



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SURUÇ DEVLET HASTANESİ
ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME
PROGRAMI



Hazırlayan

Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Kontrol Eden

Kalite Direktörü

Onaylayan

Başhekim

1. ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA TALIMATI VE SÜRVEYANS

1.AMAÇ:

Suruç Devlet hastanesinde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili faaliyetleri yürütmek üzere Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin çalışma şekli, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.

2. KAPSAM:

Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin çalışma şekli, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen faaliyetlerini kapsar.

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Enfeksiyon Kontrol Komitesi :Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesinden uygulanmasından sorumlu komitedir.

Enfeksiyon Kontrol Ekibi: Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyelerinden; komite başkanı, mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi, enfeksiyon kontrol hekimi ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinden oluşan ekiptir.

Enfeksiyon Kontrol Hekimi: Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasında görev alan enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanıdır.

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi: Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının uygulanmasında görev alan hemşiredir.

5. SORUMLULAR:

Bu talimatın uygulanmasından Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin tüm üyeleri sorumludur. Bu talimatın

uygulanması ile ilgili denetimlerden Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin tüm üyeleri, Başhekimlik/Hastane yöneticisi sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

Yataklı tedavi kurumlarında yürütülecek sürveyans programı, Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları esas alınarak yapılmalıdır.

1. düzey yoğun bakım ünitelerinde;

-Tüm başlıklarda hastane enfeksiyonlarının hastaya dayalı sürveyansı

2 ve 3. düzey yoğun bakım ünitelerinde;

-Tüm başlıklarda hastane enfeksiyonlarının hastaya dayalı sürveyansı

- İnvaziv alet ilişkili hastane enfeksiyonları sürveyansı

a.Üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (ÜKİ-ÜSE)

b.Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVKİ-KDE)

c. Ventilator ilişkili pnömoni (VİP)

YYBÜ'lerde doğum ağırlıklarına göre kategorize edilmiş tüm başlıklarda hastane enfeksiyonlarının hastaya dayalı sürveyansı

➤ YYBÜ'lerde doğum ağırlıklarına göre kategorize edilmiş invaziv araç ilişkili hastane enfeksiyonu sürveyansı

a. Umbilikal kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (UKİ-KDE)

b. Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVKİ-KDE)

c. Ventilator ilişkili pnömoni (VİP) başlıklarında yapılmalıdır.

Ameliyat tipine özgü CAE sürveyansı kapsamında en az 5 ameliyat tipi belirlenerek ameliyat tipine özgü CAE sürveyansı yapılmalıdır.

Ayrıca (isteğe bağlı) bütün servislerde laboratuvara dayalı, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (ÜKİ-ÜSE) sürveyansı yapılmalıdır.

6.1.Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik hastanenin özelliklerine şartlarına uygun enfeksiyon kontrol programı oluşturmali, uygulamali, ilgili bölümlere ve yönetime bu konuda öneriler sunmalıdır.

6.2.Enfeksiyon kontrol programı kapsamında talimatlar oluşturmali, bu talimatları uygulama içinde izlemeli ve gerektikçe güncellemelidir.

6.3.Sağlık personeline enfeksiyon kontrol programı kapsamında sürekli hizmet içi eğitim vermeli ve uygulamaları denetlemelidir.

6.4. Sürveyans çalışmalarının sürekliliği sağlamalıdır.

6.5.Sürveyans verilerini değerlendirmeli, sorunları ortaya koyarak çözüm önerileri üretmelidir.

6.6.Hastane enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptamalıdır.

6.7.Hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymalı, her 6 aylık dönemlerde hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı değerlendirilmelidir.

6.8.Antibiyotiklerin kontrollü kullanımı ile ilgili politikaları belirlemeli ve bunların uygulanmasını ilgili kurullarla birlikte izlemelidir.

6.9.Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçleri, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımları konusunda ilgili mercilere görüş bildirmelidir.

6.10.Görev alanı ile ilgili hususlarda, hastanenin inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmelidir.

6.11.Sağlık personeli için tehdit oluşturan enfeksiyon riskinin belirlenmesi veya servislerde ortaya çıkan nosokomiyal salgın durumlarında , gerekli incelemeleri yapmalı, izolasyon tedbirlerini belirlemeli, risk saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması

hususunda karar almalıdır.

6.12.Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemeli, uygulanmasını izlemeli ve yönlendirmelidir.

6.13.Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini belirlemeli, dezenfektanların seçimi ve kullanımını denetlemelidir.

6.14.Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamalı ve ilgili bölümlere iletmek üzere yönetime bildirmelidir.

6.15.Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmalıdır.

6.16.Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almalı ve yönetime iletmelidir.Görev alanı ile ilgili olarak gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir.

6.17.Enfeksiyon Kontrol Ekibinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

6.17.1.Sürveyans verilerini değerlendirerek sorunları saptamalı, çözüm önerileri üretmeli ve sorunları ve çözüm önerilerini değerlendirilmesi için enfeksiyon kontrol komitesine sunmalıdır.

6.17.2.Sağlık personelinin meslek ilişkili enfeksiyon risklerini takip etmeli, koruyucu tıbbi önerilerde bulunmalı, gerekli durumlarda bağışıklama ve profilaksi programlarını düzenlemeli ve uygulamak üzere Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne öneride bulunmalıdır.

6.17.3.Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, hastanenin antibiyotik kullanımını izlemeli, yönlendirmeli ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne bilgi vermelidir.

6.17.4.Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon uygulamalarını denetlemelidir.

6.17.5.İlgili idari birimlerle koordinasyon halinde hastane temizliği, mutfak, amaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini belirlemeli ve denetimini yapmalıdır.

6.17.6.Yıllık alışma n raporunu hazırlamalı ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne sunmalıdır.

6.17.7.Enfeksiyon Kontrol Komitesinin gündemini belirlemeli ve sekreteryasını yürütmelidir.

6.18 .Enfeksiyon Kontrol Hekimi'nin Görevleri:

6.18.1.En az haftada bir kere enfeksiyon kontrol hemşireleri ile bir araya gelerek yapılan çalışmaları değerlendirmeli.

6.18.2.İhtiyaç duyulan her durumda enfeksiyon kontrol hemşirelerine hastabaşı danışmanlık hizmeti vermelidir.

6.18.3.Hekimlere ve gerekli görülen durumlarda hekim dışı hastane personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğeritim vermelidir.

6.18.4.Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından yürütülen çalışmaları ve hizmet içi eğeritim programını denetlemelidir.

6.18.5.Komitenin belirlediği enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde sağlık personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğeritim vermelidir.

6.18.6.Sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirmeli, sonuçlarını yorumlayarak, periyodik olarak enfeksiyon kontrol ekibine bilgi vermeli ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin toplantılarında bu verileri sunmalıdır.

6.18.7.Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev almalıdır.

6.18.8.Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğuunda, salgının kontrolünü sağlayacak çalışmaları başlatmalı ve yürütmelidir.

6.18.9.Bölümlerle ilgili sorunları o birimlere iletmeli, bu birimlerin kontrol önlemlerinin oluşturulması,uygulanması ve değerlendirilmesine katılımlarını sağlamalıdır.

6.19.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi'nin Görevleri:

6.19.1.Hastanenin sürveyans çalışmalarını yürütmelidir.

6.19.2.Sürveyans çalışmalarında; mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarının kültür sonuçlarını izlemelidir.

6.19.3.Günlük klinik ziyaretler yaparak ilgili hastaları değerlendirmeli, kliniklerin sorumlu hekim ve hemşireleri ile ilişki kurarak, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonu gelişen ya da gelişme ihtimali bulunan yeni hastaları saptamalı, bu hastaları enfeksiyon riski açısından değerlendirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamalıdır.

6.19.4.Toplanan sürveyans verilerinin bilgisayar kayıtlarını tutmalıdır.

6.19.5.Klinik enfeksiyon hızlarındaki değişiklikleri veya belirli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonlardaki artışı belirleyerek enfeksiyon kontrol hekimine bildirmelidir.

6.19.6.Hastane enfeksiyon salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılmalıdır.

6.19.7.En az haftada bir kez enfeksiyon kontrol hekimi ile bir araya gelmeli ve çalışmaları değerlendirmelidir.

6.19.8.Bölümlerle ilgili sorunları enfeksiyon kontrol hekimi ile birlikte o bölümlere iletmeli, bu bölümlerin de kontrol tedbirlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesine katılımlarını sağlamalıdır.

6.19.9.Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev almalıdır.

6.19.10.Hastane genelinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin hastane politikasına uygun olarak yürütölüp yürütölmediğini kontrol etmelidir.

6.9.11.Sağlık personeline hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları konusunda sürekli hizmet içi eğitim vermelidir.

6.20.UYGULAMA: Enfeksiyon Kontrolü İşleyiş Prosedürü

6.20.1.Enfeksiyon Kontrol Komitesi, enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışmalı ve düzenli olarak yılda en az üç defa toplanmalıdır.

6.20.2.Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin üyeleri üç yıl süre ile görevlendirilmelidir.

6.20.3.Enfeksiyon Kontrol Komitesi başkanlığını, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı yapmalıdır.

6.20.4.Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanın katılamadığı toplantılarda başkanlık görevini komitede görevli başhekim yardımcısı yürütmelidir.

6.20.5.Enfeksiyon Kontrol Komitesinin üyeleri, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek üzere toplanmalıdır.

6.20.6.Toplantı daveti; toplantı yeri, tarihi, saati ve gündemi ile birlikte, toplantıdan en az bir gün önce üyelere bildirilmelidir.

6.20.7.Olağanüstü durumlarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi, başkanın davetiyle veya üyelere birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir.

6.20.8.Herhangi bir sebeple, olağan ya da olağanüstü toplantılara katılamayacak olan üyeler, başkana yazılı mazeret bildirmelidir.

6.20.9.Enfeksiyon Kontrol Komitesi, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanmalı ve katılanların oy çokluğu ile karar alınmalıdır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın taraf olduğu görüş kararlaştırılmış sayılır.

6.20.10.Komite kararları,yazılı olmalı ve toplantıya katılan üyelerce imzalanmalıdır. Karara karşı olanlar, karşı görüş gerekçesini yazılı olarak belirtmek suretiyle karara imza atmalıdır.

6.20.11.Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin yıllık çalışma raporu, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanmalı ve komitede görüşüldükten sonra başhekimlik/hastane yöneticiliğine sunulmalıdır.

6.21. Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin Faaliyet Alanları:

6.21.1.Sürveyans ve kayıt

6.21.2.Antibiyotik kullanımının kontrolü

6.21.3.Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon

6.21.4.Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları

6.21.5.Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü.

6.22..Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin Kararları

Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar uygulanmak üzere başhekimlik/hastane yöneticisine iletilir. Bu kararlar,hastanenin bütün personeli için bağlayıcıdır. Bu kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur.

6.23.Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri: Suruç Devlet hastanesinde

Enfeksiyon Kontrol Komitesi aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır:

1. Başhekim Yardımcısı,
2. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı
3. Dahili bilimler Temsilcisi,
4. Cerrahi bilimler Temsilcisi,
5. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Temsilcisi,
6. Sağlık Bakım Hizmetleri müdürü
7. İdari Mali işler Müdürü
8. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi,
9. Eczane Sorumlusu
10. Mikrobiyoloji lab. Sorumlusu
11. Yoğun Bakım Sorumlusu
12. Yeni Doğan Yoğun Bakım Sorumlusu

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

2. EL HİJYENİ SAĞLAMA TALİMATI

1. AMAÇ: Suruç Devlet Hastanesi, Hastane ortamında el hijyenine yönelik standart uygulamaları belirlemektir.

2. KAPSAM: Hastane ortamında hasta bakımı, tedavisi, hastaya uygulanacak invaziv girişimler öncesinde ve sonrasında, cerrahi işlemler öncesinde uygulamaya yönelik standartları kapsar.

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

Hasta bakımında, izleminde, transferinde görev alan tüm hastane çalışanları (hizmet alımı ile hastanede görev yapmakta olan personel dahil).

6. FAALİYET AKIŞI:

El yıkama endikasyonları:

Eller hastane ortamında sıvı sabun ve su ile aşağıda belirtilen durumlarda yıkanmalıdır:

6.1.1.Gözle görülür kir varlığında

6.1.2.Proteinasöz materyalle kontamine ise

6.1.3.Kan veya diğer vücut sıvıları ile kirlendi ise

6.1.4.Spor yapan bakterilerle ispatlı veya düşünülen enfeksiyon varlığında

6.1.5.Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında

6.1.6.Hasta bakımında kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında

6.1.7.İnvaziv işlemler öncesinde ve sonrasında

6.1.8.Eldiven giyme öncesinde ve sonrasında

6.1.9.Hasta çevresi ile temas sonrasında

6.1.10.Vücut sıvı ve sekresyonları ile, bütünlüğü bozulmuş cilt ile veya mukoz membranlarla temas sonrasında

6.1.11.Hasta ile temasta önce kontamine bir alana temas edilmesi gerektiği ise, bundan sonra temiz alana

yapılacak temas öncesinde

6.1.12.Tuvalete girdikten sonra ellerin su ve sabunla yıkanması gereklidir.

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.

1. Akar su altında ellerinizi ıslatın.
2. Sıvı el sabununu el yüzeyine tümüyle yayın.
3. Parmaklar, avuç içi ve el sırtının tüm yüzeyleri 10-15 saniye süreyle yıkama maddesiyle temizlemek için kuvvetle ovuşturun.
4. Bol su ile ellerinizi durulayın.
5. Kağıt havlu ile kurulayın.
6. Musluğu elle kapatacaksınız, elinizi kuruladığınız kağıt havluyu çöpe atmadan önce (elinizi sürmeden) musluğu bu havluyla kapayın.

Hijyenik el yıkama:

1. Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, kontamine materyalle veya bu örneklerin alınması veya taşınması esnasında kullanılan kaplarla temas sonrası
 2. Hastayla direkt temastan önce ve sonra
 3. İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra
 4. İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken antiseptik ajanlarla ellerinizi yıkayın.
- a) Eller su ile ıslatılır, 3-5 ml antisptik sabun avuca alınır.
 - b) Klorhekzidin 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.
 - c) Eller su ile iyice durulanır, durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten tekrar parmak ucuna akışı önlenir.
 - d) Eller kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır.

Hijyenik el ovalama:

1. Alkol temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde gözle görünür kir olmamalıdır.
2. Alkol bazlı solüsyon 3-5 ml bir avuca alınır. İki el birleştirilerek tüm el yüzeyi ve parmaklara temas edecek şekilde 1 dk süre ile ovuşturulur, kendi halinde kuruması beklenir.

Cerrahi el yıkama:

1. Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.

2. 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.

3. Su dirseklerden aşağı akıtılarak durulanır ve steril havluyla kurutulur.

4. Musluk eller kullanılmadan kapatılır.

5. Steril eldiven giyene kadar hiçbir yere dokunulmaz.

Cerrahi el ovalama:

1. Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.

2. . Alkol temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde gözle görünür kir olmamalıdır.

3. 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 ameliyatlar için 1 dakikalık süre yeterlidir.

4. Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Steril eldiven giymek için tamamen kuruması beklenir.

6.6. Dikkat Edilecek Konular:

1. Eller kirli görünüyorsa ya da çalışan ellerini kirli hissediyorsa el yıkanmalıdır. Ellerde gözle görülür kirlenme yoksa; alkol bazlı el antiseptikleri kullanılmalıdır.

2. Aynı hasta üzerinde kirli bir bölgeden temiz bir bölgeye geçilmeden önce (varsa eldivenler çıkarılarak) el hijyeni uygulanmalıdır.

3. Alkollü el antiseptikleri ıslak veya nemli ellere uygulanmamalıdır.

4. Hasta bakımında doğrudan görev alan tüm personelin tırnakları, tırnak etini geçmeyecek uzunlukta olmalıdır.

5. Yapay tırnaklar kullanılmamalıdır. 6. Oje veya tırnak cilası var ise üzeri çatlamış veya çizilmiş olmamalıdır.

7. Ameliyat ekibinde yer alan kişiler yüzük ve bilezik takmamalıdır, oje veya tırnak cilası kullanmamalıdır.

8. Kısmen boş sabun dağıtıcısına sabun eklenmemeli! Önce sabunluk tamamen boşaltılmalı, sonra yıkanmalı ve en son kurulandıktan sonra sıvı sabun eklenmelidir.

9. Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.

10. alkol bazlı el antiseptik solüsyonu bulundurulmasının çocuk servis/kliniklerinde ve psikiyatri servis/kliniklerinde hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması nedeni ile hasta yatak başında alkol bazlı el antiseptiği bulundurulmaması gerekmekte olup, bu

birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının sadece cepte taşınabilen alkol bazlı el antiseptikleri bulundurması ve kullanması gerekmektedir.

3. İZOLASYON ÖNLEMLERİ TALİMATI

1. AMAÇ: Suruç Devlet Hastanesinde, mikroorganizmaların enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline bulaşmasını önlemektir.

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

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

E.K.K :Enfeksiyon Kontrol Komitesi

5. SORUMLULAR:

Tüm İzolasyonların takibinden izolasyon uygulanan birimin sorumlu hemşireleri. diğer sağlık çalışanları ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.

6. FAALİYET AKIşI:

6.1. İZOLASYON ÖNLEMLERİYLE İLGİLİ DÜZENLEME YAPILMALIDIR.

6.1.1. Enfekte yada kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.

Kültür gönderilen hastaların sonuçları E.K.K ekibi tarafından değerlendirilir. Enfeksiyon yada kolonizasyon olduğu tespit edilir. Hastaların hangi izolasyona alınacağı ve izolasyonun nasıl uygulanacağı konusunda çalışan bilgilendirilip izolasyon bilgilendirme formu doldurulur

6.1.2.İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslar arası rehberler esas alınmalıdır.

İzolasyon önlemleri ile ilgili Türk hastane enfeksiyonları ve kontrolü derneği izolasyon önlemleri klavuzu esas alınmıştır.

6.1.3. Enfekte yada kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren figürler kullanılmalıdır.

Enfekte yada kolonize hastalarda, her izolasyon yöntemini için farklı figürler kullanılmaktadır.

6.1.4. İzolasyon yöntemi ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.

Damlacık İzolasyonu

Konuşma, öksürük, aksırık veya tıbbi işlemler sırasında enfekte kişiden saçılan damlacıkların mukozalara (burun, boğaz, konjunktiva) bulaşmasını önlemek için standart önlemlere ek olarak alınması gereken tedbirlerdir.

Hemofilus influenza tip B enfeksiyonları (menenjit, pnömoni, epiglotit, sepsis vb), invaziv *Neisseria meningitidis* enfeksiyonları (menenjit, pnömoni, sepsis vb), damlacık yolu ile bulaşan diğer ciddi bakteriyel solunum yolu enfeksiyonları (difteri, boğmaca vb) ciddi viral solunum yolu enfeksiyonları (grip, kabakulak, kızamıkçık, parvovirus B19, adenovirus enfeksiyonları vb) için uygulanır.

6.3. 1. Damlacık izolasyonu gerektiren bir durum saptanması veya şüphesinde hasta tek kişilik odaya alınır, aynı enfeksiyonu olan hastalar (kohort) aynı odada yatabilir. Her iki seçenek de uygulanamıyorsa diğer hastalarla arasında en az 1 m mesafe bırakılacak şekilde yerleştirme yapılır.

6.3. 2. Hastanın 1m den daha yakınına yaklaşması gereken herkes maske takmalıdır.

6.3. 3. Hastanın nakledilmesi gerekli durumlarda hastaya maske taktırılır.

Damlacık izolasyonunda tanımlayıcı olarak mavi çiçek kullanılmalıdır.

6.4. Temas İzolasyonu

6.4. 1. Epidemiyolojik önem taşıyan, hasta ya da çevresiyle direkt (hastanın cildiyle temas) veya indirekt temas (hasta odasındaki yüzeylere, tıbbi cihazlara dokunulması) yoluyla bulaşabilen mikroorganizmalarla kolonize ve/veya enfekte olan hastalar için standart önlemlere ek olarak temas izolasyonu uygulanmalıdır.

6.4. 2. Çoklu antibiyotik direnci taşıyan bakteriler; metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Acinetobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* enfeksiyonlarında temas izolasyonu yapılmalıdır.

6.4. 3. Cansız yüzeyler üzerinde uzun süre yaşayabilen ve enfeksiyöz dozu düşük (az sayıda mikroorganizma ile enfeksiyon oluşturabilen) olan mikroorganizmalara meydana gelen enterik enfeksiyonlar: *Clostridium difficile* enfeksiyonlarında temas izolasyonu yapılmalıdır.

6.4. 4. Gaita inkontinansı olan hastalarda enterohemorajik *Escherichia coli* O157:H7, *Shigella*, hepatit A veya rotavirüs enfeksiyonlarında temas izolasyonu yapılmalıdır.

6.4. 5. Kuru cilt üzerinde meydana gelebilecek veya bulaşıcılığı yüksek olan cilt enfeksiyonları: Kutanöz difteri; herpes simpleks enfeksiyonu (neonatal veya mukokutanöz), impetigo, üzeri kapalı olmayan ve drenajı olan apseler, selülit veya dekübitler, pedikülozis (bitlenme), Scabies (uyuz), bebeklerde ve çocuklarda sık görülen stafilokokal furonkülozis, Zoster (dissemine veya immünsuprese konakçıda), Bebeklerde ve çocuklarda respiratory syncytial virus, parainfluenza virus enfeksiyonları veya enteroviral enfeksiyonlar, Viral/hemorajik konjonktivit, Viral/hemorajik enfeksiyonlar (Ebola, Lassa, Kırım-Kongo vb) temas izolasyonu gerektirir.

6.4. 6. Temas izolasyonu gereken hastaların tek kişilik odalara yerleştirilmelidir.

6.4. 7. Bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile kolonize ve/veya enfekte olan hastaların aynı odaya yerleştirilmelidir (cohorting).

6.4. 8. Hasta odasına girerken, hastayla veya hasta odasındaki her türlü yüzeyle temas öncesi temiz, steril olmayan eldiven giyilmelidir.

6.4. 9. Hasta bakımı sırasında yoğun kontaminasyona neden olabilecek işlemler sırasında eldiven değiştirilmeli, odadan çıkmadan önce eldivenler çıkartılıp eller “el yıkama talimatına” göre yıkanmalıdır.

6.4. 10. Hasta ve hasta odasındaki yüzeyler ile temasın fazla olabileceği durumlarda önlük giyilmelidir. Önlük odadan çıkmadan önce çıkarılmalıdır.

6.4. 11. Odada kullanılan tıbbi cihazlar başka hastalar ile ortak kullanılmamalı, kullanılması gerekiyorsa kullanılmadan önce dezenfekte edilmelidir.

Temas izolasyonunda tanımlayıcı olarak kırmızı yıldız kullanmalıdır.

6.5. Sıkı Temas İzolasyonu Vankomisin dirençli enterokoklar (VRE), enfeksiyonlarında veya kolonizasyonunda sıkı temas izolasyonu yapılmalıdır.Sıkı temas izolasyonu gereken hastalar tek kişilik odalara yerleştirilmelidir.

6.4. 7. Bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile kolonize ve/veya enfekte olan hastaların aynı odaya yerleştirilmelidir (cohorting).

6.4. 8. Hasta odasına girerken, hastayla veya hasta odasındaki her türlü yüzeyle temas öncesi temiz, steril olmayan eldiven giyilmelidir.

6.4. 9. Hasta bakımı sırasında yoğun kontaminasyona neden olabilecek işlemler sırasında eldiven değiştirilmeli, odadan çıkmadan önce eldivenler çıkartılıp eller “el yıkama talimatına” göre yıkanmalıdır.

6.4. 10. Hasta ve hasta odasındaki yüzeyler ile temasın fazla olabileceği durumlarda önlük giyilmelidir. Önlük odadan çıkmadan önce çıkarılmalıdır.

6.4. 11. Odada kullanılan tıbbi cihazlar başka hastalar ile ortak kullanılmamalı, kullanılması gerekiyorsa kullanılmadan önce dezenfekte edilmelidir.

6.4.12 Sıkı Temas izolasyonunda tanımlayıcı olarak kırmızı çift yıldız kullanılmalıdır.

6.2. Solunum izolasyonu: Hava yolu ile bulaşabilen enfeksiyonları önlemek amacıyla standart önlemlerin yanı sıra alınması gereken önlemlerdir. Kızamık, suçiçeği,yaygın zoster, difteri, boğmaca, açık akciğer ve larenks tüberkülozu, SARS, grip gibi solunum yolu ile bulaşan hastalığı olanlar için uygulanır.

6.2. 1. Solunum izolasyonu gerektiren bir durum saptanması veya şüphesinde hastalar varsa özel havalandırma sistemi (negatif basınç, saatte 6-12 hava değişimi, kirli havanın dışarı atılma veya yeniden sirküle edilmesi için HEPA filtreden geçirilmesi) olan tek kişilik odaya, yoksa mümkünse tek kişilik odaya alınır. Aynı etken ile enfekte olan hastalar (kohort) aynı odada yatabilir, odanın kapısı kapalı tutulmalıdır.

6.2. 2. Hasta odasına giren herkes N95 maske takmalı, duyarlı kişiler odaya sokulmamalıdır.

6.2. 3. Hastanın nakledilmesi veya tetkik için çıkarılması durumunda hastaya cerrahi maske takılmalıdır.

6.2. 4. Hasta taburcu olduktan sonra ikinci bir hastanın kabulü için (tüberküloz izolasyon odaları dışında) oda havalandırılması yeterlidir.

Solunum izolasyonunda tanımlayıcı olarak sarı yaprak kullanmalıdır.

STANDART İZOLASYON ÖNLEMLERİ

Standart izolasyon önlemleri tüm hastaların bakımında kan, vücut sıvıları ve çıktıklarına karşı ilk sırada uygulanacak önlemlerdir. Bu önlemlerin esası, temizlik ve riskli materyal ile teması engelleyecek uygun bariyerlerin kullanılmasıdır.

Tüm hastaların kan ve kan ürünleri enfekte kabul edilmelidir.

6.1.2. Kan ve vücut sıvıları veya bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoza ile temastan önce eldiven giyilmelidir.

6.1.3. İki hasta bakımı arasında eldiven değiştirilmelidir.

6.1.4. Yapılacak işlem sırasında sıçrama ihtimali varsa maske, siperlik (veya gözlük) ve eldiven kullanılmalıdır.

6.1.5. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.

