



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, hastanemiz ameliyathane ünitesinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrol altına alınmasını sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür ameliyathane ünitesinde sağlık hizmeti sunumuna yönelik faaliyetleri ve bu faaliyetlerle bağlantılı tüm faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

3.1. EKH: Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

3.2. EKK: Enfeksiyon Kontrol Komitesi

3.3. HEPA: Yüksek Etkinlikte Partikül Yakalayıcı

3.4. PPM: Parts Per Million (Milyonda Bir Birim)

3.5. CAE: Cerrahi Alan Enfeksiyonu

4. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından ameliyathane ünitesinde görevli tüm sağlık personeli ve ameliyathane ünitesinde görevli tüm temizlik personeli, kontrolünden Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.

5. TANIMLAR:

5.1. Standart Önlemler: Olası enfeksiyon tanısına bakılmaksızın, tüm hastalarda uygulanması gereken önlemleri ifade eder.

6. FAALİYET:

6.1. Temel İlkeler

6.1.1. Ameliyathane ünitesinde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü amacıyla gerçekleştirecek tüm faaliyetlerde Enfeksiyon Kontrol Komitesi talimatlarına uyulur.

6.1.2. El hijyenini sağlamak amacıyla gerçekleştirilecek faaliyetler en etkili koruyucu önlemdir.

6.1.3. Hizmet sunum sürecinde eller “**El Hijyeni Ve Gereksinimi Talimatı**”na uygun olarak yıkanır.

6.1.4. Ameliyat hizmeti sunumu (uygulama) sürecinde eller “**Cerrahi El Yıkama (Cerrahi El Antisepsisi) ve Kurulama Talimatı**”na uygun olarak yıkanır.

6.1.5. “**Ameliyathane Süreçleri Prosedürü**”ne göre gerçekleştirilen tüm hizmet sunum süreçlerinde steril tekniğe uyulur.

6.1.6. Ameliyathane ünitesinde ameliyat işlemlerinin gerçekleştirileceği tüm ortamlarda cerrahi asepsi tekniğine uyulur. Uygulamanın yapılacağı ortam, çevre ve gerekli araç / gereç tüm mikroorganizmalardan arındırılmalıdır.

6.1.7. Cerrahi asepsi tekniği ile hastaların vücudunda enfeksiyona neden olabilecek mikroorganizmaların uzaklaştırılması sağlanır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>AH.PR.02</i>	<i>16.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 10</i>



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



- 6.1.8.** Steril teknik ile mikroorganizmaların cerrahi insizyon alanı ya da yara bölgesi gibi doku bütünlüğü bozulmuş alanlardan uzaklaştırılması sağlanır.
- 6.1.9.** Cerrahi asepsi ortamında masa üstü steril kabul edildiği için bu seviyeden aşağı koyulan malzemeler kontamine kabul edilir.
- 6.1.10.** Ameliyathane ünitesinde çapraz bulaşı engellemek ve cerrahi alan enfeksiyonunu önlemek için tıbbi asepsi ilkelerine uyulur.
- 6.1.11.** Steril alanda gereksiz kalabalık ve trafik engellenir ve ameliyat işlemi sırasında oda kapıları kapalı tutulur.
- 6.1.12.** Ameliyathane ünitesinde bulunan alanlar arası geçişlerde eller sıklıkla yıkanır.
- 6.1.13.** Kirli işlemlerden önce eldiven giyilir.
- 6.1.14.** Yere düşen malzeme kontamine kabul edilir ve kullanılmaz.
- 6.1.15.** Ameliyathane ünitesinde gerçekleştirilen tadilat süreçlerinde ünite geçici olarak hizmet dışı bırakılır.
- 6.1.16.** Tadilatın büyüklüğüne göre gerekli hallerde tadilat sonu ortam partikül ölçümleri gerçekleştirilir ve uygunsuzluk halinde gerekli müdahaleler gerçekleşene kadar ünite kullanılmaz.
- 6.1.17.** Kirli ve enfekte olarak kabul edilen operasyonlar uygun önlemler alınarak gerçekleştirilir.
- 6.1.18.** Kirli ve enfekte olarak kabul edilen vakalar gün sonuna planlanır.
- 6.1.19.** Salgın / olağanüstü hal durumlarında gerçekleştirilmesi gereken çalışmalar, EKK ile birlikte yürütülür.
- 6.1.20.** Ameliyathane ünitesini gelişebilecek enfeksiyon risklerine karşı korumak amacıyla giriş ve çıkışlarda “Ameliyathane Giriş-Çıkış ve Alanlar Arası Geçiş Kuralları”na uyulması sağlanır.
- 6.1.21.** Hastalar ameliyathane ünitesine “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”ne uygun olarak kabul edilir.

