



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



### 1.AMAÇ

- 1.1.** Hastanede meydana gelebilecek enfeksiyonların önlenmesi ve vukuu bulan enfeksiyonların kaynaklarının tespit edilmesi ve bertaraf edilmesi ile ilgili etkili çalışmalar için gerekli olan koruyucu ve önleyici tedbirlerin planlanması, organizasyonu ve denetlenmesi ile ilgili düzenlemeler yapılmasıdır.
- 1.2.** Dirençli bakteri popülasyonunun çok yoğun olması sebebi ile “bilinçli antibiyotik kullanımının şart olduğu hastane ortamında kullanılması gereken antibiyotiklerin güçlü oldukları oranda pahalı olmaları nedeniyle” hastane ortamının florasının saptanması, direnç haritaları çıkarılması ve buna göre ilk öncelikle kullanılacak antibiyotiklerin belirlenmesi kullanım politikalarının üretilmesidir.
- 1.3.** Hastalar, hasta yakınları, çalışanlar ve ziyaretçiler arasında hastane hizmetleri ile ilişkili gelişen enfeksiyon riskini tanımlamak ve azaltmak için takip etmek, önlemek ve kontrol altına almaktır.

### 2.KAPSAM: (PROGRAM İÇERİĞİ)

- 7.1. SAĞLIK HİZMETİ SÜREÇLERİNİN ENFEKSİYON RİSKİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
- 7.2. SÜRVEYANS YÖNTEMİ VE KAPSAMI
- 7.3 - EL HİJYENİ TALİMATI
- 7.4. - İZOLASYON ÖNLEMLERİ (STANDART ÖNLEMLER ve BULAŞ YOLUNA YÖNELİK ÖNLEMLER)
- 7.4. 1. TEMAS İZOLASYONU
- 7.4.2. SOLUNUM İZOLASYONU
- 7.4.3. DAMLACIK İZOLASYONU
- 7.4.4. YOĞUNBAKIM ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ (II. BASAMAK, KORONER ve YENİDOĞAN)
- 7.5 - AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI
- 7.5.1 CERRAHİ BİRİMLERDE ANTİBİYOTİK PROFLAKSİ TALİMATI
- 7.6. HASTANE TEMİZLİĞİ
- 7.7. - DEZENFEKSİYON-STERİLİZASYON-ASEPSİ-ANTİSEPSİ TALİMATI
- 7.8. - ÇALIŞANLARIN MESLEKİ ENFEKSİYONU
- 7.8.1 PERSONEL YARALANMALARI İZLEM TALİMATI
- 7.8.2 - LABORATUVARLARDA ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.8.3- ACİL SERVİSTE ÇALIŞANLARIN ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.8.4. İSHALLİ HASTALARDA ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.8.5. – ÇALIŞANLARIN ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ TALİMATI
- 7.9. TESİS KAYNAKLI ÇALIŞMALARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI (YAPIM-ONARIM ÇALIŞMALARINDA)
- 7.10. OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA YÖNELİK PLANLAMA
- 7.10.1 - SALGIN İNCELEME TALİMATI
- 7.11 DESTEK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ
- 7.11.1 - ÇAMAŞIRHANE ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.11.2 - MORG TEMİZLİĞİ , ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.11.3 - TIBBİ ATIK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ
- 7.11.4 –İKLİMLENDİRME ve HAVALANDIRMA SİSTEMLERİ ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI
- 7.12. MUTFAK SANİTASYONU VE GIDALARIN HAZIRLANMASI, ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

Bu Program hastanenin tüm bölümlerinde enfeksiyon kontrol yöntemlerini, çalışmalarını ve eğitim faaliyetlerini , Hastanede enfeksiyon kontrol faaliyetlerinin değerlendirilmesinde uygulanacak koruyucu önlemlerin planlanması, organizasyonu, yürütülmesi ve denetlenmesi ile ilgili kriterleri kapsar.

### 3.KISALTMALAR

EKK : Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	1 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



**AKK** : Antibiyotik Kontrol Komitesi

**HE** : Hastane enfeksiyonu

**VİP** :Ventilatör ilişkili pnömoni

**MRSA**: Metisilin Dirençli S.aureus

**ESBL(+)** : Geniş spektrumlu beta-laktamaz üreten mikroorganizmalar.

**CAE**: Cerrahi alan enfeksiyonu

**EKH**: Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

**GNÇİDB**: Gram negatif çoklu ilaç dirençli basiller

**SF**: Serum Fizyolojik

**TPN**: Total parenteral Nutrisyon

**VRE**: Vankomicin dirençli Enterokok

**N 95**:Solunum izolasyonunda kullanılan özel maske

#### 4.TANIMLAR

**Sürveyans**: Bir toplulukta bir hastalığı, bu hastalığın oluşma riskini arttıran veya azaltan koşulları ve sıklığını belirlemeye yönelik olarak sistematik, aktif ve sürekli bir şekilde yapılan gözlemlerdir. Gözlem sonucu elde edilen verilerin irdelenmesi, yorumlanması ve varılan sonuçların ilgili kişilere iletilmesi de bu tanımın kapsamına girer.

**Hastane Enfeksiyonu**: Hastane içinde gelişen, ancak inkübasyon döneminde olmayan veya hastaneden alınan mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlardır. Hastanede alınan bir mikroorganizmanın neden olduğu ve taburcu olduktan sonra belirtileri ortaya çıkan enfeksiyonlar da hastane enfeksiyonları olarak kabul edilir.

Hastane Enfeksiyonu; Hastalarda; hastaneye başvurdukları anda inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra veya taburculuğu takiben ilk 10 gün içinde gelişen, cerrahi bir girişimi takiben ilk 30 gün içinde veya kalıcı olarak yerleştirilmiş implant varlığında ise ( prostetik kalp kapağı, protez, insan dokusundan olmayan damar grefti gibi...) ameliyattan sonraki 1 yıl içinde insizyon bölgesinde ( insizyonel, derin veya organ/boşluk ) gelişen enfeksiyonlardır.

**Enfeksiyon Kontrol Komitesi(EKK)**: Biyokimya Uzmanı başkanlığında, Sorumlu Başhekim, Genel Cerrahi Uzmanı, Dahiliye Uzmanı, Başhemşire, İnfeksiyon Kontrol hemşiresi, Anestezi Uzmanı ve Ortopedi Uzmanından oluşan, amacı doğrultusunda ve kapsamı içinde faaliyet gösteren komitedir.

**Nozokomiyal enfeksiyon**: Hasta hastaneye başvurduktan sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastane de gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır. Nozokomiyal enfeksiyon, Hasta hastaneye başvurduktan sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastane de gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır.

**Sterilizasyon**: Bir materyalin içerdiği tüm canlı mikroorganizma formlarının sporlar da dahil ortadan kaldırılması işlemidir.

**Dezenfeksiyon**: Cansız maddeler üzerinde bulunan sporlu bakteriler dışındaki mikroorganizmaların yok edilmesi işlemidir.

**CDC (Centers For Disease Of Control)**: ABD Hastalık Kontrol Merkezi

**Cerrahi Yaraların Sınıflandırılması**: Cerrahi yaralar dört gruba ayrılır:

1. Temiz yaralar,
2. Temiz kontamine yaralar
3. Kontamine yaralar
4. Kirli-enfekte yaralar

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	2 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



**Temiz Yaralar:** Elektif, primer kapatılmış ve dren konmamış, nontravmatik, enfekte olmamış, inflamasyon gelişmemiş, aseptik teknikten ödün verilmemiş, solunum, gastrointestinal, genitoüriner veya orofaringeal sistemin açılmadığı yaralardır.

**Temiz - Kontamine Yaralar:** Gastrointestinal, solunum veya genitoüriner sistemin kontrollü ve kontamine olmayacak şekilde açıldığı yaralar, vajinal ameliyatlar, idrar kültürünün pozitif olmadığı durumlardaki genitoüriner ameliyatlar, safranin enfekte olmadığı biliyer sistem ameliyatları, aseptik teknikte minimal aksamaların olduğu ameliyatlar.

**Kontamine Yaralar:** Açık ve erken travmatik yaralar, gastrointestinal sistemde görünebilir kirlenmeler, enfekte idrar ve safranin olduğu durumlarda yapılan genitoüriner ve biliyer sistem ameliyatları, akut, nonpürülan inflamasyonun olduğu yaralar

**Kirli ve Enfekte Yaralar:** Ölü doku, yabancı cisim ve fekal kontaminasyonun olduğu travmatik yaralar, perfore içi boş organ ameliyatları, abse ile birlikte seyreden akut bakteriyel inflamasyonun olduğu ameliyatlar.

Cerrahi Yara Enfeksiyonlarında Risk Faktörleri

**Kritik aletler :**Cilt ve mukoza penetrasyonu olan aletlerdir. Enjektör iğneleri, protezler, akapunktur iğneleri, cerrahi malzemeler, artroskop, laparoskop, bronkoskop, sistoskop, biyopsi malzemeleri bu gruptadır.Mutlaka steril olmaları gerekir.

**Yarı kritik aletler:**Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş cilt teması olan aletlerdir. Fleksible endoskoplar, laringoskoplar, anestezi ekipmanları, endotrakeal tüpler, solunum sirkülasyon ekipmanı, nazal ve vajinal spekulumlar, nebulizör kapları, bazı oftalmik araçlar, bu gruptadır. Sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerekir.

**Kritik olmayan aletler :**Sağlam deri ile temas eden aletlerdir. Steteskoplar, tansiyon aleti manşonu, Termometre, kulak spekülumu, diyalizat ile temas eden hemodiyaliz yüzeyleri, yatak çarşafı, EKG elektrotları, küvözler, sürgüler, yemek kapları, tekrar kullanıma mahsus diğer malzemeleri içermektedir.Düşük düzey dezenfeksiyon gereklidir.

**Hepa Filtre :** Hepa (High Efficiency Particulate Arresting - Yüksek Etkinlikte Partikül Yakalayıcı) filtre %85 ve üzerinde, 0,3 mikrona kadar havada bulunan partikülleri havadan arındırabilen filtrelerdir.%99,97oranına sahip olan filtrelere True Hepa (Gerçek Hepa) filtre denir. Bu oranın biraz altında kalanlarına ise Hepa filtre denir. %99,99 oranına sahip olan filtrelere ise ULPA filtre denir.

## 5.SORUMLULUKLAR

**Onay ve yürürlük:** Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Yönetim Kurulunun onayından sonra yürürlüğe girer. Enfeksiyon Kontrol Komitesinden sorumlu Başhekim Yardımcısı, Dahiliye Uzmanı, Genel Cerrahi Uzmanı, Eczacı ,Hemşirelik Hizmetleri ,Enfeksiyon Hemşiresi ve Eğitim Hemşiresi.

## 6.RAPORLAMA

Enfeksiyon Kontrol komitesine yapılır. 3 ayda bir komite toplantısında yada hemen enfeksiyon kontrol hemşiresine yapılır.

