için son derece zararlı olabilir. Üstelik belirli bir basınç ile uygulanmaması sonucu hedeflenen birim zaman içinde belirli sayıdaki hava sirkülasyonu ve değişimi de söz konusu olamaz. Bu da kontaminasyonun artışına zemin hazırlar.

Partikül tutucu özellik havalandırma özelliği gösteren düzeneklerde filtrasyon sistemi ile sağlanır. Uygun filtrasyon teknolojisi kullanılarak, enfeksiyon kontrolü açısından Yanık Ünitelerine partikülden arındırılmış hava vermek mümkündür.

Hastanelerde filtre sistemleri boyutu, kalınlığı ve partikül tutma kapasitesine göre farklıdır. Bu etkinlik %30-99 arasında değişiklik gösterir. Yanık ünitesi üst düzey filtrasyonun sağlandığı ameliyathane, transplantasyon ünitesi, immünsupressif hasta servisleri, yoğun bakım üniteleri gibi merkezlerle eşdeğer tutulmalıdır. Bu servislerde kullanılan filtrasyon sistemleri 0.3µm partiküllerin %99.97'sini tutabilen ve "High Efficiency Particulate Air" (HEPA) filtresi olarak adlandırılan sistemlerle sağlanmalıdır.

Havalandırma sistemi havanın aktarıldığı sızdırmaz kanallar, nemlendirici ve ısıtıcı düzenekler ve partikül tutucu filtrelerden oluşan bir bütündür. Bu sistemin Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından periyodik olarak kontrollerinin yaptırılması ve aksaklık durumunda kalıcı çözümler sağlanmalıdır. Yanık ünitesinde özel havalandırma sisteminin bakımı teknik ekip tarafından düzenli olarak yapılmalı, sıcaklık, nem ve akım kontrolleri sağlanmalı, her üç ayda bir partikül ölçümleri yapılmalıdır.

Yanık Ünitesinde Havalandırma Sisteminin Özellikleri

Yanık ünitelerinde havalandırma sistemi için öncelikli konulardan biri sıcaklıktır. Ortam sıcaklığı mümkün olduğunca ideal şartlarda tutulmalıdır. Isının artışı bakteri kolonizasyon artışını ve enfeksiyon gelişimini kolaylaştırır. Ortamın ısı azalması ise katabolik süreci artırır ve immün sistemin baskılanmasını kolaylaştırır. Bu durum enfeksiyon gelişimi için önemli bir risk oluşturur. Yanık ünitelerinde ideal ortam **sıcaklığı** 21-24 C olmalıdır. Yanık ünitelerinde havalandırma sistemi ile ilgili önemli bir başka konu da rölatif nemdir. Aşırı nem, ciltte ve yanık alanında mikroorganizma kolonizasyonunu artırır. Rölatif nemin azalması ciltte kuruluğa, doku iyileşmesinde azalmaya ve enfeksiyon gelişiminin kolaylaşmasına neden olmaktadır. Yanık ünitelerinde ideal rölatif nem %40 olmalıdır.

Yanık ünitelerinde en kritik konu ise havalandırma sisteminin temiz ve ideal hava sirkülasyon özellikleridir. Bu hava saatte belirli sayıda değişime uğramalı ve belirli sayıda temiz hava girişi sağlanmalıdır. Bu durumun gerçekleşmemesi hastane ortamında bulunan hava yolu ile bulaşan mikroorganizmaların bütünlüğü bozulmuş deri yüzeyinde kolayca kolonizasyon ve enfeksiyon gelişimine neden olmaktadır. Yanık ünitelerinde saatte en az 6-12 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bu hava değişiminin en az 3'ü temiz hava ile olmalıdır. İmmünsüprese hasta olarak kabul edilen yanık hastalarının yattığı yoğun bakım ünitelerinde pozitif basınç sağlanmalıdır.

