**ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PROGRAMI**

|  |
| --- |
| **1- ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI** |

**ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN GÖREVLERİ**

* Merkezimizde Enfeksiyon Kontrol Programının uygulanmasını sağlamak, yönetime ve ilgili birimlere konuyla ilgili öneriler sunmak.
* Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak merkezimizde uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektikçe güncellemek.
* Merkezimizde çalışan tüm personele bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uyguları denetlemek.
* Merkezimizin ihtiyaçlarına ve koşullarına uygun sürveyans programını uygulamak, geliştirmek ve çalışmaların sürekliliğini sağlamak.
* Hastane enfeksiyonu açısından öncelik taşıyan birimleri saptayarak ve bulguları değerlendirerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunsa hedeflere ne kadar ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek.
* Antibiyotik kullanımı, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanları ile ilgili diğer hususlarda kurumun inşaat yada tadilat gibi durumlarında gerektiğinde yönetime görüş bildirmek.
* Hastalar yada sağlık çalışanları için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak.
* Sterilizasyon, antisepsi, dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, uygun kullanımını denetlemek.
* Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmak,
* Sürveyans verilerini değerlendirmek ve sorunları ortaya koyarak çözüm önerilerini üretmek,
* Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmak,
* Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirmek,
* Hasta yaklaşımı ile ilgili enfeksiyon kontrol politikalarını oluşturmak ve uygulamaları izlemek.
* Sağlık çalışanlarını meslek enfeksiyonları açısından takip etmek
* Kurumun temizliği çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları açısından kontrolünü sağlama
* Verileri sorunları ve çözüm önerilerini hastanenin ilgili birimlerine iletmek.

|  |
| --- |
| **2- SÜRVEYANS YÖNTEMİ VE KAPSAMI** |

1. **AMAÇ**

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

**2. TANIM**

**SÜRVEYANS;** belirli bir amaca yönelik olarak veri toplanması, toplanan verilerin bir araya getirilerek değerlendirilmesi ve sonuçların ilgili birimlere bildirilmesinden oluşan bir süreçtir.

**HASTANE ENFEKSİYONU;** hastanın hastaneye başvurduğu anda inkübasyon döneminde olmayan hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra veya hasta taburcu olduktan sonra 10 gün içerisinde ortaya çıkan mikroplu hastalıklardır.

**3. KAPSAM**

Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Enfeksiyon kontrol Hemşiresini kapsar.

**4. UYGULAMA**

Merkezimizin tüm klinik ve laboratuvarlarında sürveyans yapılmaktadır. EKH en az haftada bir çalışmaları değerlendirmek amaçlı Enfeksiyon Kontrol Hekimi ile bir araya gelir. Her ayın sonunda enfeksiyon hızları değerlendirilerek gerekirse düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.

|  |
| --- |
|  **3- EL HİJYENİ TALİMATI** |

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

**2. KAPSAM:** Adıyaman üniversitesi ADSM ‘de bulunan tüm çalışanları, hasta, hasta refakatçilerini kapsar.

**3. TANIMLAR:**

* **NORMAL EL YIKAMA:** Ellerin sabun ve su ile yıkanmasıdır. Bu tip yıkama ile elde bulunan kirler ve geçici mikrop florası uzaklaştırılır, kalıcı el florası etkilenmez.
* **EL ANTİSEPSİSİ/DEKONTAMİNASYON:** Antiseptik bir el ovma ürünü uygulayarak ya da antiseptik bir el yıkama ürünü kullanarak mikroorganizmaların üremesini engellemek ve ya azaltmak. Hijyenik el yıkama ve hijyenik el ovalama da bu kapsamdadır.

**A)Hijyenik El Yıkama:** antiseptik bir el yıkama ürünü ile ellerin yıkanması anlamında kullanılır. Riskli durumlar için, antiseptikler kullanılarak yapılan el temizliğidir. Amaç eldeki tüm geçici ve kısmen de kalıcı floranın uzaklaştırılmasıdır.

**B)Hijyenik El Ovalama:** Antiseptik solüsyonla veya çabuk etkili alkolik çözeltilerle ellerin kuvvetlice ovuşturulması ile yapılan el temizliğidir.

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

**Normal (Sosyal) Yıkama:**

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

* Akarsu altında eller ıslatılmalıdır.
* Sıvı sabun el yüzeyine iyice yayılmalıdır.
* Parmaklar, avuç içi ve el sırtının tüm yüzeyleri 10-15 saniye süreyle yıkama maddesi ile kuvvetli bir şekilde ovulmalıdır.
* Bol su ile eller durulanmalıdır.
* Kâğıt havlu ile kurulama yapılmalıdır.
* Musluk elle kapatılacak ise elin kurulandığı havlu ile bu işlem yapılmalıdır.

 **Hijyenik El Yıkama:**

* Kan vücut sıvıları, sekresyonlar, kontamine materyal ile veya bu örneklerin alınması veya taşınması esnasında kullanılan sonrası
* Hasta ile direk temastan önce ve sonra
* İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra
* İki ayrı hastaya temas etme arasında
* Aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken antiseptik ajanlar ile eller yıkanmalıdır.
* Eller su ile ıslatılır,3-5 cc antiseptik sabun avuca alınır
* Povidon iyot kullanılıyorsa 2 dk. Klorhekdizin kullanılıyorsa 1 dk. Süre ile avuç içleri ve parmak araları yoğunluklu olmak üzere eller tüm yüzey ve parmaklar dahil olmak üzere kuvvetlice ovuşturulur.
* Eller su ile iyice durulanır, bu işlem parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten tekrardan parmak ucuna akması önlenir.
* Eller kâğıt havlu ile kurulanır, musluk kâğıt havlu kullanılarak kapatılır.

 **Hijyenik El Ovalama:**

* Alkol ancak eller temiz ise etkili olacağından görünür kir varsa önce su ve sabun kullanılmalı ve kurulama yapılmalıdır.
* Alkol bazlı solüsyon 3-5 cc bir avuca alınır. İki el birleştirerek tüm el yüzeyi ve parmaklara temas edecek şekilde 1 dk. Süre ile ovuşturulur ve kendiliğinden kuruması beklenir.

 **Cerrahi El Yıkama:**

* Saat, yüzük ve bilezik benzeri tüm takılar çıkarılır. Takma tırnak ve oje olmaması enfeksiyon kontrolü açısından önem arz etmektedir.
* Antiseptik içeren sabun 5 cc kadar ele alınır, el ve kollar ovuşturularak 3-5 dk. kadar süre ile yıkanır. Günün ilk uygulamasında ayrıca tırnak dipleri 30 sn. süre ile fırçalanır. Ara yıkamalarda 2 dk. yeterlidir. Yıkama işlemi parmak uçlarından dirseğe doğru yapılmalıdır. İşlem birkaç kez tekrarlanmalıdır.
* Durulama işlemi de ellerden dirseklere göre doğru olmalıdır. Su dirseklerden aşağı akıtılarak durulanır ve steril havlu ile kurutulur.
* Musluk eller kullanılmadan kapatılır
* Steril eldiven giyilene kadar hiçbir yere dokunulmaz.
* Yıkama sonunda ellerin herhangi temas durumunda eller kontamine kabul edilir, yıkama işlemi tekrarlanır.

 **Cerrahi El Ovalama:**

* Günün ilk yıkamasından sonraki vakalar için ara yıkama olarak tercih edilir.
* Saat yüzük bilezik benzeri tüm takılar çıkarılır. Takma tırnak ve oje olmaması enfeksiyon kontrolü açısından önem arz etmektedir.
* Alkol ancak temiz şartlarda kullanıldığında etkili olduğundan ellerde görünen kir varsa eller önce su ve sabun ile yıkanarak kurutulur.
* Hızlı ve etkili alkol bazlı ürün(3-5 cc)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.
* Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Steril eldiven giymek için tamamen kuruması beklenmelidir.

 **EL HİJYENİNDE 5 ENDİKASYON KURALI:**

**1)Hasta ile temastan önce(**tokalaşma, yardım, muayene vb.)hasta ile temastan önce ellerinizi yıkayın.

**2)Aseptik işlemden önce(**ağız/diş bakımı, aspirasyon işlemi, ilaç hazırlama vb.)herhangi bir aseptik işlemden önce ellerinizi yıkayınız.

**3)Vücut sıvısıyla maruziyetden sonra(**ağız/diş bakımı, ifrazat aspirasyon,kan alma ve manipüle etme, atık halletme vb.)

**4)Hasta ile temastan sonra(**hastaya ve yakın çevresine dokunduktan sonra el hijyeninizi sağlayınız)

**5)Hasta ortamı ile temastan sonra(**Hastaya dokunulmasa dahi hastanın yakın çevresindeki herhangi bir nesne veya mobilyaya dokunduktan sonra el hijyeninizi sağlayınız)

 **TANIMLAR:**

**Hastaya temas:** Sağlık çalışanını ellerinin hastanın cildine ya da kıyafetlerine dokunması anlamında kullanılmaktadır.

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

**Vücut sıvıları:** Kan veya vücut tarafından salgılanan(mukoza, salya, gözyaşı gibi) ,vücut tan atılan çıkartılar(idrar, dışkı, kusmuk),eksudasyon(terleme),transüdasyon(terleme haricindeki plevral sıvı, beyin omurilik sıvısı gibi )ve diğer türlü madde anlamında kullanılmaktadır.

**Denetim:** El yıkama konusunda öncelikle kendi kendimizi denetlemeliyiz. Yukardaki kurallara uygun davranmıyorsak nedenini tespit etmeliyiz. Sorunu aşmak için birim sorumlusundan, gerekirse enfeksiyon kontrol hemşiresinden yardım isteyiniz.

|  |
| --- |
| **4- HASTANE TEMİZLİĞİ PROSEDÜRÜ** |

1. **AMAÇ:** Merkezimizde risk alanlarına göre temizlik standartlarının oluşturulmasıdır.
2. **KAPSAM:** Merkezimizin tüm risk alanlarını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** ASDM başhekimi, sorumlu müdür, sorumlu başhemşire, temizlik personeli sorumlusu, birim sorumluları, temizlik personeli.
4. **TANIMLAR:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RİSK DÜZEYİ** | **BÖLÜM** | **UYGUN TEMİZLİK** |
| Yüksek riskli alanlar | Ameliyathane, diş ünitleri, sterilizasyon ünitesi | Temizlik+ dezenfeksiyon |
| Orta riskli alanlar | Klinikler, laboratuvarlar, müdahale odası | Temizlik |
| Düşük riskli alanlar | Hemşire –doktor odaları, hasta kabul birimleri, çamaşırhane, tuvalet, ofis, kafeterya, koridorlar, depolar, mutfak, idari bölümler, sekreter odaları, tıbbi kayıt arşivi, hasta ile doğrudan temas etmeyen bölümler | Temizlik |

**Yüzeylerin vücut sıvı ve salgıları ile kirlenmesi durumunda temizliğe ek olarak dezenfeksiyon sağlanmalıdır.**

 **Yer ve yüzey dezenfektanlarının sulandırma oranları**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yer-Yüzey dezenfeksiyonu için** | **Çamaşır suyu(**1/100 yani 1lt suya 10 cc olacak şekilde**)** | **Klor tablet(17.4 grlık**5lt suya 1 tablet.2000ppm**)** |
| **Kan ve vücut sıvılarının temas ettiği yüzeylerin dezenfeksiyonu için** | 1/10oranında yani 1lt suya 100 cc olacak şekilde | 2lt suya 2tablet (1000ppm) |

 **5- UYGULAMA:**

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

**Kan ve vücut sıvılarının döküldüğü bölgede yapılacak temizlik:**

* Bütün kan ve vücut sıvıları enfekte kabul edilir. Dökülme ve sıçramalarda güvenli bir şekilde temizlik yapılmalıdır.
* Katı yüzeylerin üzerine damlayan ya da sıçrayan sıvıların kâğıt havlu ile kaba kirleri alınmalıdır.
* 1/10 luk sodyum hipoklorit solüsyonu (çamaşır suyu)veya uygun oranlarda hazırlanmış klor tablet çözeltisi ile temizlenip temiz su ile durulanmalıdır.
* Kullanılan tüm malzemeler tıbbi atık poşetine atılmalıdır.
* Personel işlemi yaparken kişisel koruyucu ekipman (maske, gömlek ve eldiven) kullanmalıdır.
* Temizlik işlemi sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır.

