



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
EN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 57

## 1-ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI

### ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN GÖREVLERİ

- Hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Programının uygulanmasını sağlamak, yönetime ve ilgili bölümlere bu konularda öneriler sunmak,
- Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak hastanemizde uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektiğinde güncellemek,
- Hastanemiz sağlık çalışanlarına bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek,
- Hastanemizin ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun sürveyans programını uygulamak, geliştirmek ve çalışmaların sürekliliğini sağlamak,
- Hastane enfeksiyonu yönünden öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek,
- Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, yataklı tedavi kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmek,
- Hastalar veya sağlık çalışanları için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak,
- Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek,
- Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek,
- Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirmek,
- Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmak,
- Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve yönetime iletmek,
- Hasta bakımı ile ilgili enfeksiyon kontrol politikalarını oluşturmak ve uygulamaları izlemek,
- Sürveyans verilerini değerlendirmek ve sorunları ortaya koyarak çözüm önerilerini üretmek,
- Verileri, sorunları ve çözüm önerilerini hastanenin ilgili birimlerine duyurmak,
- Sağlık çalışanlarını meslek enfeksiyonları yönünden takip etmek,
- Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolünü sağlama

## **ENFEKSİYON KONTROL EKİBİNİN GÖREVLERİ**

Enfeksiyon Kontrol Ekibi; Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Hekiminden oluşur. Görevleri:

- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenen birimlerde hastane enfeksiyonları sürveyansını yürütmek, sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirip sonuçlarını yorumlamak, gerekirse Düzeltici Önleyici Faaliyetler başlatmak ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi toplantılarında sunmak,
- Personelin mesleğe bağlı enfeksiyon ile ilgili risklerini takip etmek, koruyucu tıbbî önerilerde bulunmak, gerekli durumlarda bağışıklama ve profilaksi programlarını düzenlemek ve uygulamak üzere enfeksiyon kontrol komitesine teklifte bulunmak,
- Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, yataklı tedavi kurumlarındaki antibiyotik kullanımını izlemek, yönlendirmek ve enfeksiyon kontrol komitesine bilgi vermek,
- Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerini denetlemek,
- İlgili idari birimlerle koordinasyon halinde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini belirlemek ve denetimini yapmak,
- Yıllık çalışma ön raporunu hazırlamak ve enfeksiyon kontrol komitesine sunmak,
- Enfeksiyon kontrol komitesinin gündemini belirlemek ve sekreteryasını yürütmek,
- Periyodik toplantılarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin aldığı kararların uygulamaya geçirilmesini ve takibini sağlamak,
- Sağlık çalışanlarına yönelik enfeksiyon kontrolü ile ilgili hizmetiçi eğitim programlarını oluşturmak ve program çerçevesinde eğitimleri vermek,
- Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmaları başlatmak ve yürütmek,

## **ENFEKSİYON KONTROL HEKİMİNİN GÖREVLERİ**

- En az haftada bir kere enfeksiyon kontrol hemşireleri ile bir araya gelerek çalışmaları değerlendirmek, gerekli görülen her durumda enfeksiyon kontrol hemşiresine tıbbî direktif ve tavsiye vermek,
- Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından yürütülen çalışmaları ve hizmetiçi eğitim programını denetlemek,
- Yataklı tedavi kurumu personeline hastane enfeksiyonları konusunda Enfeksiyon Kontrol Komitesinin programları çerçevesinde eğitim vermek,
- Sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirip, sonuçlarını yorumlayarak, periyodik olarak enfeksiyon kontrol ekibine bilgi vermek ve enfeksiyon kontrol komitesinin toplantılarında bu verileri sunmak,
- Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev almak, Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmaları başlatmak ve yürütmek,
- Bölümlerle ilgili sorunları o birimlere iletmek, bu birimlerin kontrol tedbirlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesine katılımlarını sağlamak.

## **ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRESİNİN GÖREVLERİ**

- Hastane enfeksiyonları sürveyansını yürütmek amacıyla, mikrobiyoloji laboratuvarından kültür sonuçlarını izlemek, günlük klinik ziyaretleri ile hastaları değerlendirmek, sorumlu hekim ve hemşirelerle koordinasyon sağlayarak hastane enfeksiyonu gelişen vakaları saptamak ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,
- Toplanan sürveyans verilerinin bilgisayar kayıtlarını tutmak,
- Klinik enfeksiyon hızı artışlarını veya belirli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonlardaki artışı belirlemek ve bunları enfeksiyon kontrol hekimine bildirmek,
- Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılmak,

- En az haftada bir kez enfeksiyon kontrol hekimi ile biraraya gelerek, çalışmalarını değerlendirmek,
- Bölümlerle ilgili sorunları enfeksiyon kontrol hekimi ile birlikte o bölümlere iletmek, ilgili bölümlerin kontrol tedbirlerinin oluşturulması ve uygulanmasına katılımlarını sağlamak,
- Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev almak,
- Hastane genelinde enfeksiyon kontrol uygulamalarını izlemek,
- Sağlık çalışanlarına hastane enfeksiyonları ve kontrolü konusunda eğitim vermek

## 2-SÜRVEYANS YÖNTEMİ VE KAPSAMI

### 1.AMAÇ

Hastane enfeksiyonu hızlarının ve zaman içinde meydana gelen değişikliklerin saptanması, enfeksiyon hızlarındaki anlamlı artışların fark edilmesi, kontrol önlemlerinin alınması ve bu önlemlerin etkinliğinin araştırılması için yürütülmesi gereken sürveyans programının yöntemini belirlemektir.

### 2.TANIM

**Sürveyans;** belirli bir amaca yönelik olarak veri toplanması, toplanan verilerin bir araya getirilerek

yorumlanması ve sonuçların ilgililere bildirilmesinden oluşan dinamik bir süreçtir.



**Hastane enfeksiyonu;** hastanın hastaneye başvurduğu anda inkübasyon döneminde olmayan, yatışından en az 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan sonra 10 gün içinde gelişen enfeksiyonlardır.

### 3.KAPSAM

Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi (EKH)'ni kapsar.

### 4.UYGULAMA

- Hastanemizde Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Yataklı Hasta Servisinde aktif prospektif hastaya dayalı, laboratuvar destekli sürveyans yapılmaktadır.
- Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde invaziv araç ilişkili sürveyans (mekanik ventilatör, üriner kateter, Genel Cerrahi hastalarında ise cerrahi alan ilişkili sürveyans yapılmaktadır.
- Salgın şüphesi durumunda retrospektif sürveyans yapılmaktadır.
- EKH Mikrobiyoloji laboratuvarlarından gelen kültür sonuçlarını izleyerek, pozitif kültür sonucu olan hastaları saptar ve dosyalarını inceler.
- EKH sürveyans yapılan kliniklere ve yoğun bakımlara günlük vizitler yaparak hastaların lökosit, CRP, ateş değerlerini, aldığı antibiyotikleri, kültür sonuçlarını, mekanik ventilasyon ve invaziv araçlarla ilgili bilgileri "**Klinik Sürveyans İzlem Formu**" ve "**Yoğun Bakım Sürveyans İzlem Formu**"na kaydeder.Gerek duyduğunda hastayı izleyen hekim ve Enfeksiyon Kontrol Hekiminin görüşlerini alarak hastane enfeksiyonu tanımına uyan hastaları saptar.
- Hastane enfeksiyonu saptanan hastalar ile ilgili bilgiler EKH tarafından "**Hastane Enfeksiyonları Erişkin Hasta Takip Formu**"na ve internet aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'nın hastane enfeksiyonları sürveyans sistemine kaydedilir.
- EKH en az haftada bir kez çalışmaları değerlendirmek amacıyla Enfeksiyon Kontrol Hekimi ile bir araya gelir.Her ayın sonunda enfeksiyon hızları değerlendirilerek gerekirse düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.
- Sürveyans sonuçları (enfeksiyon hız raporları, invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları, etken dağılım raporları,antibiyotik direnç yüzdeleri, ameliyat tipine özgü enfeksiyon hız raporları) 3 ayda bir hastane yönetimi ve sürveyans yapılan birimlerin sorumluları ile paylaşılır

 ÖZEL ORDU HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 8 / 57

### 3-EL HİJYENİ TALİMATI

**1. AMAÇ:** Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personeli, hasta, hasta refakatçileri ve ziyaretçiler için uygun el temizliği yöntemlerini ve endikasyonlarını belirlemektir.

**2.KAPSAM:** Hastanedeki tüm çalışanları, hasta, hasta refakatçilerini ve ziyaretçileri kapsar.

#### 3. TANIMLAR:

**1. Normal (sosyal) el yıkama: Ellerin** sabun ve su ile yıkanmasıdır. Bu tip yıkama ile kirler ve geçici mikrop florası uzaklaştırılır, kalıcı flora etkilenmez.

**2. El antisepsisi/ dekontaminasyon / mikropları uzaklaştırma:** Antiseptik bir el ovma ürününü uygulayarak veya antiseptik bir el yıkama ürününü kullanarak mikroorganizmaların üremesini engellemek veya azaltmak. Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama ve el ovalamayı kapsar.

**A) Hijyenik el yıkama:** Antiseptik bir el yıkama ürünüyle ellerin yıkanması anlamında kullanılır. Riskli durumlar için, (enfekte hastalarla temastan sonra ve yoğun bakım ünitelerinde hasta ile temastan önce ve sonra) antiseptikler kullanılarak yapılan el temizliğidir. Amaç, eldeki tüm geçici ve kısmen de kalıcı floranın uzaklaştırılmasıdır.

**B) Hijyenik el ovalama:** Antiseptik solüsyonla veya çabuk etkili alkolik çözeltiler ile ellerin kuvvetlice ovuşturulması ile yapılan el temizliğidir.

**3. Cerrahi el yıkama:** Ameliyat yapacak ekip tarafından, ciltteki kalıcı florayı azaltmak ve geçici florayı yok etmek amacıyla, ameliyat öncesinde gerçekleştirilen antiseptik el yıkama veya antiseptik el ovalama işlemidir. Hijyenik el yıkama sonrasında varlığını sürdüren kalıcı florayı da azaltmak üzere yapılan el yıkama veya el ovmayı tanımlar.

#### 4. UYGULAMA:



##### Normal (sosyal) el yıkama:

Sosyal hayattaki el temasını gerektiren kirli veya kontamine tüm rutin işlemlerden sonra eller görünür kir kalmayacak şekilde su ve sabunla yıkanmalıdır.

- Akar su altında ellerinizi ıslatın.
- Sıvı el sabununu el yüzeyine tümüyle yayın.
- Parmaklar, avuç içi ve el sırtının tüm yüzeyleri 10-15 saniye süreyle yıkama maddesiyle temizlemek için kuvvetle ovuşturun.
- Bol su ile ellerinizi durulayın.
- Kağıt havlu ile kurulayın.
- Musluğu elle kapatacaksanız, elinizi kuruladığınız kağıt havluyu çöpe atmadan önce (elinizi sürmeden) bu işlem için kullanın.

##### Hijyenik el yıkama

- Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, kontamine materyalle veya bu örneklerin alınması veya taşınması esnasında kullanılan kaplarla temas sonrası
- Hastayla direkt temastan önce ve sonra
- İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra
- İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken antiseptik ajanlarla ellerinizi yıkayın.
- Eller su ile ıslatılır, 3-5 ml antiseptik sabun avuca alınır.
- Klorheksidin kullanılıyorsa 1 dk, povidon iyot kullanılıyorsa 2 dk süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovuşturulur.

 ÖZEL ORDU HASTANESİ <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 9 / 57

- Eller su ile iyice durulanır, durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten tekrar parmak ucuna akışı önlenir.
- Eller kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır.

### Hijyenik el ovalama

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

### Cerrahi el yıkama

- Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır. Suni tırnak ve oje olmaması enfeksiyon kontrolü açısından önerilmektedir.
- Antiseptikli (klorheksidin veya povidon iyot içeren) sabun alınır (5 ml), 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. Yıkama işlemi parmak uçlarından dirseğe doğru yapılır. İşlem birkaç kez tekrarlanmalıdır.
- Durulama işlemide ellerden dirseklere doğru olmalıdır. Su dirseklerden aşağı akıtılarak durulanır ve steril havluyla kurutulur.
- Musluk eller kullanılmadan kapatılır.
- Steril eldiven giyene kadar hiçbir yere dokunulmaz.
- Yıkama sonunda ellerin herhangi bir yere temas etmesi durumunda eller kontamine kabul edilir. Yıkama işlemi tekrarlanır.

### Cerrahi el ovalama

- Günün ilk yıkamasından sonraki vakalar için ara yıkama olarak tercih edilir.
- Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır. Suni tırnak ve oje olmaması enfeksiyon kontrolü açısından önerilmektedir.
- Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.
- Hızlı etkili alkol bazlı ürün (3-5 ml) eller ve kollara ovularak uygulanır. İşlem süresi günün ilk ameliyatı için 3 dk olmalıdır. Bu süre boyunca ilave antiseptik alınarak tüm yüzeylerin ıslak kalması sağlanır. Sonraki ameliyatlara için 1 dakikalık süre yeterlidir.
- Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Steril eldiven giymek için tamamen kuruması beklenir.

### 5. EL HİJYENİNDE 5 ENDİKASYON KURALI: El hijyeni uygulaması gerektiren durumlar aşağıda belirtilmiştir:

**1- Hasta ile temastan önce** (tokalaşma, hastanın hareket etmesine yardım, muayene vb)

**2- Aseptik işlemten önce** (ağız/diş bakımı, ifrazat aspirasyonu, pansuman, kateter yerleştirme, yemek, ilaç hazırlama vb)



**3- Vücut sıvısına maruz kalma riskinden sonra** (ağız/diş bakımı, ifrazat aspirasyonu, kan alma ve manipüle etme, idrar, dışkı temizleme, atık halletme vb)

**4- Hasta ile temastan sonra** (tokalaşma, hastanın hareket etmesine yardım, klinik muayene vb)

**5- Hasta ortamıyla temastan sonra** (yatak çarşaflarını değiştirme, perfüzyon hızı ayarlama vb)

### TANIMLAR:

**Hastaya temas:** Sağlık çalışanının ellerinin hastanın cildine veya kıyafetlerine

 ÖZEL ORDU HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 10 / 57

dokunması anlamında kullanılmaktadır.

**Hasta ortamıyla temas:** Sağlık çalışanının ellerinin hasta ortamındaki cansız eşyalara ve yüzeylere dokunması anlamında kullanılmaktadır.

**Aseptik işlem:** Sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirilir. Mukozaya, hasar görmüş bir deriye, invazif tıbbi bir cihaza (kateter, sonda) veya sağlık hizmeti ekipmanına dokunma işi anlamında kullanılmaktadır.

**Vücut sıvıları:** Kan ya da vücut tarafından salgılanan (mukoza, salya, meni, gözyaşı, kulak kiri, süt vb), vücuttan atılan çıkartılar (idrar, dışkı, kusmuk), eksudasyon (terleme), transüstasyon (terleme haricindeki plevral sıvı, beyin omurilik sıvısı vb) ve diğer her türlü madde anlamında kullanılmaktadır.

**Denetim:**

El yıkama konusunda öncelikle kendi kendinizi denetleyin. Yukarıdaki kurallara uygun davranamıyorsanız nedenini belirleyin. Sorunu aşmanız için önce birim sorumlusundan, gerekirse Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinden yardım isteyiniz.



#### 4-HASTANE TEMİZLİĞİ PROSEDÜRÜ

- AMAÇ:** Hastanemizin risk alanlarına göre temizlik standartlarının oluşturulmasıdır.
- KAPSAM:** Hastanemizin tüm risk alanlarını kapsar.
- SORUMLULAR:** Hastane Müdürü, birim sorumluları, sorumlu hemşireler, temizlik şirketi sorumlusu, temizlik personeli.
- TANIMLAR**

Risk Düzeyi	Hastane Bölümü	Uygun Temizlik
<b>Yüksek riskli alanlar</b>	Ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, acil servis, merkezi sterilizasyon ünitesi.	<b>Temizlik+dezenfeksiyon</b>
<b>Orta risk alanları</b>	Hasta odaları, laboratuvarlar, acil servis.morg,müdahele odaları	<b>Temizlik</b>
<b>Düşük riskli alanlar</b>	Hemşire-doktor odaları, poliklinikler, hasta kabul birimleri, çamaşırhane, banyo, duş, tuvalet, ofis, kafeterya, koridorlar, depolar, mutfak, idari bölümler, sekreter odaları,tıbbi kayıt arşivi, hasta ile doğrudan temas etmeyen bölümler.	<b>Temizlik</b>
<b>*Yüzeylerin vücut sıvı ve salgıları ile kirlenmesi durumunda temizliğe ek olarak dezenfeksiyon sağlanmalı</b>		

#### Yer ve yüzey dezenfektanlarının sulandırma oranları

	<b>Çamaşır suyu</b>	<b>Klor tablet(17.4 gr'lık)</b>
<b>Yer-yüzey</b>	1/100(1lt suya 10 cc)	5 lt suya 1 tablet(2000 ppm)

 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 11 / 57

<b>dezenfeksiyonu için</b>		
<b>Kan ve vücut sıvılarının temas ettiği yüzeylerin dezenfeksiyonu için</b>	1/10(1lt suya 100 cc)	2 lt suya 2 tablet(1000 ppm)



## **5.UYGULAMA:**

### **1.TEMEL İLKELER:**

- Temizlik personeli, temizlik sırasında mutlaka eldiven giymelidir.
- Temizliğe başlamadan önce ve temizlik bitiminde eller yıkanmalıdır.
- Temizlik temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
- Temizlik malzemeleri her bölüm için farklı olmalıdır.
- Temizlik solüsyonu temizlenen bölgenin risk durumuna göre hazırlanmalıdır.
- Sadece yüksek risk alanlarında ve özel durumlarda diğer alanlarda yüzey dezenfektanları kullanılmalıdır.
- Temizlik bitiminde malzemeler uygun şekilde yıkanıp kurulanmalıdır.
- Temizlik malzemeleri ve dezenfektanlar birbiri ile karıştırılmamalıdır.
- Tuvaletler en son temizlenmelidir.
- Kuru süpürme ve silkeleme yapılmamalıdır.
- Temizlik/dezenfektan çözeltileri kirlendiğinde, 2-3 hasta odasında kullanımdan sonra değiştirilmelidir.
- Gerekli görülen durumlarda beklenmeden temizlik yapılmalıdır.

### **Kan ve vücut sıvıları döküldüğünde yapılacak temizlik:**

- Bütün kan ve vücut sıvıları enfekte kabul edilmeli dökülme ve sıçramalarda temizlik güvenli bir şekilde yapılmalıdır.
- Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların kağıt havlu ile kaba kirleri alınmalıdır.
- 1/10 luk sodyum hipoklorit solüsyonu (çamaşır suyu) veya uygun oranda hazırlanmış klor tableti ile temizlenmeli ve temiz su ile durulanmalıdır.
- Kullanılan tüm malzemeler kırmızı atık torbasına konulmalıdır.
- İşlemi yapan personel kendini korumak için maske, gömlek ve eldiven giymelidir.
- İşlem sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır.

### **Paspas yapılması yöntemi:**

- Eldiven, maske giyilir.
- Hasta odaları camlar açılarak havalandırılır.
- Nemli mob ile süpürme yapılır.
- Paspas arabalarında mavi kovaya deterjanlı su, kırmızı kovaya temiz su konmalıdır.
- Paspas; önce deterjanlı suda yıkanır, iyice sıkılır ve 8 çizecek şekilde paspaslama işlemi yapılır.
- Paspas kirlendikten sonra; önce duru suda yıkanır, sıkılır, daha sonra yüzey temizleyicili suda iyice yıkanıp sıkılarak silme işlemine devam edilir.
- 3 odada bir yeni su hazırlanır.
- Paspas yapma işlemi bittikten sonra paspas iyice yıkanır, durulanır ve sıkılır. Daha sonra 100 ölçü suya 1 ölçü çamaşır suyu konularak hazırlanmış çözeltide 20 dakika bekletilir, durulanır sıkılır ve kurumaya bırakılır.
- Paspas kovası deterjanlı su ve duru su ile yıkanır, ters çevrilerek kurumaya bırakılır.
- Hasta odalarına kullanılan paspas ile koridorlara kullanılan paspaslar farklı olmalıdır.
- Enfekte hasta odasının temizliğinden sonra paspas tıbbi atık torbasına atılmalıdır.
- Vücut direnci düşük hasta odalarını temizlemeden önce paspaslar dezenfekte edilmelidir.
- Paspas arabalarında su asla bekletilmemeli, temizliğe başlamadan hemen önce su hazırlanmalı ve temizlik bittiğinde kovalar hemen boşaltılmalıdır.