## 7.FALİYET:

### 7.1. SAĞLIK HİZMETİ SÜREÇLERİNİN ENFEKSİYON RİSKİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Hastanemizde mevcut birimlerin enfeksiyon riski açısından düzeyleri aşağıdaki tablo üzerinde gösterilmektedir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	3 / 34



**Özel Ekol Hastanesi**  
**ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI**



BÖLÜM	ENFEKSİYON RİSK DÜZEYİ
YOĞUNBAKIM ÜNİTELERİ	YÜKSEK ENFEKSİYON RİSKİ
AMELİYATHANE ÜNİTELERİ	
DOĞUMHANE ÜNİTESİ	
ENDOSKOPİ ÜNİTESİ	
STERİLİZASYON ÜNİTESİ	
TIBBİ ATIK DEPOSU	
KİMYASAL ATIK DEPOSU	
ACİL SERVİS	
YATAN HASTA KLİNİKLERİ	
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	
BİYOKİMYA LABORATUARI ve TRANSFÜZYON MERKEZİ	
POLİKLİNİKLER	
MORG	
ÇAMAŞIRHANE	
İDARİ BİRİMLER	DÜŞÜK DÜZEY ENFEKSİYON RİSKİ
YEMEKHANE ve MUTFAK	
ECZANE	
ARŞİV	
TEKNİK BÖLÜMLER	
STERİL OLMAYAN DESTEK ALANLAR (depolar, personel odaları, asansörler, evsel atık deposu vb.)	
ÇEVRE ALANLAR	

## 7.2. - SÜRVEYANS YÖNTEMİ VE KAPSAMI

- AMAÇ:** Bu prosedürün amacı; hastane enfeksiyon oranları ve böylece endemik bazal enfeksiyon hızını, bu oranları düşürmek amacıyla belirlemek ve iyileştirilmesi için önlemlerin alınmasını sağlamaktır.
- KAPSAM:** Bu prosedür hastane enfeksiyon sürveyansı faaliyetlerini kapsar
- SORUMLULAR:** Bu prosedürün uygulanması ve kontrolünden; Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri (EKH) ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyeleri sorumludur.
- TANIMLAR:**
  - Hastane Enfeksiyonu:** Başvuru anında bulunmayan ya da inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yattıktan 48 – 72 saat sonra ortaya çıkan veya hastaneden taburcu olduktan 10 gün sonra ( cerrahi operasyon sonrası ilk 30 gün, implant uygulanmış ise 1 yıl içinde ) oluşan enfeksiyonlardır.
  - Sürveyans:** Belirli bir hastalığın dağılımı ve determinatları ile ilgili verilerin sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve analizidir. Amaç, verilerin sonucu iyileştirebilecek kişilere ulaştırılmasıdır. Dört tip sürveyans yöntemi bulunmaktadır:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	4 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



**4.2.1. Aktif sürveyans:** Eğitim almış Enfeksiyon Kontrol Hekim ve Hemşireleri tarafından hastane enfeksiyonları izlenir.

**4.2.2. Prospektif Sürveyans:** Hastalar yattıkları süre boyunca izlenir.

**4.2.3. Hastaya ve Laboratuvara Dayalı Sürveyans:** Laboratuvar verileri, risk faktörleri ve altta yatan hastalıklar izlenir.

**4.2.4. Hedefe Yönelik Sürveyans:** Hastaneler; 'Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları' temelinde kendi hastane özelliklerinde ve hasta popülasyonuna göre sürveyans yapacakları servisleri ve ameliyat tiplerini belirler.

### 5. PROSEDÜR AKIŞI:

**5.1.** Sürveyans verileri; ayda bir, antibiyotik direnç paternleri yıllık olarak Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı sistemine (UHESA) girilir.

**5.2.** Hastane enfeksiyonları sürveyans kayıtlarında aşağıdaki temel veriler kullanılır:

**5.2.1.** Demografik isim, yaş, cinsiyet, protokol no, servis, yatış tarihi

**5.2.2.** Enfeksiyon; belirlendiği tarih, yeri

**5.2.3.** Laboratuvar; patojen(ler), antibiyogram, fenotipik ve genotipik tiplendirme yöntemleri  
Sürveyansta aşağıdaki veri kaynaklarından yararlanır:

**5.3.1.** Hasta dosyası

**5.3.2.** Hemşire Gözlem Formları

**5.3.3.** Mikrobiyoloji sonuçları

**5.3.4.** Radyolojik inceleme sonuçları

**5.3.5.** Ameliyathane kayıtları

**5.3.6.** Hastayı izleyen hekim ve hemşire

**5.3.7.** Hastane arşivi

**5.4.** Hastanemizde; yoğun bakım ünitelerinde aktif ve **hastaya dayalı sürveyans**, EKK tarafından belirlenen diğer pilot birimlerde ise **laboratuvara dayalı sürveyans** yapılır.

**5.4.1. Hastaya Dayalı Sürveyans:** EKH; günlük olarak hastaları ziyaret eder, kayıtları hastane enfeksiyonu açısından değerlendirir, gerektiğinde ise hastayı izleyen hekim ve hemşirenin görüşlerini alır.

**5.4.2. Laboratuvara Dayalı Sürveyans:** EKH; günlük olarak Mikrobiyoloji Laboratuvarından yatan hasta ve cerrahi polikliniğinden gelen pozitif kültür sonuçlarını alır. Bu sonuçlarla birlikte ilgili yatan hastaları ziyaret eder. Hastane enfeksiyonu olan hastaları tespit eder. Kültür sonucu pozitif olan bu hastaları ziyaret ederken; diğer hastaları da tabloda verilen sorular ışığında değerlendirerek laboratuvarı temel alan sürveyansın neden olabileceği eksik tanıları da telafi etmiş olur. Cerrahi polikliniklerinden gelen pozitif kültür sonuçlarını hastane enfeksiyonu açısından değerlendirir.

**5.5.** Sürveyans çalışmalarından Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi (EKH) sorumludur. Gereğinde Enfeksiyon Kontrol Hekimine danışır.

**5.5.1.** EKH; her sabah Laboratuvar dan; yatan hasta kültür sonuçlarını ve cerrahi polikliniklerden gelmiş yara kültürü sonuçlarını alır. Bu sonuçlarla birlikte kültüründe üreme olan hastaları ziyaret eder. Bunun dışında kültür pozitifliği olmasa dahi; tüm yoğun bakımları günlük olarak ve tüm servisleri haftada iki kez olmak üzere ziyaret eder. Hastanın sorumlu hekimi, hemşiresi ve hastanın kendisi ile görüşerek ve dosyaları inceleyerek gerekli bilgileri edinir. Hastane enfeksiyonu gelişmiş hastaları araştırır. Hastane Enfeksiyonu geliştiği düşünülen hastaları "**Erişkin Hasta veya Yenidoğan Enfeksiyon Takip Formu**"na kaydeder. Yara kültürü pozitif olan cerrahi poliklinik hastaları ile ilgili olarak cerrahi poliklinik doktoru ve hemşiresinden bilgi alınır. Yine enfeksiyon tespit edildiği durumda ilgili ekiple görüşerek ve gerekirse bilgisayar kayıtlarını da kullanarak aynı forma kayıt eder.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	5 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



5.5.2. Yoğun bakım ünitelerinde; ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP), üriner kateterle ilişkili enfeksiyon ve santral venöz kateterle ilişkili enfeksiyon “Erişkin Hasta veya Yenidoğan Enfeksiyon Takip Formu, Erişkin Hasta veya Yenidoğan İnvaziv Araç İlişkili Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Formu” kullanılarak takip edilir.

5.5.3. Yoğun bakım bölümü ve tüm servislerde “İnvaziv Araçla İlişkili Enfeksiyon Takip Formları” aylık olarak EKH tarafından doldurulup kayıtları tutulur.

5.5.4. “Cerrahi Girişim Günlük Takip Formları” Ameliyat Hemşiresi tarafından ameliyat olan her hasta için (enfekte olsun ya da olmasın) günlük olarak doldurulur. Ay sonunda EKH’ne teslim edilip kayıt edilir.

5.6. Sürveyans verileri ayda bir Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon kontrol Hekimi tarafından analiz edilerek şu veriler çıkarılır:

5.6.1. Hastane enfeksiyonlarının bölümlere göre aylık dağılımı

5.6.2. Hastane enfeksiyonlarından sorumlu etkenlerin sistemlere göre aylık dağılımı

5.6.3. Hastane enfeksiyonlarının sistemlere göre bölümler bazında aylık dağılımı

5.6.4. Hastane enfeksiyonlarından sorumlu etkenlerin bölümlere göre aylık dağılımı

5.7. Analiz edilmiş veriler, o ay yapılacak EKK toplantısında değerlendirilir ve gerekli önlemler belirlenir.

İlgili bölümlere iletmek üzere 3 ayda bir yönetime EKK tarafından bildirilir.

5.8. Sürveyans verileri 3 ayda bir analiz edilerek, yukarıdakilere ek olarak aşağıdaki veriler de elde edilir:

5.8.1. Cerrahi ekiplerin, NNIS, risk indeks kategorisine göre değerlendirilmiş CAİ oranları

5.8.2. Enfeksiyon etkeni olan mikroorganizmaların antibiyotik direnç paternleri

5.8.3. Ventilatör ilişkili pnömoni hızları, üriner kateterle ilişkili ÜSE, Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızları

5.9. 3 aylık analizlerde elde edilen sonuçlar, o ay ki EKK toplantısında değerlendirilerek, risk indeks kategorisine göre değerlendirilmiş CAİ oranları ilgili ekiplere 3 ayda bir bildirilir. Risk faktörleri değerlendirilerek alınabilecek önlemler kararlaştırılır. Antibiyotik duyarlılık paternlerine göre, antibiyotik kullanım politikaları gözden geçirilir. Alınan kararlar, ilgili bölümlere EKK tarafından iletilir.

### 6. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

6.1. Erişkin Hasta Enfeksiyon Takip Formu

6.2. Yenidoğan Enfeksiyon Takip Formu

6.3. Cerrahi Girişim Günlük Takip Formu

6.4. Erişkin Hasta İnvaziv Araç İlişkili Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Formu

6.5. Yenidoğan İnvaziv Araç İlişkili Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Formu

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	6 / 34



# 5 ENDİKASYON

## Sevgili personelimiz;

1-Hasta ile temas öncesi !

2-Aseptik işlemler öncesi ve sonrası !

3-Vücut sıvılarının bulaşma riski ve sonrası !

4-Hasta ile temas sonrası !

5-Hasta çevresi ile temas sonrası !

## El Temizliğine Dikkat Ettiniz mi?

### 7.3 - 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 ve eldiven kullanma yöntemlerini belirlemektir.

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

#### 3. TANIMLAR:

##### 1. Normal (sosyal) el yıkama

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

##### 2. El antisepsisi

Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama ve el ovalamayı kapsar.

##### A) Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama

Riskli durumlar için, (enfekte hastalarla temastan sonra ve yoğun bakım ünitelerinde hasta ile temastan önce ve sonra) antiseptikler kullanılarak yapılan el temizliğidir. Amaç, eldeki tüm geçici ve kısmen de kalıcı floranın uzaklaştırılmasıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	7 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



### B) Hijyenik el ovalama

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

### 3. Cerrahi el yıkama

Hijyenik el yıkama sonrasında varlığını sürdüren kalıcı florayı da azaltmak üzere yapılan el yıkama veya el ovmayı tanımlar.

### 4. UYGULAMA:

#### Normal (sosyal) el yıkama

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

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

#### Hijyenik el yıkama

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

#### Hijyenik el ovalama

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

#### Cerrahi el yıkama

1. Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.
2. Antiseptikli (klorhekzidin veya povidon iyot içeren) sabun alınır (5 ml), el ve kollar ovuşturularak 3-5 dk süreyle yıkanır. Günün ilk uygulamasında ayrıca tırnak dipleri 30 sn süreyle fırçalanır (antiseptikli sabun emdirilmiş tek kullanımlık sünger/fırçalar cerrahi el yıkama için uygundur). Ara yıkamalarda 2 dk süre yeterlidir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	8 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



3. Su dirseklerden aşağı akıtılarak durulur ve steril havluyla kurutulur.
4. Musluk eller kullanılmadan kapatılır.
5. Steril eldiven giyene kadar hiçbir yere dokunulmaz.

### Cerrahi el ovalama

1. Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.
2. Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.
3. Hızlı etkili alkol bazlı ürün (3-5 ml) eller ve kollara ovularak uygulanır. İşlem süresi günün ilk ameliyatı için 3 dk olmalıdır. Bu süre boyunca ilave antiseptik alınarak tüm yüzeylerin ıslak kalması sağlanır. Sonraki ameliyatlar için 1 dakikalık süre yeterlidir.
4. Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Steril eldiven giymek için tamamen kuruması beklenir.