6.1.6. Kullanılan iğneler kılıfına geçirilmemelidir, ucu bükülmemelidir, delinmeyen kaplar içerisinde biriktirilmelidir.

6.1.7. Kan ve vücut sıvılarıyla kirlenen çarşaf ve diğer materyaller özel torbalara koyulmalıdır,

6.1.8. Eksudatif deri lezyonu olan sağlık personeli varsa ek önlemler uygulanması gerektiği unutulmamalıdır.

6.1.9. Bu önlemler tüm hastalar için uygulanmalıdır.

6.1.10. Normal vücut fonksiyonlarını kontrol edebilen HIV, HBV veya HCV gibi enfeksiyonu olan hastaların rutin bakımı sırasında eldiven ya da koruyucu gömlek giyilmesine gerek olmadığından, koruyucu önlük giymeye hastanın durumuna göre karar verilmelidir.

6.1.11. Her hasta için özel oda sağlanamadığı durumlarda, imkanlar dahilinde immünoşüpresif hastalar tek kişilik odalarda tutulmalıdır.

6.1.12. İzolasyon uygulanması gereken(temas, solunum,damlacık,sıkı temas) hastaların yakını izolasyon kuralları konusunda bilgilendirilmelidir.

6.2. İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferide dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.

6.2.1. İzolasyon önlemleri ile ilgili figürler hastanın yatak başına veya kapısına asılarak belirtilmektedir. Hasta transferi sırasında ise hastanın sedye veya tekerlekli sandalyesine yapıştırılarak hasta transferi sağlanmaktadır.

6.3. İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

6.3.1. İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında E.K.K. tarafından sağlık çalışanlarına bilgi verilerek izolasyon önlemleri bilgilendirme formuna kayıt yapılır.

Servis hemşiresi tarafından, hasta yakınlarına konuyla ilgili bilgi verilerek hasta yakını izolasyon bilgilendirme formu doldurulur.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

HASTA YAKINI İZOLASYON BİLGİLENDİRME FORMU

İZOLASYON UYGULANAN HASTA TAKİP FORMU

ENFEKSİYON KONTROL DEMETLERİ

Enfeksiyon kontrol önlemlerinin tek tek uygulanması yerine, etkinliği kanıtlanmış enfeksiyon kontrol önlemlerinin birlikte uygulanması ve bu önlemlere 7 gün 24 saat tam uyumun sağlanması enfeksiyonların önlenmesinde daha etkin

Enfeksiyon kontrol demetlerinde seçilecek enfeksiyon kontrol önlemleri,

- Her ünitenin kapasitesine göre
- Uygulanması ve denetlenebilmesi mümkün olan önlemler olmalı

Enfeksiyon önleme ve kontrol programlarının başarıyla uygulanması için:

- Yeterli yetişmiş insan gücü; ekip yönetimi
- Yeterli finansman, yatırım, kaynak
- Eğitim ve becerilerin düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi
- Kültür değişimi sağlanması: Hesap verebilirlik, şeffaflık, verimlilik vs.
- Teknolojinin akılcı kullanımı, yaygınlaştırılması, güncellenmesi
- Verilerin analizi
- Kanıta dayalı uygulamalar

Günümüzde enfeksiyon kontrol demetleri;

- Ventilatör ilişkili pnömoni(VİP)
- Santral kateterilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ KDE)
- Kateterilişkili ürinersistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)
- Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE)
- Dirençli gram negatif mikroorganizmaların yayılmasının önlenmesine yönelik uygulanmaktadır.

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ ENFEKSİYON KONTROL DEMETİ(VİP)

Mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda

Entübasyon sırasında pnömonisi olmayan

Endotrakeal entübasyondan 48 saat sonra gelişen

Hastane kaynaklı pnömonidir.

YBÜ'lerde en sık görülen hastane enfeksiyonudur.

VİP gelişimi için risk faktörleri;

Uzun süreli mekanik ventilasyon

Uzun süreli sedasyon

Supin hasta pozisyonu

Travma

Enteral beslenme

Sinüzit

Endotrakeal tüp çevresinde oluşan biyofilm tabaka

1. Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacının her gün değerlendirilmesi ve uygun olan en kısa sürede ekstübasyon planlanması
2. Sedasyona ara verilerek sedatif ilaç kullanım gerekliliğinin her gün kontrol edilmesi ve en kısa sürede sedasyonun kesilmesinin planlanması
3. Kontrendikasyon yoksa yatak başının 30-45 derecede tutulması
4. Klorheksidinli ağız bakımının 6-8 saatte bir yapılması
5. Endotrakeal tüp kaf basıncının 20-30 cmH₂O arasında tutulması
6. Ventilatör devrelerinin bütünlüğünün bozulacağı işlemlerde aseptik tekniklerin uygulanması
7. Trakeotomi rakeostomi varsa çevresinin temiz ve kuru tutulması
8. Solunum yolunun nemlendirilmesi işleminde steril su kullanılması
9. Ventilatör çevresi ve setlerin temizliğinin belirli aralıklarla kontrol edilmesi
10. Hastaya ve çevresine yapılacak her türlü müdahalede el hijyenine uyum gösterilmesi
11. Peptik ülser profilaksisi uygulanmaması
12. Derin ven trombozu(DVT) profilaksisi uygulanması

SANTRAL KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONU ÖNLEME DEMETİ

- Santral kateterler YBÜ'lerde sık kullanılan invaziv araçlardan biridir.
 - Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon (SKİ-KDE) gelişimine kateter yerleştirilmesi, ilaç uygulamaları ve kateter bakımı sırasında asepsi-antisepsi kurallarına uyulmaması neden olabilir
1. Kateter takılması öncesi ve sonrasında el hijyenine dikkat edilmesi
 2. Hastanın ihtiyacına göre lümen sayısı en az olan kateterin tercih edilmesi
 3. Kateter uygulaması sırasında palpasyon öncesi cildin dezenfekte edilmesi
 4. Kateter uygulaması sırasında eldiven, önlük, maske ve bone gibi maksimal bariyer önlemlerinin alınması
 5. Dezenfeksiyon için öncelikli olarak %0,5'lik klorheksidinli solüsyon; ulaşamaz ise %0,5'lik iyot veya %70'lik etanol tercih edilmesi
 6. Dezenfekte edilen alan çapının erişkinde 20, çocukta 8 cm üzerinde olmasına dikkat edilmesi
 7. Kateter uygulaması sırasında steril tekniğe uyulmamış ise 48 saat içinde kateterin değiştirilmesi
 8. Uzun süreli kateterlerde uygulama günleri ve uygulayıcıların kaydedilmesi
 9. Kuru spançlı kapama örtülerinin 48 saat, yarı geçirgen jelli kapama örtülerinin 7 günde bir değiştirilmesi
 10. Kapama örtüleri açıldığında, kirlendiğinde veya ıslandığında hemen değiştirilmesi
 11. Kapama örtüsü değişim gününün kaydedilmesi
 12. Kateter uygulanması ve bakımı konusunda personele devamlı eğitim verilmesi
 13. Kateter gereksiniminin günlük kontrol edilmesi ve gereksiz kateterlerin kısa sürede çıkarılması
- Kİ-ÜSE hastane kökenli enfeksiyonların yaklaşık %40'ını oluşturur.
 - ÜSE gelişiminde en önemli risk faktörü kateter takılması ve kateterizasyon süresidir.
 - Kİ-ÜSE, hastalarda hastanede kalış süresini, hastane maliyetini ve en önemlisi ürosepsis gibi komplikasyonlara bağlı mortaliteyi artırmaktadır.

•KATETER UYGULANMASI

1. Üriner kateter uygulaması gerekliliğinin değerlendirilmesi
2. Kalıcı üriner katetere alternatif olabilecek kondom kateter ya da aralıklı kateter gibi uygulamaları değerlendirilmesi
3. Üriner kateter ve kapalı drenaj sisteminin uygunluğunun değerlendirilmesi
4. Hastanın yaşına, alt hastalığına göre en dar lümenli kateterin seçilmesi
5. El hijyeni ve aseptik tekniklere uyumla birlikte iki sağlık çalışanı ile uygulamanın yapılması
6. Üriner kateter uygulamalarının eğitimli personel tarafından yapılması
7. Kateterin hastanın uyluk veya karın bölgesine sabitlenmesi
8. Kateter uygulama gününün kaydedilmesi

•KATETER UYGULANMASI SONRASI TAKİP

1. Kateter gerekliliğinin günlük değerlendirilmesi
2. Her defekasyon sonrası kateter çevresi bakımının uygun şekilde yapılması
3. Kateter drenaj sistemi ve torbasının mesane seviyesinin altında ve yerden yüksekte tutulması
4. Kateterin sabitlendiği uyluk veya karın bölgesinin her şifte kontrol edilmesi
5. Drenaj setinin kıvrılmamasına ve iki saatten uzun klempili kalmamasına dikkat edilmesi
6. Gram ve kültür için idrar örneği alınacaksa, örnek alınacak bölgenin alkolle silindikten ve kuruması beklendikten sonra alınması

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINDA KONTROL DEMETİ

•Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), cerrahi operasyonlar sonrası en sık gelişen komplikasyon olup hastane kökenli enfeksiyonlar içinde üçüncü sıradadır.

•Morbidite, mortalite, hastanede yatış süresi ve tedavi maliyeti artmaktadır.

•Enfeksiyon kontrolünde amaç önlenabilir riskleri en aza indirmektir.

1. Preoperatif en az 30 gün öncesinde sigaranın bırakılması
2. Kolorektalcerrahilerde mekanik barsak temizliği ve oral antibiyotik profilaksisinin uygulanması
3. Perioperatif kan glukozu düzeyinin 200 mg/dl altında tutulması
4. Preoperatif kıl tıraşından kaçınılması, eğer yapılacaksa tıraş makinası kullanılması
5. Yerel rehberlerin önerdiği uygun antimikrobiyal Profilaksisinin uygulanması
6. Antibiyotik profilaksisinin uygun zamanda sonlandırılması
7. MRSA gibi dirençli mikroorganizmaların preoperatif taramasının yapılması
8. Operasyon öncesi klorheksidinli vücut yıkaması yapılması
9. Perioperatif vücut sıcaklığının monitorizasyonu ve normal sınırlarda tutulması
10. Operasyon odalarının günlük ultraviyole uygulaması ile dezenfekte edilmesi
11. Postoperatif dönemde 24-48 saat içinde drenlerin çıkarılması
12. Postoperatif dönemde steril yara kapamalarının kan ile nemlenmediği sürece 48 saat bekletilmesi
13. Postoperatif iki saat içinde üriner kateterin çıkarılması

ÇOK İLACA DİRENÇLİ MİKROORGANİZMALARIN YAYILMASININ ÖNLENMESİ İÇİN KONTROL DEMETİ

•Çok ilaca dirençli (ÇİD) bakteri, birden fazla antibiyotik sınıfına dirençli olan bakterilerdir.

•Tedavi seçenekleri kısıtlıdır ve mortalite oranları yüksektir.

•Bu mikroorganizmaların hastadan hastaya yayılımı uygulanan enfeksiyon kontrol demetleriyle azaltılabilir.

- Bu bakteriler arasında MRSA, Vankomisine dirençli enterokok(VRE), genişlemiş spektrumlu beta laktamaz üreten (GSBL) /AmpC/ veya metallo
- β laktamaz üreten ve kolitsin dirençli gram negatif basiller gelir.
- Ülkemizde en sık görülen ve hastalarda tedavi maliyeti ve mortaliteyi arttıran mikroorganizmalar daha çok gram negatifler bakterilerdir.
- Özellikle YBÜ'lerinde bu mikroorganizmalarla kolonize olan ve buna bağlı enfeksiyon gelişen hastalarda YBÜ'de yatış süresi uzamakta ve tedavi maliyeti artmaktadır.

1. Hastanın tıbbi dosyasına temas izolasyonunu belirten belirteç yerleştirilmesi
2. Hasta yatağına temas izolasyonunu belirten belirteç asılması
3. Hasta yatağı yakınına el dezenfektanı konulması
4. Hasta yatağı yakınına tıbbi atık kovası konulması
5. Hasta yatağı yakınına izolasyon önlüğü konulması
6. Termometre, tansiyon aleti gibi yeniden kullanılabilen aletlerin o hastaya özel olması
7. Hastanın kendisinin, etrafının ve medikal aletlerinin günlük temizlenmesi/ dezenfekte edilmesi
8. Hastaya ve yakınlarına izolasyon hakkında bilgi verilmesi
9. Hasta transferi durumunda gideceği birime izolasyon hakkında bilgi verilmesi
10. Hasta ve hastanın çevresiyle temas öncesinde ve sonrasında el hijyeni kurallarına uyulması
11. Kolonize veya enfekte hastanın taburculuğu sonrası odası ve eşyalarının uygun dezenfektanlarla dezenfekte edilmesi
12. Tarama uygulanan birimlerde yeni yatan riskli hastaların tarama sonuçları çıkıncaya kadar hastaların kolonize kabul edilmesi
13. İzolasyon odasına alınamayan hastalarda aynı mikroorganizma ile enfekte ya da kolonizehastaların birlikte bulundurulması

Özet

- YBÜ'lerde invaziv işlemlerin artması ile birlikte enfeksiyon riski artmaktadır.
- Enfeksiyonların önlenmesinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin tek tek uygulanması yerine YBÜ'lerin özelliklerine göre demetler halinde uygulanması daha etkilidir.
- Seçilen enfeksiyon kontrol demetleri YBÜ'lerin özelliğine göre 7 gün 24 saat uygulanabilir ve denetlenebilir olmalıdır.
- Bütün önleme demetlerinde temel prensip invaziv işlemlerin gereksiz uygulanmaması, uygulama sırasında asepsi ve antisepsi kurallarına uyum ve invaziv kataterlerin en kısa sürede sonlandırılması ve el hijyenine uyum olarak görülmektedir.
- Demetlerin uygulanması sonrası enfeksiyon kontrol kurullarına düşen görev ise sürveyans uygulamaları ile önleme demetlerine uyumu ve enfeksiyon oranlarını takip edip geri bildirimini yaparak uyum oranlarını artırmaktır.

HASTANEDE MEVCUT OLAN ÖZELLİKLİ ALANLARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ (DİYALİZ, YOĞUN BAKIM, İZOLASYON ODALARI,)

DİYALİZ ÜNİTESİNDE ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

1. AMAÇ

Hemodiyaliz ünitesinde hastalar ve çalışanlar arasında patojen mikroorganizmaların geçişinin engellenmesi

2. KAPSAM

Hemodiyaliz ünitesi çalışanları, hastaları ve hasta yakınlarını kapsar.

3. TEMEL İLKELER

1. Diyaliz hastaları ve diyaliz istasyonundaki her türlü işlemde tek kullanımlık eldivenler giyilmeli, hasta değişiminde eldiven çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır. Hastanın kirli bir bölgesinden temiz bir bölgesine geçilecekse eldiven değiştirilip eller yıkanmalıdır.
2. Diyaliz istasyonunda bulunan gereçler mümkünse tek kullanımlık olmalıdır. Çok kullanımlı gereçler hastaya kullanılmadan önce temizlenip dezenfekte edilmelidir.
3. Multidoz ilaçlar diyaliz istasyonundan farklı temiz bir bölgede hazırlanmalı ve her hastaya ayrı dağıtılmalı, istasyondan istasyona taşınmamalı, tedavi ve bakım gereçleri her hasta için ayrı olmalı ve ortak araçlarla taşınmamalıdır.
4. İlaçların ve kullanılmamış malzemelerin konulması için temiz bir alan ayrılmalıdır. Temiz alan-kirli alan ayrımı net bir şekilde yapılmalıdır. Temiz alan; ilaçların hazırlandığı, saklandığı, diğer temiz malzemelerin bulunduğu alandır. Kirli alan; kullanılmış malzemelerin/cihazların, kan-idrar örneklerinin bulunduğu alan olmalı ve temiz alana kirli malzeme veya kan örneklerinin girişine izin verilmemelidir.
5. Diyaliz makinelerindeki basınç monitörlerinin kanla kontaminasyonunu engellemek için kullanılan eksternal venöz ve arteriyel basınç transduser filtre veya koruyucuları her hasta değişiminde yenilenmelidir. İnternal transduser filtrelerin rutin olarak hastalar arasında değiştirilmesi gerekmez.
6. Her hasta değişiminde diyaliz istasyonunda temizlik ve dezenfeksiyon yapılmalıdır. Sık dokunulan ve potansiyel olarak hasta kanlarıyla kontamine olan diyaliz makinesinin kontrol panelleri ve diğer yüzeyleri uygun olarak temizlenmelidir. Diyaliz istasyonundaki tüm sıvılar dökülmeli ve atık kutuları ile tüm yüzeyler temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
7. Hastane personelinin diyaliz başlaması ve bitişi, diyalizer temizliği gibi kan sıçrama olasılığı yüksek olan işlemlerde maske, önlük ve gözlük gibi koruyucu giysiler giymesi gerekir.
8. Hemodiyaliz ünitesine kabul edilecek hastalarda hepatit B,C ve HIV ile ilgili testler yapılmalı hepatit B'ye duyarlı hastalar aşılanmalı ve antikor yanıtı yönünden takip edilmelidir.
9. HBsAg pozitif hastanın odası, diyaliz makinesi, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır. Bu hastalara hizmet veren personel mümkünse ayrı olmalıdır. HCV ve HIV pozitif hastalar için böyle bir ayrıma gerek yoktur.
10. Diyaliz için kalıcı erişim yolu olarak santral venöz kateter yerine fistül veya greft tercih edilmelidir. geçici hemodiyaliz katateri üç haftadan uzun süre kullanılması bekleniyorsa manşetli kateterler tercih edilmelidir.
11. Hemodiyaliz ünitesinde hastalar ve su sistemi ile ilgili bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
12. Hemodiyaliz ünitelerinde görevli personel, hasta ve hasta bakımı ile ilgili tüm kişilere eğitim uygulanmalıdır ve yılda bir kez yenilenmelidir.
13. Tıbbi atıklar yönetmeliklere uygun olarak toplanmalı ve imha edilmelidir.

4. UYGULAMALAR

a. Su Sistemi

1. Hemodiyaliz ünitelerinde su sistemleriyle ilgili enfeksiyonların önlenmesi için bakteriyel kolonizasyon riski olan reçine ve filtrelerin uygun aralıklarla dezenfekte edilmesi ve gerektiğinde değiştirilmesi gerekir. Revers ozmoz membranlarının haftalık dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Su dağıtım sistemleri bakteriyel üremeye izin vermeyecek malzemelerden yapılmalı ve su akımında durgunluğa neden olabilecek kısımlar olmamalıdır.
2. Hemodiyaliz sularını üç ayda bir mikrobiyolojik, 6 ayda bir kimyasal incelemesi yapılmalıdır. Diyalizat ve diyalizer dezenfektanı hazırlamak, diyalizeri çalkalamak için kullanılan sudaki bakteri sayısı 200cfu/ml, endotoksin düzeyi ise 2 EU/mL'den az olmalıdır. Kullanılmış diyalizattaki bakteri sayısının 2000 cfu/ml'nin altında olması gerekir yüksek çıkarsa dezenfeksiyon işlemi tamamlanmalı ve değerler normal çıkana kadar hasta alınmamalıdır.
3. Diyalizerlerin yeniden kullanımları söz konusu olduğunda, önce diyalizer portları kapatılmalı ve tüpler klemplenmelidir. Daha sonra sızdırmaz kutular içinde yeniden işlem görecekları alana götürülmelidir.

b. Hemodiyaliz Kateteri

1. Hemodiyaliz kateterleri, acil durumlar dışında kan alma veya hemodiyaliz dışı işlemler için kullanılmamalıdır.
2. Kateter takıldıktan sonra ve her hemodiyaliz seansının sonunda hemodiyaliz kateterinin çıkış yerine povidon iyot içeren antiseptik krem kateter materyali ile etkileşim göstermezse sürülebilir.
3. Kateter manipülasyonları mümkün olduğu kadar kısıtlı tutulmalı ve uzman personel tarafından yapılmalıdır.

c. Hemodiyaliz Makinası

1. Her kullanım sonrasında hemodiyaliz makinasının iç dolaşımı dezenfekte edilmelidir. Önce asit içeren bir solüsyonla (sitrik asit asetik asit vb) ve mümkünse ısı dezenfeksiyonu, sonra çamaşır suyu, klor tablet, glutaldehit ve formaldehit içeren hazır solüsyonlarla (üretici firmanın önerisi) yapılmalıdır.

d. Diğer Uygulamalar

1. Personel hastaların tedavi gördüğü alanda yemek yememelidir.
2. Diyaliz istasyonundaki sandalye, yatak, masa, makina, vb. her hastadan sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
3. Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğine göre yatakların aralıkları 1.5 m'den fazla olmalıdır.
4. Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğine göre, personelin hepatit markerleri 6 ayda bir, hastaların 3 ayda bir tekrarlanmalıdır.

YOĞUN BAKIM ENFEKSİYON KONTROLÜ

Yoğun bakımdaki enfeksiyon kontrolü, hastane enfeksiyon komitesi ile birlikte takip edilir. Herhangi bir enfeksiyon varlığında, hastanemizde kullanılan özellikli hasta (izolasyon yöntemi) figürleri kullanılır ve gerekli izolasyon protokollerine uyulur. Hastaya uygulanacak antibiyotik tedavisi enfeksiyon hastalıkları uzmanı ile konsülte edilerek belirlenir.

Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspire edilir. Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır. Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır

Yoğun bakım servisinde yatan hastaların ateşi yükselme eğilimde ise , 37.8 C ve üzeri ise, Dr. istemine göre idrar kültürü ve kan kültürü alınarak ve bilgisayardan istemi yapılarak laboratuara gönderilir.

Genel yoğun bakımda 2 haftada bir gün rektal sürüntü alınır.

Tüm bu işlemler yapılırken **Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Ve Önlenmesi Prosedürüne** uygun davranılır.

Bölüm bazında kullanılacak Kişisel koruyucu ekipmanlar Kişisel koruyucu ekipman protokolünde belirtildiği gibi kullanılır. Bölüm bazında belirlenen kişisel koruyucu ekipmanların kontrolü sorumlu hemşiresi tarafından takip edilir. Kişisel koruyucu ekipmanlar çalışma alanlarında ulaşılabilir alanlarda bulundurulmalı ve her personel yerini bilmelidir. Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı konusunda sorumlu hemşiresi bölümde çalışanlara eğitim vermelidir.

Hastaların İzolasyonunun Sağlanması: Enfeksiyon kontrolüne yönelik uygulamalar İzolasyon önlemleri talimatına uygun yapılır. Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri hastanın ilk kabulünde değerlendirilir ve alınır. Yatak başında izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulundurulur.

Solunum İzolasyonunda Sarı Yaprak

Damlacık İzolasyonunda Mavi Çiçek

Temas İzolasyonunda Kırmızı Yıldız asılır

Sağlık Hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulundurulur. Her yatak başına el antiseptik solüsyonu konulur.

Hekim, hemşire, yardımcı personel el hijyeninde 5AN Kuralı, El Hijyeni Talimatı ve N1500 Normu'na uygun el yıkama ve el dezenfeksiyonu yapar.

Hasta bakımını yapan refakatçiler; el hijyeninde 5AN Kuralına, N1500 Normu'na uygun el yıkama ve el dezenfeksiyonu yapar.

Hastalar ve ziyaretçileri: N1500 Normuna uygun el yıkama yapar.

5 Endikasyon Kuralı Gözlem formu ile çalışanlar üzerinde haberli gözlem yapılır. Gözlemler sağlık çalışanlarının tamamını kapsar. Gözlem Enfeksiyon hemşireleri tarafından yapılır.

El antiseptik solüsyonlarının yeterli kullanılmadığı tespit edilen durumlarda iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.

Çalışanlara El hijyenini sağlamaya yönelik yılda en az 1 kez eğitim verilir.

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

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

2. KAPSAM Üniteye giren ve hastayla ilgilenen herkesi kapsar.

3. TANIMLAR Özel bir tanımı yoktur

4.SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve yürürlük Bu prosedür Başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları Yenidoğan Yoğun Bakım Çalışanları ve enfeksiyon kontrol komitesi bu prosedürün yürütülmesinden sorumludur.

5. PROSEDÜR:

5.1- YYBÜ hastane enfeksiyonları yönünde en riskli birimlerdir. Bu birimde görev alan personelin, yoğun bakım konusunda bilgili deneyimli olması esastır.

5.2- YYBÜ’nde en önemli ve en sık bulaş temas yolu ile olduğundan el hijyenine özen gösterilmeli ve El Hijyeni Ve Eldiven Kullanım Talimatı’na özenle uyulmalıdır.

5.3- İzolasyon önlemlerine uyulması ve bu konuda Enfeksiyon Kontrol Komitesi(EKK) ile işbirliği sağlanmalıdır.

5.4- İzolasyon gerektiren enfeksiyonlar saptandığında EKK haberdar edilmelidir ve İzolasyon Prosedürü’ne uygun olarak uygun izolasyon yöntemi seçilerek hareket edilmelidir.

5.5- Hekim tarafından antibiyotik tedavisi uygulanacak ise Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Antibiyotik Yönetim Talimatı’na uygun olarak tedavi düzenlenir.

5.6.YAPISAL ÖZELLİKLER

5.6.1- YYBÜ’nde her küvöz için ortalama 10-15 m2 alan sağlanmalı ve küvözler arası en az 1-2 metre boşluk bırakılmalı, 3-4 küvöz başına 1 lavabo olmalıdır. Lavaboda antiseptikli sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır

5.6.2- Her hasta başında alkol bazlı hızlı el antiseptiği kullanılmalıdır.

5.6.3- Ünite havalandırmasında en az %90 etkinliğe sahip filtre sistemi ile havalandırılmalıdır. Tercihen hava saatte en az on kez değişmeli, bu değişimlerin üçü dış hava kullanılarak yapılmalıdır.

5.6.4- Filtre etkinliği altı ayda bir partikül sayımı ile denetlenmeli. Filtre değişim ve ölçüm işlemlerinin yüklenici firma tarafından sağlanması teknik şartnameye konulmalıdır.

5.6.5- Çöp kovaları el değmeden açılıp kapanabilmelidir.

5.7.PERSONEL İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

5.7.1- Her çalışma sürecinde (nöbet,tatil dönemi...vs.) i küvöz için bir, diğer birimlerde üç- dört küvöz için bir hemşire sağlanmaya çalışılmalıdır.

5.7.2- YYBÜ’nde görev yapan tüm personelin kızamık, kızamıkçık,kabakulak, hepatit B , suçiçeği ve polio yönünde aşıli yada bu hastalıklara bağışık olması gereklidir.

5.7.3- Çalışanlar her yıl influenza aşısı ile aşılanmalıdır.

5.7.4- El veya kollarında eksüdatif cilt lezyonu olan sağlık çalışanları hastalarla ya da tıbbi bakım gereçleri ile temas etmemelidir.

5.7.5- Personelin bulaşabilir bir hastalığı olmamalıdır.

5.7.6- Personel servise girerken, çıkarken, hastadan hastaya geçerken ellerini uygun şekilde yıkamalıdır.