Pozitif Basınç Sistemi

Yanık ünitesi içinde en ideal havalandırma sistemi pozitif basınç sistemi ile sağlanır. Bu sistemde hastanın bulunduğu ortama daima temiz hava girişi sağlanır. Hava akımı temiz ortamdan kirli ortama doğru gerçekleşir. İmmün sistemi baskılanan yanık hastaları bu sayede sürekli temiz hava ile karşı karşıya kalır. Özellikle yeni gelen ve

major yanık olarak adlandırılan hastaların (yanık alanı >%40) ya da tam kat yanıklı hastaların epitelizasyonu gerçekleşene kadar pozitif basınçlı odalarda tedavi görmesi önerilmektedir. Bu durum yanık infeksiyonlarının gelişimini büyük ölçüde kontrol altına alınması açısından oldukça önemlidir. Hava sirkülasyonu pozitif basınç sistemi ile istenen oranda sağlanabilir ve ortamın temiz havası sürekliliği gerçekleştirilmiş olur. Yanık ünitesinde ameliyathane ve pozitif basınç odalarında bu sistem sağlanmalı, yoğun bakım ünitesi ve yoğun bakım özellikli tekli odalar ile yıkama havuzunun bulunduğu odalarda da mümkünse pozitif basınç sağlanmalıdır. Bunun dışında rehabilitasyon odaları, çoklu yatağın bulunduğu odalarda pozitif basınç sağlanmayabilir.

Yanık Servisinde Havalandırma Sisteminin Özellikleri Neler Olmalıdır?

İdeal bir Yanık Ünitesi içerisinde yanık hastalarının takip ve tedavi edildiği tek kişilik ya da daha az kritik hastaların takip ve tedavi edildiği iki ya da üç kişilik odalar, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane ile yıkama havuzunun yer aldığı hasta yıkama odası ve panuman odası bulunmalıdır. Bu odaların her biri için ideal havalandırma sisteminin teknik özellikleri aşağıda sunulmuştur

Değişken	Pozitif basınçlı oda (Koruyucu ortam)	Yanık YBU	Yanık Ameliyathanesi	Yıkama Odası
Filtrasyon	%99.97	En az %90	En az %90	En az %90
Oda içi basınç	Pozitif	Nötr / Pozitif	Pozitif	Nötr / Pozitif
Hava değişimi (h)	≥12	≥6	≥15	≥15
Sıcaklık	21-24 C	21-24	20-23	21-24
Resirkülasyon	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
Hava akım yönü	Temizden kirliye	Temizden kirliye	Temizden kirliye	Temizden kirliye
Rölatif Nem	%30-60	%30-60	%30-60	%20-50

Pozitif basınç sistemleri ve havalandırma sistemi Yanık ünitelerinde kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir. Herhangi bir arıza durumunda derhal bu arızanın giderilmesi söz konusu olabilmeli, elektrik kesintileri ve diğer teknik arızalara karşı bilgi sahibi ve donanımlı teknik ekip en kısa sürede müdahale edebilmelidir.



Fırat Üniversitesi Hastanesi
Hastane Enfeksiyon Kontrol
Komitesi

Cerrahi Profilaktik Antibiyotik Kullanma Talimatı

Talimat No : 43
Düzenleme Tarihi:28.03.2014
Revizyon No :
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :1/3

1. AMAÇ

Cerrahi girişimlerde cerrahi insizyon öncesinde; uygun antibiyotiğin, uygun zamanda, yeterli dozda ve sürede başlanması sağlanmasıdır.

2. KAPSAM

Hastanedeki tüm cerrahi birim doktorlarını kapsar.

3. UYGULAMA

1. Profilaktik antibiyotik kullanımı klinik çalışmalarla, postoperatif enfeksiyon riskini azalttığı gösterilen cerrahi girişimler için önerilir.