6.2. Yapısal Özellikler

- 6.2.1.** Ameliyathane ünitesinde dış bölge Serbest (yeşil) alan, orta bölge temiz (sarı) alan ve iç bölge steril (kırmızı) alan olarak tanımlanmıştır.
- 6.2.2. Serbest (yeşil) alan:** Ameliyathane ünitesinde görevli personellerin üniteye girmeden önce ameliyathane kıyafetlerini (forma ve sarı terlik) giydiği bölümdür. Bu alan ameliyathane personeliyle sınırlı iletişime izin verilen bölümdür. Bu bölümde;
- Giriş ve çıkış alanları,
 - Giyinme odaları,
 - Dinlenme odaları,
 - Wc ve temizlik deposu yer alır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>AH.PR.02</i>	<i>16.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>2 / 10</i>



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



- 6.2.3. Temiz (sarı) alan:** Ameliyathane ünitesine görevli personel tarafından ameliyathane kıyafeti giyilmesinin zorunlu olduğu bölgedir. Bu bölümde;
- Temiz ve steril malzeme deposu,
 - Araç - gereçlerin dağıtım ve kullanım alanları,
 - Cerrahi el yıkama üniteleri, koridorlar, çalışma alanları, cihaz ve steril malzeme depoları yer alır.
- 6.2.4.** Temiz (sarı) alan bone, maske ve alana özel terlik giymeyi gerektirdiğinden yarı sınırlı bölge olarak da adlandırılır. Bu alanda mavi forma ve lacivert terlik giyilir.
- 6.2.5. Steril (kırmızı) alan:** Steril ameliyat bölgesidir. Ameliyat sırasında gereksinim duyulabilecek steril araçların bulunduğu alanları içerir. Steril alan içerisinde ameliyathanede görevli tüm personel steril giyinme tekniğine uygun giyinir.
- 6.2.6.** Temiz (sarı) alanda asepsi kuralları geçerlidir.
- 6.2.7.** Steril (kırmızı) alanda cerrahi asepsi kuralları geçerlidir.
- 6.2.8.** Ameliyathane ünitesinde bulunan tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir ve antibakteriyel niteliktedir.
- 6.2.9.** Alanlar arası geçişlerde el hijyeni sağlanması amacıyla lavabo ve dezenfektan konumlandırılmıştır.
- 6.2.10.** Musluk ve sabunluklar otomatik sensörlere sahiptirler.
- 6.2.11.** Steril (kırmızı) alan girişinde antiseptik yapışkanlı paspas kullanılır.
- 6.2.12.** Üniteler içerisindeki çöp kovaları pedallı ve el değmeden açılabilir niteliktedir.
- 6.2.13.** Ameliyathane ünitesinde en az %90 filtrelemeye sahip HEPA filtreler ile saatte en az 6 - 12 arası filtre edilmiş hava değişimi sağlayan merkezi havalandırma sistemi kullanılır.
- 6.2.14.** Ameliyathane ünitelerinde sıcaklık 20-23 °C ve bağıl nem oranı %30-60 arasında tutulur
- 6.2.15.** Ortopedik implant operasyonları laminer akımlı ameliyathane odasında (1 numaralı ameliyat odası) gerçekleştirilir.
- 6.2.16.** Havalandırma ve filtre sistemlerinin validasyonu yılda iki kez (altı ayda bir) yetkili firma tarafından gerçekleştirilir ve uygunsuzluk halinde filtre değişimi yapılır.
- 6.2.17.** Ameliyathane ünitesinin iç donanımı minimal seviyede tutulur ve kolay temizlenebilir eşyalar kullanılır.
- 6.2.18.** Ünite içerisindeki temiz ve kirli malzeme akışı fiziki olarak mümkünse ayrı ulaşım yolundan sağlanmalıdır ancak sağlanamayan durumlarda kirli ve temiz malzemeler birbirine temas etmeyecek şekilde, uygun zamanlama ve taşınma kuralları çerçevesinde transfer edilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
AH.PR.02	16.05.2022	00	-	3 / 10