### Denetim:

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

## 7.4. - İZOLASYON ÖNLEMLERİ

1. **AMAÇ:** Patojen mikroorganizmaları bulunduran/bulundurma olasılığı yüksek olan kaynaklardan, sağlık kurumundaki hastalara, sağlık personeline ve ziyaretçilere yayılımı önlemektir.
2. **KAPSAM:** Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapan tüm birimleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Birim sorumluları, sorumlu hemşireler, hemşireler.
4. **TANIMLAR:** İzolasyon kelime olarak ayırma, soyutlama, tecrit etme anlamına gelmektedir. Enfeksiyonu önlemede izolasyon yöntemlerinden yararlanır.
5. **UYGULAMA:**

### 7.4.1. STANDART İZOLASYON YÖNTEMLERİ

Hastaneye yatan her hastaya enfeksiyon durumuna bakılmaksızın standart izolasyon yöntemleri uygulanmalıdır. Buna göre;

1. Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, kontamine materyalle direk temas sonrasında eller yıkanmalıdır.
2. Hastayla direkt temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
3. İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
4. İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temastan temiz bölgeye temasa geçerken eller yıkanmalıdır.
5. Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında nonsteril eldiven giyilmelidir.
6. Eldiven çıkartılırken ellerde kontaminasyon meydana gelmesi kaçınılmaz olduğu için bir hastadan diğerine geçerken eldiven değiştirmenin yanısıra eldiven giymeden önce ve çıkardıktan sonra eller yıkanmalıdır.
7. El yıkama **el hijyeni talimatına** uygun olarak yapılmalıdır.
8. Kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ihtimali bulunan durumlarda maske ve gözlük takılmalı, önlük giyilmelidir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	9 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



9. Delici ve kesici aletlerle yaralanmaya karşı korunulmalıdır. İğneler hiçbir zaman yeniden kılıfına geçirilmemeli, ucu bükülmemelidir. Kullandıktan sonra, delinmeye dirençli kaplar içinde biriktirilerek uzaklaştırılmalıdır. Yeniden kullanılacak olan iğne ve kesici aletler delinmeye dirençli kaplarda temizleme-sterilizasyon işlemleri için gönderilmelidir.

10. Eksudatif deri lezyonu olan sağlık personeli iyileşene kadar doğrudan hasta bakımı veya araç-gereç bakımı ile ilgilenmemelidir.

11. Kan veya kanlı sıvılar ile kirlenen çarşaflar veya diğer materyaller özel torbalar içinde uzaklaştırılmalıdır.

### BULAŞ YOLUNA DÖNÜK İZOLASYON YÖNTEMLERİ

Bulaşıcı veya epidemiyolojik olarak önemli patojenlerden kuşkulaniyorsa veya bunlar saptanmışsa standart önlemlere ek olarak bulaşma yoluna dayalı önlemler uygulanmalıdır. Eğer hastalığın bulaşma yolu birden fazlaysa bu önlemler kombine edilebilir.

#### 7.4.1. TEMAS İZOLASYONU (Kırmızı yıldız figürü) ★

##### ENDİKASYONLARI

Epidemiyolojik önem taşıyan, hasta ya da çevresiyle temas yoluyla bulaşabilen mikroorganizmalarla kolonize veya enfekte olan hastalarda uygulanır. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

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

⊙ Düşük enfeksiyon dozu olan veya ortamda uzun süre canlı kalan bakterilerle oluşan enterik enfeksiyonlar

-Clostridium difficile

-Enterohemorajik Escherichia coli, Shigella, hepatit A ve rotavirus (bezlenen bebeklerde)

⊙ Respiratory syncytial virus, parainfluenza virus ve enteroviral enfeksiyonlar (bebek ve küçük çocuklarda)

⊙ Yüksek bulaştırıcılık özelliğine sahip deri enfeksiyonları

-Difteri(kutanöz)

-Herpes simplex virus (neonatal veya mukokütanöz)

-İmpetigo

-Majör (drene olmuş) abseler, dekübit yaraları

-Bitlenme

-Uyuz

-Stafilokoksik furonkülozis

-Zoster (dissemine veya bağışıklığı düşük kişilerde)

⊙ Viral/hemorajik konjoktivit

⊙ Viral hemorajik ateşler

##### UYGULAMALAR

1. Bu hastalar tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Mümkün değilse aynı MO ile kolonize veya enfekte hastalar aynı odada kalabilir.

2. Bu odalara girerken, hastayla ya da çevresindeki her türlü yüzeyle temas öncesinde nonsteril eldiven giyilmeli, odayı terk etmeden hemen önce eldivenler çıkarılarak eller dezenfekte edilmelidir.

3. Tıbbi cihazların diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	10 / 34



4. Hastanın transportu en aza indirilmelidir.

#### 7.4.2. SOLUNUM İZOLASYONU (sarı yaprak figürü)

##### ENDİKASYONLARI

Solunum yoluyla bulaşan, 5 mikrometreden küçük partiküllerle oluşacak enfeksiyonları önlemek amacıyla uygulanır. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

- ⊙ Akciğer ve larengeal tüberküloz
- ⊙ Kızamık
- ⊙ Suçiçeği
- ⊙ Avian influenza
- ⊙ Yaygın zoster enfeksiyonu

##### UYGULAMALAR

1. Hastalar saatte 6-12 hava değişimi olan, havanın doğrudan dışarı atıldığı veya hastanenin diğer alanlarına yayılmadan yüksek etkili filtrasyonla temizlendiği negatif basınçlı özel odalara yerleştirilmelidir.
2. Oda kapısı ve pencereleri kapalı tutulmalı, hasta zorunlu haller dışında odadan çıkmamalıdır. Hastanın transportu gerektiğinde hastaya cerrahi maske takılmalıdır.
3. Odaya giren herkes yüzüne uygun büyüklükte, 1 mikrometre büyüklüğünde partikülleri filtre edebilen, filtrasyon özelliği en az %95 olan maskeler kullanılmalıdır.
4. Tanımlanmış veya şüpheli tüberkülozu olan hasta öksürürken ve burnunu silerken kağıt mendil kullanılmalıdır. Tüberküloz ekarte edilene kadar hasta izolasyonu sürdürülmelidir.
5. Antibiyotik tedavisi alan ve klinik olarak düzelen, üç farklı balgam yaymasında aside dirençli basil görülmeyen hastalarda izolasyon sonlandırılmalıdır.
6. Çoklu ilaç direnci olan hastalar, hastanede kaldıkları sürece izolasyonda olmalıdırlar.

#### 7.4.3. DAMLACIK İZOLASYONU (mavi çiçek figürü)

##### ENDİKASYONLARI

5 mikrometreden büyük partiküller yoluyla bulaşan enfeksiyonların riskini azaltmaya yöneliktir. Mikroorganizmaları taşıyan damlacıklar 60-100 cm'den uzağa gidemezler. Bulaşma duyarlı kişiye yakın temas sonucu olur. Bu tip enfeksiyonlara örnekler:

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

##### UYGULAMALAR

1. Hasta özel odaya alınır. Havalandırma ya da özel hava sistemleri gerekli değildir. Özel oda mümkün değilse alternatif olarak aynı hastalığı olanlar, aynı odayı paylaşabilirler. Her ikisi de mümkün olmadığında enfekte hasta ile diğer hastalar arasında en az 1 metre mesafe olmalıdır.
2. Odanın kapısı açık kalabilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	11 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



3. Sağlık personeli hastaya 1 metreden yakın mesafede çalışırken maske giymelidir.
4. Hasta çok gerekmedikçe izolasyon odasının dışına çıkartılmamalı, eğer gerekiyorsa standart cerrahi maske kullanılmalıdır.

### 7.4.4.SIKI TEMAS İZOLASYONU (kırmızı üçgen figürü)

#### ENDİKASYONLARI

VRE ile enfekte yada kolonize hasta durumlarında.

#### UYGULAMALAR

- 1.VRE enfeksiyonu ve/veya kolonizasyonu saptanan hastalar sıkı temas izolasyonu ile izlenmelidir
  - 2.Hasta tek kişilik odaya alınmalıdır.
  - 3.Birden çok VRE'li hasta varsa aynı odada izlenebilir.
  - 4.Odada bir günlük malzemeden fazlası bulundurulmamalıdır.
  - 5.Odalar arası malzeme transferi yapılmamalıdır.
  - 6.Hastaya kullanılacak tansiyon aleti, stetoskop, termometre vb hastaya özel olmalıdır.
  - 7.Her şifte o hastaya bakım veren personel ayrı olmalı, bu personel başka hastaya bakım vermemelidir.
  - 8.Odanın içerisine alkol bazlı el antiseptiği konulmalıdır.
  - 9.Hastanın oda dışına transportu zorunlu haller dışında yapılmamalıdır.
  - 10.Transport zorunlu ise ilgili bölüm uyarılmalıdır.
  - 11.Hasta odasına girerken sırası ile koruyucu önlük, maske, gözlük (gerekli hallerde) ve en son eldiven giyilmeli ve eldiven önlük kolunun üzerine kadar çekilmeli, açık alan bırakılmamalıdır
  - 12.Maske, gözlük kullanım talimatına göre endikasyon yoksa maske, gözlük takılmayabilir  
Odadan çıkarken en önce eldiven çıkartılmalı, önlüğün iç yüzü dışa gelecek biçimde katlanarak ve silkelmeden etrafı kontamine etmeden, tıbbi atık çöpüne atılmalı ve varsa maske en son çıkartılmalıdır.  
Odadan çıktıktan sonra eller yıkanmalı veya alkol bazlı el antiseptiği ile ovulmalıdır.
  - 13.Vankomisin, teikoplanin ve 3. kuşak sefalosporinlerin rasyonel kullanımları sağlanmalıdır.
  - 14.Hasta klinik açıdan uygunsa hemen taburcu edilmelidir.
- VRE izole edilmiş olan hastalardan haftalık rektal sürüntü kültürü alınır.
- 15.Üç kez rektal sürüntüde VRE üremesi olmayan vakalarda sıkı temas izolasyonu sonlandırılır.
  - 16.Hasta odalarının temizliği için yüksek riskli alan temizlik talimatına uygun şekilde günde en az iki kez ve gerektiğinde temizlik ve dezenfeksiyon işlemi gerçekleştirilir.
  - 17.VRE ile enfekte ve/veya kolonize hasta taburcu olduktan sonra odasına yeni hasta alınması acil ve oda kültür sonuçlarının çıkması beklenemeyecek durumda ise oda iki kere üst üste yüksek riskli alan temizlik talimatına uygun bir şekilde temizlenir ve yeni hasta kabul edilir.
  - 18.Kan ve vücut sıvıları ile kontamine yüzeylerin temizliğinde 10.000 ppm klor konsantrasyonu ile yüzey temizlenecektir.
  - 19.VRE'li hastaların genel durumlarının iyi olması ve evde takip edilmeleri halinde erken taburculuk durumları değerlendirilmeli ve sonraki yatışlarında klinik uyarılmalı ve EKK ile iletişime geçilmelidir.

### 7.5 - AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

#### 1- AMAÇ

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

#### 2- KAPSAM

Hastanemizde çalışan tüm hekimleri kapsar.