5.8.UYGULAMALAR

5.8.1- Sağlık çalışanlarının yaptıkları işlem öncesi ve sonrasında ellerinin uygun şekilde yıkanması ve ya alkol bazlı el. dezenfektanı ile dezenfekte edilmesi gerekmektedir.

5.8.2- Tırnaklar kısa olmalı, yapma tırnak, oje ve cila kullanılmamalı, yüzükler ve kola takılar takılmamalıdır.

5.8.3- İzolasyon gerektiren durumlar dışında üniteye girişte yada hastaların rutin bakım sürecinde özel önlük kullanılması önerilmez. Belirli bir kontaminasyon riski olan bakım uygulamalarında tek kullanımlık önlük giyilmesi ya da işlemten sonra değiştirilmesi önerilir.

5.8.4- Galoş uygulamasının enfeksiyon kontrolü yönünden bir yararı görülememiştir. Ancak temizlik yönünden bu uygulamaya devam edilebilir.

5.8.5- Enfeksiyon bulguları olan ziyaretçilerin üniteye girişi engellenmelidir. Üniteye alınan ziyaretçilerin ellerini yıkamaları konusunda bilgi ve talimat verilmelidir ve önlük , maske kullanmalıdır.

5.8.6- Ünite, HEKK hastane temizliği talimatına uyularak temizlenmelidir. Yüzey dezenfeksiyonu gereken durumlarda 1/100 oranında çamaşır suyu, kuarterner amonyum bileşikler, hidrojen peroksit uygulanabilir Fenolik bileşikler, bilirübinemi oluşturacağı için kullanılmamalıdır

5.8.7- Aspirasyon mayi, drenaj mayi ve idrar gibi vücut sıvıları ayrı bir odada, el yıkama amacıyla kullanılmayan lavaboya boşaltılmalıdır. Tek kullanımlık olmayan kaplar ve sistemin gider kısmı deterjanlı su ile temizlenip, 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.

5.8.8- Bebek bakım tepsileri, tartı vb. gibi deri ve mukoza teması olan ekipman her bebekten sonra 1/100 oranında çamaşır suyu ya da alkol ile dezenfekte edilmelidir. Tartı üzerine tek kullanımlık örtüler tercih edilebilir.

5.8.9- Küvözlerin temizliği ve dezenfeksiyonu: a. Küvözlerin içi ve dışı her gün temizlenmelidir. Görünür kirlenme olduğunda hemen temizlenmeli. b. Her küvöz için ayrı bir bez kullanılmalıdır. c. İşlem önce küvöz içinden dışa doğru, yukarıdan aşağıya doğru su ve deterjan ile silme ve ayrı bir bezle durulama şeklinde olmalıdır d. Bebek uzun süredir izleniyor ise küvözine en az haftada bir dezenfeksiyon işlemi uygulanmalıdır. 1000 gr dan küçük bebekler için beş günde birdir. Dezenfeksiyon işlemi esnasında bebek başka bir yere alınarak küvözler dezenfekte edilmelidir. e. Küvözün önce ayrılabilir bütün parçaları çıkarılmalı, fırçalanarak yıkanmalı ve deterjanla ovularak temizlenmelidir Daha sonra durulanmalı ve kurulanmalıdır. Küvözün tüm parçaları 1/100 çamaşır suyu,%70 isopropyl alkol veya hidrojen peroksit ile dezenfekte edilebilir.

f. Yüzeyler kuruduktan sonra, bebek küvöze alınmalıdır.

g. En yoğun kontamine olan bölgelerin küvöz kapakçıkları ve bu kapakçıkları saran yastıkçık ve kollar ,gün içinde en az iki kez dezenfektanla (tercihen %70 alkol) silinmelidir. h. Küvözlerin nemlendirici kapları , haftada bir ya da bebek değişiminde steril edilmeli, steril su ile doldurulmalıdır.

Kullanılmadığında bu kaplar dezenfekte edilerek kuru halde saklanmalıdır.

i. Küvöz dezenfeksiyonu dışında fan ve filtre sistemlerinin bakımı ve değişimi, üretici firma önerilerine göre yapılmalıdır.

5.8.10- Solunuma yardımcı cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu:

a- Ventilatörün iç temizlik, bakım ve dezenfeksiyon işlemleri üretici firma önerilerine göre yapılır.

b- Ventilatörün dış yüzeyleri, su ve deterjanla temizlenir ve 1/100 çamaşır suyu ile, (ekran,panel gibi hassas yüzeyler tercihen %70'lik alkol ile) dezenfekte edilir. c- Ventilatör devresi tek kullanımlık olmalıdır.(Ancak çok özel durumlarda yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanır.)

d- Kirlenme ve işlem bozukluğu olmadıkça devreler değiştirilmez.

e- Devre içinde oluşan suyun hastaya gitmemesi için boşaltılması ve bu arada çevreye bulaşmaması sağlanır. İşlem sırasında eldiven giyilir.

f- Nazal oksijen kateterleri ve maskeler görünür bir kontaminasyon olduğunda değiştirilir.

g- İlaç nebulizatörleri hastaya özel olmalıdır. Nebülizasyon maskesi aynı hasta için kullanım arasında yıkanmalı, %70'lik alkol ile temizlenerek kuru olarak saklanmalıdır.

h- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

i- Ambular kullanım sonrasında steril ya da yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanır.

j- Her hasta için ayrı aspiratör olmalıdır. Aspirasyon sondaları tek kullanımlık olmalıdır.

k- Aynı hastada kullanımı devam eden aspirasyon sıvısı günlük olarak boşaltılmalı kavanoz temizlenip dezenfekte edilmeli.

l- Laringoskop "blade" kısımları yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanarak kullanılır.

5.8.11.Bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili öneriler:

a- Bebeklere temas eden çamaşırların yıkanmasında bebeğin cildine zarar vermeyecek deterjanlar kullanılmalıdır.

b- Bebeklerin bezleri değiştirilince hemen ağzı kapalı tıbbi torbalarına konulmalı, bebek bez değişiminden önce eldiven giyilmeli, sonra hemen eldivenleri çıkararak ellerini yıkamalıdır.

c- Bebek cilt bakımında , sıcak su ve nötral PH' da bir sabun ile silme ,yeterlidir. Salgın durumunda dezenfektanlı banyo/silme EKK tarafından önerilen antiseptik ile yapılır.

d- Özellikle prematürelde flaster,oksijen problemleri cilde zarar verebilir. Antibiyotik içermeyen topikal pomad kullanılabilir.

e- Anne sütü alınırken ellerin antiseptikle yıkanması ve sütün steril bir kaba alınması gereklidir. Eğer pompa kullanılacaksa her uygulamadan sonra sıcak sabunlu su ile tüm pompa yapılarının yıkanması ve dezenfekte edilmesi önerilir.

f- Anne sütü antisepsiye  zen göstererek özel biberon içine alınmalı ve yenidoĒana verilmelidir. HIV(+), meme ucu HSV lezyonu olan ve meme apsesi olan, ayrıca süte geçen ve yenidoĒana zarar verebilecek ilaç kullanan annelerin sütleri yenidoĒana verilmemelidir.

g- Mamalar hazırlanıp kullanılacaksa; önce eller yıkanmalı, mama hazırlamada kullanılan tüm malzemeler 10 dakika kaynatılarak temiz bir yüzeyde kurutulmalıdır.

h- Mama hazırlamada kullanılacak içme suyu kaynatılıp ve 60 C'ye kadar soĒutulmalıdır.

i- Mama paketi açıldıktan sonra üretici firmanın  nerdiĒi süre içinde tüketilmelidir.

j- Mamalar nazogastrikten beslenen bebeklerde 4 saatlik olarak hazırlanmalıdır ve artık mama dökülmelidir.

k- Biberonların tercihen cam olması önerilmektedir. Plastik biberonlar üretici firma  nerileri ile veya deforme oldukça yenilenmelidir.

l- Plastik, cam biberonlar, emzik uçları önce temizlenmeli sonra kaynatılmalı ya da bulaşık makinesinde 65 C 'de yıkanmalı, 80 C 'de kurutulmalıdır. m- Nazogastrik yolla beslenen bebeklerde setler 24 saatte deĒistirilmelidir. Beslenme amaçlı kullanılan enjektörler 6 saatte deĒistirilmelidir.

5.8.12.- İnvaziv girişimler ve intravenöz tedavilerle ilgili ilkeler:

a- Umbilikal kateter steril koşullara uyularak takılır. Cilt antisepsisinde %10 povidon-iyot ve %70 lik alkol kullanılır. Umbilikal kateter fonksiyon g rd Ēi sürece maksimum ondört gün kullanılmalıdır. Umbilikal arter kateteri be  gün kalabilir.

b- Kateter takılması, kateter bakımı ve damar içi tedavilerinde asepsi kurallarına göre uygulanması.

c- Kateter pansumanı sırasında giriş yerinde akıntı, eritem , ısı artışı gibi enfeksiyon bulguları araştırılır.

Giriş yeri %10 povidon iyot ve %70 lik alkol ile silinerek steril gazlı bezi ile kapatılır.

d- Kateter rutin olarak deĒistirilmemelidir. Ancak kateter ilişkili bakteremi , damar yetersizliĒi veya tromboz belirtileri varsa kateter çıkarılmalıdır.

e- Lipid takılan setler 24 saatte bir deĒistirilmelidir.

f- ünitelerde yapılan tüm işlemler kayıt edilmelidir

İZOLASYON ODALARI ENFEKSİYON KONTROLÜ

1. Amaç:

Bu talimatın amacı; hastanemizde izolasyon uygulaması yapılan odaların temizliğinin ve enfeksiyon kontrolünün standart ve etkin biçimde yapılmasını sağlamaktır.

2. Kapsam:

Bu talimat izolasyon uygulaması yapılan hasta odalarının temizliğinin ve enfeksiyon kontrolünün yapılması faaliyetlerini kapsar.

3.Sorumlular:Enfeksiyon Kontrol Komitesi

4. Uygulama:

- 4.1. Temizlik personeli izolasyon uygulanan odanın temizliğine, kat hemşirelerinden gerekli bilgi ve talimatları aldıktan sonra başlar. Temizlik sıklığına hastanın hekimi karar verir.
- 4.2. İzolasyon uygulanan odanın temizliği, temizlik yapılan alanda en sona bırakılır.
- 4.3. **Hasta Odasının Temizlik Talimatında** tanımlanan basamaklara aynen uyulur.
- 4.4. Her türlü temizlik işlemi sırasında uygun eldiven giyilmeli, eldivenli ellerle kapı kolu, telefon, masa vb. yüzeylere temas edilmemelidir. İşlem bitiminde eldiven çıkarılıp tıbbi atık çöp kovasına atılmalı, eller **El Yıkama Talimatı** doğrultusunda yıkanmalı, aynı eldivenle odadan odaya veya kirli bir alandan temiz bir alana geçilmemelidir.
- 4.5. Bu odalar için kullanılan tüm malzemeler odaya özel olmalı, başka odalar için kullanılmamalıdır. Kullanılmak zorunda kalırsa, temizlik işlemi bittikten sonra kullanılan ekipmanlar 1000 ppm'lik çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- 4.6. Su ve deterjanla yapılan temizliğe ek olarak odada bulunan tüm yüzeyler (duvar hariç) günde en az bir kez ve gerektiğinde 500 ppm'lik klor solüsyonu ile silinmeli ve paspaslanmalıdır.
- 4.7. Odada bulunan kritik aletlerin (monitör, ventilatör , infüzyon pompaları, vb.) yüzeyleri de günde en az bir kez ve gerektiğinde cihaz için önerilen dezenfektan solüsyon ile silinir.
- 4.8. Bu alanda kullanılmış bezler ve moplar, kırmızı renkli tıbbi atık poşetine konularak yıkanması için kontratlı temizlik firmasına gönderilir. Firma, bu paspas ve temizlik bezlerini, önce 1000 ppm' lik çamaşır suyunda en az 10 dk. bekletir, daha sonra enfekte çamaşırlar için ayrılan makinede bunları yıkar ve kurutur.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi:

Hastanede yatan/ poliklinik takipli hastalara; Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar listesinde bulunan bir hastalık tanısı eklendiğinde, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu (Form 0-14) ekranına yönlendirilmektedir. Hekim tarafından bilgileri tamamlanan ve kayıt edilen formlar, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi tarafından otomatik olarak Karar Destek Sistemi (KDS)'ne ve buradan Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ) 'ne gönderilmektedir. Taburcu olan/ hesabı kapalı olan hastaların bilgileri sorumlu hekimi tarafından, manuel olarak Form 0-14'e doldurulur ve bu form istatistik birimine gönderilir.

İstatistik birimi tarafından, doldurulmuş olarak gelen Form 0-14'ler hastalık gruplarına göre ilgili kurumlara yönlendirilir.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklardan, Zoonotik Hastalıklar Grubunda (Sifiliz, Gonore vb) olan hastalıklara ait doldurulmuş Form 0-14'ler, istatistik birimi tarafından Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimi'ne gün içerisinde mail yoluyla, ay sonunda toplu halde posta yoluyla gönderilir.

HIV hastalarına ait D86A ve D86B formları mail yoluyla gönderilmez, gün içerisinde üst yazı yazılarak gizli bir şekilde Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimi'ne gönderilir.

İstatistik Birimi her gün, Grip ve Benzeri Hastalık Günlük Sendromik Sürveyans Formu ve Akut Barsak Enfeksiyonları Günlük Sürveyans Formu ile bu gruptaki hastalık tanılarını sayı olarak Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)'ne bildirir.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi Bulaşıcı Hastalık Bildirimi Sorumluları tarafından günlük olarak Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Sağlık-Net ekranı kontrol edilerek bilgilerinde eksiklik olan hastaların formlarının tamamlanması, yanlış tanılarının silinmesi sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi Bulaşıcı Hastalık Bildirimi Sorumluları tarafından günlük olarak Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ) kontrol edilerek, Vaka İnceleme Formu doldurulması gereken hastalık tanısı girilmiş hastaların bilgileri tamamlanarak hastaya ait süreç kapatılır

4. ANTİBİYOTİK KULLANIM KONTROLÜ VE ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİ REHBERİ

1.AMAÇ: Süruç Devlet Hastanesinde akılcı antibiyotik kullanımı ve antibiyotik profilaksisi sağlanması.

2. KAPSAM: Hastanemizde çalışan tüm hekimler.

3. KISALTMALAR:

GIS:Gastrointestinal system

INH:İzoniazid

MIC:Minimal inhibisyon konsantrasyonu

PAS:Paraaminosalisilat

CAP:Cerrahi antibiyotik profilaksisi

CP:Cerrahi profilaksi

CAİ:Cerrahi alan enfeksiyonları

ASA:American Society of Anaesthesiologists

BOS:Beyin omurilik sıvısı

PO:Per-oral

İV:İntravenöz

TMP/SMX:Trimetoprim-sulfometoksazol

GBS:Grup B streptokokal hastalıklar

GI:Gastrointestinal

GÜ:Genitoüriner

NCCLS: National Committee for Clinical Laboratory Standards

ESBL:Geniş spektrumlu beta laktamaz

4. TANIMLAR:

5.SORUMLULAR: Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim yardımcıları, Enfeksiyon kontrol komitesi.

6. FAALİYET AKIŞI:

Enfeksiyon hastalıkları günümüzde halk sağlığı açısından önemini devam ettiren, erken tanı konulduğunda akılcı bir seçimle uygulanan antimikrobik tedaviyle başarının sağlandığı bir alandır. Bununla birlikte gerek toplumda gerekse hastanede kazanılan enfeksiyon hastalıkları akılcı olmayan antimikrobik tedavilerin kullanılması sonucu tedavi edilememekte, sonuçta hasta kaybedilmektedir. Bunun yanında bir viral enfeksiyonda antibiyotik kullanımı gibi akılcı olmayan yaklaşımlar sonunda mikroorganizmalar antimikrobiklere direnç kazanmakta ve gereksiz harcamalar yapılmaktadır. Akılcı bir şekilde uygulanan uygun antimikrobik tedavi; sağ kalım, komplikasyon ve kronikleşmenin önlenmesi, hastalık şiddet ve süresinin kısaltılması açısından önemlidir.

Hekimlik pratiginde enfeksiyon hastalıkları tedavisine bilinçli yaklaşım hasta yaşamı, antibiyotik direnci ve farmakoekonomi noktasından önem taşımaktadır.

Antibiyotikler

- Reçetelerin % 3- 25'ini
- İlaç harcamalarının % 6- 21'ini
- Hastane harcamalarının yaklaşık % 50' sini oluşturmaktadır.

İdeal antibiyotik kullanımı için

- Doğru antibiyotik seçilmelidir
- En uygun yoldan verilmelidir
- Etkin dozda verilmelidir
- Optimum aralıklarla verilmelidir
- Uygun süreyle verilmelidir

- Doğru tanı sonrası başlanmalıdır

Doğru antibiyotik kullanımı için

- Mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış bir enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır
- Kaçınılmaz- gelişmiş veya muhtemel gelişecek bir enfeksiyon olasılığı araştırılmalıdır
- Korunma yapılabilecek bir enfeksiyonun gelişmesi olasılığı değerlendirilmelidir

Uygun antibiyotik kullanımının yararları

- Hem nazokomiyal hem de endojen florada direnç gelişiminin önlenmesi
- Hasta bakımının iyileştirilmesi (En iyi etkinlik / En az toksisite)
- Birden çok seçenek varsa; ucuz ve farmakodinamik olarak en etkin olanın seçilmesi

Antibiyotikler hangi durumlarda kötü kullanılır?

- Tanı açısından gerekli değerlendirme yapılmadan antibiyotik kullanılması
- Enfeksiyon olmaksızın antibiyotik kullanılması
- Seçilen antibiyotiğin yanlış olması
- Antibiyotik dozunun yetersiz veya aşırı olması
- Doz aralıklarının uygunsuz olması
- Aynı etkinlikte daha ucuz antibiyotik varken, pahalı antibiyotiğin seçilmesi
- Etkinliği bilinen bir antibiyotik yerine, pahalı ve yeni olan bir antibiyotiğin seçilmesi
- Endikasyonu olmadığı halde, aynı anda ikiden fazla antibiyotiğin kullanılması
- Kültür sonucuna uygun olmayan antibiyotik kullanımı
- 24- 48 saatten uzun süren profilaksi
- Gereksiz profilaksi

Hastanelerde yoğun ve aşırı antibiyotik kullanımının önemli sonuçları

- Dirençli mikroorganizmaların seçilerek hastane florasına hakim olması
- Dirençli mikroorganizmalara bağlı enfeksiyonlarda artış
- Mortalite ve morbiditede artış
- Tedavi maliyetinde artış

Akılcı Antibiyotik Kullanım İlkeleri

- Tedavi

Kanıtlanmış enfeksiyon varlığı

Ampirik tedavi

- Profilaksi

Cerrahi profilaksi

Medikal profilaksi

Antibiyotik tedavisinin gerekçelerinin saptanması

Bakteriyel bir enfeksiyonun varlığının gösterilmesi

Ampirik antibiyotik tedavisi

Profilaktik antibiyotik kullanımı

- Tedavi öncesi uygun örnek alınması ve incelenmesi

- Hangi antibiyotiğin seçileceği ve bu seçimi etkileyen faktörler

- Kombine antibiyotik tedavisinin gerekli olup olmadığının belirlenmesi

Polimikrobiyal enfeksiyonlar

Kaynağı bilinmeyen sepsis, vb

- antimikrobiyal tedaviye yanıtın izlenmesi ve gerektiğinde uygun değişiklik yapılması

Antibiyotik seçimini etkileyen faktörler

-Enfeksiyona ait özellikler

Etken

Enfeksiyonun yeri ve özellikleri

- Hastaya ait özellikler

Yaş

Alerji öyküsü

Altta yatan hastalık (karaciğer, böbrek yetmezliği)

Gebelik

Daha önce ve halen almaya devam ettiği antibiyotikler

Kullandığı diğer ilaçlar (teofilin, fenitoin, warfarin, vb)

Genetik veya metabolik anormallikler

- Antibiyotiğe ait özellikler

Etki spektrumu

Etki mekanizması

Farmakolojik özellikleri: Farmakodinamik

Farmakokinetik

Tedavi dozu ve doz aralığı

Veriliş yolu ve süresi

İlaç etkileşimleri

Yan etkiler

Maliyet

ANTİBİYOTİKLERİN ATILIM YOLLARI

KARACİĞER

BÖBREK

Sefaperazon	Aminoglikozid
Kloramfenikol	Sefalosporin
Klindamisin	Penisilin
Doksisiklin	Kinolon
Eritromisin	Aztreonam
Metronidazol	İmipenem
Rifampisin	Vankomisin
Sulfametoksazol	Trimetoprim

ANTİBİYOTİKLERİN YAN ETKİLERİ

* Betalaktamlar

-Aşırı duyarlılık, GİS intoleransı, ishal

* Makrolid

- GİS intoleransı, ishal

* Tetrasiklin

-Diş ve kemikte renk değişikliği, fototoksiste

* Kinolon

- 17 yaş altı kullanımı yok

- GİS intoleransı

* Kloramfenikol

- Aplastik anemi

* Aminoglikozid

- Nefrotoksiste, ototoksiste

* Klindamisin

- İshal, psödomembranöz enterokolit

* Kotrimoksazol

- Aşırı duyarlılık

HAMİLELİKTE ANTİBİYOTİK KULLANIM

ENDİKE	KONTRENDİKE
* Penisilinler	* Aminoglikozid
* Sefalosporinler	* Kinolon
* Eritromisin	* Tetrasiklin
* Rifampisin	* İmidazol
* INH	* Griseofulvin
* Amantadin	* Gansiklovir
* Primetamin	

ANTİBİYOTİKLERİN ETKİSİ

BAKTERİSİD	BAKTERİOSTATİK
* Penisilin	* Sülfonamid
* Aminopenisilin	* Kloramfenikol
* Sefalosporin	* Tetrasiklin
* Aminoglikozid	* Makrolid
* Glikopeptid	* Klindamisin
* Kinolon	* Metronidazol
* Amfoterisin	

ANTİBİYOTİK DOZUNUN AYARLANMASI

ZAMANA BAĞLI	KONSANTRASYONA BAĞLI
* Penisilinler	* Aminoglikozidler
* Sefalosporinler	* Florokinolonlar
* Karbapenem	* Azitromisin
* Monobaktam	* Tetrasiklinler
* Makrolidler	* Vankomisin
* Klindamisin	* Ketolidler
* Oksazolidinler	* Streptograminler
T > MIC	T maks > MIC, AUC / MIC

ANTİBİYOTİKLERİN DİĞER İLAÇLARLA ETKİLEŞİMİ

- * Tetrasiklin : Mg, Ca, Fe
- * Kinolon : Antiasid, antihistaminik
- * Makrolid : Benzodiazepim, digoksin
- * Rifampisin : Oral kontraseptif, antikoagülan, barbiturat

BÖBREK YETMEZLİĞİ VE KARACİĞER HASTALIKLARINDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI

BÖBREK YETMEZLİĞİ

KARACİĞER YETMEZLİĞİ

Güvenle kullanılabilir	Ciddi bozukluklarda doz	Mutlaka dozu azaltılır	Kontrendike	Dikkatli kullanılır	Doz ölçümü ile
Eritromisin	Penisilin-G	Karbenisilin	Tetrasiklin	Eritromisin	Ampisilin
Klindamisin	Amoksisilin	Tikarsilin	Nitrofurantoin	Kloromfenikol	Nafsilin
Kloramfenikol	Ampisilin	Sefazolin	Sefazolin	Ketokonazol	
Sefaperazon	Motisilin	Moksolaktam	Uzun etkili	Mikonazol	
Oksasilin	Sefalotin	Streptomisin	PAS	Pirazimid	
Dikloksasin	Sefoksitin	Kanamisin		Fusidik asit	
Nafsilin	Sefolatin	Gentamisin		Tetrasiklinler	
Rifampisin	Seftizoksım	Amikasin		Rifampisin	
Sefaklor	Piperasilin	Netilmisin		Sefaperazon	
Seftriakson	İzoniazid	Vankomisin		Sefamandol	
Metranidazol	Etambutol	İmipenem		Sefotetan	
	Kotrimoksazol			Moksolaktam	
	Sefotetan			İzoniazid	
	Seftazidim			Pirazinid	
	Sefuroksim				
	Mezlosilin				

	Siprofloksasin				
	Norfloksasin				

CERRAHİ ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ

Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik uygulaması çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Cerrahi öncesinde yapılan antibiyotik profilaksisinin gerekliliği ve faydası konusunda bir tereddüt yoktur. Günümüzde cerrahi antibiyotik profilaksisinin (CAP) endike olduğu alanlar büyük oranda belirlenmiş durumdadır. Ancak CAP uygulamaları halen çok tartışılan ve gelecekte de tartışılmaya devam edilecek konular olarak görülmektedir. Bunun nedeni çok farklı CAP uygulamasının çok farklı alanlarda yapılabilmesi ve bugüne kadar olan bilgi birikiminin farklı otoriteler tarafından değişik şekillerde yorumlanabilmesidir.

Cerrahi profilaksi uygulamaları ülkemizde de standardize edilmiş değildir. Genel olarak operasyonu yapan cerrahın profilaksi yapma yetkisi/sorumluluğu olduğu kabul edilmiş gibidir. Bu nedenle CAP uygulaması cerrahi girişimin bir parçası olarak algılanmaktadır. Ancak son yıllarda bu yaklaşım yerini multidisipliner bir uygulamaya bırakmaktadır. Özellikle antibiyotik kullanımına getirilen kısıtlamalar ve modern tıptaki gelişmeler sonucu ortaya çıkan çok yoğun veri birikimi konuyu daha bilimsel bir platforma taşımıştır. Cerrahi girişimlerin sorumluluğunun tek başına cerraha yüklenmesi doğru bir yaklaşım değildir. Özellikle cerrahi sonrası gelişen enfeksiyonlarda cerrah tarafından kontrol edilemeyen faktörlerin önemi inkar edilemez. Hastane şartları ve çalışanların eğitimi, hastanın taşıdığı risk faktörleri ve operasyon sonrası bakım gibi değişkenler enfeksiyon gelişmesi üzerinde oldukça etkilidir.

“Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi” konak savunmasının etkilenmeyeceği düzeyde olmak koşuluyla, intraoperatif kontaminasyondaki mikrobiyal yükü azaltmak için uygun zamanda, uygun bir antibiyotiğin, yeterli dozlarda kullanımı ile alınan bir önlemdir.

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

Cerrahi profilaksi temiz-kontamine ve bazı özel durumlarda (protez ve/veya immünsüpresyon) temiz cerrahi girişimlerde önerilir. Kontamine ve kirli cerrahi girişimlerde antibiyotik kullanımı tedavi amaçlıdır.