**Paspas yapılması yöntemi:**

* Eldiven, maske giyilmelidir.
* Klinikleri pencereleri açarak havalandırmalıdır.
* Nemli mob ile süpürme yapılmalıdır.
* Paspas arabalarında mavi kovaya temiz deterjanlı su, kırmızı kovaya temiz su konmalıdır.
* Paspas önce deterjanlı suda yıkanır, iyice sıkıldıktan sonra yüzey temizleyici suda iyice yıkanıp sıkılarak silme işlemine devam edilir.
* Her odada yeniden su hazırlanır.
* Paspas yapma işlemi bittikten sonra paspas iyice yıkanır, sıkılır, daha sonra 100 ölçü suya 1 ölçü çamaşır suyu konularak hazırlanmış çözeltide 20 dk. bekletilir. Paspas kovası deterjanlı su ile yıkanır, durulanır sıkılır ve kurumaya bırakılır.
* Paspas kovası deterjanlı su ve duru su ile yıkanır, ters çevrilerek kurumaya bırakılır.
* Hasta odalarına kullanılan paspas ile koridorlara kullanılan paspaslar farklı olmalıdır.
* Enfekte hasta odası temizliğinden sonra paspas tıbbi atık torbasına atılmalıdır.
* Vücut direnci düşük hasta odalarını temizlemeden önce paspaslar dezenfekte edilmelidir.
* Paspas arabalarında su asla bekletilmemelidir, temizliğe başlamadan hemen önce su hazırlanmalı ve temizlik bittiğinde kovalar hemen boşaltılmalıdır.

 **B) RİSK ALANLARINA GÖRE TEMİZLİK İLKELERİ:**

Orta ve düşük riskli bölümlerin temizliği su ve deterjanla yapılmalıdır, dezenfektan kullanılmamalıdır.

**Düşük riskli alanlar:**

* Her bölümün temizliği o bölümde çalışan temizlik personeli tarafından yapılmalıdır.
* Yapılan temizlik **personel temizlik formu** ile takip edilmelidir.
* Temizlik personeli temizlik öncesi nonsteril eldiven kullanmalıdır.
* Öncelikle odalardaki çöpler **tıbbi atık yönetimi prosedürüne** uygun bir şekilde toplanmalıdır.
* Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak haftada bir kere yıkanıp durulanmalıdır.
* Camlar ve kapılar haftada bir, kapı tokmağı ve pencere kenarları her gün temizlenmelidir.
* Lavabolar ve tuvaletler en az günde iki kez sıvı deterjan ile fırçalanarak temizlenmelidir. Bu bölümlerin temizliğinde kullanılan temizlik malzemeleri başka amaçla kesinlikle kullanılmamalıdır.
* Tuvaletler en son temizlenmelidir önce sifon çekilmeli, klozetin içi sıvı deterjan veya ovma maddesi dökülerek tuvalet fırçası ile fırçalanmalıdır. Klozet kapağı ve etrafı ayrı bir sünger ile temizlenip durulanmalıdır. Islak alanlar son olarak durulanmalı ve kurulanmalıdır. Tuvalet temizliğinde dezenfektan kullanılmamalıdır. Tuvalet zemini en son temizlenmelidir. Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, içindeki sabun bittiğinde dezenfekte edilip kurutulduktan sonra, içerisine sabun koyulmalıdır.
* Tuvaletlerde kâğıt havlu kullanılmalı el kurutma makineleri kullanılmamalıdır.
* Koridorlar ayrı paspas ve deterjanlı su temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
* Günün ilk saatleri ve günün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanmalıdır. Gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır. Fırça makineleri ve taşıyıcı tanklar her kullanımdan sonra yıkanmalı ve kurulanmalıdır.
* Yemekhanede yüzeyler ve yerler her sabah ve akşam su ve deterjanla temizlenmelidir. Ayrıca gün içinde kirlenme olduğunda bu işlem tekrarlanmalıdır.
* Yemek dağıtılan platformlar günlük işlerden sonra hipokloritli dezenfektan ile silinmelidir.
* Telefon ahizeleri deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
* Bilgisayar klavyelerinin günde bir kez ve kirlendikçe silinmesi yeterlidir.
* Pencere perdeleri gözle görülür bir kirlenme olduğunda veya her 6 ayda bir yıkanmalıdır. Duvarlar yılda bir temizlenmeli, eğer kan ve vücut sıvısıyla kontamine ise dezenfekte edilmelidir.
* Asansörler uygun aralıklar ile temizlenmeli ve el teması olan yerler dezenfekte edilmelidir.

**Orta riskli alanlar:**

* Kliniklerde çöpler uygun şekilde ayrıştırılıp toplanmalıdır.
* Çöp kovaları yıkanıp kurulanmalı ve temiz poşet geçirilmelidir.
* Kapaklı ve el teması gerektirmeyen atık kutuları kullanılmalı ve kapaklı olması sağlanmalıdır.
* Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.
* Lavabolar, etajer, sandalye ve yemek masası deterjanlı su ile her gün temizlenmelidir.
* Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.
* Kapı ve camlar haftada bir, kapı tokmağı her gün silinmelidir.
* Özellikle sık dokunulan alanlara özen gösterilmelidir.(masa, desk, köşeler, asansörler, merdiven kolları, kapı kolları, sandalye kolları, elektrik anahtar noktaları, yıkama odaları, klavye, telefon, diyafon gibi)
* Temizlik yapılan alanların kontrol listesi oluşturulmalıdır.
* Her birimde farklı malzemeler kullanılmalıdır.
* Mekanik temizlik bittikten sonra yer ve yüzeyler dezenfektan ile dezenfekte edilmelidir.

**Laboratuvar temizliğinde;**

* Özel alanlar ve özel durumlar dışında döşeme, duvar, tuvalet ve yerlerin kimyasal dezenfeksiyonu gereksiz olup, su ve deterjan yeterli olmaktadır.
* Özellikle kurum dışından protez lab. Hizmeti alınıyorsa; ölçü, prova materyalleri, protez, aparey vb. dezenfeksiyonu için sağlık kuruluşu ve lab. arasında yazılı bir prosedür geliştirilir.
* Bu prosedür ile ölçü aşamasından protezin bitim aşamasına kadar olan süreçte kurumların imkanı dahilinde hangi aşamada hangi tarafın sorumlu olacağı açıklanmalıdır.
* Ölçü alınması, model elde edilmesi, prova ve protez bitim aşamasından sorumlu olan taraf kontaminasyona engel olmak için işlem yapılır yapılmaz en kısa sürede dezenfeksiyon ve /veya sterilizasyon işlemini gerçekleştirmelidir.
* Bu aşamalarda kullanılan malzemelerin üretici talimatlarına uygun olarak dezenfeksiyonu yapılarak yapısal değişikliğe uğramasına engel olunması sağlanmalıdır.
* Dezenfeksiyon işlemlerinde bu materyaller için uygun ve T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı dezenfektanlar kullanılmalıdır.
* Dezenfekte edilmiş materyal, protez, ölçü vb. kapalı kutu yada kilitli bir poşet içerisine konulmalı ve üzerine dezenfekte edilmiştir etiketi yapıştırılmalıdır.
* Çapraz enfeksiyon riskinin önüne geçmek amacıyla protezlerin yapımında kullanılan motor başlıkların dezenfeksiyon ve sterilizasyonu sağlanmalıdır.
* Polisaj sırasında kullanılan pomza içerisine dezenfektanların katılması ve vakumlu aspirasyon sistemlerinin kullanılması da enfeksiyon önlenmesi için önerilir.
* Hastanın oral kavitesi ile temas etmiş üzerine kan ve sekresyon bulunan tüm atıklar tıbbi atık olarak düşünülmelidir.

 **Yüksek riskli alanlar:**

**Günlük temizlikte;**

* Taşınılabilir eşyalar dışarı çıkarılmalıdır. Hasta ve /veya vücut sıvısı ile direkt temas eden ameliyat masası, kontamine olmuş veya ıslanmış ameliyat lambaları, hemşire masası, kontamine olmuş eşyalar, yüzey yada ekipman dezenfektan ile temizlenir. Eğer kirlenmiş ise duvarlar da temizliğe dâhil edilir.
* Yerler ıslak paspas ile silindikten sonra yer dezenfektanı ile dezenfekte edilmelidir.
* Yerler kan ve vücut sıvıları ile kontamine ise uygun oranda dezenfektanla temizlenir.
* Tekerlekli araçların tekerlek aralarındaki toz ve yabancı cisimler temizlenmelidir.
* Koridorlar sabah –akşam ve kirlendikçe, kapılar günde bir kez, önce temizlenmeli sonra dezenfektanla silinmelidir.
* Birden çok hastada kullanılan dental röntgen cihazı, ışık gibi tıbbi cihazların her hastadan sonra dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.(1/100 çamaşır suyu ya da klor tablet kullanılabilir)klor bileşikleri yüzeylerde korozyon oluşturabilir. Dayanıklı yüzeyler için kullanımı önerilir. Hassas yüzeyler için %70 lik alkol 1 dakika bekletilerek yüzey dezenfeksiyonu sağlanabilir.
* Hasta çıkartıları ile kirlenmiş yüzeylerde öncelikle kâğıt havlu kullanılarak temizlenip, sonrasında 1/10 sulandırılmış çamaşır suyu ya da klor tablet ile dezenfeksiyon yapılır.

**Haftalık temizlikte;**

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

**Ameliyat odası için,**

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

Hastane içinde genel alanlar da dâhil olmak üzere uygun alanlara alkol bazlı el antiseptiği yerleştirilmelidir. Havalandırma sistemleri gözden geçirilmeli periyodik bakımları yapılmalıdır. Havalandırma sisteminin filtrelerinin kontrolü ve değişimleri düzenli yapılmalıdır. Randevu sistemi aktif bir şekilde kullanılmalıdır. Hasta refakatçi sayısı kontrol altında olmalıdır.

|  |
| --- |
| 1. **DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON UYGULAMALARI**
 |

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

**KAPSAM:** ADSM deki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

**TEMİZLİK:** kir ve organik atıkların fiziksel olarak uzaklaştırılmasıdır**.**

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

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

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

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

**Orta seviyeli dezenfeksiyon:** Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatifbakterilerle virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesidir.(genellikle 10 dakika da etkili olur)

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

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

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

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

**Antiseptik:** Canlı üzerinde kullanılabilen germisitlerdir.

**Adıyaman Üniversitesi ADSM de bulunan orta ve yüksek seviyeli dezenfektanlar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Avantajları** | **Dezavantajları** | **Temas süresi** | **Max. Kullanım** |
| **Ortofitalaldehit** | Hızlı etkilidirAktivasyon gerektirmezBelirgin kokusu yoktur.Materyal uyumu iyidir. | Deriyi, giysileri ve yüzeyleri boyar.Proteinleri griye boyar; iyi temizlenmemiş aletlerde renk değişikliği yapar. | 5-12 dakika | **14gün** |
| **Klor ve Klor Bileşikleri(klor tabletler-Sodyum dikloroizosiyan ürat)** | Geniş etki spektrumludur.Musluk suyuyla hazırlanabilirler.Hızlı etkilidir.Daha etkili ve daha dayanıklıdır.Suda kolay çözünebilen formatlardadır.Toksisitesi ve tahriş edici özelliği daha azdır.Çevre problemi oluşturmazBiyofilm tabakasına etkilidir.Suyun sertliğinden etkilenmez. | Organik madde ve proteinlerden büyük ölçüde etkilenirler.Işıkta yıkıma uğrarlar.Koroziv ve tahriş edici özellikleri vardır.(bazı bakır, pirinç ve plastiklere)Tuzruhu gibi asit ve amonyakla birlikte toksik kimyasal bileşiklere yol açtığından kesinlikle birlikte kullanılmamalıdır. | Yüksek düzey dezenfeksiyon için 5000ppm 20 dk.Yer/yüzey dezenfeksiyonu için 2000ppm kuruyuncaya kadarKan /vücut sıvısı bulaşında 10000 ppm kuruyuncaya kadar | **1 gün** |
| **Alkoller(%60-%90)ve sprey yüzey dezenfektanları** | Hızlı etkiliToksik-alerjik etkileri yokRenksiz, uçucu, atık bırakmazKötü koku oluşturmazDurulama ve kurutma gerektirmezMateryal uyumu iyidirDayanıklıdır.Diğer dezenfektanlarla (iyot, Klorhekdizin)etkili kombinasyonlar oluştururlar.Cilt –el antisepsisi için ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun |  | Kuruyuncaya kadar |  |