#### 3- UYGULAMA

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	12 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Enfeksiyon düşünülen her hastadan antibiyotik başlamadan önce kültür-antibiyoqram yapılması için uygun örnek alınmalıdır.
- ⊗ Klinik, laboratuvar (lökositoz, CRP, sedimentasyon,procalcitonin artışı vs.) ve radyolojik bulgular telkin ediyorsa hasta enfeksiyon açısından değerlendirilmeli, her ateş yüksekliğinde enfeksiyon düşünülerek antibiyotik başlanmamalıdır.
- ⊗ Kültürde üretilen bakterinin etken ya da kolonize olduğuna hastanın klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde karar verilmeli, etken olduğu düşünülüyorsa antibiyotik başlanmalıdır.
- ⊗ Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) imzası gerektiren antibiyotikler için '**Antibiyotik Konsültasyon Formu**' doldurularak enfeksiyon hastalıkları uzmanından konsültasyon istenmelidir.
- ⊗ Toplum kökenli ve hastane kökenli pnömonilerde Toraks Derneğinin rehberleri doğrultusunda ve hastanemizin mikrobiyolojik florası ile antibiyotik direnç paternleri göz önüne alınarak ampirik antibiyoterapi başlanmalıdır.
- ⊗⊗Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastane enfeksiyonu etkenleri ve antibiyotik direnç oranları belli aralıklarla ilgili birimlere bildirilmelidir.
- ⊗ Antibiyotik Kontrol Alt Komitesi hastanemiz antibiyotik direnç paternine göre bazı antibiyotiklerin kullanımını sınırlayabilir veya tercihen kullanımlarını önerebilir.
- ⊗ Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik kullanımı konusunda '**Cerrahi Birimlerde Antibiyotik Profilaksi Talimatı**' na uygun hareket edilmelidir.

### 7.5.1 CERRAHİ BİRİMLERDE ANTİBİYOTİK PROFLAKSİ TALİMATI

**1. AMAÇ:** Operasyon sırasında potansiyel patojen mikroorganizmaların dokularda üremesini engelleyerek cerrahi alan İnfeksiyonu (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 immünsüpresyon) **temiz cerrahi girişimlerde** (enfeksiyon bulgusu yoktur; gastrointestinal, genitoüriner ve solunum sistemine girilmemiştir) **uygulanmalıdır.**
- ⊗ **Kontamine** (akut enflamasyon, aseptik teknikten sapma) **ve kirli** (pürülan enflamasyon, perfore organ) **cerrahi girişimlerde antibiyotik kullanımı tedavi amaçlı olmalıdır.**
- ⊗ Antimikrobiyal profilaksi bakteriyel kontaminasyon ya da doku invazyonu olmadan önce kullanılmalıdır.
- ⊗ Profilaktik antimikrobiyal ilaç, ameliyattan önceki 30 dakika içinde ya da anestezi indüksiyonu ile aynı zamanda uygulanmalıdır.
- ⊗ Antimikrobiyal ilaçlar İV yolla uygulanmalıdır.
- ⊗ Tek doz profilaksi verilmelidir.
- ⊗ Eğer operasyon süresi uzayacak ise (>4 saat), ameliyat sırasında fazla kan kaybı varsa ilk dozdan iki saat sonra ikinci intraoperatif doz uygulanabilir. Ancak profilaksi 24 saatten uzun olmamalıdır.
- ⊗ Postoperatif dönemde antimikrobiyal profilaksi sürdürülmemelidir.
- ⊗ Komplike infeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotikler (karbapenemler, 3. ve 4. kuşak sefalosporinler, glikopeptidler vb.) profilaksi amacıyla kullanılmamalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	13 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



⊗ Torasik ve vasküler cerrahi operasyonlarında profilaksi amacıyla **Sefazolin (1-2 gr)**,

**B-laktam alerjisi varlığında Klindamisin 600 mg** kullanılmalıdır.

⊗ Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastanede CAİ etkeni olarak üretilen mikroorganizmaların direnç profili izlenmeli ve bu profile göre profilakside kullanılan antibiyotiklerin seçimi konusunda görüş bildirilmelidir.

⊗ Kapalı travmalarda tüp torakostomi işlemi sırasında profilaktik antibiyotik kullanılmamalıdır. Ancak aşağıdaki durumlarda tek doz **Sefazolin (1-2 gr)**, **B- laktam alerjisi varlığında Klindamisin 600 mg** kullanılabilir:

1. Acil torakotomi
2. Ateşli silah yaralanmasına bağlı göğüs duvarında yumuşak doku kaybı
3. Akciğer kontüzyonu
4. Eşlik eden laparotomi
5. Eşlik eden açık kırıklar

### 7.6. HASTANE TEMİZLİĞİ :

**1. AMAÇ:** Hastanemizin risk alanlarına göre temizlik standartlarının oluşturulmasıdır.

**2. KAPSAM:** Hastanemizin tüm risk alanlarını kapsar.

**3. SORUMLULAR:** Başhemşire,birim sorumluları, sorumlu hemşireler, hemşireler, temizlik personeli

#### 4. TANIMLAR:

**1. Düşük risk alanları:** Hemşire-doktor odaları, poliklinikler, hasta kabul birimleri, çamaşırhane, banyo, duş, tuvalet, ofis, kafeterya, koridorlar, depolar, mutfak, idari bölümler, hasta ile doğrudan temas etmeyen bölümler

**2. Orta risk alanları:** Hasta odaları, laboratuvarlar, acil servis.

**3. Yüksek risk alanları:** Ameliyathane, Sterilizasyon, Yoğun bakım üniteleri,Doğumhane, Kan transfüzyon Merkezi, Morg,Tıbbi Atık Deposu,izolasyon odaları.

#### UYGULAMA:

##### 1. TEMEL İLKELER:

- ⊗ Temizlik temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
- ⊗ Temizlik malzemeleri her bölüm için farklı olmalıdır.
- ⊗ Temizlik solüsyonu temizlenen bölgenin risk durumuna göre hazırlanmalıdır.
- ⊗ Sadece yüksek risk alanlarında ve özel durumlarda diğer alanlarda yüzey dezenfektanları kullanılmalıdır.
- ⊗ Temizlik bitiminde malzemeler uygun şekilde yıkanıp kurulanmalıdır.
- ⊗ Temizlik malzemeleri ve dezenfektanlar birbiri ile karıştırılmamalıdır.
- ⊗ Tuvaletler en son temizlenmelidir.
- ⊗ Kuru süpürme ve silkeleme yapılmamalıdır.
- ⊗ Temizlik/dezenfektan çözeltileri kirlendiğinde, 2-3 hasta odasında kullanımdan sonra değiştirilmelidir.
- ⊗ Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.Asla üstüne ekleme yapılmaz.

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

⊗ Bütün kan ve vücut sıvıları enfekte kabul edilmeli dökülme ve sıçramalarda temizlik güvenli bir şekilde yapılmalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	14 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların kağıt havlu ile kaba kirleri alınmalıdır.
- ⊗ 1/10 luk sodyum hipoklorit solüsyonu (çamaşır suyu) veya tableti ile temizlenmeli ve temiz su ile durulanmalıdır.
- ⊗ Kullanılan tüm malzemeler kırmızı atık torbasına konulmalıdır.
- ⊗ İşlemi yapan personel kendini korumak için gömlek ve eldiven giymelidir.
- ⊗ İşlem sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır.

### Paspas yapılması:

- ⊗ Eldiven, maske giyilir.
- ⊗ Hasta odaları camlar açılarak havalandırılır.
- ⊗ Nemli mob ile süpürme yapılır.
- ⊗ İki bölmeli olan silme kovasının, bir bölümüne duru su, diğer bölümüne yüzey temizleyicisi karıştırılmış sıcak su konur.
- ⊗ Paspas; önce yüzey temizleyicili suda yıkanır, iyice sıkılır ve yerleri silme işlemi yapılır.
- ⊗ Paspas kirlendikten sonra; önce duru suda yıkanır, sıkılır, daha sonra yüzey temizleyicili suda iyice yıkanır sıkılarak silme işlemine devam edilir.
- ⊗ 3 odada bir yeni su hazırlanır.
- ⊗ Paspas yapma işlemi bittikten sonra paspas iyice yıkanır, durulanır ve sıkılır. Daha sonra 100 ölçü suya 1 ölçü çamaşır suyu konularak hazırlanmış çözeltide 20 dakika bekletilir, durulanır sıkılır ve kurumaya bırakılır.
- ⊗ Paspas kovası deterjanlı su ve duru su ile yıkanır ters çevrilerek kurumaya bırakılır.
- ⊗ Enfekte hasta odasının temizliğinden sonra paspas tıbbi atık torbasına atılmalıdır.
- ⊗ Vücut direnci düşük hasta odalarını temizlemeden önce paspaslar dezenfekte edilmelidir.

### 2. RİSK ALANLARI:

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

#### 1. DÜŞÜK RİSK ALANLARI:

- ⊗ Her bölümün temizliği o bölümde çalışan temizlik firması personeli tarafından yapılmalıdır.
- ⊗ Personelin yaptığı temizlik işleri **personel temizlik takip formu** ile takip edilmelidir.
- ⊗ Temizlik personeli temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.
- ⊗ Öncelikle odalardaki çöpler **tıbbi atık yönetimi prosedürüne** uygun şekilde toplanmalıdır.
- ⊗ Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak da haftada bir kere yıkanır durulanmalıdır.
- ⊗ Camlar ve kapılar haftada bir, kapı tokmağı ve pencere kenarları her gün temizlenmelidir.
- ⊗ Banyo, lavabo ve tuvaletler en az günde iki kez sıvı deterjan ile fırçalanarak temizlenmelidir. Bu bölümlerin temizliğinde kullanılan temizlik malzemeleri başka amaçla kesinlikle kullanılmamalıdır.
- ⊗ Koridorlar ayrı paspasla, deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
- ⊗ Günün ilk saatleri ve gün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanmalıdır. Gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır.
- ⊗ Mutfakta yüzeyler ve yerler her sabah ve akşam su ve deterjanla temizlenmelidir. Ayrıca gün içinde kirlenme olduğunda bu işlem tekrarlanmalıdır.
- ⊗ Yemek kapları otomatik makinalarda yıkanmalı, bulaşık makinesi yoksa bulaşıklar çok sıcak su ile yıkanmalıdır.
- ⊗ Yemek hazırlanan platformlar günlük işlerden sonra hipokloritli dezenfektan ile silinmelidir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>EN.YD.01</i>	<i>03.03.2016</i>	<i>02</i>	<i>01.06.2022</i>	<i>15 / 34</i>



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



### 2. ORTA RİSK ALANLARI:

#### Hasta odalarının temizliğinde:

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

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

- ⊗ Kullanılan malzemeler diğer odaların temizliğinde kullanılmamalıdır (mümkün değilse odanın temizliği bitince paspas, sıcak su ve deterjanla yıkanıp 20 dakika 1/10'luk çamaşır suyunda bekletildikten sonra kullanılabilir)
- ⊗ Mekanik temizlik bittikten sonra yer ve yüzeylerin dezenfeksiyonu dezenfektanlarla yapılmalıdır.

#### Laboratuvarların temizliğinde:

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

### 3. YÜKSEK RİSK ALANLARI:

#### Ameliyathane temizliği:

##### Günlük temizlikte;

- ⊗ Taşınabilir eşyalar dışarı çıkarılmalıdır.
- ⊗ Yerler hastanın kan ve beden sıvıları ile kontamine ise 1/10'luk sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilmelidir.
- ⊗ Ameliyathane tabanı mutlak ıslak paspasla silinmelidir. Daha sonra tüm yüzeyle temas edecek şekilde dezenfektanla dezenfekte edilmelidir.
- ⊗ Tekerlekli araçların tekerlek aralarındaki toz ve yabancı cisimler temizlenmelidir.
- ⊗ Koridorlar sabah - akşam ve kirlendikçe, kapılar günde bir kez, önce temizlenmeli, sonra dezenfektanla silinmelidir.