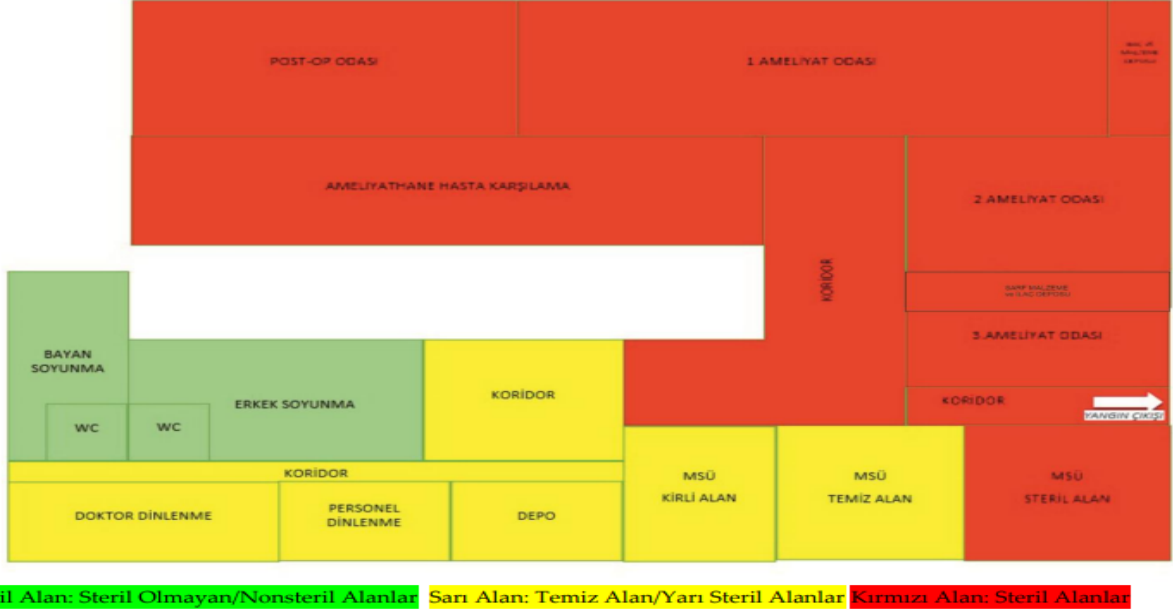


Özel EKOL HASTANESİ

AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ



6.3. Ameliyathane Ünitesi Fiziki Yerleşim Planı



6.4. Personel İle İlgili Özellikler

- 6.4.1. Yapılan operasyonun ihtiyacına göre 2 scrub ve 1 sirküle hemşire, operasyonu gerçekleştirecek cerrahı asiste eder.
- 6.4.2. Her oda için en az bir anestezi teknisyeni bulunur. Anestezi teknisyenleri, Anestezi ve Reanimasyon Uzman Doktoru'na bağlı olarak çalışır.
- 6.4.3. Ameliyathane ünitesinde görevli tüm personel tırnaklarının kısa olmasına özen gösterir ve çalışma saatleri içerisinde takı (yüzük, bileklik vb.) takmaz.
- 6.4.4. Ellerinde eksüdatif cilt lezyonları olan sağlık personelleri, hastalarla ya da tıbbi bakım araç ve gereçleri ile temas etmez.
- 6.4.5. Bulaşıcı hastalık veya enfeksiyon hastalığı bulguları olan sağlık personeli, sağlığına kavuşana kadar ameliyathane ünitesinde çalışamaz.
- 6.4.6. Ameliyathane ünitesinde çalışan tüm personel hepatit-B antijeni incelemesi sonucunda bağışıklanır.
- 6.4.7. Ameliyathane personeli her yıl iş yeri hekimi tarafından sağlık taramasından geçirilir.
- 6.4.8. Skopi alanlarında çalışan personelin radyasyon maruziyeti dozimetre ölçümleri ile takip edilir.
- 6.4.9. Ameliyathane ünitesinde çalışan personele hizmet içi eğitimlerinin yanı sıra el hijyeni ve 5 endikasyonu, hijyenik el yıkama, cerrahi el yıkama, koruyucu ekipman kullanımı, asepsi, antisepsi, cerrahi antisepsi, dezenfeksiyon ve sterilizasyon konu başlıklarında eğitim verilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.PR.02	16.05.2022	00	-	4 / 10



