



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**ÜRİNER KATETER İLİŞKİLİ İDRAR YOLU**  
**ENFEKSİYONU ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ**



**Yattığı Servis:**  Koroner Y.B.Ü.  
 II. Basamak Y.B.Ü.  
 Yenidoğan Y.B.Ü.

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

**İşlemin Yapıldığı Tarih / Saat:**

- Demetlere uyum yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi tarafından günlük olarak kontrol listesi ile izlenmelidir. Bu listeler aylık olarak enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından kontrol edilmelidir.

<b>Üriner kateter gerekli mi?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Üriner katetere alternatif var mı?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Üriner kateter uygulaması öncesi el hijyeni sağlandı mı?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Üriner kateter aseptik tekniğe (steril eldiven, steril örtü, steril gazlı bez ve üretral meca temizliği için antiseptik solüsyon kullanılması) uygun yapıldı mı?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Üriner kateter uygulaması iki sağlık çalışanı tarafından mı uygulandı?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Üriner kateteri takan 2. kişi:</b>	<input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Uzman Dr.	<input type="checkbox"/> Öğr. üyesi <input type="checkbox"/> Diğer.....
<b>Üriner kateter uygulaması sonrası el hijyeni sağlandı mı?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Kontroller (E: Evet, H: Hayır)	Üriner Kateter Günü																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Üriner kateter ve kateter drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter drenaj sistemi ve torbası mesane seviyesinin altında ve yerden yüksek mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter ucuna yerleştirilen torbanın zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H

Kontroller (E: Evet, H: Hayır)	Üriner Kateter Günü																			
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Üriner kateter ve kateter drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter drenaj sistemi ve torbası mesane seviyesinin altında ve yerden yüksek mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter ucuna yerleştirilen torbanın zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H

Kontroller (E: Evet, H: Hayır)	Üriner Kateter Günü																			
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Üriner kateter ve kateter drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter drenaj sistemi ve torbası mesane seviyesinin altında ve yerden yüksek mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter ucuna yerleştirilen torbanın zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H

**Y.B.Ü. Sorumlu Hemşiresi Ad - Soyad / İmza:**

**Enfeksiyon Hemşiresi Ad - Soyad / İmza:**

<b>Doküman No</b> EN.LS.05	<b>Yayın Tarihi</b> 30.09.2021	<b>Revizyon No</b> 02	<b>Revizyon Tarihi</b> 01.06.2022	<b>Sayfa No</b> 1 / 1
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------