



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sterilizasyon ve Ameliyathane Hizmetleri



Uzm. Celile ÖZTÜRK

27 Temmuz 2021



- Genel Bilgi
- Sterilizasyon Hizmetleri
- Ameliyathane Hizmetleri

STERİLİZASYON

- Fiziksel ya da kimyasal yöntemler ile herhangi bir maddenin ya da cismin üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaların, **sporlar dahil öldürülmesi**dir.

DEZENFEKSİYON

- Cansız yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların (**bakteri sporları hariç**) büyük bir çoğunluğunun ya da tamamının **yok edilmesi veya üremelerinin durdurulması** işlemidir.

• Sterilizasyon

- Buhar sterilizasyonu
- Gaz sterilizasyonu
 - Etilen Oksit
 - Hidrojen peroksit sterilizatörler
 - Formaldehid Gaz plazma
 - Ozon Klordioksit
- Kuru ısı sterilizasyonu
- Sıvı kimyasallarla sterilizasyon
- Radyasyon

• Dezenfeksiyon

- Isı ile dezenfeksiyon
 - Pastörizasyon
 - Sıvıların ısıtılması
- Kimyasal ajanlarla dezenfeksiyon



BASINÇLI BUHAR İLE STERİLİZASYON YÖNTEMİ

Basınç altındaki doymuş buharın kullanıldığı **en güvenilir sterilizasyon yöntemidir.**

Buhar, kumaşlara nüfuz eder ve doğal güvenlik sınırı diğer sterilizasyon tekniklerinin herhangi birinden çok daha yüksektir.

FLASH OTOKLAV / HIZLI STERİLİZASYON

Ambalaj faktörünü ortadan kaldırarak, malzemeye hiçbir kısıtlama olmadan buharın erişebileceği ortam sağlanarak, sterilizasyon devirlerini tam olarak kullanmayan basınçlı buhar sterilizasyonu yöntemidir.

-Daha az sayıda set almak için veya daha çok ameliyat yapmak için **diğer yöntemler yerine tercih edilmesi uygun değildir.**

Klasik olarak bu yöntem rutin sterilizasyon yöntemi olarak tavsiye edilmez!!!

Bu yöntem ile alet setleri ve bohçalar steril edilmemelidir. Ciddi enfeksiyon riskinden dolayı implantlar için kullanılmamalıdır.





**Çalışan Güvenliğine
Dikkat!!!**

ETİLEN OKSİT (EO) İLE STERİLİZASYON:

Etilen oksit renksiz, kokusuz, havadan biraz daha ağır, **yanıcı ve patlayıcı, toksik** bir gazdır.

Pek çok tıbbi malzeme ile uyumlu olup, sıcaklığa duyarlı malzemeler için tercih edilen bir yöntemdir.



GAZ PLAZMA (H₂O₂) STERİLİZASYONU:

H₂O₂ (Hidrojen Peroksit) ile sterilizasyon, enfeksiyöz ajanların seviyesini düşürmek için, buharlaştırılmış Hidrojen Peroksit kullanılarak, düşük basınçlı, toksik olmayan ve tipik 6 °C ile 60 °C arasındaki **düşük sıcaklıkta** bir işlemdir.



KURU SICAK HAVA İLE STERİLİZASYON YÖNTEMİ (PASTEUR FIRINI)

Kuru sıcak hava sterilizasyonunda, kuru ısıнын aletlere yayılımı için **uzun maruziyet sürelerine** gereksinim duyulur.

Termometresi doğru okuma yapabilir nitelikte, **kalibre edilmiş olmalıdır.**

Hangi Malzemeye? Hangi yöntem?



- Hastanede kullanılan cihaz ve malzemelerin enfeksiyon risk sınıflaması yapılırken Spaulding sınıflamasına göre, temas ettiği vücut bölgesi ve enfeksiyon gelişme riski göz önüne alınarak;
- Kritik , Yarı Kritik, Kritik Olmayan şeklinde üç gruba ayrılmaktadır.
- Sağlık tesisinde kullanılan cihaz alet ve malzemelerin, spaulding sınıfı, enfeksiyon riski ve kullanılacak yöntemler Verimlilik Rehberindeki tabloda belirtilmiştir.
- Kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesinin önerileri doğrultusunda minimum bu bilgileri içerecek şekilde yapılmalıdır.

Verimlilik Rehberi

Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Enfeksiyon Risk Sınıflandırması ve Kullanılacak Yöntemler

Cihaz, Alet Ve Malzeme	Spaulding Sınıfı	Enfeksiyon Riski	Yöntem
Cerrahi Aletler, Kardiyak ve Üriner Kataterler, Implantlar, Drenler, Enjektör İğneleri, Laparoskop, Artroskop, Bronkoskop, Sistoskop vb.	Kritik malzeme (Steril vücut boşluklarına, dokulara ve vasküler sisteme giren aletler)	YÜKSEK	Sterilizasyon; Buhar, Hidrojen Peroksit Gazı, ETO, Sıvı Sporisidal kimyasal ile Uzun süreli temas (kimyasala göre değişebilen süre ≥3 Saat)
Laringoskop bladeleri, ventilatör ve anestezi devreleri, Airway, Nebulizer Kapları, Fiber Optik Bronkoskop, Vaginalrektal Ultrasonografi Probları, Fleksible Endoskoplar, Transözofagial EKO Probu, Nazal Kanüller, Ventilator Bağlantı Hortumları, Aspirasyon Sondaları Amalgam Kondansatörü vb.	Yarı kritik Malzeme (Mukoza veya bütünlüğü bozulmuş cilt ile teması olan aletler)	ORTA	Yüksek Düzey dezenfeksiyon (Kullanılan Yüksek düzey dezenfektan çeşidine bağlı olarak temas süresi 5-20 dk) Orta düzey dezenfeksiyon (≤10 dk. temas)
Steteskop, Pulse oksimetre, Tansiyon aleti manşonu, Kulak Spekülümü, , Hasta Yatağı, vb	Kritik Olmayan Malzeme (Sağlam deriye temas eden, mukoza ile teması olmayan)	DÜŞÜK	Düşük düzey dezenfeksiyon (≤10 dk. temas)



Sterilizasyon Hizmetleri



Sterilizasyon Hizmetleri - ST.1



SORU: Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.1.1. Poliklinik, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır. (Tüm Roller)

ST.1.2. Kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.1.1.



Poliklinik, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır. **(Tüm Roller)**

Gözlemci tarafından:

NEREDE HANGİ ALET VE CİHAZLAR?

Polikliniklerde; KBB, genel cerrahi, göz, diş, kadın doğum, üroloji vb. polikliniklerde vaginal, rektal USG problemleri, bazı oftalmik araçlar, kulak şırınga hortumu, vb.

Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, endoskopi, bronkoskopi vb. ünitelerde; Laringoskop bıçakları, nazal kanül, ventilatör bağlantı hortumları, nebülizer kapları, fiberoptik bronkoskop, airway, ambu, laparoskop, sistoskop vb. malzemelerin sterilizasyon veya dezenfeksiyonu kontrol edilir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.1.1.



Poliklinik, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır. **(Tüm Roller)**

Gözlemci tarafından:

NASIL KONTROL EDİLİR?

Çalışanlara ilgili alanda varsa **steril malzemenin** ilgili bölüme nasıl ve hangi zamanlar geldiği, nasıl teslim alındığı ve teslim edildiği, **uygunsuzluk bildiriminin nasıl yapıldığı sorulur.**

Alet ve cihazların kullanıldıktan sonra ön temizliğin nasıl yapıldığı, yüksek düzey dezenfektan solüsyonların kontrolü vb. **sorulur.**

Steril malzemenin saklanma koşulları, paket ya da bohçanın uygunluğu, yüksek düzey dezenfektan solüsyonların kontrol kayıtları **yerinde görülür.**

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.1.2.



Kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. **(Tüm Roller)**

Gözlemci tarafından:

Poliklinik Alanında, Acil Servis, Yoğun Bakım, Doğumhane, Ameliyathane, Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerinde;

Yüksek düzey dezenfektan **solüsyonlarının** kullanımının ve **kontrol kaydının** uygun şekilde yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.



Gözlemci:
Kurumun randomize bir bölümündeki solüsyonun MEK kontrolünün nasıl yapıldığını, kaydedildiğini uygulamalı olarak anlatılmasını isteyebilir.



MEK (Minimum Efektif Konsantrasyon) Takibi-1-

Yüksek Düzey Dezenfektan solüsyonun **MEK** düzeyini değerlendirmek için **etkinlik indikatörleri** kullanılır.

- Üretici firmanın önerileri dikkate alınmalı, **ürüne özel olmalı, pH ölçerler** bu amaçla **kullanılmamalıdır.**

MEK Takibi solüsyonun kullanım sıklığına göre belirlenir.

- **Her gün** solüsyon kullanılmaya başlamadan önce **1 test**,
- **Günlük** kullanılan çözeltilerde **30 kullanımda 1 test**
- **Çok günlük** kullanılan çözeltilerde, her gün kullanıma başlamadan önce **1 test + her 10 kullanımdan sonra 1 test**,
- **Haftalık** kullanım için, kullanım öncesi **1 test**

MEK (Minimum Efektif Konsantrasyon) Takibi-2-



MEK Test şeritleri solüsyonun **kullanım süresini uzatmak için** kullanılamaz.

Test sonucu **olumsuz** ise o solüsyon kullanılmamalı, **ekleme yapılmamalı**, yeni solüsyon hazırlanmalıdır.

Şerit üzerindeki kimyasal madde zamanla bozulacağı için kutunun üzerinde **son kullanma tarihi** bulunmalıdır.

Test şeritlerinin **kutusu açıldığında** üzerine açıldığı tarih ve kullanım süresi yazılmalıdır. **Test sonuçları kaydedilmelidir.**

Kullanım süresi dolan solüsyon **test yapılmadan** bertaraf edilir ve yeni solüsyon hazırlanır.

Dezenfektanların bulunduğu kap ya da konteynerlerin **kapakları kapalı** olmalıdır.

Dezenfektanların hazırlandığı kap ya da konteynerlerin üzerine **hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi** yazılmalıdır.

MEK (Minimum Efektif Konsantrasyon) Takibi-3-



Yüksek düzey dezenfektan solüsyonun Minimal Efektif Konsantrasyon (MEK) Kontrol kaydı;

- Kontrol Tarihi,
- Test Bandı Lot No,
- Test Bandı Son Kullanma Tarihi,
- Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Lot No,
- Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Son Kullanma Tarihi,
- Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Hazırlanma Tarihi,
- Hazırlanan Solüsyonun Son Kullanma Tarihi,
- Test Sonucu (Geçerli / Geçersiz),
- Testi Yapan Adı Soyadı / İmza bilgilerini içermelidir.

Gözlemci tarafından:

Kurumun tüm alanlarında, MEK Kontrol kayıtlarında bu **9** parametrenin tamamının olup olmadığı eksiklik varsa sistemsel mi yoksa münferit bir eksiklik mi olduğu gözlenmelidir.

Örneğin Test bandının son kullanım tarihi hiçbir şekilde kayıt formunda yoksa bu negatif olarak değerlendirilmelidir. Ancak son kullanım tarihi var, düzenli olarak yazılmış, fakat Lot Numarası aynı test bandı kullanılmasına karşın sadece 2-3 gün son kullanım tarihi yazılmamışsa bireysel hata olarak görülüp **olumsuz değerlendirilmemelidir.**

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2



SORU: Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- **ST.2.1.** Sterilizasyon ünitesinde malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir. (Sadece Şehir, A ve B)
- **1ST.2.2.** Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)
- **ST.2.3.** Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2



- **ST.2.4.** Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlemeleri ayrı alanlarda yapılmalı, tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir. (Sadece Şehir, A ve B)
- **ST.2.5.** Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)
- **ST.2.6.** Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.1.



- Sterilizasyon ünitesinde malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir. (Sadece Şehir, A ve B)



MALZEME AKIŞ YÖNÜ

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.1.



Gözlemci tarafından:

- Sterilizasyon ünitesinin **fiziki yapısı** incelenerek, değerlendirilecek unsurların karşılanıp karşılanmadığı incelenmelidir.
- Sterilizasyon ünitesinde, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanların olup olmadığı, malzeme akış yönünün kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve **tek yönlü** olup olmadığı gözlenmelidir.
- **Steril depolama alanı**, sterilizasyon alanına bitişik ve **tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan** ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır

İşleyiş devam ederken gözleme ek olarak, birim çalışanından süreci anlatması istenebilir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.2.



- Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)

Gözlemci tarafından:

- Acil servis, poliklinik vb. steril malzeme kullanılan birimlerde malzemelerin ön temizliği **yapılmadığı,**
- Malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonunun **sterilizasyon ünitesinin kirli alanında** gerçekleştiği kontrol edilir.
- Dekontaminasyon alanının, **diğer alanlarından fiziki olarak ayrı** ve girişinin ayrı bir servis koridorundan olup olmadığı kontrol edilir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.3.



- Malzemelerin paketlenmesi **temiz alanda** yapılmalıdır.
(Sadece Şehir, A ve B)

Gözlemci tarafından:

- Malzeme paketlenme işleminin temiz alanda yapılıp yapılmadığı, dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin ve steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin bu alanda bulunup bulunmadığı gözlenmelidir.
- **Steril olacak alet ve malzemelerin bekletilmesi, yüklenmesi, bu alanda yapılmalı ve buharlı sterilizatörler de bu alanda olmalıdır.**

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.4.



- Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlemeleri ayrı alanlarda yapılmalı, tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir. **(Sadece Şehir, A ve B)**

Gözlemci tarafından:

- **Cerrahi aletler** ve **tekstil** malzemelerinin paketlemelerinin **ayrı** bir alanda yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Tekstil malzemelerinin paketlemelerinin MSÜ **dışında** bir alanda olması **tercih** edilir. MSÜ içinde yer alacaksa **özel havalandırmalı ayrı bölmede** planlanmalıdır.
- Tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.5.



- Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
(Sadece Şehir, A ve B)

Gözlemci tarafından:

- Kirli ve steril malzeme **giriş çıkışı** ayrı alanlardan yapıldığı kontrol edilir.
- Fiziki alanın **yetersiz** olduğu sağlık tesislerinde **kirli ve steril malzemeler için ayrı ayrı** kapalı taşıma kutu/araç kullanılması durumunda **olumlu** olarak değerlendirilir.



Sterilizasyon Hizmetleri -ST.2.6.



Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır. **(Sadece Şehir, A ve B)**

Gözlemci tarafından: Buna ek olarak birleşim noktalarının monolitik, eklemsiz olup olmadığı, değerlendirilir.



Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3



SORU: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.3.1. İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde maruziyet bantları olmalıdır. (Tüm Roller)

ST.3.2. Bowie & Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

ST.3.3. Vakum kaçak testi 1 mbar/dak in altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

ST.3.4. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3



- **ST.3.5.** Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır. (Tüm Roller)
- **ST.3.6.** Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile **SBYS üzerinden üçer aylık dönemler** halinde takip edilmelidir. (Tüm Roller) **YENİ**
- **ST.3.7.** Elektrik ve su kesintisinde, çalışır durumda bulunan cihazların içindeki aletlerin sisteme geri dönüşü (cihaz verimliliği) uygun olmalıdır. (Tüm Roller)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.1.



İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde **maruziyet bantları** olmalıdır. (Tüm Roller)



Maruziyet bantları sterilizasyon işleminin etkinliği hakkında bilgi vermezler, yalnızca bohçanın sterilizasyon işlemine tabi tutulup tutulmadığını gösterirler. Aynı zamanda bohçayı kapalı tutmak ve tespit etmek için kullanılırlar.

Steril olmayan malzemenin steril olan malzeme ile karışmasını önler.

Gözlemci tarafından:

İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için **her bohça üzerinde maruziyet bantlarının kontrolü yapılmalıdır.**

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.2.



Bowie & Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

- Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği, sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilebilir.
- Bowie&Dick test paketi, **sterilizatör boşken** en alt rafa hava tahliye valfı veya vakum pompasına en yakın yere konur. Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir.

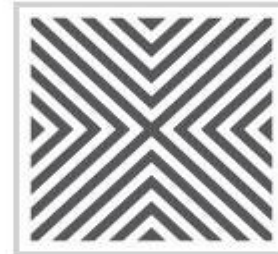
Gözlemci tarafından:

Günlük test sonuçlarının kayıtları kontrol edilmelidir.

UNPROCESSED



PASS



FAIL



Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.3.



- **Vakum kaçak testi** 1 mbar/dak in altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda **her gün** yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)
- Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir. Vakum kaçak testi buhar sterilizatörlerde vakum kaçağı **1.3 milibar/dk. dan fazla** olmamalıdır. **Olduğu takdirde çalışması durdurulur.**
- **Basıncı buhar otoklavları** için vakum kaçak testi sonuç raporlarında **«BAŞARILI», «ONAYLANDI», «GEÇTİ»** gibi ifadeler yeterli olmayıp sayısal değere göre işlem yapılmalıdır.
- **Vakum kaçak Testi Bowie & Dick** ile birlikte **her gün bir kere**, sterilizasyon işlemlerine **başlamadan önce**, cihaz kapatılmadan çalıştırılıyorsa, her gün aynı saatte yapılır.
- Cihaza ait gösterge olarak kaydının saklanması gereklidir.
Gözlemci tarafından Kayıtlar kontrol edilir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.4.



Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır. (Tüm Roller)

BİYOLOJİK İNDİKATÖR : Sterilizasyonun gerçekleştiğini belirlemek için içerisinde sterilizasyona en dayanıklı olduğu bilinen bakteri sporlarını içeren test materyalidir.

Gözlemci tarafından:

- Buhar sterilizatörlerinin ilk çevrim montajları sırasında,
- Sterilizatörün tamir gerektiren bir arızasından sonra,
- Rutin olarak en az haftada bir, ideal olarak her gün,
- Vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde her yükte kullanılıp kullanılmadığı ve sonuçların kayıt altına alındığı kontrol edilir.



Kutu ile içindeki indikatörün lot numaraları karşılaştırılır ve miadları kontrol edilir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.5.



Her pakette **kimyasal indikatörler** kullanılmalıdır. (Tüm Roller)

KİMYASAL İNDİKATÖR : Sterilizasyon şartlarındaki kritik değişkenlere bağlı olarak renk değişikliği vb. gösteren kimyasal maddeler içeren kağıt şerit vb. materyalleridir. **Kullanım amacı**; yanlış ambalajlama, sterilizatörün yanlış yüklenmesi veya sterilizatörün arızalarından kaynaklanabilecek muhtemel sterilizasyon hatalarının belirlenmesidir.



Gözlemci tarafından:

Örnekleme seçilen paketlerde kimyasal indikatörler kontrol edilmelidir.

İSTİSNA: Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak ve paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak **koşulu ile** özellikle küçük paketlerde (En fazla 5 lümensiz alet ,1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) **her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.**

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.6.



Gözlemci tarafından:

- Steril malzeme kullanılan birimlerde (**Acil, Yoğun Bakım, Doğumhane, Diş Poliklinikleri vb.**) **kullanıcıların**, steril malzemelerin uygunsuzluk nedenlerine ait **bilgisinin olup olmadığı** ve uygunsuzluk bildiriminin **nasıl** yapıldığı gözlemciler tarafından sorgulanmalı, **bildirim sisteminin çalışıp çalışmadığı** test edilmelidir.
- Malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluk durumları yaşanıp yaşanmadığı sorgulanmalı varsa yaşanan uygunsuzluğun; birim adı, tarih, steril malzeme uygunsuzluk nedeni, bildirim yapan kişi vb. bilgileri içerecek şekilde, kullanıcılar tarafından **SBYS üzerinden** sterilizasyon ünitesine bildirilip bildirilmediği kontrol edilmelidir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.6.



YENİ

Gözlemci tarafından:

Sterilizasyon hizmetini dış (özel veya kamu) merkezden alan sağlık tesislerinin hizmet alımı yaptıkları sterilizasyon merkezinden gelen steril malzeme uygunsuzluklarını da takip edip etmediği ve uygunsuzluklara yönelik gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

Örneğin,.....Devlet hastanesinden sterilizasyon hizmeti alan ilçe devlet hastanesi Devlet hastanesinden gelen steril malzeme uygunsuzluklarını da takip etmeli ve gerekli önlemleri almalıdır.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.3.7.



Elektrik ve su kesintisinde, çalışır durumda bulunan cihazların içindeki aletlerin sisteme geri dönüşü (cihaz verimliliği) uygun olmalıdır. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

- Cihazlarda su ve elektrik kesilmelerinde kısa bir süre içinde ya jeneratörün devreye girmeli veya kesintisiz elektrik sistemine (UPS) bağlı olmalıdır.
- Cihazların **otomatik** yazılım sistemi ve kesintisiz elektrik varsa cihaz **çalışmaya devam** etsin butonu ile çalışmaya kaldığı yerden devam etmelidir. **Manuel ayar yapılan cihazlarda** elektrik ve su kesintisi olduğu zaman program iptal edilip **yeniden çalışmaya başlatılmalıdır**.
- Elektrik ve su kesintilerinde cihaz performansları çizelgeyle takip edilmelidir.

Kriterlerine uyum kontrol edilmelidir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4



SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.4.1. Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposu toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır. (Tüm Roller)

ST.4.2 Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır. (Tüm Roller)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4



ST.4.3 Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi birimlerde kullanımda olan steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir. (Tüm Roller)

ST.4.4. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır. (Tüm Roller)

ST.4.5. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır. (Tüm Roller)

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4.1



Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposu toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, **sıcaklık 22** dereceyi, **nem %60'**ı aşmamalıdır. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

- Gözlem sırasındaki sıcaklık ve nem değerleri çizelge karşılaştırılarak kontrol edilmelidir.
- Şehir hastanelerinde akıllı bina teknolojisi gereği oda bazlı sistem dökümü istenebilir ya da sistemden kontrol edilebilir.
- Ölçüm yapan cihazın kalibrasyon geçerlilik tarihi kontrol edilir.



Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4.2



Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; **zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde** depolanmalıdır. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

- Şehir hastanelerinde ameliyathane ve sterilizasyon ünitesi **steril depo alanları haricinde**; servis, poliklinik vb. firmadan kamuya teslim noktalarındaki cep steril depo alanlarında malzemeler **24 saat üzerinde bekletiliyorsa ısı nem ve yukarıda geçen uygun depo şartlarının** bu alanlarda da sağlandığı kontrol edilmelidir.



Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4.3.



Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi birimlerde kullanımda olan steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

- Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi **birimlerde kullanımda olan steril malzemeler** toz, nem, haşerat, **yüksek sıcaklık ve rutubete** karşı iyi havalandırılabilen alanlarda, malzemenin **paket bütünlüğü bozulmayacak şekilde** muhafaza edip edilmediği,
- Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmadığı, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilip edilmediği kontrol edilmelidir.

Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4.4.



Steril malzemeler "**ilk giren ilk çıkar**" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

- Steril edilen malzemelerin "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olarak depolandığı ve ilk steril edilen malzemelerin önce kullanıldığı yerinde görülmelidir.
- Gözlemciler tarafından, depolamanın bu prensibe uygun olarak yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. **Depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme görüldüğünde**, depolamanın "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olmayacak şekilde uygunsuz yapıldığı gözlemlendiğinde **olumsuz olarak değerlendirilmelidir**.

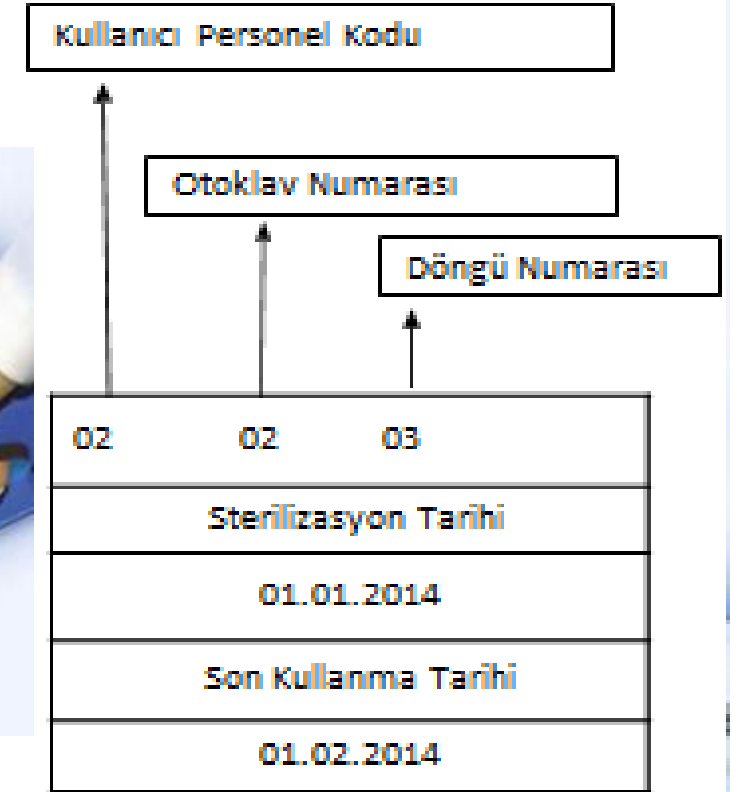
Sterilizasyon Hizmetleri -ST.4.5.



Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır. (Tüm Roller)

Gözlemci tarafından:

Steril malzemeler arasında örnek alınarak üzerindeki barkotta sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi ile ilgili bilgilerin olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu bilgileri **kare kod** ya da **barkod** ile takip eden sağlık tesislerinde kullanıcılar tarafından da bu bilgilere ulaşılacak sistem tanımlanmalıdır.



Ameliyathane Hizmetleri



Ameliyathane Hizmetleri -A.1



SORU: Ameliyathanede hasta bilgilendirmesi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.1.1. Ameliyathane bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranında ameliyata alınan hastanın durumuna ait bilgilendirme yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)

HASTA AD / SOYADI	Hastanın Durumu
CE*** ÖZ****	Ameliyatta
HA**** AY***	Servise Alındı
HA**** SÖ***	Uyandırma Odasında

Ameliyathane Hizmetleri -A.1



Gözlemci tarafından:

- Hasta yakınlarını ameliyata giren hastaları hakkında bilgilendirmek amacıyla **tercihen ameliyathane yakınında** veya **sağlık tesisinin uygun gördüğü alanlarda oluşturulan** bekleme alanı veya odası **yerinde görülür**.
- Bilgilendirme ekranının **çalışır** durumda olup olmadığı ve **bilgilerin doğruluğu** kontrol edilmelidir. **Kamera Kayıtlarından geçmişe** yönelik de kontrol edilebilir.
- Ameliyathane bekleme alanında bulunan bilgilendirme ekranında yapılan bilgilendirmenin **KVKK (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu)**' na uygun olduğu kontrol edilmelidir.
- Ekranda hastanın ne operasyonu geçirdiği, hangi servis ya da hangi hekimin hastası olduğuna dair bir ibare olmadığı kontrol edilmelidir.

Ameliyathane Hizmetleri -A.2



SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyathane hizmetleri ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.2.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyathane sayısı" ve ameliyathane başına düşen ameliyathane sayısı aylık olarak SBYS' de oluşturulacak "**Yönetici Takip Ekranı**" ile takip edilmelidir.

(Tüm Roller)

A.2.2 Ameliyathane randevuları SBYS üzerinden verilmeli ve her cerrahi branş için ameliyathane bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

(Sadece Şehir, A ve B)

Ameliyathane Hizmetleri -A.2



A.2.3 Ameliyat listeleri SBYS üzerinden oluşturulmalıdır. **(Sadece Şehir, A ve B)**

A.2.4. Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır. **(Sadece Şehir, A ve B)**

A.2.5 Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatlarda başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS' de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak **“Yönetici Takip Ekranı”** ile takip edilmelidir. **(Sadece Şehir, A ve B)**

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.1



Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak SBYS' de oluşturulacak "**Yönetici Takip Ekranı**" ile takip edilmelidir. **(Tüm Roller)**

YTE (Yönetici Takip Ekranları)	1. sorumlu	2. sorumlu	3. sorumlu	4. sorumlu
1.A.2.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.	Başhekim	İlgili Başhekim Yrd.	Ameliyathane Sorumlu Hekimi	Verimlilik / Kalite Birim Sorumlusu

YENİ

İlgili kişilere Yönetici Takip Ekranlarına erişim yetkisi verilmelidir!

Ameliyat Sayısı ve Grupları Yönetici Takip Ekranı

Cerrahi Klinikler/ Branşlar	Hekim Adı Soyadı	OCAK					ŞUBAT					YILLIK TOPLAM				
		Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı
		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E	
A Kliniği / Branş	X Hekim															
A Kliniği / Branş	Y Hekim															
A Kliniği / Branş Toplam																
B Kliniği / Branş	Z Hekim															
B Kliniği / Branş	Q Hekim															
B Kliniği / Branş Toplam																
.....															
.....															
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																
** AMELİYAT MASASI BAŞINA DÜŞEN AMELİYAT SAYISI																



Ameliyathane Hizmetleri -A.2.1

Gözlemciler tarafından;

Öncelikle Başhekim, ilgili birimden/bölümden sorumlu sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının Yönetici Takip Ekranlarını kullanıp kullanmadıkları sorgulanmalıdır.

İlgili kişilerin **erişim izni bulunmuyorsa** ya da erişim izni **olmasına rağmen** konu hakkında bilgisi yok ise **olumsuz** olarak değerlendirilmelidir.



KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
EK ÖDEME DAİRESİ BAŞKANLIĞI

Anasayfa Kurums

Yeni Tıbbi İşlemler Yönergesi Yayımlandı

01/04/2020 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 02/04/2020 tarihli 49022
İlgili eklere aşağıdaki linklerden erişebilirsiniz.

- ÜST YAZI.pdf
- MAKAM ONAYI.pdf
- Tıbbi İşlemler Yönergesi.pdf
- EK 1 - Girişimsel İşlemler Listesi .xlsx

Ameliyat grupları **Tıbbi İşlemler Yönergesi** ekinde bulunan **“Girişimsel İşlemler Listesi”**ne göre tanımlanmalıdır.

GİRİŞİMSEL İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUAN	AMELİYAT GRUPLARI
1541	605.968	Sol ventriküle uzun süreli ve sağ ventriküle kısa süreli yardımcı cihaz takılması		4620	A1
1542	605.969	Sol ventriküle uzun süreli yardımcı cihaz ve sağ ventriküle ECMO takılması		4620	A1
1538	605.962	Sol veya sağ ventriküle uzun süreli, kalıcı, mekanik destek sistemi takılması		3098	A2
1432	604.830	Üç kapak replasmanı		2625	A2
1443	604.910	Koronar arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti		2625	A2

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.2



Ameliyat randevuları SBYS üzerinden verilmeli ve her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır. **(Sadece Şehir, A ve B)**

Gözlemci tarafından:

- Ameliyat randevuları **nasıl veriliyor** cerrahi polikliniğinde **yerinde görülmelidir**.
- Sağlık tesisinde **manuel yapılan ameliyat randevu kayıtları kaldırılarak**, randevu kayıtları **SBYS üzerinden elektronik** defter kaydı ile yapıldığı ve her cerrahi branş için **ameliyat bekleyen hastaların listesi** SBYS üzerinden izlenebilir olduğu kontrol edilmelidir.
- Değerlendirme günü yapılan randevulu ameliyatlardan bazılarının sistem kayıtları incelenir. Günlük yapılan ameliyat sayıları ile yakın tarih randevu sayıları karşılaştırılır.

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.3



Ameliyat listeleri SBYS üzerinden oluşturulmalıdır.**(Sadece Şehir, A ve B)**

Gözlemci tarafından:

- Ameliyat listelerinin **bir gün önceden** hazırlanarak ameliyathaneye bildirilip bildirilmediği,
- **Gün içerisinde eklenen elektif vaka** olduğunda **ek liste** hazırlanarak idareye ve ameliyathane sorumlusuna bildirilip bildirilmediği,
- **Gün içerisinde** alınmış **acil** vakaların ise **mesai bitiminde** liste ile sağlık tesisi idaresine bildirilip bildirilmediği, kontrol edilmelidir.

Hastane yönetimi tarafından her hekimin yaptığı liste dışı vakaların (acil-elektif) tüm ameliyat sayılarına oranı takip edilebilir.

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.3



YENİ

Ameliyathanelerin işleyişini düzenlemek ve elektif vakaların bir düzen içerisinde alınmasını sağlamak amacıyla ameliyat listeleri;

Bir gün önce SBYS üzerinden oluşturularak üst yönetiminin imzasına sunulmalıdır.

Sağlık tesisi üst yönetimi tarafından imzalanan ameliyat listeleri mesai saati bitimine kadar ameliyathane sorumlu hekim, sorumlu hemşire ve diğer yetki tanımlaması yapılmış kişiler tarafından SBYS üzerinden görülebilir olmalıdır.

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.4



Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır. (Sadece Şehir, A ve B)

Gözlemci tarafından:

Lokal anestezi ile yapılan ameliyatlarda da dahil olmak üzere tüm ameliyatlarda ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin **analizi** görülmelidir.

Ameliyatın ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin analizi **yandaki şekilde** yapılabilir.

İptal Edilen ve Ertelenen Ameliyat Takip Tablosu								
Hekim Adı Soyadı	Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı	Ameliyatın İptal veya Ertelenme Nedeni*					Ameliyatı Ertelenen veya İptal edilen Toplam Hasta Sayısı	Ameliyatın Ertelenme veya İptal Oranı**
		Malzeme Yokluğu	Preop hazırlığın tamamlanmaması	Hastanın Ameliyata Gelmemesi	Listede bulunan Ameliyatlarda Süresinin Uzaması	Diğer Nedenler		
A Kliniği								
B Kliniği								
C Kliniği								
.....								
Toplam								

*Ameliyatı Ertelenen veya iptal edilen hasta sayısı her bir neden için ayrı ayrı kayıt edilecektir.

**Ameliyatın Ertelenme veya İptal Oranı: Ameliyatı Ertelenen veya İptal edilen Toplam Hasta Sayısının, Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısına bölünmesi ile oluşur.

ÖRNEK



Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı	Ameliyatın İptal veya Erteleme Nedeni					Ameliyatı Ertilenen veya İptal edilen Toplam Hasta Sayısı	Ameliyatın Ertilenme veya iptal Oranı
	Malzeme Yokluğu	Preop hazırlığın tamamlanmaması	Hastanın Ameliyata Gelmemesi	Listede bulunan Ameliyaların süresinin Uzaması	Diğer Nedenler		
35	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
38	0	0	0	0	3	3	7.89
45	0	0	0	0	2	2	4.44
10	0	0	0	0	1	1	10
40	0	0	0	0	4	4	10
41	0	0	0	0	0	0	0
28	0	0	0	0	2	2	7.69
22	0	0	0	0	0	0	0

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.5



Her bir ameliyat masasında yapılan **ameliyatlara başlangıç ve bitişleri** ile ameliyat aralarındaki **vakalar arası bekleme süreleri** (temizlik vb.) SBYS' de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, **aylık** olarak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. **(Sadece Şehir, A ve B)**

- Kliniklere ait ameliyathane masalarının etkin kullanılması için ameliyathanelerde **anestezi başlangıç ve bitiş saatleri** ile vakalar arası bekleme sürelerinin (temizlik vb.) tespiti yapılmalıdır.
- Bu sürelerin kaydı SBYS üzerinden **mümkünse** barkod okuma şeklinde yapılmalıdır. **Hastanın ameliyathaneye alınma saati, ameliyat başlangıç - bitiş saati, uyandırılma odasına alınma saati ve ameliyathaneden çıkış saati barkod okuyucu ile takip edilmelidir (Şehir Hastanesi ve A Grubu hastanelerde sorgulanmalıdır.)**

YENİ

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.5



Gözlemci tarafından:

Yönetim tarafından ameliyat salonlarındaki ameliyat başlangıç ve bitiş saatleri takip edilip edilmediği, mesai saatleri içerisinde ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik çalışmaların (*düşük verimlilikte çalışan kliniklere ait ameliyat masaları yoğun şekilde çalışan kliniklerin kullanımına açılması, sürekli geç başlayan ve/veya geç biten ameliyat salonlarına yönelik iyileştirme çalışmasının yapılması vb.*) yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

YTE (Yönetici Takip Ekranları)	1. sorumlu	2. sorumlu	3. sorumlu	4. sorumlu
1.A.2.5 Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatlara başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS' de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.	Başhekim	İlgili Başhekim Yrd.	Ameliyathane Sorumlu Hekimi ve Sorumlu Hemşiresi	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu

YENİ

Ameliyathane Hizmetleri -A.2.5



Ameliyat Salonları Kullanımı Yönetici Takip Ekranı									
Vakalar	Ameliyat Salonu 1			Ameliyat Salonu 2			Ameliyat Salonu 3		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (Dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)
1. Vaka	08:15	08:45	-			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									

Başlangıç saati olarak **anestezi başlangıç** zamanı alınmalıdır.

Bitiş saati olarak **anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

***1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki **fark bekleme süresi** olarak değerlendirilmelidir

ÖRNEK



VAKA	1.MASA		
	Baş.Saati	Bit.Saati	Bek.Süresi
➔ VAKA 1	01/06/2021 08:00:00	01/06/2021 10:00:00	0
➔ VAKA 2	01/06/2021 08:00:00	01/06/2021 10:00:00	120
VAKA 3	01/06/2021 10:30:00	01/06/2021 14:30:00	30
VAKA 4	02/06/2021 10:45:00	02/06/2021 13:00:00	0
VAKA 5	03/06/2021 08:00:00	03/06/2021 09:00:00	0
VAKA 6	03/06/2021 10:00:00	03/06/2021 13:00:00	60
VAKA 7	04/06/2021 08:15:00	04/06/2021 09:15:00	0
➔ VAKA 8	04/06/2021 10:30:00	04/06/2021 13:00:00	75
➔ VAKA 9	04/06/2021 12:30:00	04/06/2021 14:30:00	30
➔ VAKA 10	04/06/2021 13:35:00	04/06/2021 14:45:00	55

Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Teşekkürler...

celiletr@gmail.com