



Özel EKOL HASTANESİ
SANTRAL KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI
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:	
Yapılan İşlem:	<input type="checkbox"/> Yeni kateter <input type="checkbox"/> Kılavuz kateter üzerinden kateter değişimi
SK Tipi:	<input type="checkbox"/> Juguler <input type="checkbox"/> Subklavyen <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Tüneli kateter <input type="checkbox"/> Brakiyal <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Orta hat kateterleri <input type="checkbox"/> Periferden yerleştirilen santral kateter
SK Kullanım Amacı:	<input type="checkbox"/> Hidrasyon/ilâç <input type="checkbox"/> Diyaliz <input type="checkbox"/> Pulmoner arter kateterizasyonu <input type="checkbox"/> CVP ölçümü <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Diğer.....
SK Takılma Şekli:	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif
SK Takan Kişi:	<input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Öğr. üyesi <input type="checkbox"/> Uzman Dr. <input type="checkbox"/> Diğer.....
SK takma işlemi ilk girişimde başarılı oldu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Girişim başarısız oldu ise kateteri takan kişi değişti mi?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işleme başlamadan önce aşağıdaki işlemlerden hangilerini yaptı?	
El hijyeni sağladı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Cilt antisepsisi sağladı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Cildin kurumasını bekledi <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Hasta üstünü tam kapatan büyük steril örtü kullandı mı?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işlem sırasında aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Steril önlük <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Bone <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Maske <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işlem boyunca sahanın sterilitesini korudu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişiye yardım eden personel aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Steril önlük <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Bone <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Maske <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişiye yardım eden kişiler işlem boyunca sahanın sterilitesini korudu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
İşlem tamamlandıktan sonra kateter takılan bölge steril pansuman ile kapatıldı mı?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	



Özel EKOL HASTANESİ
SANTRAL KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI
ENFEKSİYONU ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ



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

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

Santral Kateter Başlangıç Tarihi:

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

Kontroller (E: Evet, H: Hayır)	Santral 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
Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter ve bağlantılarına her erişim sonrasında el hijyeni sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter bağlantı noktalarının dezenfeksiyonu sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter bağlantı noktalarına uygulanan dezenfektanın kuruması beklendi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişimi uygun sıklıkta yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişimi aseptik teknikle yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişiminde aseptik olarak %10'luk povidon iyot kullanıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Antiseptik solüsyonun kuruması beklendi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Setler standartlaştırılmış sürede değiştirildi mi?	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)	Santral Kateter Günü																			
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
Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter ve bağlantılarına her erişim sonrasında el hijyeni sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter bağlantı noktalarının dezenfeksiyonu sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Kateter bağlantı noktalarına uygulanan dezenfektanın kuruması beklendi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişimi uygun sıklıkta yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişimi aseptik teknikle yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pansuman değişiminde aseptik olarak %10'luk povidon iyot kullanıldı mı?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Antiseptik solüsyonun kuruması beklendi mi?	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Setler standartlaştırılmış sürede değiştirildi mi?	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:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
EN.LS.04	30.09.2021	00	-	2 / 2