

AMELİYATHANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Dokuman No	AML.PR.01
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev.No	04
Rev.Tarihi	18.11.2019
Sayfa No	9/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.AMAÇ:

Hastanemizin Ameliyathane bölümünün; işleyişi, giriş çıkış kuralları, hasta çalışan güvenliği ile ilgili uygulamaları, temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamaları, malzeme ve ilaç yönetimi ile ilgili uygulamalara ait yöntem ve metotların belirlenmesidir.

2. KAPSAM:

Hastanemizin ameliyathane bölümünü kapsar.

3. TANIMLAR:

Non Steril Alan (Yasaksız Alanlar): Bu alan cerrahi bölüme giren hastaların, personelin ve materyallerin kontrol edildiği alanlardır. Bu bölgede sokak giysilerine izin verilir. Trafik yasağı yoktur.

Yarı Steril Alan (Yarı Yasaklı Alanlar): Ameliyathane destek alanlarıdır. Temiz ve steril depolar, yasaklı cerrahi alanlara giden koridorlardır. Bu bölgede Scrub giysiler giyilir. Yarı yasaklı alana terlik değiştirilerek girilir.

Steril Alan (Yasaklı Alanlar): Bu bölge ameliyat odalarını ve steril malzeme depolarını kapsar. Bu alana ait ameliyathane saboları giyilir. Bu bölgede Scrub giysiler giyilir. Steril malzemenin açık bulunduğu alanlarda ve cerrahi el yıkama yapılan alanlarda maske takılması zorunludur.

Temizlik: Kir ve organik artıkların fiziksel olarak uzaklaştırılması.

Yüksek seviye dezenfeksiyon: Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonu.

Antisepsi: Özellikle vücudun yüzeysel dokularının ve lezyonlarının kimyasal maddeler kullanılarak patojen mikroorganizmalardan arındırılması işlemidir.

Sterilizasyon: Bir madde ya da cismin birlikte bulunduğu tüm mikroorganizmaların her türlü canlı ve aktif şekillerinden arındırılması işlemidir.

Dezenfeksiyon: Bir ortamdaki patojen mikroorganizmaları elimine ederek ancak sporları etkilemeyen bir işlemidir.

Bu işlem yalnızca dezenfektan denilen kimyasal maddelerle, ayrıca mekanik temizlik ve ısı ile de sağlanabilir

Dezenfektan: Cansız ortamda mikroorganizmaları inaktive etmek için kullanılan maddeler

4.SORUMLULAR:

4.1.Başhekim ve Başhekim Yardımcısı

4.2.Hastane Müdürü.

4.3. Başhemşire

4.4. Ameliyathane Sorumlu Hekimi.

4.5. İlgili Uzman Hekimler.

4.6. Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi.

4.7. Satın Alma Sorumlusu

4.8. Anestezi Uzmanı ve Anestezi Teknikerleri

4.9. Ameliyathane Çalışanları.

5.PROSEDÜR:

5.1 Ameliyathane Alanlarının Tanıtımı: Hastanemiz Ameliyathanesinde: 2 aseptik oda,1 sterilizasyon (tekstil) paketlenme –hazırlık odası,1 travay odası 1 doğumhane, 1 hasta derlenme odası, Sterilizasyon odası ve 1. Basamak Erişkin Yoğun Bakım bulunmaktadır.

5.1.1.Ameliyathane tüm planlı ve olası ameliyatlara için 24 saat hazırdır. Ameliyat hizmetleri randevu usulü ve acil ameliyatlara olarak sürdürülür.

5.1.2 Personel ve hasta girişi ayrıdır ve tüm ameliyathane çalışanları ameliyathaneye; Ameliyathaneye Giriş Çıkış Talimatı'na göre girip, çıkarlar

5.1.3 Ameliyathane katı serbest dolaşılabilir **non-steril alan**, özel kıyafetle girilebilen **yarı steril alan** ve ameliyatların yapıldığı ve steril malzemelerin bulunduğu **steril alan** olmak üzere 3 bölümden oluşur. Ana kapı ve hasta giriş kapısına kadar olan bölüm non-steril alandır. Soyunma odalarında özel ameliyathane giysileri ve terlikleri giyilerek yarı steril alana girilir. Ameliyathanenin steril alanına ise maske-bone takılır, terlik değiştirilerek personel kapısından girilir. Hastaları servisten getiren sedyeler hasta giriş kapısından yarı steril alandan kızak değiştirilerek içeri steril alana alınır. Tekerlekli alt yarı nonsteril alanda kalır.

5.1.4.Ameliyathane duvar, tavan ve zeminde kullanılan malzemeler dezenfeksiyona ve temizliğe uygun özelliktedir ve duvar birleşim noktaları düzgün, köşesiz, çıkıntısızdır.

5.2.Ameliyat Öncesi Ameliyathanenin Hazırlığı:

5.2.1. Ameliyathane sorumlu hemşiresi, günlük ameliyat listesi doğrultusunda, ameliyat salonlarına hemşire çalışma planını hazırlar.