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



6.5. Sürveyans

- 6.5.1. Ameliyathane ünitelerinde EKK ve EKH tarafından aktif sürveyans yapılır.
- 6.5.2. Ameliyat yara sınıfları Temiz, Temiz-Kontamine, Kontamine, Kirli/Enfekte olarak sınıflandırılır ve Cerrahi Alan Enfeksiyonu takibi yapılır.
- 6.5.3. Cerrahi Alan Enfeksiyonu varlığında EKK ile birlikte çalışılır.
- 6.5.4. Prospektif olarak hastalar yattıkları süre boyunca izlenir.
- 6.5.5. CAE belirlenen sürveyans periyotları için gereğinde retrospektif sürveyans yapılır.
- 6.5.6. CAE sürveyansı laboratuvara dayalı bilgilerle desteklenir.
- 6.5.7. Cerrahi alan enfeksiyonlarında 30 veya 90 günlük sürveyans yapılır.

6.5.8. 30 günlük sürveyans:

- Appendektomi
- Ektremite amputasyonu
- Safra yolları, karaciğer veya pankreas cerrahisi
- Kolesistektomi
- Kolon cerrahisi
- Cesarean seksiyonu
- Gastrik cerrahi
- Abdominal histerektomi
- Laminektomi
- Böbrek cerrahisi
- Over cerrahisi
- Prostatektomi
- Rektal cerrahi
- İnce barsak cerrahisi
- Splenektomi
- Torasik cerrahi
- Tiroid veya paratiroid cerrahisi
- Vajinal histerektomi
- Laparotomi

6.5.9. 90 Gün sürveyans

- Meme cerrahisi
- Kırığın açık fiksasyonu
- Herni (fitik) onarımı
- Kalça protezi
- Diz protezi

- 6.5.10. Hastanemizde hedefe yönelik olarak; Cerrahi Antibiyotik Proflaksisi Uygunluk Oranı Göstergesi ve Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı Göstergesi izlenir.

6.6. Standart Önlemler

- 6.6.1. **El Hijyeni:** Ameliyathane ünitesinde görevli tüm personel üniteye her giriş ve çıkışta “**El Hijyeni ve Gereksinimi Talimatı**”na uygun olarak el hijyenini sağlar.
- 6.6.2. **Cerrahi El Antisepsisi:** Ameliyathane ünitesinde gerçekleştirilen tüm cerrahi veya invaziv işlemler öncesinde, scrub hemşire, cerrahi teknikerler ve cerrahlar “**Cerrahi El Yıkama (Cerrahi El Antisepsisi) ve Kurulama Talimatı**”na uygun olarak ellerini yıkar ve aseptik teknik ile kurular.
- 6.6.3. **Steril Giyinme:** Ameliyat ekibi aseptik ortamın sağlanması için “**Steril Giyinme ve Giydirmeye Talimatı**”na uygun olarak steril koruyucu ekipman giyer.
- 6.6.4. **Steril Alan Oluşturma ve Ameliyat Masa Hazırlığı:** Steril örtü ve tek kullanımlık bariyerler ile steril alan oluşturularak operasyonda kullanılacak alet ve malzemeler hazırlanır. “**Steril Alan**

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.PR.02	16.05.2022	00	-	5 / 10



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



Oluşturma Ve Ameliyat Masası Hazırlığı Talimatı’na uygun olarak aseptik çevre oluşturulur.

6.6.5. Cilt Antisepsisi ve Cilt Hazırlığı: Hastanın ameliyat bölgesinde antiseptik solüsyon kullanılarak ve uygun teknikle silinerek cilt antisepsisi sağlanır. **“Operasyon Öncesi Cilt Hazırlığı Talimatı**”na uygun olarak steril örtüler ile hastada steril ortam oluşturulur.

6.6.6. Ameliyatta Steril Ortamın Korunması: Steril giyinmiş ekibin belden aşağısı ve vücudunun arka kısmı non-steril kabul edilir. Ameliyat masasının altında kalan alan ve hastanın operasyon bölgesinin dış kısmı non-steril kabul edilir. Non-steril alan ile kontaminasyon durumunda veya şüphesinde steril giysiler ve aletler değiştirilir.