**Kullanılan araç-gerece göre yapılacak sterilizasyon ve dezenfeksiyon**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sınıflama** | **Tanım** | **Sterilizasyon/dezenfeksiyon****Önerisi** |
| **Kritik araç gereçler** | Steril dokulara steril vücut boşluklarına temas eden (cerrahi aletler, imlantlar, protezler vb.)  | Mutlaka steril olmalıdır. |
| **Yarı kritik araç gereçler** | Mukoza bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden araç gereçler(anestezi ekipmanları, larengeskoplar vb.) | Sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerektirir |
| **Kritik olmayan araç gereçler** | Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile ciltle temas eden araç gereçler(tansiyon aleti, stetoskop, termometre, diş ünit koltukları) | Orta ya da düşük düzeyde dezenfeksiyon veya sadece su –deterjan ile basit temizlik önerilir |

**Adıyaman üniversitesi ADSM de bulunan yer-yüzey dezenfektanları**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Avantajlar** | **Dezavantajlar** | **Kullanım** |
| **Klor ve klor bileşikler(klor tablet-sodyum dikloroizosiyanürat)** | Geniş etki spektrumludur.Musluk suyuyla hazırlanabilirler.Hızlı etkilidir.Suda kolay çözünür.Toksisitesi ve tahriş edici özelliği daha azdır.Biyofilm tabakasına etkilidirSuyun sertliğinden etkilenmez | Organik madde ve proteinlerden büyük ölçüde etkilenirIşıkta yıkıma uğrarlarKoroziv ve tahriş edici özellikleri vardırTuzruhu gibi asit ve amonyakla birlikte toksik kimyasal bileşiklerle yol açtığından kesinlikle birlikte kullanılmamalıdır | **Çamaşır suyu:**Paspaslama işleminde 1/100 lük(15 litre suya 1 pet bardağı -150 ml çamaşır suyu)Yüzey temizliğinde 1/100 lük (5litre suya yarım çay bardağı-50 ml çamaşır suyu)Kan ve diğer vücut sıvılarının bulaştığı yüzeylerde 1/10 luk(1litre suya bir çay bardağı-100ml çamaşır suyu)**Klor tablet:**Yüzey temizliği ve paspaslama işlemi için;17,4 gr’lık tabletlerden 5 litre suya 1 tablet(2000ppm)Kan ve diğer vücut sıvılarının bulaştığı yüzeylerde;17,4 gr’lık tb 1lt suya 2 tb (10000 ppm) |
| **Alkoller (%60 -90) ve sprey yüzey dezenfektanları** | Çabuk etkiliToksik alerjik etkileri yokRenksiz uçucu Kötü koku leke ve atık oluşturmazDurulama ve kurutma gerektirmezMateryal uyumu iyidirDayanıklıdırDiğer dezenfektanlarla uyumludur(iyot, Klorhekdizin)Cilt- el antisepsisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygundur | Sporisit değildirÇabuk buharlaşırYanıcıdırKalıcı etkisi yokturPenetrasyonu zayıfTemiz şartlarda etkiliUzun süreli kullanımda cilt kuruluğuna yol açabilirLastik–plastik malzemeyi sertleştirebilir | Ulaşılmayan küçük yüzeyler ve kritik olmayan araçların dezenfeksiyonunda püskürtme yoluyla kullanılır. |

**Adıyaman üniversitesi ADSM de bulunan antiseptik bileşikler(el ve cilt antiseptikleri)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Org. Mad. Etkilenme** | **Tüberkülosit etki** | **Avantajları** | **Dezavantajları** |
| **Alkoller(%60-90)** | Hafif | (+) | Hızlı etkiliToksik-alerjik etkileri yokDurulama ve kurutma gerektirmezDiğer dezenfektanlarla(iyot, klorhekzidin)etkili kombinasyonlar gösterirlerCilt –el antisepsisi ve temiz yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun | Çabuk buharlaşırYanıcı, parlayıcıPenetrasyonu zayıf Kirli ortamda etkisizdir.Uzun süreli kullanımda ciltte kuruluk ve irritasyon yapabilir |
| **Klorheksidin** | Minimal(+) |  | Antimikrobiyal spektrumu geniştirGram (+)bakterilere etkindirKalıcı etkisi daha güçlüdür. | Sabunlar, fosfat ve nitrat gibi iyonik kimyasallarla geçimsizliği vardırGram(-) bakterilere daha az etkindirCiddi konjektivit ve kornea hasarına neden olabilir. |
| **İyodofor’lar** |  **(+)** |  **(+)** | İyodun ağır koku, tahriş edici etki ve kalıcı boyama özeliklerini göstermezlerBakteri sporları dâhil geniş spektruma sahiptirler. | Nispeten yavaş etki gösterirlerKan varlığında aktivitelerini büyük ölçüde kaybederler.Nadiren iyot alerjisi oluşturabilirlerCilt, göz irritasyon yapabilir. |

**UYGULAMA:**

El antisepsisi ‘El Hijyeni Talimatı’nda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Cilt antisepsisi’ Damar İçi Katater Uygulama Talimatı’nda anlatılmıştır.

Yer ve yüzeylerin dezenfeksiyonu ‘Hastane temizliği’ prosedüründe ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

**Alet dezenfeksiyonu uygulaması:**

* Kullanıcı önlük ve eldivenini giyer, maskesini takar.
* Daha önce sınıflandırması yapılmış aletler ayrılabilir parçaları sökülerek bol su ve deterjanla organik kirden arındırılır
* Bol su ile durulanır ve kurulanır
* Isıya dayanıklı kritik ya da yarı kritik aletler paketlenerek sterilizasyon ünitesine gönderilir
* Isıya dayanıklı olmayan yarı kritik araçlar için yüksek düzey dezenfeksiyon çözeltisi hazırlanır
* Dezenfektan kabının uygun bir yerine solüsyonun hazırlanma ve son kullanma tarihi, hazırlayan kişinin adı yazılır.
* Aletler dezenfektan çözeltisi içine tamamen batırılır. Daha önce açıklanan sürelere uygun bit şekilde bekletilir
* Çıkarılan aletler distile su ile durulanır ve iyice kurutulduktan sonra kolay temizlenebilir dolaplarda saklanır

**Aletlerin sınıflandırılması ve sterilizasyon/dezenfeksiyon yöntemleri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kritik Aletler** | Cerrahi aletler, protezler | Isıya dayanıklı olanlar için otoklav ile sterilizasyon Isıya dayanıksız malzeme için etilen oksit ile sterilizasyonTek kullanımlık aletlerin yeniden kullanımında her birim kendi protokollerini oluşturmalı ve bu uygulamalar sürecinde protokole disiplin ile uyulmalıdır. |
| **Yarı Kritik Aletler** | Hava yolu araçları, anestezi solunum devreleri, larengeskop, vb. aletler | Klor tablet ile 20 dakika yüksek düzey dezenfeksiyonDezenfeksiyon sonrası distile su ile durulanmalı, kurutulmalı ve dolapta saklanmalıdır  |
| **Kritik Olmayan Aletler** | Tansiyon aleti manşonu, steteskop, ünit butonları  | 1/100 dilüe çamaşır suyu ya da %70 alkol ile silinir.Çamaşır suyu sadece ser ve düzgün yüzeyler için uygundur. Deri mukoza ve göz irritasyon yapabilir |

**Yukardaki işlemler mekanik temizlik sonrası yapılır.**

|  |
| --- |
| 1. **İZOLASYON UYGULAMALARI TALİMATI**
 |

**AMAÇ**: patojen mikroorganizmaları bulunduran /bulundurma olasılığı yüksek olan kaynaklardan, sağlık kurumundaki hastalara, sağlık personeline ve refakatçilere yayılımını önlemektir.

**KAPSAM:** Tanı ve tedavi uygulamalarını yapan tüm birimlerdeki sağlık çalışanlarını kapsar

**TANIM:** İzolasyon; kelime anlamı olarak ayırma, soyutlama, tecrit etme anlamına gelmektedir.

Enfeksiyonun yayılmasını önlemede izolasyon yöntemlerinden yararlanılır.

**STANDART İZOLASYON YÖNTEMLERİ**

* ADSM deki tüm hastalara tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşabilecek bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemleri kapsar.
* Kan ve vücut sıvıları, sekresyonlar ile kontamine materyalle direk temas sonrasında eller yıkanmalıdır. Tüm hastaların kan ve vücut sıvılarının potansiyel olarak HIV, HBV ve diğer kan yoluyla bulaşan patojenlerle kontamine olabileceği düşünülmelidir.
* Hasta ile direk temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
* İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
* İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken eller yıkanmalıdır.
* Kan vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas ve kontamine cihazlarla temas sonrasında nonsteril eldiven giyilmelidir. Kullanım sonrası çevreye dokunmadan eldiven çıkartılmalı, eller yıkanmalıdır.
* Kontamine eşyalar ile temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
* El yıkama; **EL HİJYENİ;** talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
* Eldivenler küçük görünmeyen yırtıkların olabilmesi, kullanım sırasında yırtılabilmeleri nedeniyle enfeksiyon riskini tamamen ortadan kaldırmaz. Bu nedenle eldiven giyilmeden önce ve eldiven çıkartılırken ellerde kontaminasyona meydana gelmesi kaçınılmaz olduğu için bir hastadan diğerine geçerken eldiven değiştirmenin yanı sıra eldiven giymeden önce ve çıkardıktan sonra eller yıkanmalıdır
* İzolasyon uygulanmış hasta kliniğine girmeden önce hastadan hastaya geçişte eller yıkanarak eldiven değiştirilmelidir.
* Bulaş riskinin yüksek olduğu durumlarda çift eldiven giyilmelidir. Kan ile kontaminasyonun fazla olduğu durumlarda ve kan alma işlemi yapılırken mutlaka eldiven giyilmelidir
* Vücudun steril bölgelerine yapılan müdahalelerde ve açık yaralarda kullanılan malzemelerin sterilliğinin korunması durumunda steril eldiven giyilmelidir
* Delici kesici alet yaralanmalarına karşı korunulmalıdır. İğne uçları bükülmemeli kullanımdan hemen sonra delici kesici atık kutusuna atılmalıdır.
* Eksudatif deri lezyonu olan sağlık personeli iyileşene kadar doğrudan hasta bakımı veya araç gereç bakımı ile ilgilenmemelidir.
* Kan ve diğer vücut sıvıları ile kirlenen ünit kılıfları ve diğer materyaller özel torbalar içerisinde transfer edilmelidir.
* Kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ihtimali bulunan durumlarda mukoz membranları korumak için maske, gözlük, yüz siperliği kullanılmalıdır.
* Deri ve giysilere sıçrayabilen materyale karşı korunmak için, temiz steril olmayan önlük yada box gömleği giyilmelidir. Bu koruyucu ekipmanlar çıkarıldıktan hemen sonra eller yıkanmalıdır
* Koruyucu ekipman sırasıyla giyilip çıkarılmalıdır.

**Giyme sırası:** önlük, maske, yüz siperliği, eldiven

**Önlük giyilmesi:** önlük malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmelidir. Uygun tip ve boyutta olmalı, arkadan bağlanmalıdır.

