

1.AMAÇ: Programın amacı, klinik performansın ve kalitenin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, hastanelerimiz de enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, izlenmesi ve kontrolü, hastane çalışanlarının sağlığının korunması, ürün değerlendirilmesi, dezenfektan ve antibiyotik kullanımının yönetimi, teknolojinin değerlendirilmesi ve yönetimidir.

2.KAPSAM: Hastane bünyesindeki tüm hastanelerin çalışanlarını kapsar.

3.SORUMLULUKLAR: Hastane bünyesindeki hastanelerin Enfeksiyon Kontrol Komiteleri tarafından sağlanır.

4. TANIMLAR:

4.1.Sürveyans

Bir toplulukta bir hastalığın ve bu hastalığın oluşma riskini arttıran veya azaltan koşulların görülüşünü ve sıklığını belirlemeye yönelik olarak sistematik, aktif ve sürekli şekilde yapılan gözlemlerdir. Gözlem sonucu elde edilen verilerin irdelenmesi, yorumlanması ve varılan sonuçların, bunları bilmesi gereken kişilere iletilmesi de bu tanımın kapsamına girer.

4.2. Prospektif sürveyans

İleriye dönük sürveyans, hasta hastanede yatmakta iken yapılır. Hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısaldığı için, ileriye dönük sürveyansın hasta taburcu olduktan sonraki dönemi de kapsamı önerilir.

4.3.Retrospektif sürveyans

Geriye dönük sürveyansta hasta taburcu edildikten sonra kayıtları Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi(EKH)tarafından incelenir.

4.4.Prevelans

Şimdi oluşan insidanstır.

4.5.Total sürveyans

Tüm hastaların sürveyansı veya tüm zamanlarda oluşan sürveyans.Total sürveyans ilgili bazal verileri elde etmek için kullanılır.Hem prospektif hem de retrospektif sürveyans yöntemi ile yapılır.

4.6.Hedeflenmiş sürveyans

Belli bir bölgede enfeksiyonlar beklenen seviyelerin üstüne çıktığı zaman hedeflenmiş sürveyans uygulanır.

4.7.Periyodik sürveyans

Belirli zamanlarda yapılan sürveyans.

4.8.Hastane enfeksiyonları Hastane içinde gelişen,ancak inkübasyon döneminde olmayan 48-72 saatte ortaya çıkan veya hastaneden taburcu olduktan 10 gün sonra ortaya çıkan enfeksiyonlardır.

5. UYGULAMA

5.1. Hastane Epidemiyolojisi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi

- Kurum politikaları doğrultusunda bilimsel ve etik olarak doğru, zamanında ve eksiksiz bir şekilde hastane enfeksiyonlarını kontrol etmeye yönelik çalışmaların sürdürülmesi için tavsiyelerde bulunmak, gereken durumlarda çözüm önerileri getirmek ve gerekli önlemlerin alınabilmesi için tartışma ortamını sağlamak.

5.1.1. Görev Yetki ve Sorumlulukları

- Kurumun hasta ve çalışanlarında endemik ve epidemik nozokomiyal enfeksiyon riskini azaltmaya yönelik, aşağıdaki konular kapsamında politika ve prosedürleri oluşturmak, her yerde uygulanmasını, aksaklıkların belirlenmesini ve düzeltici faaliyetler planlayarak aksaklıkların giderilmesini sağlamak.
 - Ameliyathaneler, bakım ve tedavi odaları, yoğun bakım üniteleri
- Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, izolasyon odaları
 - Kirli odaları, atık depoları
 - Anestezi aletlerinin enfeksiyon kontrolü
 - Personel tarama
 - Enfekte malzemelerin uzaklaştırılması