### **2.RİSK ALANLARINA GÖRE TEMİZLİK İLKELERİ:**

**Orta ve düşük riskli bölümlerin temizliği su ve deterjanla yapılmalıdır,**

## **dezenfektan kullanılmamalıdır.**

### **1. DÜŞÜK RİSKLİ ALANLAR:**

- Her bölümün temizliği o bölümde çalışan temizlik firması personeli tarafından yapılmalıdır.
- Personelin yaptığı temizlik işleri **personel temizlik takip formu** ile takip edilmelidir.
- Temizlik personeli temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.
- Öncelikle odalardaki çöpler **tıbbi atık yönetimi prosedürüne** uygun şekilde toplanmalıdır.
- Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak haftada bir kere yıkanıp durulanmalıdır.
- Camlar ve kapılar haftada bir, kapı tokmağı ve pencere kenarları her gün temizlenmelidir.
- Banyo, lavabo ve tuvaletler en az günde iki kez sıvı deterjan ile fırçalanarak temizlenmelidir. Bu bölümlerin temizliğinde kullanılan temizlik malzemeleri başka amaçla kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Tuvaletler en son temizlenmelidir. Önce sifon çekilmeli, klozetin içi sıvı deterjan veya ovma maddesi dökülerek tuvalet fırçası ile fırçalanmalıdır. Klozet kapağı ve etrafı ayrı bir sünger ile temizlenip durulanmalıdır. Islak alanlar son olarak durulanmalı ve kurulanmalıdır. Tuvalet temizliğinde dezenfektan kullanılmamalıdır. Tuvalet zemini en son temizlenmelidir. Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, içindeki sabun bittiğinde dezenfekte edilip kurutulduktan sonra, içerisine sabun koyulmalıdır.
- Koridorlar ayrı paspas ve deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
- Günün ilk saatleri ve gün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanmalıdır. Gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır. Fırça makineleri ve taşıyıcı tanklar her kullanımdan sonra yıkanmalı ve kurulanmalıdır.
- Mutfakta yüzeyler ve yerler her sabah ve akşam su ve deterjanla temizlenmelidir. Ayrıca gün içinde kirlenme olduğunda bu işlem tekrarlanmalıdır.
- Yemek hazırlanan platformlar günlük işlerden sonra hipokloritli dezenfektan ile silinmelidir.
- Telefon ahizeleri deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
- Bilgisayar klavyelerin günde bir kez ve kirlendikçe silinmesi yeterlidir.
- Yatak perdelerinde gözle görülür bir kirlenme olduğunda veya her 3 ayda bir yıkanmalıdır.
- Pencere perdeleri gözle görülür bir kirlenme olduğunda veya yılda bir yıkanmalıdır. Ünite duvarları 12-24 ayda bir temizlenmeli, eğer kan veya vucut sıvısıyla kontamine ise dezenfekte edilmelidir.

### **2. ORTA RİSKLİ ALANLAR**

#### **Hasta odalarının temizliğinde:**

- Odadaki çöpler uygun şekilde toplanmalıdır.
- Çöp kovaları yıkanıp kurulanmalı ve temiz poşet geçirilmelidir.
- Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.
- Lavabolar, hasta yatağı, etajer, sandalye ve yemek masası deterjanlı su ile hergün temizlenmelidir.
- Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.
- Kapı ve camlar haftada bir, kapı tokmağı her gün silinmelidir.

#### **Çoğul dirençli bakterilerle (MRSA, VRE, ESBL+ gram negatif bakteriler vb.) enfekte hastaların yattığı odaların temizliğinde:**

- Standart temizlik ve dezenfeksiyon önerileri uygulanmalıdır.
- Temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri sırasında el hijyeni, kişisel korunma ve izolasyon önlemlerine uyulmalıdır
- Kapı k o l l a r ı , y a t a k k e n a r l a r ı , k o m o d i n l e r v b . sık dokunulan yerlerin temizlik ve dezenfeksiyonuna özellikle dikkat edilmelidir
- Kullanılan malzemeler diğer odaların temizliğinde kullanılmamalıdır (mümkün değilse odanın temizliği bitince paspas, sıcak su ve deterjanla yıkanıp 20 dakika 1/10'luk

çamaşır suyunda bekletildikten sonra kullanılabilir)

- Mekanik temizlik bittikten sonra yer ve yüzeylerin dezenfeksiyonu dezenfektanlarla yapılmalıdır.

### **Laboratuvarların temizliğinde:**

- Özel alanlar ve özel durumlar dışında döşeme, duvar, tuvalet ve yerlerin kimyasal dezenfeksiyonu gereksiz olup, su ve deterjanlar yeterli olmaktadır.
- Laboratuvarlarda özel dezenfeksiyon gerektiren alan ve gereçler; güvenlik kabinleri, bankolar, mikroskop ve diğer özel gereçlerdir.
- Özel alan ve gereçlerin dezenfeksiyonunda dezenfektanlar kullanılmalıdır.

### **3. YÜKSEK RİSKLİ ALANLAR:**

#### **Ameliyathane temizliği:**

##### **Günlük temizlikte;**

- Taşınabilir eşyalar dışarı çıkarılmalıdır. Hasta ve/veya vücut sıvısı ile direkt temas eden ameliyat masası, kontamine olmuş veya ıslanmış ameliyat lambaları, hemşire masası, kontamine olmuş eşyalar, yüzey veya ekipman dezenfektan ile temizlenir. Eğer kirlenmişse duvarlar da temizliğe dahil edilir.
- Yerler ıslak paspasla silindikten sonra yer dezenfektanı ile dezenfekte edilmelidir.
- Yerler kan ve vücut sıvıları ile kontamine ise uygun oranda dezenfektan ile temizlenir.
- Tekerlekli araçların tekerlek aralarındaki toz ve yabancı cisimler temizlenmelidir.
- Koridorlar sabah - akşam ve kirlendikçe, kapılar günde bir kez, önce temizlenmeli, sonra dezenfektanla silinmelidir.

##### **Haftalık temizlikte;**

- Taşınabilir eşyalar, yerler, duvarlar, malzeme alınan tüm üniteler, ameliyathane girişi, kirli malzemenin taşındığı alanlar, depolar önce su ve deterjan ile temizlenmeli, sonra dezenfektanla silinmelidir.
- Temizlik malzemeleri her oda için ayrı olmalıdır.
- Temizlik solüsyonları her oda için ayrı olarak işlemden hemen önce hazırlanmalıdır.

##### **Ameliyat aralarında:**

- Ameliyat odasının temizliği mutlaka temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
- Ameliyathanede temizlik amacıyla fırça kullanılmamalıdır.
- Ameliyatta kullanılan tüm çöpler kırmızı atık torbasına konularak uzaklaştırılmalıdır.
- Kirli kompreslerin araları kontrol edilerek (cerrahi aletler kalabilir) çamaşır sepetine atılmalıdır.
- Çöp kovalarının torbaları her ameliyattan sonra değiştirilmelidir.
- Ameliyathanede temizlik yapılmadan bir sonraki hasta içeri alınmamalıdır.
- Ameliyat sırasında yere düşen materyaller uzaklaştırıldıktan sonra ameliyat masası ve yerler dezenfektanla silinmelidir.
- Ameliyat masası, yerler kan ve vücut sıvısı ile kirlenmişse temizlik sonrasında uygun oranda dezenfektanla dezenfekte edilmelidir.
- Ameliyathane lambalarının her ameliyattan sonra dezenfektanla silinmesi yeterlidir.
- Temizlik için kullanılan solüsyonlar her ameliyattan sonra değiştirilmelidir.

## 5-DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON UYGULAMALARI

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

**KAPSAM:** Hastanedeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

**TANIMLAR:**

**TEMİZLİK:** Kir ve organik artıkların fiziksel olarak uzaklaştırılmasıdır.

**DEKONTİNAMASYON:** Dezenfeksiyon/sterilizasyon öncesinde fiziksel veya kimyasal yöntemlerle yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılarak güvenilir hale getirilmesidir.

**STERİLİZASYON:** Herhangi bir maddenin ya da cismin üzerinde bulunan tüm canlı mikroorganizmaların, sporlular dahil olmak üzere uzaklaştırılması veya inaktivasyonudur.

**DEZENFEKSİYON:** Cansız maddeler ve yüzeyler üzerinde bulunan mikroorganizmaların (sporlu bakteriler hariç) yok edilmesi veya üremesinin durdurulmasıdır.Sporlu bakteriler dışındaki mikroorganizmaların cansız ortamdan elimine edilmesidir.

**Yüksek seviyeli dezenfeksiyon:** Kimyasal sterilizasyon için gerekenden (3 saat) daha kısa sürede (5-20dk) uygulanan, tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonudur.

**Orta seviyeli dezenfeksiyon:** Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatif bakterilerle virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesidir (genellikle 10dk'da etkili olur).

**Düşük seviyeli dezenfeksiyon:** Tüberküloz etkenleri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmaları inaktive edebilen dezenfeksiyon seviyesidir.

**GERMİSİT:** Mikroorganizmaları tahrip eden herhangi bir madde anlamında kullanılır.

**Dezenfektan:** Cansız ortamda mikroorganizmaları inactive etmek için kullanılan maddelerdir.

**Antisepsi:** Canlı doku üzerindeki veya i çindeki mikroorganizmaların öldürülmesi veya üremelerinin engellenmesidir.

**Antiseptik:** Canlı üzerinde kullanılabilen germisitlerdir.

**TABLO 1: Kullanılan araç-gerece göre yapılacak sterilizasyon ve dezenfeksiyon**

<b>Sınıflama</b>	<b>Tanım</b>	<b>Sterilizasyon/dezenfeksiyon önerisi</b>
<b>Kritik araç gereçler</b>	Steril dokulara ve boşluklarına temas vasküler sisteme giren araç gereçler (cerrahi aletler, kardiyak kateterler, idrar sondaları, implantlar bazı endoskoplar, protezler vb.)	Mutlaka steril olmalıdır
<b>Yarı-kritik araç gereçler</b>	Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden araç gereçler (solunum ve anestezi ekipmanları, gastroenterolojik endoskoplar, larengoskoplar, bronkoskoplar vb.)	Sterilizasyon veya dezenfeksiyon gerektirir yüksek düzey
<b>Kritik olmayan araç gereçler</b>	Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile ciltle temas eden araç gereçler (tansiyon aleti kılıfı, steteskop, termometre, ördek, sürgü, yatak kenarları, hasta odası mobilyaları vb.)	Orta veya düşük düzeyde (sadece kirlenme durumunda) vücut salgıları ile veya sadece su ve deterjanla basit temizlik önerilir.

**TABLO 2: Hastanemizde bulunan orta ve yüksek seviyeli dezenfektanlar**

	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>	<b>Temas süresi</b>	<b>Max. Kullanım</b>
<b>Ortofitalald ehit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Hızlı etkilidir</li><li>*Aktivasyon gerektirmez</li><li>*Belirgin kokusu yoktur</li><li>*Materyal uyumu iyidir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Deriyi, giysileri ve çevre yüzeyleri boyar</li><li>*Proteinleri griye boyar; iyi temizlenmemiş aletlerde renk değişikliği yapar</li></ul>	5-12 dk	14 gün
<b>Klor ve Klor Bileşikleri(Klor tabler-Sodyum Dikloroizosiyanürat)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Geniş etki spektrumudur</li><li>*Musluk suyuyla hazırlanabilirler</li><li>*Hızlı etkilidir</li><li>*Daha etkili ve daha dayanıklıdır</li><li>*suda kolay çözünebilir formatlardadır</li><li>*Toksitesisi ve tahriş edici özelliği daha azdır</li><li>*Çevre problemi oluşturmaz</li><li>*Biyofilm tabakasına etkilidir</li><li>*Suyun sertliğinden etkilenmez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Organik madde ve proteinlerden büyük ölçüde etkilenirler</li><li>*Işıқта yıkıma uğrarlar</li><li>*Koroziv ve tahriş edici özellikleri vardır(bazı bakır, pirinç ve plastiklere)</li><li>*Endoskopların bazı metal ve polimer yapılarına zara verebilir</li><li>*Tuz ruhu gibi asit ve amonyakla birlikte toksik kimyasal bileşiklere yol açtığından kesinlikle birlikte kullanılmamalıdır</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Yüksek düzey dezenfek. için 5000 ppm 20dk</li><li>*Yer/yüzey dezenfek. için 2000 ppm kuruyuncaya kadar</li><li>*Kan/vücut sıvısı bulaşında 10000ppm kuruyuncaya kadar</li></ul>	1 gün
<b>Alkoller (%60-90) (orta seviyeli) ve Sprey yüzey dezenfektanları</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Hızlı etkili</li><li>*Toksik-allerjik etkileri yok</li><li>*Renksiz, uçucu, atık bırakmaz</li><li>*Kötü koku, leke oluşturmaz</li><li>*Durulama ve kurutma gerektirmez</li><li>*Materyal uyumu iyidir</li><li>*Dayanıklısıdır</li><li>*Diğer dezenfektanlarla (iyot, klorheksidin) etkili kombinasyonlar oluştururlar</li><li>*Cilt-el antisepsisi</li></ul>		Kuruyuncaya kadar	

	ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun			
--	---	--	--	--

**TABLO 3: Hastanemizde bulunan yer-yüze dezenfektanları**

	<b>Avantajlar</b>	<b>Dezavantajlar</b>	<b>Kulla nım</b>
<b>Klor ve Klor Bileşikleri (Klor tablet-Sodyum Dikloroizos iyanü rat)</b>	<p>*Geniş etki spektrumludur</p> <p>*Musluk suyuyla hazırlanabilirler</p> <p>*Hızlı etkilidir</p> <p>*Suda kolay çözünür</p> <p>*Toksitesisi ve tahriş edici özelliği daha azdır</p> <p>*Biyofilm tabakasına etkilidir</p> <p>*Suyun sertliğinden etkilenmez</p>	<p>*Organik madde ve proteinlerden büyük ölçüde etkilenirler</p> <p>*Işıktta yıkıma uğrarlar</p> <p>*Koroziv ve tahriş edici özellikleri vardır(bazı bakır,pirinç ve plastiklere)</p> <p>*Endoskopların bazı metal ve polimer yapılarına zara verebilir</p> <p>*Tuz ruhu gibi asit ve amonyakla birlikte toksik kimyasal bileşiklere yol açtığından kesinlikle birlikte kullanılmamalıdır</p>	<p><b>Çamaşır suyu:</b></p> <p>*Paspaslama işleminde 1/100'lük(15 litre suya 1 pet bardağı-150 ml çamaşır suyu))</p> <p>*Yüze temizliğinde 1/100'lük (5 litre suya yarım çay bardağı- 50 ml çamaşır suyu)</p> <p>*Kan ve diğer vücut sıvılarının bulaştığı yüzeylerde 1/10'lük(1 litre suya bir çay bardağı-100 ml çamaşır suyu)</p> <p><b>Klor tablet:</b></p> <p>*Yüze temizliği ve paspaslama işlemi için;17,4gr'lık tabletlerden 5 lt suya 1 tablet(2000 ppm)</p> <p>* Kan ve diğer vücut sıvılarının bulaştığı yüzeylerde; 17,4gr'lık tabletlerden 1 lt suya 2 tablet(10000 ppm)</p>
<b>Alkol ler (%60 -90) (orta seviyeli) ve Sprey yüzey dezenfektanları</b>	<p>*Çabuk etkili</p> <p>*Toksik-allerjik etkileri yok</p> <p>*Renksiz,uçucu</p> <p>*Kötü koku ,leke ve atık oluşturmaz</p> <p>*Durulama ve kurutma gerektirmez</p> <p>*Materyal uyumu iyidir</p> <p>*Dayanıklısıdır</p> <p>*Diğer dezenfektanlarla (iyot, klorheksidin) uyumludur</p> <p>*Cilt-el antisepsisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfek. için uygun</p>	<p>*Sporisit değildir</p> <p>*Çabuk buharlaşır</p> <p>*Yanııcı</p> <p>*Kalıcı etkisi yok</p> <p>*Penetrasyonu zayıf</p> <p>*Temiz şartlarda etkili</p> <p>*Uzun süreli kullanımda cildi kurutabilir</p> <p>*Mercekli aletlerin montaj materyalini bozabilir, lastik-plastik malzemeyi sertleştirebilir</p>	<p>*Ulaşılamayan küçük yüzeyler ve kritik olmayan araçların dezenfeksiyonunda püskürtme yoluyla kullanılır.</p>



**TABLO 4.: Hastanemizde bulunan antiseptik bileşikler (el ve cilt antiseptikleri)**

	<b>Org. mad. Etkilenme</b>	<b>Tüberküloz etkisi</b>	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>
<b>Alkoller (%60-90)</b>	Hafif	(+)	*Hızlı etkili *Toksik-allerjik etkileri yok *Durulama ve kurutma gerektirmez *Diğer dezenfektanlarla (iyot, klorheksidin) etkili kombinasyonlar oluştururlar *Cilt-el antisepsisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun	*Çabuk buharlaşır *Yanıcı,parlayıcı *Penetrasyonu zayıf *Kirli ortamda etkisizdir *Uzun süreli kullanımda ciltte kuruluk ve irritasyon yapabilir
<b>Klorheksidin</b>	Minimal (+)		*Antimikrobiyal spektrumu geniştir *Gram (+)bakterilere etkindir *Kalıcı etkisi daha güçlüdür	*Sabunlar, fosfat ve nitrat gibi iyonik kimyasallarla geçimsizliği vardır *Gram (-)bakterilere daha az etkindir *Ciddi konjektivit ve kornea hasarına neden olabilirler
<b>İyodoforlar (povidon iyot)</b>	> ( + )	(+)	*İyotun ağır koku, tahriş edici etki ve kalıcı boyama özelliklerini göstermezler *Bakteri sporları dahil geniş spektruma sahiptirler	*Nispeten yavaş etki gösterirler *Kan varlığında aktivitelerini büyük ölçüde kaybederler *Nadiren iyot alerjisi oluşturabilir *Cilt, göz irritasyonu yapabilir

**UYGULAMA:**

El antisepsisi 'El Hijyeni Talimatı' nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Cilt antisepsisi 'Damar İçikater Uygulama Talimatı' ve 'Hemokültür Alınması Talimatı'nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Endoskopik aletlerin dezenfeksiyonu 'Gastroenterolojik Endoskoplarda Dezenfeksiyon Talimatı'nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Yer ve yüzeylerin dezenfeksiyonu 'Hastane Temizliği Prosedürü' nde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Alet dezenfeksiyonu uygulaması:

-Kullanıcı önlük ve eldivenini giyer, maskesini takar.

-Tablo 1'e göre sınıflandırılan aletler ayrılabilir parçaları sökülerek bol su ve deterjanla (enzimatikli) organik kirden arındırılır.

-Bol su ile durulanır ve kurulanır.

-Isıya dayanıklı kritik ya da yarı kritik aletler paketlenerek sterilizasyon ünitesine gönderilir.

-Isıya dayanıklı olmayan yarı kritik aletler için yüksek düzey dezenfeksiyon çözeltisi hazırlanır.

-Dezenfektan kabının uygun bir yerine solüsyonun hazırlanma ve son kullanma tarihi,

hazırlayan kişinin adı yazılır.

-Aletler dezenfektan çözeltilisi içine tamamen batırılır. Tablo 2 'de belirtilen sürelerde bekletilir.

-Çıkarılan aletler distile su ile durulanır ve iyice kurutulduktan sonra kolay temizlenebilir dolaplarda saklanır

**TABLO 5. Aletlerin sınıflandırılması ve sterilizasyon/dezenfeksiyon yöntemleri**

<b>Kritik Aletler</b>	Cerrahi aletler Kardiak kateterler Protezler	-Isıya dayanıklı olanlar için otoklav ile sterilizasyon -Isıya dayanıksız malzeme için etilenoksit ile sterilizasyon -Tek kullanımlık aletlerin yeniden kullanımında her ünite kendi protokollerini oluşturmalı ve bu uygulamalar sürecinde protokole titizlikle uyulmalıdır
	Endoskoplar	Endoskoplar için ortafitaldehit ile yüksek düzey dezenfeksiyon
<b>Yarı Kritik Aletler</b>	Trakeostomi kanülü Hava yolu araçları Anestezi solunum devreleri Laringoskop Larengial tüpler Bazı oftalmik araçlar Cpap-bpap maskeleri	-Klor tablet ile 20 dk yüksek düzey dezenfeksiyon -Dezenfeksiyon sonrası distile su ile durulanmalı, kurutulmalı ve dolapta saklanmalıdır
<b>Kritik Olmayan Aletler</b>	Tansiyon aleti manşonu, EKG kablo ve problemleri, tutucuları, steteskop, ilaç kadehleri,	-1/100 dilüe çamaşır suyu ya da %70 alkol ile silinir -Çamaşır suyu sadece sert ve düzgün yüzeyler için uygundur. Deri, mukoza ve göz irritasyonu yapabilir
	oksijen maskeleri, ambu mask	
	Nemlendiriciler	-Tek kullanımlık olması önerilir -Mutlaka içine steril su konulmalı, sabit nemlendiriciler kullanılıyor ise her hastadan sonra çıkarılmalı, 1/10 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmeli, kullanılmadığında rezervuarları kuru olarak tutulmalıdır
	Medikasyon nebulizatörleri	-Tek kullanımlık olması önerilir, aynı hastada tedavi sonuna kadar kullanılabilir -Alkolle silinip kurutulduktan sonra tekrar kullanılabilir

\*Yukarıdaki işlemler mekanik temizlik sonrası yapılır

 ÖZEL SEVGI HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 23 / 57

## 6-İZOLASYON UYGULAMALARI TALİMATI

**AMAÇ:** Patojen mikroorganizmaları bulunduran/bulundurma olasılığı yüksek olan kaynaklardan, sağlık kurumundaki hastalara, sağlık personeline ve ziyaretçilere yayılımı önlemektir.

**KAPSAM:** Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimlerdeki sağlık çalışanlarını kapsar.



**TANIM:** İzolasyon; kelime olarak ayırma, soyutlama, tecrit etme anlamına gelmektedir. Enfeksiyonun yayılmasını önlemede izolasyon yöntemlerinden yararlanılır.