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

**Gözlük –yüz siperliği giyilmesi:** Gözleri ve yüzü tam olarak kapatmalı, yüze uygunluk tam olmalı, yüze oturmalıdır.

**Eldiven giyilmesi:** Eldivenler en son giyilmelidir. Doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli, eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalı, önlüğün kol manşetlerinin üzerine çekilmelidir. Eldiven giyildikten sonra, temizden kirliye doğru çalışılmalı, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı, eldivenler tekrar kullanılmamalı, eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı, eldiven üzerine el dezenfektanı uygulaması yapılmamalı ve eldivenli eller yıkanmamalıdır.

**Çıkarma sırası:** Eldiven, gözlük-yüz siperliği, önlük, maske

**Eldiven çıkarılması:** Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilmeli, diğer eldiven el ile tutulmalı, eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyırılmalı, içi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atık kutusuna atılmalıdır.

**Gözlük-yüz koruyucu çıkarılması:** Eldivensiz eller ile çıkarılmalıdır.

**Önlük çıkarılması:** Omuz kısımlarından tutulmalı, kontamine dış yüz içe doğru çevrilmeli, yuvarlayarak katlanmalı, çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir.

**Maske çıkarılması:** Maske bağları alt kısımdan başlanarak çözülür, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas yapılmamalıdır. Bağlardan tutularak atık kutusuna atılmalıdır.

Tek kullanımlık araçlar uygun bir yöntem ile ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Tekrar kullanılabilecek aletler sterilizasyon /dezenfeksiyon olmadan başka bir hasta için kullanılmamalıdır.

**BULAŞMA YOLUNA DAYALI İZOLASYON YÖNTEMLERİ**

Bilinen yada şüphelenilen bulaşıcı, epidemiyolojik olarak önemli patojenlerle enfekte yada kolonize olan hastalara yaklaşımda standart izolasyon yöntemlerine ek olarak bulaşma yoluna dayalı izolasyon yöntemleri uygulanmalıdır. Eğer hastalığın bulaşma yolu birden fazla ise bu önlemler kombine edilebilir bulaşma yoluna yönelik önlemler üç grupta incelenebilir.

**1)Temas İzolasyonu Endikasyonları:**

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

 **a-**klinik ve epidemiyolojik önemi enfeksiyon kontrol komitesince vurgulanan çoğul dirençli mikroorganizmalarla solunum, deri veya yara enfeksiyonu vb.

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

* Clostridium difficile
* Enterohemorajik escherchia coli, shigella, hepatit A ve Rotavirüs (pediatrik hastalarda)
* Respiratory syncytial virüs, parainfluenza virüs ve enteroviral enfeksiyonlas

**c -** Yüksek bulaştırıcılık özelliğine sahip deri enfeksiyonları

* Difteri
* Herpes simplex virüs
* İmpetigo
* Majör(drene olmuş)abseler,
* Bitlenme
* Uyuz
* Stafilokoksik furonkülozis
* Zoster(dissemine veya bağışıklığı düşük kişilerde)

 **d-**Viral/hemorajikhemorajik konjoktivit

 **e-**Viral hemorajik ateşler

**UYGULAMALAR**

Bu hastaların dental işlem aciliyetleri bulunmuyorsa dental işlemler mevcut durumunun tedavi edilmesi sonrasına bırakılmalıdır. Bu mümkün değilse dental işlemler yapılırken kişisel koruyucu ekipmanlar mutlaka kullanılmalıdır. İşlem sonunda koruyucu ekipmanlar belirlenen sıraya göre çıkarılmalı eller Antimikrobiyal sabunlar ile yıkanmalı ya da el dezenfektanı kullanılmalıdır. Eldiven çıkarıldıktan sonra ya da yıkandıktan sonra hiçbir şekilde kullanılan dental ünite dokunulmamalıdır. İşlemin akabinde kullanılan dental ünitin dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Tıbbi cihazların diğer hastalar ile ortak kullanımının önüne geçilmelidir. Ortak kullanım zorunluluğu varsa mutlaka cihazın dezenfeksiyonu yapılmalıdır. izolasyon uygulanan alanın tüm yüzeyleri hemen uygun dezenfektanlarla silinmelidir.

**2)** **Solunum İzolasyonu Endikasyonları:**

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

* Akciğer ve larengeal tüberküloz
* Kızamık
* Suçiçeği
* Avian enflüanza
* Yaygın Zoster enfeksiyonu

**UYGULAMALAR:**

Hastalar saatte 6-12 hava değişimi olan, havanın doğrudan dışarı atıldığı veya hastanenin diğer alanlarına yayılmadan yüksek etkili filtrasyonla temizlendiği negatif basınçlı özel Odalarda işleme alınmalıdır. Klinik kapısı ve pencereleri kapalı tutulmalı, hasta zorunlu haller dışında odadan çıkmamalıdır. Hastanın transportu gerektiğinde hastaya cerrahi maske takılmalıdır.

Odaya giren herkes yüzüne uygun büyüklükte, 1 mikrometre büyüklüğünde partikülleri filtre edebilen, filtrasyon özelliği en az %95 olan maskeler kullanmalıdır.

Tanımlanmış veya şüpheli tüberkülozu olan hasta öksürürken ve burnunu silerken Kâğıt mendil kullanmalıdır. Tüberküloz ekarte edilene kadar hasta izolasyonu sürdürülmelidir.

Çoklu ilaç direnci olan hastalar, merkezde kaldıkları sürece izolasyonda olmalıdırlar.

Kızamık ya da suçiçeği tanısı almış hastaların bulunduğu kliniğe duyarlı kişiler ya da immün sistemi düşük kişiler girmemelidir. Mutlaka girmek durumunda olduklarında N95 solunum maskesi

İle girmelidirler. Bu etkenlere karşı bağışık kişilerin maske kullanmalarına gerek yoktur. Hasta klinikten ayrıldıktan sonra oda dezenfeksiyon kurallarına uygun olarak temizlenmelidir

**3)** **Damlacık İzolasyonu Endikasyonları:**

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

* H. influenzae tip b
* Çoklu dirençli pnömokok enfeksiyonları
* Boğmaca
* Streptokokal farenjit ya da pnömoni
* Kabakulak, parvovirus B 19 enfeksiyonları, influenzae ve kızamık

**UYGULAMALAR:**

* Hastaya mümkün mertebe tekli odada müdahale edilmelidir.
* Odanın kapısı açık kalabilir
* Kişisel koruyucu ekipman mutlaka kullanılmalıdır
* Hasta çok elzem olmadıkça müdahale odasının dışına çıkarılmamalıdır. Grafi vb. nedenler ile zorunlu ise hastaya cerrahi maske takılmalıdır.

|  |
| --- |
| **7- ATIK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ** |

**1. AMAÇ:** Atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere tesliminin sağlanmasıdır. Tıbbi atık yönetiminin uygulama amacı; tıbbi atıkların merkezimiz sağlık personeline ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.

**2. KAPSAM**: Hastanenin tüm birimlerini kapsar.

**3. SORUMLULAR**: Başhekim.

**4. TANIMLAR**:

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

**SAĞLIK KURULUŞLARINDAN KAYNAKLANAN ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVSEL ATIKLAR** | **TIBBİ ATIKLAR** | **TEHLİKELİ ATIKLAR** | **RADYOAKTİF ATIKLAR** |
| * Genel atıklar
* Ambalajlı atıklar
 | * Enfeksiyöz atıklar
* Patolojik atıklar
 | * Kesici delici atık
* Tehlikeli atıklar
 | * Radyoaktif atıklar
 |

 **A: Genel Atıklar**: Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklardır .

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

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

Başlıca kaynakları;

* Protez laboratuvar atıkları
* Kültür ve stoklar
* Enfeksiyöz vücut sıvıları
* Serolojik atıklar
* Kan, kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesneler
* Kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven vb.)
* İnsan dokuları
* Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri,

**D: Patolojik Atıklar:**

* Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları

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

* Enjektör iğnesi, iğne içeren diğer kesiciler
* Bisturi, lam-lamel, cam pastör pipeti
* Kırılmış diğer camlar vb.

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

* Tehlikeli kimyasallar (temizlik, dezenfeksiyon, diagnostik çalışmalardan sonra artan katı, sıvı ve gaz kimyasal atıklar)
* Amalgam atıkları
* Genotoksik ve sitotoksik atıklar
* Farmasötik atıklar
* Ağır metal içeren atıklar
* Basınçlı kaplar (flakonlar, anestezik gazların depolandığı basınçlı tüpler)

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

1. **UYGULAMA:**

Tıbbi atıklar, evsel nitelikteki atıklar, geri kazanılabilen atıklar ve tehlikeli atıkların toplanmasında farklı renkli torbalar ve uygun kaplar kullanılmalıdır.

 Evsel nitelikteki atıklar, tıbbi atıklardan ayrı olarak **siyah torbalarda** biriktirilmeli, günde 2 kez toplanarak tıbbi atıklardan ayrı olarak geçici depolanmalıdır.

Geri kazanılabilen atıklar kontamine olmamak koşuluyla **mavi torbalarda** biriktirilmeli, günde 2 kez toplanarak tıbbi atıklardan ayrı olarak geçici depolanmalıdır.

Tıbbi atıklar, bu iş için eğitilmiş personel tarafından diğer atıklardan ayrı olarak; 100 Mikron kalınlığında (çift kat), 60cm.(en) x 85cm.(boy) ebadında, sızdırmaya dayanıklı, nem geçirmeyen, normal şartlarda yırtılma ve patlamaya karşı dirençli ve orta yoğunluklu polietilenden yapılmış, üzerinde **“Uluslararası Klinik Atıklar Amblemi”** ve **“Dikkat! Tıbbi Atık”** ibaresi bulunan en az 10 kg kaldırma kapasiteli kırmızı renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. En fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağzı sıkıca kapatılmalı, gerekiyorsa sızmaları önleyecek şekilde iç içe iki torba kullanılmalıdır. Tıbbi atıklar en az günde 2 kez, torbalar dolduğunda hemen toplanarak tıbbi atık geçici deposuna taşınmalıdır.

Kesici-delici atıkların toplanmasında plastikten yapılmış kutu veya konteynerler kullanılır. Delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı; su geçirmez, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan;’ **“Uluslararası Biyotehlike’’** amblemi ve **‘’Dikkat! Kesici ve Delici Atık Kutusu’’** ibaresi bulunmalıdır.

Tıbbi atık torbaları sağlık kuruluşlarında özel araçlarda toplanırlar. Bu araçlar; tekerlekli ve kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemelerden yapılmış, keskin kenarları olmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay, sadece bu iş için ayrılmış, turuncu renkli ve üzerinde “**Uluslararası Biyotehlike’’**amblemi ve “**Dikkat! Tıbbi Atık**” İbaresi bulunmalıdır.

**Kırmızı çöp poşetine atılacaklar:**

* Enjektörler
* İntravenöz kateterler
* Disposibl diğer malzemeler
* Aspirasyon sondası
* İzolasyon atıkları
* Delici-kesici aletler (koruyucu bir kapta toplandıktan sonra çöp poşetine atılmalıdır)
* Kullanılmış pansuman malzemeleri
* Kullanılmış eldiven
* Cerrahi pansuman malzemeleri
* Bildirimi zorunlu hastaların atıkları
* Kontamine araç ve gereçler
* Protez ölçü maddesi atıkları
* Hasta önlüğü, bardağı, suction
* Ünit tabla örtüsü
* Pamuk peletler, spançlar
* Röntgen filmleri
* İnsan patolojik atıkları
* Kan ve kan ürünleri
* Sekresyon ve çıkartılar
* Laboratuvar atıkları

**Kesici-Delici Alet Kutusuna atılacaklar:**

* Branül
* Bisturi
* Kontamine cam kırıkları
* Kırık ampuller
* İğne uçları
* Sutür iğneleri
* Braket ve splint tel atıkları
* Kanal aletleri ve frezler
* Metal kron ve kroşe parçaları
* Frez, kanal eğesi,
* Kırılmış el aleti uçları anestezik ampul, ampul formatında ilaçlardır.