2. Optimal etkinlik elde edilebilmesi için antimikrobiyal profilaksinin cerrahi insizyondan iki saat önceki zaman dilimi içinde yapılması gereklidir. Antibiyotiğin uygulama zamanı kritik önem taşır. İnsizyon sırasında ve dokuların mikroorganizmalarla potansiyel kontaminasyon süresi boyunca antibiyotiğin dokuda bulunması istenir. Amaç, bakteriyel floranın azaltılması ve konağın normal savunma mekanizmalarının karşı koyabileceği düzeye getirilmesidir. Pratik olarak, **anestezi indüksiyonu ile verilmesinin en iyi zamanlama olduğu** belirtilmektedir.

3. Antibiyotiklerin profilaktik olarak kullanım süreleri sınırlıdır. Birçok cerrahi girişimde, antibiyotiklerin postoperatif dönemde vermeye devam edilmesinin gerekli olmadığı, süperenfeksiyona neden olduğu ve antimikrobiyal direnç gelişimini artırdığı bilinmektedir.

4. Genel olarak profilaktik antibiyotiğin **tek doz** olarak verilmesi yeterlidir. Operasyon uzun sürüyor, kan kaybı fazla ve kullanılan antibiyotiğin yarı ömrü kısa ise, ikinci doz gerekebilir.

5. İmmünsüpresif hastaların profilaksisinde, ilgili girişim ve lokalizasyonla ilgili standart öneriler geçerlidir. İmmünsüpresif hastalar için profilaksi süresi maksimum 72 saat olmalıdır.