##### Haftalık temizlikte;

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

##### Ameliyat aralarında;

- ⊗ Ameliyat odasının temizliği mutlaka temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
- ⊗ Ameliyathanede temizlik amacıyla fırça kullanılmamalıdır.
- ⊗ Ameliyatta kullanılan tüm çöpler kırmızı atık torbasına konularak uzaklaştırılmalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	16 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ 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 dışarı alınmalıdır. Ameliyat masası, yerler, kan ve beden sıvısı ile kirlenmemişse dezenfektan uygulanmalıdır.
  - ⊗ Ameliyat masası, yerler kan ve beden sıvısı ile kirlenmişse 1/10'luk sodyum hipoklorit solüsyonu uygulanmalıdır.
  - ⊗ Ameliyathane lambalarının her ameliyattan sonra dezenfektanla silinmesi yeterlidir.
  - ⊗ Temizlik için kullanılan solüsyonlar her ameliyattan sonra değiştirilmelidir.
- Yoğun Bakım Ünitesinin temizliği:**
- ⊗ Yoğun Bakım Ünitesinin yüzeyleri her şifte en az iki kere, bütün alanı kapsayacak şekilde düzenli olarak, kirlendikçe ve hasta taburcu olduğunda temizlenmelidir. Temizlikten sonra 'Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı'nda belirtilen yer-yüzey dezenfektanları ile dezenfekte edilmelidir.
  - ⊗ Hazırlanan solüsyonlar kirlendikçe ve izolasyon odalarında kullanımdan sonra değiştirilmelidir.
  - ⊗ Hasta bakım alanındaki çok dokunulan yüzeyler (örneğin; kapı kolları, yatak kenarlıkları, ışık düğmeleri, paravanların kenarları, başucu masaları, koltuk değnekleri, mobilyalar, telefon, bilgisayarlar, tansiyon aleti kılıfları, EKG kabloları vs.) el temasının az olduğu yüzeylere oranla daha sık temizlenmeli (en az günde bir kez) ve dezenfekte edilmelidir. Hastalar arasında da deterjan ve dezenfektanla temizlenmelidir.
  - ⊗ Seyrek el temasına maruz kalan yatay yüzeyler (örneğin; pencere kenarlıkları/denizlikleri ve sert zemin kaplamaları) düzenli şekilde, kirlenme veya sıçrama olduğu zaman, hasta taburcu olduğu zaman temizlenmelidir.
  - ⊗ Duvarlar, jaluziler ve pencere perdelerinin temizliği kirlilik gözle görülür olduğu zaman deterjanlarla yapılmalıdır.
  - ⊗ İzolasyon odası günde en az bir kez deterjan ve dezenfektanlı solüsyon ile temizlenmelidir. Temizlik personeli maske, önlük, eldiven, galoş ve bone kullanmalıdır.

### 7.7. - DEZENFEKSİYON-STERİLİZASYON-ASEPSİ-ANTİSEPSİ TALİMATI

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

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

#### 3. TANIMLAR:

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

**STERİLİZASYON:** Tüm canlı organizmaların uzaklaştırılması veya inaktivasyonudur.

**DEZENFEKSİYON:** Sporlu bakteriler dışındaki mikroorganizmaların cansız ortamdan elimine edilmesidir.

**Yüksek seviyeli dezenfeksiyon:** Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonudur.

**Orta seviyeli dezenfeksiyon:** Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatif bakterilerle virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesidir.

**Düşük seviyeli dezenfeksiyon:** Tüberküloz etkenleri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmaları inaktive edebilen dezenfeksiyon seviyesidir. **DEKONTAMİNASYON:** Kontamine malzemenin temizlik, dezenfeksiyon veya sterilizasyon ile kullanıma elverişli hale getirilmesidir.

**GERMİSİT:** Mikroorganizmaları tahrip eden herhangi bir madde

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	17 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



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

**Antiseptik:** Canlı üzerinde kullanılabilen germisitlerdir.

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

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

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

Avantajları		Dezavantajları		Temas süresi	
Dezenfeksiyon		Sterilizasyon		Maksimum kullanım	
<b>Gluteraldehit (≥%2) (yüksek seviyeli)</b>	-Korozyon yapmaz -Malzemelerle uyumludur -Organik maddelerden pek etkilenmez -Ucuzdur	-Toksik, alerjik, iritan -Fiksatif *Kullanıcılar maske, eldiven, önlük giymelidir. Ortam havalandırılm alıdır	20 dk	≥3 saat	15 gün
<b>Alkoller (%60-90) (orta seviyeli)</b>	-Çabuk etkili -Toksik-allerjik etkileri yok -Su ve kurutma gerektirmez -Diğer dezenfektanlar la (iyot, klorhekzidin) etkili kombinasyonl ar oluştururlar	-Çabuk buharlaşır -Yanıcı -Kalıcı etkisi yok -Penetrasyonu zayıf -Temiz şartlarda etkili -Uzun süreli kullanımda cildi kurutabilir	Kuruyuncaya kadar	-	-



**Özel Ekol Hastanesi**  
**ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI**



	-Cilt-el antisepsisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun	-Merceкли aletlerin montaj materyalini bozabilir, lastik-plastik malzemeyi sertleştirebilir			
--	---	---	--	--	--

**TABLO 3. Hastanemizde bulunan yer-yüzey dezenfektanları:**

Org. mad. etkilenme	Tüberküloz etki		Avantajlar	Dezavantajlar	Kullanım
<b>Hipokloritler</b>	(+)	(+)	-Hızlı etkili -Geniş etki spektrumu -Ucuz -Toksitesisi az -Yüzeylerde fiske olmuş mikropların, biofilm tabakasının uzaklaştırılmasında etkilidir	-Organik maddelerden oldukça etkilenir -Koroziv -Stabil değildir -Amonyak ve asitlerle toksik bileşikler oluşturur -Tekstil ürünlerinin rengini giderir	-Günlük temizlik için 1/100 oranında sulandırılır -Yoğun kontaminasyonda 1/10 oranında sulandırılır -Başka temizlik ürünleriyle karıştırılmamalıdır
<b>Alkoller (%60-90)</b>	Hafif	(+)	-Çabuk etkili -Toksik-allerjik etkileri yok -Su ve kurutma gerektirmez -Diğer dezenfektanlarla (iyot, klorheksidin) etkili kombinasyonlar oluştururlar -Cilt-el antisepsisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun	-Çabuk buharlaşır -Yanıcı -Kalıcı etkisi yok -Penetrasyonu zayıf -Temiz şartlarda etkili -Uzun süreli kullanımda cildi kurutabilir -Merceкли aletlerin montaj materyalini bozabilir, lastik-plastik malzemeyi sertleştirebilir	-Ulaşılamayan küçük yüzeylerin ve kritik olmayan araçların dezenfeksiyonunda püskürtme yoluyla kullanılır.
<b>Gluteraldehit (≥%2)</b>	(+)	(+)	-Korozyon yapmaz -Malzemelerle uyumludur	-Toksik, alerjik, iritan -Fiksatif *Kullanıcılar	-Kullanım talimatında belirtilen oranlarda



**Özel Ekol Hastanesi**  
**ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI**



			-Organik maddelerden pek etkilenmez. -Ucuzdur	maske, eldiven, önlük giymelidir. Ortam havalandırılmalıdır	sulandırılarak uygulanır.
--	--	--	--	---	---------------------------

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

Org. mad. etkilenme	Tüberküloz etki		Avantajları	Dezavantajları
Alkoller (%60-90)	Hafif	(+)	-Çabuk etkili -Toksik-allerjik etkileri yok -Su ve kurutma gerektirmez -Diğer dezenfektanlarla (iyot, klorheksidin) etkili kombinasyonlar oluştururlar -Cilt-el antiseptisi ve temiz sert yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygun	-Çabuk buharlaşır -Yanıcı -Kalıcı etkisi yok -Penetrasyonu zayıf -Temiz şartlarda etkili -Uzun süreli kullanımda cildi kurutabilir -Mercekli aletlerin montaj materyalini bozabilir, lastik-plastik malzemeyi sertleştirebilir
İyodoforlar (povidon iyot)	(+)	(+)	-İyotun ağır koku, tahriş edici etki ve kalıcı boyama özelliklerini göstermezler -Hem antiseptik hem de dezenfektan olarak kullanılabilirler -Deterjanlarla (noniyonik ve katyonik) kombine etki gösterirler	-Nispeten yavaş etki gösterirler -Kan varlığında aktivitelerini büyük ölçüde kaybederler -Metallere koroziv etki yapabilir -Nadiren iyot alerjisi oluşturabilir -Cilt, göz irritasyonu yapabilir

#### 4. UYGULAMA

1. El antiseptisi 'El Hijyeni Talimatı' nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.
2. Cilt antiseptisi 'Antisepti Talimatı'nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.
3. Endoskopik aletlerin dezenfeksiyonu 'Endoskop Yıkama Cihazı Çalışma Talimatı'nda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.
4. Yer ve yüzeylerin dezenfeksiyonu 'Hastane Temizlik Talimatı' nde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

#### ALET DEZENFEKSİYONU

1. Kullanıcı önlük ve eldivenini giyer, maskesini takar.
2. Tablo 1'e göre sınıflandırılan aletler ayrılabilir parçaları sökülerek bol su ve deterjanla organik kirden arındırılır.

<i>Doküman No</i> <i>EN.YD.01</i>	<i>Yayın Tarihi</i> <i>03.03.2016</i>	<i>Revizyon No</i> <i>02</i>	<i>Revizyon Tarihi</i> <i>01.06.2022</i>	<i>Sayfa No</i> <i>20 / 34</i>
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	-----------------------------------



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



3. Bol su ile durulanır ve kurulanır.
4. Isıya dayanıklı kritik ya da yarı kritik aletler paketlenerek sterilizasyon ünitesine gönderilir.
5. Isıya dayanıklı olmayan yarı kritik aletler için yüksek düzey dezenfeksiyon çözeltisi hazırlanır.
6. Dezenfektan kabının uygun bir yerine solüsyonun hazırlanma ve son kullanma tarihi, hazırlayan kişinin adı yazılır.
7. Aletler dezenfektan çözeltisi içine tamamen batırılır (gluteraldehit çözeltisi kapalı kaplarda kullanılır).
8. Tablo 2'de belirtilen sürelerde bekletilir.
9. Çıkarılan aletler distile su ile durulanır ve iyice kurutulduktan sonra kolay temizlenebilir dolaplarda saklanır.

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

<b>Kritik Aletler</b>	Cerrahi aletler Kardiak kateterler Protezler	-Isıya dayanıklı olanlar için otoklav ile sterilizasyon -Isıya dayanıksız malzeme için etilenoksit ile sterilizasyon	Tek kullanımlık aletlerin yeniden kullanımında her ünite kendi protokollerini oluşturmalı ve bu uygulamalar sürecinde protokole titizlikle uyulmalıdır
Endoskoplar		Endoskoplar için gluteraldehit ile yüksek düzey dezenfeksiyon(Bkz:Bronkoskop dezenfeksiyon talimatı)	
<b>Yarı Kritik Aletler</b>	Endotrakeal tüpler Trakeostomi kanülü Hava yolu araçları Anestezi solunum devreleri Laringoskop	%2 gluteraldehit içine 20 dk yüksek düzey dezenfeksiyon	Dezenfeksiyon sonrası distile su ile durulanmalı, kurutulmalı ve dolapta saklanmalıdır
Termometreler		%70 etil/isopropil alkol ile kuvvetlice ovuşturarak silmek	Her hastaya özel termometre kullanılması önerilir.
Hidroterapi tankları		1/100 dilüe çamaşır suyu ile tank doldurulup 10 dk beklenir, sonra boşaltılıp kuruması beklenir	Dezenfektan etkili iyodoforlar da aynı amaçla kullanılabilir
<b>Kritik Olmayan Aletler</b>	Tansiyon aleti manşonu, EKG kablo ve problemleri, tutucuları, steteskop, ilaç kadehleri, oksijen maskeleri, ambu mask	1/100 dilüe çamaşır suyu ya da %70 alkol ile silinir	Çamaşır suyu sadece sert ve düzgün yüzeyler için uygundur. Deri, mukoza ve göz irritasyonu yapabilir
Nemlendiriciler		Tek kullanımlık olması önerilir	Mutlaka içine steril su konulmalı, sabit nemlendiriciler kullanılıyor ise her hastadan sonra çıkarılmalı 1/10 çamaşır suyu ile



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



		dezenfekte edilmeli, kullanılmadığında rezervuarları kuru olarak tutulmalıdır
Medikasyon nebulizatörleri	Tek kullanımlık olması önerilir, aynı hastada tedavi sonuna kadar kullanılabilir	Alkolle silinip kurutulduktan sonra tekrar kullanılabilir

\*Yukarıdaki işlemler mekanik temizlik sonrası yapılır.