5.2.2. Ameliyathane odalarının temizliği Ameliyathane Temizliği Talimatı' na uygun olarak yapılır.

5.2.3. Ameliyat odası hemşiresi El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı ve Steril Giyinme ve Giydirme Talimatı'na uygun olarak box gömleğini giyer.

5.2.4. İlgili cerrah El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı ve 'Steril Giyinme ve Giydirme Talimatı'na uygun olarak hazırlanır.

5.2.5. Anestezi ilaç masası hazırlanır, anestezi cihazı test edilir, ameliyat masası Ameliyat Masası Örtme, Hazırlama Talimatı'na göre hazırlanır.

5.2.6. Ameliyatta kullanılacak cihazlar cihazların kullanma talimatlarına uygun olarak hazırlanır.

5.3 Ameliyathaneye Hasta İstemi ve Kabulü:

5.3.1 Ameliyat kararı verilen hastaların listesi 1 gün önceden ameliyathane tıbbi sekreteri tarafından Hasta Kabul ve Yatış Bölümüne bildirilir. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından ameliyat odalarının planlanması yapılır. Ameliyat olacak hastalar Anestezi doktoru tarafından değerlendirilir. Ameliyata alınacak hasta planlanan sıralamaya göre ameliyathane personeli ve klinik hemşiresi tarafından dosyası (gerekli onam formları, tahlilleri, filmleri, Güvenli Cerrahi Kontrol Formu) ,ile klinikten ameliyathaneye kızaklı sedyeler ile alınır.

Ameliyathane hasta girişinde klinik hemşiresi tarafından; Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu doğrultusunda, hasta kimliği doğrulanarak ve ameliyat sürecine ilişkin bilgiler sözlü ve dosyasıyla birlikte anestezi teknikerine teslimi yapılır. Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu klinik hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından imzalanarak teslim alınır. Hasta sağlık personeli sorumluluğunda ameliyat odasına alınır.

5.3.2. Güvenli cerrahi kontrol listesi ile kimlik doğrulama ve taraf cerrahisi kontrol edilir. Ayrıca taraf cerrahisinde; hasta üzerindeki işaretleme ve hasta kendinde ise sözlü teyit de alınır.

5.3.3.Yapılacak olan ameliyatın özelliğine göre ameliyathaneye alınan hasta Anesteziye Hasta Kabul ve İşleyiş Prosedürü'ne göre hazırlanır ve anesteziye başlanır. "Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi" ilgili kısımları anestezi teknisyeni tarafından doldurulur ve anestezi uzmanı tarafından kontrol edilir.

5.3.4. Anestezi indüksiyonundan sonra hastaya ameliyatın cinsine göre Ameliyat Pozisyonları Verme Talimatı' na uygun olarak pozisyon verilir

5.4. Hastanın Steril Örtülmesi:

5.4.1. Varsa iki cerrah tarafından, yoksa bir cerrah ve scrub hemşire tarafından, hastanın steril örtülmesi sağlanır.

5.4.2.Hastayı güvenli bir şekilde kapatacak miktarda steril yeşil örtü hazır bulundurulur. Yeşil örtü kontamine olmuşsa veya üzerinde delik varsa kesinlikle kullanılmaz.

5.4.3.Örtme işlemi sırasında eldivenli elin hastanın cildine veya masanın herhangi bir yerine değmemesi için önlem alınır.

5.4.4. Örtünün ameliyat sahasına yakın uçları kesinlikle örtme işlemi yapan kişinin belinden aşağıya sarkıtılmaz.

5.4.5. Herhangi bir özellik göstermeyen ameliyatlarda örtme işlemi önce hastanın ayak kısmı, sonra baş kısmı örtülür. Sonra yanlar kapatılarak çamaşır pensleri ile dört yeşil örtü birbirine tutturulur. Daha sonra insizyon yeri açıkta kalacak şekilde hasta tamamen kapatılır. Açıkta kalan veya kontaminasyona neden olacak kısımlar yedek örtüler alınarak örtülür.

5.5.Ameliyat Sırasında Uygulama:

5.5.1. Hastanın steril olarak örtülmesinden sonra hasta ameliyat için hazırdır.

5.5.2. Ameliyat sırasında patoloji örneği alınması gerektiğinde Patoloji Numune Takibi Talimatı'na göre yapılır.

5.5.3. Hastaya skopi yapılması istenmiş ise ameliyathanede bulunan skopi cihazı yardımcı personel tarafından hekim ve hemşire gözetiminde kullanılır

5.5.4. Ameliyat esnasında hasta ölmüş ise, scrub hemşire tarafından hazırlığı yapılır ve Hastanın Ölümü Halinde Uygulama Prosedürü'ne göre hareket edilir.