6. Penisilin allerjisi olan hastalarda profilakside önerilen ajan klindamisindir.

7. Laparoskopik ve endoskopik uygulamalarda, ilgili lokalizasyon için önerilen profilaksi geçerlidir.

CERRAHİ TİPİ	ÖNERİLEN PROFİLAKSİ	AÇIKLAMALAR
MİDE VE BİLİYER SİSTEM CERRAHİSİ (Perkütan gastroskopik gastrostomi ve laporoskopik kolesistektomi dahil) Yalnız yüksek riskte yapılır.	Sefazolin veya Sefoksitin veya Seftizoksım veya Sefuroksim 1.5 g, İV tek doz (Bazı otörler 12 saatte bir 2-3 ilave doz kullanılmasını önermektedir).	Gastroduodenal ↑ risk:Obesite, ↓gastrik asit, ↓motilite. Biliyer ↑ risk: > 70 yaş, akut kolesistit, non-fonksiyone safra kesesi, obstrüktif sarılık, kanal taşları.
ERCP	Obstrüksiyon yoksa profilaksi gereksiz. Obstrüksiyon varsa Siprofloksasin 500-750 mg PO operasyondan 2 saat önce veya Piperasilin 4g, İV 1saat önce.	Yeterli drenaj kolanjit ve sepsisi önleyebilir. Yetersiz ise profilaksi gerekir.
KOLOREKTAL CERRAHİ (APENDEKTOMİ DAHİL) Elektif cerrahi	Metronidazol+Eritromisin PO veya Sefazolin 1-2 g, İV + Metronidazol 0.5 g, İV tek doz	
Acil cerrahi	Sefazolin 1-2 g, İV + Metronidazol 0.5 g, İV tek doz veya Sefoksitin 1-2 g, İV	
Rüptüre organ	Sefoksitin 3x1, İV 5 gün veya Seftriakson 2x1 gr IV + Metronidazol 3x0.5 gr İV 5 gün	Peritonit gelişmişse; Gram (-) aerop ve anaeroplari içeren antibakteriyel tedavi başlanır. Örn.: Kinolon veya seftriakson + Metronidazol
BAŞ-BOYUN CERRAHİSİ	Oral, faringeal mukozaları kapsayan ameliyatlarda profilaksi önerilir. Kontamine olmayan baş ve boyun cerahisinde gerekmez. Sefazolin 2 g İV (tek doz) veya Klindamisin 600-900 mg, İV, tek doz + Gentamisin 1.5 mg/kg, İV, tek doz	
OBSTETRİK/JİNEKOLOJİ Vaginal veya abdominal histerektomi	Sefazolin 1-2 g, İV, tek doz veya Sefoksitin 1-2 g, İV, tek doz veya Sefuroksim 1.5 g, İV, tek doz NOT: Ameliyattan 30 dakika önce uygulanır.	Uzayan operasyonlarda dozlar her 3 saatte bir tekrarlanabilir.
Erken membran rüptürü veya komplike sezaryende	Sefazolin 1 g, İV, umbilikal kord klampe edilir edilmez. 6-12 saat sonra tekrar.	
Abortus	1.trimestirde ise Kristalize Penisillin-G 2 MÜ, İV veya Doksisiklin 300 mg PO; 2. trimestirde ise Sefazolin 1 g, İV	
KARDİYOYOVASKÜLER CERRAHİ Sadece aşağıdaki durumlarda kullanılır: - Abdominal aorta rekonstrüksiyonu - Kasık insizyonu içeren bacak operasyonları - Prostetik yabancı cisim konulan vasküler girişimler - İskemi nedeniyle alt ekstremitte amputasyonu - Kardiyak cerrahi - Kalıcı pacemaker takılması	Sefazolin 1 g, İV, tek doz (veya 3x1 g 1-2 gün) veya Sefalotin 2 g tek doz (veya 4-6 saatte bir 2 g, 1-2 gün) veya Sefuroksim 1.5 g, İV tek doz (veya 3x1.5 gm, 1-2 gün) veya Vankomisin 1 g İV, başlangıç dozu ve 12 saatte bir 1 g veya 4x500 mg/gün, 2 gün.	Kardiyak kateterizasyon için profilaksi önerilmez. Prostetik kalp kapağı ameliyatı sonrası retrosternal drenaj kateterinin çıkarılması ile profilaksi bitirilir; bypass biterken 2. doz antibiyotik uygulanır. MRSA sıklığı ↑ ise Vankomisin önerilir. Kasık insizyonlarında vankomisine Sefazolin eklenir.
ÜROLOJİK GİRİŞİMLER İdrarı steril hastalarda antimikrobiyal profilaksi tavsiye edilmez. Preop. bakteriüri saptananlar ise önce tedavi edilmelidir.	Preoperatif bakteriüri saptananlarda perioperatif Sefazolin 1 g, İV, 3x1, 1-3 doz verilir, sonra kateter çıkarılana kadar veya 10 gün süre ile (oral	Tüm ürolojik girişimlerde sonradan gelişecek sepsisi önlemenin en önemli şartı, cerrahi girişim sırasında idrarın steril olmasıdır. İdrarda bakteri üremişse, kültür ve antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisi verilip, kültür negatif olduktan sonra cerrahi girişim