### STANDART İZOLASYON YÖNTEMLERİ

- Hastanedeki tüm hastalara tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemleri kapsar. Bina göre:
- Kan ve vücut sıvıları, sekresyonlar ile kontamine materyalle direk temas sonrasında eller yıkanmalıdır. Tüm hastaların kan ve vücut sıvılarının potansiyel olarak HIV, HBV ve diğer kan yoluyla bulaşan patojenlerle kontamine olabileceği düşünülmelidir.
- Hastayla direkt temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken eller yıkanmalıdır.
- Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas ve kontamine cihazlarla temas sırasında nonsteril eldiven giyilmelidir. Kullanım sonrası çevreye dokunmadan eldiven çıkartılmalı, eller yıkanmalıdır.
- Kontamine eşyalar ile temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- El yıkama "**El Hijyeni**" talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
- Eldivenler küçük, görünmeyen yırtıkların olabilmesi, kullanım sırasında yırtılabilmeleri nedeniyle enfeksiyon riskini tamamen ortadan kaldıramaz. Bu yüzden eldiven giyilmeden önce ve eldiven çıkartılırken ellerde kontaminasyon meydana gelmesi kaçınılmaz olduğu için bir hastadan diğerine geçerken eldiven değiştirmenin yanısıra eldiven giymeden önce ve çıkardıktan sonra eller yıkanmalıdır.
- İzolasyon uygulanmış hastanın odasına girmeden önce, hastanın farklı vücut bölgesine uygulanan işlemlerden önce, hastadan hastaya geçişte eller yıkanarak eldiven değiştirilmelidir.
- Enfeksiyon bulaşma riskinin fazla olduğu durumlarda çift kat eldiven giyilmelidir. Kanla kontaminasyonun fazla olduğu durumlarda ve kan almada mutlaka eldiven giyilmelidir.
- Vücudun steril bölgelerine yapılan müdahaleler de ve açık yaralarda kullanılan malzemelerin sterilliğinin korunması durumunda steril eldiven giyilmelidir.
- Delici ve kesici aletlerle yaralanmaya karşı korunulmalıdır. İğneler hiçbir zaman, ucu bükülmemelidir. Kullandıktan sonra, delinmeye dirençli kaplar içinde biriktirilerek uzaklaştırılmalıdır. Eksudatif deri lezyonu olan sağlık personeli iyileşene kadar doğrudan hasta bakımı veya araç-gereç bakımı ile ilgilenmemelidir.
- Kan veya kanlı sıvılar ile kirlenen çarşaf lar veya diğer materyaller özel torbalar içinde uzaklaştırılmalıdır.
- Kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ihtimali bulunan durumlarda. mukoz membranları korumak için maske, gözlük, yüz siperliği kullanılmalıdır.
- Deri ve giysilere sıçrayabilen materyale karşı korunmak için, temiz steril olmayan önlük giyilmelidir. Kirli önlük çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
- Koruyucu ekipmanlar sırasıyla giyilmeli ve çıkarılmalıdır.

**Giyme sırası:** Önlük, maske, gözlük, yüz koruyucu, eldiven.

**Önlük giyilmesi:** Önlük malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmelidir. Uygun tip ve boyutta olmalı, arkadan bağlanmalıdır. (Şekil 1)

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 24 / 57

**Maske takılması:** Burnu, ağzı ve çeneyi tamamen içine almalıdır. Yüze uygunluk tam olmalıdır. Maske tükrük veya sekresyonlarla ıslandığı zaman değiştirilmeli, tekrar ve ortak kullanılmamalıdır.(Şekil 2)

**Gözlük - yüz koruyucusu giyilmesi:** Gözleri ve yüzü tam olarak kapatmalı, yüze uygunluk tam olmalı, yüze oturmalıdır.(Şekil 3)

**Eldiven giyilmesi:** Eldivenler en son giyilmeli, doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli, eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalı, önlüğün kol manşetleri üzerine çekilmelidir. Eldiven giyildikten sonra, temizden kirliye doğru çalışılmalı, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı, eldivenler tekrar kullanılmamalı, eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı, eldiven üzerine el dezenfektanı uygulanmamalı veya eldivenli eller yıkanmamalıdır.(Şekil 4)

**Çıkarma Sırası:** Eldiven, gözlük - yüz koruyucu, önlük, maske

**Eldiven Çıkarılması:** Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilmeli, diğer eldivenli el ile tutulmalı, eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılmalı, içi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılmalıdır.( Şekil 4)

**Gözlük - Yüz Koruyucusu Çıkarılması:** Eldivensiz ellerle çıkarılmalıdır .( Şekil 3)

**Önlük Çıkarılması:** Omuz kısımlarından tutulmalı, kontamine dış yüz içe doğru çevrilmeli, yuvarlayarak katlanmalı, çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir. (Şekil 1)

**Maske Çıkarılması:** Maske bağları (önce alttaki) çözülür, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir, bağlardan tutularak atılır.(Şekil 2)

Tek kullanımlık araçlar uygun biçimde ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Yeniden kullanılacak aletler sterilizasyon/dezenfeksiyon olmadan başka bir hasta için kullanılmamalıdır.

## **BULAŞMA YOLUNA DAYALI İZOLASYON YÖNTEMLERİ**

Bilinen veya şüphelenilen bulaşıcı, epidemiyolojik olarak önemli patojenlerle enfekte ya da kolonize olan hastaların bakımında standart izolasyon yöntemlerine ek olarak bulaşma yoluna dayalı izolasyon yöntemleri uygulanmalıdır.Eğer hastalığın bulaşma yolu birden fazlaysa bu önlemler kombine edilebilir.Bulaşma yoluna yönelik önlemler üç grupta incelenebilir:

### **TEMAS İZOLASYONU ENDİKASYONLARI**

Epidemiyolojik önem taşıyan, hasta ya da çevresiyle direkt yada indirekt temas yoluyla bulaşabilen mikroorganizmalarla kolonize veya enfekte olan hastalarda uygulanır.Direkt temas enfekte hasta ile duyarlı kişi arasında deri-deri teması; genellikle eller aracılığıyla olur.İndirekt temas duyarlı konak ile kontamine araç veya kontamine çevreyle oluşmaktadır. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

1-Klinik ve epidemiyolojik önemi enfeksiyon kontrol komitesince vurgulanan çoğul dirençli mikroorganizmalarla gastrointestinal, solunum, deri veya yara enfeksiyonu ya da kolonizasyonu (MRSA, ESBL+ gram negatif bakteriler,VRE gibi)

2-Düşük enfeksiyon dozu olan veya ortamda uzun süre canlı kalan bakterilerle oluşan enterik enfeksiyonlar:

-Clostridium difficile

-Enterohemorajik Escherichia coli, Shigella, Hepatit A ve Rotavirus (bezlenen bebeklerde)

-Respiratory Syncytial Virus, Parainfluenza Virus ve Enteroviral enfeksiyonlar (bebek ve küçük çocuklarda)

3-Yüksek bulaştırıcılık özelliğine sahip deri enfeksiyonları

-Difteri (kutanöz)

-Herpes simplex virus (neonatal veya mukokütanöz)



-İmpetigo

-Majör (drene olmuş) abseler, dekübit yaraları

-Bitlenme

-Uyuz

-Stafilokoksik furonkülozis

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 25 / 57

-Zoster (dissemine veya bağışıklığı düşük kişilerde)

4- Viral/hemorajik konjoktivit

5-Viral hemorajik ateşler

#### **UYGULAMALAR:**

- Bu hastalar tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Mümkün değilse aynı MO ile kolonize veya enfekte hastalar aynı odada kalabilir.
- Bu odalara girerken, hastayla ya da çevresindeki her türlü yüzeyle temas öncesinde nonsteril eldiven giyilmelidir. İnfektif materyalle (dışkı ya da yara drenajı) temas sonrasında eldiven değiştirilmelidir.
- Hasta ile veya odasındaki yüzeylerle temasın fazla olmasının beklendiği durumlarda, hastada idrar veya gaita inkontinansı olması, ileostomi, kolostomi veya açık drenaj varlığında odaya girerken eldivene ek olarak steril olmayan temiz bir önlük giyilmelidir
- Odadan çıkmadan önce eldiven ve önlük çıkartılmalı, eller antimikrobiyal içeren sabunla yıkanmalı ya da el dezenfektanları kullanılmalıdır. Eldiven çıkartıldıktan ve eller yıkandıktan sonra odada hiçbir yere dokunulmamalıdır.
- Hasta transportu en az düzeyde olmalıdır. Mutlak gerektiğinde çevrenin kontamine olmamasına özen gösterilmelidir.
- Tıbbi cihazların diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalıdır. Hasta araç gereçleri mümkünse hastaya özel olmalıdır. Başka hastalara kullanılacaksa dezenfekte edilmeli ya da steril edilmelidir.
- İzolasyon uygulanan alanın tüm yüzeyleri her gün uygun dezenfektanlarla silinmelidir.
- Enfekte olan hastaların taburculuğunu takiben hasta odalarındaki tüm yüzeyler temizlenip, dezenfekte edilmelidir.

#### **SOLUNUM İZOLASYONU ENDİKASYONLARI:**

5 µ m ya da daha küçük partiküller havada uzun süre asılı kalabilir ve uzak mesafelere taşınabilir. Bu şekilde havada asılı mikroorganizmalar aynı odadaki yada daha uzak mesafedeki hastayı enfekte edebilir. Damlacık çekirdeği ile bulaşan (<5mm büyüklük) etkenlere karşı standart önlemlere ek olarak uygulanmalıdır. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

-Akciğer ve larengeal tüberküloz

-Kızamık



-Suçiçeği

-Avian influenza

-Yaygın zoster enfeksiyonu

#### **UYGULAMALAR:**

- Hastalar saatte 6-12 hava değişimi olan, havanın doğrudan dışarı atıldığı veya hastanenin diğer alanlarına yayılmadan yüksek etkili filtrasyonla temizlendiği negatif basınçlı özel odalara yerleştirilmelidir.
- Tek kişilik oda yoksa hasta aynı tanıyı almış bir diğer hastayla odasını paylaşabilir. Bu da uygun değilse enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışılarak hasta yerleştirimi yapılmalıdır.
- Oda kapısı ve pencereleri kapalı tutulmalı, hasta zorunlu haller dışında odadan çıkmamalıdır. Hastanın transportu gerektiğinde hastaya cerrahi maske takılmalıdır.
- Odaya giren herkes yüzüne uygun büyüklükte, 1 mikrometre büyüklüğünde partikülleri filtre edebilen, filtrasyon özelliği en az %95 olan maskeler kullanılmalıdır.
- Tanımlanmış veya şüpheli tüberkülozu olan hasta öksürürken ve burnunu silerken kağıt mendil kullanmalıdır. Tüberküloz ekarte edilene kadar hasta izolasyonu sürdürülmelidir.
- Antibiyotik tedavisi alan ve klinik olarak düzelen, üç farklı balgam yaymasında aside dirençli basil görülmeyen hastalarda izolasyon sonlandırılmalıdır.
- Çoklu ilaç direnci olan hastalar, hastanede kaldıkları sürece izolasyonda olmalıdırlar.
- Kızamık ya da su çiçeği tanısı almış hastaların odasına duyarlı kişiler ya da immün sistemi düşük kişiler girmemelidir. Mutlaka girmek durumunda olduklarında N95 solunum maskesi

 ÖZEL ORDU HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 26 / 57

ile girmelidirler. Bu etkenlere karşı bağışık kişilerin maske kullanmalarına gerek yoktur.

- Odaya teknik araçlar (Hemodiyaliz makinesi, portabl eko, portabl USG, bronkoskopi cihazı, endoskopi cihazı vb.) alınmışsa odada temizlendikten sonra çıkarılmalıdır.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda dezenfeksiyon kurallarına uygun olarak temizlenmelidir.

### **DAMLACIK İZOLASYONU ENDİKASYONLARI**

Büyük partiküllü (> 5µm) damlacıkların geçişinin önlenmesinde standart önlemlere ek olarak uygulanmalıdır.(Partiküller büyük olduğu için yere çöker) Bulaşmanın olmaması için kaynak ve duyarlı kişi arasında yaklaşık 1 metreden fazla mesafe olmalıdır. Duyarlı kişiye bulaşma burun- ağız-konjonktiva yoluyla, enfekte hastaların konuşması, öksürmesi, burun silmesi, aspirasyon, entübasyon, bronkoskopi gibi işlemler sırasında gerçekleşir. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

- H. influenzae tip b
- Meningokokal enfeksiyonlar (menenjitler)
- Çoklu dirençli pnömokok enfeksiyonları
- Mycoplasma pneumoniae
- Boğmaca
- Streptokokal farenjit ya da pnömoni
- Kabakulak, parvovirus B 19 enfeksiyonları, influenzae ve kızamık

### **UYGULAMALAR:**

- Hasta özel odaya alınır. Havalandırma ya da özel hava sistemleri gerekli değildir. Özel oda mümkün değilse alternatif olarak aynı hastalığı olanlar, aynı odayı paylaşabilirler. Her ikisi de mümkün olmadığında enfekte hasta ile diğer hastalar arasında en az 1 metre mesafe olmalıdır.
- Odanın kapısı açık kalabilir.
- Sağlık personeli hastaya 1 metreden yakın mesafede çalışırken maske giymelidir.
- Hasta çok gerekmedikçe izolasyon odasının dışına çıkartılmamalı, eğer gerekiyorsa standart cerrahi maske takması sağlanmalıdır.



## **7-ATIK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ**

- 1. AMAÇ:** Atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere tesliminin sağlanmasıdır. Tıbbi atık yönetiminin uygulama amacı; tıbbi atıkların hastanemiz sağlık personeline ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.
- 2. KAPSAM:** Hastanenin tüm birimlerini kapsar.
- 3. SORUMLULAR:** Başhekim, başhekimin bulunmadığı yerlerde Hastane Müdürü.
- 4. TANIMLAR:**

**Tıbbi atıklar:** Tıbbi atık; özel işlem görmek üzere ayrılan sağlık kuruluşu kaynaklı atıklara verilen isimdir.

### **SAĞLIK KURULUŞLARINDAN KAYNAKLANAN ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI**

<b>EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR</b>	<b>TIBBİ ATIKLAR</b>	<b>TEHLİKE Lİ ATIKLAR</b>	<b>RADYOAKT İF ATIKLAR</b>
--	----------------------	-----------------------------------	------------------------------------

	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 27 / 57

<b>A</b> Genel Atıklar	<b>B</b> Ambalaj Atıkları	<b>C</b> Enfeksiyöz Atıklar	<b>D</b> Patolojik Atıklar	<b>E</b> Kesici Delici Atıklar	<b>F</b> Tehlikeli Atıklar	<b>G</b> Radyoaktif Atıklar
---------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

**A: Genel Atıklar:** Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklardır (B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar).

**B: Ambalaj Atıkları:** Kağıt, karton, mukavva, plastik, metal, cam vb. maddelerden oluşan atıklardır.

**C: Enfeksiyöz Atıklar:** Enfeksiyöz ajanların yayılımını önlemek için taşınması ve imhası özel uygulama gerektiren atıklardır (Hastalık etkenleri bulaşmış veya bulaşması muhtemel atıklar).

Başlıca kaynakları;

-Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları

-Kültür ve stoklar

-İnfeksiyöz vücut sıvıları

-Serolojik atıklar

-Diğer kontamine laboratuvar atıkları (lam-lamel, pipet, petri v.b)

-Kan, kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere

-Kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven v.b)

-İnsan doku ve organları

-Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri

-Enfekte deney hayvanı leşleri, organ parçaları, kanı ve bunlarla temas eden tüm nesnelere

**D: Patolojik Atıklar:**

-Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi v.b. tıbbi müdahale esnasında

ortaya çıkan vücut sıvıları

-Ameliyathaneler, morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar v.b (insani patolojik atıklar)

**E: Kesici Delici Atıklar:** Batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklardır.

-Enjektör iğnesi, iğne içeren diğer kesiciler

-Bistüri, lam-lamel, cam pastör pipeti

-Kırılmış diğer camlar v.b.

**F: Tehlikeli Atıklar:** Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısıyla özel işleme tabi olacak atıklardır:

-Tehlikeli kimyasallar (temizlik, dezenfeksiyon, diagnostik çalışmalardan sonra artan katı, sıvı ve gaz kimyasal atıklar)

-Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar

-Amalgam atıkları

-Genotoksik ve sitotoksik atıklar



-Farmasötik atıklar

-Ağır metal içeren atıklar

-Basınçlı kaplar (flakonlar, anestezi gazlarının depolandığı basınçlı tüpler)

**G: Radyoaktif Atıklar:** Vücut doku ve sıvılarının invitro analizleri, vücut ve organ görüntülemesi, tümör lokalizasyonu veya tedavi amacıyla çeşitli araştırmalarda kullanılan katı, sıvı ve gaz atıklardır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılır.



 ÖZEL ORDU HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 28 / 57

### 1. UYGULAMA:



- Tıbbi atıklar, evsel nitelikteki atıklar, geri kazanılabilen atıklar ve tehlikeli atıkların toplanmasında farklı renkli torbalar ve uygun kaplar kullanılmalıdır.
- Evsel nitelikteki atıklar, tıbbi atıklardan ayrı **olarak siyah torbalarda** biriktirilmeli, günde 2 kez toplanarak tıbbi atıklardan ayrı olarak geçici depolanmalıdır.
- Geri kazanılabilen atıklar kontamine olmamak koşuluyla mavi torbalarda biriktirilmeli, günde 2 kez toplanarak tıbbi atıklardan ayrı olarak geçici depolanmalıdır.
- Tıbbi atıklar, bu iş için eğitilmiş personel tarafından diğer atıklardan ayrı olarak; 100 mikron kalınlığında (çift kat), 60cm.(en) x 85cm.(boy) ebadında, sızdırmaya dayanıklı, nem geçirmeyen, normal şartlarda yırtılma ve patlamaya karşı dirençli ve orta yoğunluklu polietilenden yapılmış, üzerinde “Uluslararası Klinik Atıklar Amblemi” ve “Dikkat!Tıbbi Atık” ibaresi bulunan en az 10 kg kaldırma kapasiteli kırmızı renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. En fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağzı sıkıca kapatılmalı, gerekiyorsa sızmaları önleyecek şekilde iç içe iki torba kullanılmalıdır.Tıbbi atıklar en az günde 2 kez, torbalar dolduğunda hemen toplanarak tıbbi atık geçici deposuna taşınmalıdır.
- Kesici-delici atıkların toplanmasında plastikten yapılmış kutu veya konteynerler kullanılır.Delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı; su geçirmez, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan;’ “Uluslar arası Biyotehlike”amblemi ve “Dikkat! Kesici ve Delici Atık Kutusu”ibaresi bulunmalıdır.
- Tıbbi atık torbaları sağlık kuruluşlarında özel araçlarda toplanırlar.Bu araçlar; tekerlekli ve kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemelerden yapılmış, keskin kenarları olmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay, sadece bu iş için ayrılmış, turuncu renkli ve üzerinde “Uluslar arası Biyotehlike”amblemi ve “Dikkat!Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.

### Kırmızı çöp poşetine atılacaklar:

- Enjektörler
- İntravenöz kateterler
- Disposibl diğer malzemeler
- Foley sonda
- Nazogastrik sonda
- Trakeostomi kanülü
- İdrar torbası ve bağlantıları
- İzolasyon atıkları
- Delici-kesici aletler (koruyucu bir kapta toplandıktan sonra çöp poşetine atılmalıdır)
- Kullanılmış pansuman malzemeleri
- Kullanılmış eldiven, gaita kapları, idrar kapları, balgam kapları
- Cerrahi pansuman malzemeleri
- Bildirimi zorunlu hastaların atıkları
- Kemoterapi ilaçları
- Kontamine araç ve gereçler
- İnsan patolojik atıkları
- Kan ve kan ürünleri
- Sekresyon ve çıkartılar
- Diyaliz atıkları
- Laboratuvar atıkları

### Kesici-Delici Alet Kutusuna atılacaklar:

- Branül
- Bistüri

 ÖZEL SEVGI HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 29 / 57

- Kontamine cam kırıkları
- Kırık ampuller
- İğne uçları

#### **Siyah çöp poşetine atılacaklar:**

- İdare binası atıkları-Hasta, doktor, hemşire odası atıkları
- Hasta bakım üniteleri atıkları
- Enfekte olmayan tıbbi atıklar
- Ortamda oluşan ve organik olmayan atıklar

#### **Mavi çöp poşetine atılacaklar:**

- Geri kazanılabilen atıklar (serum, ilaç şişeleri, flakon vs.)
- Tıbbi malzeme ambalajlanmasında kullanılan kağıtlar vs.

#### **Sarı çöp poşetine ve özel tehlikeli atık kovalarına atılacaklar:**

- Tehlikeli atıklar kapsamındaki atıklar(Boya, vernik, yapıştırıcı, kozmetik atıklar, laboratuvar kimyasalları, kullanım süresi geçmiş ilaçlar, floresanlar, basınçlı kaplar, kartuş ve toner, aküler, piller, hava filtreleri, radyoloji birimi atıkları, kemoterapotik ilaç atıkları vb. kendi sınıfına göre ayrı ayrı olmak üzere)

#### **Atıkların Ünite İçerisinde Taşınması:**



- Tıbbi atıklar ünitelerde bu iş için görevlendirilmiş, özel kıyafetleri ve araçları olan eğitimli personel tarafından geçici depolama alanlarına taşınırlar.

#### **Atıkların Geçici Depolanması:**

- Atıkların bertaraf alanına taşınmaya kadar güvenli bir şekilde biriktirilip, bekletilebilecekleri geçici atık deposu; Çevre ve Orman Bakanlığı Tıbbi Atıklar Yönetmeliği'ne uygun olarak düzenlenmelidir.
- Depo alanına depo görevlilerinden başka kimse girmemelidir.
- Depo kapısı sürekli kilitli tutulmalıdır.
- Depo günde bir kere ve gerektiğinde dezenfekte edilmelidir.

#### **Atık Toplama İşlemi Temel İlkeleri:**

- Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilmelidir. Yıl içinde en az 3 kez, belirlenen aralıklarla tıbbi atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması, yarattığı sağlık riskleri, neden olabileceği yaralanma ve hastalıklar, bir kaza ya da yaralanma anında alınacak tedbirler konusunda eğitimi tekrarlanmalıdır.
- Tıbbi atık toplayan elemanlar turuncu renkli özel elbiselerini giymelidir. Koruyucu başlık, maske, gözlük, çizme, özel eldiven kullanması sağlanmalıdır.
- Tıbbi atık toplayan personeller hepatit B ve tetanoz aşısı ile aşılanmalıdır. Kesici-delici aletlerle yaralanmaları durumunda 'Personel Kaza Bildirim Formu'nu doldurarak Çalışan Güvenliği Hemşiresine müracaat etmelidir.
- Atıklar kesinlikle birbiriyle karıştırılmamalıdır.
- Toplama ekipman ve gereçleri atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulunmalıdır.
- Atık torbaları ağzına kadar doldurulmamalı, torbadan torbaya boşaltılmamalı, dörtte üç ( $\frac{3}{4}$ ) oranında dolmuş atık torbası hemen yenisi ile değiştirilmeli, toplama ekipmanları atıkların kaynağına yakın yerlerde bulundurulmalıdır.
- Kesici delici aletler; delinmez, sızdırmaz, ağızları kilit kapaklı özel kutulara atılarak toplanmalıdır. Bu kaplar asla ağzına kadar doldurulmamalıdır. Enjektörler kullanıldıktan sonra iğne uçları kapatılmadan bu kutulara atılmalıdır.
- Kesici-delici alet kutuları çalışma alanında buldukları müddetçe dik tutulmalarına özen gösterilmelidir.
- Kesici delici alet kutuları dolduğu zaman kapakları sıkıca kapatılmalı, kırmızı renkli plastik torbalar içerisine konulup ağızları sıkıca kapatılarak geçici depolama alanına taşınmalıdır.