1. ENDİKASYON: Profilaktik antibiyotik kullanımı klinik çalışmalarla postoperatif enfeksiyon riskini azalttığı gösterilen cerrahi girişimler için önerilir. Cerrahi profilaksi uygulanmasına bilimsel kanıt düzeyi yeterli çalışma sonuçları dikkate alınarak karar verilmelidir (Tablo 3). Profilakside hem yara sınıflandırması hem de hastaya ait risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır (Tablo 1, 2). Yara sınıflandırmasına göre:

- Cerrahi profilaksi (CP) Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAİ) riskinin %20’den az olduğu girişimlerde önerilir (Tablo 1)
- Temiz ameliyatlarda CP genellikle önerilmez

a.Oluşacak enfeksiyon hayati öneme sahipse önerilir

b.Yabancı cisim içeren (vasküler, kardiyak, ortopedik protezler, greftler vb.) temiz ameliyatlarda ile göğüs cerrahisi, median sternotomi, aort ve alt ekstremiteleri içeren vasküler cerrahi ve kraniyotomide profilaksi gereklidir

- Kirli ameliyatlarda profilaksi değil tedavi gereklidir

Tablo 1. Cerrahi yara sınıflandırması

Yara Sınıflaması	Yara Tanımı	Enfeksiyon riski (%)
Temiz	Elektif yapılan travmatik olmayan ameliyatlardır. İnflamasyon bulunmaz. Solunum, sindirim ve genitoüriner sisteme ait bir girişim içermez. Ameliyat tekniğinde hata yoktur	<2
Temiz/ kontamine	Acil girişim ya da solunum, sindirim ve genitoüriner sisteme girişim yapılmıştır. Önemli bir kontaminasyon yoktur. Ameliyat tekniğinde minör hatalar olabilir	< 10
Kontamine	Gastrointestinal kanaldan, ya da infekte genitoüriner kanaldan önemli kontaminasyon vardır. Akut, pürülan olmayan inflamasyon bulunur.Cerrahi teknikte önemli hatalar vardır. 4 saatten eski olmayan penetran travma ya da kronik açık yara vardır.	~ % 20
Kirli / Enfekte	Solunum, gastrointestinal ve genitoüriner perforasyon ya da 4 saatten eski travmatik yara vardır. Pürülan akıntı saptanır	~ % 40

Tablo 2. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anaesthesiologists- ASA) hasta değerlendirme sınıflaması

ASA skoru	<i>Operasyon Öncesi Fizyolojik Durum</i>
1	Sağlıklı
2	Hafif sistemik bulgular
3	Aktiviteyi sınırlayan ciddi sistemik hastalık
4	Devamlı yaşamsal tehdit oluşturan hastalık
5	Operasyon yapılsa da yapılmasa da 24 saat içinde ölmesi beklenen hastalar

ASA skorunun >2 olması ve operasyon süresinin uzun olması postoperatif cerrahi alan enfeksiyonunu belirleyen iki önemli risk faktörüdür .

Tablo 3. Bilimsel Kanıt Düzeyleri

- Ia** Randomize kontrollü çalışmaların meta analizi
- Ib** En az bir randomize kontrollü çalışma
- Ila** En az bir iyi planlanmış randomize olmayan, kontrollü çalışma

IIb En az bir başka yapıda iyi planlanmış deneysel çalışma

III İyi planlanmış, deneysel olmayan tanımlayıcı çalışma (karşılaştırmalı çalışmalar,korelasyon çalışmaları,olgu)

IV Uzman komite raporları ve otörlerin klinik deneyimleri

Tablo 5. Bilimsel Kanıt Düzeylerine Göre Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Önerileri

Operasyon türü	Antibiyotik Profilaksisi Önerisi	Kanıt Düzeyi
Kardiyotorasik cerrahi		
Pacemaker uygulanması	Önerilir	Ia
Açık kalp cerrahisi Koroner arter bypass, protez Kapak operasyonları	Önerilir	IIb
Pulmoner rezeksiyon	Önerilir	Ib
Kulak, burun, boğaz cerrahisi		
Baş boyun cerrahisi , Kontamine, temiz kontamine	Önerilir	Ia
Baş boyun cerrahisi, Temiz	Önerilmez	IV
Kulak cerrahisi , Temiz	Önerilmez	IV
Burun ve sinüs cerrahisi	Önerilmez	Ib
Tonsillektomi	Önerilmez	IV
Genel Cerrahi		
Kolorektal cerrahi	Mutlaka önerilir	Ia
Apendektomi	Önerilir	Ib
Açık safra cerrahisi	Önerilir	Ia
Meme cerrahisi	Önerilir	IV
Endoskopik gastrostomi	Önerilir	Ib
Gastroduodenal cerrahi	Önerilir	Ib

Özofagus cerrahisi	Önerilir	IV
İnce barsak cerrahisi	Önerilir	IV
Laparoskopik ve açık herni operasyonları (greft konulan)	Önerilir	IV
Laparoskopik ve açık herni operasyonları (greft konulmayan)	Önerilmez	Ib
Laparoskopik kolesistektomi	Önerilmez	IIb
Nöroşirürji		
Kraniotomi	Önerilir	Ia
BOS şant operasyonu	Önerilir	Ia
Göz cerrahisi		
Katarakt cerrahisi	Önerilir	IV
Ortopedi		
Total kalça replasmanı	Mutlaka önerilir	Ib
Total diz eklemi replasmanı	Mutlaka önerilir	IIb
Kapalı kırık fiksasyonu	Önerilir	Ia
Kalça kırığı tamiri	Önerilir	Ib
Spinal cerrahi	Önerilir	Ib
Protez takılan ortopedik operasyonlar	Önerilir	IV
Protez içermeyen diğer elektif operasyonlar	Önerilmez	IV
Üroloji		
Transrektal prostat biyopsisi	Önerilir	Ib
Litotripsi	Önerilir	Ia
Transuretral prostat rezeksiyonu	Önerilir	Ib
Transuretral mesane tümörü rezeksiyonu	Önerilmez	IV

Damar cerrahisi

Alt ekstremité amputasyonu
,abdominal ve alt ekstremité damar
cerrahisi

Önerilir

lb

Tablo 6. Ameliyatın tipine göre cerrahi profilaksi önerisi

CERRAHİ TİPİ	ÖNERİLEN PROFİLAKSİ	ETKENLER	AÇIKLAMALAR
BAŞ-BOYUN CERRAHİSİ Oral, faringeal mukozaları kapsayan ameliyatlarda profilaksi önerilir. Kontamine olmayan baş ve boyun cerrahisinde gerekmez. Tonsillektomi, adenoidektomi, rinoplasti için profilaksi önerilmez. Kulak cerrahisinde profilaksi önerilmemekle birlikte, hekim tarafından gerekli görüldüğünde uygulanabilir. Temiz –enstrüman konulan	Sefazolin (1-2 g iv) tek doz + Metronidazol 500 mg (veya Ornidazol 500 mg IV) veya Klindamisin (600-900 mg, i.v), tek doz +/- Gentamisin (1.5 mg/kg, iv), tek doz Sefazolin (1-2 gr iv) veya Sefuroksim (1.5 gr iv) veya Klindamisin (600 mg iv) Sefazolin 20-30 mg/kg	- <i>S. aureus</i> , -Viridans streptokoklar - Orofarengial anaeroblar (peptostreptokok ve fusobakteriler)	Tek doz profilaksi yeterlidir Profilaksi süresi 24 saati aşmamalıdır Profilaksiye rağmen kontamine cerrahide infeksiyon oranları yüksektir
OFTALMİK CERRAHİ Katarakt Ekstrasyonu	Gentamisin (% 0.3 sol.), veya tobramisin (% 0.3 sol.) işlem öncesinde 1-2 damla topikal olarak uygulanır ve neomisin-gramisidin- polimiksin B ± sefazolin veya tobramisin 100 mg (20 mg) subkonjonktival Ampisilin /sulbaktam veya Siprofloksasin 200 mg+	- <i>Staphylococcus</i> spp. -Pseudomonas türleri dahil gram negatif mikroorganizmalar	

Penetran Oküler Yaralanmalar	Klindamisin 600 mg		
BEYİN CERRAHİ Temiz ve implant içermeyen Kraniotomi Temiz, kontamine (sinüslerden geçiliyorsa, transsfenoidal, transorofarengial) BOS Şantı	Sefazolin (1-2 g IV) tek doz veya Vankomisin (1 g IV) tek doz Klindamisin (900 mg IV) tek doz veya Amok/Klav 1.2 g, IV veya Sefuroksim 1.5 g + Metronidazol 500 mg i.V. Sefazolin (1-2 g IV) tek doz veya Vankomisin 1 g tek doz veya Vankomisin (10 mg) + gentamisin (3 mg) fizyolojik su ile sulandırılarak intraventriküler veya TMP/SMZ 160/800 mg iv	- <i>S. aureus</i> - <i>Koagülaz negatif stafilokoklar</i>	Operasyon 3 saatten uzun sürecekse, 8 saat içinde aynı doz tekrarlanır Spinal cerrahide genel olarak profilaksi önerilmez. Ancak füzyon, yabancı madde yerleştirilmesi ya da uzun süren girişimlerde yararı kanıtlanmamış olmakla birlikte profilaksi (sefazolin veya klindamisin ile) kullananlar da vardır
KARDİYOYASKÜLER CERRAHİ Aşağıdaki durumlarda kullanılır : - Kardiyak cerrahi - Abdominal aorta rekonstrüksiyonu - Kasık insizyonu içeren bacak operasyonları - Prostetik yabancı cisim konulan vasküler girişimler - İskemi nedeniyle alt ekstremitte amputasyonu	Sefazolin (1-2 g, IV), tek doz (veya 3x1 g 1-2 gün) veya Sefalotin (2.0 g) tek doz (veya 4-6 saatte bir 2.0 g, 1-2 gün) veya Sefuroksim (1.5 g, IV)., tek doz (veya 2x1 1.5 gm, 1-2 gün) veya Vankomisin (1.0 g, IV), tek doz veya 12 saatte bir 1g 1-2 gün. Nazal <i>S.aureus</i> taşıyıcılığı olan hastalara	- <i>S. aureus</i> , - <i>Koagülaz negatif stafilokoklar</i> - <i>Gram negatif basiller</i>	Kardiyak kateterizasyon için profilaksi önerilmez.Kardioto rasik Cerrahide profilaksi 72 saate kadar uzatılabilir (Uzman önerisi). Drenlerin çekilmesine kadar sürdürülmemelidir. Bypass biterken 2. doz antibiyotik uygulanır. MRSA sıklığı ↑ ise Vankomisin önerilir. Kasık insizyonlarında,

- Kalıcı pacemaker takılması	operasyondan önceki geceden başlanarak nazal mupirosin 5 gün kullanılır		Sefuroksim eklenir.
TORASİK CERRAHİ Torasik cerrahi Lobektomi, pnomektomi	Sefazolin (1.0 g, İV), tek doz Sefuroksim (1,5 g iv) 12 saatte bir		Toraks cerrahisinde standart profilaksi önerisi mevcut değildir. Ancak lobektomi, pnömonektomi, wedge rezeksiyonu, toraks travması, özefagus cerrahisi, mediastinoskopi, torasik outlet sendromu, göğüs tüpü takılması ve median sternotomi yapılan tüm diğer girişimlerde genel eğilim profilaksi uygulanması yönündedir.
MİDE VE BİLİYER SİSTEM CERRAHİSİ (Gastroduodenal, Perkütan endoskopik gastrostomi ve laporoskopik kolesistektomi dahil) Yalnız yüksek riskte yapılır	Sefazolin (1-2 g İV) veya Sefoksitin veya Seftizoksım veya sefotetan veya Sefuroksim (1.5 g, iv). tek doz (Bazı otörler 12 saatte bir 2-3 ilave doz önermektedir).	Gram negatif basiller, streptokoklar, orofarengiyal anaeroblar	<u>Gastroduodenal Yüksek Risk:</u> Aklorhidrili, gastrik motilitesi azalmış, morbide obes, kanseri veya mide kanaması geçiren hastalar <u>Biliyer Yüksek Risk:</u> Obesite, >70 yaş, diabet, non fonksiyone safra kesesi (akut kolesistit epizodu, kolelitiazis), tıkanma sarılığı, kanal taşları olan hastalar
ERCP			Yeterli drenaj

Obstrüksiyon olmadıkça profilaksi gereksiz.	Siprofloksasin (500-750 mg PO) işlemden 2 sa önce. Seftizoksım 1.5 g IV işlemden 1 sa önce veya Piperasilin/tazobactam (4.5 g, IV) işlemden 1 sa önce.	Gram negatif basiller, anaeroblar	kolanjit ve sepsisi önleyebilir. Randomize çalışmalarda profilaktik antibiyotiğin ek katkı sağlamadığını gösterenler vardır. Antibiyotikler bakteriyemiye azaltmakla birlikte sepsis ve kolanjiyoliti önleyememiştir.
KOLOREKTAL CERRAHİ (APPEKDEKTOMİ DAHİL)			
Elektif cerrahi	Cerrahiden önceki gün sulu diyet ve oral polietilen glikol ile barsak temizliği ile birlikte: ORAL: Neomisin sülfat 1g PO + eritromisin baz 1 g PO (Cerrahiden 19-18-9 saat önce) veya Metronidazol+Eritromisin PO girişimden 30 dakika – 4 saat önce (Cerrahiden 19-18-9 saat önce) PARENTERAL: Sefazolin 1-2 g İV + Metronidazol 500 mg IV (veya ornidazol 500mg IV) veya Sefoksitin 1-2g IV veya Sefotetan 1-2 g IV veya	Gram negatif basiller, anaeroblar	Peritonit gelişmişse; Gram (-) aerop ve anaeroplari içeren antibakteriyel tedavi başlanır. Ör.: Seftriakson+Metro nidazol.
Acil cerrahi	Sefazolin 1-2 g, İV + Metronidazol 0.5 g, İV tekdoz veya Sefoksitin 1-2 g, İV		
Rüptüre organ	Sefoksitin 3x1, İV 5 gün veya		

	Seftriakson 2x1 g IV + Metronidazol 3x0.5 g İV 5gün		
ÜROLOJİK GİRİŞİMLER İdrarı steril hastalarda antimikrobiyal profilaksi tavsiye edilmez. Preop. bakteriüri saptananlar ise önce tedavi edilmelidir.	Preoperatif bakteriüri saptananlarda işlemden 2 saat önce Oral: Trimetoprim/ sulfometoksazol veya Siprofloksasin 500 mg PO veya lomefloksasin 400 mg PO, sonra katater çıkarılana kadar veya 10 gün süre ile (oral Nitrofurantoin veya TMP/SMX) verilir. Parenteral: Sefazolin 1.0 g, İ.V. 3x1, 1-3 doz ya da siprofloksasin 400 mg IV verilir	Gram negatif basiller	
Transrektal prostat biyopsisi	Siprofloksasin 500 mg veya Aminoglikozid 500 mg + Metronidazol 500 mg yada klindamisin veya 2./3. kuşak sefalosporin Biyopsiden 12 saat önce ve sonra birer doz verilir	Barsak florası (Gram negatif basiller, anaeroblar)	<24 saat
Transuretral veya transvezikal prostatektomi	Siprofloksasin 400 mg iv veya 1. ve 2. kuşak sefalosporin (sefazolin 1 g ya da sefuroksim 1.5 g) veya trimetoprim sulfometoksazol veya Gentamisin 80 mg iv	Gram negatif basiller	<24 saat

	+ Ampisilin 1 gr iv veya amoksisilin /klavulanik asit		
Nefrektomi, nefrolitiazis	1. ve 2. kuşak sefalosporin (sefazolin 1 g ya da sefuroksim 1.5 g) Aminoglikozid 500 mg+ metronidazol 500 mg ya da klindamisin 600 mg i.v	Cilt ve genitoüriner yol florası	
ORTOPEDİK CERRAHİ			
Kalça artroplastisi, spinal füzyon	Sefazolin (1-2 g, İV), tek doz (veya 3x1 g 1-2 gün) veya Sefalotin (2.0 g) tek doz (veya 4-6 saatte bir 2.0 g, 1-2 gün) veya Sefuroksim (1.5 g, IV)., tek doz (veya 2x1 1.5 gm, 1-2 gün) veya Vankomisin (1.0 g, İV), tek doz veya 12 saatte bir 1g 1-2 gün. Nazal <i>S.aureus</i> taşıyıcılığı olan hastalara operasyondan önceki geceden başlanarak nazal mupirosin 5 gün kullanılır	- <i>S. aureus</i> , - <i>Koagülaz negatif stafilokoklar</i> - <i>Gram negatif basiller</i>	Hemovak çıkarılınca profilaksi sonlandırılır.
Total eklem replasmanı (kalça hariç)	Ameliyathaneye alınca sefazolin 1-2 g IV veya vankomisin 1.0 g, İ.V., sonra 2x1 g/gün İ.V. (veya 4X500 mg), 2 gün	- <i>S.aureus</i> , - <i>koagülaz negatif stafilokoklar</i>	Hastanemizde MRSA oranı %29 olduğu için glikopeptid önerilmez
Kapalı kırıkta açık redüksiyon+ internal fiksasyon	Seftriakson 2 g, İ.V. veya İ.M.	<i>Stafilokoklar</i> , <i>streptokoklar</i> - <i>gram negatif basiller</i>	

MEME CERRAHİSİ	Sefazolin 1-2 g, İV, tek doz , Sefoksitin 1-2 g, İV, tek doz , Sefuroksim 1.5 g, İV, tek doz, Sefotetan 1.5 g, İV, tek doz		
TRAVMATİK YARA (ISIRIK YARALARI HARIÇ)	Sefazolin 1.0 g, İ.V., veya Seftriakson 2.0 g, İ.V.,		
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ			Mevcut klinik çalışmalar çerçevesinde, bu alandaki çoğu girişim için profilaksi önerilmemektedir. Eğer hekim tarafından kullanılması gerekli görülüyor ise, genel ilkeler dikkate alınmalıdır.
TRANSPLANTASYON CERRAHİSİ Kalp transplantasyonu Akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonu Karaciğer transplantasyonu Pankreas ve pankreas, böbrek transplantasyonu Böbrek transplantasyonu	Sefazolin 1g IV insizyondan 30 dakika önce, 8 saatte bir ek doz 48-72 saat süre Sefazolin 1g IV insizyondan 30 dakika önce, 8 saatte bir ek doz 48-72 saat süre Sefotaksim 1 g + Ampisilin 1 g anestezi indüksiyonu ile birlikte IV, 6 saatte bir aynı uygulama, 48 saat	<i>Staphylococcus aureus</i> , koagulaz negatif stafilokok <i>Staphylococcus aureus</i> , koagulaz negatif stafilokok Gram negatifler, Enterokok, stafilo kok, nadiren <i>P.aeruginosa</i>	

	süre		
	Sefazolin 1 g IV, anestezi ile birlikte verilir, üç satten uzun operasyonlarda ek doz	Gram negatif basiller (<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> vb), stafilokoklar	
	Sefazolin 1 g IV, anestezi ile birlikte, üç satten uzun operasyonlarda ek doz	Enterik gram negatif basil	

2. ANTİBİYOTİĞİN VERİLME ZAMANI: İnsizyon sırasında ve dokuların mikroorganizmalarla potansiyel kontaminasyon süresi boyunca antibiyotiğin dokuda bulunması istenir. Amaç, bakteriyel floranın azaltılması ve konağın normal savunma mekanizmalarının karşı koyabileceği düzeye getirilmesidir. Maksimum etkinlik elde edilebilmesi için cilt insizyonu yapıldığı andan itibaren kanda ve dokularda yeterli ilaç konsantrasyonuna ulaşılmış olmalı ve bu düzey ameliyat süresince sürmelidir:

- İnsizyondan önceki 30 dakikalık süre içinde tercihen anestezi indüksiyonu ile birlikte uygulanmalıdır.
- Sezaryen operasyonunda antibiyotik göbek bağı klemplendikten hemen sonra verilir.

3. DOZ TEKRARI: Ameliyat esnasında doz tekrarı gereken durumlar:

- Majör kanama (>1500 ml) varsa
- Sıvı replasmanı >15 ml/kg yapılıyorsa
- Ameliyat süresi, kullanılan antibiyotiğin yarı ömrünün iki katından daha uzun ise (Sefazolin için 4 saatten uzun süren operasyonlarda doz tekrarı gerekir.)

4. SÜRE: Antibiyotiklerin profilaktik olarak kullanım süreleri sınırlıdır. Birçok cerrahi girişimde, antibiyotiklerin postoperatif dönemde vermeye devam edilmesinin gerekli olmadığı, süperinfeksiyona neden olduğu ve antimikrobiyal direnç gelişimini artırdığı bilinmektedir. Cerrahi profilaksi:

- İnsizyon kapatılıncaya kadar sürdürülmelidir
- **Postoperatif dönemde sürdürülmemelidir**
- Tek doz profilaksi yeterlidir, 24 saati geçmemelidir
- Drenler çekilinceye kadar sürdürülmesi yanlıştır. Kardiyotorasik cerrahide uzman önerileri ile 72 saate kadar sürdürülebileceği bildirilmiştir.

5. ANTİBİYOTİĞİN VERİLME YOLU:

- Cerrahi profilakside antibiyotikler intravenöz verilmelidir.
- Oral kullanım gerektiren durumlar:

- Elektif kolon cerrahisinde barsak temizliği için
- Ürolojik cerrahide
 - Lokal kullanım gerektiren durumlar:
- Göz ameliyatlarında topikal damla ve subkonjuktival enjeksiyon
- Şant ameliyatlarında ventrikül içi uygulamalar

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

7. Penisilin allerjisi olan hastalarda profilakside önerilen ajan klindamisindir.

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

SEÇİLMİŞ BAKTERİYEL İNFEKSİYONLARA YÖNELİK ANTİMİKROBİYAL PROFİLAKSİ

Etyolojik Ajan /Hastalık	Profilaksi:Ajan/Doz/Yol/Süre	Öneriler
Grup B streptokokal hastalık (GBS)		
1. Tüm Hamile kadınlar hamileliğin 35–37. Haftalarında taranmalı. Kültür pozitif ise doğum sırasında tedavi verilir.	Doğum sırasında profilaktik rejim: Pen G 5 milyon ünite İV (yükleme) sonra 2,5 milyon ünite İV q4h Alternatif tedavi:Ampisilin 2gm İV (yükleme), sonra 1 gm İV q4h Pen allerjisi:Anafilaksi açısından yüksek risk taşımayanlar; Sefazolin 2 gm IV başlangıç dozu. sonra 1gm İV q8h.	
2. Önceden invazif GBS infeksiyonlu bir infant doğurulmuşsa veya gebelik sırasında GBS bakteriürisi		
Profilaksi alan anneden doğan yenidoğan		Bulgu ve semptomların yakın takibi, infantların %95 ilk 24 saatte, anne intrapartum antibiyotik alsın ya da almasın, infeksiyonun klinik bulgularını
GBS negatif kadında erken membran rüptürü, preterm	(IV ampisilin 2gm q6h. + IV eritromisin 250 mg q6h.) 48 saat sonra, 5 gün po amoksisilin 250mg q8h. + po eritromisin baz 333 mg q8h. İnfant morbiditesini azaltır	Antibiyotik tedavisi plaseboya kıyasla infant respiratuvar distres sendromunu ve nekrotizan enterokoliti azaltmış ve hamilelik süresini

Postsplenektomi bakteriyemi: Olası ajanlar Pnömonokok (%90), meningokok, H. İnfluenza tip b	5 yaşına kadar antimikrobiyal profilaksi:Amoksisilin 20mg/kg/gün veya Pen V 125mg bid 5 yaş sonrası:Splenektomi sonrası çocuklara en az 1 yıl Pen V 250mg bid verin. Bazıları profilaksinin 18 yaşına	Aşılama: Önerilen zamanlarda pnömonokok , H.influenza B ve kuadrivalan meningekokkal aşının yapıldığına emin olun Ayrıca sicle cell anemi, talasemi hastalığı olan asplenik çocuklara 5
H.influenza tip B ve N.meningitidis profilaksisi		
Hemofilus influenza tip B	Çocuklar:Rifampisin 20mg/kg po (600mg geçmemek kaydıyla) q24h x 4 gün Erişkinler:Rifampisin 600mg q24h x 4 gün	Ev içi: Evde ≤ 4 yaşında bir aşılanmamış çocuk ile temas olmuşsa, gebe kadın hariç tüm ev bireylerine rifampisin verilir. Çocuk bakım merkezleri: ≤ 2 yaşında aşılanmamış 1
N. meningitidis temas	Siprofloksasin(Erişkinler) 500mg tek doz veya Seftriakson 250mg IM 1doz (çocuklar<15yaş 125mgIM x1) veya Rifampisin 600mg po q12 x 4 doz (Çocuklar> 1 aylık 10mg/kg po q12 x 4 doz	Aerosolle değil damlacıkla yayılır,bu nedenle yakın temas gerekli. Hastalık başlamadan önceki hafta içinde en az 4 saat yakın temas olmuşsa (Örn; aynı

Endokardit Profilaksisi için Hasta Seçimi

Aşağıda Belirtilen, Endokarditle ilişkili Yüksek Riskli Kardiak Sorunlardan Herhangi Birine Sahip Hastalar	Aşağıda Belirtilen Dental İşlemlerin Uygulanacağı Hastalar:	Aşağıda Belirtilen İnvazif Respiratuvar İşlemlerin Uygulanacağı Hastalar	Gİ veya GÜ Sisteme, Aşağıda Belirtilen İnvazif işlemlerinin Uygulanacağı Hastalar:	İnfekte Deri ve Yumuşak Dokuya, Aşağıda Belirtilen İşlemlerinin Uygulanacağı Hastalar:

Protez kalp kapağı İnfektif Endokardit Öyküsü Konjenital kalp hastalığı artı Aşağıdakilerden birisi; Protez materyalle tamamen onarılmış Kardiak defekt (sadece ilk 6 ay) Kısmen onarılmış fakat protez Materyal yakınında rezidü defekt var Düzeltilmemiş siyanotik konjenital Kalp hastalığı	Dişeti dokusunaş dental periapikal Bölgeye herhangi bir işlem veya Oral mukozayı perfor edici bir işlem. Profilaksi Önerilir. (Rutin anestetik enjeksiyonlar(infekte Alan üzerinden olmadığı sürece) Dental direk grafi, ilk dişlerin dökülmesi, Ortodontik cihazların ayarlanması veya	Respiratuvar traktus mukozası insizyonu Profilaksi Düşün veya Kanıtlanmış enfeksiyon tedavisi için Profilaksi önerilir.	Enterekokkal ÜSİ olan hastalar için: Elektif GÜ işlem öncesi tedavi edin Elektif olmayan işlemler için perioperatif rejimin enterokoku kapsamı sağlanır. Varolan GÜ veya Gi enfeksiyonu olan yada cerrahi alan enfeksiyonu veya sepsisi önlemeye yönelik perioperatif antibiyotik alan hastalar için Perioperatif rejime	Tedavi rejiminin, stafilokok ve B- hemolitik streptokoku kapsamı sağlanır.
---	--	--	---	---

Etyolojik Ajan /Hastalık	Profilaksi:Ajan/Doz/Yol/Süre	Öneriler
Grup B streptokokal hastalık (GBS)		
1. Tüm Hamile kadınlar hamileliğin 35–37. Haftalarında taranmalı. Kültür pozitif ise doğum sırasında tedavi verilir. 2. Önceden invazif GBS enfeksiyonlu bir infant doğurulmuşsa veya gebelik sırasında GBS bakteriyurisi gelişmişse, doğum sırasında tedavi verilir. 3. GBS durumu bilinmiyor ama aşağıda belirtilenlerden herhangi birisi varsa tedavi verilir. a)<37 haftada doğum b)≥18 saattir var olan membran rüptürü c)İntrapartum sıcaklık ≥38.00C.	Doğum sırasında profilaktik rejim: Pen G 5 milyon ünite İV (yükleme) sonra 2,5 milyon ünite İV q4h Alternatif tedavi:Ampisilin 2gm İV (yükleme), sonra 1 gm İV q4h Pen alerjisi:Anafilaksi açısından yüksek risk taşımayanlar; Sefazolin 2 gm IV başlangıç dozu, sonra 1gm İV q8h. Anafilaksi açısından yüksek risk taşıyanlar; Klindamisin ve eritromisin duyarlı GBS: Klindamisin 900mg IV 8qh. Veya eritromisin 500mg IV q6h. Klindamisin veya eritromisine alternatif gerektiğinde vankomisin önerilebilir. Doğuma kadar tedaviye devam edilir.	
Profilaksi alan anneden doğan yenidoğan		Bulgu ve semptomların yakın takibi, infantların %95 ilk 24 saatte, anne intrapartum antibiyotik alsın ya da almasın, enfeksiyonun klinik bulgularını gösterir. Gestasyonel Yaşı <35 hafta olan veya <4 saat intrapartum antibiyotik alanlarda laboratuvar değerlendirimi ve ≥48 saat gözlem önerilir.
GBS negatif kadında erken membran rüptürü, preterm	(IV ampisilin 2gm q6h. + IV eritromisin 250 mg q6h.) 48 saat sonra, 5 gün po amoksisilin 250mg q8h. + po eritromisin baz 333 mg q8h. Infant morbiditesini azaltır.	Antibiyotik tedavisi plaseboya kıyasla infant respiratuvar distres sendromunu ve nekrotizan enterokoliti azaltmış ve hamilelik süresini uzatmıştır.Büyük bir çalışmada, po eritromisin plaseboya kıyasla neonatallerdeki sonucu iyileştirmiş fakat bu etki Amoksisilin-klavunat ve her iki ilacın kombinasyonunda gözlenmemiştir.