HAZIRLAYAN**ENFEKSİYON KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

- Vaka bildirimleri ve demografik olarak önemli nozokomiyal enfeksiyonlar için sürveyans verilerinin oluşturulmasını sağlamak.
- Enfeksiyon ile ilgili bilgileri hastane genelinde yayınlamak.
- Enfeksiyon kontrol sürecinin, epidemiyolojik olarak önemli enfeksiyonların riskini azaltacak hız ve trendlerini iyileştirecek biçimde düzenlenmesini sağlamak.
- Enfeksiyon kontrol sürecinin, hastalar ve çalışanlar arasında epidemiyolojik olarak önemli enfeksiyonların bulaşmasını önleme konusunda yeterli olmasını sağlamak.
- Kan ve vücut sıvılarının damlama, sıçrama risklerine yönelik, koruyucu ekipman kullanımı ve teminini kapsayan eğitimleri planlamak ve vermek.
- Tüm personele el hijyenine yönelik, eğitim programları hazırlayarak, verilmesini sağlamak.
- Oluşturulan politikaların sürekli ölçme ve iyileştirme mekanizmalarını saptamak ve uygulanmasına katkıda bulunmak.
- Hastane genelindeki tüm alanların, temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri ile ilgili kuralları belirleyen, dokümanları hazırlamak ve bilimsel yeterliliği ve hastane koşullarına uygunluğu açısından değerlendirmek.
- Kapsamı dahilindeki konular üzerinde diğer komitelerle işbirliği içinde çalışmak.
- Gerekli indikatör verilerini incelemek, yorumlamak ve hedeflere yaklaşılmasına katkıda bulunmak.
- Antibiyotik kontrol ekibinin çalışmalarını destekleyerek kontrol eder.

5.1.2. Antibiyotik Kontrol Ekibi (AKE) Görev Yetki ve Sorumlulukları

- Antibiyotik kullanım politikalarını belirler, bilimsel gelişmeleri takip ederek gerektiğinde bu politikaları revize eder
- Hastaneye satın alınacak antibiyotiklerin çeşit ve miktarları ile ilgili görüş ve önerilerini, satın alma departmanı ile iletişime geçerek sunar.
- Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU), onayı gerektiren antibiyotiklerin, bilinirliğini sağlamak ve bu ilaçların reçete edilmesinde uyulacak kuralları belirler.
- Cerrahi Profilaktik Antibiyotik kullanımı ile ilgili politikaları belirler.
- Antibiyotik Kullanım Politikalarının, klinikte, cerrahi profilaksi de doğru kullanımını “cerrahi profilaksi de doğru kullanım oranları” indikatörü ile izler, EKK toplantılarında sunarak tıbbi hizmetler direktörü ile paylaşılır.
- Antibiyotik Kontrol Ekibi (AKE)
 - 1- Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı: Uzm. Dr. Fatıma KEKLİKOĞLU
 - 2- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi: Güldane TEZCAN
 - 3- Cerrahi Branş (KBB) Uzmanı: Uzm. Dr. İlker YİĞİT
 - 4- Çocuk Hastalıkları Uzmanı: Uzm. Dr. Ülker AKSOY
 - 5- Eczacı: Ferahiye ŞİRECİ

5.1.3. Hastane Epidemiyolojisi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri

1. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı: Uzm. Dr. Fatıma KEKLİKOĞLU
2. Başhekim Yardımcısı: Uzm. Dr. İlker YİĞİT
3. Başhemşire: Güldane TEZCAN
4. Enfeksiyon Kontrol Eğitim Hemşiresi: Güldane TEZCAN
5. Dahiliye Uzmanı: Uzm. Dr. Şerife Figen ÇETİNKAYA
6. Kalp Damar Cerrahisi: Doç. Dr. Ufuk ÖZERGİN
7. Çocuk Hastalıkları Uzmanı: Uzm. Dr. Ülker AKSOY
8. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi: Uzm. Dr. Handan KOZAN BARDAKÇI
9. Eczacı: Ferahiye ŞİRECİ
10. Kalite Yönetim Direktörü: Serkan TÜRKALP

**HAZIRLAYAN
ENFEKSİYON KOMİTESİ****KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN
BAŞHEKİM**

Enfeksiyon kontrol örgütlenmesinin ve işleyişinin oluşturulması için ‘**Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği**’ referans alınmıştır.