6.6.7. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane ünitesinde cerrahi alan enfeksiyonları önlenmesi havalandırma bakım, temizlik ve validasyonu, ameliyathane ısı - nem kontrolü, aseptik tekniğe uyum, temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamaları ve ameliyat odalarında gereksiz trafiğin önlenmesi ile **“Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Prosedürü”** doğrultusunda sağlanır.

6.7. İzolasyon Önlemleri

6.7.1. İzolasyon tanısı almış elektif vakalar gün sonuna programlanır.

6.7.2. Damlacık, solunum, temas ve kan yolu ile bulaşan hastalık tanısı olan vakalarda uygun figürler kullanılır. Kan yolu ile bulaş tanısı almış hastaların tanımlanması için turuncu bileklik ve turuncu etiket kullanılır.

6.7.3. İzolasyon yönteminin gerektirdiği bulaş yoluna dönük, uygun koruyucu ekipman ve bariyerler oluşturulur.

6.7.4. Vaka sonrası yüksek riskli alanların temizliği ve dezenfeksiyonu ilgili alanın planına uygun olarak gerçekleştirilir.

6.7.5. İzole hastalarda kullanılan malzemeler diğerlerinden ayrı olarak dekontaminasyon ve sterilizasyon işlemlerine tabi tutulur.

6.8. Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamaları

6.8.1. Ameliyathane ünitesinin temizliği **“Hastane Temizlik Planı”**nda bulunan yüksek riskli alanların temizlik planına uygun olarak “gün başı, gün sonu ve vaka arası” temizliği olarak yapılır ve kayıt altına alınır.

6.8.2. (A) Günün İlk Ameliyatından Önce Yapılan Temizlikte;

- Tüm aletlerin, eşyaların ve lambaların tozu nemli bezle alınır.
- Lambaların reflektör alanları temizlenir.
- Zemine ıslak paspas uygulanır ve uygun dezenfektan ile silinir.

6.8.3. (B) Vaka Arası Temizlikte;

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>AH.PR.02</i>	<i>16.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>6 / 10</i>



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



- Tüm örtülerin içleri kontrol edilir.
- Kirli çamaşırlar, kirli çamaşır toplama kaplarına atılır ve dışarıya alınır.
- Tıbbi atık niteliğindeki atıklar, tıbbi atık torbalarına konarak alandan uzaklaştırılır.
- Ameliyat masası ve çevresi (anestezi cihazı, ventilatör vs.) yüzey dezenfektanı veya (görünür - kirlenme varsa) uygun dezenfektan ile silinir.
- Oda zemini ıslak paspasla silinir.
- Hasta vücut çıktıkları ile kontamine olmuş alan varsa uygun dezenfektan ile dezenfekte edilir.
- Çöp kovalarının poşetleri vaka sonrası değiştirilir.
- Vaka arası temizlik ve dezenfeksiyon süresi, kullanılan dezenfektanın temas süresine uygun olarak (en az 15 dk) belirlenmelidir.

6.8.4. (C) Gün Sonu Temizlikte;

- Odadaki tüm taşınabilir aletler dışarı çıkarılır.
- Dolaplar, lambalar ve tıbbi cihazlar dezenfektan solüsyon ile temizlenir.
- Zemine ıslak paspas uygulanır ve uygun dezenfektan ile temizlenir.
- Oda dışına çıkarılan malzemeler uygun dezenfektan ile temizlenir.
- Havalandırma filtrelerinin dış yüzeyleri uygun dezenfektan ile temizlenir.
- Hasta nakil sedyeleri gün sonunda uygun dezenfektan ile temizlenir.
- Temizlikte kullanılan paspaslar gün sonu çamaşırhane ünitesine yıkamaya gönderilir.

6.8.5. Ameliyathanede kullanılan dezenfektanlar “**Ameliyathane Dezenfektan Kullanım Planı**” ve “**Efervessan Klor Tablet Kullanım Çizelgesi**” uygun olarak kullanılır.

6.8.6. Ameliyat odaları dışında bulunan alanların temizliği periyodik olarak günde iki kez ve gerektiğinde gerçekleştirilir. İhtiyaç halinde temizliğe ek dezenfeksiyon işlemi yapılır.