Postsplenektomi bakteriyemi: Olası ajanlar Pnömonokok (%90), meningokok, H. İnfluenza tip b	5 yaşına kadar antimikrobiyal profilaksi:Amoksisilin 20mg/kg/gün veya Pen V 125mg bid 5 yaş sonrası:Splenektomi sonrası çocuklara en az 1 yıl Pen V 250mg bid verin. Bazıları profilaksinin 18 yaşına kadar verilmesini öneriyor.Aşılamaya devam edin artı febril hastalık varlığında hekim desteği alana değin hasta Amoksisilin-klv. Kullansın Pen alerjisi:TMP-SMZ veya klaritromisin seçeneklerdir.	Aşılama: Önerilen zamanlarda pnömokok , H.influenza B ve kuadrivalan meningokokkal aşının yapıldığına emin olun Ayrıca sicle cell anemi, talasemi hastalığı olan asplenik çocuklara 5 yaşına değin günlük antimikrobiyal profilaksi önerilir.
---	--	---

H.influenza tip B ve N.meningitidis profilaksisi

Hemofilus influenza tip B	Çocuklar:Rifampisin 20mg/kg po (600mg geçmemek kaydıyla) q24h x 4 gün Erişkinler:Rifampisin 600mg q24h x 4 gün	Ev içi: Evde ≤ 4 yaşında bir aşılanmamış çocuk ile temas olmuşsa, gebe kadın hariç tüm ev bireylerine rifampisin verilir. Çocuk bakım merkezleri: ≤ 2 yaşında aşılanmamış 1 çocukla temasta, duyarlı kişilere profilaksi + aşı uygulanır. >2 yaş profilaksi uygulanmaz. 60 gün içinde ≥ 2 olgu olmuşsa ve aşılanmamış çocuklar temasta bulunmuşsa, çocuk ve personele profilaksi önerilir.
N. meningitidis temas	Siprofloksasin(Erişkinler) 500mg tek doz veya Seftriakson 250mg IM 1doz (çocuklar<15yaş 125mgIM x1) veya Rifampisin 600mg po q12 x 4 doz (Çocuklar> 1 aylık 10mg/kg po q12 x 4 doz, <1 ay 5mg/kg q12 x 4 doz veya Spiramisin 500mg po q6h x 5 gün Çocuklar 10 mg/kg po q6h x 5 gün	Aerosolle değil damlacıkla yayılır,bu nedenle yakın temas gerekli. Hastalık başlamadan önceki hafta içinde en az 4 saat yakın temas olmuşsa (Örn; aynı evde oturma, hapishanedekiler) veya hastanın nozofaringeal salgılarıyla temasta bulunulmuşsa risk yüksektir.Rifampisin dirençli N. Meningitidis gösterildiğinden siprofloksasin veya seftraiaksonla temas sonrası profilaksi tercih edilebilir.

Endokardit Profilaksisi için Hasta Seçimi

Aşağıda Belirtilen, Endokarditle ilişkili	Aşağıda Belirtilen Dental İşlemlerin	Aşağıda Belirtilen İnvazif	Gİ veya GÜ Sisteme, Aşağıda Belirtilen İnvazif işlemlerinin Uygulanacağı Hastalar:	İnfekte Deri ve Yumuşak Dokuya, Aşağıda Belirtilen İşlemlerinin Uygulanacağı Hastalar:
Yüksek Riskli Kardiak Sorunlardan Herhangi Birine Sahip Hastalar	Uygulanacağı Hastalar:	Respiratuvar İşlemlerin Uygulanacağı Hastalar		

Protez kalp kapağı İnfektif Endokardit öyküsü Konjenital kalp hastalığı artı Aşağıdakilerden biris; Protez materyalle tamamen onarılmış Kardiak defekt (sadece ilk 6 ay) Kısmen onarılmış fakat protez Materyal yakınında rezidü defekt var Düzeltilmemiş siyanotik konjenital Kalp hastalığı Cerrahi olarak onarılmış şant ve oluk Kalp transplantı sonrası valvulopati	Dişeti dokusunaş dental periapikal Bölgeye herhangi bir işlem veya Oral mukozayı perfore edici bir işlem. Profilaksi Önerilir. (Rutin anestetik enjeksiyonlar(infekte Alan üzerinden olmadığı sürece) Dental direk grafi, ilk dişlerin dökülmesi, Ortodontik cihazların ayarlanması veya Ortodontik braket ya da çıkarılabilir cihaz Yerleştirimi için profilaksi önerilmez.	Respiratuvar traktus mukozası insizyonu Profilaksi Düşün veya Kanıtlanmış enfeksiyon tedavisi için Profilaksi önerilir.	Enterekokkal ÜSİ olan hastalar için: Elektif GÜ işlem öncesi tedavi edin Elektif olmayan işlemler için perioperatif rejimin enterokoku kapsaması sağlanır. Varolan GÜ veya Gi enfeksiyonu olan yada cerrahi alan enfeksiyonu veya sepsisi önlemeye yönelik perioperatif antibiyotik alan hastalar için Perioperatif rejime anti enterokokkal kapsamı sağlayan ilaçların dahil edilmesi mantıklı	Tedavi rejiminin, stafilokok ve B- hemolitik streptokoku kapsaması sağlanır.
--	---	--	--	--

ANTİBİYOTİK DUYARLILIK TESTLERİNDE ANTİBİYOTİK SEÇİMİ VE KISITLI ANTİBİYOTİK BİLDİRİMİ

Bir laboratuvarın duyarlılık test sonuçlarını rapor etme politikası, duyarlılık testlerinin uygulanması kadar üzerinde önemle durulması gereken bir durumdur. Rapor edilecek antibiyotiklerin seçimi ve raporlama kuralları klinisyenin antibiyotik seçimi ve tedavisinin başarısında göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Laboratuvar, her şeyden önce hangi etkene hangi duyarlılık test yöntemini uygulayacağına, hangi antibiyotikleri test edeceğine, nasıl yorumlayacağına ve rapor edeceğine karar vermeli, bu konuda bilimsel doğrulara, ülke gerçeklerine ve hastane şartlarına uygun sağlıklı bir politika oluşturmalı ve bu politikasını ödün vermeksizin uygulamalıdır. Bu konuda en iyi karar klinik mikrobiyoloji laboratuvarı, enfeksiyon

hastalıkları kliniği, enfeksiyon kontrol komitesi, antibiyotik kullanımını kontrol komitesi, hastane eczanesi gibi bölümlerin koordinasyonu ile oluşturulmalıdır.

Geçmiş yıllarda kısıtlı sayıda antibiyotik kullanımda olduğu için bu konuda bir sıkıntı yaşanmamış ve rutin uygulamada eldeki tüm antibiyotikler test edilebilmiştir. Oysa günümüzde birbirlerine benzer yapı ve etkinlikte çok sayıda antibiyotik kullanıma girmiştir. Bu antibiyotiklerin; Food and Drug Administration (FDA) onayına sahip olup olmaması, test edilebilecek formunun olup olmaması, rutin test ve stoklama koşullarındaki stabilite, maliyeti, kabul edilebilir kalite kontrol değerlerinin varlığı, mikrobiyolojik aktivite spektrumu, uygun olan diğer antibiyotiklerle uyumluluğu, doku ve vücut sıvılarına dağılımı, toksisitesi, bu veya benzer ilaçlarla daha önce edinilmiş deneyimler, test endikasyonları, emilimi, atılım yolu, vücut bölgelerine geçişi ve kullanılan in vitro testlerin prediktif değerleri göz önünde bulundurulmalıdır. Her şeyden önce bu konuda yayınlanmış bilimsel çalışmalar ve derlemeler incelenmeli, çeşitli kuruluşlar tarafından yayınlanmış standartlar referans olarak alınmalıdır. Genellikle ülkemizde antibiyotik seçimi, testlerin standardizasyonu ve kalite kontrolü konusunda Amerika Birleşik Devletlerinin National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) kuruluşunun yayınları takip edilmekte ve uygulanmaktadır. Tüm olası etkenleri göz önünde bulundurarak NCCLS; antibiyotik seçimi, test sonuçlarının değerlendirilmesi ve testte kullanılacak yöntemlerin ve malzemelerin kalite kontrol standartlarını yayınlamıştır. NCCLS antibiyotikleri, izole edilen mikroorganizmalara etkilerine göre dört ayrı grupta toplamıştır.

A-Grubu: Primer olarak test ve rapor edilecek ajanlardır. Bu grupta o etkenlerle oluşabilecek birçok enfeksiyonu tedavi edebilecek temel antibiyotik gruplarını temsil eden ajanlar bulunur.

B-Grubu: Primer olarak test edilecek, selektif olarak rapor edilecek ajanlardır. Bu gruptaki ajanlar A grubundaki ajanlara dirençli ise, klinik örnek bu gruptaki ajanların kullanımını gerektiriyorsa, hasta A grubundaki ajanları tolere edemiyorsa, enfeksiyon birden fazla etkenden oluşuyorsa, birden fazla bölgede enfeksiyon mevcutsa, epidemiyolojik çalışmalar söz konusu ise rapor edilirler.

C-Grubu: Ek olarak test ve selektif rapor edilecek ajanlardır. Bu gruptaki ajanlar B grubundaki durumlar oluştuğunda, çok nadir karşılaşılan bir etken izole edildiğinde, A ve B grubundaki ajanların tümü dirençli ise test ve rapor edilirler.

U-Grubu: Sadece idrar örnekleri için ek olarak test ve rapor edilecek ajanlardır.

ETKENE GÖRE RAPOR ETME

Laboratuvarlar her şeyden önce rutinde ve özel şartlarda duyarlılık testi uygulayacakları mikroorganizmaları saptamalıdır. Bu karar, mikroorganizmanın klinik önemine ve duyarlılık profiline bağlıdır. Genelde stafilokoklar, psödomonaslar, *Enterobacteriaceae* üyeleri, enterokoklar, *Haemophilus* türleri rutin olarak test edilir. A grubu beta hemolitik streptokoklar, *Neisseria* türleri gibi genelde karakteristik duyarlılık dağılımına sahip mikroorganizmalara duyarlılık testi yapılması gereksizdir. (Tablo 1 ve 2)

A. *Enterobacteriaceae* :

- İkinci kuşak sefalosporinler, birinci kuşak sefalosporinlere dirençli ise rapor edilir,
- Üçüncü kuşak sefalosporinler, birinci ve ikinci kuşak sefalosporinlere dirençli ise rapor edilir,
- Tobramisin ve/veya amikasin, gentamisine dirençli ise rapor edilir,

d) Piperasilin, tikarsiline dirençli ise rapor edilir,

e) Bazı geniş spektrumlu beta laktamaz (ESBL) taşıyan *Enterobacteriaceae* üyeleri (*Klebsiella* ve *Echerichia coli* gibi) aztreonam ve üçüncü kuşak sefalosporinlere ve geniş spektrumlu penisilinlere karşı direnç gösterirken; sefazolin gibi birinci, sefoksitin gibi ikinci kuşak

sefalosporinlere, beta laktamaz inhibitörlü beta laktam antibiyotiklerine (BL+BLI) ve karbapenemlere karşı duyarlıdırlar. Bu tip etkenlerde rutin antibiyogramda şüphelenildiğinde çift disk sinerji yöntemi uygulanarak ESBL pozitifliği araştırılmalıdır. ESBL pozitif suşların bazen BL+BLI direnç gösterebilecekleri gözardı edilmemeli ve test edildikten sonra rapor edilmelidirler. Karbapenemlere duyarlıdırlar, test edilmeksizin rapor edilebilirler.

f) *Salmonella* ve *Shigella spp.* suşları için rutin olarak sadece ampisilin, bir kinolon ve trimetoprim/sulfametoksazol test ve rapor edilmelidir. *Salmonella* türlerinin barsak dışı kaynaklardan izole edilen suşları için bunlara ek olarak kloramfenikol ve üçüncü kuşaktan bir sefalosporin de test ve rapor edilmelidir.

g) Sefalotin, sefapirin, sefradin, sefalekssin, sefaklor ve sefadroksili temsilen “sefalotin” kullanılabilir. Sefazolin, sefuroksim, sefpodoksime, sefprozil ve lorakarbef (sadece idrar izolatları için) tek tek test ve rapor edilmelidir, çünkü sefalotinin dirençli olduğu durumlarda önemli olabilirler.

h) *E.coli* ve *Klebsiella*'ya sefazolin, diğer birinci kuşaklardan daha etkilidir. Bu nedenle sefazolin sonucuna göre diğer birinci kuşaklar rapor edilmemelidir.

i) Bazı nadir izolatlar aminoglikozid-modifiye eden enzim oluştururlar ve gentamisin, tobramisin ve amikasin direnç gösterirken, netilmisine duyarlıdırlar. Rapor edilirken bu olasılık göz ardı edilmemelidir.

B. *Pseudomonas aeruginosa* :

a) Mezlosilin ve tikarsiline dirençli ise piperasilin rapor edilir,

b) Gentamisine dirençli ise tobramisin ve/veya amikasin rapor edilir,

c) Seftazidim dirençli ise imipenem rapor edilir,

d) *P.aeruginosa*'da seftizoksime duyarlılığı üriner sistem enfeksiyonları dışında rapor edilmemelidir,

e) Eğer sistemik bir enfeksiyon söz konusu ise bu etken için kloramfenikol, tetrasiklin ve trimetoprim-sulfametoksazol rapor edilmemelidir.

C. Stafilokok:

a) Vankomisin sadece metisilin /oksasilin dirençli ise rapor edilir,

b) Oksasilin dirençli ise tüm beta laktamlar in vitro duyarlı çıksalar da dirençli rapor edilir,

D. Enterokok:

a) Vankomisin sadece ampisilin dirençli ise rapor edilir,

b) Sefalosporinler ve aminoglikozitler (yüksek düzeyde aminoglikozit direncini görüntülemek dışında), klindamisin ve trimetoprim/sulfametoksazol enterokoklar için test ve/veya rapor edilmemelidir; çünkü bu sonuçların rapor edilmesi tehlikeli olabilecek, yanıltıcı sonuçlar verebilir.

c) Enterokoklar aminoglikozidlerin klinik olarak erişilebilen konsantrasyonlarına ve penisiline intrensek dirençlidirler. Hayatı tehdit edici enterokok infeksiyonlarında tek başlarına hiçbir ile öldürücü etki elde edilemezken, penisilin veya vankomisin ile bir aminoglikozid kombinasyonu, enterokoklara karşı in vitro sinerjistik bakterisidal etki gösterir, bu nedenle kombine kullanılmaları önerilir. Yüksek düzeyde aminoglikozid direnci test edildiğinde, sadece streptomisine dirençli ise bunun dışındaki aminoglikozidler rapor edilebilir. Oysa gentamisine dirençli ise bununla beraber, kanamisin, amikasin, tobramisin ve netilmisin ile yapılacak kombine tedaviden de öldürücü sinerjistik etki beklenmediğinden bu ajanlar test ve rapor edilmemelidir. Hem streptomisine hem de gentamisine direnç varsa, kombinasyon tedavisi hiç önerilmemektedir. Tüm bu olasılıklar göz önünde bulundurularak streptomisin ve gentamisine yüksek düzey direnci test ve rapor edilmelidir.

VÜCUT BÖLGESİNE GÖRE SELEKTİF RAPOR ETME

- a) Beyin omurilik sıvısı izolatlarında kan beyin bariyerini geçen tüm antibiyotiklerin sonuçlarını rapor edilmelidir.
- b) Sadece üriner sistem infeksiyonlarının tedavisinde kullanılabilen ilaçların sonuçları sadece üriner sistem izolatlarında rapor edilir.

HASTANIN ÖZELLİĞİNE GÖRE SELEKTİF RAPOR ETME

- a) Bazı antibiyotikler bazı yaş grupları için kullanıma uygun değildir. Kinolonlar çocukluk yaş grubunda kıkırdak doku gelişimini bozduğu için kontraendikedir.
- b) Ayaktan hastalara intravenöz ilaçların rapor edilmesinden kaçınılmalıdır.
- c) İmmünoyetersiz hastalarda bakterisidal aktivite önemli olduğundan geniş spektrumlu ve kuvvetli etkili antibiyotiklerin rapor edilmesinden kaçınılmamalıdır.
- d) Çok ciddi infeksiyonlarda enfeksiyon bölgesine hızla ve yeterli düzeyde ulaşabilecek antibiyotikler öncelikle rapor edilmelidir.

ANTİBİYOTİKLERİN RUTİN OLARAK TEST VE RAPOR EDİLMEMESİNİN NEDENLERİ

- a) Klinisyenin antibiyotik seçimi laboratuvar raporundan etkilenir.
- b) Kısıtlı rapor etmek daha pahalı ve toksik ilaçların kullanımını kısıtlar.
- c) Yeni ajanların uygunsuz ve gereksiz kullanımını engeller.
- d) Uygunsuz kullanım sonucu oluşacak direnç gelişimi engellenir.
- e) Bazı enfeksiyonların tedavisinde bazı antibiyotikler in vitro duyarlı çıksa da in vivo etkisizdir. Bu tip ilaçların gereksiz kullanımı engellenir. Örneğin; metisiline dirençli *S. aureus*'un beta laktamlara dirençli olması.

Tüm bu bilgiler ışığında klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarında oluşturulacak raporlama politikalarının; klinisyenlerin daha bilinçli antibiyotik kullanmalarını sağlayacağı, hastane enfeksiyonu etkenlerinde gereksiz direnç gelişimini engelleyeceği ve ilaç maliyetlerini düşüreceği bir gerçektir.

5. HASTANE TEMİZLİĞİ TALİMATI

1. AMAÇ : Hastane ortamından kaynaklanabilecek enfeksiyonları önlemek, hasta, hasta yakını ve hastane çalışanları için sağlıklı bir ortam oluşturmak amacıyla uyulması gereken temizlik kurallarını belirlemek ve uygulanmasını sağlamak

2. KAPSAM : Tüm birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR :

5. SORUMLULAR: Bu talimatın uygulanmasından tüm çalışanlar sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI :

6.1.

Yüksek Riskli Alanlar:

Ameliyathane, Yoğun bakım üniteleri, Hemodiyaliz, İzolasyon odaları, Acil servis, Kan merkezi, Sterilizasyon ünitesi, Morg.

Orta Riskli Alanlar:

Laboratuvarlar, Hasta Odaları, Mutfak, Çamaşırhane, Poliklinikler, Görüntüleme hizmetleri, Eczane

Düşük Riskli Alanlar:

Hemşire, doktor odaları, idari birimler,,ofisler, kafeterya, koridorlar, depolar

RİSK DÜZEYİNE GÖRE TEMİZLİK

RİSK DÜZEYİ	HASTANE BÖLÜMÜ	UYGUN TEMİZLİK
Yüksek Riskli Alanlar	Ameliyathane, Yoğun bakım üniteleri, Hemodiyaliz, İzolasyon odaları, Acil servis, Kan merkezi Sterilizasyon ünitesi, Morg.	Temizlik + Dezenfeksiyon Çamaşır suyu Konsantrasyon oranı: Yüzey 1/100'lük 5 lt suya 50cc (yarım çay bardağı) çamaşır suyu ile dezenfekte edilir. (Riskli alanlardaki hemşire odaları, koridorlar ve tüm yüzeyler dezenfekte edilir.)
Orta Riskli Alanlar	Laboratuvarlar, Hasta Odaları, Mutfak, Çamaşırhane, Poliklinikler, Görüntüleme hizmetleri, Eczane	Su ve deterjan Normal temizlik
Düşük Riskli Alanlar	Hemşire, doktor odaları, idari birimler, Ofisler, kafeterya, koridorlar, depolar.	Su ve deterjan Normal temizlik
Kan ve vücut sıvıları (balgam, idrar, dışkı, müküs vb.) bulaş durumunda	Kan ve vücut sıvıları bulaş görünen tüm bölümler	Çamaşır suyu ile dezenfeksiyon eldiven giyilerek önce kağıt havlu ile kaba kir alınır ve tıbbi atığa atılır. Daha sonra yüzey 1/10'luk 1 lt suya 100cc (1 çay bardağı) çamaşır suyu ile dezenfekte edilip, temiz su ile durulanır. Temizlikte kullanılan bütün malzemeler 1/10'luk 1 lt suya 100cc (1 çay bardağı) çamaşır suyu ile dezenfekte edilerek kuru ve kullanıma hazır halde bekletilir.

TEMİZLİK MALZEMELERİ VE MALZEMELERİN KULLANIMI

Bez ve Kova Kullanımı			Mop Seçimi ve Kullanımı		Eldiven Kullanımı		
Bölüm	Kova Rengi	Bez Rengi	Mop Tipi	Kullanım Amacı	Alan	Eldiven Türü	Renk
Tuvalet hariç bütün ıslak alanlar	Sarı	Sarı	Mavi mop	Kuru süpürme	Temizlik	Plastik	Kırmızı
Bütün kuru alanlar (kapı, pencere, ayna, mobilya, vb.)	Mavi	Mavi	Beyaz mop	Nemli silme ve bakım	Evsel Nitelikli Atık Toplama	Plastik	Sarı veya mavi
Tuvaletler ve laboratuvar alanları	Kırmızı	Kırmızı	Saçaklı mop	Islak silme	Tıbbi Atık Toplama	Kumaş üzerine kauçuk kaplı	Turuncu

- 6.1.1. Kat arabasında gerekli tüm temizlik malzemelerinin bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir (kuru temizlik moplari ve dispenser'ları, sıvı deterjan, ovma amaçlı temizlik maddesi, yeterli miktarda temiz sarı, kırmızı ve mavi temizlik bezleri, tuvalet fırçası, çekçek, faras, kova, eldiven vb.).
- 6.2. Eksik malzeme varsa temizliğe başlamadan önce tamamlanmalıdır
- 6.3. Odadaki (banyo/tuvalet dahil) çöp kovalarının içinde bulunan çöp poşetleri oda dışına çıkarılarak ağız bağlandıktan sonra servise ait büyük çöp bidonuna taşınmalıdır.
- 6.4.Çöp kovası kirlenmiş ise yıkanarak temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
- 6.5.Temizlik, temizden kirliye doğru yapılır.
- 6.6.Temizlik, hareketlilik başlamadan önce yapılır.
- 6.7.Temizlik solüsyonu, temizlenen bölgenin risk durumuna göre hazırlanır.
- 6.8. Normal temizlik yapılırken, kullanılacak deterjan, üzerinde yazılı talimat göz önünde bulundurularak kullanılır
- 6.9. Dezenfeksiyon yapılırken, farklı dezenfektanlar ve bunların sulandırılma oranları vardır. Eğer dezenfeksiyon için çamaşır suyu kullanılacaksa, normal dezenfeksiyon için 1/ 100 oranında, kan ve vücut sıvı ve salgılarından kontamine olmuş yüzeye 1/ 10 oranında sulandırılarak kullanılır.
- 6.10 Temizlik malzemeleri her bölüm için farklıdır. Risk alanlarına göre ayrı kullanılmalıdır.
- 6.11.Oda temizliği toz kalkmayacak şekilde yapılmalıdır.
- 6.12.Oda zemini çekçek ve faras ile kaba kirlerden arındırılmalı, kesinlikle fırça veya süpürge kullanılmamalıdır.
- 6.13.Odadaki tüm yüzeylerin (pencere önleri, radyatörler, yemek masası, etajer, vb.) tozu alınmalıdır.
- 6.14. Oda zemini temiz alandan başlayarak yatak altları dahil olacak şekilde kapıya doğru paspaslanmalı ve hemen kuru mop ile kurulanmalıdır
- 6.15. Kirli bezle temizliğe devam edilmemeli, bez sık sık yıkanmalıdır. Temizlik bezleri ve malzemeleri kova içinde ve ıslak bırakılmaz.
- 6.16.Kirlenen bezler sıcak su ve deterjanla yıkanıp azami 20 dak. süre ile 1/100 oranında sulandırılmış çamaşır suyunda bekletilip, durulanıp, kurutulmalı yada çamaşır makinesinde yıkanmalıdır.
- 6.17.Toz alma dışında her türlü temizlik işlemi sırasında uygun eldiven giyilmeli, işlem bitiminde eldiven çıkarılıp el hijyeni sağlanmalıdır. Eğer elde yara, çizik, vs. varsa toz alma sırasında da eldiven giyilmelidir.