Enfeksiyon kontrolü ile ilgili talimat ve prosedürler oluşturulması için CDC(Centres for Disease Prevention and Control)önerileri kullanılır.

Hastane Enfeksiyonları Kontrol Komitesi ayda bir kez toplanır. Komite toplantılarına belirlenen üyeler dışında Teknik Hizmetlerden ve Bilgi İşlem bölümünden ilgili kişilerde gerektiğinde davet edilebilir.

5.2.Sürveyans Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi tarafından yürütülür.

5.2.1.Hastane Enfeksiyonlarını izlemek amacıyla hedefe yönelik sürveyans (invaziv araçla ilgili enfeksiyon hızları ve cerrahi alan enfeksiyonu oranları)programı uygulanır.Bu amaçla NNIS (Amerikan National Nosocomial Surveillance System)’ın önerdiği;

- Ventilatör Kullanım Oranı
- Üriner Katater Kullanım Oranı
- Santral Venöz Katater Kullanım Oranı
- Ventilatörle ilişkili pnömoni hızı
- Üriner katatere bağlı üriner sistem enfeksiyonu hızı
- Santral venöz katetere bağlı bakteremi hızı
- Cerrahi alan enfeksiyonu oranı takip edilir ve hesaplanır

Belirtilen hesaplamaları yapabilmek için ‘**İnvaziv Araç İle İlişkili Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı Formu** ’ kullanılır.

5.2.2.Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi, yatan hasta klinikleri, poliklinikler, ve hastanenin diğer bölümlerinde, enfeksiyon kontrol denetimlerini yapar. Denetim sırasında ‘Enfeksiyon Kontrol Günlük ve Haftalık takip çizelgelerini’ doldurur.

5.2.3. Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi, antibiyotik uygulanan hastaları ‘Günlük Antibiyotik İzlem Formu’na kaydeder. Antibiyotik uygulanan hastalar EHU uzmanı’na bildirilir. Antibiyotik direnç modellerindeki değişiklikleri zamanında belirleyerek gerekli önlemleri alabilmek amacıyla mikrobiyoloji laboratuvar sonuçlarından faydalanılır.

5.2.4.Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi günlük olarak mikrobiyoloji laboratuvarı ile ilişki kurarak üreyen patojen mikroorganizmaların tespitini sağlar.

5.2.5.Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi edindiği bilgiler doğrultusunda hergün cerrahi yatan hasta servislerini ve yoğun bakım ünitelerini ziyaret eder. Personelle görüşme, hasta dosyalarının, hekim ve hemşire gözlem formlarının ve radyoloji raporlarının incelenmesi sonucunda enfeksiyon ile ilgili bulunabilecek verileri değerlendirir.

5.2.6.Elde edilen veriler doğrultusunda hastane enfeksiyonu gelişen hastaları ve ilgili bilgileri “**Hastane Enfeksiyonu İzlem Formu**”na kaydeder. Hastane enfeksiyonu tanısı konulan hastaların verilerinin değerlendirilmesi aşamasından sonra, aşağıdaki bilgilerden hareketle tablo ve grafiklerle veri yorumlanması yapılır.

- Hastane enfeksiyon etkenlerinin dağılımı
- Hastane enfeksiyonlarının servislere dağılımı
- Hastane enfeksiyon etkenlerinin servislere dağılımı
- Hastane enfeksiyonlarının mikrobiyolojik dağılımı
- Hastane enfeksiyon etkenlerinin antibiyotiklere direnç durumu

Toplanan hastane enfeksiyonu sürveyans verileri değerlendirilir ve kesin tanı konulan vakalar Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi tarafından raporlama ve geri bildirim yapılır. Oluşturulan bilgi ve grafikler EKK ‘ne sunulur.

5.2.7.Sürveyans bilgilerini Başhemşireliğe, ayrıca sürveyans bilgileri yılda 1 kez ve Sağlık Bakanlığı tarafından istendiği zamanlarda ventilatörle ilişkili pnömoni hızı, üriner katetere bağlı üriner sistem enfeksiyonu hızı, santral venöz katetere bağlı bakteremi hızı ve cerrahi alan enfeksiyon oranı İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile Sağlık Bakanlığı’na bildirilir.