 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 30 / 57

- Sıvı tıbbi atıklar talaş ile katılaştırılarak kırmızı poşetlere atılmalıdır.
- Atık torbalarının taşınması özel taşıma araçları ile yapılmalıdır. Evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmemelidir.
- Yüklenmiş atık taşıma aracı, insan trafiğinin yoğun olmadığı, belirlenmiş güzergahı izleyerek geçici depo alanına ulaştırılmalıdır.
- Taşıma sırasında torbaların patlaması durumunda atıklar ikinci bir torbaya konmalı, 'Tıbbi Atık Kaza Bildirim Formu' doldurulmalı ve olay sırasında kontamine olan yüzeyler 1/10'luk sodyum hipoklorid solüsyonu ile dezenfekte edilmelidir.
- Kırmızı torbalar, tahrip olmaması ve içindekilerin dağılmaması için kesinlikle fırlatılmamalı ve atılmamalıdır.
- Atıklar bertaraf alanına taşınana kadar 48 saati geçmemek üzere geçici depolama alanında bekletilmelidir.
- Evsel nitelikli atıklar, ambalaj, tehlikeli ve tıbbi atıkların konacağı geçici depo ve konteynerler ayrı olmalıdır.
- Evsel nitelikli atık ve tıbbi atık kovaları haftada bir kez ve görünür kirlilik olduğunda deterjan ve su ile temizlendikten sonra çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir (evsel atık kovası 1/100-tıbbi atık kovası 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu ile).
- Tıbbi atık geçici deposundaki sızıntılar kanalizasyona verilmeyip emici bir malzemeyle toplanmalı ve kırmızı torbalara konulmalıdır.
- Deponun kapıları kapalı ve kilitli tutulmalı, görevli personel dışında kişilerin girmesi önlenmelidir.
- Tıbbi atık geçici deposu ve tıbbi atık taşıma araçları her boşaltım sonrası, ayrıca bir sızıntı olduğunda 1/10'luk sodyum hipoklorid solüsyonu ile dezenfekte edilmeli, temizlikte kullanılan tüm malzemeler kırmızı poşete atılmalıdır.

#### **Tehlikeli Atıklarla İlgili Temel İlkeler:**

- Hastanemizin hiçbir biriminde tehlikeli atık kapsamında olan hiçbir atık ya da kimyasal gidere(kanalizasyona) gönderilmemelidir.
- Tehlikeli atık çıkaran cihazların gider (kanalizasyon) bağlantısı olmamalıdır.
- Bu atıklar tehlikeli atık olarak biriktirilmeli ve tehlikeli atık deposuna teslim edilmelidir.
- Tehlikeli atık taşıyan personelin kıyafet ve ekipmanları tam ve eksiksiz olmalıdır.
- Tehlikeli atık deposuna konan atıkların her biri , ayrı etiketli kutu /varillere konmalıdır.

## **8-ANTİBİYOTİK KULLANIMININ KONTROLÜ TALİMATI**

### **1. AMAÇ**

Antibiyotiklerin gereksiz ve uygunsuz kullanımını önleyerek; antibiyotiklere direnç gelişimini, süperenfeksiyonları, istenmeyen yan etkileri ve gereksiz ekonomik kaybı en aza indirmektir.

### **2. KAPSAM**



Bu prosedür hastanedeki tüm tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan birimleri kapsar.

### **3. SORUMLULAR**

Bu prosedürün uygulanmasından cerrahi profilaksi yapan ve antibiyotik kullanan tüm birimler, Antibiyotik Kontrol Ekibi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.

### **4. UYGULAMA**

- Hastanemizde antibiyotik kullanım ilkeleri ve doğru antibiyotik kullanımı Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından izlenir.

 <b>SEVGI</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 31 / 57

- Hastane eczanesi aylık olarak antibiyotik tüketim miktarlarını Antibiyotik Kontrol Ekibine bildirir. Antibiyotik Kontrol Ekibi izlem sonuçlarına göre gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet planlar ve uygular.
- Antibiyotik Kontrol Ekibi hastanemiz antibiyotik direnç paternine göre bazı antibiyotiklerin kullanımını sınırlayabilir veya tercihen kullanımlarını önerebilir.
- Antibiyotik duyarlılık test sonuçları “Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi” kullanılarak kliniklere bildirilir.
- Antibiyotik Kontrol Ekibi hastanede kullanılan cerrahi profilaktik antibiyotikleri ve doğru kullanım oranlarını izler.
- Cerrahi profilaktik antibiyotik doğru kullanım oranları ve profilakside saptanan eksiklikler üç ayda bir cerrahi birimlerde çalışan hekimlere ve yönetime raporlanır.
- Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik kullanımı konusunda ‘Cerrahi **Birimler de Antibiyotik Profilaksisi**’ talimatına uygun hareket edilmelidir.
- Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) imzası gerektiren antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanından konsültasyon istenerek onay alınmalıdır.
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastane enfeksiyonu etkenleri ve antibiyotik direnç oranları üç ayda bir ilgili birimlere bildirilir.
- Enfeksiyon düşünülene her hastadan antibiyotik başlamadan önce kültür - antibiyogram yapılması için uygun örnek alınmalıdır.
- Klinik, laboratuvar (Lökositoz, CRP, sedimentasyon artışı vs.) ve radyolojik bulgular telkin ediyorsa hasta enfeksiyon açısından değerlendirilmeli, her ateş yüksekliğinde enfeksiyon düşünülerek antibiyotik başlanmamalıdır.
- Kültürde üretilen bakterinin etken ya da kolonize olduğuna hastanın klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde karar verilmeli, etken olduğu düşünülüyorsa antibiyotik başlanmalıdır.

## 9-CERRAHİ BİRİMLERDE ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ TALİMATI

### 1.AMAÇ:

Operasyon sırasında potansiyel patojen mikroorganizmaların dokularda üremesini engelleyerek cerrahi alan enfeksiyonu (CAİ) oranını azaltmaktır. CAİ'lerinin azalmasıyla da postoperatif hospitalizasyon süresi, tedavi amaçlı antibiyotik uygulamaları ve dolayısıyla toplam tedavi maliyetinin en aza indirilmesi hedeflenmektedir.

**2.KAPSAM:** Tüm cerrahi birimleri kapsar.

### 3.UYGULAMALAR:



- **Antimikrobiyal profilaksi temiz-kontamine** (gastrointestinal ve/veya solunum sistemine kontrollü olarak girilmiştir; ancak önemli bir bulaş söz konusu değildir) **ve bazı özel durumlarda** (protez ve/veya immünsüpresyon) **temiz cerrahi girişimlerde** (enfeksiyon bulgusu yoktur; gastrointestinal, genitoüriner ve solunum sistemine girilmemiştir) **uygulanmalıdır.**
- **Kontamine** (akut enflamasyon, aseptik teknikten sapma) **ve kirli** (pürülan enflamasyon, perfore organ) **cerrahi girişimlerde antibiyotik kullanımı tedavi amaçlı olmalıdır.**
- Antimikrobiyal profilaksi bakteriyel kontaminasyon ya da doku invazyonu olmadan önce kullanılmalıdır.
- Optimal etkinlik elde edilebilmesi için antimikrobiyal profilaksinin cerrahi insizyondan 1 saat önceki zaman dilimi içinde; tercihen anestezi indüksiyonu ile birlikte yapılması gereklidir.
- Profilaktik antimikrobiyal ilaçlar İV yolla uygulanmalıdır.
- Tek doz profilaksi verilmelidir.

 <b>SEVGİ</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b> SEN.PR.03	<b>YAYIN TARİHİ</b> 01.01.2019	<b>REVİZYON NO</b> 0	

- Ameliyat esnasında doz tekrarı gereken durumlar: Major kanama (>1500 ml), sıvı replasmanı >15 ml/kg yapılması, ameliyat süresi kullanılan antibiyotiğin yarı ömrünün iki katından daha uzun ise (Sefazolin için 3-4 saatten uzun süren operasyonlarda) doz tekrarı gerekir.
- Profilaksi süresi 48 saatten uzun olmamalıdır.
- Profilaksinin drenler çekilinceye kadar sürdürülmesi yanlıştır.
- Komplike enfeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotikler (karbapenemler, 3. ve 4. kuşak sefalosporinler, glikopeptidler vb.) profilaksi amacıyla kullanılmamalıdır.
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastanede CAİ etkeni olarak üretilen mikroorganizmaların direnç profili izlenmeli ve bu profile göre profilakside kullanılan antibiyotiklerin seçimi konusunda görüş bildirilmelidir.
- Vankomisin ancak metisilin dirençli organizmalarla olan enfeksiyonların oranının yüksek olduğu durumlarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi önerisi ile kullanılmalıdır. Vankomisin infüzyon süresi bir saatten kısa olmamalıdır.
- Kapalı travmalarda tüp torakostomi işlemi sırasında profilaktik antibiyotik kullanılmamalıdır. Ancak aşağıdaki durumlarda tek doz **Sefazolin (1-2 gr), B- laktam alerjisi varlığında Klindamisin 600 mg** kullanılabilir:
  1. Acil torakotomi
  2. Ateşli silah yaralanmasına bağlı göğüs duvarında yumuşak doku kaybı
  3. Akciğer kontüzyonu
  4. Eşlik eden laparotomi
  5. Eşlik eden açık kırıklar

**Tablo: Hastanemizde yapılan ameliyatlara uygun profilaksi önerileri**

CERRAHİ TİPİ	ÖNERİLEN PROFİLAKSİ	B-LAKTAM ALLERJİSİ
<b>GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ</b> - Lobektomi, pnömektomi - Mediastinal cerrahi - Mediastinoskopi - Protez kapak cerrahisi - Koroner bypass - Kasık insizyonu yapılan girişimler - Protez ya da yabancı cisim konulan tüm vasküler girişimler	Sefazolin 1-2 gr IV tek doz ya da 8 saatte bir 1-2 gün ya da Sefuroksim 1,5 gr IV tek doz ya da 12 saatte bir toplam 6 gr ya da Vankomisin* 1 gr IV tek doz ya da 12 saatte bir 1-2 gün *MRSA sıklığı yüksek olan hastanelerde yüksek riskli hastalarda ve MRSA ile kolonize olan hastalarda	Klindamisin 600-900 mg İV
<b>KOLOREKTAL CERRAHİ (APENDEKTOMİ DAHİL)</b>	Sefazolin 1-2 gr IV + metronidazol 0,5 gr IV tek doz ya da sefoksitin 1-2 gr (Rüptür ve perfore apandisit varlığında peritonit gibi yaklaşılmalıdır)	Klindamisin 600-900 mg İV+gentamisin 1.7 mg /kg İV veya metronidazol 0,5-1g İV+ Gentamisin 1.7 mg/kg İV, insizyondan önce ve 8 saatte bir 3 doz
<b>GASTRODUODENAL VE BİLYER SİSTEM CERRAHİSİ</b>	Sefazolin 1-2 gr IV ya da sefuroksim 1,5 gr IV tek doz ya da 12 saatte bir 2-3 gün	Klindamisin 600-900 mg İV+gentamisin 1.7 mg /kg İV
<b>-Inguinal Herni Tamiri (greft konulmayan)</b> <b>-Tiroidektomi</b>	Profilaksinin rutin kullanımı önerilmez.	

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 33 / 57

## 10-CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ TALİMATI

### 1.AMAÇ:

Postoperatif cerrahi enfeksiyonların en aza indirilmesi için preoperatif ve postoperatif dönemde uygulanacak standart önlemlerin oluşturulmasıdır.

### 2.TANIM:

Operasyondan sonra ilk 30 gün içinde gelişen enfeksiyonlar cerrahi alan enfeksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Bu süre implant olan hastalarda 1 yıl olarak kabul edilmektedir.

### 3.KAPSAM:

Tüm cerrahi birimleri ve bu birimlerde çalışanları kapsar.

### 4.UYGULAMALAR:



#### 1. Preoperatif öneriler

##### Hastanın hazırlanması:.

- Elektif operasyon öncesi cerrahi girişim yerinin uzağında herhangi bir enfeksiyon varsa tedavi edilmeli, gereğinde enfeksiyon düzelinceye kadar operasyon ertelenmelidir.
- Preoperatif yatış süresi kısa tutulmalıdır.
- Diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü sağlanmalı ve özellikle perioperatif hiperglisemi gelişmesi önlenmelidir.
- Operasyondan bir gece önce hastaların banyo yapması sağlanmalıdır (mümkünse klorheksidinli solüsyon ile banyo yapılması veya klorheksidinli sünger ile vücut temizliği önerilir).
- Ameliyat bölgesi tıraşı traş makinası ile operasyondan hemen önce yapılmalıdır. Mümkün değilse hiç traş edilmemeli ve kesinlikle jilet kullanılmamalıdır.
- Cildin antiseptiklerle temizliği, ameliyattan hemen önce povidon iyot ile insizyon hattından dışa doğru dairesel şekilde yapılmalıdır. Hazırlanan alan kesi değişimlerine ve dren yerleştirmeye izin veren yeterlilikte olmalıdır.
- Ameliyat ekibinin el/kol antisepsisi ve hazırlığı:
- Tırnaklar kısa olmalı, eller ve önkol, ameliyat öncesi uygun bir antiseptikle en az 2-5 dakika süre ile fırçalanmalıdır.
- Elde ve kolda takı olmamalıdır.
- 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.
- El ve ön kol antisepsisi 'El Hijyeni Talimatı'na uygun olarak yapılmalıdır.
- Bulaşılabilen bir enfeksiyon hastalığı olan personel, hastalığı düzeleneye kadar görevden uzaklaştırılmalıdır.
- Cildinden drenajlı lezyonu olan cerrahi personel; kültürleri alınıp, enfeksiyon olmadığı ispatlanıncaya/enfeksiyonu kayboluncaya kadar görevden uzaklaştırılmalıdır.
- Çevre-zemin temizliği ve dezenfeksiyonu 'Hastane Temizliği Prosedürü'ne uygun olarak yapılmalıdır.
- Cerrahi aletler 'Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı' na uygun olarak sterilize edilmelidir.
- Profilaktik antibiyotik kullanılması konusunda 'Cerrahi Birimlerde Antibiyotik Profilaksi Talimatı'na uyulmalı, özel durumlarda Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile konsülte edilmelidir.

#### 2-Intraoperatif öneriler:

- Ameliyathanede sıcaklık 20-23°C, rölatif nem %30-60 arasında olmalıdır.
- Ameliyathanede hava akımı temiz havadan daha az temiz havaya doğru; saatte en az üç kez temiz hava ile değişim olmak üzere, en az 15 hava değişimi sağlanmalıdır.

 ÖZEL SEVGI HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 34 / 57



- Ameliyat odalarında koridorlara ve diğer komşu alanlara göre pozitif basınç sağlanmalıdır.
- Ameliyathane havası tavandan içeri verilip, zemine yakın yerden dışarı atılmalıdır.
- Ameliyathanede UV ışını kullanılmamalıdır.
- Enfeksiyon kontrolü için ameliyathanenin veya ameliyat odalarının girişine yapışkan paspas yada kumaş örtüler kullanılmamalıdır.
- Ameliyathanede rutin ortam kültürü alınmasına gerek yoktur.
- Ameliyathane girişinden temiz bölgeye geçerken özel terlik veya galoş giyilmeli, eldiven, steril önlük ve maske kullanılmalıdır.
- Ameliyat ekibinin tümüne (uzak bölgede de olsa) maske ve bone kullanım zorunluluğu getirilmelidir.
- Operasyon odaları malzeme-personel-hasta girişi dışında kapalı tutulmalıdır.
- Operasyon odasında sadece gerekli personel bulunmalıdır. Ameliyat odasına giren görevli sayısı sınırlı tutulmalıdır.
- İntravasküler aletlerin (örneğin, santral venöz kateter), spinal ve epidural anestezi kateterlerinin yerleştirilmesi veya intravenöz ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında asepsi prensiplerine uyulmalıdır.
- Steril malzemelerin paketleri/bohçaları kullanımdan hemen önce açılmalı ve kullanım öncesinde paket/bohça üzerindeki maruziyet indikatörü ve paket/bohça içindeki indikatör veya çok parametrelili indikatör kontrol edilmelidir.
- Sterilitesi konusunda şüpheye düşülen malzemeler kullanılmamalıdır.

#### **Postoperatif öneriler:**

- Tüm doktor, hemşire, personel ve hasta yakınları el yıkamaya özen göstermelidir.
- Hasta ve ailesi doğru insizyon bakımı, CAE semptomları ve bu semptomların bildirilmesi konusunda eğitilmelidir.
- Hastaya bakım hizmeti veren personelin her hastada el yıkama ve eldiven değişiminin kontrolü sağlanmalıdır.
- Primer olarak kapatılmış bir insizyon ameliyattan sonra 24-48 saat steril bir örtüyle kapalı tutulmamalıdır.
- Pansumanlarda ve yara bölgesine her türlü temastan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalı ve pansumanlarda s t e r i l teknik kullanılmalıdır.
- Postoperatif yara bölgesi temiz ve kuru tutulmalı, ıslanmış ve kirlenmiş pansumanlar bekletilmeden değiştirilmelidir. Yara yeri serum fizyolojik ile temizlendikten sonra povidon iyot ile pansuman yapılmalıdır.
- Kliniklerdeki pansuman odaları, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri sorumlu hemşireler tarafından denetlenmelidir.
- Pansumanlar sadece doktorlar tarafından yapılmalı, yara bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir.
- Klinik, laboratuvar (lökositoz, CRP, sedimentasyon artışı vs.) ve radyolojik bulgular telkin ediyorsa hasta enfeksiyon açısından değerlendirilmeli, her ateş yüksekliğinde enfeksiyon düşünülerek antibiyotik başlanmamalıdır.
- Enfeksiyon düşünülen hastalarda antibiyotik başlamadan önce uygun bölgelerden kültür alınmalı, gerek ampirik tedavide, gerekse kültür antibiyogram sonuçlarına göre Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile konsülte edilerek antibiyotik başlanmalıdır.
- Hastane enfeksiyonu tespit edilen vakalar mümkünse ayrı odada takip edilmeli, özellikle MRSA, ESBL+ gram negatif bakteriler, pseudomonas, acinetobacter gibi çok ilaca dirençli bakterilerle enfekte hastaların izleminde 'Çok İlaça Dirençli Bakteri Kontrolü Talimatı'na uyulmalıdır.

### **11-DAMAR İÇİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ**

**TALİMATI**

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 35 / 57

**1. AMAÇ:** Damar içi kateter enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi için standart prosedürlerin oluşturulmasıdır.

**2. KAPSAM:** Damar içi kateter bulunan hastalarda damar içi kateter ilişkili enfeksiyonun önlenmesine yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Amaç; enfeksiyonları önlemek amacıyla santral venöz kateter takılması, çıkarılması ve bakımı konusunda yöntem belirlemek; damar içi kateter takımı, bakımı, kan ve kan kültürü alma standartlarını belirtmektedir. Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimleri ve bu birimlerde çalışan doktor, hemşire ve sağlık memurlarını kapsar.

**3. KISALTMALAR/TANIMLAR:**

**DİK:** Damar içi Kateter.Sıvı replasmanı, paranteral beslenme, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, ilaç uygulamaları ve hemodinamik izlem amacıyla santral veya periferik damar içine yerleştirilen kateter.

**KİKDE:** Kateter ilişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonu

**SVK:** Santral Venöz Kateter

**PVK:** Periferik Venöz Kateter

**UYGULAMA: Genel İlkeler:**

- Kateter ancak endikasyon durumunda takılmalı, endikasyon ortadan kalkar kalkmaz en kısa sürede çıkarılmalıdır.
- Kateter giriş yeri seçilirken enfeksiyon ve mekanik komplikasyon gelişme riskleri dikkate alınmalıdır.
- Kateter giriş yerindeki tüyler temizlenmeli fakat traş edilmemelidir.
- Çocuklarda, inflamasyon belirtisi olmadığı ve kateter çalıştığı müddetçe kateter yerinde bırakılabilir.
- Kateter üzerine kateteri takan kişi mutlaka takılış tarihi yazmalı ve parafını atmalıdır.Pansuman tarihleri kayıt edilmelidir.
- Damar içi kateterler enfeksiyon bulguları açısından hergün (ateş, kızarıklık, ağrı, ödem) kontrol edilmelidir.Şeffaf örtü kullanılıyorsa kateter giriş bölgesi gözlenmeli; steril örtü kullanılıyorsa palpe edilerek enfeksiyon bulguları izlenmelidir.Enfeksiyon bulguları saptanırsa örtü kaldırılarak kateter giriş yeri ayrıntılı olarak incelenmelidir.
- Hastalara kateter giriş yerindeki değişiklikleri bildirmesi gerekliliği söylenmelidir.
- Kateter takılmasından önce veya bakım sırasında rutin antibiyotik profilaksisi yapılmamalıdır.
- Kateter ucundan rutin kültür gönderilmemelidir.

**El Hijyeni:**

- DİK bölgesinin palpasyonu öncesi ve sonrasında, kateter takılmasından, pansuman değiştirilmesinden ve kateter ile ilgili her türlü manipülasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalıdır.