- 6.18. Eldivenli eller sadece temizlik yapılacak alanlara temas ettirilir, kapı kolu telefon masa vs. gibi alanlara temas edilmez.
- 6.19. Kuru süpürme ve bakım amaçlı moplama esnasında mop önünde kontrol edilemeyecek kadar fazla kir /materyal birikimi var ise çek çek veya faraş ile alınmalıdır.
- 6.20. Mop temiz alanda “S” şeklinde, kirli alanda ise düz hat üzerinde hareket ettirilerek temizlik yapılmalıdır. Mop ile temizlik yapılarak ilerlenirken temizlenmemiş alan bırakılmamalıdır.
- 6.21. Kirli mop ile temizlik yapılmamalı, kirlenen moplar her günün sonunda sıcak su ve deterjanla yıkanıp azami 20 dak. süre ile 1/100 oranında çamaşır suyunda bekletilip, durulanıp kurutulmalı veya sonra çamaşır makinesinde yıkanıp kullanılmalıdır. Paspas ilk kez kullanılıyor ise sıcak su ve deterjanla çamaşır makinasında yıkanarak havlarından arındırılmalıdır.
- 6.22. Paspaslama için kullanılacak su ılık olmalıdır.
- 6.23. Temiz su için mavi kova, kirli su için kırmızı kova kullanılmalıdır. Mavi kovaya uygun Konsantrasyonda, kırmızı kovaya ise bunun yarısı kadar sıvı deterjan konulmalıdır.
- 6.24. Kirli paspasla temizlik yapılmamalı, kirlenen paspas önce kırmızı kovada kirinden arındırılmalı, sonra mavi kovada yıkanmalı, sıkma presi kırmızı kova üzerine çevrilerek sıkma işlemi yapılmalıdır. Günün sonunda sıcak su ve deterjanla yıkanıp azami 20 dak. süre ile 1/100 oranında çamaşır suyunda bekletilip, durulanıp kurutulmalı veya sonra çamaşır makinesinde yıkanıp kullanılmalıdır.
- 6.25. Islak paspasla silinen alanlar kuru mop ile hemen kurulanmalı, paspaslama işlemi sırasında kirlenme, kayma ve düşmeleri önlemek için uyarı levhaları konulmalıdır.
- 6.26. Temizlik maddeleri ve dezenfektanlar birbirleriyle karıştırılmamalıdır.
- Tüm temizlik bezleri (paspas, mop, toz bezi, vb.) kirlendikçe değiştirilmeli, kirli bezle temizlik işlemine devam edilmemelidir.
- 6.27. Temizlik /dezenfektan çözeltileri aşırı kirlendiğinde, 2–3 hasta odasında kullanımdan sonra, izolasyon odasında kullanımdan sonra değiştirilmeli
- 6.28. Gerekli görülen durumlarda periyot beklenmeden temizlik yapılır.
- 6.29. Tekerlekli sandalyeler, sedyeler, temizlik arabaları günde bir kere ve gereğinde temizlenir
- 6.30. Tuvalet temizliği için kullanılan eldivenler diğer alanların temizliğinde kesinlikle kullanılmaz.
- 6.31. Tuvaletler en son temizlenir
- 6.32. Duş ve küvet temizliğinden önce fayanslar, ardından musluk, duş teknesi ve duşa kabin veya duş perdesi sıvı deterjan veya ovma maddesi ile silinmelidir.
- 6.33. Lavabo ve kenarları su ve sıvı deterjan veya ovma maddesi ile temizlenir.
- 6.34. Aynı bez yıkandıktan sonra lavabo arkasındaki duvar silinir.
- 6.35. Lavabo aynası mavi bez kullanılarak cam temizleme maddesi ile silinmelidir.
- 6.36. Silinen tüm yüzeyler önce durulanıp ardından kurulanmalı kesinlikle ıslak bırakılmamalıdır.
- 6.37. Tuvalet temizliği için önce sifon çekilmeli, klozet içerisi sıvı deterjan veya ovma maddesi dökülerek tuvalet fırçası ile fırçalanmalı, klozet çevresi ayrı bir temizlik bezi ile sıvı deterjan veya ovma maddesi kullanılarak silinmelidir. Silme işlemi bitince durulama yapılmalı ve ıslak alanlar kurulanmalıdır.
- 6.38. Yer süzgeci su tutularak kaba kirlerinden arındırılır.
- Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalıdır. Boşalan sabunluk yıkanıp kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.
- 6.39. Hastane temizliğinde, riskli alanlarda temizliğe ek olarak dezenfeksiyon yapılmalıdır.
- 6.40. Kan ve Vücut Sıvıları Döküldüğünde Yapılacak Temizlik**
- 6.41. Koruyucu giysi ve eldiven giyilir
- 6.42. Kan ve vücut sıvıları döküldüğünde beklemeden hemen kağıt havlu ile kaba kiri alınır, atıklar kırmızı poşete atılır
- 6.43. 1/10 çamaşır suyu ile silinir, temiz su ile durulanır
- 6.44. İşlem sonrası paspas dezenfekte edilir, eller yıkanır

Hastane Ortamında Bulunan Diğer Yüzeylerin Periyodik Temizliği

Malzeme/Yüzey	Temizlenme Sıklığı	Nasıl Temizlenecek
Sedye Tekerlekli sandalye Acil arabası Çamaşır arabası Serum askıları	Günde en az bir kez ve kirlendikçe	Su ve deterjanla silinmeli
Mobilyalar	Günde bir kez Ayda bir kez	Toz alma Su ve deterjanla silinmeli
Camlar	Haftada bir kez	Cam temizleme maddesi ile silme ve kurulama
Perdeler	Haftada bir kez Kirlendikçe	Kuru vakum Yıkama
Duvarlar	Gerekli görüldükçe	Su ve uygun deterjanla silinmeli
Tavanlar	Ayda iki kez	Kuru vakum
Tavan lambaları	Haftada bir kez Ayda bir kez	Toz alma Nemli bezle silme
Radyatörler	Günde bir kez Haftada bir kez	Toz alma Fırçalama
Ahşap bölgeler	Günde bir kez	Toz alma
Zemin	Kirlendikçe	Su ve uygun deterjanla silinmeli
Halı	Kirlendikçe	Su ve uygun deterjanla silinmeli
Baca kapakları Havalandırma boşlukları	Ayda bir kez	Mekanik temizlik ve kuru vakum uygulama
Teras ve çatı	Haftada bir kez	Süpürme ve yıkama

6.45.Ameliyathane Temizliği

6.46.1. Ameliyathane temizliğinde görevli personel (temizlik elemanları) bu konuda eğitim almış olmalıdır

6.47.2.Ameliyathane temizliğinde ameliyat odasındaki görevli (sirküle) hemşire işlemlerin, ameliyat arası temizliğin yapılmasını sağlar ve denetler

6.48.3.Günün ilk ameliyatı alınmadan önce kullanılacak olan her odada aşağıda belirtilen şekilde temizlik yapılmalıdır.

6.49.4.Tüm aletlerin, eşyaların ve lambaların tüy bırakmayan nemli bezle tozu alınmalıdır.

6.50.5.Lambaların reflektör alanlarının tozu alınmalıdır.

6.51.6.Oda zemini su ve deterjanla yıkanmış paspasla temizlenmeli ve kurulmalıdır.

6.52.7.Ameliyat odasının temizliği, temiz alandan kirli alana doğru yapılmalıdır.

6.53. 8Tıbbi atıklar uygun şekilde ortamdan uzaklaştırılmalıdır.

6.54.9.Kirli kompreslerin araları toz kaldırılmadan kontrol edilerek çamaşır sepetine atılmalıdır.

6.55.10.Çöp kovalarının torbaları her ameliyattan sonra değiştirilmeli, ağzı bağlanarak ana çöp bidonuna taşınmalıdır.

6.56. Vaka Aralarında Oda Temizliği

6.57.1 Öncelikle kan ve vücut sıvıları ile kirlenmiş yüzeyler organik materyalden arındırılıp dezenfekte edilmelidir.

- 6.58.2 Yerde kalan diğer atıklar çek çek ve faras ile uzaklaştırılmalı, fırça ve süpürge kullanılmamalıdır.
- 6.59.3. Oda zemini uygun dezenfektan solüsyonla paspaslanmalı ve kurulanmalıdır.
- 6.60.4. Temizlik ve dezenfeksiyon için kullanılan solüsyonlar her ameliyattan sonra değiştirilmelidir.
- 6.55.5. Son olarak yeni vaka başlamadan önce odada bulunan monitör, anestezi cihazı, hasta masası gibi tüm yüzeyler dezenfekte edilmelidir.
- 6.56. Gün Sonunda Temizlik**
- 6.56.1. Her bölümün ameliyatlari farklı saatlerde bittiği için gün sonunda her ameliyat odası için aynı şekilde temizlik yapılması gerektiği unutulmamalıdır.
- 6.56.2. Ameliyat odasındaki tüm taşınabilir aletler tekerlekleri silinerek dışarı çıkarılmalı, lambalar, dolaplar vb. dezenfektan solüsyonla silinmeli ve kurulanmalıdır.
- 6.56.3. Oda zeminine dezenfektan solüsyonla ıslak vakum uygulanmalıdır
- 6.56.4. Oda dışına çıkarılan tüm malzemelerin yüzey ve tekerleri temizlenip dezenfekte edilerek odaya yerleştirilmelidir.
- 6.56.5. Cerrahi el yıkama lavaboları önce sıvı deterjan veya ovma maddesi ile temizlenmeli, ardından dezenfekte edilmelidir.
- 6.56.6. Vücut sıvı/salgılarının döküldüğü lavabolar önce sıvı deterjan veya ovma maddesi ile temizlenmeli, ardından dezenfekte edilmelidir.
- 6.56.7. Ameliyathane koridorlarına dezenfektan solüsyonla ıslak vakum uygulanmalıdır.
- 6.56.8. Cerrahi Yara Sınıflaması'na göre "Kontamine" veya "Kirli-İnfekte" sınıfına giren ameliyatlardan (gazlı gangren dahil) ve Hepatit B, Hepatit C veya HIV ile infekte hastaların ameliyatlarından sonra ameliyathanede diğer ameliyatlardakinden farklı özel bir temizlik yapılmamalı, ameliyat odası veya ameliyathane kapatılmamalıdır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Temizlik Takip Formu
7.2. Tuvalet Temizlik Formu

6. STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON TALİMATI

1. AMAÇ: Suruç Devlet Hastanesi, Hastane genelindeki sterilizasyon/dezenfeksiyon uygulamaları için sterilizasyon yöntemlerini, dezenfektan seçimi ve dezenfektanların kullanım ilkelerini belirlemektir

2. KAPSAM : Hastanedeki tüm birimleri kapsar

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Temizlik: Mikroorganizmaların çoğalması ve yayılmasını önlemek için, yüzeylerin kir ve organik maddelerden fiziksel olarak uzaklaştırılmasıdır.

Sterilizasyon: Cansız maddeler üzerinde bulunan mikroorganizmaların, sporlar dahil tüm formlarının, çeşitli fiziksel veya kimyasal yöntemlerle öldürülmesi işlemidir.

Sterilizan: Mikroorganizmaların sporlar dahil tüm şekillerini tahrip eden özel kimyasal maddelerdir.

Dezenfeksiyon: Cansız maddeler/yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların dirençli olanlar hariç yok edilmesi işlemidir.

Yüksek Düzey Dezenfeksiyon: Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonunu sağlayan dezenfeksiyon seviyesidir. Yüksek düzeyde dezenfeksiyon, sterilizasyon olarak da ifade edilebilir.

Orta Düzey Dezenfeksiyon: Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatif bakteriler, virüs ve mantarların çoğunun inaktive edildiği dezenfeksiyon seviyesidir.

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

Dezenfektan: Cansız maddeler üzerindeki, bakteri endosporları hariç patojen mikroorganizmaların üremelerini durdurmak veya öldürmek amacıyla kullanılan kimyasal maddelerdir.

SPOROSİD: Sporları da tahrip eden ajanlara verilen addır.

Dekontaminasyon: Cansız maddelerden patojen mikroorganizmaların uzaklaştırılması işlemidir. Kontamine malzemenin temizlik, dezenfeksiyon veya sterilizasyon ile kullanıma elverişli hale getirilmesidir.

Asepsi: Steril ortam şartlarının korunması, enfeksiyon etkenlerinin steril dokulara girişinin önlenmesidir. Ortamın, yaraların mikroorganizmalar ile kontaminasyonunu önlemeye yönelik tüm önlemler asepsi terimiyle ifade edilir.

Antisepsi: Deri ve mukoza gibi canlı yüzeyler üzerindeki, spor formları hariç tüm patojen mikroorganizmaların kimyasal maddeler uygulanarak yok edilmesidir.

Antiseptik: Antisepsi amacıyla kullanılan kimyasal ajanlara verilen addır.

5.SORUMLULAR: Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sterilizasyon Sorumlusu, Sterilizasyon –Dezenfeksiyon yapan tüm birim sorumluları

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. TEMEL İLKELER

Tablo 1. Spaulding Sınıflaması

Sınıflama	Tanım	Sterilizasyon/dezenfeksiyon önerisi
Kritik araç gereçler	Steril dokulara temas eden veya vasküler sisteme giren, araç gereçler (cerrahi aletler, kardiyak kateterler, bazı endoskoplar, protezler vb.)	Mutlaka steril olmalıdır
Yarı - kritik araç gereçler	Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden araç gereçler (solunum ekipmanları, gastroenterolojik endoskoplar, larengoskoplar, bronkoskoplar vb.)	Sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerektirir
Kritik olmayan araç gereçler	Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile temas eden araç gereçler (tansiyon aleti kılıfı, stetoskop, vb.)	Orta veya düşük düzeyde dezenfeksiyon veya sadece su ile basit temizlik önerilir

Tablo-2 Yüksek Düzey (Sporisit) Dezenfektanlar

Yüksek Düzey (Sporisit) dezenfektanlar	Optimal pH	Temas süresi	Sterilizasyon	Maksimum kullanım (mükerrer süresi)
Gluteraldehit (%2)	8	20 dk	3 saat ve üstü	30 gün
Hidrojen Peroksit(%7.5)	Asit	10 dk	6 saat ve üstü	21 gün

Tablo-3 Aletlerin Sınıflandırılması ve Sterilizasyon/Dezenfeksiyonu

Cerrahi aletler Kardiyak kateterler Protezler	1. Isıya dayanıklı olanlar için otoklav ile sterilizasyon 2. Isıya dayanıksız malzeme için Etilen oksit ile sterilizasyon	Tek kullanımlık aletler tekrar kullanılmamalıdır.
---	--	---

Kritik Aletler	Endoskoplar	yüksek düzey dezenfeksiyon yapılır	
Yarı Kritik Aletler	Vaginal/rektal ultrason Probları	1. Problar için uygulama sürecinde kondom kullanılması risk azaltacak bir uygulamadır 2. Uygulama sonrasında dezenfeksiyon işlemi yapılmalıdır	
	Endotrekeal tüpler, Trakeostomi kanülü Hava yolu araçları, Anestezi solunum devreleri, oksijen maskeleri,ambu mask Laringoskop bladları	yüksek düzey dezenfeksiyon	Dezenfeksiyon sonrası çeşme suyu ile durulanmalı, kurutulmalı ve dolapta saklanmalıdır.
	Termometreler	%70 etil/izopropil alkol ile kuvvetlice ovuşturularak silmek	Her hastaya özel termometre kullanılması önerilir. Ortak kullanım önerilmemektedir.
	Hidroterapi tankları	1/100 dilüe çamaşır suyu ile tank doldurulup 10 dk beklenir, sonra boşaltılıp kuruyuncaya kadar beklenir	Fenoller ve dezenfektan etkili iyodoforlar da aynı amaçla kullanılabilir
	Tonometreler	%3 H2O2, 1/10 çamaşır suyu veya %70 alkol içinde 5-10 dk bekletilir, durulanır ve kuru olarak saklanması önerilir.	Kullanımdan hemen sonra silinerek dezenfekte edilmelidir.
Kritik Olmayan Aletler	Tansiyon aleti manşonu, EKG kablo ve probları, tutucuları, steteskop, ilaç kadehleri,	1/100 dilüe çamaşır suyu, %70 alkol veya hızlı yüzey dezenfektanı ile silinir.	Çamaşır suyu sadece sert ve düzgün yüzeyler için uygundur. Deri, mukoza ve göz irritasyonu ve metal yüzeylerde korozyon yapabilir.
	Nemlendiriciler	Tek kullanımlık olması önerilir	Mutlaka içine steril su konulmalıdır. Sabit nemlendiriciler kullanılıyorsa her hastadan sonra çıkarılmalı 1/10 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmeli ve kullanılmadığı zaman kuru olarak tutulmalıdır
	Medikasyon Nebülizatörü	1.Tek kullanımlık olması önerilir 2. Aynı hastada tedavi sonuna kadar kullanılabilir	Alkolle silinip kuruduktan sonra kullanılabilir
	Kumaş ve tekstil malzemeler	1. %3 H2O2 kullanılır 2. Sağlanamadığı takdirde 1/100 çamaşır suyu kullanılır.	

6.2. UYGULAMA:

6.2.1.Etkili bir dezenfeksiyon için dezenfeksiyon işleminin her basamağındaki uygulamalar kurallara uygun ve belirli standartta yapılmalıdır.

6.2.2.Tüm bu işlemleri gerçekleştirecek personel ilk olarak kişisel koruyucu ekipmanlarını (eldiven, maske, gözlük ve gereğine göre koruyucu önlük) giymelidir.

6.2.3..Dezenfekte edilecek araç ve gereçler kullanımdan hemen sonra üzerindeki kaba kirden arındırılmalı ve uygun bir deterjan, dezenfektan veya enzimatik solüsyon kullanılarak dekontamine edilmelidir.

6.2.4.Dezenfekte edilecek çok parçalı, lümenli, kompleks yapıları malzemeler demonte edilerek dikkatlice yıkanmalı, tüm lümenlerden dekontaminasyon solüsyonu geçirilmeli ve organik atıklar tamamen uzaklaştırılmalıdır.

6.2.5.Ön temizlikten sonra aletler lümen içleri dahil bol su ile durulanmalıdır.

6.2.6.Durulama işleminden sonra aletlerin nemi kurutulmalıdır.

6.2.7.Temiz ve kuru aletler uygun dezenfektan solüsyon içerisine tamamen batırılmalıdır.

6.2.8.Aletler solüsyona tamamen batırılarak aletlerin tüm yüzeylerin dezenfektan madde ile temas etmesi sağlanmalıdır.

6.2.9.Dezenfektan çözeltilere daldırma sırasında aletin boşluklarında hava kabarcıklarının kalmamasına dikkat edilmelidir.

6.2.10.Lümenli aletlerde tüm lümenlerden dezenfektan solüsyon geçirilmelidir.

6.2.11.Cilt ve gözlere toksik etkisinden dolayı dezenfektan solüsyonları kapalı kaplarda kullanılmalıdır.

6.2.12. Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.

6.2.13.Firma önerisine uygun belirtilen yeterli sürede aletler dezenfektan solüsyonu içinde bekletilmeli, uygun süre bekledikten sonra çıkarılan aletler bol su ile durulanmalı ve iyice kurutulmalıdır.

6.2.14.Dezenfekte edilmiş aletler derhal kullanılmalı ya da tekrar kontamine olma ihtimalini en aza indirecek şekilde saklanmalıdır.

6.2.15.Sulandırılmış dezenfektanlar uzun süre bekletilmemelidir. Bekletilme süresi üretici firmanın önerisini aşmamalıdır.

6.2.16. Sulandırılmış dezenfektanlar firma önerisi doğrultusunda uzun süre kullanılacaksa, her gün kontrol stripleri kullanılarak etkinliği kontrol edilmelidir. Gözle görülür kirlenme olduğunda solüsyon değiştirilmelidir.

6.2.17. Uygulamaların etkinliği indikatörlerle günlük olarak kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

6.2.18. Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

6.2.19. Kullanılan dezenfektanlar firma önerilerine göre olarak ortamdan uzaklaştırılmaktadır.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7. SALGIN İNCELEME TALİMATI

1.AMAÇ:

Suruç Devlet Hastanesi, Salgına neden olan hastalığı ya da enfeksiyon etkenini daha fazla yayılmadan kontrol altına alabilmek ve benzer durumların tekrarlamasını önlemektir.

2. KAPSAM:

Salgını kontrol altına almak ve tekrarlamasını önlemeye yönelik faaliyetleri kapsar.

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

Bu talimatın uygulanmasından enfeksiyon kontrol ekibi sorumludur. Bu talimatın uygulanması ile ilgili denetimlerden Enfeksiyon Komitesi ve Başhekimlik sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.Hastane salgınlarının saptanabilmesi için sürveyans çalışmaları düzenli ve kesintisiz olarak sürdürülmelidir.

6.2.Nadir görülmesi beklenen bir enfeksiyonun tek bir epizodu bile salgın olarak kabul edilmelidir.

6.3.Nadir görülen mikroorganizmaların neden olan enfeksiyonların insidansında istatistiksel olarak anlamlı bir artışın saptanması salgın olarak kabul edilmelidir.

6.4.Belirli ünitelerde, belli enfeksiyonların insidansında istatistiksel olarak anlamlı bir artışın saptanması salgın olarak kabul edilmelidir.

6.5.Bir salgın şüphesinde ilk olarak bunun gerçekten bir salgın olup olmadığı tespit edilmelidir.

6.6.Tüm muhtemel vakalar gözden geçirilerek kesin bir vaka tanımı oluşturulmalıdır.

6.7.Vaka tanımı oluşturulurken klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik bulgular esas alınmalıdır.

6.8.Kesin vaka tanımında “kim, ne zaman, nerede” soruları net bir şekilde cevaplanmalıdır.

6.9.İnceleme ilerledikçe daha özgül veya seçici bir vaka tanımı oluşturulmalıdır.

6.10.Konu ile ilgili literatür taraması yapılmalıdır.

6.11.Literatür bilgileri ışığında kaynak, muhtemel bulaş yolları, olası risk faktörleri saptanmalıdır.

6.12.Kesin vaka tanımının oluşturulmasını takiben enfeksiyon kontrol ekibi tarafından bu tanıma uyan tüm vakaları saptayabilmek için hasta dosyaları, mikrobiyoloji, patoloji, radyoloji ve eczane kayıtları gibi gerekli tüm hasta kayıtları incelenmelidir.

6.13.Demografik verilerin ve risk faktörü verilerinin standart bir şekilde toplanmasını sağlamak amacıyla veri toplama formları hazırlanmalıdır.

6.14.Laboratuvarla iletişim kurularak salgınla ilgisi olabileceği düşünülen tüm izolatların saklanması istenmelidir.

6.15.Vakalar belirlendikten sonra salgın dönemini, salgın öncesi dönemle karşılaştırabilmek amacıyla y eksen vaka sayısını, x eksen zamanı gösteren bir salgın eğrisi çizilmelidir.

6.16.Salgın eğrisi incelenerek muhtemel kaynak ve bulaş yolu hakkında fikir edinilmeye çalışılmalıdır.

6.17.Salgın öncesi dönem ile salgın döneminin atak hızlarının (hastalık sayısı/risk altındaki kişi sayısı) istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda bunun gerçek bir salgın olup olmadığına karar verilmelidir.

6.18.Salgın öncesi döneminin sağlıklı bir şekilde temsil edilebilmesi için en az altı aylık veri incelenmelidir.

6.19.Salgın öncesi dönem ile salgın döneminin atak hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması durumunda bunun gerçek bir salgın olduğuna karar verilmelidir.

6.20.Her salgın şüphesinde mutlaka psödoepidemi ve psödoenfeksiyon ihtimalleri ekarte edilmelidir.

6.21.İlgili personelle vakit kaybetmeden görüşülmeli ve uygulamalar gözden geçirilmelidir.

6.22.İncelenen konu ile ilgili yazılı talimatlar incelenmeli ve bu talimatlara ne ölçüde uyulduğu araştırılmalıdır.

6.23.Toplanan tüm veriler ve literatür bilgileri ile salgının nasıl geliştiğini açıklamayı hedefleyen bir hipotez geliştirilmelidir.

6.24.Geliştirilen hipotez karşılaştırmalı bir çalışma (vaka kontrol, kohort) ile test edilmelidir.

6.25.Gerekli görülürse mikrobiyolojik çalışmalar ve diğer laboratuvar çalışmaları yapılmalıdır.

6.26.İnceleme süreci devam ederken bir yandan da yayılımın önlenmesi için gerekli kontrol önlemleri alınmalıdır.

6.27.Salgın kaynağı olabileceğinden şüphelenilen aletler varsa kullanımdan kaldırılmalıdır.

6.28.İnceleme tedirginlik ve korku ortamı oluşturmaktan ve suçlayıcı bir tavır takınmadan yürütülmelidir.

6.29.Personel asıl amacın salgının kaynağını bulmak ve benzer olayların gelişmesini önlenmesi olduğu konusunda ikna edilmelidir.

6.30.Salgın incelemesi boyunca ilgili bölümler ve hastane idaresi ile iyi iletişim kurulmalıdır.

6.31.İlgili servis ya da bölüm, hastane idaresi belli aralıklarla bilgilendirilmelidir.

6.32.Salgın incelemeleri sırasında rutin ortam kültürü alınmasından kaçınılmalıdır.

6.33.Yürütülen salgın incelemesi sırasında cansız materyalle ya da yüzeylerle araştırılan durum arasında bir ilişki olduğunun gösterilmesi durumunda sadece gerekli görülen yerlerden kültür alınmalıdır.

6.34.Yüksek mortalitesi olan, kalıcı sekelle sonuçlanan veya alınan önlemlere rağmen kontrol edilemeyen durumlarda yarar-zarar hesabı dikkatle düşünülerek servis kapatılma kararı alınmalıdır.

6.35.Servis kapatma, bazı cerrahi girişim veya diğer invaziv girişimlerin geçici olarak durdurulması gibi kararlar alınmadan önce hangi kriterler sağlandıktan sonra servislerin açılacağı ya da durdurulan girişimlerin başlatılabileceği belirlenmelidir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

8. PERSONEL YARALANMALARI ÖNLEME VE İZLEME TALİMATI

1. AMAÇ :

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

2. KAPSAM:

Tüm hastane çalışanlarını ve temizlik şirket personelinin kapsar.

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR: Bu talimatın uygulanmasından tüm hastane çalışanları sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Temas öncesi profilaksi

6.1.1 Daha önceden Hepatit B ile karşılaşmamış, tüm hastane çalışanları Hepatit B'ye karşı aşılanmalıdır.

6.1.2. Göreve yeni başvuran personel HBs Ag ve AntiHBs durumunun belirlenmesi ve aşı programına alınmak üzere EKK'e başvurulmalıdır.

6.2. Kesici Delici Alet Yaralanmalarını Önlemek İçin

6.2. 1. Kullandıktan sonra enjektör iğneleri ve bistüri v.b. kesicilere temas en aza indirilmelidir

6.2. 2. Klinik uygulamalar sırasında elle dokunmayı gerektirmeyen teknikler kullanılmalıdır

6.2. 3. Enjektör iğnelerini atmadan önce eğip bükme ya da kırmak gibi gereksiz ve sakıncalı uygulamalardan kesinlikle kaçınılmalıdır.

6.2. 4. Kullanımdan sonra enjektör iğnelerinin kapağı kesinlikle kapatılmamalıdır

6.2. 5. Enjektör iğneleri ve diğer kesiciler delici-kesici alet kutusuna atılmalıdır.

6.3. Yaralanma ve Temas Durumunda Yapılacak İşlemler

6.3.1. İğne batan ya da kesilen yer derhal sabun ve su ile yıkanmalıdır

6.3.2. Hastanın vücut sıvılarının sıçradığı burun ağız ya da cilt bölgeleri bol suyla temizlenmelidir.

6.3.3. Gözlere bulaşma durumunda, gözler su veya serum fizyolojikle yıkanmalıdır.

6.3.4. Kesici-delici alet yaralanmasından sonra yaranın bir antiseptikle temizlenmesi ya da sıkılarak kanatılması, maruz kalan kişide enfeksiyon riskini azaltmadığından yapılmamalıdır.

6.3.5. Yaralanmalarda çamaşır suyu gibi kostik ajanlar kesinlikle yaralanma bölgelerine sürülmemelidir.

6.4.Temas sonrası profilaksi

6.4.1. Hepatit B, Hepatit C ve HIV açısından gerekli müdahalenin yapılabilmesi için yaralanma sonrası acilen mesai saatlerinde Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK odası tel: 1214) ile görüşülmeli veya EKK odasına başvurulmalıdır.

6.4.2. Yaralanma mesai saatleri dışında gerçekleşiyse gerekli tedavinizin yapılabilmesi için nöbetçi Enfeksiyon Hastalıkları doktoru ile görüşülmelidir.

6.4.3 Yaralanmaya neden olan cisim kesici-batıcı ise yaralanan kişinin tetanos aşısı anamnezi araştırılır.

6.4.4 Tetanos aşısı yok ise aşılama yapılır.

6.4.5.Yaralanmaya neden olan cismin kullanıldığı kaynak kişide hepatit B, hepatit C ve HIV aranır.

6.4.6.Yaralanan personelde HBV, HCV, HIV enfeksiyonları varlığı araştırılır. Başlangıç değerlerini bilmek için ALT ve AST bakılır. Hepatit B bağışıklığı araştırılarak gerekirse hepatit B aşısı uygulanır.

6.4.7 Kaynak kişide HIV virüsü saptanması durumunda, yaralanan personele antiretroviral profilaksi uygulanması için tedavi başlanır. 1,3,6, aylarda anti- HIV ve anti HCV testi kontrolleri yapılır.

6.4.8 Kaynak kişide hepatit C virüsü saptanması durumunda uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. Akut HCV enfeksiyonunda enfeksiyon tedavisi hastalığın kronikleşmesini engelleyebilmektedir. 1,3,6 Aylarda anti-HCV aranır, ALT ve AST bakılır.

6.4.9 Kaynak kişide HBV, HCV veya HIV saptanması durumunda Enfeksiyon Hastalıları Uzmanına en geç 24 saat içinde bildirilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

9. İNŞAAT-YAPIM VE ONARIM İŞLEMLERİ SIRASINDA ALINMSI GEREKEN ENFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ TALİMATI

1. AMAÇ

Bu talimatın amacı; yapım, yıkım, onarım süresince oluşan toz, mantar, buhar ve koku gibi ortama ve havaya yayılan, özellikle Aspergillus türlerinde 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 ve uygulamaktır.

2. KAPSAM

Bu talimat yıkım onarım ve yapım çalışmaları sırasında enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması ve çalışmalar sırasında diğer enfeksiyonların yayılmasını önlemek ve bu konuda dikkat edilmesi gereken hususları kapsar.

3.KISALTMALAR

4.TANIMLAR

5.SORUMLULAR

Bu talimatın yürütülmesinden hastane idaresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, teknik servis ve ilgili birim sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI

6.1.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 toz ve 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 yolu ile Aspergillus spp. başta olmak üzere mantarların ve diğer bakterilerin, su tesisatı ile (duş başlıkları, depolar buz makineleri veya nazogastrik beslenme sularından aerosolizasyon ile) Legionella spp'nin bulaştığı bir çok çalışmada gösterilmiştir.

6.2.Sağlık hizmeti verilen kuruluşlardaki inşaat, yapım ve onarım işlemleri sırasında ve sonrasında enfeksiyon riskini en aza indirmek için multidisipliner bir ekip, son derece planlı ve koordineli bir şekilde çalışmalıdır. Bu ekibin eleman sayısı işlemin büyüklüğü, karmaşıklığı ve çalışılacak bölgedeki hastaların enfeksiyon riski ile doğru orantılıdır.

6.3. Ekip Üyeleri ve Bu Ekibin Görevleri Üyeler

Enfeksiyon kontrol hekimi ve hemşiresi

Mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi

Hastane yönetimi temsilcisi

Mühendislik birimi sorumlusu

Transplantasyon, onkoloji veya yoğun bakım birim sorumluları

Hemşirelik hizmetleri temsilcisi

Temizlik işleri temsilcisi

İnşaat işlerinden sorumlu kişi veya görevlendirdiği personel

Mimar, mühendis, proje sorumluları ve yüklenici firmalar

Görev ve sorumlulukları

1. Bir inşaat ya da yıkım projesi başlamadan planlama aşamasından yer almak
2. Projenin duyarlı hastalar üzerindeki etkileri ve risklerini hesaplamak
3. Hasta, ziyaretçi ve sağlık çalışanlarının enfeksiyöz ajanlarla gereksiz temasını önlemek
4. Yapılacak işlemle ilgili tüm enfeksiyon kontrol yaklaşımlarını gözden geçirmek
5. Özellikle alanlarda bölgeye özel enfeksiyon kontrol önlemleri oluşturmak

6. İnşaat çalışanlarını enfeksiyon kontrolü ve önemi konusunda eğitmek
7. Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumu değerlendirmek
8. Acil durumlarda, afet hallerinde enerji ve su kaynaklarının kaybı veya kontaminasyonu için acil hareket planları oluşturmak

6.4. İnşaat /Yapım/Onarım İşleminin Sınıfları

6.4.1.A Sınıfı

- 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)
- 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)
- Ek Olarak ; hiç toz oluşturmayan, duvarların delinmediği, yıkılmadığı, gözlemlemek dışında çatıya müdahale edilmeyen yukarıda tanımlananlardan daha küçük diğer işlemler hiçbir gruba girmemektedir.

6.4.2.B Sınıfı

Küçük çaplı, minimal toz oluşturan kısa süreli işlemlerdir. Örneğin ;

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

6.4.3.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 BİR İŞ GÜNÜNDE TAMAMLANAMAYACAK işlemlerdir.

Örneğin ;

- Duvarların badana/duvar kağıdı kaplama öncesi zımparalanması
- Yer döşemelerinin kaldırılması
- Kiremitlerin kaldırılması ve aktarılması, çatı tamirâtı
- Yeni duvar örülmesi
- Asma tavan üzerinde 1.5 m2 daha geniş yüzeyinin kaldırılması kablo vs. çalışması
- Büyük oranda yerden kablo döşenmesi
- Birden fazla hasta bakım odasında uzun süreli (her biri 60 dakikanın üzerinde), su tesisatına yapılan girişimler

6.4.4.D Sınıfı

Büyük yıkım, inşaat ve yenileme projeleridir. Örneğin :

- Büyük çaplı yıkımla tüm elektrik veya bilgisayar kablolarının sökülüp, değiştirilmesi
- Çok sayıda (3gün üzeri) iş gününde tamamlanabilecek yeni inşaatlar
- Birden fazla hasta bakım alanında uzun süreli su tesisatında yapılan girişimler ve su kesintileri

6.5. İnşaat ve yıkım işleminden etkilenen gruplar kolaylaştırıcı faktörlerine göre risk gruplarına ayrılmıştır. Bu risk grupları her hastanenin var olan bölümlerine ve buralarda izlenen hasta gruplarına göre kendi içinde değerlendirilmelidir.

6.5.1. Etkilenen Bölgelerdeki Hasta Grupları ve Risk Düzeyleri

Grup 1 (düşük riskli)

- * Ofis bölgeleri
- *İdari destek üniteleri
- *Kullanılmayan hasta servisleri
- *Halka açık alanlar

Grup 2 (orta risk)

- *İmmünoşüpresif hastası olmayan dahili servisler
- *Ekokardiyografi
- *Radyoloji

Grup 3 (orta-yüksek risk)

- *Acil servis
- *Ayılma ünitesi
- *Yenidoğan ünite
- *Ayaktan tedavi ünitesi
- *Laboratuvarlar ve kan bankası
- *Cerrahi bölümler
- *Eczane, beslenme destek ve kemoterapi hazırlama odası
- *Çocuk sağlığı ve hastalıkları servisleri

Grup 4 (yüksek risk)

- *İmmünsüprese hasta bakılan tüm birimler
- *Yoğun bakımlar
- *Ameliyathaneler ve doğumhane
- *Diyaliz ünitesi
- *Yenidoğan YBÜ
- *Merkezi sterilizasyon ünitesi ve steril depo

6.6.Grup riskleri belirlendikten sonra yapılması gereken risk grubuna göre alınacak önlemlerin belirlenmesidir. Alınacak önlemler 4 düzeye ayrılmıştır.

6.6.1 İnşaat İşlemine Göre Önlem Düzeyinin Belirlemesi

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

6.7.İnşaat işlemleri sırasında ve sonrasında alınması gereken önlemler

İnşaat sırasında alınacak önlemler	İnşaat Sonrasında Alınacak Önlemler
Düzy I -İşlemlerin minimal toz oluşturacak yöntemlerle yapılması -Asma tavan veya kiremitlerin en kısa sürede yerine konması	Düzy I İşlem biter bitmez çalışma sahasının temizlenmesi
Düzy II -Havaya karışan tozların dağılımını önlenmesi -Toz kontrolü için çalışılan bölgenin nemlendirilmesi -Kullanılmayan kapı/pencerenin bantlanarak kapatılması -Havalandırma girişlerinin kapatılması ve sızdırmaz bir biçimde bantlanması -Çalışılan bölgenin giriş ve çıkışına toz tutucu paspas konması -İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin kapatılması veya diğer bölgelerden ayrılması	Düzy II -Çalışma alanının yer/yüzey dezenfektanı ile silinmesi -Çıkan moloz ve atıkların delinmez ve toz geçirmez torbalara konarak taşınması -Alanın kullanıma açılmadan ıslak olarak silinmesi veya HEPA filtreli süpürgeyle süpürülmesi -Isıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin eski haline getirilmesi

Düze y III

- İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin diğer bölgelerden ayrılması
- İşlem başlamadan önce çalışılacak bölgenin toz sızmasını önleyecek şekilde plastik bariyerlerle örtülmesi, örtünün sabitlenmesi
- Çalışma alanında negatif basınçlı havalandırma ve HEPA filtrasyon sağlanması
- Çıkan atık ve molozların sağlam ve kapalı sızdırmaz taşıma kapları içinde atılması
- Kapaklı olmayan atık kaplarının ağzının sıkıca kapatılarak bantlanması

Düze y IV

- İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin diğer bölgelerden ayrılması
- İşlem başlamadan önce çalışılacak bölgenin toz sızmasını önleyecek şekilde plastik bariyerlerle örtülmesi, örtünün sabitlenmesi
- Çalışma alanında negatif basınçlı havalandırma ve HEPA filtrasyon sağlanması
- Tüm delik, boru, kablo giriş yerlerinin sıkıca bantlanması
- Çalışma bölgesine girişte bir ön oda yapılması, çalışanların buradan çıkarken giysilerinin vakumlanması, içeride giydikleri giysileri bu bölgede değiştirerek dışarı çıkışlarının sağlanması
- Çalışma bölgesine giren her pesonelin galoş giymesi, çıkarken çıkartması
- İşlem tamamen bitip enfeksiyon kontrol görevlilerince onaylanmadan bariyerlerin kaldırılmaması

Düze y III

- İşlem tamamen bitip enfeksiyon kontrol görevlilerince onaylanana kadar toz bariyerlerinin yerinde kalması
- Bariyerleri kaldırırken etrafa toz ve atık yayılmamasına özen gösterilmesi
- Bölgenin HEPA filtreli süpürge ile süpürülmesi
- Yer/yüzey dezenfektanı ile ıslak temizlik yapılması
- Isıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin eski haline getirilmesi

Düze y IV

- Bariyerleri kaldırırken etrafa toz ve atık yayılmamasına özen gösterilmesi
- Atık ve molozların sıkıca kapatılmış kaplarda atılması
- Kapaklı olmayan atık kaplarının ağzının sıkıca kapatılarak bantlanması
- Bölgenin HEPA filtreli süpürge ile süpürülmesi
- Yer-yüzey dezenfektanı ile ıslak temizlik yapılması
- Isıtma, soğutma ve havalandırma sisteminin eski haline getirilmesi

6.8. İnşaatlarla ilişkili Nozokomiyal İnfeksiyonlar Açısından Risk Faktörleri**6.8.1.Filamentöz funguslar için risk faktörleri**

- Bulunduğu birimde inşaat yapılması
- İmmünsüpresif durumlar (solid organ veya kemik iliği translantasyonu, graft-versus host hastalığı,nötropeni, uzun süreli antibiyotik kullanımı, steroid tedavisi)
- AIDS, doğumsal immünyetmezlikler
- Diyaliz ve böbrek yetmezliği
- Diyabetik ketoasidoz
- Mekanik ventilasyon
- Sigara kullanımı
- Yenidoğan veya ileri yaştaki hasta

6.8.2.Legionella enfeksiyonları için risk faktörleri

- Bulunduğu birimde kazı, hafriyat yapılması ve boru düşünmesi
- İmmünsüpresif durumlar (solid organ veya kemik iliği transplantasyonu, graft-versus host hastalığı, steroid tedavisi)
- İleri yaş

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Alkolizm
- Geçirilmiş cerrahi
- Diyabet
- Neoplastik hastalık
- Böbrek yetmezliği
- Kalp yetmezliği

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

10. ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

1. AMAÇ: Hastaları hastane enfeksiyonlarından korumak ve hijyen sağlamak.

2. KAPSAM: Hastane yönetimini, tüm klinik sorumlu hemşirelerini, temizlik sorumlularını ve temizlik personelinin kapsar.

3.KISATMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

Bu talimatın uygulanmasından çamaşırhane çalışanları, Klinik sorumlu hemşireleri, temizlik şirketi ve çalışanları sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.Kirli çamaşırların toplanması ve taşınması:

- Kirli çamaşırlar birimlerde temizlik personelleri tarafından toplanır ve taşınması yapılır.
- Çamaşırlar çapraz bulaşı önlemek için personel işlem öncesi ve sonrası El hijyeni talimatına göre el hijyeni sağlamalıdır.
- İşlemler sırasında hasta mahremiyeti korunmalı ve rahatı sağlanmalıdır.
- Kirli çamaşır olabildiğince az hareketle toplanmalı,silkelenme vb. yapılmamalı
- Enfekte ve kontamine (kan, idrar,sekresiyon,vb.) olan çamaşırlar ayrı çamaşır torbalarında ağzı bağlı olarak çamaşırhane toplama odasına getirilmelidir
- Kirli çamaşır yere konulmamalı
- Çamaşır içinde kesici delici alet vb bulunmamalı
- Çamaşır toplama işlemi bittikten sonra El hijyeni talimatına göre el hijyeni sağlanmalıdır.
- Temiz ve kirli çamaşırlar depolarda taşıma ve depolama alanlarında birbirinden farklı yerlerde işleme tabi tutulmalıdır.
- Çamaşır ve çarşaf ,birimlerden sabah 07.00-09.00 saatleri arasında çamaşırhaneye gönderilir.
- Kirli çamaşırlar kapaklı çamaşır taşıma konteynirlerinde çamaşırhaneye taşınır.
- Taşınma işlemi bittikten sonra çamaşır konteynirleri dezenfekte edilir.

6.2.Ayrıştırılması ve yıkanması:

- Kirli çamaşırlar toplanmadan önce toplanılacak çamaşırların kontamine durumuna göre toplayan personel kişisel koruyucu ekipmanının giyinmelidir.
- Kirli ve kontamine çamaşırlar ön yıkamadan geçirelerek yıkanır.
- Çamaşırlar 70-80 derece ısıda en az 30 dk yıkanmalıdır.

6.3.ÜTÜLEME:

Yıkama ve kurutma işlemi biten çamaşırlar ütülenmelidir.

6.4.DAĞITILMASI VE DEPOLANMASI:

- Çamaşırlar çamaşırhane personeline çamaşır teslim formu doldurularak teslim edilir.
- Temiz ve kirli çamaşırlar fiziksel bariyerle ayrılmış veya farklı depoda bulundurulmalıdır.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. El Hijyeni Talimatı

11. ATIK YÖNETİMİ TALİMATI

1.AMAÇ: Suruç Devlet Hastanesi, Atıkların “Çevre ve Orman Bakanlığı Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”ne uygun çevreye insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrı olarak toplanmasını, servis içinde taşınmasını, geçici depolanması, taşınmasını ve bertarafını sağlamak.

2.KAPSAM:

Hastane yönetimini, tüm birimleri, hastane çalışanlarını ve temizlik firması çalışanlarını kapsar.

3.KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR: Bu talimatın uygulanmasından tüm hastane çalışanları sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Atıklar; tıbbi atıklar, evsel nitelikli atıklar, cam atıklar, ambalaj atıkları, kesici-delici atıklar, radyoaktif atıklar, tehlikeli atıklar şeklinde Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde tanımlanmıştır.

6.2. Evsel nitelikli atıklar, kontamine olmamak koşuluyla tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıkları ile karıştırılmadan siyah renkli poşetlerde toplanmalıdır.

6.3. Cam malzemeler, ambalaj atıkları, kontamine olmamak koşulu ile mavi renkli poşetlerde toplanmalıdır.

6.4. Tıbbi atıklar üzerinde “Dikkat Tıbbi Atık” ve “Uluslararası Biotehlike “ amblemi bulunan kırmızı renkli poşetlerde toplanıp farklı bir alanda/bölmede depolanmalıdır.

6.5. Kesici/delici atıklar, Uluslararası Biotehlike ve Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık ibaresi bulunan sarı renkli, özel koşulları olan enfekte atık kutu veya konteynirlerinde toplanmalıdır.

6.6. Radyoaktif atıklar, üretildikleri yerden “Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Talimatı”na göre işlem görmelidir.

6.7. Tehlikeli atıklar diğer atıklardan ayrı olarak toplanıp “Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”ne göre işlem görmelidir.

6.8. Atık torbaları ağzına kadar doldurulmamalı, torbadan torbaya boşaltılmamalı, dörtte üç oranında dolmuş atık torbası hemen yenisi ile değiştirilmeli, toplama ekipmanları atıkların kaynağına yakın yerlerde bulundurulmalıdır.

6.9. Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce hastane atıklarının ayrımında dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda eğitilmelidir. Personel Hepatit B hastalığına karşı duyarlı olanlar aşılanmalıdır. Kesici-delici alet yaralanmaları durumunda Hastane Enfeksiyon Kontrol Ekibine müracaat etmelidir.

6.10. Atıklar; maske, eldiven, gözlük takmış, turuncu renkli özel giysili personel tarafından toplanıp, taşınmalıdır. Söz konusu özel kıyafet sadece atıkların toplanması ve taşınması sırasında giyilmelidir.

6.11. Atıklar kaynağında ayrılmalıdır. Tıbbi atığa atılan her şey tıbbi atık olarak kabul edilmeli ve kesinlikle geri alınmamalıdır. Bu nedenle atığın kaynağında doğru ayrılması çok önemlidir

6.12. Ağız sıkıca bağlanmış çöp poşetleri sıkıştırılmadan, evsel ve ambalaj atıkları ile karıştırılmadan bu iş için ayrılmış turuncu renkli, üzerinde “DİKKAT TIBBİ ATIK” ve “ULUSLAR ARASI BİYOTEHLİKE” amblemi bulunan, tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal veya plastikten yapılmış, keskin kenarları olmayan, yüklenmesi boşaltılması, dezenfeksiyonu kolay taşıma araçlarına yüklenmelidir.

6.13. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenir ve 10.000 ppm’lik klorlu su ile dezenfekte edilmelidir.

6.14. Tıbbi atık torbaları ve delici ve kesici atık kapları ¾ oranında doldukları zaman ünite temizlik personeli tarafından derhal yenileri ile değiştirilmelidir. Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakınında bulundurulması sağlanmalıdır.

6.15. Yüklenmiş atık taşıma aracı, insan trafiğinin yoğun olmadığı belirlenmiş güzergahı izleyerek geçici depo alanına ulaştırılmalıdır.

6.16. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.

- 6.17.** Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve 10.000 ppm'lik klorlu su ile dezenfekte edilmelidir.
- 6.18.** Taşıma sırasında poşetlerden delinen, yırtılan olursa veya dökülürse derhal atıklar güvenli bir şekilde toplanmalı, yer ve araç 10.000 ppm'lik klorlu su ile dezenfekte edilmelidir. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmemeli ve birlikte taşınmamalıdır.
- 6.19.** Evsel atıklar tek bir renk ve üzerinde 'EVSEL ATIK' yazan taşıma araçları ile evsel atık deposuna taşınmalıdır.
- 6.20.** Tıbbi atıkların geçici depo alanları; tıbbi atık ve evsel atık olmak üzere iki bölümden oluşur, depo alanına depo görevlilerinden başka kimse girmemeli, depo kapıları sürekli kilitli tutulmalıdır. Depo ve kapıları, içeriye herhangi bir hayvan, haşarat girmeyecek şekilde inşa edilmelidir.
- 6.21.** Geçici atık deposunun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olmalıdır. Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır. Depolarda yeterli aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.
- 6.22.** Depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü olmalıdır. Kapılar daima temiz ve boyanmış durumda olmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde "Uluslararası Biyoteknoloji" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.
- 6.23.** Geçici atık depolarının içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda inşa edilmelidir.
- 6.24.** Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin temizliği ve dezenfeksiyonu düzenli olarak yapılmalıdır. Tıbbi atık deposu günde bir kez talaşlardan tamamen temizlenmeli, 10.000 ppm'lik klorlu su ile ıslatılmış paspas ile silinmelidir. Bu temizleme sırasında zemin kesinlikle sulu bırakılmamalı ve daha sonra tekrar talaşlanarak kullanıma hazır hale getirilmelidir. Tıbbi atık deposu için kullanılan paspas ve arabası, sadece tıbbi atık deposun temizliğinde kullanılmalı ve temiz, kuru bir şekilde bir sonraki temizlik için hazır halde bulundurulmalıdır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme (talaş) ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal 10.000 ppm'lik klorlu su ile paspaslanarak dezenfekte edilmeli ve kuru bir şekilde talaşlanarak kullanıma hazır hale getirilmelidir. Kullanılan ekipman ise temizlik işleminden hemen sonra 10.000 ppm'lik klorlu su ile dezenfekte edilerek temiz ve kuru bir şekilde kullanıma hazır olarak bulundurulmalıdır.
- 6.25.** Evsel atık deposunun kapısında 'EVSEL ATIK' yazısı olmalı, kapı boyalı ve temiz olmalıdır. Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı, ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben su ve deterjan ile temizlenmelidir.
- 6.26.** Temizlik ekipmanı, koruyucu giysiler, atık torbaları ve konteynırlar geçici atık depolarına yakın yerlerde depolanmalıdır.
- 6.27.** Geçici atık deposu alanında görevli personel çalışma süresince özlük, maske, bone takmalı, eldiven, çizme, ütülü ve temiz turuncu renkli özel elbise giymeli, bu kıyafeti çalışma alanı dışında kullanmamalıdır.
- 6.28.** Evsel atıklar ilçe belediyesi işbirliği ile uzaklaştırılmalı, belediye evsel atıkları almak için günde 1 ya da 2 kez hastaneye gelmelidir.
- 6.29.** Tıbbi atıklar büyük şehir belediyesi işbirliği ile uzaklaştırılmalı, büyük şehir belediyesinin tıbbi atık aracı atıkları almak için günde 1 ya da 2 kez hastaneye gelmeli, tutanak ile geçici depo alanında belediye yetkililerine teslim edilmelidir.
- 6.30.** Radyoaktif atıklar Türkiye Atom Enerjisi Kurumu işbirliği ile uzaklaştırılmalıdır.
- 6.31.** Tehlikeli atıklar 'Tehlikeli atıkların kontrolü yönetmeliği'ne uygun şekilde uzaklaştırılmalıdır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

12. HAVALANDIRMA VE KONTROLÜ TALİMATI

1.AMAÇ

Ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olması ve personelin ve hastaların sağlığını koruyacak özellikte bir hava akımı sağlanmasıdır. (Ortam basıncı, hava akımının yönü, filtre etkinliği, vb. parametrelerin kontrolü)

2.KAPSAM

Bu talimat hastanelerde havalandırma ve kontrolüne yönelik kuralları içerir.

3.KISALTMALAR

4.TANIMLAR

5.SORUMLULAR

Bu talimatın yürütülmesinden hastane idaresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, teknik servis ve ilgili birim sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1.Hastane içinde özel havalandırma sistemlerinin kurulması gereken bölümler pozitif basınç odaları (koruyucu ortam), yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ve ameliyathanedir. Bu bölümlerde hastaların ve sağlık personelinin hava yoluyla bulaşan patojenlere maruz kalma riskinin minimuma indirilmesi için ihtiyaç duyulan havalandırma sistemlerinde bulunması gereken özellikler Tablo 1’de sunulmuştur. Bu özelliklerin tamamının duvar tipi klimalarla veya taşınabilir tipteki havalandırma cihazları ile karşılanması mümkün değildir.

Değişken Pozitif	Basıncılı Oda	YBÜ	Ameliyathane
	(Koruyucu Ortam)		
Oda içi basınç	Pozitif	Pozitif, negatif veya nötr	Pozitif
Hava değişimi (/saat)	>12	>6	>15
Hava akımının yönü	Temiz→kirli (hasta temiz tarafta)	Odanın kullanım amacına göre değişir	Temiz→kirli (Hasta temiz tarafta)
Filtrasyon	%99.97 >	%90	%90
Resirkülasyon	+	+	+

6.2.Ameliyathane

6.2.1.Ameliyathane havasındaki mikroorganizma sayısı, ameliyathaneye girip çıkan insan sayısı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle ameliyatlar sırasında personel trafiğini minimumda tutacak her türlü önlem alınmalıdır.