### 7.8. - ÇALIŞANLARIN MESLEKİ ENFEKSİYONU

#### 1. AMAÇ

Hastanemiz personelinin enfeksiyon risklerinin belirlenmesi, enfeksiyon profilaksisi ve temas sonrası izlemi için gerekli protokollerin belirlenmesidir.

#### 2. KAPSAM

Hastanemizde çalışan tüm personelini kapsar.

#### 3. UYGULAMA

- ⊙ İşe girişte her sağlık personeline PPD testi yapılmalı, akciğer grafisi çekilmeli ve viral hepatit markerlerine (HBsAg, anti-HCV) bakılmalıdır.
- ⊙ PPD (-) olanlarda, her yıl testin virajı açısından PPD tekrarlanmalıdır.
- ⊙ Akciğer grafisi düzenli olarak her yıl çekilmelidir. Şüpheli olgularda mutlaka balgamda tüberküloz basili bakılmalıdır.
- ⊙ HBsAg (-) olan personele 0, 1 ve 6. aylarda Hepatit B aşısı yapılmalıdır.
- ⊙ Üçüncü doz hepatit B aşısı uygulamasından sonraki 1-2 ay içinde anti-HBs düzeyine bakılarak anti-HBs  $\geq 10$  mIU/ml bulunan bireyler bağışık olarak değerlendirilmelidir.
- ⊙ İlk hepatit B aşılama serisinden sonra antikor yanıtı gelişmeyen personel, ikinci üç dozluk aşı uygulaması ile yeniden aşılanmalıdır. İkinci aşı serisinden sonra da antikor yanıtı belirlenmeyenler, yanıtız bireyler olarak tanımlanır (Bu bireylerin kronik hepatit B enfeksiyonu olma olasılıkları vardır).
- ⊙ Aşıya yanıt veren immunkompetan bireyler, anti-HBs düzeyi çok düşse veya belirlenemez duruma gelse bile klinik hepatite ve kronik enfeksiyona karşı bağışık kaldığından rutin olarak destek aşı önerilmemektedir.
- ⊙ Röntgen biriminde çalışan personellere ayrıca 6 ayda bir fizik muayene yapılmalı ve hemogram bakılmalıdır.
- ⊙ YDYBÜ de çalışan personel için hepatit markerları ile birlikte ,suçiçeği ve kızamık markerları bakılır ve gerekiyorsa aşılanır.
- ⊙ Bayan personellerin akciğer grafisi çekilmeden önce gebe olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- ⊙ Kesici-delici aletlerle yaralanan personel bildirimle takip edilir.
- ⊙ Yapılan tetkikler kurum hekimi tarafından Personel Sağlık Dosyasına kaydedilmelidir.
- ⊙ Personel sağlık tarama dosyası ve takip kartları kurum hekimi tarafından muhafaza edilmelidir.

### 7.8.1 PERSONEL YARALANMALARI İZLEM TALİMATI

1. 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.

#### 2. KAPSAM

Hastanemizdeki tüm birimleri ve çalışanları kapsar.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	22 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



### 3. UYGULAMA

- Yaralanmaya maruz kalan kişi yöneticisine olay hakkında bilgi vermelidir.
- Birim yöneticisi tarafından Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi'ne veya Enfeksiyon Kontrol Uzmanı'na, olay gece olmuşsa süpervizör hemşireye haber verilmelidir.
- Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla veya uygun bir antiseptikle yıkanmalıdır. Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol su ile yıkanması yeterlidir.
- Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma vb. yöntemlerle kesinlikle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur.
- Yaralanan personel tarafından '**Kaza Bildirim Formu**' doldurulmalıdır. Aynı forma Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından yapılan müdahaleler hakkında bilgiler kaydedilmeli ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından formlar arşivlenmelidir.
- Takip gerektiren personel Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından takip programına alınmalıdır.
- Enfekte materyalle yaralanma sonrasında kaynak kişide hepatit B, hepatit C ve HIV araştırılmalıdır. Kaynak kişide bu enfeksiyonlar saptanmazsa yaralanmaya maruz kalan alan yıkanarak, povidon iyot ile pansumanı yapılmalı ve hepatit B yönünden aşılammış personel aşı programına alınmalıdır.
- Kaynak kişide HIV virüsü saptanması durumunda;** yaralanan personel antiretroviral profilaksi uygulanması için, ilk müdahaleden hemen sonra Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir. Maruziyetten 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 48 saat içerisinde hepatit B hiperimmunglobulin (HBİg) 0.06 ml/kg dozunda deltoid adale içine, eşzamanlı olarak hepatit B aşısı diğer kolda deltoid adale içine yapılmalı ve takiben 0, 1. ve 6. aylarda aşı tekrarlanmalıdır. Aşı uygulaması 0, 1, 2 ve 12. ay şeklinde de yapılabilir.
  - Personelin 3 doz hepatit B aşısı varsa; anti-HBs titresine bakılmalı, yanıt yeterli (Anti-HBs  $\geq$  10 mIU/ml) ise hepatit B'ye yönelik herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersiz (Anti-HBs titresini  $<$  10mIU/ml) ise HBİg 0.06 ml/kg ve hepatit B aşısı uygulanmalıdır.
  - Personelin HBSAg pozitifliği varsa; pansuman dışında herhangi bir müdahaleye gerek yoktur.
- Kaynak kişide hepatit C virüsü saptanması durumunda;** uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. Maruziyetten hemen sonra ve 6. ayda, anti-HCV ve ALT bakılmalıdır.
- Kaynak bilinmiyorsa;**
  - Personel aşısızsa hepatit B aşısı serisine başlanmalıdır.
  - Personel aşı, ancak aşı yanıtı yetersizse ve kaynak yüksek risk taşıyorsa, HBsAg pozitif kaynak gibi işlem uygulanmalıdır.
  - Personelin aşı yanıtı bilinmiyorsa, Anti-HBs titresine bakılmalı, yanıt yeterli ise herhangi bir müdahale yapılmamalıdır. Yanıt yetersizse tek doz hepatit B aşısı uygulanmalıdır.
  - Hepatit C için; uygulanacak genel kabul gören bir profilaktik tedavi yoktur. İlk müdahaleden sonra anti-HCV (maruzdan hemen sonra ve 6. ayda) ve ALT bakılmalı, anti-HCV pozitifliği saptanan personel, takip için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.
  - HIV için; maruziyetten hemen sonra ve 6. ayda Anti-HIV bakılmalı, anti-HIV pozitifliği saptanan personel, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği olan ilgili kuruma sevk edilmelidir.

### 7.8.2 - LABORATUVARLARDA ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1- AMAÇ

Laboratuvarda çalışan sağlık personelinin laboratuvar kaynaklı enfeksiyonlardan korunması için gereken uygulama kurallarının belirlenmesidir.

#### 2- KAPSAM

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	23 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



Laboratuvarda çalışan tüm sağlık personelinini kapsar.

### 3- UYGULAMA

- ⊗ Tüm kanlar ve kanla bulaşmış örnekler 'enfekte' kabul edilmelidir.
- ⊗ Laboratuvar kaynaklı tüm tıbbi atıklar '**Tıbbi Atık Yönetimi Prosedürü**'ne uygun olarak uzaklaştırılmalıdır.
- ⊗ Enjektörler işlem sonrası kapakları kapatılmadan delinmeye dayanıklı özel kaplara atılmalıdır.
- ⊗ Santrifüjleme ve vorteksleme işlemleri sırasında enfekte aerosol oluşumunun engellenmesi için işlem bittikten sonra 15 dakika beklenerek kapak açılmalı ve tüpler işleme alınmalıdır.
- ⊗ Enfekte aerosol oluşumunun engellenmesi için enfekte özeler alevin üst ucunda kurutulduktan sonra alevin içinde kor haline getirilmelidir.
- ⊗ Kan ve vücut sıvılarıyla ilgili işlemler sırasında eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra '**El Hijyeni Talimatı**'na uygun olarak eller yıkanmalıdır.
- ⊗ Kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ihtimali bulunan durumlarda maske ve gözlük takılmalı, önlük giyilmelidir.
- ⊗ Laboratuvarlarda yiyecek, içecek tüketilmemeli, sigara içilmemelidir. Laboratuvardaki soğutucularda yiyecek, içecek saklanmamalıdır.
- ⊗ Ağız ile pipetleme yapılmamalı, otomatik pipetler kullanılmalıdır.
- ⊗ Laboratuvar temizliği '**Hastane Temizliği Talimatı**'na uygun olarak yapılmalı, materyal dökülmesi ya da sıçraması durumlarında ilgili bölüm '**Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı**'nda belirtilen yer-yüzey dezenfektanları ile dezenfekte edilmelidir.
- ⊗ Tüberküloz şüpheli örnekler tip 2 güvenlik kabinlerinde çalışılmalıdır.

### 7.8.3- ACİL SERVİSTE ÇALIŞANLARIN ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1- AMAÇ

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

#### 2- KAPSAM

Acil serviste çalışan tüm sağlık personelinini kapsar.

#### 3- UYGULAMA

- ⊗ Acil durumlarda ağızdan ağıza resusitasyon olasılığını en aza indirmek için ağızlık, ambu gibi solunum aletleri hazırda bulundurulmalıdır.
- ⊗ Acil serviste kullanılan alet ve ekipmanlar '**Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Talimatı**'na uygun dezenfekte edilmelidir.
- ⊗ Acil servisin yoğunluğundan ve hastalara acil müdahale gerektiğinden, asepsi kurallarına uyulmadan yapılan girişimler enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu nedenle yapılması gereken işlemlerin aciliyeti iyi değerlendirilmeli, işlemler mümkünse hasta yattıktan sonra serviste, daha uygun koşullarda yapılmalıdır.
- ⊗ Her hasta ile temastan önce ve sonra '**El Hijyeni Talimatı**'na uygun olarak eller yıkanmalıdır.
- ⊗ Kan ya da benzeri vücut sıvıları ile temas sırasında '**İzolasyon Yöntemleri Prosedürü**'ne uygun hareket edilmelidir.
- ⊗ Perkütan yaralanmaların önlenmesi için iğneler kullanıldıktan sonra kılıflarına tekrar takılmamalı, eğilip bükülmemeli, iğne atık kutusuna atılmalıdır.
- ⊗ Kesici-delici aletlerle yaralanma durumunda bildirim yapılmalıdır.
- ⊗ Acil servisteki hastalara yaklaşımda alınması gereken izolasyon önlemleri **Tablo1**'de belirtilmiştir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	24 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



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

Klinik	Muhtemel Patojenler	Önlemler
<b>Diyaire</b>		
Dışkısını tutamayan veya bezli hastada olası enfeksiyöz akut diyare	Enterik patojenler	Temas
Son zamanlarda antibiyotik kullanma hikayesi	C.Difficile	Temas
<b>Menenjit</b>		
Etyolojisi bilinmeyen yaygın döküntüler	N. meningitidis	Damlacık
Ateşli petişiyal \ ekimotik döküntü	N. meningitidis	Damlacık
Veziküler döküntü	Su çiçeği	Solunum yolu ve temas
Nezleli ve ateşli makülopapüler döküntü	Kızamık	Solunum yolu
<b>Solunum yolu enfeksiyonları</b>		
HIV negatif veya HIVrisky düşük hastada öksürük \ ateş \ akciğerde üst lob enfeksiyonu	M.tuberculosis	Solunum yolu
HIV pozitif veya HIV riski yüksek hastada öksürük \ ateş \ akciğerin herhangi bir yerinde infiltrasyon	M.tuberculosis	Solunum yolu
Şiddetli,dirençli nöbet tarzında öksürük	Boğmaca	Damlacık
<b>Çoklu ilaca direnci olan mikroorganizma riski</b>		
Çoklu ilaca direnci olan mikroorganizmalarla enfeksiyon veya kolonizasyon hikayesi	Dirençli bakteriler	Temas
Yakın zamanlarda çoklu ilaca direnci olan mikroorganizmaların endemik olduğu hastanelerde yatan hastalarda deri,yara ve idrar yolu enfeksiyonları	Dirençli bakteriler	Temas
<b>Deri ve yara enfeksiyonları</b>		
Apse ve kapanmayan akıntılı yara	S.aureus,Agrubu streptokok	Temas

\*Temas, damlacık ve solunum yolu izolasyonunda 'İzolasyon Prosedürü'nde belirtilen önlemler alınmalıdır.