**Kateter Takılması ve Bakımı:**

- DİK takımı ve bakımı sırasında aseptik teknik kullanılmalıdır.Periferik DİK takarken steril olmayan eldiven giyilmeli; arter veya SVK takılırken steril eldiven giyilmelidir.Bakım sırasında da aynı uygulama geçerlidir.
- Kateter takma esnasında maksimum bariyer ve asepsi önlemleri alınmalıdır. Özellikle SVK takarken, asepsi kurallarına (uzun kollu steril gömlek, maske, kep, büyük steril örtü, steril eldiven) ileri düzeyde dikkat edilmelidir.
- Kateter takılmadan önce uygulama alanının antisepsisinde %2'lik klorheksidin, %10'luk povidon iyot ya da %70'lik alkol kullanılmalıdır. Antiseptiklerin kurumması beklenmelidir.
- Povidon iyot kullanılacak ise üç dakika süre ile uygulanmalı ve iyot kurumaya bırakılmalıdır. Povidon iyot sonrası alkol kullanılması tahrişi önler.
- Deri temizliği yapıldıktan sonra giriş yeri palpe edilmemelidir (steril alanda çalışılıyor ise palpe edilebilir)



 <b>SEVGİ</b> <small>ÖZEL ORDU</small> <small>HASTANESİ</small>	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b> SEN.PR.03	<b>YAYIN TARİHİ</b> 01.01.2019	<b>REVİZYON NO</b> 0	

- Kateter giriş yerinin örtülmesi için steril gazlı bez ya da steril, şeffaf, yarı geçirgen örtüler kullanılmalıdır.
- Kalıcı kataterlerin giriş yeri tamamen iyileştikten sonra kapatılmamalıdır.
- Katater giriş yerinde kanama veya sızdırma varsa gazlı bezli örtüler tercih edilmelidir.
- Steril gazlı bezle örtülen pansumanlar 48 saatte bir, şeffaf örtü kullanılan pansumanlar haftada bir değiştirilmelidir. Katater pansumanı nemlendiğinde ya da bütünlüğü bozulduğunda kesinlikle beklenilmeden değiştirilmelidir.

**Kataterlerin Değişimi:**

- SVK ve arteriyel kateterler rutin olarak değiştirilmemelidir. Asepsisinden şüphelenen kateterler 48 saat içerisinde değiştirilmelidir.
- Erişkin hastalarda flebit gelişimini önlemek için PVK'ler 72-96 saatte bir değiştirilmelidir.
- Kateter bölgesinde pürülan materyal görülen her DİK değiştirilmelidir.
- KİKDE şüphesi olan, hemodinamisi stabil olmayan her hastada DİK değiştirilmelidir.

Katater Tipi	Değiştirilme Süresi	Pansumanın Değiştirilmesi	Setlerin Değiştirilmesi	İnfüzyon Sıvılarının Değiştirilmesi
<b>Periferik Venöz Kateterler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erişkinlerde: 72-96 saat</li> <li>- Acil durumlarda takılan kateterler 48 saat içerisinde değiştirilmelidir.</li> <li>- Pediatrik hastalarda gerekmedikçe değiştirilmemelidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24-48 saat içinde pansuman yenilenmelidir.</li> <li>- Kateter yeri ıslanmış, kirlenmiş iş ise hemen değiştirilmelidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinik olarak gerekmedikçe setler 72-96 saatten önce değiştirilmemelidir.</li> <li>- Kan ve lipit solüsyonları için kullanılan setler 24 saat içerisinde değiştirilmelidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipit içeren TPN solüsyonlarının 24 saat, lipit emülsiyonlarının 12 saat, kan ve kan ürünlerinin 4 saat içerisinde infüzyonları tamamlanmalıdır.</li> </ul>
<b>Periferik Arteriyel Kateterler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erişkinlerde 6 günde bir değiştirilmelidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kateter değiştirilirken,</li> <li>- Pansumanın bütünlüğü bozulmuş, ıslanmış ya da kirlenmişse,</li> <li>- Kateter giriş yerinde inspeksiyonla enfeksiyondan şüpheleniliyorsa değiştirilmelidir.</li> </ul>		

 <b>Sevgi</b> <small>ÖZEL ORDU</small> <b>HASTANESİ</b>	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b> SEN.PR.03	<b>YAYIN TARİHİ</b> 01.01.2019	<b>REVİZYON NO</b> 0	

<b>Santral Venöz Kateterler(Periferik yolla takılan ve hemodiyaliz kateterleri dahil)</b>	Rutin olarak değiştirilmemelidir	-Gazlı bez kullanılıyor -2 günde bir, -Steril transparan örtü kullanılıyorsa 7 günde bir -Pansuman kirlenmiş, ıslanmış ya da bütünlüğü bozulmuşsa Hemen değiştirilmelidir.	-Serum setleri 72-96 saat sonra -Lipid solüsyonu setleri 24 saat içinde değiştirilmelidir.	-Lipid emülsiyonları 24 saat içinde bitirilmelidir. -Diğer solüsyonlar için öneri yoktur.
---	----------------------------------	---	---	--

#### **İnfüzyon Setleri ve Değiştirilmesi:**



- Damar yolu sürekli açık tutulmayan ve sadece günün belirli zamanlarında infüzyonla parenteral ilaç verilen hastalarda (örneğin günde iki, üç, dört, beş kez "minibag" içinde hazırlanarak verilen antibiyotikler) her seferinde yeni set hazırlanmalıdır.
- Bir kez verilen set ağız kapatılarak, bir sonraki kullanıma kadar bekletilmemelidir.
- Sadece dextroz-aminoasit içeren setler 72-96 saatte bir, propofol içeren setler 6-12 saatte bir, kan-kan ürünleri ve lipit emülsiyonları (glukoz, aminoasitlerle kombine verilen üçlü solüsyonlar veya tek başına içeren lipit solüsyonları) infüzyonun başlamasını takiben 24 saat içerisinde değiştirilmelidir.
- Lipit kombinasyonlu solüsyonların infüzyonları 24 saatte, sadece lipit içerenlerin 12 saatte, kan ve kan ürünlerinin 4 saatte tamamlanmalıdır.

#### **İntravenöz İlaç Uygulamaları /Puşe İşlemleri:**

- Sadece damar içerisine direkt olarak verilmesi sakıncalı olmayan ilaçlar IV puşe edilmelidir.
- Antibiyotikler kesinlikle puşe olarak verilmemelidir.
- IV olarak puşe edilecek ilaç tercihen ven valflerinden veya intraketler üzerindeki kapak yada stop cock kullanılarak verilmelidir. Ven valfleri kullanılmadan önce %70 alkol ile temizlenmelidir.
- Kullanılmayan bütün üçlü musluklar kapalı tutulmalıdır.
- Paranteral solüsyonlar açılmadan önce son kullanma tarihi ve görüntüsü kontrol edilmelidir. Sızdırdığı, bulanıklık fark edilen solüsyonlar kullanılmamalıdır.
- Paranteral solüsyon hazırlığına başlanılmadan önce "El Hijyeni Talimatına" uygun el hijyeni sağlanmalıdır.
- Mümkün olduğunca tek dozluk ampul ve flakonlar tercih edilmelidir. Tek dozluk kullanılan ampul ve flakonlar içinde kalan solüsyonlar birbirine eklenerek tekrar kullanılmak üzere saklanılmamalıdır.
- Multidoz flakon kullanımında üreticinin uygun gördüğü saklama koşullarına uyulmalıdır. Kullanım öncesinde multidoz flakonun girişi %70'lik alkol ile temizlenmelidir. Mutlaka steril iğne ile girilmeli ve dokunmaktan kaçınılmalıdır. Sterilitesi bozulan veya şüphelenilen multidoz flakon kullanılmamalıdır.

#### **Santral Venöz Kateterler:**

- Kateter yeri seçiminde mekanik ve infeksiyöz komplikasyon riski dikkate alınmalıdır (juguler veya femoral bölge yerine subklavian bölge tercih edilmelidir, subklavian kateter yerine periferik kateter tercih edilmelidir).
- Hasta bakımı için gerekli olan en az sayıda port ve lümene sahip SVK'ler kullanılmalıdır.
- Hemodiyaliz kateterleri acil durum dışında hemodiyaliz işlemleri haricinde

	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 38 / 57

kullanılmamalıdır.



- Santral kateter pansumanlarında gazlı bez kullanılıyorsa en geç 2 günde bir, şeffaf örtü kullanılıyorsa en geç 7 günde bir pansuman değiştirilmelidir.
- Kızarıklık, ısı artışı, ağrı, eksuda) varsa kateter hemen çıkarılmalıdır.
- Kateter ileri ve geri hareket ettirilmemeli, kateteri yıkama amacıyla serum fizyolojik kullanılmalı, kateterin tıkanmaması için 100 ml serum fizyolojik içine 1 ml heparin eklenerek 10 ml puşe yapılmalıdır.
- Çok lümenli SVK kullanımında lümenin biri parenteral beslenme solüsyonuna ayrılmadır.
- Kateterizasyon endikasyonu ortadan kalktığında kateter en kısa zamanda sonlandırılmalıdır.
- Enfeksiyon şüphesi ile çıkarılan kateterin hem distal ucundan hem de deri giriş bölgesinden 3-5 cm 'lik bir parça kesilerek steril bir petri kabına koyularak laboratuvara gönderilmelidir.

#### **Periferik Arterial Kateterler ve Monitorizasyonu:**

- Tek kullanımlık transducerler tekrar kullanılabilir olanlara tercih edilmelidir.
- Transducerler 96 saatte bir değiştirilmelidir. Sistemin diğer bileşenleri de transducer ile birlikte değiştirilmelidir.
- Basınçlı monitorizasyon işlemi ile ilgili maniplasyon ve işlem sayısı minimuma indirilmelidir.
- Basınçlı monitorizasyonun açıklığının devamını sağlamak için kapalı sürekli yıkama sistemi kullanılmalıdır.

#### **Kan Kültürü Alınması:**

- Kan kültürü örneği almak için en uygun zaman, üşüme ve titremelerin başladığı, ateşin ortaya çıkmasından önceki 30-60 dakikalık dönemdir. Pratikte en uygunu ise ateş çıkmaya başladığında vakit kaybetmeksizin alınmasıdır.
- SVK 'e bağlı KDE'ndan şüphelenilen hastada; periferik venden ve santral kateterden olmak üzere eş zamanlı en az iki kan kültürü alınmalıdır. Laboratuvar kağıdı üzerine kültür alınan bölge belirtilmelidir.
- Hemokültür kanı, damar içi kateterlerden alınmamalıdır. Ancak damar içi katetere bağlı bakteriyemi düşünülen olgularda hem damar içi kateterden hem de periferik kullanılmamış bir venden kan kültürü alınmalıdır.
- Kullanılacak vene daha önceden girişim yapılmış olmamalıdır.
- Kan, vene bir girişte alınmalıdır. Bir girişte alınamamışsa ve tekrar vene girilecekse, yeni bir enjektör, yeni bir eldiven ile yeni bir venden alınmalıdır.
- Kan alınacak ortamda hava cereyanı olmamalıdır.
- Kan kültür şişesinin lastik tıkaçı %70'lik etil veya izopropil alkol ile silinmeli ve bir dakika beklenmelidir.
- Kan alınacak bölge mümkünse, önce sabunlu su ile temizlenmelidir. Daha sonra merkezden çevreye doğru 5-6 cm çapında bir alan %10'luk povidon-iyodin solüsyonu ile silinmeli ve solüsyonun tamamen kuruması (1-3 dakika) beklenmelidir.
- Steril eldiven giyilmemiş ise; turnike bağlarken veya damarı palpe etmek için silinen bölgeye dokunulmamalıdır.
- Kanı aldıktan sonra iyotu uzaklaştırmak için cilt alkol ile temizlenmelidir.
- Bir bakteriyemi epizodunda iki ya da üç kan kültürü alınmalıdır.
- Kan, laboratuvara hemen ulaştırılamayacaksa buzdolabında değil; etüv varsa etüvde, yoksa oda ısısında bekletilmelidir.
- Oda ısısında en fazla 2 saat bekletilmelidir.
- Kan kültürü için yetişkinlerden ortalama 10-20 cc kan alınmalıdır. Çocuklarda hastanın yaşına bağlı olarak her şişe için ort. 5cc alınabilir.
- Kan kültürü, antibiyotik veya kemoterapötik madde verilmeden önce alınmalıdır. Ancak, hasta antibiyotik tedavisi alıyorsa, bir sonraki dozdan hemen önce alınmalıdır.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 39 / 57

Laboratuvara hangi antibiyotiği almakta olduğu da bildirilmelidir.

- Kan kültürleri aynı venden alınacaksa 30 dakika aralıklarla alınmalıdır. Farklı venlerden aynı anda alınabilir.

## 12- KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ TALİMATI

**1. AMAÇ:** Hastane kökenli üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik standartların belirlenmesidir.

**2. KAPSAM:** Hastanedeki tüm birimleri kapsar.

**3. TANIMLAR:**

**Kapalı Drenaj Sistemi:** Üretral kateter ve musluklu idrar torbasının birleştirilmesinden oluşan ve alttaki musluk aracılığıyla boşaltılmasından oluşan sistemdir.

**Kısa süreli kateterizasyon:** 1 - 7 gün kateterin takılı kalmasıdır. Ameliyat sonrası uygulamalar genellikle böyledir.

**Orta süreli kateterizasyon:** 7-28 gün arasında takılı kalan kateterler için kullanılır. Genel olarak yaşlı ve ortopedik hastalarda ameliyat sonrası uygulanır.

**Uzun süreli kateterizasyon:** 28 günden daha uzun süreli kateter uygulamaları için "uzun süreli kateter uygulaması" tanımı kullanılmaktadır.

**UYGULAMA:**

**Kateterizasyon endikasyonları**



- Akut idrar retansiyonu
- İnfravezikal obstrüksiyon
- Ürolojik ya da genitoüriner sisteme komşu yapılara cerrahi girişim
- Cerrahinin uzun sürmesi
- Operasyonda yüksek miktarda infüzyon yapılan ya da diüretik alan hastalar
- İdrar çıkış miktarının doğru saptanması gereken ciddi hastalar
- Açık sakral ya da perineal yarası bulunan inkontinan hastalar
- Operasyon süresince izlenmesi gereken hastalar
- Uzun dönem hareketsiz kalması gereken hastalar
- Mesane içi ilaç uygulamaları
- Mesanenin tanı amaçlı doldurulması

**Kateterle ilişkili üriner sistem enfeksiyonları için risk faktörleri:**

- Bakım hataları
- Kadın cinsiyet
- Başka bir alanda aktif bir enfeksiyon varlığı
- Kateterin kalış süresi
- Böbrek fonksiyon bozukluğu
- Malnütrisyon
- Diabetes mellitus
- Meatus kolonizasyonu
- Drenaj torbalarının mikrobiyal kolonizasyonu
- Hastalığın şiddeti

**Temel İlkeler:**

- Mümkünse üriner kateterizasyondan kaçınılmalıdır. Sadece endikasyonu varsa takılmalıdır.
- Kateter endikasyonu belirlenmeli ve endikasyon ortadan kalkınca kateterizasyona son verilmelidir.
- Üriner kateterlerin takılması ve bakımı bu konuda gerekli eğitimi almış kişiler tarafından yapılmalıdır.
- İdrar kateterlerinin yerleştirilmesi sırasında aseptik teknik ve steril malzeme kullanılmalıdır (Steril eldiven, örtü, periüretral temizlik için antiseptik solüsyon, steril tek kullanımlık jel, steril sponge veya ped).

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 40 / 57



- Üretral travmayı en aza indirmek amacıyla gerekli drenajı sağlayabilecek en küçük lümenli kateter seçilmeli ve sağlam bir şekilde tespit edilmelidir.
- Üriner kateterle her temas öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır.
- Üriner kateteri olan hastalardan herhangi bir endikasyon olmaksızın düzenli aralıklarla rutin idrar kültürü gönderilmemelidir.
- Üriner kateterler rutin olarak değiştirilmemelidir.Obstrüksiyon veya idrar sızıntısı olduğu durumlarda veya doktorun endikasyon koyduğu durumlarda kateter değişimi yapılmalıdır.
- Asemptomatik bakteriüri özel durumlar dışında tedavi edilmemelidir (nötropenik, tümörlü, transplanlı, gebe, ürolojik protezli hastalar vs). Kateter Takılması:
- Kateter takılmadan önce eller yıkanır, kurulanır, steril eldiven giyilir.
- Steril tampon ve antiseptik solüsyonla (üriner kateterinin takılacağı bölge %10 povidon iyot ile temizlenmeli) eksternal meatus temizlenir.Tek kullanımlık steril jellerle kayganlaştırma sağlanır.
- Steril delikli örtü ile uygulama alanı örtülür.
- İşlem sırasında aseptik teknik ve steril malzeme kullanılmalıdır.
- Kateter balonlu ise 8-10ml steril sıvı ile balon şişirilir.
- Torba askı ile yatağa sabitlenmeli, yere değmemesi sağlanmalıdır.

#### **Kateter Bakımı:**

- İdrar akımının devamlılığının sağlanması için drenaj sistemi ve kateter sık sık kontrol edilmeli, idrar torbası düzenli olarak alttaki musluktan boşaltılmalıdır.
- Kapalı drenaj sistemi uygulanmalı, irrigasyon gerekmedikçe sisteminin bütünlüğü bozulmamalıdır.
- Kateter ve idrar torbası mesane seviyesinin altında tutulmalı, kıvrılıp bükülmemeli (hasta pozisyon değişikliklerinde torbadaki idrarın geriye dönüşü engellenmelidir), idrar torbası yere değmemelidir.
- İdrar torbaları, hasarlanma, sızıntı ya da pis koku olması durumunda değiştirilmelidir.
- Povidon-iyot veya su ve sabunla rutin meatus bakımı enfeksiyon riskini azaltmadığı için ancak gözle görülür kirlilik varsa antiseptik solüsyonla temizlik yapılmalıdır.
- Hasta transferinde torba boşaltılmış ve bağlantılar kapalı olmalıdır.
- Gerekmedikçe kateter ve drenaj sistemi birbirinden ayrılmamalıdır.Kateter ve drenaj sistemi ayrıldıysa bağlantı yeri dezenfekte edilerek yeni bir drenaj sistemi takılmalıdır.
- Herhangi bir nedenle sistemin bütünlüğü bozulduğu takdirde drenaj torbası değiştirilmeli ve yeni torba takılırken kateterle bağlantı noktası %70'lik alkol veya povidon iyot ile silinmelidir.
- ÜSE gelişmedikçe ya da kateterin değiştirilmesini gerektiren başka bir neden bulunmadığı sürece (örneğin irrigasyonla giderilemeyen bir tıkanıklık gibi) rutin kateter değişimi yapılmamalıdır.
- Tıkanıklığı açmak haricinde irrigasyon uygulanmamalıdır.Pıhtı, mukus vb. tıkaçlara bağlı obstrüksiyon gelişmesi gibi aralıklı irrigasyon uygulanması gereken durumlarda: Büyük steril enjektörler ve steril irrigasyon sıvıları kullanılmalı, Aseptik tekniğe özen gösterilmeli, irrigasyon öncesinde kateterin uç kısmı dezenfekte (%70'lik alkol veya povidon iyot kullanılarak) edilmelidir.
- İdrar toplama kapları her hastaya özel olmalı, mümkün değilse hasta aralarında temizlenmelidir.İdrar torbası boşaltılırken eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.Torba boşaltmak için hastadan hastaya geçerken mutlaka eldiven değiştirilmelidir

#### **İdrar Kültür Alımı (İdrar Kültürü Alınması):**

- Örnek almak için kapalı drenaj sisteminin bütünlüğü bozulmamalıdır.Enfeksiyon şüphesi durumunda kültür alınmalıdır.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 41 / 57

- Mikrobiyolojik örnek için torba ve kateter bağlantı yerinin distali klemlenerek bir süre idrar birikmesi beklenmeli ve kateterin distali dezanfektan solüsyonla (%70 alkol ya da povidon iyod) temizlenmeli kuruması beklendikten sonra; steril enjektörle örnek alınmalıdır. Diğer idrar analizleri için torbanın boşaltım sisteminden aseptik teknik ile örnek alınmalıdır.
- İdrar örnekleri alındıktan hemen sonra laboratuvara gönderilmeli, hemen gönderilemeyecekse +4 C'de en fazla 24 saat bekletilmelidir.

### **13- NOZOKOMİYAL PNÖMONİNİN/ VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİ TALİMATI**

#### **AMAÇ**

Nozokomiyal solunum sistemi enfeksiyonlarından korunma ve enfeksiyon oluşturabilecek risk faktörlerinin takibi için gerekli olan işlem basamaklarını belirlemektir.

#### **TANIM**

**Nozokomiyal pnömoni;** hastaneye yatış sırasında bulunmayan ve inkübasyon döneminde olmayan, yatıştan 48 saat sonra oluşan akciğerin parankimal enfeksiyonudur.

**Ventilatör ilişkili Pnömoni (VİP);** trakeotomisi olan veya entübe olan ve nozokomiyal pnömoni tanısının konduğu günden önceki 48 saat içinde kalan dönemde solunuma destek olmak veya kontrol etmek amacıyla bir solunum cihazına bağlı olan hastalarda gelişen pnömonidir.



#### **KAPSAM**

Hasta servislerinde çalışan tüm personeli kapsar.