5.3.El Hijyeni: El hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi için “El Hijyeni Talimatı”nın gereklerine uygun davranılır.

5.4.Standart Önlemler

5.4.1.Kan ve vücut sıvıları ile bulaşabilecek enfeksiyonların önlenmesi için CDC, HICPAC’ın (Hospital Infections Control Practices Advisory Committee) “**Standart Önlemlere** uygun davranılır.

**HAZIRLAYAN
ENFEKSİYON KOMİTESİ**

**KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN
BAŞHEKİM**

5.4.2. Standart önlemler işe yeni başlayan personele oryantasyon eğitimlerinde konu hakkında eğitim verilir.

5.5. İzolasyon Uygulamaları

5.5.1. CDC – HICPAC önerileri doğrultusunda kanıtlanan enfeksiyonu, kolonizasyonu ya da enfeksiyon şüphesi olan hastalara “İzolasyon Prosedürü” uygulanır.

5.6. Salgın Araştırması ve Alınacak Önlemler

5.6.1. Salgın durumunda yapılacak uygulamalar EKK tarafından belirlenir ve yürütülür.

5.6.2. Salgın araştırmaları sırasında enfeksiyonun yayılımını önlemek için belirlenen vakalara “İzolasyon Prosedürü”ne uygun izolasyon uygulanır.

5.6.3. Hastanede belirlenen ya da kuşkuyla bir salgın durumunda ön inceleme ve tanımlayıcı çalışma yapılır.

Bunun için şu basamaklar izlenir;

- Mevcut bilgiler gözden geçirilir
- Olayın türü (Bakteremi, cerrahi alan enfeksiyonu vb.) lokalizasyonu (Ameliyathane, yoğun bakım ünitesi vb.) ve ciddiyetini belirlenir. (Örneğin ölümle sonuçlanan bakteremi veya nozokomiyal pnömoni veya infüzyon sırasında gelişen geçici febril reaksiyon)
- Literatür taranır.
- Tanı kesinleştirilir.
- Kesin vaka tanımı oluşturulur.
- Kesin vaka tanımına uyan tüm olgular bulunur.
- Laboratuvarla iletişim kurularak önemli olabileceği düşünülen tüm izolatların (Hasta izolatları veya şüpheli kaynaklardan alınan kültürler) saklanması sağlanır.
- Epidemiyoloji eğrisi oluşturulur.
- Hasta ve risk faktörü listesi hazırlanır.
- Kontrol önlemleri uygulanır.

5.6.4. Salgın nedeniyle bir servisin kapatılması veya kapatılmış bir servisin yeniden açılması kararı HEKK tarafından verilir.

5.6.5. Yapılan uygulamalar ve sonuçları hakkında hastane yönetimine bilgi verilir.

5.6.6. Hastane birimlerinden, personelden düzenli olarak kültür alma çalışmaları yapılmaz. Yüzeylerden ya da personelden kaynaklandığı şüphelenilen enfeksiyon ya da salgın durumlarda çevre kültürü ve personel taraması yapılır.

5.7. Dezenfeksiyon Uygulamaları

5.7.1. Dezenfeksiyon uygulamalarında “Dezenfeksiyon Prosedürü”ne uygun davranılır.

5.7.2. HEKK, hastane genelinde kullanılan dezenfektan ürünlerini belirler. “Dezenfeksiyon Prosedürü”nü gözden geçirir ve revize eder. Ayrıca kontratlı temizlik şirketi tarafından kullanılan temizlik ürünlerini onaylar.