### 7.8.4. İSHALLİ HASTALARDA ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	25 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



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

### 2- TANIM

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

### 3- KAPSAM

Tüm sağlık personelinin kapsar.

### 4- UYGULAMA

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

### 7.8.5. – ÇALIŞANLARIN ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ TALİMATI

#### 1-AMAÇ

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

#### 2-KAPSAM

Tüm personeli kapsar.

#### 3-UYGULAMA

Her yıl, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından yapılacak eğitimler planlanır.

Hazırlanan program içerisinde hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili eğitim her yıl mutlaka yer alır.

Sürveyans sonuçlarına göre gerektiğinde birime yönelik eğitimler planlanır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	26 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



Hastanemiz tarafından düzenlenen halk eğitimleri programında enfeksiyon kontrolü ile ilgili eğitimler Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından verilir.

Salgın durumlarında enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim ilgili birimlere verilir. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri dosyalar halinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından muhafaza edilir.

### 7.9. TESİS KAYNAKLI ÇALIŞMALARDA ENFEKSİYON KONTROLÜ TALİMATI (YAPIM-ONARIM ÇALIŞMALARINDA)

#### 1- AMAÇ

Hastanemizdeki yapım-onarım çalışmaları esnasında uygulanacak enfeksiyon kontrol önlemlerini belirlemektir.

#### 2- KAPSAM

Teknik servis elemanlarını kapsar.

#### 3- UYGULAMA

⊗ Yatan hastaların olduğu birimlerde mümkünse asma tavan kullanılmamalı, asma tavan kullanımı kaçınılmaz ise tavanda oluşan boşluğa rutin vakum uygulanarak hastaların maruz kaldığı partikül sayısı minimuma indirilmelidir.

**Partikül Ölçümü: Ameliyathane ve yoğunbakımlarda yılda 2 defa(6 ayda bir) yapılmaktadır.**

⊗ Yapım-onarım çalışmalarının yapıldığı bölgeler, hastalara bakım verilen alanlardan tavandan tabana kadar uzanan toz geçirmez bir bariyerle ayrılmalı, bu bariyerin hava geçirmeyecek şekilde izolasyonu sağlanmalıdır. Eğer bu tarz bariyerlerin oluşturulması mümkün değilse hastaların

yapım-onarım çalışmaları tamamlanana ve sonrasında gerekli temizlik yapılanaya kadar o bölgeden uzaklaştırılması gereklidir.

⊗ Kapıların açılıp kapanmasını ve toz yayılımını minimum düzeyde tutabilmek için yapım-onarım çalışmalarının yürütüldüğü yerlerden geçişler kısıtlanmalıdır. Mümkünse bu çalışmalar sırasında kullanılması gereken koridorlar, asansörler, giriş ve çıkışlar diğerlerinden tamamen ayrılmalıdır.

⊗ Yapım-onarımda görev alan kişilerin giysileri Aspergillus sporları ile kontamine olabileceği için hasta ile temasları, hasta bakım alanlarına geçişleri, ortak asansörleri kullanmaları engellenmelidir.

**Su numune ölçümü:6 ayda bir yapılmaktadır.**

### 7.10. OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA YÖNELİK PLANLAMA

#### 7.10.1 - SALGIN İNCELEME TALİMATI

#### 1. AMAÇ

Salgına konu olan hastalığı ya da enfeksiyon etkenini daha fazla yayılmadan kontrol altına alabilmek, enfekte veya kolonize olmamış kişilere bulaşmasını durdurabilmek, benzer durumların tekrarlanmasını önleyebilmek ve daha önceden bildirilmemiş yeni rezervuarlar ve bulaş yollarını tanımlamak amacıyla işlem basamakları belirlemektir.

#### 2. KAPSAM

Hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Komitesini ve enfeksiyon kontrol hemşiresini kapsar.

#### 3. TANIM

Salgın; bir hastalığın bir yerde, belirli bir zaman diliminde beklenenden fazla görülmesi ya da belirli ortak özellikleri nedeniyle kümeleşme göstermesi olarak tanımlanır.

#### 4. UYGULAMA

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	27 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından vaka tanımı oluşturulur. Vaka tanımında “kim, ne zaman, nerede” sorularının net bir şekilde cevaplanması gereklidir. Örneğin; E.coli’ye bağlı primer bakteriyemi vaka tanımı: 1 Ocak 2016 ile 3 Mayıs 2016 tarihleri arasında cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan, “Center for Disease Control and Prevention (CDC)” tanımlarına göre klinik sepsis bulguları saptanan ve 1 Ocak 2016 tarihinden sonra kan kültüründe E.coli üremesi olan hastalar gibi.
- ⊗ Konu ile ilgili literatür incelemesi yapılır.
- ⊗ Vaka tanımına uyan tüm hastaların dosyaları ayrıntılı bir şekilde taranır.
- ⊗ Tüm vakaları ve salgın incelemesi açısından önem taşıyan özelliklerini içeren bir liste hazırlanır.
- ⊗ Laboratuvarla iletişim kurularak önemli olabileceği düşünülen tüm izolatların (hasta izolatları veya şüpheli kaynaklardan alınan kültürler) saklanması istenir.
- ⊗ Vakalar belirlendikten sonra salgın dönemini, salgın öncesi dönemle karşılaştırabilmek amacıyla Y eksenli vaka sayısını, X eksenli zamanı gösteren bir salgın eğrisi çizilir.
- ⊗ İki dönemdeki (salgın öncesi-salgın) atak hızlarının (hastalık sayısı/risk altındaki kişi sayısı) istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda bunun gerçek bir salgın olup olmadığına karar verilir. Salgın öncesi dönemin sağlıklı bir şekilde temsil edilmesi için en az altı aylık veri incelenmelidir.
- ⊗ İncelenen konu ile ilgili yazılı standartlar (varsa) incelenir ve bunlara ne ölçüde uyulduğu araştırılır.
- ⊗ Toplanan tüm verilerin ve literatür bilgilerinin ışığında salgının nasıl geliştiğini açıklamayı hedefleyen bir hipotez geliştirilir.
- ⊗ Tüm bu çalışmalar yürütülürken bir yandan da yayılımın önlenmesi için gerekli kontrol önlemleri alınır.
- ⊗ Salgın kaynağı olabileceğinden şüphelenilen aletlerin (varsa) kullanımdan kaldırılması gereklidir.
- ⊗ Muhtemel bir risk faktörünün, salgının ortaya çıkışında rolü olduğunu kesinleştirmek için risk faktörü, araştırılan durumun (enfeksiyon, kolonizasyon vb.) ortaya çıkışından önce mevcut olmalıdır.
- ⊗ Risk faktörünün araştırılan durumla ilişkili olduğu istatistiksel yöntemlerle gösterilmelidir. Bunun için vakaların araştırılan durumdan etkilenmeyen hastalarla (kontrol grubu) karşılaştırılması (vaka-kontrol çalışması) ya da belirli bir risk faktörü taşıyan hastalarda araştırılan durumun görülme sıklığı ile bu risk faktörünü taşımayan hastalarda aynı durumun görülme sıklığının karşılaştırılması gereklidir (kohort çalışması).
- ⊗ Enfeksiyon kontrol ekibince gerekli görülen durumlarda iki mikroorganizma arasındaki klonal ilişkiyi araştırmak için moleküler tiplendirme yöntemlerine başvurulabilir.
- ⊗ Hastane ortamında bulunan yüzeyler çok sayıda mikroorganizma ile kontamine olduğu için salgın incelemeleri sırasında rutin ortam kültürü alınmasından özellikle kaçınılmalıdır.
- ⊗ Yürütülen salgın incelemesi sırasında cansız materyalle ya da yüzeylerle araştırılan durum arasında bir ilişki olduğunun gösterilmesi durumunda sadece gerekli görülen yerlerden kültür alınabilir.
- ⊗ Hastaların takibinde ‘İzolasyon Prosedürü’nde belirtilen önlemler uygulanır.
- ⊗ Enfeksiyon kontrol önlemlerinin etkinliğini belgelemek için sürveyans sürdürülür.
- ⊗ Salgın incelemesi boyunca ilgili bölümler ve hastane idaresi ile sürekli iletişim sağlanmalıdır.

## 7.11 DESTEK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

### 7.11.1 - ÇAMAŞIRHANE ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1. AMAÇ

Hastanede enfeksiyon kontrolünü sağlamak amacıyla hijyenik bir ortamın oluşturulması için kullanılan tüm tekstil ürünlerinin uygun şartlarda yıkanmasına yönelik kuralları belirlemektir.

#### 2. KAPSAM

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	28 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



Hastanedeki tüm servisleri, poliklinikleri ve ilgili personeli kapsar.

### 3. UYGULAMA

- Çamaşırların toplanması işleminden önce eldiven giyilmelidir.
- Kan ve vücut sekresyonları bulaşmış çamaşırların toplanması esnasında '**İzolasyon yöntemleri Prosedürü**'ne uygun hareket edilmelidir.
- Tüm çamaşırlar, makinelere ve çamaşırhane personeline zarar verecek kesici, delici ve batıcı materyallerden arındırıldıktan sonra çamaşır torbalarına konularak çamaşırhaneye gönderilmelidir.
- Temiz ve kirli çamaşırlar ayrı olarak toplanmalı, taşınmalı ve işleme alınmalıdır.
- Çamaşırlar silkelenmemeli ve havalandırılarak toplanmamalıdır.
- Oda içinde yerlere atılmadan ve temiz mobilyalara değdirilmeden torbalanmalıdır.
- Kirli ve enfekte çamaşırlar taşınırken asansörde gıda malzemeleri ve hasta olmamalıdır.
- Çamaşır toplama işlemi bittikten sonra eldivenler çıkarılmalı ve eller '**El Hijyeni Talimatı**'na uygun olarak yıkanmalıdır.
- 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 en az 70 derecede ve 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.

### 7.11.2 - MORG TEMİZLİĞİ , ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1. AMAÇ

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

#### 2. KAPSAM

Morgda çalışan personeli kapsar.

#### 3. UYGULAMA

- ⊙ Morg; genel kullanım alanlarından uzak, hastaların olmadığı yerde olmalıdır.
- ⊙ Morg giriş-çıkışları hastanenin ana giriş çıkışlarından ve acil giriş çıkışlarından ayrı olmalıdır.
- ⊙ Morg buzdolabının içinin ve dışının temizliği temizlik görevlisi tarafından her cenaze sonrası ve rutin her hafta yapılmalıdır.
- ⊙ Cenaze olmadığı zaman temizlik öncesi morg dolabının elektrik fişi çekilmeli ve dolabının buzu çözülene kadar beklenmelidir.
- ⊙ Morg dolabının iç ve dış temizliği deterjanla silinerek yapılmalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	29 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Temizlik bitiminde morg dolabının elektrik fişi prize takılmalıdır.
- ⊗ Cenazelerin yıkandığı masanın temizliği; cenaze öncesi-sonrası ve her hafta deterjanla silinerek yapılmalıdır.
- ⊗ Ayın sonunda yapılan temizlikte duvarlar da deterjanla silinmelidir.
- ⊗ Tüm işlemlerin bitiminde zemin temizliği yapılmalıdır.
- ⊗ Tüm temizlik işlemlerinde, cenazenin yıkanması ve transportu sırasında ilgili personel eldiven kullanılmalı, eldiveni çıkardıktan sonra ellerini yıkamalıdır.
- ⊗ Cenazenin enfekte olduğu bildirilmişse personel tüm işlemler sırasında eldiven, maske, koruyucu önlük giymeli, gerekirse koruyucu gözlük takmalı ve temizliğin tamamı '**Dezenfeksiyon- Sterilizasyon Talimatı**'nda belirtilen yer-yüze dezenfektanları ile yapılmalıdır.