#### **UYGULAMA:**

##### **Temel İlkeler:**

- Hastayla temas öncesi ve sonrası eller '**El Hijyeni Talimatı**'na uygun olarak yıkanmalıdır.
- Hastaların takibinde '**İzolasyon Prosedürü**'nde belirtilen kurallara uyulmalıdır.
- Solunum sistemine yönelik invaziv işlemler sırasında aseptik tekniklere uygun olarak hareket edilmelidir.
- Yoğun bakım gereksinimi kalmayan hasta en kısa zamanda servise interne edilmelidir.
- Mekanik ventilasyon, invaziv girişim, parenteral veya enteral tüp ile beslenme gibi doğal bariyerlerin ve vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan uygulamalar mutlak endikasyon varlığında uygulanmalı, uygulanmış ise en kısa zamanda sonlandırılmalıdır.
- Gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.
- Uzun süreli beslenmelerde nazoenterik sondalar yerleştirilmelidir.
- Oksijen manometreleri kullanılmadıkları süre boyunca kuru tutulmalıdır.
- Nemlendirici kaplar, oksijen flowmetre kapları ve nebulizatörlerde steril su kullanılmalı, sıvı azaldıkça üzerine ekleme yapılmamalı, kaplar temizlenip dezenfekte edildikten sonra kuruması beklenmeli, kuruduktan sonra tekrar steril su konulmalıdır.
- Nebulizatörler her kullanım sonrasında (daha sonra aynı hasta için kullanılacak dahi olsa) temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
- Nebulizatör haznesine enjektörle ilaç eklemesi nebulizatörün kapağı açılmadan, yumuşak tıpanın üzeri antiseptik solüsyonla silinerek yapılmalıdır.
- Yıprandığında veya fonksiyon bozukluğu geliştiğinde nebulizatör üzerindeki tıpa değiştirilmelidir.
- Gezici oksijen tüpü ile transfer edilen hastalar için oksijen flowmetre kabına su konulmasına gerek yoktur. Hastanın mutlaka nemlendirilmiş hava alma ihtiyacı var ise kendi flowmetresi ile transfer edilmelidir.
- Hastalarda kullanılan tüm araç ve gereçlerin temizliği '**Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı**'na uygun olarak yapılmalıdır.

 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 42 / 57

- Nozokomiyal pnömoni düşünülen olgular mutlaka Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile konsülte edilmelidir.

#### **Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Bakımı:**

- Aspirasyon sırasında steril eldiven ve steril aspirasyon sondası kullanılmalıdır.
- Narkotik ve antikolinergik ajan kullanımı mümkün olduğunca kısıtlanmalıdır.
- Noninvaziv mekanik ventilasyon mümkünse ilk seçenek olmalıdır.
- Mekanik ventilasyon endikasyonu olan hastalarda orotrakeal entübasyon tercih edilmelidir.
- Mekanik ventilasyon, yarı oturur pozisyonda uygulanmalıdır (30-45 derece).
- Mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda devamlı subglottik aspirasyon uygulanabilen bir lümeni olan entübasyon tüpü veya trakeostomi kanülleri tercih edilmelidir.
- Endotrakeal tüplerin kafları sekresyonların sızmasını engelleyecek kadar şişirilmelidir (20-30 cmH<sub>2</sub>O).
- Ventilatör devreleri kan ve sekresyonlarla kirlendiğinde değiştirilmelidir. Bunun dışında rutin değiştirilmemelidir.
- Solunum devrelerinde biriken sıvı periyodik olarak boşaltılmalı, bu işlem sırasında temiz eldiven giyilmeli ve sıvının hastaya geri kaçmamasına dikkat edilmelidir. Bu işlem öncesinde el hijyeni sağlanmalıdır.
- Nazogastrik sonda ile beslenen hastalara beslenme esnasında yarı oturur pozisyon verilmeli ve bolus tarzında beslenme yapılmamalıdır.
- Trakeostomisi olan hastaların trakeostomi çevresinin bakımı pansumanı kirlendikçe, steril malzemelerle yapılmalıdır. Trakeostomi çevresi lokal enfeksiyon bulguları yönünden sürekli izlenmelidir.
- Hastalara günde en az 3 kez ağız bakımı verilmeli ve ağız bakımının sıklığı hastanın ihtiyacına göre planlanmalıdır.

#### **Trakeotomisi Olan Hastalar:**

- Trakeotomi açılırken asepsi kurallarına uyulmalıdır.
- Trakeotomi kanülü değiştirilirken temiz önlük giyilmeli, aseptik teknik kullanılmalıdır.
- Takılan trakeotomi kanülü dezenfekte edilmiş olmalıdır.

#### **Trakeostomi Stoma Bakımı:**



- El hijyeni uygulandıktan sonra steril olmayan eldiven giyilir.
- Eski pansuman çıkarıldıktan sonra stoma bölgesi steril serum fizyolojik ile silinir, steri gazlı bez ile kurulanır.
- Trakeostomi tüpünün kumaş bağları kirlendikçe değiştirilir ve işlem bittikten sonra el hijyeni sağlanır.

#### **Trakeostomi İç Kanül Temizliği:**

- El hijyeni sağlandıktan sonra steril olmayan eldiven giyilir.
- İç kanül çıkarılır, ön temizlik yapıldıktan sonra dezenfekte edilip kurutularak tekrar hastaya yerleştirilir.
- Trakeostomi bakımı bittikten sonra stoma alanındaki kanama, kızarıklık, ödem, koku, hassasiyet ve sıcaklık değişiklikleri gözlenmeli ve kaydedilmelidir.

#### **Aspirasyon İşlemi:**

- Entübe hastalar sık aralıklarla aspire edilmemeli; hırıltılı solunum, sekresyon birikimi, solunum güçlüğü gibi endikasyon durumlarında aspire edilmelidir.
- Aspirasyon sondası aspiratör kapalı iken ilerletilmeli, geri çekilirken aspiratör açılarak döndürücü hareketlerle hasta aspire edilmelidir.
- Aspirasyon süresi 15 saniyeyi geçmemelidir.
- Çok fazla kurutu olan ve sekresyonları kuruyan hastalarda , aspirasyon 5-15 ml steril sıvı içeren plastik ampuller kullanılmalı, endotrakeal tüp içine ihtiyaç duyulan miktar verildikten

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 43 / 57

sonra steril kateter ile endotrakeal tüp içine girilerek aspirasyon işlemi yapılmalıdır.

- Aspirasyon işlemine devam edilmesi gerekiyor ise kullanılan ilk kateter yıkama solüsyonu ile yıkanarak atılmalı, yeni bir steril kateter kullanılarak aynı işlem tekrarlanmalıdır.
- Yıkama solüsyonları sekiz saatten uzun süre kullanılmamalı, solüsyon çok kirlenmiş ise beklenmeden değiştirilmelidir. Solüsyon kabının üzerine kullanılmaya başlandığı tarih ve saat yazılmalıdır.

## 14-VENTİLATÖR İLİŞKİLİ OLAY SÜRVEYANSI

**1. AMAÇ:** Mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda uygulanan enfeksiyon kontrol önlemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesini sağlayacak geçerli ve güvenilir sürveyans verisi elde etmeyi amaçlar.

**2. KAPSAM:** Yoğun bakım ünitelerinde Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Enfeksiyon Hemşiresi tarafından uygulanır.

### 3. TANIMLAR:

**VİO (Ventilatör ilişkili Olay) Sürveyansı:** Mekanik ventilasyon uygulanan erişkin hastalarda ortaya çıkan durumları ve komplikasyonları tanımlama amacıyla oluşturulan objektif, akış çizgisi biçimli sürveyans tanım algoritmasıdır. VİO diyebilmek için hastalar 2 günden uzun süreli mekanik ventilasyonda olmalıdır. VİO kriterlerini tamamlayabilmek için en erken gün mekanik ventilasyonun 4.günüdür. VİO algoritmasında üç tanım aşaması bulunmaktadır:

**1. VİD:** 2 günden uzun süreli mekanik ventilasyon desteğindeki hastanın  $\geq 2$  gün süreyle stabil olması veya günlük minimum FiO<sub>2</sub> veya PEEP değerlerinde azalma olması döneminden sonra;  $\geq 2$  gün süreyle FiO<sub>2</sub>'de en az %20 artış veya PEEP değerlerinde  $\geq 3$  cmH<sub>2</sub>O artış olması olarak tanımlanmaktadır. (Günlük minimum PEEP değerleri 0-5 cmH<sub>2</sub>O arasında eşdeğer olarak kabul edilmektedir.)

**2. İVİD:** Mekanik ventilasyonun  $\geq 3$  gün uygulamasından sonra ve oksijenasyonun kötüleşmeye başlamasından önceki ve sonraki 2 gün içerisinde aşağıdaki kriterlerden ikisi de hastada bulunmalıdır:

Ateş  $>38^{\circ}\text{C}$  veya  $<36^{\circ}\text{C}$  VEYA WBC  $>12000$  veya  $<4000$  VE

VİO tarihinden iki gün önce ve iki sonrasını içeren dönemde (VİO pencere dönemi) yeni bir antimikrobiyal ajanın başlanması ve  $\geq 4$  gün devam edilmesi

**3. OLASI VİP:** Mekanik ventilasyonun  $\geq 3$  gün uygulamasından sonra ve oksijenasyonun kötüleşmeye başlamasından önceki ve sonraki 2 gün içerisinde aşağıdaki kriterlerden biri hastada bulunmalıdır:

Pürülan solunum sekresyonu (100x büyütmede  $\geq 25$  nötrofil ve  $\leq 10$  epitel görülmesi)



2. Balgam, endotrakeal aspirat, bronkoalveoler lavaj, akciğer dokusu veya korunmuş fırça örneklerinde kültür pozitifliği (flora bakterileri, mayalar, koagülaz negatif stafilokoklar, enterokoklar dışında)

**4. Yüksek Olası VİP:** Mekanik ventilasyonun  $\geq 3$  gün uygulamasından sonra ve oksijenasyonun kötüleşmeye başlamasından önceki ve sonraki 2 gün içerisinde aşağıdaki kriterlerden biri hastada bulunmalıdır:

**1.** Pürülan solunum sekresyonu ve endotrakeal aspirat veya bronkoalveoler lavaj veya akciğer dokusu veya korunmuş fırça örneğinde kültür pozitifliği

**2.** Pozitif plevral sıvı kültürü veya pozitif akciğer histopatolojisi veya Legionella spp. için test pozitifliği veya influenza virüs, RSV, adenovirüs, parainfluenza virüs, rinovirüs ve koronavirüsler için test pozitifliği



 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 44 / 57

### UYGULAMA:

- VİO sürveyansındaki hastalar için gerekli olan veriler sadece ventilatör günü, günlük minimum PEEP ve FiO2 değerleridir. Mekanik ventilasyondaki her hasta için bu veriler Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından günlük olarak “Yoğun Bakım Sürveyans İzlem Formu”na kaydedilir.
- Gözlem sırasında VİD tanısı konduğu takdirde hastanın günlük minimum ve maximum vücut ısısı ile beyaz küre değerleri ve VİO pencere döneminde kullanılan antibiyotikler takip edilir.
- Gözlem sırasında İVİD tanısı konduğu takdirde mikrobiyolojik veriler takip edilir. Algoritma kriterlerine uygun mikrobiyolojik üremeler saptanırsa Olası yada Yüksek Olası VİP olarak kayıt edilir.
- Hastalarda tek bir yatış döneminde birden fazla VİO gelişebilir. Olayın periyodu oksijenasyonun kötüleşmeye başladığı günden itibaren 14 gündür.



## 15-AMELİYATHANEDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI

**1.AMAÇ:** Ameliyathane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi için gerekli enfeksiyon control standartlarının oluşturulmasıdır.

**2.KAPSAM:** Ameliyathane çalışanlarını kapsar.

### 3. UYGULAMA:

- Ameliyathanenin tüm yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
- Ameliyathane girişinde paspas veya yapışkan yüzeyli malzeme kullanılmamalıdır.
- Ameliyathanenin iç donanımı minimal seviyede tutulmalı ve kolay temizlenebilir eşyalar kullanılmalıdır.
- Ameliyathane içerisinde steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir. Belirlenen bu alanlar uyarıcı yazılarla tüm personel tarafından görülebilecek şekilde belirtilmelidir.
- Enfeksiyon kontrolü ve fonksiyonel işleyiş açısından temiz alanlar (ameliyathane odaları, steril malzeme ve cerrahi yıkanma odaları) ve kontamine alanlar (hasta girişi, giyinme, ofis ve ameliyat sonrası bakım alanları) birbirinden ayrılmış olmalıdır. Temiz alana cerrahi giysi, bone ve maske ile geçilmelidir.
- Temiz ve kirli malzeme akışı fizik olarak mümkünse ayrı ulaşım yolundan sağlanmalıdır. Eğer sağlanamıyorsa malzemelerin taşınmasında kirli ve temiz malzemelerin birbirine temas etmeyecek şekilde zamanlama ve taşınma kuralları oluşturulmalıdır.
- Ameliyathane sıcaklığı 20-23 C° olmalı, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 C° arasında ayarlanabilmelidir. Nem oranı minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.
- Ameliyathanenin özel havalandırma sistemi olmalıdır. En az %90 etkinliğe sahip filtre sistemi ile saatte en az 15 kez hava değişimi sağlanmalı ve bu değişimlerin üçü dış hava kullanılarak yapılmalıdır. Dışarıdan kirli hava girişini engellemek için kademeli şekilde pozitif basınç korunmalıdır. Bu amaçla ameliyat odalarının kapıları otomatik ve giriş çıkışı kontrollü olmalıdır.
- Havalandırma ve filtre sistemleri kuruluş aşamasında yetkili firmalarca valide edilmeli, düzenli bakım ve onarımları yaptırılmalıdır. Filtre etkinliği en çok altı ayda bir partikül sayımı ile denetlenmeli ve gereğinde ya da üretici firma önerileri doğrultusunda belirli aralıklarla değiştirilmeli ve kayıtlar saklanmalıdır.
- Aynı anda ameliyat odasında birden fazla vaka alınmamalıdır.
- Hastaların servislerde kullanılan çarşaf, nevresim, örtü ve kıyafetler ile ameliyathaneye girmesi engellenmelidir.
- Serum, ilaç ve benzeri malzemelerin fazla miktarda toz, partikül içeren dış ambalajları

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 45 / 57

ameliyathane içerisine sokulmamalıdır.

- Ameliyathane içinde kişi ve aktivite sayısı minimum düzeyde tutulmalıdır.
- Ameliyathane içinde ameliyathaneye özgü kıyafet kullanılmalı ve bu kıyafetler bölüm dışında kullanılmamalıdır.
- Bölüme özgü terlik kullanımı, ameliyathanenin kendi işleyişine bağlı olarak belirlenmelidir.
- Enfeksiyon bulaşı açısından yüksek riskli hastalarda delici-kesici yaralanmalara karşı koruyucu özel eldivenler veya çift eldiven giyilmeli ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır.
- Cerrahi maske ağız ve burnu tam olarak kapatmalı, bone tüm saçlı deriyi örtmelidir.
- Steril cerrahi setler kullanılmadan önce içinde yer alan sterilizasyon işlem indikatörleri kontrol edilmeli, uygun olmayan sonuçların varlığı halinde malzemeler kullanılmamalı ve tüm indikatörler kayıt altında tutulmalıdır.
- Ameliyat sırasında uyulması gereken asepsi kuralları:**
- Steril bir cisim sadece steril cisime değebilir. Steril bir cisim steril olmayan bir cisime değdiğinde sterilitesi bozulur.
- Steril olan bölgeye sağlık personeli yalnızca steril eldiven ve steril giysiler giyinerek dokunabilir.
- Steril giyinmiş personel yalnızca steril bölgeye, steril olmayan personel de yalnızca steril olmayan bölgeye dokunur. Steril olmayan personel steril bölgeden en az 30 cm uzakta durmalı ve steril alandan geçerken steril alana dokunmadığından emin olmalıdır.
- Steril paketin dış yüzeyi steril değildir. Bu nedenle hemşire paketi açarken öncelikle kendine uzak olan bölgeden açmaya başlamalıdır. Eğer steril paket üzerinde delik veya en ufak bir yırtık varsa malzeme hiç kullanılmamış olsa bile kontamine kabul edilmeli ve kullanılmamalıdır.
- Steril paketler kullanımdan hemen önce açılmalı ve uzun süre açık bırakılmamalıdır.
- Steril paketler açıldıktan sonra sterilitenin devamlılığı bir görevli tarafından izlenmelidir.
- Steril objeler daima bel seviyesi üzerinde tutulmalı ve görüş alanı içerisinde olmalıdır.
- Steril örtü veya kağıt üzerine herhangi bir sıvı sıçratılmamalıdır.
- Kontamine veya kirli ameliyatlardan sonra fazladan özel bir temizlik uygulanması veya operasyon odasının kapatılmasına gerek yoktur. Rutin temizlik ve dezenfeksiyon uygulamalarının yapılması yeterlidir.
- Ameliyathanelerde rutin mikrobiyolojik inceleme yapılması gereksizdir. Ancak Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından uygun görülen durumlarda mikrobiyolojik incelemeler yapılabilir.
- El hijyeni uygulamaları “El Hijyeni Talimatı” na uygun olarak yapılmalıdır.
- Ameliyatlarda kullanılan aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları Prosedürü”ne uygun şekilde sağlanmalıdır.
- Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için “Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı” na uyulmalıdır.
- Ameliyathane temizliği “Hastane Temizliği Prosedürü”ne uygun olarak yapılmalıdır.

## 16-ACİL SERVİSTE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI

### 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 personelinin kapsar.

### 3- UYGULAMA:

- Acil servise kabul edilen tüm hastalar için “Standart İzolasyon Yöntemleri”ne uygun



 <b>SEVGI</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b> SEN.PR.03	<b>YAYIN TARİHİ</b> 01.01.2019	<b>REVİZYON NO</b> 0	

hareket edilmelidir

- Her hasta ile temastan önce ve sonra **“El Hijyeni Prosedürü”**ne uygun olarak el hijyeni sağlanmalıdır.
- 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.
- Kan ve vücut sıvılarının bulaşması, riskli yaralanma ve maruziyet durumlarında **“Personel Yaralanmaları İzlem Talimatı”**na uygun hareket edilmelidir.
- Perkütan yaralanmaların önlenmesi için iğneler kullanıldıktan sonra kılıflarına tekrar takılmamalı, eğilip bükülmemeli, delici-kesici atık kutusuna atılmalıdır.
- Ünite çalışanlarının sağlık takipleri **“Personel Sağlığının Takibi Prosedürü”**ne uygun olarak yapılmalıdır.
- Üriner kateter ve damar içi kateter takılması esnasında **“Üriner Kateter İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi”** talimatı ve **“Damar İçi Kateter İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi”** talimatına uyulmalıdır
- Ünite temizliği **“Hastane Temizliği Prosedürü”**ne uygun olarak yapılmalıdır.
- Temas, damlacık ve solunum yolu izolasyonunda **“İzolasyon Prosedürü”**nde belirtilen önlemler alınmalıdır
- Acil servisteki hastalara yaklaşımda alınması gereken izolasyon önlemleri **Tablo1**'de belirtilmiştir.

**Tablo 1: Çeşitli klinik durumlarda muhtemel patojenler ve bunlara karşı alınması gereken izolasyon önlemleri**

Klinik	Muhtemel Patojenler	Önlemler
<b>Diyare</b>		
Dışkısını tutamayan veya bezli hastada olası enfeksiyöz akut diyare	Enterik patojenler	Temas
Son zamanlarda antibiyotik kullanma hikayesi	C.Difficile	Temas
<b>Menenjit</b>		
Etyolojisi Bilinmeyen yaygın döküntüler	N. meningitidis	Damlacık
Ateşli petişiyal\ekimotik döküntü	N. meningitidis	Damlacık
Veziküler döküntü	Su çiçeği	Solunum yolu ve temas
Nezleli v ateşli döküntü e makülopapüler	Kızamık	Solunum yolu
<b>Solunum yolu enfeksiyonları</b>		
HIV negatif veya HIV riski düşük hastada öksürük\ateş\akciğerde üst lob enfeksiyonu	M.tuberculosis	Solunum yolu

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 47 / 57

HIV pozitif veya HIV riski yüksek hastada öksürük \ateş\akciğerin herhangi bir yerinde infiltrasyon	M.tuberculosis	Solunum yolu
Şiddetli,dirençli nöbet tarzında öksürük	Boğmaca	Damlacık
<b>Çoklu ilaca direnci olan mikroorganizma riski</b>		
Çoklu ilaca direnci olan mikroorganizmalarla enfeksiyon veya kolonizasyon hikayesi	Dirençli bakteriler	Temas
Yakın zamanlarda çoklu ilaca direnci olan mikroorganizmaların endemik olduğu hastanelerde yatan hastalarda deri,yara ve idrar yolu enfeksiyonları	Dirençli bakteriler	Temas
<b>Deri ve yara enfeksiyonları</b>		
Apse ve kapanmayan akıntılı yara	S.aureus, A grubu streptokok	Temas
VRE kolonizasyonu ya da enfeksiyonu olduğu bilinen hastalarda sıkı temas izolasyonu uygulanmalıdır.		

## 17-KAN TRANSFÜZYONU TALİMATI

**1. AMAÇ:** Hastaların kana ihtiyaçlarını karşılamak ve bu hizmet için kan almak ve/veya kan ürünlerinin temininin gerçekleştirilmesi, ürünlerin kritik stok seviyelerinde muhafazasının sağlanması ve transfüzyon işlemindeki standartların belirlenmesidir.

**2. KAPSAM:** Hastanemiz kan transfüzyon merkezini ve hasta bakımı yapılan tüm yataklı servisleri kapsar.

### 3. UYGULAMA

#### Donasyon İşlemi:

-Kan Bankası hizmetlerimiz 24 saat sürekli olarak, donör faaliyetlerimiz ise 08.00-15.00 saatleri arasında sunulmaktadır.

-“Laboratuar Rehberi’nde” donör kabul kriterlerine uygun donörden bağış kabul edilir.

-“Laboratuar Rehberi’nde” donör ret ve geçici ret kriterlerine göre bağış ret edilir.

#### Kanın istenme şekli:

-Kan istenen hastadan servis hemşiresi cross için hemogram tüpü standardına göre kan alır.

-Kanı, doktorun doldurduğu “Kan İstem Belgesi” ve tüpün üzerinde barkot ile birlikte kan bankasına gönderir.

-Aynı işlem otomasyon sisteminde de görülür.

#### Kanın verilmiş şekli:

-Kan bankası hemşiresi gelen hasta kanını ve istek formunu alır, tüpteki barkot ile bilgisayardan yapılan kan istemlerini kontrol eder.