6.8.7. Ameliyathane ünitesinin tavan ve duvarları haftada bir kez temizlenir.

6.8.8. Kapı, el yıkama lavaboları, taşıma arabaları ve konteynerler her vardiyada 1 kez temizlenir.

6.8.9. Aspirasyon mayi, drenaj mayi ve idrar gibi vücut sıvıları, bu işlem için ayrılmış kirli lavaboya boşaltılır. Vücut sıvıları ile kontamine olmuş tek kullanımlık olmayan kaplar dekontaminasyon için ayrılmış alanda temizlenir.

6.8.10. Ameliyathane ünitelerinde bulunan atıklar “**Atık Yönetimi Prosedürü**”ne uygun olarak ortamdaki uzaklaştırılır. Her vaka arası tıbbi atıklar etiketlenerek ortamdaki uzaklaştırılır.

6.8.11. Ameliyatta kullanılan tekstiller her vaka sonunda çamaşırhaneye gönderilir. Enfekte vakalarda kullanılan tekstiller enfekte çamaşır etiketi ile tanımlanır.

6.8.12. Ameliyathane ünitelerinde kullanılan tıbbi araç ve gereçlerin Spaulding sınıflamasına göre

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>AH.PR.02</i>	<i>16.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>7 / 10</i>



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri şu şekilde belirlenmiştir;

SINIFLANDIRMA	TIBBİ ARAÇ VE GEREÇLER	YÖNTEM
Kritik Araç ve Gereçler	Cerrahi aletler	*Her Kullanım Sonrası Dekontaminasyon + Yüksek Düzey Dezenfeksiyon veya Sterilizasyon
	Endodisektör, grasper, shears, paund, cliphook Veresiğnesi, Trokar, Optik	
	Trakeostomi seti	
	Cut-down seti	
	Disposable tüm kateterler	Steril Tek Kullanımlık
	Cerrahi süturları	
	Disposable anestezi devreleri, filteleri	
	Anestezi oksijen lime	
Yarı Kritik Araç ve Gereçler	Anestezi oksijen flowmetresi	**Her Kullanım Sonrası Dekontaminasyon + Yüksek Düzey Dezenfeksiyon veya Sterilizasyon
	Laringoskop blade	
	Ambu ve ambu maskesi	
	Entübasyon tüpü	
	Entübasyon guide (stylet)	
	Nebülizatör haznesi	
	Oksijen flowmetresi	
Kritik Olmayan Araç ve Gereçler	EKG problemleri	***Her Kullanım Sonrası Dekontaminasyon + Düşük Düzey Dezenfeksiyon
	USG problemleri	
	Monitör kabloları	
	Tansiyon aletleri	
	Stetoskoplar	
	Oksijen pulse oksimetreleri	
	Termometreler	****Her Kullanım Sonrası Dekontaminasyon + Klor Tablet ile Dezenfeksiyon
	Aspiratör kavanozları	
Ördek ve sürgüler		

* Kritik araç ve gereçler, merkezi sterilizasyon ünitesinde enzimatik solüsyon kullanılarak dekontamine edilir. Buharlı otoklav veya etilen oksit ile sterilizasyonu sağlanır.

** Yarı kritik araç ve gereçler Ameliyathane ünitesinde enzimatik ile dekontamine edilir. Hidrojen peroksit + parasetik asit kombinasyonu ile yüksek düzey dezenfektanda 15 dakika bekletilir. Steril distile su ile durulanır. MEK takibi yapılarak solüsyon etkinliği kontrol edilir.

*** Ön temizlik ihtiyacında su / su + deterjan / enzimatik ile yapılır. Problemler ve kablolar, stetoskoplar, tansiyon aletleri ve manşonları, termometreler %70 etil alkol veya hızlı yüzey dezenfektanı ile silinir.

**** Aspirasyon kavanozlarının, örneklerin ve sürgülerin her kullanımdan sonra su ile ön temizliği sağlanır. Dezenfekte edilir ve durulanır.

6.8.13. Cihazların temizliği üretici firma önerileri ve “Hastane Temizlik Planı”na uygun olarak gerçekleştirilir.

6.9. Ameliyathanede Basınç Yaralarının Önlenmesi:

6.9.1. Ameliyathaneye hasta teslimi sırasında hastanın basınç yarası risk skoru sorgulanır.

6.9.2. Basınç yarası gelişme riski yüksek olan hastalara pozisyon verilirken basıncı azaltıcı malzeme kullanılır.

6.9.3. Hastaya ameliyat sırasında basınç yarası gelişme riskini azaltacak şekilde pozisyon verilir.

6.9.4. Hastaya ameliyat için basınç yarası gelişime engelleyecek şekilde engelleyecek şekilde uygun

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.PR.02	16.05.2022	00	-	8 / 10



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



pozisyon verilirken derinin sürtünme, yırtılma, makaslama kuvvetine maruz kalması önlenmelidir.

- 6.9.5.** Pozisyon verilirken hasta kaldırılmalı asla sürüklenmemelidir.
- 6.9.6.** Ameliyat bölgesinin cilt hazırlığı yapılırken kullanılan solüsyonların hastanın altına ve yanına göllenmemesi önlenmelidir.
- 6.9.7.** Hastanın topukları aşil tendonunu basınçtan koruyacak diz ve topuk arasında dağıtacak şekilde elevasyona alınır.
- 6.9.8.** Dizler hafif fleksiyonda olmalıdır. Dizlerin hiper ekstansiyonda tutulması popliteal venin tıkanmasına neden olabilir. Bu durum hastada derin ven trombozu gelişmesinde hazırlayıcı faktördür.
- 6.9.9.** Önceden belirlenen risk faktörüne (obezite, diyabet, paralizi, yaşlılık) göre destek araçları köpük düzey destekleyiciler gibi malzemeler ameliyat salonunda bulundurulur.
- 6.9.10.** Statik polietilen ve poliüretan viskoelastik veya köpük malzemeler kullanılarak hasta desteklenir.
- 6.9.11.** Ameliyat sırasında hasta yaralanmalardan korunmalıdır. Sirküle hemşire yapılacak aktiviteleri daha önceden planlamalı ve uygulanmalıdır.
- 6.9.12.** Varis çoraplarının elastikli kısımları, EKG elektrotları, koter plakları, entübasyon tüpü, entübasyon tüpü sabitleme bandı gibi malzemelerin temas ettiği noktalar dikkat ile gözlemlenmelidir.
- 6.9.13.** Hipotermi önlenmesi ve hastanın normo-termide tutulması için ameliyat odasının uygun sıcaklık değerinde tutulması, ameliyata hazırlık döneminde ve ameliyat sırasında hastanın ısıtılması, hastanın cilt hazırlığı ve örtülmesi arasında geçen zamanın mümkün olduğunca azaltılması gerekir.
- 6.9.14.** Basınç yaralarının gelişmesinin yüksek olduğu ameliyatlarda hastalar tüm risk faktörü açısından değerlendirilir.
- 6.9.15.** Ameliyat sonrasında basıncın yeniden dağıtılmasına dikkat edilir ve ameliyat sırasındaki duruşundan farklı bir pozisyonda yatırılır.
- 6.9.16.** Hastanın klinik hemşiresine tesliminde ameliyat pozisyonuna bağlı basınç bölgeleri hakkında bilgi verilir.

6.10. Ameliyathanede Biyolojik ve Kimyasal Riskler:

- 6.10.1. Koruyucu Ekipman Kullanımı:** Kan, vücut sıvısı (ter hariç), bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoz membran ile temas riski varlığında “Sağlık Hizmetleri Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı”na uygun olarak kişisel koruyucu ekipman (eldiven, önlük, maske, göz / yüz koruyucu) giyilir.
- 6.10.2. Kesici Delici Alet Kullanımı:** İğneler kullanıldıktan sonra kapağı kapatılmaz veya ucu bükülmez. Delinmeye karşı dirençli kesici / delici alet kutusuna atılarak ortamdaki uzaklaştırılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>AH.PR.02</i>	<i>16.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>9 / 10</i>



Özel EKOL HASTANESİ
AMELİYATHANE ENFEKSİYON KONTROL
PROSEDÜRÜ



6.10.3. Çevre Kontaminasyonunun Önlenmesi: Kan ve vücut sıvıları ile kirlenen tekstil malzemeleri özel sızdırmaz torbalarla ve etiketlenerek “**Çamaşır Hizmetleri Enfeksiyon Kontrol Talimatı**”na uygun olarak uzaklaştırılır. Kan ve vücut sıvıları ile kirlenmiş yüzeylerin temizliği “**Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Kirlenmiş Yüzeylerin Temizlik Ve Dezenfeksiyonu Talimatı**”na uygun olarak gerçekleştirilir.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Yöneticisi Ahmet Can KÜÇÜKKURT	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.PR.02	16.05.2022	00	-	10 / 10