 **Siyah çöp poşetine atılacaklar**:

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

**Mavi çöp poşetine atılacaklar:**

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

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

* Tehlikeli atıklar kapsamındaki atıklar(Boya, vernik, yapıştırıcı, kozmetik atıklar, laboratuvar kimyasalları, kullanım süresi geçmiş ilaçlar, floresanlar, basınçlı kaplar, kartuş ve toner, aküler, piller, hava filtreleri, radyoloji birimi atıkları vb. kendi sınıfına göre ayrı ayrı olmak üzere)
* Amalgam atıkları, amalgam kapsül atıkları, aeratör yağı kapları, kullanılan tarihi geçmiş ilaçlar, bozulmuş aşı ve serumlar, klor tableti kutusu, kanal dolgu patı kutusu, asit etch kutusu, tonerler, floresan lamba, kartuştur.

**Atıkların Ünite İçerisinde Taşınması**:

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

**Atıkların Geçici Depolanması:**

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

**Atık Toplama İşlemi Temel İlkeleri**:

* Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilmelidir. Yıl içinde en az 3 kez, belirlenen aralıklarla tıbbi atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması, yarattığı sağlık riskleri, neden olabileceği yaralanma ve hastalıklar, bir kaza ya da yaralanma anında alınacak tedbirler konusunda eğitimi tekrarlanmalıdır.
* Tıbbi atık toplayan elemanlar turuncu renkli özel elbiselerini giymelidir. Koruyucu başlık, maske, gözlük, çizme, özel eldiven kullanması sağlanmalıdır.
* Tıbbi atık toplayan personeller hepatit B ve tetanoz aşısı ile aşılanmalıdır. Kesici-delici aletlerle yaralanmaları durumunda ‘Personel Kaza Bildirim Formu’ nu doldurarak Çalışan Güvenliği görevlisine müracat etmelidir.
* Atıklar kesinlikle birbiriyle karıştırılmamalıdır.
* Toplama ekipman ve gereçleri atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulunmalıdır.
* Atık torbaları ağzına kadar doldurulmamalı, torbadan torbaya boşaltılmamalı, dörtte üç (¾) oranında dolmuş atık torbası hemen yenisi ile değiştirilmeli, toplama ekipmanları atıkların kaynağına yakın yerlerde bulundurulmalıdır.
* Kesici delici aletler; delinmez, sızdırmaz, ağızları kilit kapaklı özel kutulara atılarak
toplanmalıdır. Bu kaplar asla ağzına kadar doldurulmamalıdır. Enjektörler kullanıldıktan
Sonra iğne uçları kapatılmadan bu kutulara atılmalıdır.
* Kesici-delici alet kutuları çalışma alanında bulundukları müddetçe dik tutulmalarına özen gösterilmelidir.
* Kesici delici alet kutuları dolduğu zaman kapakları sıkıca kapatılmalı, kırmızı renkli plastik torbalar içerisine konulup ağızları sıkıca kapatılarak geçici depolama alanına taşınmalıdır.
* Sıvı tıbbi atıklar talaş ile katılaştırılarak kırmızı poşetlere atılmalıdır
* Atık torbalarının taşınması özel taşıma araçları ile yapılmalıdır. Evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmemelidir.
* Yüklenmiş atık taşıma aracı, insan trafiğinin yoğun olmadığı, belirlenmiş güzergahı izleyerek geçici depo alanına ulaştırılmalıdır.
* Taşıma sırasında torbaların patlaması durumunda atıklar ikinci bir torbaya konmalı, ‘Tıbbi Atık Kaza Bildirim Formu’ doldurulmalı ve olay sırasında kontamine olan yüzeyler 1/10’luk sodyum hipoklorid solüsyonu ile dezenfekte edilmelidir.
* Kırmızı torbalar, tahrip olmaması ve içindekilerin dağılmaması için kesinlikle fırlatılmamalı ve atılmamalıdır.
* Atıklar bertaraf alanına taşınana kadar 48 saati geçmemek üzere geçici depolama alanında bekletilmelidir.
* Evsel nitelikli atıklar, ambalaj, tehlikeli ve tıbbi atıkların Konacağı geçici depo ve konteynerler ayrı olmalıdır.
* Evsel nitelikli atık ve tıbbi atık kovaları haftada bir kez ve görünür kirlilik olduğunda deterjan ve su ile temizlendikten sonra çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir (evsel atık kovası 1/100-tıbbi atık kovası 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu ile).
* Tıbbi atık geçici deposundaki sızıntılar kanalizasyona verilmeyip emici bir malzemeyle toplanmalı ve kırmızı torbalara konulmalıdır.
* Deponun kapıları kapalı ve kilitli tutulmalı, görevli personel dışında kişilerin girmesi önlenmelidir.
* Tıbbi atık geçici deposu ve tıbbi atık taşıma araçları her boşaltım sonrası, ayrıca bir sızıntı olduğunda 1/10’luk sodyum hipoklorid solüsyonu ile dezenfekte edilmeli, temizlikte kullanılan tüm malzemeler kırmızı poşete atılmalıdır.

**Tehlikeli Atıklarla İlgili Temel İlkeler**:

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

|  |
| --- |
|  **8- ANTİBİYOTİK KULLANIMININ KONTROLÜ TALİMATI** |

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

**2. KAPSAM**

Bu prosedür hastanedeki tüm tanı ve tedavi uygulamalarını yapan birimleri kapsar.

**3. SORUMLULAR**

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

**4. UYGULAMA**

Merkezimizde antibiyotik kullanım ilkeleri ve doğru antibiyotik kullanımı Enfeksiyon Kontrol komitesi tarafından izlenir

Kontrol Ekibi izlem sonuçlarına göre gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri planlar ve uygular.

Kontrol ekibi merkezimiz antibiyotik direnç paternine göre bazı antibiyotiklerin kullanımını sınırlayabilir veya tercihen kullanımlarını önerebilir**.**

Kontrol Ekibi hastanede kullanılan cerrahi profilaktik antibiyotikleri ve doğru kullanım oranlarını izler.

Cerrahi profilaktik antibiyotik doğru kullanım oranları ve profilakside saptanan eksiklikler üç ayda bir cerrahi birimlerde çalışan hekimlere ve yönetime raporlanır.

Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik kullanımı konusunda ‘ cerrahi birimler ‘de antibiyotik profilaksisi ‘talimatına uygun hareket edilmelidir. Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) imzası gerektiren antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanından konsültasyon istenerek onay alınmalıdır.

 Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastane enfeksiyonu etkenleri ve antibiyotik direnç oranları üç ayda bir ilgili birimlere bildirilir.

|  |
| --- |
|  **9- CERRAHİ BİRİMLERDE ANTİBİYOTİK PROFLAKSİSİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:**

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

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

**3. UYGULAMALAR**:

* Antimikrobiyal profilaksi temiz-kontamine (gastrointestinal ve/veya solunum sistemine kontrollü olarak girilmiştir; ancak önemli bir bulaş söz konusu değildir) ve bazı özel durumlarda (protez ve/veya immunsüpresyon) temiz cerrahi girişimlerde (enfeksiyon bulgusu yoktur; gastrointestinal, genitoüriner ve solunum sistemine girilmemiştir) uygulanmalıdır.
* Kontamine (akut enflamasyon, aseptik teknikten sapma) ve kirli (pürülan enflamasyon, perfore organ) cerrahi girişimlerde antibiyotik kullanımı tedavi amaçlı olmalıdır.
* Antimikrobiyal profilaksi bakteriyel kontaminasyon ya da doku invazyonu olmadan önce kullanılmalıdır.
* Optimal etkinlik elde edilebilmesi için antimikrobiyal profilaksinin cerrahi insizyondan 1 saat önceki zaman dilimi içinde; tercihen anestezi indüksiyonu ile birlikte yapılması gereklidir.
* Profilaktik antimikrobiyal ilaçlar İV yolla uygulanmalıdır.
* Tek doz profilaksi verilmelidir.
* Ameliyat esnasında doz tekrarı gereken durumlar: Majör kanama (>1500 ml), sıvı replasmanı >15 ml/kg yapılması, ameliyat süresi kullanılan antibiyotiğin yarı ömrünün iki katından daha uzun ise (Sefazolin için 3-4 saatten uzun süren operasyonlarda) doz tekrarı gerekir.
* Profilaksi süresi 48 saatten uzun olmamalıdır.
* Komplike enfeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotikler (karbapenemler, 3. ve 4. Kuşak sefalosporinler, glikopeptidler vb.) profilaksi amacıyla kullanılmamalıdır.
* Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastanede CAİ etkeni olarak üretilen mikroorganizmaların direnç profili izlenmeli ve bu profile göre profilakside kullanılan antibiyotiklerin seçimi konusunda görüş bildirilmelidir.
* Vankomisin ancak metisilin dirençli organizmalarla olan enfeksiyonların oranının yüksek olduğu durumlarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi önerisi ile kullanılmalıdır. Vankomisin infüzyon süresi bir saatten kısa olmamalıdır.

|  |
| --- |
|  **10- CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:**

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

1. **TANIM:**

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

1. **KAPSAM:**

Tüm cerrahi birimleri ve bu birimlerde çalışanları kapsar.

**4. UYGULAMALAR:**

**1. Preoperatif öneriler**

**Hastanın hazırlanması:**

* Elektif operasyon öncesi cerrahi girişim yerinin uzağında herhangi bir enfeksiyon varsa tedavi edilmeli, gereğinde enfeksiyon düzelinceye kadar operasyon ertelenmelidir.
* Diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü sağlanmalı ve özellikle perioperatif hiperglisemi gelişmesi önlenmelidir.
* Operasyondan bir gece önce hastaların banyo yapması sağlanmalıdır (mümkünse klorheksidinli solüsyon ile banyo yapılması veya klorheksidinli sünger ile vücut temizliği önerilir).
* Ameliyat bölgesi tıraşı tıraş makinası ile operasyondan hemen önce yapılmalıdır. Mümkün değilse hiç tıraş edilmemeli ve kesinlikle jilet kullanılmamalıdır.
* Cildin antiseptiklerle temizliği, ameliyattan hemen önce Povidon iyot ile insizyon hattından dışa doğru dairesel şekilde yapılmalıdır. Hazırlanan alan kesi değişimlerine ve dren yerleştirmeye izin veren yeterlilikte olmalıdır.

**Ameliyat ekibinin el/kol antisepsisi ve hazırlığı:**

* Tırnaklar kısa olmalı, eller ve önkol, ameliyat öncesi uygun bir antiseptikle en az 2-5 dakika süre ile fırçalanmalıdır.
* Elde ve kolda takı olmamalıdır.
* Fırça ile temizlendikten sonra eller vücuttan uzak olacak şekilde fleksiyonda ve yukarı doğru tutulmalı, sular parmaklardan el bileğine doğru akmalı. Eller steril kompres ile kurulanmalı.
* El ve ön kol antisepsisi ‘El Hijyeni Talimatı’na uygun olarak yapılmalıdır.
* Bulaşılabilen bir enfeksiyon hastalığı olan personel, hastalığı düzelene kadar görevden uzaklaştırılmalıdir.
* Cildinden drenajlı lezyonu olan cerrahi personel; kültürleri alınıp, enfeksiyon olmadığı ispatlanıncaya/enfeksiyonu kayboluncaya kadar görevden uzaklaştırılmalıdır.
* Çevre-zemin temizliği ve dezenfeksiyonu ‘Hastane Temizliği Prosedürü’ne uygun olarak yapılmalıdır.
* Cerrahi aletler ‘Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı’ na uygun olarak sterilize edilmelidir.
* Profilaktik antibiyotik kullanılması konusunda ‘Cerrahi Birimlerde Antibiyotik Profilaksi Talimatı’na uyulmalı, özel durumlarda Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile konsülte edilmelidir.