5.7.3. Dezenfeksiyonla ilgili her türlü soru/sorun olduğunda EKK’ne danışılır.

5.7.4. Satın alma Birimi HEKK tarafından önerilen ürünleri temin eder.

5.7.5. Hastanenin yer ve yüzey temizliği/dezenfeksiyonu temizlik firması çalışanları tarafından yapılır.

5.7.6. Morg alanının temizliği ve dezenfeksiyonu “Morg Kullanımı ve Temizliği Talimatına” göre yapılır.

5.7.7. Kan ve vücut sıvısı dökülmüş yerlerin temizliği ve dezenfeksiyonu için “Dezenfeksiyon Prosedürü”ne uygun davranılır.

5.7.8. Kan ve vücut sıvıları ile kirlenmiş enfekte çamaşırlar ve izolasyon hastalarının çamaşırları için “Dezenfeksiyon Prosedürü”, “İzolasyon Prosedürü” gereklerine uyulur.

5.7.9. Ameliyat salonlarının ve ameliyathanenin temizliği ve dezenfeksiyonu “Hastane Temizlik Prosedürü”ne göre yapılır.

5.7.10. Endoskopik aletler “Endoskopik Aletlerin Temizliği Dezenfeksiyonu Prosedürü”ne uygun olarak dezenfekte edilir.

5.7.11. Sık kullanılan tıbbi malzemelerin kullanım sonrası yapılacak işlemleri için “Malzemelerin Kullanım Sonrası Temizliği ve Dezenfeksiyonu” kullanılır.

5.8. Sterilizasyon Uygulamaları

5.8.1. Sterilizasyon ünitesinin iş akışı ve düzeni için “Sterilizasyon İşleyiş Prosedürü”ne uygun davranılır.

5.8.2. Sterilizasyon ünitesine malzeme teslimi ve steril edilmiş malzemelerin birimlere temini için “Sterilizasyona Malzeme Teslimi Talimatı” uygulanır.

HAZIRLAYAN

ENFEKSİYON KOMİTESİ

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

5.8.3.Tüm tıbbi ve cerrahi aletlerin dekontaminasyonu için “**Dekontaminasyon Talimatı**” uygulanır.

5.8.4.Steril edilecek malzemelere “**Medikal Paketleme Talimatı**”na göre işlem yapılır.

5.8.5.Buhar sterilizasyonu uygulamaları için “**Buhar Sterilizatör Kullanım Talimatı**” uygulanır.

5.8.6.Etilen oksit (ETO) sterilizasyonu uygulamaları için “**Etilen Oksit Sterilizatörü Uygulamaları Talimatı**” uygulanır.

5.8.7.Flash sterilizasyon kuralları ve uygulamaları için “**Flash Sterilizatör Kullanımı Talimatı**”na uygun davranılır.

5.9.Tıbbi Atıkların Toplanması ve Kontrolü

5.9.1.Atıkların toplanması, geri kazanılması, taşınması, bertarafı konularında “**Atıkların Kontrolü Prosedürü**” uygulanır.

5.9.2.Hastalığa yol açabilecek miktarda patojen içeren atıklar enfeksiyöz atık olarak tanımlanır.

5.9.3.Tıbbi atık toplayan elemanlar maske, eldiven, iş tulumu kullanır. Bu çalışanlara koruyucu aşılar yapılır.

5.10.Kesici ve Delici Uçlu Aletlerle İstenmeyen Kazaları Önlemek İçin;

- Kesici ve deliciler, malzemeyi kullanan kişi tarafından atılır.
- Kullanılan iğnelerin kılıfları tekrar kapatılmaz, bükülmez. Kesici-delici atık kutusunun kapağında bulunan iğne ayrıştırıcı bölmeden yararlanılarak iğneler ayrıştırılır.
- Kullanılan kesici ve deliciler kullanıldıktan sonra odadan odaya taşınmaz, hemen dikkatli bir şekilde eldiven giyilerek kesici ve delici atık kutusuna atılır.
- Kesici ve sivri uçlu aletler atık kutusu gereğinden fazla doldurulmaz.
- Atık kutusunun 3/4’ü dolduğunda kapağı kapatılır.
- Kesici ve sivri uçlu aletler hiçbir şekilde uygun konteyner dışında başka yere atılmaz.
- Atıkların ayrıştırılması sırasında eldiven giyilir.