	Nitrofurantoin veya TMP/SMX verilir.	uygulanır. Üst üriner sistem enstrümantasyonu, üriner sistemin endoskopik incelemeleri, üretra dilatasyonu; enfeksiyon bulgusu yoksa profilaksi gerektirmez.
Transrektal prostat biyopsisi	12 saat önce ve 12 saat sonra birer doz Siprofloksasin 500 mg, PO.	
Transuretral veya transvezikal prostatektomi	Sefazolin 1 gr İV tek doz veya Siprofloksasin 400 mg İV tek doz	
Nefrektomi, nefrolitiazis	Sefazolin 1 gr İV tek doz	Ameliyat öncesi uzun süre kateter takılmış hastalarda etken mikroorganizmalar büyük olasılıkla dirençli nozokomiyal patojenler olacaktır. Profilakside bu durum dikkate alınmalıdır. İdrar steril ise tek doz antibiyotik profilakside yeterlidir. Aksi halde kültür sonucuna göre tedavi verilir.
ORTOPEDİK CERRAHİ		
Kalça artroplastisi, spinal füzyon Total eklem replasmanı	Sefazolin 1 g, İV, tek doz (veya 3x1 g 1-2 gün) veya Vankomisin 1 g, İV, tek başlangıç dozu ve 12 saatte bir 1g veya 4x500 mg/gün, 2 gün.	Kardiyak cerrahide olduğu gibidir "Hemovak" çıkarılınca profilaksi sonlandırılır. MRSA sıklığı ↑ ise Vankomisin önerilir.
Kapalı kırıkta açık redüksiyon+ internal fiksas.	Seftriakson 2 g, İV veya İM tek doz	
BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ		
Temiz, implant yok (Ör: Kraniotomi)	Sefazolin 1g, İV, tek doz. veya Vankomisin 1g, İV, tek doz	
Temiz, kontamine (sinüslerden geçiliyorsa, transsfenoidal/ transorofaringeal gibi)	Klindamisin 900 mg, İV, tek doz.	Ampisilin-sulbaktam 1.5gr İVveya (sefuroksim 1.5 gr İV + metranidazol 0.5 gr IV tek doz kullanılabilir).
BOS şant cerrahisi	Vankomisin 10 mg + Gentamisin 3 mg intraventriküler veya TMP/SMX 960mg (2 ampül) İV preop ve 3 kez 12 saatte bir tekrarlanır.	
MEME CERRAHİSİ, HERNİ TAMİR OP.	Parenteral 1., 2. Kuşak Sefalosporinler . Sefazolin 1-2 g, İV, tek doz Veya Sefoksitin 1-2 g, İV, tek doz Veya Sefuroksim 1.5 g, İV, tek doz	
PERİTON DİALİZ KATETERİ TAKILMASI	Vankomisin 1g, İV, tek doz, işlemden 12 saat önce	
TORAKS CERRAHİSİ	Sefazolin 1-2 gr İV veya Sefuroksim 1.5 gr İV 24-48 saatte sonlandırılır	

 Fırat Üniversitesi Hastanesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Acil Serviste Enfeksiyon Kontrol Talimatı	Talimat No : 44 Düzenleme Tarihi:28.03.2014 Revizyon No : Revizyon Tarihi : Sayfa No :1/1
--	--	--

1- AMAÇ

Acil serviste çalışan sağlık personelinin ve acil servise başvuran hastaların enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi için alınacak önlemlerin belirlenmesidir.

2- KAPSAM

Acil serviste çalışan tüm sağlık personelini kapsar.

3- UYGULAMA

- Acil durumlarda ağızdan ağıza resusitasyon olasılığını en aza indirmek için ağızlık, ambu gibi solunum aletleri hazırda bulundurulmalıdır.
- Acil serviste kullanılan alet ve ekipmanlar “**Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı**”na uygun dezenfekte edilmelidir.
- Acil servisin yoğunluğundan ve hastalara acil müdahale gerektiğinden, asepsi kurallarına uyulmadan yapılan girişimler enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu nedenle yapılması gereken işlemlerin aciliyeti iyi değerlendirilmeli, işlemler mümkünse hasta yattıktan sonra serviste, daha uygun koşullarda yapılmalıdır.
- Her hasta ile temastan önce ve sonra “**El Hijyeni Talimatı**” na uygun olarak eller yıkanmalıdır.
- Kan ya da benzeri vücut sıvıları ile temas sırasında “**Standart İzolasyon Prosedürü**”ne uygun hareket edilmelidir.
- Perkütan yaralanmaların önlenmesi için iğneler kullanıldıktan sonra kılıflarına tekrar takılmamalı, eğilip bükülmemeli, iğne atık kutusuna atılmalıdır.
- Kesici-delici aletlerle yaralanma durumunda “**Delici-Kesici Yaralanmalarda Korunma ve İzleme Talimatı**” na uygun hareket edilmelidir.Üriner kateter ve santral venöz kateter takılması esnasında “**İdrar Kateteri Uygulama ve İdrar Kültürü Alma Talimatı**” ve “**Kateter, Kateter Pansumanları, İnfüzyon Setleri ve Sıvılarının Değiştirilme Sıklığı ile İlgili Talimatı**”na uyulmalıdır.
- Acil Ünitesinin genel yüzey temizliği “**Hastane Temizlik Talimatı**”na uygun olarak temizlenmelidir.