**İntraoperatif öneriler:**

* Ameliyathanede sıcaklık 20-23°C, rölatif nem %30-60 arasında olmalıdır.
* Ameliyathanede hava akımı temiz havadan daha az temiz havaya doğru; saatte en az üç kez temiz hava ile değişim olmak üzere, en az 15 hava değişimi sağlanmalıdır.
* Ameliyat odalarında koridorlara ve diğer komşu alanlara göre pozitif basınç sağlanmalıdır. Ameliyathane havası tavandan içeri verilip, zemine yakın yerden dışarı atılmalıdır.
* Ameliyathanede UV ışını kullanılmamalıdır.
* Enfeksiyon kontrolü için ameliyathanenin veya ameliyat odalarının girişine yapışkan paspas ya da kumaş örtüler kullanılmamalıdır.
* Ameliyathanede rutin ortam kültürü alınmasına gerek yoktur.
* Ameliyathane girişinden temiz bölgeye geçerken özel terlik veya galoş giyilmeli, eldiven, steril önlük ve maske kullanılmalıdır.
* Ameliyat ekibinin tümüne (uzak bölgede de olsa) maske ve bone kullanım zorunluluğu getirilmelidir.
* Operasyon odaları malzeme-personel-hasta girişi dışında kapalı tutulmalıdır.
* Operasyon odasında sadece gerekli personel bulunmalıdır. Ameliyat odasına giren görevli sayısı sınırlı tutulmalıdır.
* İntravasküler aletlerin, kateterlerinin yerleştirilmesi veya İntravenöz ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında asepsi prensiplerine uyulmalıdır.
* Steril malzemelerin paketleri/bohçaları kullanımdan hemen önce açılmalı ve kullanım öncesinde paket/bohça üzerindeki maruziyet indikatörü ve paket/bohça içindeki indikatör

veya çok parametreli indikatör kontrol edilmelidir.

* Sterilitesi konusunda şüpheye düşülen malzemeler kullanılmamalıdır.

**Postoperatif öneriler:**

* Tüm doktor, hemşire, personel ve hasta yakınları el yıkamaya özen göstermelidir.
* Hasta ve ailesi doğru insizyon bakımı, CAE semptomları ve bu semptomların bildirilmesi konusunda eğitilmelidir.
* Hastaya bakım hizmeti veren personelin her hastada el yıkama ve eldiven değişiminin kontrolü sağlanmalıdır.
* Primer olarak kapatılmış bir insizyon ameliyattan sonra 24-48 saat steril bir örtüyle kapalı

tutulmamalıdır.

* Pansumanlarda ve yara bölgesine her türlü temastan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalı

ve pansumanlarda steril teknik kullanılmalıdır.

* Postoperatif yara bölgesi temiz ve kuru tutulmalı, ıslanmış ve kirlenmiş pansumanlar bekletilmeden değiştirilmelidir. Yara yeri serum fizyolojik ile temizlendikten sonra Povidon iyot ile pansuman yapılmalıdır.
* Kliniklerdeki pansuman odaları, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri sorumlu hemşireler tarafından kontrol edilmelidir.
* Pansumanlar sadece doktorlar tarafından yapılmalı, yara bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir.
* Klinik, laboratuvar (lökositoz, CRP, sedimentasyon artışı vs.) ve radyolojik bulgular telkin

ediyorsa hasta enfeksiyon açısından değerlendirilmeli, her ateş yüksekliğinde enfeksiyon

düşünülerek antibiyotik başlanmamalıdır.

* Enfeksiyon düşünülen hastalarda antibiyotik başlamadan önce uygun bölgelerden kültür alınmalı, gerek ampirik tedavide, gerekse kültür antibiyogram sonuçlarına göre Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile konsülte edilerek antibiyotik başlanmalıdır.
* Hastane enfeksiyonu tespit edilen vakalar mümkünse ayrı odada takip edilmeli, özellikle

MRSA, ESBL+ gram negatif bakteriler, pseudomonas, acinetobacter gibi çok ilaca dirençli

bakterilerle enfekte hastaların izleminde ‘Çok İlaca Dirençli Bakteri Kontrolü Talimatı’na uyulmalıdır.

|  |
| --- |
| **11- DAMAR İÇİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI** |

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

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

**3. KISALTMALAR/TANIMLAR:**

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

**KİKDE**: Katater İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonu

**SVK**: Santral Venöz Kateter

**PVK**: Periferik Venöz Kateter

**UYGULAMA:** Genel İlkeler:

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

**El Hijyeni:**

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

**Katater Takılması ve Bakımı:**

 DİK takılımı ve bakımı sırasında aseptik teknik kullanılmalıdır. Periferik DİK takarken nonsteril eldiven giyilmelidir.

Kateter takma esnasında maksimum bariyer ve asepsi önlemleri alınmalıdır. Kateter takılmadan önce uygulama alanının antisepsisinde %2’lik klorheksidin, %10’luk povidon iyot ya da %70’lik alkol kullanılmalıdır. Antiseptiklerin kuruması beklenmelidir. Povidon iyot kullanılacak ise üç dakika süre ile uygulanmalı ve iyot kurumaya bırakılmalıdır. Povidon iyot sonrası alkol kullanılması tahrişi önler. Deri temizliği yapıldıktan sonra giriş yeri palpe edilmemelidir (steril alanda çalışılıyor ise palpe edilebilir)

**Kataterlerin Değişimi:**

Erişkin hastalarda flebit gelişimini önlemek için PVK’ler 72-96 saatte bir değiştirilmelidir. Kateter bölgesinde pürülan materyal görülen her DİK değiştirilmelidir.

KİKDE şüphesi olan, hemodinamisi stabil olmayan her hastada DİK değiştirilmelidir.

**İntravenöz İlaç Uygulamarı /Puşe İşlemleri:**

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

|  |
| --- |
| **12- AMELİYATHANEDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI** |

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

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

**3. UYGULAMA:**

* Ameliyathanenin tüm yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
* Ameliyathane girişinde paspas veya yapışkan yüzeyli malzeme kullanılmamalıdır.
* Ameliyathanenin iç donanımı minimal seviyede tutulmalı ve kolay temizlenebilir eşyalar kullanılmalıdır.
* Ameliyathane içerisinde steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir. Belirlenen bu alanlar uyarıcı yazılarla tüm personel tarafından görülebilecek şekilde belirtilmelidir.
* Enfeksiyon kontrolü ve fonksiyonel işleyiş açısından temiz alanlar (ameliyathane odaları, steril malzeme ve cerrahi yıkanma odaları) ve kontamine alanlar (hasta girişi, giyinme, ofis ve ameliyat sonrası bakım alanları) birbirinden ayrılmış olmalıdır. Temiz alana cerrahi giysi, bone ve maske ile geçilmelidir.
* Temiz ve kirli malzeme akışı fizik olarak mümkünse ayrı ulaşım yolundan sağlanmalıdır. Eğer sağlanamıyorsa malzemelerin taşınmasında kirli ve temiz malzemelerin birbirine temas etmeyecek şekilde zamanlama ve taşınma kuralları oluşturulmalıdır.
* Ameliyathane sıcaklığı 20–23 derece olmalı, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18–26 derece arasında ayarlanabilmelidir. Nem oranı minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.
* Ameliyathanenin özel havalandırma sistemi olmalıdır. En az %90 etkinliğe sahip filtre sistemi ile saatte en az 15 kez hava değişimi sağlanmalı ve bu değişimlerin üçü dış hava kullanılarak yapılmalıdır. Dışarıdan kirli hava girişini engellemek için kademeli şekilde pozitif basınç korunmalıdır. Bu amaçla ameliyat odalarının kapıları otomatik ve giriş çıkışı kontrollü olmalıdır.
* Havalandırma ve filtre sistemleri kuruluş aşamasında yetkili firmalarca takip edilmeli, düzenli bakım ve onarımları yaptırılmalıdır. Filtre etkinliği en çok altı ayda bir partikül sayımı ile denetlenmeli ve gereğinde ya da üretici firma önerileri doğrultusunda belirli aralıklarla değiştirilmeli ve kayıtlar saklanmalıdır.
* Aynı anda ameliyat odasında birden fazla vaka alınmamalıdır.
* Hastaların servislerde kullanılan çarşaf, nevresim, örtü ve kıyafetler ile ameliyathaneye girmesi engellenmelidir.
* Serum, ilaç ve benzeri malzemelerin fazla miktarda toz, partikül içeren dış ambalajları ameliyathane içerisine sokulmamalıdır.
* Ameliyathane içinde kişi ve aktivite sayısı minimum düzeyde tutulmalıdır.
* Ameliyathane içinde ameliyathaneye özgü kıyafet kullanılmalı ve bu kıyafetler bölüm dışında kullanılmamalıdır.
* Bölüme özgü terlik kullanımı, ameliyathanenin kendi işleyişine bağlı olarak belirlenmelidir.
* Enfeksiyon bulaşı açısından yüksek riskli hastalarda delici-kesici yaralanmalara karşı koruyucu özel eldivenler veya çift eldiven giyilmeli ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır.
* Cerrahi maske ağız ve burnu tam olarak kapatmalı, bone tüm saçlı deriyi örtmelidir.
* Steril cerrahi setler kullanılmadan önce içinde yer alan sterilizasyon işlem indikatörleri kontrol edilmeli, uygun olmayan sonuçların varlığı halinde malzemeler kullanılmamalı ve tüm indikatörler kayıt altında tutulmalıdır.

**Ameliyat sırasında uyulması gereken asepsi kuralları:**

* Steril bir cisim sadece steril cisime değebil**ir.** Steril bir cisim steril olmayan bir cisime değdiğinde Sterilitesi bozulur.
* Steril olan bölgeye sağlık personeli yalnızca steril eldiven ve steril giysiler giyinerek dokunabilir.
* Steril giyinmiş personel yalnızca steril bölgeye, steril olmayan personel de yalnızca steril olmayan bölgeye dokunur. Steril olmayan personel steril bölgeden en az 30 cm uzakta durmalı ve steril alandan geçerken steril alana dokunmadığından emin olmalıdır**.**
* Steril paketin dış yüzeyi steril değildir. Bu nedene hemşire paketi açarken öncelikle kendine en uzak olan bölgeden açmaya başlamalıdır. Eğer steril paket üzerinde delik veya en ufak bir yırtık varsa malzeme hiç kullanılmamış olsa bile kontamine kabul edilmeli ve kullanılmamalıdır.
* Steril paketler kullanımdan hemen önce açılmalı ve uzun süre açık bırakılmamalıdır.
* Steril paketler açıldıktan sonra sterilitenin devamlılığı bir görevli tarafından izlenmelidir.
* Steril objeler daima bel seviyesi üzerinde tutulmalı ve görüş alanı içerisinde olmalıdır.
* Steril örtü veya kâğıt üzerine herhangi bir sıvı sıçratılmamalıdır.
* Kontamine veya kirli ameliyatlardan sonra fazladan özel bir temizlik uygulanması veya operasyon odasının kapatılmasına gerek yoktur. Rutin temizlik ve dezenfeksiyon uygulamalarının yapılması yeterlidir.
* Ameliyathanelerde rutin mikrobiyolojik inceleme yapılması gereksizdir. Ancak Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından uygun görülen durumlarda mikrobiyolojik incelemeler yapılabilir.
* El hijyeni uygulamaları “El Hijyeni Talimatı” na uygun olarak yapılmalıdır.
* Ameliyatlarda kullanılan aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu ‘’Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları Prosedürü”ne uygun şekilde sağlanmalıdır.
* Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için “Cerrahi Alan Enfeksiyonlarınım Önlenmesi Talimatı” na uyulmalıdır.
* Ameliyathane temizliği “Hastane Temizliği Prosedürü’ne uygun olarak yapılmalıdır

|  |
| --- |
| **13- LABORATUVARLARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI** |

 **1- AMAÇ:** Laboratuvarda çalışan sağlık personelinin ve laboratuvardan hizmet alan kişilerin laboratuvar kaynaklı enfeksiyonlardan korunması için gereken uygulama kurallarının belirlenmesidir.
 **2- KAPSAM**: Laboratuvarda çalışan tüm sağlık personelini kapsar.
 **3- UYGULAMA:**