### 7.11.3 - TIBBİ ATIK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

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

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

**3. SORUMLULAR:** Başhemşire, birim sorumluları, sorumlu hemşireler, hemşireler, temizlik personeli

#### 4. TANIMLAR:

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

- ⊗ **Patolojik atıklar** (doku, organ, insan fetüsü, hayvan cesetleri, kan ve vücut artıkları),
- ⊗ **Enfekte atıklar** (Hastalık etkenleri bulaşmış veya bulaşması muhtemel her türlü; insan doku ve organları, idrar kapları, kan veya plasenta bulaşmış atıkları, bakteri kültürleri, enfeksiyon hastalıkları ve acil servis atıkları, bakteri ve virus tutucu hava filtreleri, dışkı ve bunlara bulaşmış eşyalar, karantinadaki hasta atıkları),
- ⊗ **Kimyasal atıklar** (temizlik, dezenfeksiyon, diagnostik ve deneysel çalışmalardan sonra artan katı, sıvı ve gaz kimyasal atıklar),
- ⊗ **Radyoaktif atıklar** (vücut doku ve sıvılarının invitro analizleri, vücut ve organ görüntülemesi, tümör lokalizasyonu veya tedavi amacıyla, çeşitli araştırmalarda kullanılan katı, sıvı ve gaz atıklar),
- ⊗ **Farmasötik atıklar** (hastanede kullanılan, artmış veya günü geçmiş her türlü ilaç vb. maddeler),
- ⊗ **Kesici-delici aletler** (kesiğe neden olan veya yara açan kesici veya delici cisimler)
- ⊗ **Basınçlı kaplar** (flakonlar, anestezi gazlarının depolandığı basınçlı tüpler)

**Evsel nitelikteki atıklar:** Ünitelerden atılan ancak enfekte olmamış; mutfak atığı, bahçe atığı, büro atığı, ambalaj malzemeleri, şişe vb. maddelerden oluşan atıklardır.

**Geri kazanılabilen atıklar:** Kontamine olmamış cam, plastik, metal ve kağıt atıklardır.

#### 5. UYGULAMA:

- ⊗ Tıbbi atıklar, evsel nitelikteki atıklar ve geri kazanılabilen atıkların toplanmasında farklı renkli torbalar kullanılmalıdır.
- ⊗ Evsel nitelikteki atıklar, tıbbi atıklardan ayrı olarak siyah torbalarda toplanmalı ve ayrı olarak geçici depolanmalıdır.
- ⊗ Geri kazanılabilen atıklar mavi torbalarda toplanmalıdır.
- ⊗ Tıbbi atıklar, bu iş için eğitilmiş personel tarafından diğer atıklardan ayrı olarak sızdırmaz, taşınmaya dayanıklı, en az 150 mikron kalınlığında, üzerinde uluslararası tıbbi atık amblemi ve '**TIBBİ ATIK**' yazısı bulunan kırmızı renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. Torbaların hacmi

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	30 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



emniyetle taşınabilecek boyutta olmalı, ağzı sıkıca kapatılmalı, gerekiyorsa sızmaları önleyecek şekilde iç içe iki torba kullanılmalıdır.

### **Kırmızı çöp poşetine atılacaklar:**

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

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

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

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

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

⊗ Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilmelidir. Yıl içinde belirlenen aralıklarla eğitim tekrarlanmalıdır.

⊗ Tıbbi atık toplayan elemanlar koruyucu başlık, maske, gözlük, iş tulumu, çizme, özel eldiven kullanması sağlanmalıdır.

⊗ Tıbbi atık toplayan elemanlar hepatit B ve tetanoz aşısı ile aşılanmalıdır. Kesici-delici aletlerle yaralanmaları durumunda Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesine müracat etmelidir.

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

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>EN.YD.01</i>	<i>03.03.2016</i>	<i>02</i>	<i>01.06.2022</i>	<i>31 / 34</i>



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Kullanılmış enjektörler, branül, kelebek set iğneleri, bistüri, kontamine cam kırıkları vb. kesici delici aletler; delinmez, sızdırmaz, ağızları kilit kapaklı özel kutulara atılarak toplanmalıdır. Bu kaplar asla ağızına kadar doldurulmamalıdır.
- ⊗ Enjektörler kullanıldıktan sonra iğne uçları kapatılmadan bu kutulara atılmalıdır.
- ⊗ Kesici delici alet kutuları çalışma alanında buldukları müddetçe dik tutulmalarına özen gösterilmelidir.
- ⊗ Kesici delici alet kutuları dolduğu zaman kapakları sıkıca kapatılmalı, kırmızı renkli plastik torbalar içerisine konulup ağızları sıkıca kapatılarak geçici depolama alanına taşınmalıdır.
- ⊗ Atıkları sınıflandırarak toplama ve taşıma hizmetinde görevli personel bu konuda eğitilmiş olmalıdır.
- ⊗ Tıbbi atıkların ünite içine taşınması görevi özel bir ekip tarafından yapılmalıdır; görevli personel özel nitelikli turuncu renkli elbise giymelidir.
- ⊗ Atık torbalarının taşınma işlemi turuncu renkli, üzerinde 'DİKKAT TIBBİ ATIK' ve 'Uluslar arası Biyotehlike' amblemi bulunan, paslanmaz çelikten yapılmış, tekerlekli, keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, dezenfeksiyonu kolay taşıma araçlarına yüklenmelidir. 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 ve olay sırasında kontamine olan yüzeyler dezenfekte edilmelidir.
- ⊗ Kırmızı torbalar, tahrip olmaması ve içindekilerin dağılması için kesinlikle fırlatılmamalı ve atılmamalıdır.
- ⊗ Atıklar bertaraf alanına taşınana kadar 48 saati geçmemek üzere geçici depolama alanında bekletilmelidir.
- ⊗ Evsel nitelikli atıklar ve tıbbi atıkların konacağı geçici depo ve konteynerler ayrı olmalıdır.
- ⊗ 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 her boşaltım sonrası, ayrıca bir sızıntı olduğunda dezenfekte edilmelidir.

### 7.11.4 -İKLİMLENDİRME ve HAVALANDIRMA SİSTEMLERİ ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1. AMAÇ

Hastanemizde mevcut tüm iklimlendirme cihazları (klima) ve merkezi havalandırma sistemlerinin kontrolünün sağlanması ve hava yoluyla bulaşabilecek enfeksiyonların önlenmesi için gerekli enfeksiyon kontrol önlemlerinin belirlenmesidir.

#### 2. KAPSAM

Teknik Servis Personellerini kapsar

#### 3. UYGULAMA

- ⊗ Tüm iklimlendirme cihazlarının ve merkezi havalandırma sistemlerinin kontrollerinin belirlenen aralıkla yapılması ve kayıtların saklanması gerekmektedir.
- ⊗ İç ünite temizliği; filtre temizliği Ayda1 kez yapılmalı ve ilgili formlarla kayıt altına alınıp saklanmalıdır.
- ⊗ Dış Ünite temizliği; 6 ayda 1 kez yapılmalıdır.

### 7.12. MUTFAK SANİTASYONU VE GIDALARIN HAZIRLANMASI, ENFEKSİYON KONTROL TALİMATI

#### 1. AMAÇ

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	32 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



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

### 2. KAPSAM

Mutfakta çalışan personeli kapsar.

### 3. UYGULAMA

- ⊗ Gıdalar mümkün olduğunca çabuk işlenmeli, ortam sıcaklığına fazla maruz bırakılmamalıdır.
- ⊗ İşlenen gıdalar hemen soğuk odaya kaldırılmalıdır. Büfeye çıkarılacak sıcak yemekler ise, eğer üretim yemek saatine yakın yapılmışsa banket arabalarına yerleştirilmelidir.
- ⊗ Banket arabalarının sıcaklıkları kontrol edilmelidir. Banket arabalarında muhafaza edilen yemeklerin sıcaklık dereceleri minimum 65 °C olmalıdır.
- ⊗ Çiğ gıdalarla pişmiş gıdalar aynı soğuk odada depolanmak zorunda ise ayrı raflara yerleştirilmelidir.
- ⊗ Soğuk odalardaki bütün gıdaların ağızları kapalı olmalıdır.
- ⊗ 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 önce mutlaka karton koli ve muhafaza edildiği poşetten çıkarılmalıdır. Dış ambalajlar her zaman yüklü miktarda mikroorganizma ihtiva eder.
- ⊗ Et çözündürme işlemi 7-10 °C'ye ayarlı bir soğuk odada yapılmalıdır. 10 °C'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 °C'ye ayarlı soğuk odada muhafaza edilmelidir.
- ⊗ Durgun suda et çözündürme işlemi yapılmamalıdır.
- ⊗ Etler 0 – 1 °C 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.
- ⊗ Tezgah altlarında bulunan yiyeceklerin ağızları kapalı olmalıdır.
- ⊗ Kasalar yerde sürüklenerek değil tekerlekli malzeme arabalarıyla taşınmalıdır.
- ⊗ Teneke ambalajlı gıdalar ve teneke konserveler (komposto, salça vb.) açıldıktan sonra kalan miktar paslanmaz ya da uygun bir kaba boşaltılarak ağızına stretch film çekilmelidir. Teneke ambalajlar açıldıktan sonra hemen paslandığından sağlığa zararlıdır.
- ⊗ Karton ambalajlar mutfaka alınmamalıdır. Gıdalar kartonları alındıktan sonra kasalara yerleştirilerek mutfaka çıkarılmalıdır.
- ⊗ Mutfakta kullanılan kasalar her kullanımdan sonra yıkanmalıdır.
- ⊗ Mutfak sıcaklığı 20 °C'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 veya klorlu suda 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.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	33 / 34



# Özel Ekol Hastanesi

## ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI



- ⊗ Üretim personeli temizlik bezi olarak tek kullanımlık kağıt havlu kullanılmalıdır. Ancak temizlenen yüzey ayrıca dezenfekte edilecekse kumaş temizlik bezleri kullanılabilir.
- ⊗ Temizlik bezleri makinede yıkandıktan sonra mutlaka 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 kağıt havlu ile kurulmalıdır. Bu lavabolarda gıdalar yıkanmamalıdır.

### ELLER;

- Her işin başlangıcında,
- Çalışılan her tezgah değişiminde,
- Her tuvaletten sonra (oradaki lavaboda),
- Çiğ yiyecekleri elledikten sonra,
- Öksürüp hapşırdıktan ve mendil kullandıktan sonra,
- Kirli araç-gereçleri elledikten sonra mutlaka yıkanmalıdır.
- ⊗ El yıkama için kullanılan lavabolar çalışma istasyonlarına yakın, yiyecek hazırlama bölümlerinden ayrı olmalıdır.
- ⊗ Personelin tırnakları kısa olmalı, ellerde mücevher, oje, cila vb. bulunmamalıdır.
- ⊗ Üretim esnasında ağız, burun, saç vb. vücudun herhangi bir organıyla eller temas etmemelidir.
- ⊗ Personel mutfakta kepsiz ve eldivensiz çalışmamalıdır.

### Mutfakta çalışan personelin;

- 6 ayda bir fizik muayenesi,
- 6 ayda bir gaita mikroskobisi ve kültürü,
- 6 ayda bir boğaz ve burun kültürü,
- 6 ayda bir akciğer grafisi tetkikleri yapılmalıdır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.YD.01	03.03.2016	02	01.06.2022	34 / 34