6.2.2.Ameliyat odalarında koridorlara ve diğer komşu alanlara göre pozitif basınç sağlanmalıdır. Pozitif basınç, daha az temiz alanlardan temiz alanlara hava akımı olmasını önler. Ameliyathaneler dahil hastanelerdeki tüm havalandırma sistemlerinde iki ayrı filtre sisteminin bulunması, bunlardan birincisinin etkinliğinin %30 veya üzerinde, ikincisinin etkinliğinin ise %90 veya üzerinde olması gerekmektedir. Konvansiyonel ameliyathane havalandırma sistemleri saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az üçü (%20) temiz hava ile olmalıdır. Hava tavandan verilmeli ameliyathaneyi yere yakın bir noktadan terk etmelidir.

6.2.3.Ameliyathanelere kurulan havalandırma sistemleri Tablo 2’de sunulan parametreleri sağlayabilmelidir

6.3. Tablo 2. Ameliyathane havalandırması ile ilgili parametreler

Sıcaklık	20-23°C
----------	---------

Rölatif nem	%30-%60
Hava akımı	Temiz alandan daha az temiz alana
Hava değişimi	Saatte en az 15 hava değişimi, Saatte en az 3 kez temiz hava ile değişim

6.4.Laminer hava akımı, parçacıklardan arındırılmış havanın (ultratemiz hava) aseptik ameliyat ortamı üzerinden sabit bir hızda (0,3-0,5µm/saniye) akımını sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Bu hava akımı yatay, dikey veya eksponansiyel olarak yönlendirilebilir ve yeniden odaya verilen hava genellikle yüksek etkinliğe sahip bir filtreden (HEPA filtresi) geçirilir. Laminer hava akımı sistemlerinin hem kurulumu, hem de idamesi çok pahalıdır ve tüm ameliyat odalarına kurulmasına gerek yoktur. Laminer hava akımı sistemlerinin sadece yılda >100 ortopedik implant yerleştirilen merkezlerde maliyet etkin olabileceği bildirilmiştir.

6.5.Pozitif Basıncılı Oda (Koruyucu Ortam)

İnvaziv fungal enfeksiyon gelişme riski yüksek olan hastaların bulunduğu ortamlar için pozitif basınçlı havalandırma ve HEPA filtresi önerilir. Laminer hava akımının hastanelerdeki yapım-onarım çalışmaları nedeniyle ortaya çıkan aspergillozis salgınları sırasında hastaları fungal enfeksiyonlara karşı koruduğu gösterilmiştir.

6.6.Havalandırma Sistemlerinin Kontrolü

6.7.1.Yukarıda belirtilen prensipler doğrultusunda kurulan hastane havalandırma sistemlerinin periyodik bakım ve onarımı büyük önem taşır. Ne kadar ideal olursa olsun düzgün monitörizasyonu ve bakımı yapılmayan her havalandırma sisteminde aksaklıkların meydana gelmesi kaçınılmaz bir kuraldır. Hemen fark edilip müdahale edilmediği takdirde bu aksaklıkların hastalara ve/veya sağlık çalışanlarına zarar vermesi kaçınılmazdır.

6.7.2.Yukarıda tanımlanan özellikli alanlardaki (YBÜ, koruyucu ortam, negatif basınçlı oda ve ameliyathane) havalandırma sistemleri mutlaka kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalı, elektrik kesintilerinde bu sistemlerin devre dışı kalması önlenmelidir

6.7.3.Hastanelerde havadan rutin mikrobiyolojik örnekleme yapılması önerilmez.

6.7.4.Gerekli görülen durumlarda, epidemiyolojik verilerin değerlendirilmesi sonucunda havadan mikrobiyolojik örnekleme yapılabilir. Bu amaçla petride sedimantasyon yöntemi veya bir metreküp havada Aspergillus ve bakteri koloni sayımına imkan veren aerometreler kullanılabilir.

6.7.5.Havada partikül sayımı duyarlı bir yöntem olmasına rağmen özgül değildir.

6.7.6.Partikül sayımlarında 0,5 mikron çaplı partiküllerin sayısı baz alınmaktadır. Dış ortamda partikül sayımı yapıldıktan sonra hastanenin ilgili alanında ölçüm yapılarak hedeflenen filtrasyon etkinliğinin (örneğin %90 oranında azalma) sağlanıp sağlanmadığı araştırılmalıdır. DOP partiküllerinin %99,97'sini tutabilen filtreler "high-efficiency particulate air" (HEPA) filtresi adı verilir. HEPA filtrelerinin etkinliği "dioctyl phthalate" (DOP) testi ile değerlendirilir. DOP testinde filtrenin 0,3µm büyüklüğündeki partikülleri tutması test edilir.

6.8.Minimum Standartlar

6.8.1.Koruyucu ortam, YBÜ'lerdeki havalandırma sistemleri Tablo 1'de belirtilen özellikleri sağlamalıdır.

6.8.2.Ameliyathane havalandırma sistemleri tablo 1 ve 2'de belirtilen özellikleri sağlamalıdır.

6.8.3.Laminer hava akımı sistemlerinin sadece yılda >100 ortopedik implant yerleştirilen merkezlerde maliyet etkin olabileceği bildirilmiştir

6.8.4.Ameliyathanede ultraviyole sistemlerinin kullanılması gerekli değildir.

6.8.5.Allojeneik nakil odalarında laminer hava akımı bulunması şart değildir.

6.8.6.Ameliyathane havasının en az ISO 7 standartlarına uyması gerekir. ISO 7 standartlarına uygunluk yılda en az iki kez partikül sayımı yapılarak belgelendirilmelidir.

6.8.7.Duvar tipi klimalar ve taşınabilir havalandırma sistemleri 1. ve 2. maddede belirtilen özellikleri ve tavandan tabana doğru hava akımını sağlayamadığından karşılama konusunda yetersiz kalır. Hastanelerin özellikli alanlarında (ameliyathane, negatif basınçlı oda, koruyucu ortam, YBÜ'ler, vb.) duvar tipi klima veya taşınabilir havalandırma sistemleri kullanılmamalıdır.

6.8.8.Çizelge 1 - Temiz odalar ve temiz bölgelerin seçilmiş, hava ile taşınan partikülden temizliğinin Sınıfları

ISO sınıflandırma sayısı (N)	Aşağıda gösterilmiş (konsantrasyon düzeyleri madde 3.2'deki eşitlik (1)'e göre hesaplanmıştır. Değerlendirmeye alınan boyutlardan daha büyük ve eşit partiküller için en yüksek konsantrasyon düzeyleri (partikül/m ³ hava)					
	0.1µm	0.2µm	0.3µm	0.5µm	1µm	5µm
ISO sınıfı 1	10	2				
ISO sınıfı 2	100	24	10	4		
ISO sınıfı 3	1000	237	102	35	8	
ISO sınıfı 4	10000	2370	1020	352	83	
ISO sınıfı 5	100000	23700	10200	3520	832	29
ISO sınıfı 6	1000000	237000	102000	35200	8320	293
ISO sınıfı 7				352000	83200	2930
ISO sınıfı 8				3520000	832000	29300
ISO sınıfı 9				35200000	8320000	293000

Not: Ölçme işlemi ile ilgili belirsizlikler , sınıflandırma düzeyinin tayini için üçten fazla sayıda olmayan önemli şekiller kullanılarak gösterilen konsantrasyon verisini gerektirir.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

13. MUTFAK HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

1. **AMAÇ:** Suruç Devlet Hastanesi, Hastaların ve hastane personelinin yemek ihtiyacının karşılanması, verilen hizmetlerin temiz ve hijyenik olmasını sağlamak.

2. **KAPSAM:** Hastane yönetimini, mutfak sorumlularını ve çalışanlarını, temizlik şirketi personelini kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Mutfak:Yemek hazırlamak için kullanılan alandır.

Hijyen: Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümüdür.

Yiyeceklerin hazırlanması: Besinlerin pişirilmeden önce yapılan ön hazırlık aşamasıdır.

Yiyeceklerin pişirilmesi: Besinlerin tüketilebilir hale getirilmesi için ısı işlem uygulanması aşamasıdır.

Yiyeceklerin saklanması: Besinlerin istenen özelliklerinin kaybolmadan muhafaza edilmesi sürecidir.

5. **SORUMLULAR:** Hastane yönetimi, kontrol ve muayene komisyonu, mutfak sorumluları, temizlik personeli ve catering şirket personeli sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.Mutfak Hizmetlerinde Fiziki Koşulların Uygunluğu

- Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama bölümleri ayrı olmalıdır.
- Mutfak taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
- Soğuk hava depoları içerden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içerden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

6.2.Yiyeceklerin Güvenli Tedariki

6.2.1. Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler

- Ekmek, taze, kızarmış, gözenekli yapıda hafif sert, gevrek ve elastik yapıda olmalıdır. 50 gr lık paketler şeklinde ağzı kapalı ambalajlanmış olmalıdır. Kepekli ekmek buğday ununa en az % 10, en fazla % 30 oranında, kepek ilave edilip tekniğine uygun olarak üretilmelidir.Diyet için kullanılacak ekmekler tuzsuz olmalıdır.
 - Tavuk eti iç organlarından tamamen temizlenmiş olan hayvanların göğüs ve but etlerinde olacaktır. Tavuklar göğüs ve but olarak parçalanmış getirilecektir. Taşlık ve sakatat kısımları ile boyun kısmı, yağ ve kuyruk kısmı tartıya dâhil edilmeyecektir. Satın alınacak parçalarda deri bütünlüğü bozulmamış ve etler zedelenmemiş olmalıdır. Üzerinde likalanma, çürük ve ekşi koku olmamalı, kan lekeleri bulunmamalıdır.
 - Etlerin kabulü kesiminden en az 24 saat sonra yapılacaktır. Ölüm katılığı (Rigor Motris) geçmiş olmalıdır. Hayvan 2 yaşından yukarı olmayacaktır. Şoklama yapılmış etler kabul edilmeyecektir. Dondurulmuş et alınmayacaktır. Etlerde kesinlikle hastalık belirtisi görülmeyecek ve veteriner hekim kontrolünü gösteren “yenilebilir” damgası olacaktır. Et lifleri çok ince ve kesit yüzeyleri kadife havı görünümünde, rengi gülgüni pembe ile erguvani kırmızı arasında olacaktır. Etin kıvamı sıkı ve elastiki olacaktır.
 - Sütler pastörize edilmiş olup plastik kapaklı kaplarda teslim edilmelidir. Beyaz, açık krem renginde kendine özgü doğal tat ve kokuda olup tam yağlı sütlerde, yağ oranı % 3’ün altında olmamalıdır. Yarım yağlı sütlerde yağ oranı %1,5 olmalıdır. İçinde yabancı madde (çöp, saman vb) bulunmamalıdır.
 - Yoğurtta işlenecek sütün katı madde miktarını artırmak için çözülebilme oranı en az % 98 olan özellikleri standardına (TSE 1329 belirtilen nitelikler) uygun süt tozu ile koyulaştırılmış süt kullanılabilir.Yoğurtlar kar beyazı renginde, kokusu, tat ve kıvamı kendine özgü doğal yapısında olup sert, kaşıkla alındığında şeklini kaybetmemelidir. Kirlenmiş iyi fermente olmamış, küflenmiş, acımsı, ekşimsi ve kıvamı sulu olmamalıdır.
- Kurubaklagiller yeni sene ürünü, yeteri derecede kurumuş ve taneleri normal büyüklükte olacaktır. Her ne sebeple olursa olsun ıslatılıp kurutulmuş olmayacaktır. Rutubeti% 14'den fazla olmayacaktır. Yabancı ve ağırlaştırılmış maddelerle karıştırılmış, bozulmuş, suni olarak beyazlatılmış, kükürtlenmiş, boyanmış ve hangi amaçlarla olursa olsun kimyasal maddelerle işlem görmüş olmayacaktır. Standart çuvalarda teslim alınacaktır. İçerisinde taş, toprak, toz, çöp, kabuk, yabancı tane ve tohumlar bulunmayacaktır.

Meyve ve Sebzeler Kasalarda aynı ebatta bütün, sağlam, temiz görünümlü, sıkı, taze, yeterince olgunlaşmış kendine has renk ve kokuda olmalıdır. Çürük, rengi değişmiş, donmuş, bayat, kart, ıslak, çamurlu, topraklı, kirli olmayacaktır. Ürünler TS standartlarına uygun olacaktır.

- Kahvaltılık ürünler Duyusal olarak (tat, koku, görünüş vb) herhangi bir bozukluk söz konusu olmayacaktır. Kirli, yırtık, ezilmiş ve açılmış ambalaj olmayacaktır. Tatlandırıcı, jelatin, esans ve ilave edilmiş boyları içermeyecektir. Peynirlerin içi ve dışı beyaz olacak. Acı, ekşi, küflü, fena kokulu ve sünger gibi delikli olmayacaktır. Ambalaj üzerinde üretim ve son kullanma tarihi ve parti no gibi bilgiler bulunacaktır. Türk Gıda Kodeksine uygun olarak üretilmiş olacaktır.
- Baharatlar Piyasada satılan en kaliteli son sene mahsulü olacaktır. Teneke veya plastik ambalajlı olacaktır. İçinde çöp, sap vb. yabancı maddeler bulunmayacaktır. Küflenmiş ve ıslak olmayacaktır. Kendine has renk, koku ve tatta olacaktır. Paketlerin üzerinde firma adı, adresi, TS numarası, imal tarihi yazılı olacaktır

6.2.2. Alınan Gıdaların Kalite Kontrol Kriterleri

- Yiyecekler güvenilir kaynaklardan satın alınmalıdır.
- Soğuk ürünler frigofrik araçlarda taşınmış olmalıdır.
- Araçların iç yüzeyi temiz ve taşıma sırasında besinler aracın tabanı ile temas etmiyor olmalıdır.
- Potansiyel riskli besinler (et, balık, tavuk, süt vb) 5°C ya da daha altında sıcaklıkta teslim alınmalıdır.
- Yiyeceklerin ambalaj ve paketlerin temiz ve sağlam olmasına dikkat edilmelidir.
- Mutfağa giren tüm gıda maddelerinin fiziki muayenesi (renk, tat, koku, görünüm v.s.) yapılmalıdır.
- Uygun ürünlerin üzerinde üretim ve son kullanma tarihi olmalıdır.
- Potansiyel riskli besinlerde herhangi bir sızıntı olmamalıdır.
- Dondurulmuş yiyecekler –18°C ve altında teslim alınmalıdır.

6.2.3. Tedarikçinin Kabulü

- Tedarikçi muayene komisyonunun uygun gördüğü mesai saatleri içerisinde kabul edilmeli ve kontrolü yapılan ürünler teslim alınmalıdır.

6.2.4. Gıdaların Taşınması ve Teslimine Yönelik Asgari Belgeler

- Malzeme tedarik edilirken ürünlerin Türk Gıda Kodeksi kriterlerine uygun nitelikte olduğu kontrol edilmelidir.
- Paketli alınan tüm ürünlerin TSE belgesi, üretim ve son kullanım tarihi kontrol edilmelidir.
- Et ve ürünleri alırken kesim raporu kontrol edilmelidir.

6.3. Yiyeceklerin Hazırlanma ve Pişirilme Süreçleri

- Yemekler hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
- Yiyecekler hazırlama sırasında kontaminasyondan korunmalıdır.
- Yemek pişirilen ve bulaşık yıkanan bölümler birbirinden ayrı olmalıdır.
- Etler, sebzeler, pasta ve hamurlu yiyecekler ayrı ayrı tezgahlarda hazırlanmalıdır. Çapraz kontaminasyon riskleri gıdanın türüne uygun şekilde önceden belirlenerek gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Yemek hazırlama ve pişirme bölümlerinde kirli su giderleri, yiyecek malzemelerinin yıkanması için gerekli evyeler ayrıca bunlardan bağımsız ve ayrı bölümde el yıkama evyeleri bulunmalıdır.

- Tüm çalışanlar maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
- Bütün yiyecek hazırlanan yüzeyler temiz tutulmalıdır.
- Yemek hazırlama ve pişirme bölümlerinde sıcak su tesisatı bulunmalıdır. Yıkama suyunun sıcaklığı düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Yemek hazırlama ve pişirme bölümlerinde herhangi bir pestisit kullanımına olanak vermeyecek biçimde uygun izolasyon yapılmalıdır.
- Yemek pişirme araç ve gereçleri kolay temizlenir paslanmaz özellikte malzemeden yapılmış olmalıdır.
- Pişirme araç ve gereçlerinin alt yükseklikleri kemirici yuvalanmasını önleyebilecek, kir birikintilerini engelleyecek yükseklikte olmalıdır.
- Çalışma tezgahlarında aşınma, çatlama, yiyecek ve kalıntı birikimine olanak verecek hiçbir fiziki özellik bulunmamalıdır.
- Et doğrama kütükleri sadece bu iş için kullanılmalı, iş bitiminde sıcak su ile yıkandıktan sonra tuzlanmalıdır. Polyamit vb malzemeden yapılmış olanlarda uygun teknikler kullanılarak dezenfekte edilmelidir.
- Et kıyma makineleri her kullanımdan sonra sıcak sabunlu su ile yıkayıp temizlenmelidir.
- Tahta bıçak vb çatlaklarında birikme engellenmelidir.
- Izgara vb ekipmanlar düzenli olarak temizlenmelidir.
- Büyük kapların yıkanması için yıkama ve durulama bölümleri ayrı olmalıdır.
- Yıkama havuz ve evyelerinin temizliği korunmalı hiçbir koku ve kalıntı olmamalıdır.
- Atık su uzaklaştırma sistemi iyi çalışmalı, tıkanıklık ve kokuya olanak vermemelidir.
- Sabun ve kurulama mekanizmaları kontaminasyonu önleyecek biçimde seçilmelidir.
- Gıda hazırlama bölümü içinde büyük çöp bidonları olmamalı, kapaklı çöp bidonları kullanılmalı, çöpler için ara biriktirme yeri yapılmamalıdır.
- Söz konusu bölümlerde uygun aydınlatma olmalıdır.
- Yemek Hazırlama Personeli, her zaman temiz önlük giymeli, önlükler açık renkli olmalı, yemek hazırlama bölümünde personel için el yıkama lavabosu olmalı, burada sabun, kağıt havlu, atık kutusu (çöp) bulunmalıdır.
- Personel tuvaletleri yiyecek üretim ve depolama alanlarından uzakta olmalı ve dezenfekte edilebilir fizik özellikte olmalıdır.
- Personel giyinme odaları temiz tutulmalıdır.
- İshali olan tüm yiyecek hazırlama elemanları kültür sonuçları uygun oluncaya kadar işten uzaklaştırılmalıdır.

6.4. Yiyeceklerin Depolanması

- Gıdalar kabul edilir edilmez etiketlenerek ve “İlk Giren İlk Çıkar” ilkesine göre uygun alanlarda (kuru gıda deposu, soğuk hava deposu, derin dondurucu) depolanmalıdır.
- Yiyecekler saklama sırasında kontaminasyondan korunmalıdır.
- Çürüyebilir bozulabilir yiyecekler hazırlanışlarından sonra iki saat içerisinde tüketilmeli veya hemen dondurulmalıdır.
- Depoya giren tüm ürünlerin üzerleri kapalı olmalıdır.
- Bozulabilir yiyecekler kesinlikle tekrar kullanılmamalıdır.
- Gıdalar soğuk hava depolarında veya buzdolaplarında saklanmalıdır.
- Gıdalar soğuk hava depolarında;
Sebzeler: +2 , +8 derecenin altında
Etler: 0 derecede
Süt ve Süt Ürünleri: +2, +4 derecede
Dondurulmuş Ürünler: -18 derecede saklanması sağlanmalıdır.
- Soğuk hava depolarının kapılarında termometre bulunmalıdır.

- Dolap, kiler ve depo içleri temizlik koşullarına uygun olmalıdır. Zemin kolay yıkanabilir özellikte malzemeden yapılmış olmalıdır.
- Soğutucu ortamlarda saklama sırasında pişmiş ve çiğ yiyecekler birbirinden ayrı tutulmalı, soğutucu ortamlarda et, vb yiyecekler diğer yiyeceklerden ayrı tutulmalıdır.
- Kiler işlevi gören yerler kuru saklanması gereken yiyecekler içindir. Buralar kesinlikle nem almamalıdır. Bu bölümlerin kapağı açıldığında küf ve nem kokusu alınmamalıdır. Depo ve kilerde uygun havalandırma sistemleri bulunmalıdır.
- Deponun tamamının ya da mümkün değilse yerden 2 metre yüksekliğe kadar ki bölümün fayans malzemeden yapılması, raf arkasına gelen bütün bölümlerinde aynı özelliği taşıması sağlanmalıdır.
- Depo güneş ışığı ve dışardan zemin akıntısı almamalı, depo kapısı ıslak bir ortama, pişirme bölümüne açılmamalı, depoda temizlik malzemeleri, deterjan vb saklanmamalıdır.
- Şeker, tuz ve baharatlar vb toz gıdalar kapalı kaplarda veya tek tek paketler halinde uygun ambalajlarda saklanmalıdır.
- Depo içlerinin böcek ve sineklerden korunması ilaçlama gerektirmeyecek bir şekilde sağlanmalıdır.
- Toksik malzemeler kolayca fark edilebilecek biçimde, renkte saklanmalıdır.
- Depodaki ürünlerin son kullanma tarihleri haftalık kontrol edilmeli, tarihi geçmiş ürünler imha edilmelidir.
- Depoya ilk alınan ürünler öncelikli olarak kullanılmalıdır.
- Gıdaların yerleştirilmesi hemzemin yapılmamalıdır.Yerden yüksekliği 20 cm, duvarla mesafesi 5 cm, tavanla mesafesi 40 cm olmalıdır.
- Depolar aşırı doldurulmamalıdır, raflara fazla ürün istiflenmemelidir.

6.5.Yiyeceklerin Sunumu ve Hijyen kuralları

- Yiyecekler türlerine göre uygun ısılarda sunulmalıdır.
- Hazırlanan yemekler yemek salonlarında sunum esnasında 65-70 C sunum sıcaklığında sürekli olarak ısıtılmalıdır.
- Yemekler servislere ve yemekhaneye üstü kapalı kaplarla taşınmalıdır.
- Mutfak araç gereçlerinin(tabak, kase, kaşık, çatal, tepsi v.b.) temizliği sunumdan önce kontrol edilmelidir.
- Taşımada ve dağıtımda kullanılan ekipmanın günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
- Yemek dağıtımı yapan personel bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
- Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanların gıda güvenliğini etkileyecek hastalıklar, belirtileri gibi konuları içeren hijyen eğitimi verilmelidir.
- Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır

14. MORG ÜNİTESİNDE ENFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ

1. **AMAÇ:** Morg ünitesinde enfeksiyon hastalıklarına yol açabilecek risklerin kontrol altına alınması
2. **KAPSAM:** Morg çalışanlarını kapsar.
3. **KISALTMALAR:**
4. **TANIMLAR:**
5. **SORUMLULAR:** Morg Çalışanları, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Hastane Yönetimi
6. **FAALİYET AKIŞI:**

6.1. Genel Esaslar:

6.1.1. Temiz alan; Bekleme salonu, görüşme odası, morg malzeme deposu, morg koridoru, Kirli alan; Cenaze kabul alanı, koridorları olarak belirlenmiştir.

6.1.2. Morg ünitesindeki tüm uygulamalar öncesi ve sonrasında “El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı”na uyulmalıdır.

6.1.3. Cenazenin kabülü, taşınması ve nakli sırasında koruyucu ekipman (eldiven, koruyucu önlük, maske vb.) kullanılmalıdır.

6.1.4. Cenazenin bulunduğu salonda herhangi bir şey yenilip içilmemeli, sigara içilmemeli, ünitelerde çalışırken eller yüze sürülmemeli, ağıza herhangi bir şey alınmamalıdır.

6.1.5. Cenazenin bulunduğu salona çanta, palto, hırka, mont ve gereksiz malzeme getirilmemelidir.

6.1.6. Kontamine giysi veya koruyucu ekipman (eldiven, koruyucu önlük, maske, çizme, vb.) cenazenin bulunduğu salon dışına çıkarılmamalıdır.

6.1.7. Morg ünitesinde temizliğin sürekliliği için daimi bir temizlik elemanı bulunması, çalışan personelin devamlı hizmet içi eğitim alması sağlanmalıdır.

6.1.8. El hijyeni ve eldiven kullanımı konusunda devamlı eğitim uygulanmalıdır. .

6.2. Temel Temizlik İlkeleri:

6.2.1. Temizlik temiz alandan kirli alana doğru yapılmalıdır.

6.2.2. Temizlik “Hastane Genel Temizlik Planı”na uygun şekilde yapılmalıdır.

6.2.3. Temizlik malzemeleri kova içinde ve ıslak bırakılmamalı, temizlik bitiminde malzemeler uygun şekilde yıkanıp kurutulmalıdır. Mümkünse temizlik malzemeleri ve paspaslar ayrı bir odada bulunmalı, paspaslar mutlaka kuru olarak saklanmalıdır.

6.2.4. Temizlik / dezenfeksiyon çözeltileri aşırı kirlendiğinde başka bir bölümün temizliğine başlamadan önce değiştirilmelidir.

6.2.5. Morg içinde toz oluşmasına neden olacak kuru süpürme, silkeleme yapılmaz.

6.2.6. Morgun tüm bölümlerinde böcek ve haşerenin üremesini / yaşamasını önleyecek tedbirler alınmalıdır.

6.2.7. Bölüm sürekli temiz ve havalandırılmış olmalıdır.

6.2.8. Kan ve diğer materyal (gaita, idrar, vb.) ile bulaş olan alanlar önce kağıt havlu ile silinir. 1/10’luk çamaşır suyuyla dezenfekte edilmelidir.

6.2.9. Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak da haftada bir kere yıkanıp durulanmalıdır. Riskli infeksiyon materyalle kontamine olduysa alan , 1/10’luk çamaşır suyuyla dezenfekte edilmelidir.

6.3. Cenaze Alımı-Saklanması-Tesliminde Güvenlik Önlemleri:

6.3.1. Cenaze sıvı sızdırmayan tek kullanımlık plastik ceset torbalarına konmalı ve inceleme bittikten sonra gerekli ise yeni bir ceset torbasına alınmalıdır.

6.3.2. Kabul, saklama ve teslim sırasında görevliler cenazeye eldivensiz çıplak elle dokunmamalıdır.

6.3.3. Gerekmedikçe (kimlik tesbiti, v.s.) ceset torbası açılmamalıdır.



Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Direktörü	Başhekim