5.11.Personelin Enfekte Materyalle Yaralanması Durumunda Alınacak Önlemler

5.11.1.“Kesici-Delici Alet Yaralanması ve Maruziyet Bildirim Formu” doldurularak “Kesici - Delici Alet Yaralanması ve Maruziyet Prosedürü”ne göre hareket edilir. Uygulanacak önlemlerle çalışanlar enfekte ya da enfekte olmayan bir materyalle yaralandığında yapılacak takip ve tedavi işlemleri belirlenerek, yaralanmalara bağlı kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan korunur, oluşabilecek komplikasyonlar önlenir ya da azaltılır.

5.11.2.Personel yaralanmalarının takibini ve alınacak önlemleri HEKK ve işyeri hekimi birlikte gerçekleştirir.

5.11.3.Olayın ilgili kurumlara bildirimini İşyeri Hekimi yapar.

5.11.4.Personelin İmmünizasyonu: Personelin işe başlangıç tetkikleri ve immünizasyonu İşyeri Hekimi tarafından yapılır. HEKK tarafından oluşturulan immünizasyon rehberi İşyeri Hekimi tarafından yürütülür ve uygulanır.

5.12.Personelin Eğitimi

5.12.1.Enfeksiyon kontrol uygulamalarına yönelik olarak tüm Hastane çalışanlarına oryantasyon ve hizmet içi eğitim programları ile sürekli eğitim uygulanır. Bu eğitim programları gözlemlere ve toplanan verilere göre sürekli yenilenerek gözden geçirilir. Hem hizmet sırasında uygulama aşamasında hem de hazırlanan talimat ve bilgilendirme dokümanları ile desteklenir. Hizmet satın alınan kurum personeline de temel enfeksiyon ve enfeksiyonlardan korunma eğitimi verilir.

5.12.2.Eğitimler, Hemşirelik Hizmetleri ve İnsan Kaynakları Müdürlüğü ve Destek Hizmetler Müdürlüğü ile planlanır.

5.12.3.İnsan Kaynakları Oryantasyon Eğitimi Enfeksiyon Kontrol Eğitimi’nin İçeriği

- Hastane enfeksiyonu kavramı
- El yıkama ve eldiven kullanımı
- Standart önlemler
- İzolasyon önlemleri
- Tıbbi atıklar
- İğne kazalarının önlenmesi
- Kan ve vücut sıvısı dökülmüş yerlerin temizliği
- HEKK çalışmaları
- Enfeksiyon kontrol prosedür ve talimatları