* Üniteye kabul edilen tüm materyal ile yapılacak olan işlemler esnasında standart izolasyon önlemlerine uyulmalıdır. İşlemler sırasında eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
* Laboratuvarlarda yiyecek ve içecek tüketilmemelidir.
* Laboratuvardaki soğutucularda yiyecek, içecek saklanmamalıdır.
* Laboratuvar temizliği “Hastane Temizliği Prosedürü”ne uygun olarak yapılmalı, materyal dökülmesi ya da sıçraması durumlarında ilgili bölüm “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları Prosedürü”nde belirtilen yer-yüzey dezenfektanları ile dezenfekte edilmelidir.
* Laboratuvar kaynaklı tüm tıbbi atıklar “Atık Yönetimi Prosedürü”ne uygun olarak uzaklaştırılmalıdır.
* Riskli yaralanmalar ve maruziyet durumlarında Personel Yaralanmalarının İzlenmesi Talimatı’na göre hareket edilmelidir.
* Ünite çalışanlarının sağlık takipleri “Personel Sağlığının Takibi Talimatı ”na uygun olarak yapılmalıdır.
* Kurum dışından protez laboratuvar hizmeti alınıyorsa; ölçü, prova materyalleri, protez, aperey vb. dezenfeksiyonu için sağlık kuruluşu ile laboratuvar arsında yazılı prosedür geliştirilmelidir. Bu prosedür ile ölçü aşamasından protezin bitim aşamasına kadar olan süreçte kurumların imkanları çerçevesinde hangi aşamada hangi tarafın sorumlu olduğu açıklanmalıdır. Ölçü alınması, model elde edilmesi, prova ve protez bitim aşamalarında sorumlu olan taraf kontaminasyona engel olmak için işlem yapılır yapılmaz en kısa sürede dezenfeksiyon ve/veya sterilizasyon işlemini gerçekleştirilmelidir. Bu aşamalarda kullanılan malzemelerin üretici talimatlarına uygun olarak dezenfeksiyonu yapılarak yapısal değişikliğe uğramasına engel olunması sağlanmalıdır. Dezenfeksiyon işlemlerinde bu materyaller için uygun ve T.C sağlık bakanlığı tarafından ruhsatlı dezenfektanlar kullanılmalıdır.
* Dezenfekte edilmiş materyal, protez, ölçü vb. kapalı kutu yada kilitli bir poşet içerisine koyulmalı ve üzerine dezenfekte edilmiştir etiketi yapıştırılmalıdır.
* Çapraz enfeksiyon riskinin önüne geçmek amacıyla protezlerin yapımında kullanılan motor başlıklarının dezenfeksiyon ve sterilizasyonu sağlanmalıdır.
* Polisaj sırasında kullanılan pomza içerisine dezenfektanların katılması ve vakumlu sistemlerin kullanılması da enfeksiyonun önlenmesi için önerilir.
* Hastanın oral kavitesi ile temas etmiş, üzerine kan ve sekresyon bulaşı olan tüm atıklar tıbbi atık olarak kabul edilip atılmalıdır.

|  |
| --- |
|  **14- ÇAMAŞIR HİZMETLERİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI** |

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

**KAPSAM:** çamaşırhane çalışanlarını kapsar.

**SORUMLULAR:** Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Temizlik çalışanları, klinik birim Sorumluları.

**UYGULAMA:**

* Kirli çamaşırların toplanması işleminden önce eldiven giyilmelidir.
* Çamaşırların içinde cerrahi alet, ameliyat malzemeleri, doku atıkları, pamuk, enjektör kapağı, vb. kalmadığı kontrol edilmelidir.
* Kan ve vücut sekresyonlar bulaşmış çamaşırların toplanması esnasında ‘İzolasyon Uygulamaları Talimatı’na uygun hareket edilmelidir.
* Kirli çamaşırları toplandıkları alanda minimum hareketle işleme tabi tutarak, patojenlerin havaya karışmasına engel olunmalıdır.
* Çamaşırlar oda içinde yerlere atılmadan ve mobilyalara değdirilmeden toplanmalıdır.
* Çamaşır arabası klinik içinde belirlenen kapalı bir alana alınmalıdır.
* İşlem bittikten sonra eldivenler tıbbi atık torbasına atılarak el hijyeni sağlanmalıdır.
* Kirli çamaşırlar üstü kapalı şekilde çamaşırhaneye götürülmelidir.
* Kirli çamaşırlar taşınırken asansörde gıda malzemeleri ve hasta olmamalıdır.
* Temiz ve kirli çamaşırlar ayrı olarak toplanmalı, taşınmalı ve işleme alınmalıdır.
* İşlem basamakları arasında ve çamaşır toplama işlemi bittikten sonra “El Hijyeni Talimatı ”na uygun olarak el hijyeni sağlanmalıdır.
* Çamaşır arabaları haftada bir defa kaba kirinden arındırıldıktan sonra 1/100 oranında çamaşır suyuyla dezenfekte edilmelidir.
* Toplama işleminde kullanılan kumaş tekneler ya da torbalar günlük olarak yıkanmalıdır.
* Temizlenen çamaşırlar ütülendikten sonra mümkün olduğunca az dokunularak katlanmalı, paketlenmeli ve temiz raflarda muhafaza edilmelidir.
* Çamaşır yıkama makinelerinin ısı ölçüm sensörleri bulunmalı ve yıkama suyu sıcaklıkları çamaşırhane personeli tarafından takip edilmelidir. Çamaşır makinelerinin periyodik bakımları ve kontrolleri yapılmalıdır.
* Hasta takımları her gün ve ihtiyaç halinde, muayene ve ameliyat çamaşırları her hastadan sonra değiştirilmelidir.
* Çamaşırlar 100 derecede en az 20 dakika yıkanmalıdır.
* Çamaşırhane temiz ve kirli hava karışımının minimuma indirilmesi amacıyla iyi havalandırılmalı ve buna göre düzenlenmelidir.
* Temiz ve kirli çamaşırlar fiziksel bariyerle ayrılmış farklı alanlarda depolanmalıdır.
* Temiz veya kirli çamaşırların işleme alındığı yerlerde el yıkama alanı sağlanmalıdır.
* Çamaşırhane personeli işe başlarken sağlık raporu dahilinde yaptırdığı seroloji sonuçlarına göre takip edilmelidir.
* Kesici, delici alet yaralanmaları olduğunda “ Personel Yaralanmalarının İzlenmesi Talimatı “na uygun olarak hareket edilmelidir.

|  |
| --- |
| **15- MUTFAK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI** |

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

**KAPSAM:** Mutfakta çalışan personeli kapsar.

**UYGULAMA:**

* Gıdalar mümkün olduğunca çabuk işlenmeli, ortam sıcaklığına fazla maruz bırakılmamalıdır.
* İşlenen gıdalar hemen soğuk odaya kaldırılmalıdır. Büfeye çıkarılacak sıcak yemekler ise, eğer üretim yemek saatine yakın yapılmışsa banket arabalarına yerleştirilmelidir.
* Banket arabalarının sıcaklıkları kontrol edilmelidir. Banket arabalarında muhafaza edilen yemeklerin sıcaklık dereceleri minimum 65 ºC olmalıdır.
* Çiğ gıdalarla pişmiş gıdalar aynı soğuk odada depolanmak zorunda ise ayrı raflara yerleştirilmelidir.
* Soğuk odalardaki bütün gıdaların ağızları kapalı olmalıdır.
* Kıyma makinaları ve parçaları her kullanımdan sonra yıkanmalı ve dezenfekte edilmelidir.
* Ürünlerin son kullanma tarihleri, ürün kullanılmadan önce kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi geçmiş gıdalar kesinlikle kullanılmamalıdır.
* Etler çözündürülmeden ö n c e mutlaka karton koli ve muhafaza edildiği poşetten çıkarılmalıdır.
* Et çözdürme işlemi 7-10 ºC’ye ayarlı bir soğuk odada yapılmalıdır. 10 ºC’nin üzerindeki sıcaklıklarda yapılan çözündürme işleminde, etin merkez notası çözünmeden yüzey kısımları çözünür ve yüzeyde bakteri üremesi başlar.
* Etlerin çözünme esnasında oluşan kanlı su içinde beklemesi engellenmelidir.
* Çözünen etler 0 ºC’ye ayarlı soğuk odada muhafaza edilmelidir.
* Durgun suda et çözündürme işlemi yapılmamalıdır.
* Etler 0 – 1 ºC de 2 – 3 günden fazla bekletilmemelidir.
* Etlerin buzları tamamen çözündürülmeden pişirilmemelidir. Aksi takdirde etin merkez ısısı gerekli sıcaklığa ulaşmadığından zararlı mikroorganizmalar ölmemektedir.
* Dondurulmuş gıdalar deep-freeze’den çıkarıldıktan sonra aynı gün içinde tüketilmelidir.
* Ayrıca çözünmüş gıdalar yeniden deep-freeze’e atılıp ikinci kez kullanılmamalıdır.
* Tezgâh altlarında bulunan yiyeceklerin ağızları kapalı olmalıdır.
* Kasalar yerde sürüklenerek değil tekerlekli malzeme arabalarıyla taşınmalıdır.
* Teneke ambalajlı gıdalar ve teneke konserveler (komposto, salça vb.) açıldıktan sonra kalan miktar paslanmaz ya da uygun bir kaba boşaltılarak ağzına strech film çekilmelidir.
* Karton ambalajlar mutfağa alınmamalıdır. Gıdalar kartonları alındıktan sonra kasalara yerleştirilerek mutfağa çıkarılmalıdır.
* Günlük menüde yer alan her üründen uygun şahit numune alınmalıdır.
* Mutfak sıcaklığı 20 ºC’ yi aşmamalıdır.
* Mutfak içinde tahta malzeme bulundurulmamalıdır (tahta kaşıklar, spatulalar, paletler, tahta saplı bıçaklar vb.).
* Çiğ tüketilecek sebze ve meyveler; ön yıkama işlemi ile toz ve toprağından arındırılmalı, ardından 20 dakika tuzlu suda (1 lt suya 1 yemek kaşığı-10 gr tuz olacak şekilde)bekletildikten sonra bol su ile durulama işlemi yapılmalıdır.
* Mutfağın içindeki çöp kovalarının ağızları kapalı tutulmalıdır.
* Gıda ile temas eden her yüzey 1/100’lük çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
* Temizlik bezleri makinede yıkandıktan sonra kurutulmalıdır. Kuru olmayan temizlik bezleri çamaşırhaneden alınmamalıdır.
* Temizlik araç ve gereçleri iş bitiminde temizlenip 1/100’lük çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
* Bulaşık makinasına sığan bütün küçük malzemeler makinede 80 derece üzerinde yıkanmalıdır. Bulaşık makinasına sığmayan malzemeler ise mümkün olduğunca yüksek sıcaklıktaki su ile yıkanmalıdır.
* Yıkanan tabak, kaşık, çatal vb. malzemeler kirli bulaşıkların yanına yerleştirilmemelidir.
* Yemek hazırlanan platformlar en az günde üç kez önce deterjan ile temizlenmeli, sonra hipokloritli dezenfektan ile silinmelidir.
* Mutfak zemini en az günde bir defa deterjanla yıkanmalıdır.
* Duvarlar kirlendikçe yıkanmalıdır.
* Tavanların kirli, kabarmış ve yiyeceklere kir düşecek şekilde olmaması sağlanmalıdır.
* Kullanma suyunun belli aralıklarla mikrobiyolojik kontrolleri yapılmalıdır.
* Havalandırma esnasında mutfağa sinek vs. girmemesi için önlem alınmalıdır.
* Eller, sıvı el yıkama solüsyonu ile el yıkama lavabosunda sık sık yıkanarak kâğıt havlu ile kurulanmalıdır. Bu lavabolarda gıdalar yıkanmamalıdır.

**ELLER;**Her işin başlangıcında,

* Çalışılan her tezgâh değişiminde,
* Her tuvaletten sonra (oradaki lavaboda)
* Çiğ yiyecekleri elledikten sonra,
* Öksürüp hapşırdıktan ve mendil kullandıktan sonra,
* Kirli araç-gereçleri elledikten sonra mutlaka yıkanmalıdır
* El yıkama için kullanılan lavabolar çalışma istasyonlarına yakın, yiyecek hazırlama bölümlerinden ayrı olmalıdır.
* Personelin tırnakları kısa olmalı, ellerde mücevher, oje, cila vb. bulunmamalıdır.
* Üretim esnasında ağız, burun, saç vb. Vücudun herhangi bir organıyla temas etmemelidir.
* Mutfak personeli mutlaka forma kullanmalı, formalar her gün ve kirlendiğinde yıkanmalıdır.
* Personel, eldiven, bone ve maske takmalıdır.
* Mutfakta çalışan personelin; 6 ayda bir portör muayenesi, yılda bir akciğer grafisi tetkiki yapılmalıdır.

|  |
| --- |
| **16- YAPIM-ONARIM ÇALIŞMALARINDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI** |

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

**2. KAPSAM:** İnşaat yapılan tüm birimleri kapsar.

**3. SORUMLULAR:** Başhekim, hemşirelik hizmetleri temsilcisi, enfeksiyon kontrol ekibi, temizlik işleri temsilcisi, inşaat işlerinden sorumlu personel.

**4. UYGULAMA:**

* Sağlık kurumlarında her zaman yenileme ve düzeltme amacıyla inşaat ve onarım çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalar tozların ortaya çıkmasına, suyun kesintiye uğrayıp tekrar sisteme verilmesine, havalandırma ve su sistemlerine müdahale edilmesine yol açmaktadır. Bu çalışmalar başta hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar olmak üzere, enfeksiyöz etkenlerle hasta, ziyaretçi ve sağlık personelinin temasına yol açar. Hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar, genelde toprak kaynaklıdır. Özellikle hafriyat sırasında ortaya çıkan toprak ve toz içindeki bakteri veya mantarlar havalandırma ve su tesisatını kontamine ederek duyarlı kişilere ulaşmakta ve enfeksiyona neden olmaktadır. Literatürde havalandırma ile Aspergillus spp. başta olmak üzere mantarlar ve diğer bakterilerin bulaştığı ve su tesisatı ile de Legionella spp.’nin bulaştığı birçok çalışmada gösterilmiştir.
* Enfeksiyon kontrol ekibi ve diğer sağlık çalışanları, hastane içinde ve dışında yapılan yapı ve onarım çalışmalarında alınması gereken önlemlerin planlanması aşamasında mutlaka rol almalıdır. Enfeksiyon kontrol ekibi, projenin büyüklüğü, yeri, nasıl ve ne zaman yürütüleceği, ne kadar süreceği, yıkım olacaksa bunun boyutu, su boruları ve havalandırmaya girişim olup olmayacağı, gibi risk oluşturabilecek konularda ayrıntılı bilgi sahibi olmalıdır.
* Havaya karışan tozların dağılımı önlenmelidir. Toz kontrolü için çalışılan bölge nemlendirilmelidir.
* Kullanılmayan kapı ve pencereler bantlanarak kapatılmalıdır.
* Havalandırma girişleri kapatılmalı ve sızdırmaz bir biçimde bantlanmalıdır.
* Çalışılan bölgenin giriş ve çıkışına toz tutucu paspas konmalıdır.
* İnşaatı süren bölgenin ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemi kapatılmalı veya diğer bölgelerden ayrılmalıdır.
* İnşaat sonrasında çıkan moloz ve atıklar delinmez ve toz geçirmez torbalara konarak taşınmalıdır.
* Alan kullanıma açılmadan temizliği sağlanmalıdır.
* Isıtma, soğutma ve havalandırma sistemi eski haline getirilmelidir.
* İşlem tamamen bitip enfeksiyon kontrol görevlilerince onaylanmadan bariyerler kaldırılmamalıdır.

**İnşaat işlemleri sırasında alınacak ortak ek önlemler:**

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

|  |
| --- |
| **17- SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLARDAN KORUNMASI TALİMATI** |

**AMAÇ**: kurum personellerinin bulaşıcı hastalıklardan korunması için yapılması gereken uygulamaların belirlenmesidir.

 **KAPSAM:** Hastanemizde çalışan tüm sağlık personelini kapsar.

**UYGULAMA:**

* Çalışan Güvenliği görevlisi tarafından işe yeni başlayan her sağlık personeli için “Bulaşıcı Hastalıklar Takip Formu” doldurulmalı ve sonrasında yapılacak takipler bu formda kayıt altına alınmalıdır.
* İşe girişte her sağlık personelinin viral hepatit markerlerine (HBsAg, antiHCV) bakılmalıdır.
* HBsAg (-) olan personele 0, 1 ve 6. aylarda Hepatit B aşısı yapılmalıdır.
* Üçüncü doz hepatit B aşısı uygulamasından sonraki 1-2 ay içinde anti-HBsAg düzeyine bakılarak anti-HBsAg ≥10 mlU/ml bulunan bireyler bağışık olarak değerlendirilmelidir.
* İlk hepatit B aşılama serisinden sonra antikor yanıtı gelişmeyen personel, ikinci üç dozluk aşı uygulaması ile yeniden aşılanmalıdır. İkinci aşı serisinden sonra da antikor yanıtı belirlenmeyenler, yanıtsız bireyler olarak tanımlanır (Bu bireylerin kronik hepatit B enfeksiyonu olma olasılıkları vardır).
* Aşıya yanıt veren immunkompetan bireyler, anti-HBsAg düzeyi çok düşse veya belirlenemez duruma gelse bile klinik hepatite ve kronik enfeksiyona karşı bağışık kaldığından rutin olarak destek aşı önerilmemektedir.
* Daha önce aşılanma durumu bilinmeyen tüm sağlık çalışanlarına 0,1 ve 7. aylarda 3 doz Tetanoz Difteri aşısı yapılır.
* Tüm sağlık çalışanlarına bir ay ara ile 2 doz KKK(Kızamık,Kızamıkçık,Kabakulak) aşısı yapılır
* (Aşı kaydı olanlara ve bağışık oldukları gösterilenlere aşı yapılmasına gerek yoktur).
* Kesici-delici aletlerle yaralanan personel **Personel Yaralanmalarının İzlenmesi talimatı**’na uygun olarak takip edilmelidir.

|  |
| --- |
| **18- PERSONEL YARALANMALARI TAKİP TALİMATI** |

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

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

**UYGULAMA:**

* Yaralanmaya maruz kalan kişi yöneticisine olay hakkında bilgi vermelidir.
* Birim yöneticisi tarafından Çalışan Güvenliği görevlisine haber verilmelidir.
* Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla veya uygun bir antiseptikle yıkanmalıdır.
* Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol su ile yıkanması yeterlidir.
* Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma vb. yöntemlerle kesinlikle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur.
* Yaralanan personel tarafından “Kesici-Delici Alet Yaralanmaları/ Kan ve Vücut Sıvıları Maruziyet Bildirim Formu” doldurulmalıdır. Aynı forma kaynak ve personele ait tetkik sonuçları, personele yapılan müdahaleler hakkında bilgiler kaydedilmelidir. Tüm bu formlar çalışan güvenliği görevlisi tarafından arşivlenmelidir.
* Takip gerektiren personel Çalışan Güvenliği görevlisi tarafından takip programına alınmalıdır.
* Yaralanan personelin HBsAg, anti-HBsAg, anti-HCV, anti-HIV tetkiklerine, eğer kaynak biliniyorsa kaynağın HBsAg, anti-HCV, anti-HIV tetkiklerine bakılmalıdır.
* Kaynak kişide HIV virüsü saptanması durumunda; yaralanan personel antiretroviral profilaksi uygulanması için, ilk müdahaleden hemen sonra Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Olan ilgili kuruma sevk edilmelidir. Maruziyetden hemen sonra, 6. haftada, 3. ayda ve 6.

ayda Anti-HIV testi kontrolleri yapılmalıdır.

* Kaynak kişide hepatit B virüsü saptanması durumunda;

Personelin hepatit B aşısı yoksa ilk müdahale sonrası 24 saat içerisinde(en geç 7 gün

İçerisinde) hepatit B hiperimmunglobulin (HBIg) 0.06 ml/kg dozunda deltoid adale içine, eşzamanlı olarak hepatit B aşısı diğer kolda deltoid adale içine yapılmalı ve takiben 1. ve 6.

aylarda aşı tekrarlanmalıdır. Aşı uygulaması 0, 1, 2 ve 12. ay şeklinde de yapılabilir.

* Personelin 3 doz hepatit B aşısı varsa; anti-HBsAg titresine bakılmalı, yanıt yeterli (Anti-HBsAg ≥ 10 mIU/ml) ise hepatit B’ye yönelik herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersiz(Anti-HBsAg titresi < 10mIU/ml) ise HBIg 0.06 ml/kg ve hepatit B aşısı uygulanmalıdır.
* Personelin HBsAg pozitifliği varsa; pansuman dışında herhangi bir müdahaleye gerek yoktur.
* Kaynak kişide hepatit C virüsü saptanması durumunda; uygulanacak genel kabul

gören bir profilaktik tedavi yoktur. Maruziyetden hemen sonra, 6. hafta, 3. ve 6. ayda antiHCV ve ALT bakılmalıdır. Erken tanı için maruziyetden 4-6 hafta sonra HCV-RNA bakılabilir.

* Anti- HCV pozitifliği saptanan personel, takip için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan bir merkeze sevk edilmelidir.

**Kaynak bilinmiyorsa;**

**-Hepatit B bulaş riski için;**

* Personel aşısızsa hepatit B aşı serisine başlanmalıdır.
* Personel aşılı, ancak aşı yanıtı yetersizse ve kaynak yüksek risk taşıyorsa, HBsAg pozitif kaynak gibi işlem uygulanmalıdır.
* Personelin aşı yanıtı bilinmiyorsa, Anti-HBsAg titresine bakılmalı, yanıt yeterli ise herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersizse tek doz hepatit B aşısı uygulanmalıdır.
* Hepatit C bulaş riski için; uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. Maruziyetden hemen sonra, 6. haftada, 3. ve 6. ayda anti-HCV ve ALT bakılmalıdır. AntiHCV pozitifliği saptanan personel, takip için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.
* HIV bulaş riski için; maruziyetden hemen sonra; 6. haftada, 3. ve 6. ayda anti HIV testi kontrolleri yapılmalıdır. Anti-HIV pozitifliği saptanan personel, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

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

1. **Son 10 yıl içinde aşılanmış bulunanlar;**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Hafif yaralanma** |  **Tetanoza yatkın yaralanma** |
| * Son 5 yıl içinde aşılanmışsa sadece yara temizliği
* Aşılama yok ise yara temizliği ve aşı programı
 | * Son 1 yıl içinde aşılanmışsa sadece yara temizliği
* Aşılama yoksa yara temizliği ve aşı programı
 |

**2)**  **Son aşıdan 10 yıldan uzun süre geçmiş olanlar;**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Hafif yaralanma**  |  **Tetanoza yatkın yaralanma**  |
| * Yara temizliği ve aşı + 10 yılda bir rapel
 | * Tetanoz immunglobulin
* Aşı
* Yara Temizliği
* 10 yılda bir aşı rapeli
 |

**3)** **Daha önce aşılanmamışlarda;**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Hafif yaralanma** |  **Tetanoza yatkın yaralanma** |
| * Yara temizliği
* Aşı
* Birer ay ara ile iki rapel
* 10 yılda bir rapel
 | * Tetanoz immunglobulin
* Aşı
* Yara temizliği
* Birer ay ara ile iki rapel
* 10 yılda bir rapel
 |

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

* Perkutan yaralanma olursa, iğnenin battığı yer sabun ve su ile yıkanarak antiseptik ile silinmelidir
* Hastanın kan ve vücut sıvıları ile temas olması halinde, enfekte materyale maruz kalan bölge sabunlu su ile iyice yıkanmalıdır
* Göze enfekte materyal sıçramış ise, göz temiz su ile iyice yıkanmalıdır.
* Yaralanan personel Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

|  |
| --- |
| **19- ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ TALİMATI** |

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

**KAPSAM:** Çalışan tüm personeli kapsar.

**UYGULAMA:**

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

 Meral ŞANA

 Enfeksiyon Hemşiresi