-Önce hastanın kan grubuna bakar, (kayıtlı değilse) bilgisayar ortamında hastaya ve kan grubu defterine kayıt eder. Daha sonra bu talebin stoklardan karşılanıp karşılanamayacağına bakar.

-Uygun kan varsa kan grubu tekrar kontrol edilir. Uygun kanın cross-matching işlemi yapılır.



-Stoklardan karşılanamayan kan için anlaşmalı Kan Merkezinden istem yapılır.

-Cross-matching, hastaya ve kana ait bilgiler bilgisayar ortamına ve “Cross Kayıt Defterine” kaydedilir.

-Kanı veren hemşire imzası ile “cross uygundur” etiketini taşıyan kan, kan verme seti ve transfüzyon takip formu hazırlanıp hasta servisine ulaştırılır.

-Bilgisayarda kan verme işlemi ve yapılan işlemler onaylanır.

-Kan istem belgesine hastaya verilen her ünite kanın numarası yazılır ve kan istem belgeleri

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 48 / 57

dosyasında arşivlenir.

Donör kayıt defterinde verilen kanın kayıtlı olduğu satıra kanın verildiği hastanın bilgileri kaydedilir.

Kan ürün transferinin transferi:

-Tam kan ve eritrosit süspansiyonları +2/6°C' sağlayan taşıma kaplarıyla, TDP ve kriopresipitat donmuş halde iken saklama koşullarında, eritilmiş halde ise +2/6°C sağlayan taşıma kaplarıyla, trombosit süspansiyonları +20/24°C'de transferleri sağlanır.

-Transfüzyon sonrası serviste doldurulan ve kan merkezine geri dönen transfüzyon takip formu incelenir. Reaksiyon yoksa reaksiyon görülmeyen kanlar dosyasında arşivlenir.

#### **Hastaya ürünün verilmesi:**

-Uygun olduğu tespit edilen ve onaylanan kan hastaya takılır.

Bir süre yakın takip ile reaksiyon ve komplikasyon gelişip gelişmediği kontrol edilir.

-Herhangi bir komplikasyon görüldüğünde hemen işlem sonlandırılır ve servis hekimi haberdar edilir.

-Uygun saklama koşullarına sahip olmayan yerlerden "iade edilen" kan ürünleri en geç 30 dakika sonrasında kan merkezine kabul edilebilir.

#### **Kan grubu tayini:**

-Jel-Difüzyon Metodu: Kan grupları rutinde bu yöntemle test edilmektedir.

-Rh Subgrup Tayini: Rh (-) negatif bulunan kanların subgrup tayinleri jel-difüzyon metodu ile yapılmaktadır.

-Kan grubu tayini için kanlar donör kanlarından numara ile, servis veya polikliniklerden hemogram tüpünde üzerinde barkotla gelir. Barkotla gelen kanların istemleri bilgisayar ortamında kontrol edilir.

-Kan grubu çalışılıp belirlendikten sonra kan grubu defterine ve bilgisayar ortamına kayıt edilir. Servis ve polikliniklerden gelen kanların işlemleri onaylanır.

#### **Cross-Matching:**

-Hazır ticari kitler kullanılmakta ve Jel-Difüzyon metodu ile yapılmaktadır.

#### **Kan ürünleri imhası:**

-Kullanılmayan, miadı dolan, serolojik tarama testleri pozitif bulunan, üretim hatası veya hazırlık aşamasında sterilitesi bozulan ürünler, ilgili hekim ve hemşirenin imzasıyla tutanak tutulup imhaya gönderilir.

-Tutanaklar İmha Tutanağı Dosyasında arşivlenir. İmha edilen kanlar bilgisayar ortamında imha seçeneğiyle stoktan düşülür.

#### **Stoklarda Bulunmayan Kanın Temini:**

-Kan Merkezimiz Kızılay Kan Merkezi ile anlaşmalıdır.

## **18-İSHALLİ HASTALARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI**

### **1-AMAÇ:**

İshalli hastalardan sağlık personeline ve diğer hastalara bulaşın engellenmesi amacıyla uygulanacak enfeksiyon kontrol önlemlerinin belirlenmesidir.

### **2-TANIM:**



Hastane kaynaklı gastroenterit; hastaneye yatıştan 72 saat sonra akut başlangıçlı, 12 saatten daha uzun süreli sulu dışkılama olmasını ve/veya kusma ve/veya ateş (>38 derece) varlığını ifade eder. Bulaşma doğrudan fiziksel temas, sağlık personelinin elleriyle veya kontamine çevreden fekal-oral yolla olmaktadır.

### **3-KAPSAM:**

Tüm sağlık personelinin kapsar.

### **4-UYGULAMA:**

- İlk ve en etkili öneri olarak her hasta ile temastan önce ve sonra 'El Hijyeni Talimatı'na uygun olarak eller yıkanmalıdır.
- Hasta ve malzemelere dokunmakla oluşacak kontaminasyonun engellenmesi amacıyla her

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 49 / 57

hastada değiştirilmek üzere eldiven giyilmelidir. Eldiven giymeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.

- Aynı hastanın farklı vücut bölgelerinde işlem yapılırken de eldiven değiştirilmeli ve eldiven çıkartıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
- Enfeksiyöz ishali bir hastada '**İzolasyon Prosedürü**'nde belirtilen standart önlemlerin uygulanması yeterlidir. Ancak bez bağlanan veya altı yaş altında dışkılama kontrolü olmayan çocukta ve C. difficile ishali hastalarda ek olarak temas önlemlerine uyulmalıdır.
- Akut ishali sağlık personeli hekim tarafından değerlendirilerek tetkik sonuçlarına göre hasta bakımından uzaklaştırılmalıdır.
- Salmonelloz dışındaki durumlarda, sağlık personeli klinik olarak iyileştiği zaman hasta bakımına dönebilir. Ancak günlük hasta bakımında kişisel hijyene çok dikkat etmelidir.
- Salmonella enfeksiyonu geçiren sağlık personeli ise en az 24 saat arayla alınan üç dışkı kültürü negatif bulunduğu takdirde hasta bakımına dönmelidir. Antibiyotik bitiminden en az 48 saat geçtikten sonra kültürler alınmalıdır.
- Nozokomiyal bulaşmada rol oynayabilecek endoskop, solunum tedavi cihazları vb. araç ve malzemeler '**Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları Prosedürü**'ne uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.
- Nozokomiyal ishali azaltmak amacıyla hastaya yönelik risk faktörleri önlenmelidir. Gereksiz antibiyotik, antasit veya H2 bloker ve lavman kullanımı azaltılıp, nazogastrik tüpler olabildiğince kısa süre uygulanmalıdır.
- Salgınların saptanıp yayılmalarının önlenmesi için rutin sürveyans çalışmaları yapılmalıdır.
- Salgından şüphelenildiği durumlarda '**Salgın İnceleme Talimatı**'na uygun hareket edilmelidir.



## 19-LABORATUVARLARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI

**1-AMAÇ:** Laboratuvarda çalışan sağlık personelinin laboratuvar kaynaklı enfeksiyonlardan korunması için gereken uygulama kurallarının belirlenmesidir.

**2-KAPSAM:** Laboratuvarda çalışan tüm sağlık personelinin kapsar.

### 3-UYGULAMA:

- Üniteye kabul edilen tüm numunelerle yapılacak olan işlemler esnasında standart izolasyon önlemlerine uyulmalıdır.
- Kan ve vücut sıvılarıyla ilgili işlemler sırasında eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
- Kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ihtimali bulunan durumlarda maske ve gözlük takılmalı, önlük giyilmelidir.
- Perkütan yaralanmaların önlenmesi için iğneler kullanıldıktan sonra kılıflarına tekrar takılmamalı, eğilip bükülmemeli, kesici delici alet kutusuna atılmalıdır .
- Santrifüjleme ve vorteksleme işlemleri sırasında enfekte aerosol oluşumunun engellenmesi için işlem bittikten sonra 15 dakika beklenerek kapak açılmalı ve tüpler işleme alınmalıdır.
- Enfekte aerosol oluşumunun engellenmesi için enfekte özeler alevin üst ucunda kurutulduktan sonra alevin içinde kor haline getirilmelidir.
- Laboratuvarlarda yiyecek ve içecek tüketilmemelidir.
- Laboratuvardaki soğutucularda yiyecek, içecek saklanmamalıdır.
- Ağız ile pipetleme yapılmamalı, otomatik pipetler kullanılmalıdır.
- Tüberküloz şüpheli örnekler tip 2 güvenlik kabinlerinde çalışılmalıdır.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 50 / 57

- Laboratuvar temizliği “**Hastane Temizliği Prosedürü**”ne uygun olarak yapılmalı, materyal dökülmesi ya da sıçraması durumlarında ilgili bölüm “**Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları Prosedürü**”nde belirtilen yer-yüzey dezenfektanları ile dezenfekte edilmelidir.
- Laboratuvar kaynaklı tüm tıbbi atıklar “**Atık Yönetimi Prosedürü**”ne uygun olarak uzaklaştırılmalıdır.
- Riskli ya r a l a n m a ve m a r u z i y e t d u r u m l a r ı n d a “ **Personel Yaralanmalarının İzlenmesi Talimatı**”na göre hareket edilmelidir.
- Ünite çalışanlarının sağlık takipleri “**Personel Sağlığının Takibi Talimatı**”na uygun olarak yapılmalıdır.

## 20-ÇAMAŞIR HİZMETLERİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI



**AMAÇ:** Kirli çamaşırların uygun toplama yöntemiyle toplanmasını, taşınmasını, transferini ve yıkanmasını amaçlar.

**KAPSAM:** Yataklı tüm birimleri ve çamaşırhane çalışanlarını kapsar.

**SORUMLULAR:** Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Temizlik Şirketi ve çalışanları, servis birim sorumluları.

### UYGULAMA:

- Kirli çamaşırların toplanması işleminden önce eldiven giyilmelidir.
- Çamaşırların içinde cerrahi alet, ameliyat malzemeleri, doku atıkları, pamuk, enjektör kapağı, vb. kalmadığı kontrol edilmelidir.
- Kan ve vücut sekresyonları bulaşmış çamaşırların toplanması esnasında ‘**İzolasyon Uygulamaları Talimatı**’na uygun hareket edilmelidir.
- Sitotoksik ilaç bulaşmış çamaşır ve kumaş materyaller, geçirgen olmayan kırmızı renkli tıbbi atık torbalarına yerleştirilmeli, torba üzerine kemoterapi ünitesine ait olduğunu belirten etiket yapıştırılarak çamaşırhaneye gönderilmelidir.
- Kirli çamaşırları toplandıkları alanda minimum hareketle işleme tabi tutarak, patojenlerin havaya karışmasına engel olunmalıdır.
- Çamaşırlar oda içinde yerlere atılmadan ve mobilyalara değdirilmeden toplanmalıdır.
- Çamaşır arabası klinik içinde belirlenen kapalı bir alana alınmalıdır.
- İşlem bittikten sonra eldivenler tıbbi atık torbasına atılarak el hijyeni sağlanmalıdır.
- Kirli çamaşırlar üstü kapalı şekilde çamaşırhaneye götürülmelidir.
- Kirli çamaşırlar taşınırken asansörde gıda malzemeleri ve hasta olmamalıdır.
- Temiz ve kirli çamaşırlar ayrı olarak toplanmalı, taşınmalı ve işleme alınmalıdır.
- İşlem basamakları arasında ve çamaşır toplama işlemi bittikten sonra “**El Hijyeni Talimatı**”na uygun olarak el hijyeni sağlanmalıdır.
- Çamaşır arabaları haftada bir defa kaba kirinden arındırıldıktan sonra 1/100 oranında çamaşır suyuyla dezenfekte edilmelidir.
- Toplama işleminde kullanılan kumaş tekneler ya da torbalar günlük olarak yıkanmalıdır.
- Temizlenen çamaşırlar ütülendikten sonra mümkün olduğunca az dokunularak katlanmalı, paketlenmeli ve temiz raflarda muhafaza edilmelidir.
- Çamaşır yıkama makinelerinin ısı ölçüm sensörleri bulunmalı ve yıkama suyu sıcaklıkları çamaşırhane personeli tarafından takip edilmelidir. Çamaşır makinelerinin periyodik bakımları ve kontrolleri yapılmalıdır.
- Hasta takımları her gün ve ihtiyaç halinde, muayene ve ameliyat çamaşırları her hastadan sonra değiştirilmelidir.
- Çamaşırlar 100 derecede en az 20 dakika yıkanmalıdır.
- Çamaşırhane temiz ve kirli hava karışımının minimuma indirilmesi amacıyla iyi havalandırılmalı ve buna göre düzenlenmelidir.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 51 / 57

- Temiz ve kirli çamaşırlar fiziksel bariyerle ayrılmış farklı alanlarda depolanmalıdır.
- Temiz veya kirli çamaşırların işleme alındığı yerlerde el yıkama alanı sağlanmalıdır.
- Çamaşırhane personeli işe başlarken sağlık raporu dahilinde yaptırdığı seroloji sonuçlarına göre takip edilmelidir.
- Kesici, delici alet yaralanmaları olduğunda “ **Personel Yaralanmalarının İzlenmesi Talimatı**”na uygun olarak hareket edilmelidir.

## 21-MUTFAK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI

### AMAÇ:

Mutfakta görevli personelden ve çalışma ortamından kaynaklanan, besinler yoluyla bulaşabilecek enfeksiyonların önlenmesi için gerekli enfeksiyon kontrol önlemlerinin belirlenmesidir.



### KAPSAM:

Mutfakta çalışan personeli kapsar.

### UYGULAMA:

- Gıdalar mümkün olduğunca çabuk işlenmeli, ortam sıcaklığına fazla maruz bırakılmamalıdır.
- İşlenen gıdalar hemen soğuk odaya kaldırılmalıdır. Büfeye çıkarılacak sıcak yemekler ise, eğer üretim yemek saatine yakın yapılmışsa banket arabalarına yerleştirilmelidir.
- Banket arabalarının sıcaklıkları kontrol edilmelidir. Banket arabalarında muhafaza edilen yemeklerin sıcaklık dereceleri minimum 65 °C olmalıdır.
- Çiğ gıdalarla pişmiş gıdalar aynı soğuk odada depolanmak zorunda ise ayrı raflara yerleştirilmelidir.
- Soğuk odalardaki bütün gıdaların ağızları kapalı olmalıdır.
- Kıyım makinaları ve parçaları her kullanımdan sonra yıkanmalı ve dezenfekte edilmelidir.
- Ürünlerin son kullanma tarihleri, ürün kullanılmadan önce kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi geçmiş gıdalar kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Etler çözündürülmeden önce mutlaka karton koli ve muhafaza edildiği poşetten çıkarılmalıdır.
- Et çözdürme işlemi 7-10 °C'ye ayarlı bir soğuk odada yapılmalıdır. 10 °C'nin üzerindeki sıcaklıklarda yapılan çözdürme işleminde, etin merkez notası çözünmeden yüzey kısımları çözünür ve yüzeyde bakteri üremesi başlar.
- Etlerin çözünme esnasında oluşan kanlı su içinde beklemesi engellenmelidir.
- Çözünen etler 0 °C'ye ayarlı soğuk odada muhafaza edilmelidir.
- Durgun suda et çözdürme işlemi yapılmamalıdır.
- Etler 0 - 1 °C de 2 - 3 günden fazla bekletilmemelidir.
- Etlerin buzları tamamen çözündürülmeden pişirilmemelidir. Aksi takdirde etin merkez ısı gereği sıcaklığa ulaşmadığından zararlı mikroorganizmalar ölmemektedir.
- Dondurulmuş gıdalar deep-freeze'den çıkarıldıktan sonra aynı gün içinde tüketilmelidir. Ayrıca çözünmüş gıdalar yeniden deep-freeze'e atılıp ikinci kez kullanılmamalıdır.
- Tezgah altlarında bulunan yiyeceklerin ağızları kapalı olmalıdır.
- Kasalar yerde sürüklenerek değil tekerlekli malzeme arabalarıyla taşınmalıdır.
- Teneke ambalajlı gıdalar ve teneke konserveler (komposto, salça vb.) açıldıktan sonra kalan miktar paslanmaz ya da uygun bir kaba boşaltılarak ağızına stretch film çekilmelidir.
- Karton ambalajlar m u t f a ğ a alınmamalıdır. Gıdalar kartonları alındıktan sonra kasalara yerleştirilerek mutfağa çıkarılmalıdır.
- Günlük menüde yer alan her üründen uygun şahit numune alınmalıdır.
- Mutfakta kullanılan kasalar her kullanımdan sonra yıkanmalıdır.
- Mutfak sıcaklığı 20 °C' yi aşmamalıdır.



 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 52 / 57

- Mutfak içinde tahta malzeme bulundurulmamalıdır (tahta kaşıklar, spatulalar, paletler, tahta saplı bıçaklar vb.).
- Çiğ tüketilecek sebze ve meyveler; ön yıkama işlemi ile toz ve toprağından arındırılmalı, ardından 20 dakika tuzlu suda (1 lt suya 1 yemek kaşığı-10 gr tuz olacak şekilde) bekletildikten sonra bol su ile durulama işlemi yapılmalıdır.
- Mutfağın içindeki çöp kovalarının ağızları kapalı tutulmalıdır.
- Gıda ile temas eden her yüzey 1/100'lük çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- Temizlik bezleri makinede yıkandıktan sonra mutlaka kurutulmalıdır. Kuru olmaya n temizlik bezleri çamaşırhaneden alınmamalıdır.
- Temizlik araç ve gereçleri iş bitiminde temizlenip 1/100'lük çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- Bulaşık makinasına sığan bütün küçük malzemeler makinede 80 derece üzerinde yıkanmalıdır. Bulaşık makinasına sığmayan malzemeler ise mümkün olduğunca yüksek sıcaklıktaki su ile yıkanmalıdır.
- Yıkanan tabak, kaşık, çatal vb. malzemeler kirli bulaşıkların yanına yerleştirilmemelidir.
- Yemek hazırlanan platformlar en az günde üç kez önce deterjan ile temizlenmeli, sonra hipokloritli dezenfektan ile silinmelidir.
- Mutfak zemini en az günde bir defa deterjanla yıkanmalıdır.
- Duvarlar kirlendikçe yıkanmalıdır.
- Tavanların kirli, kabarmış ve yiyeceklere kir düşecek şekilde olmaması sağlanmalıdır.
- Kullanma suyunun belli aralıklarla mikrobiyolojik kontrolleri yapılmalıdır.
- Havalandırma esnasında mutfağa sinek vs. girmemesi için önlem alınmalıdır.
- Eller, sıvı el yıkama solüsyonu ile el yıkama lavabosunda sık sık yıkanarak kağıt havlu ile kurulmalıdır. Bu lavabolarda gıdalar yıkanmamalıdır.

### **ELLER;**

- Her işin başlangıcında,
  - Çalışılan her tezgah değişiminde,
  - Her tuvaletten sonra (oradaki lavaboda),
  - Çiğ yiyecekleri elledikten sonra,
  - Öksürüp hapşırdıktan ve mendil kullandıktan sonra,
  - Kirli araç-gereçleri elledikten sonra mutlaka yıkanmalıdır.
- El yıkama için kullanılan lavabolar çalışma istasyonlarına yakın, yiyecek hazırlama bölümlerinden ayrı olmalıdır.
  - Personelin tırnakları kısa olmalı, ellerde mücevher, oje, cila vb. bulunmamalıdır.
  - Üretim esnasında ağız, burun, saç vb. vücudun herhangi bir organıyla eller temas etmemelidir.
  - Mutfak personeli mutlaka forma kullanmalı, formlar her gün ve kirlendiğinde yıkanmalıdır.
  - Mutfakta, personel yemekhanesinde çalışan ve hasta katlarına emekservisi yapan personeller eldiven, bone ve maske ile çalışmalıdır.
  - Mutfakta çalışan personelin; 6 ayda bir portör muayenesi, yılda bir akciğer grafisi tetkiki yapılmalıdır.



## **22-MORG ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI**

### **1. AMAÇ**

Morga kabul edilen cenazelerin sevkinden sonra ve belirli aralıklarla yapılacak olan temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri için gerekli basamakları belirlemektir.

### **2. KAPSAM**

Morgda çalışan personeli kapsar.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 53 / 57

### 3. UYGULAMA

- Morg; genel kullanım alanlarından uzak, hastaların olmadığı yerde olmalıdır.
- Morg giriş-çıkışları hastanenin ana giriş çıkışlarından ve acil giriş çıkışlarından ayrı olmalıdır.
- Morg buzdolabının içinin ve dışının temizliği temizlik görevlisi tarafından her cenaze sonrası ve rutin her hafta yapılmalıdır.
- Morg çekmecelerinin ısısı 0 ile +5 derece arasında olmalıdır.
- Morg çekmecelerinin ısısı günlük olarak kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Morg dolabının iç ve dış temizliği deterjanla silinerek yapılmalıdır.
- Cenazelerin yıkandığı masanın temizliği; cenaze öncesi-sonrası ve her hafta deterjanla silinerek yapılmalıdır.
- Ayın sonunda yapılan temizlikte duvarlar da deterjanla silinmelidir.
- Tüm işlemlerin bitiminde zemin temizliği yapılmalıdır.
- Tüm temizlik işlemlerinde, cenazenin yıkanması ve transportu sırasında ilgili personel eldiven kullanılmalı, eldiveni çıkardıktan sonra ellerini yıkamalıdır.
- Cenazenin enfekte olduğu bildirilmişse personel tüm işlemler sırasında eldiven, maske, koruyucu önlük giymeli, gerekirse koruyucu gözlük takmalı ve temizliğin tamamı '**Dezenfeksiyon- Sterilizasyon Talimatı**'nda belirtilen yer-yüzey dezenfektanları ile yapılmalıdır.

## 23-YAPIM-ONARIM ÇALIŞMALARINDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI

### 1. AMAÇ:

Hastane içerisinde yapılan yapım, onarım, yıkım ve tadilat süresince oluşan toz, mantar, buhar ve koku gibi ortama ve havaya yayılan, özellikle Aspergillus türleri ve sayısında belirgin artışa neden olarak Aspergillozis riskinden ve diğer enfeksiyon etkenlerinden hastaları ve çalışanları korumak amacıyla gerekli önlemleri almak ve uygulamak için takip edilecek işlem basamaklarını belirlemektir.

### 2. KAPSAM:

İnşaat yapılan tüm birimleri kapsar.

### 3. SORUMLULAR:



Hastane müdürü, hemşirelik hizmetleri temsilcisi, enfeksiyon kontrol ekibi, temizlik işleri temsilcisi, inşaat işlerinden sorumlu personel.

### 4. UYGULAMA:

- Hastanelerde her zaman yenileme ve düzeltme amacıyla inşaat ve onarım çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalar tozların ortaya çıkmasına, suyun kesintiye uğrayıp tekrar sisteme verilmesine, havalandırma ve su sistemlerine müdahale edilmesine yol açmaktadır. Bu çalışmalar başta hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar olmak üzere, enfeksiyöz etkenlerle hasta, ziyaretçi ve sağlık personelinin temasına yol açar. Hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar, genelde toprak kaynaklıdır. Özellikle hafriyat sırasında ortaya çıkan toprak ve toz içindeki bakteri veya mantarlar havalandırma ve su tesisatını kontamine ederek duyarlı kişilere ulaşmakta ve enfeksiyona neden olmaktadır. Literatürde havalandırma ile Aspergillus spp. başta olmak üzere mantarlar ve diğer bakterilerin bulaştığı ve su tesisatı ile de Legionella spp.'nin bulaştığı birçok çalışmada gösterilmiştir.
- Enfeksiyon kontrol ekibi ve diğer sağlık çalışanları, hastane içinde ve dışında yapılan yapım ve onarım çalışmalarında alınması gereken önlemlerin planlanması aşamasında mutlaka rol almalıdır. Enfeksiyon kontrol ekibi, projenin büyüklüğü, yeri, nasıl ve ne zaman yürütüleceği, ne kadar süreceği, yıkım olacaksa bunun boyutu, su boruları ve havalandırmaya girişim olup olmayacağı, gibi risk oluşturabilecek konularda ayrıntılı bilgi sahibi olmalıdır.

### 4.1- İNŞAAT/YAPIM/ONARIM İŞLEMİNİN SINIFLARI:

**A SINIFI: Gözlemsel ve invaziv olmayan aktivitelerdir:**

 <b>SEVGİ</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 54 / 57

- Gözlemsel amaçlı kiremit/çatı veya tavan kaplamasının kaldırılması (yaklaşık olarak 1.5- 2 m2’de bir kiremit veya daha az, 30 dakikadan kısa süreli çalışmalar),
- Zımparalama yapılmadan boyama, duvar kaplama,
- Hasta odasında küçük su tesisat işleri (en fazla bir hasta odasında, 30 dakikadan kısa süreli çalışmalar ve su kaçağı varsa bir litreden daha az miktardaki kaçaklar),
- Hiç toz oluşturmayan, duvarların delinmediği, yıkılmadığı, gözlemlenmek dışında çatıya müdahale edilmeyen, yukarıda tanımlananlardan daha küçük diğer işlemler hiçbir gruba girmemektedir.

**B SINIFI: Küçük çaplı, minimal toz oluşturan kısa süreli işlemlerdir:**

- Duvarların çatının/tavanın delindiği/kırıldığı, ancak toz kontrolünün sağlandığı küçük işlemler,
- Havalandırma tamirati,
- Telefon ve bilgisayar kablosu döşenmesi,
- Asma tavanın 1.5 m2’den daha geniş yüzeyinin kaldırılması ve kablo döşeme vs. işleminin yapılması,
- Duvarlarda küçük bölgelerin badanası veya duvar kağıdındaki tamirat için zımparalama,
- Hasta odasında su tesisatı işleri (2’den fazla hasta odası ve 30 dakikadan uzun süre su tesisatına yapılan girişimler, 1 lt’nin üzerinde su kaçağı varsa).

**C Sınıfı: Orta-ciddi düzeyde toz oluşturan, yıkım gerektiren, binaya ait sabit bölümlerin (tezgah üstü, monte edilmiş dolap, lavabo gibi) yıkılmasını, kırılmasını, sökülmesini gerektiren, tek bir iş gününde tamamlanamayacak işlemlerdir:**

- Duvarların badana/duvar kağıdı kaplama öncesi zımparalanması,
- Yer döşemelerinin kaldırılması,
- Kiremitlerin kaldırılması ve aktarılması, çatı tamirati,
- Yeni duvar örülmesi,
- Büyük oranda yerden kablo döşenmesi,
- Birden fazla hasta bakım odasında uzun süreli (her biri 60 dakikanın üzerinde), su tesisatına yapılan girişimler.

**D Sınıfı: Büyük yıkım, inşaat ve yenileme projeleridir:**

- Büyük çaplı yıkımla tüm elektrik veya bilgisayar kablolarının sökülüp, değiştirilmesi,
- Çok sayıda (3 günün üzerinde) iş gününde tamamlanabilecek yeni inşaatlar,
- Büyük yıkımlar, tüm tavanın kaldırılması ve yeni inşaat işleri,
- Birden fazla hasta bakım alanında uzun süreli su tesisatına yapılan girişimler ve su kesintisi varlığı.

**4.2-ETKİLENEN BÖLGELERDEKİ HASTA GRUPLARI VE RİSK DÜZEYLERİ**

İnşaat ve yıkım işleminden etkilenen gruplar kolaylaştırıcı faktörlerine göre risk gruplarına ayrılmıştır:



**Grup 1 (Düşük risk):** Ofis bölgeleri, kullanılmayan hasta servisleri, idari destek üniteleri, halka açık alanlar.

**Grup 2 (Orta risk):** İmmünoşüpresif hastası olmayan dahili servisler, endoskopi ekokardiyografi, radyoloji.

**Grup 3 (Orta-yüksek risk):** Acil servis, laboratuvarlar ve kan bankası, cerrahi bölümler, eczane, kemoterapi hazırlama odası.

**Grup 4 (Yüksek risk):** İmmünoşüprese hasta bakılan tüm birimler, ameliyathaneler, onkoloji servisleri ve poliklinikleri, kemoterapi ünitesi, merkezi sterilizasyon ünitesi ve steril depolar.

**4.3-İNŞAAT İŞLEMLERİ SIRASINDA VE SONRASINDA ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER**

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 55 / 57

**İnşaat işlemine göre önlem düzeyinin belirlenmesi:** Grup riskleri belirlendikten sonra yapılması gereken risk grubuna göre alınacak önlemlerin belirlenmesidir. Alınacak önlemler 4 düzeye ayrılmış olup, önlem düzeyinin belirlenmesini kolaylaştırır.

Risk Grubu	A Sınıfı	B Sınıfı	C Sınıfı	D Sınıfı
Grup 1	Düzen I	Düzen II	Düzen II	Düzen III/IV
Grup 2	Düzen I	Düzen II	Düzen III	Düzen IV
Grup 3	Düzen I	Düzen III	Düzen III/IV	Düzen IV
Grup 4	Düzen II	Düzen III/IV	Düzen III/IV	Düzen IV

#### **DÜZEY I:**

##### **İnşaat sırasında alınacak önlemler:**

- İşlemler minimal toz oluşturacak yöntemlerle yapılmalıdır.
- Asma tavan veya kiremitler en kısa sürede yerine konmalıdır.
- İnşaat sonrasında alınacak önlemler:
- İşlem biter bitmez çalışma sahası temizlenmelidir.

#### **DÜZEY II:**

##### **Düzen I'de alınan önlemlere ek olarak, inşaat sırasında alınacak önlemler:**

- Havaya karışan tozların dağılımı önlenmelidir.
- Toz kontrolü için çalışılan bölge nemlendirilmelidir.
- Kullanılmayan kapı ve pencereler bantlanarak kapatılmalıdır.
- Havalandırma girişleri kapatılmalı ve sızdırmaz bir biçimde bantlanmalıdır.
- Çalışılan bölgenin giriş ve çıkışına toz tutucu paspas konmalıdır.
- İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemi kapatılmalı veya diğer bölgelerden ayrılmalıdır.
- İnşaat sonrasında alınacak önlemler:
- Çıkan moloz ve atıklar delinmez ve toz geçirmez torbalara konarak taşınmalıdır.
- Alan kullanıma açılmadan temizliği sağlanmalıdır.
- Isıtma, soğutma ve havalandırma sistemi eski haline getirilmelidir.

#### **DÜZEY III:**



##### **Düzen I ve II'de alınan önlemlere ek olarak, inşaat sırasında alınacak önlemler:**

- İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemi diğer bölgelerden ayrılmalıdır.
- İşlem başlamadan önce çalışılacak bölge toz sızmasını önleyecek şekilde plastik bariyerlerle örtülmeli ve örtü sabitlenmelidir
- İnşaat sonrasında alınacak önlemler
- İşlem tamamen bitip enfeksiyon kontrol görevlilerince onaylanmadan bariyerler kaldırılmamalıdır.
- Bariyerler kaldırılırken etrafa toz ve atık yayılmamasına özen gösterilmelidir.
- Çıkan atık ve molozlar sağlam ve kapalı sızdırmaz taşıma kapları içinde atılmalıdır.
- Kapaklı olmayan atık kaplarının ağız sıkıca kapatılarak bantlanmalıdır.
- Bölge detaylı bir şekilde temizlenmelidir.
- Isıtma, soğutma ve havalandırma sistemi eski haline getirilmelidir.

#### **DÜZEY IV:**

##### **Düzen I ve II ve III'te alınan önlemlere ek olarak, inşaat sırasında alınacak önlemler:**

- Çalışma alanında negatif basınçlı havalandırma ve HEPA filtrasyon sağlanmalıdır.
- Tüm delik, boru, kablo giriş yerleri sıkıca bantlanmalıdır.

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 56 / 57

- Çalışma bölgesine girişte bir ön oda yapılmalı, çalışanlar buradan çıkarken giysiler vakumlanmalı, içeride giydikleri giysileri bu bölgede değiştirerek dışarı çıkışları sağlanmalıdır.
- Çalışma bölgesine giren personelin tek kullanımlık ayakkabı ya da galoş giymesi ve çıkarken çıkartması sağlanmalıdır.

#### **İnşaat sonrasında alınacak önlemler:**

- İşlem tamamen bitip enfeksiyon kontrol görevlilerince onaylanmadan bariyerler kaldırılmamalıdır.
- Bariyerler kaldırılırken etrafa toz ve atık yayılmamasına özen gösterilmelidir.
- Atık ve molozlar sıkıca kapatılmış kaplarda atılmalıdır.
- Kapaklı olmayan atık kaplarının ağzı sıkıca kapatılarak bantlanmalıdır.
- Bölge detaylı bir şekilde temizlenmelidir.
- Yer-yüzey dezenfektanı ile ıslak temizlik yapılmalıdır.
- Isıtma, soğutma ve havalandırma sistemi eski haline getirilmelidir.

#### **İNŞAAT İŞLEMLERİ SIRASINDA ALINACAK ORTAK EK ÖNLEMLER:**

- Hastane personeli ve inşaat çalışanlarına, inşaatlar sırasında alınacak önlemler konusunda eğitim verilmelidir.
- Sağlık çalışanları inşaat işlemleri ile ilgili olumsuz ve tehlikeli gördükleri durumları bildirmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Tehlike ve uyarı yazıları hazırlanmalı; inşaat alanını belirleyen ve potansiyel tehlike varlığı konusunda uyaran işaretler konulmalıdır.
- İnsan trafiğinin inşaat alanına girmeden geçeceği alternatif yollar işaretlenmelidir.

### **24-SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLARDAN**

#### **AMAÇ:**



- Hastanemiz sağlık personellerinin bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak için uygulamaların belirlenmesidir.

#### **KAPSAM:**

Hastanemizde çalışan tüm sağlık personelinin kapsar.

#### **UYGULAMA:**

- Çalışan Güvenliği Hemşiresi tarafından işe yeni başlayan her sağlık personeli için **“Bulaşıcı Hastalıklar Takip Formu”** doldurulmalı ve sonrasında yapılacak takipler bu formda kayıt altına alınmalıdır.
- İşe girişte her sağlık personelinin viral hepatit markerlerine (HBsAg, anti-HCV) bakılmalıdır.
- HBsAg (-) olan personele 0, 1 ve 6. aylarda Hepatit B aşısı yapılmalıdır.
- Üçüncü doz hepatit B aşısı uygulamasından sonraki 1-2 ay içinde anti-HBs düzeyine bakılarak anti-HBs  $\geq 10$  mIU/ml bulunan bireyler bağışık olarak değerlendirilmelidir.
- İlk hepatit B aşılamaya serisinden sonra antikör yanıtı gelişmeyen personel, ikinci üç dozluk aşı uygulaması ile yeniden aşılanmalıdır. İkinci aşı serisinden sonra da antikör yanıtı belirlenmeyenler, yanıtsız bireyler olarak tanımlanır (Bu bireylerin kronik hepatit B enfeksiyonu olma olasılıkları vardır).
- Aşıya yanıt veren immünkompetan bireyler, anti-HBs düzeyi çok düşse veya belirlenemez duruma gelse bile klinik hepatite ve kronik enfeksiyona karşı bağışık kaldığından rutin olarak destek aşı önerilmemektedir.
- Daha önce aşılanma durumu bilinmeyen tüm sağlık çalışanlarına 0,1 ve 7. aylarda 3 doz Tetanoz Difteri aşısı yapılır.
- Tüm sağlık çalışanlarına bir ay ara ile 2 doz KKK(Kızamık,Kızamıkçık,Kabakulak) aşısı yapılır (Aşı kaydı olanlara ve bağışık oldukları gösterilenlere aşı yapılmasına gerek yoktur).
- Suçiçeği aşısı, sadece immünyetmezlikli kişilerin yattığı servislerde ve yenidoğan

 ÖZEL SEVGİ HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 57 / 57

servisinde çalışan personellere yapılır.Suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü olanlara aşı uygulamasına gerek yoktur.Öyküsü bulunmayan kişilerin aşılama öncesinde antikor düzeylerinin değerlendirilmesi gereklidir.

- Hepatit A aşısı, sadece fekal materyale maruz kalan ve çocuk, enfeksiyon hastalıkları servislerinde çalışan sağlık personeli için gereklidir.6 ay ara ile 2 doz uygulanmalıdır. Aşılama öncesinde antikor düzeylerinin değerlendirilmesi gereklidir.
- Kesici-delici aletlerle yaralanan personel "**Personel Yaralanmalarının İzlenmesi Talimatı**"na göre takip edilmelidir.

## 25-PERSONEL YARALANMALARINI TAKİP TALİMATI

### AMAÇ:

Personelin enfekte ya da enfekte olmayan bir materyalle yaralanması sonrasında yapılacak takip ve tedavi işlemlerini belirleyerek, yaralanmalara bağlı kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan personeli korumak ve oluşabilecek sekelleri önlemektir.



### KAPSAM:

Hastanemizdeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

### UYGULAMA:

- Yaralanmaya maruz kalan kişi yöneticisine olay hakkında bilgi vermelidir.
- Birim yöneticisi tarafından Çalışan Güvenliği Hemşiresi'ne, olay gece olmuşsa süpervizör hemşireye haber verilmelidir.
- Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla veya uygun bir antiseptikle yıkanmalıdır.
- Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol su ile yıkanması yeterlidir.
- Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma vb. yöntemlerle kesinlikle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur.
- Yaralanan personel tarafından "**Kesici-Delici Alet Yaralanmaları/ Kan ve Vücut Sıvıları Maruziyet Bildirim Formu**" doldurulmalıdır. Aynı forma kaynak ve personele ait tetkik sonuçları, personele yapılan müdahaleler hakkında bilgiler kaydedilmeli ve Çalışan Güvenliği Hemşiresi tarafından formlar arşivlenmelidir.
- Takip gerektiren personel Çalışan Güvenliği Hemşiresi tarafından takip programına alınmalıdır.
- Yaralanan personelin HBsAg, anti-HBs, anti-HCV, anti-HIV tetkiklerine, eğer kaynak biliniyorsa kaynağın HBsAg, anti-HCV, anti-HIV tetkiklerine bakılmalıdır.
- **Kaynak kişide HIV virüsü saptanması durumunda;** yaralanan personel antiretroviral profilaksi uygulanması için, ilk müdahaleden hemen sonra Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir. Maruziyetten hemen sonra, 6. haftada, 3. ayda ve 6. ayda Anti-HIV testi kontrolleri yapılmalıdır.
- Kaynak kişide hepatit B virüsü saptanması durumunda;
- Personelin hepatit B aşısı yoksa; ilk müdahale sonrası 24 saat içerisinde(en geç 7 gün içerisinde) hepatit B hiperimmunglobulin (HBlg) 0.06 ml/kg dozunda deltoid adale içine, eşzamanlı olarak hepatit B aşısı diğer kolda deltoid adale içine yapılmalı ve takiben 1. ve 6. aylarda aşı tekrarlanmalıdır.Aşı uygulaması 0, 1, 2 ve 12. ay şeklinde de yapılabilir.
- Personelin 3 doz hepatit B aşısı varsa; anti-HBs titresine bakılmalı, yanıt yeterli (Anti-HBs  $\geq 10$  mIU/ml) ise hepatit B'ye yönelik herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersiz (Anti-HBs titresi  $< 10$ mIU/ml) ise HBlg 0.06 ml/kg ve hepatit B aşısı uygulanmalıdır.
- Personelin HBSAg pozitifliği varsa; pansuman dışında herhangi bir müdahaleye gerek yoktur.

**Kaynak kişide hepatit C virüsü saptanması durumunda;** uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. Maruziyetten hemen sonra, 6. hafta, 3. ve 6. ayda anti-HCV ve ALT bakılmalıdır.Erken tanı için maruziyetten 4-6 hafta sonra HCV-RNA bakılabilir. Anti- HCV pozitifliği saptanan personel, takip için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili

 <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
	<b>DOKÜMAN KODU</b> SEN.PR.03	<b>YAYIN TARİHİ</b> 01.01.2019	<b>REVİZYON NO</b> 0	

kuruma sevk edilmelidir.

**Kaynak bilinmiyorsa;**

**-Hepatit B bulaş riski için;**

-Personel aşısızsa hepatit B aşı serisine başlanmalıdır.

-Personel aşı, ancak aşı yanıtı yetersizse ve kaynak yüksek risk taşıyorsa, HBsAg pozitif kaynak gibi işlem uygulanmalıdır.

-Personelin aşı yanıtı bilinmiyorsa, Anti-HBs titresine bakılmalı, yanıt yeterli ise herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersizse tek doz hepatit B aşısı uygulanmalıdır.

**-Hepatit C bulaş riski için;** uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. Maruziyetten hemen sonra, 6. haftada, 3. ve 6. ayda anti-HCV ve ALT bakılmalıdır. Anti-HCV pozitifliği saptanan personel, takip için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

**-HIV bulaş riski için;** maruziyetten hemen sonra; 6. haftada, 3. ve 6. ayda anti-HIV testi kontrolleri yapılmalıdır. Anti-HIV pozitifliği saptanan personel, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

**Delici-kesici alet yaralanması, çarpma, yanık vb. durumlarda aşağıda belirtildiği şekilde tetanoz profilaksisi uygulanmalıdır:**

**1-Son 10 yıl içinde aşılanmış olanlar**

Hafif yaralanma	Tetanoza yatkın yaralanma
-Son 5 yıl içinde aşılanmışsa sadece yara temizliği	-Son 1 yıl içinde aşılanmışsa sadece yara temizliği
-Değilse yara temizliği + aşı	-Değilse yara temizliği + aşı

**2- Son aşıdan 10 yıldan uzun süre geçmiş olanlar**

Hafif yaralanma	Tetanoza yatkın yaralanma
-Yara temizliği ve aşı + 10 yılda bir rapel	-Tetanoz
	immunglobulin+aşı+yara temizliği+10 yılda bir aşı rapeli

**3- Daha önce aşılanmamışlarda**

Hafif yaralanma	Tetanoza yatkın yaralanma
-Yara temizliği+aşı ve birer ay ara ile iki rapel+10 yılda bir rapel	-Tetanoz
	immunglobulin+aşı+yara temizliği+birer ay ara ile iki rapel+10 yılda bir rapel

**KKKA olan hastalarla temas sonrası uygulanması gereken korunma önlemleri:**

-Perkutan yaralanma olursa, iğnenin battığı yer sabun ve su ile yıkanarak antiseptik ile silinmelidir

-Hastanın kan ve vücut sıvıları ile temas olması halinde, enfekte materyale maruz kalan bölge sabunlu su ile iyice yıkanmalıdır



-Göze enfekte materyal sıçramış ise, göz temiz su ile iyice yıkanmalıdır.

-Yaralanan personel Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

**26-ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ TALİMATI**

**1- AMAÇ**

Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalarla ilgili tüm sağlık personelinin bilgilendirilmesi amacıyla eğitim faaliyetlerinin planlanmasıdır.

 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>ENFEKSİYON KONTROL ve ÖNLEME PROGRAMI</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
SEN.PR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 59 / 57

## 2- KAPSAM

Tüm sağlık personelini kapsar.

## 3- UYGULAMA

- Sağlık çalışanlarına hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili verilecek eğitimler; Eğitim Hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından yıllık olarak planlanır.
- Sürveyans ve el hijyeni gözlem çalışmaları sonuçlarına göre gerektiğinde birime yönelik ilave eğitimler verilir.
- Hastanemizde enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili yapılan denetimler sırasında eksiklik saptanan birimlerde planlanan düzeltici-önleyici faaliyetler kapsamında birim çalışanlarına gerekli eğitimler verilir.
- Salgın durumlarında ilgili birimlere enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri ile ilgili tekrarlayan eğitimler verilir.
- Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri dosyalar halinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından muhafaza edilir. Katılım listelerinin bir örneği eğitim koordinatörüne iletilir.