5.12.4.Hemşirelik Oryantasyon Eğitimi Enfeksiyon Kontrol Eğitimi’nin İçeriği

- Hastane enfeksiyonu kavramı
- El yıkama ve eldiven kullanımı

HAZIRLAYAN

ENFEKSİYON KOMİTESİ

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

- Enfeksiyon temel kavramlar
- Standart önlemler
- İzolasyon önlemleri
- Tıbbi atıklar
- Üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi
- Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi
- Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi
- Pnömonilerin önlenmesi
- Enfeksiyon kontrol prosedür ve talimatları
- **5.12.5.Kontratlı Hizmetler Çalışanları Eğitimi'nin İçeriği**
- Enfeksiyon ve hastane enfeksiyonu kavramı
- El yıkama ve eldiven kullanımı
- Standart önlemler
- İzolasyon önlemleri
- Tıbbi atıklar
- İğne kazalarının önlenmesi
- Kan ve vücut sıvısı dökülmüş yerlerin temizliği
- **5.12.6.**İlgili birimlerden isteği doğrultusunda ya da ihtiyaç halinde enfeksiyon kontrol eğitimleri planlanır ve uygulanır.
- **5.13.Hasta ve Hasta Ziyaretçilerinin Eğitimi:** Hasta ve ziyaretçilere EKH ve ilgili bölüm hemşireleri tarafından enfeksiyonun önlenmesi için gerekli bilgiler verilir.
- **5.13.1.**Biyolojik savaş ajanları ve olağandışı durumlarda “**Acil Eylem Enfeksiyon Prosedürü**” uygulanır.
- **5.13.2.**İnşaat ve tamirat durumunda alınacak önlemler ve uygulamalar “**Tamir, Bakım, Yenileme, İnşaat ve Yıkım Çalışmalarında Enfeksiyon Kontrol Talimatı**” uygulanır.
- **5.13.3.**Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik olarak “**Damar içi Katater İle İlişkili Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı**”na uygun davranılır.
- **5.14.**Üriner kateter ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik olarak “**Üriner Kataterle İlişkili Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı**”na uygun davranılır.
- **5.15.**Ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik olarak “**Ventilatörle İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Talimatı**”na uygun davranılır.
- **5.16.**Solunum sistemi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesine yönelik olarak “**Solunum Sistemi Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı**” na uygun davranılmalıdır.
- **5.17.**Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik olarak “**Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı**”na uygun davranılır.
- **5.18.Mutfak Kontrolü**
- **5.18.1.**“**Mutfak Denetim Kontrol Listesi**” doğrultusunda yapılır. Kontroller kontrol listesinde belirtilen ekip tarafından ayda bir ya da mutfak kaynaklı bir enfeksiyon şüphesi olması durumunda yapılır.
- **5.18.2.**Denetim sonucunda doldurulan kontrol listesi Beslenme ve Diyet Bölümü Sorumlusu ve Kontratlı Hizmetler Yöneticisi tarafından saklanır.
- **5.18.3.**Salgın araştırması amaçlı bir kontrol ve denetim yapılmışsa **Salgın Araştırması ve Alınacak Önlemler** maddesinde belirtilen işlemler uygulanır.
- **5.19.**“**Sağlık Bakanlığı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Listesi**”nde yer alan enfeksiyonların olması durumunda bu hastalıkların İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmesi için; hastanın hekimi “**Form 014 Sağlık Bakanlığı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu**”nu doldurarak Tıbbi Kayıt Bölümü'ne teslim eder.
- **6. İLGİLİ DOKÜMANLAR**
- Günlük Antibiyotik İzlem Formu
- Enfeksiyon Kontrol Günlük Takip Çizelgesi
- Enfeksiyon Kontrol Haftalık Takip Çizelgesi
- El Hijyeni Talimatı
- Hastane Enfeksiyonu İzlem Formu
- İnvaziv Araçla İlişkili Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı Formu

HAZIRLAYAN
ENFEKSİYON KOMİTESİ

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM



ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	FRB.EN.PR.01
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa Numarası	7/7

İzolasyon Prosedürü
İzolasyon Uygulama Kuralları Rehberi
Dezenfeksiyon Prosedürü
Endoskopik Aletlerin Temizliği Dezenfeksiyonu Prosedürü
Tıbbi Cihazların Parçalarının Temizliği
Malzemelerin Kullanım Sonrası Temizliği ve Dezenfeksiyonu
Morg Kullanımı ve Temizliği Talimatı
Kesici – Delici Alet Yaralanmaları ve Maruziyet Bildirim Formu
Atıkların Kontrolü Prosedürü
Acil Eylem Enfeksiyon Prosedürü
Tamir, Bakım, Yenileme, İnşaat ve Yıkım Çalışmalarında Enfeksiyon Kontrol Talimatı
Damarı Katater İle İlişkili Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
Üriner Kataterle İlişkili Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
Ventilatörle İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Talimatı
Solunum Sistemi Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
Sterilizasyon İşleyiş Prosedürü
Dekontaminasyon Talimatı
Sterilizasyona Malzeme Teslimi Talimatı
Medikal Paketleme Talimatı
Buhar Sterilizatör Kullanım Talimatı
Etilen Oksit Sterilizatörü Uygulamaları Talimatı
Flash Sterilizatör Kullanım Talimatı
Sağlık Bakanlığı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Listesi
Form 014 Sağlık Bakanlığı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

HAZIRLAYAN
ENFEKSİYON KOMİTESİ

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM