



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ (VİP)**  
**ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ**



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

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

**Ventilatör 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, U: Uygulanamaz)	Ventilatör Günü																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı var mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Yatak başı yükseltilmesi uygun mu? (30 - 45 derece)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (En az 3x1)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U

Kontroller (E: Evet, H: Hayır, U: Uygulanamaz)	Ventilatör Günü																				
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı var mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Yatak başı yükseltilmesi uygun mu? (30 - 45 derece)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (En az 3x1)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U

Kontroller (E: Evet, H: Hayır, U: Uygulanamaz)	Ventilatör Günü																				
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı var mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Yatak başı yükseltilmesi uygun mu? (30 - 45 derece)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (En az 3x1)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U

Kontroller (E: Evet, H: Hayır, U: Uygulanamaz)	Ventilatör Günü																				
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40											
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı var mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Yatak başı yükseltilmesi uygun mu? (30 - 45 derece)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (En az 3x1)	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U	E	H	U

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

Enfeksiyon Hemşiresi Ad - Soyad / İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.LS.03	30.09.2021	01	01.06.2022	1 / 1