5.5.5. Ameliyat sırasında scrub hemşire tarafından ameliyat süresince kullanılan kompres ve spançlar Set ve Spanç Sayım Talimatı' na uygun olarak sayılır ve Set Spanç Sayım Formu' na kaydedilir. Spanç ve kompresler tamam ise ameliyat bölgesi kapatılır. Eksik tespit edilmiş ise eksik araştırılarak bulunduğu vaka kapatılır ve hasta ameliyat salonundan çıkış için hazırlanır

5.5.6 Ameliyat sonu Hasta Transferi: Ameliyathaneden çıkacak hasta anestezi uzmanının onayından sonra anestezi teknikeri tarafından klinik hemşiresine ameliyathane hasta transfer kapısından, ameliyat sürecine ilişkin bilgileri sözlü ve yazılı olarak iletilir, sedye kenarlıkları kaldırılır, damar yolu varsa dreni, sondası kontrol edilerek teslim edilir.

5.6.Ameliyathanede Sterilizasyon: Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Prosedürü 'ne göre gerçekleştirilir.

5.6.1.Her bir ameliyat odasının sıcaklık ve nem takibi yapılır. Isı – Nem Kontrol Formu'na kaydedilir. İdeal oda sıcaklığı 20-23 derece, ameliyatın türüne göre 18-26 derece arasında olabilir. Nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır. Bu göstergeler ameliyat hemşiresi tarafından takip edilir. Sıcaklık ve nem ölçer çizelgeleri günlük doldurulur.

5.6.2.Ameliyathanede hava akımı (pozitif basınçlı hava akımı) steril alandan temiz olmayan alana doğrudur. Steril alanda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılır. Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava almalıdır. Yılda 1 kez (HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi), hava debisi ve hava hızı ölçümü, steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri

tespiti, partikül ölçümü, sistem etkinliği ölçümü yapılır. Belli periyotlarda düzenli olarak ve gerekli görüldüğü takdirde bakımı yapılır veya filtreler değiştirilir.

5.6.3.Anestezi masası kontrol formu günlük kontrolü yapılır ve kaydedilir.

5.6.4.Ameliyatı gerçekleştirecek olan ekip üyeleri cerrahi el yıkama kurallarına uygun olarak yıkanır.

5.6.5.Ameliyathane hemşiresi, görev tanımında belirtildiği şekilde ameliyat odasının hazırlığını gerçekleştirir ve ekibin giyinmesine yardımcı olur. Ekibin her üyesi kendi görev tanımları çerçevesinde ameliyat öncesi hazırlıklara katkıda bulunur.

5.6.6.Uygun anesteziye başlamadan önce Anestezi Güvenlik Kontrol anestezi tarafından doldurulur. İzlem metotları hastanın anestezi öncesi durumuna, anestezi seçimine ve anestezi sırasında yapılan cerrahi girişimin türüne bağlıdır. Bütün vakalarda izleme kesintisizdir ve anestezi gözlem formu anestezi teknikeri ve/veya anestezi uzmanı tarafından doldurulur.

5.6.7.Ameliyata uygun cerrahi alet ve malzemelerle ameliyata başlanır. Ameliyatta kullanılan malzeme sayımı yapılır ve kaydedilir.

5.6.8.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi sorumlusu tarafından hasta ameliyathaneden çıkmadan önce doldurulur.

5.6.9.Ameliyat bitiminde gerekli kontroller yapıldıktan sonra hasta sağlık personelinin yardımıyla post-op bölümüne alınır. Hasta Derlenme Odasında takibi yapılan hastaya herhangi bir ilaç uygulanacak ise anestezi uzmanı tarafından hasta orderına yazılarak ilaç uygulaması yapılır. Hasta derlenme odasında bulunan hastanın yapılan takibi Derlenme Odası Hasta Takip Formu' na kaydedilir. Hasta anestezi uzmanı tarafından görülüp değerlendirildikten sonra ilgili klinikle iletişime geçilir ve hasta anestezi teknikeri tarafından klinik hemşiresine dosyasıyla birlikte teslim edilir.

5.7. Ameliyathane Giriş Çıkışı;

5.7.1 Giriş:

5.7.1.1. Personel; Yarı steril alanın girişinde belirlenen noktada terlik değişimi yaparak steril alana geçer. Kirli terliklerini kirli terlik rafına koyar, steril alana kesinlikle kirli terliklerle basılmaz. Soyunma odasında forma değişikliği yapan personel, bonesini takar.

5.7.1.2.Hasta; Hastaları servisten getiren sedyeler hasta giriş kapısından yarı steril alana, kızak değiştirilerek içeri steril alana alınır. Tekerlekli alt yarı nonsteril alanda kalır. Hasta anestezi teknikeri tarafından ameliyat odasına alınır. Hastaların premedikasyonu ilgili cerrahi sevisinde yapılır.

5.7.1.3. Lokal Hastalar; İlgili cerrahi servisinde ameliyathane önlüğü giyer, bone takar, hasta girişinden ameliyathane hemşiresi veya personeli tarafından karşılanarak yarı steril alana sonra steril alana alınır. Hastalar ameliyathane transfer kapısı önünde bekletilmez.

5.7.1.4. Ameliyatı biten hastanın yattığı klinik hemşiresine telefon edilerek ameliyatının bittiği hastasını bildirilir. Klinik hemşiresine hastayı anestezi teknisyeni kimlik kontrolü yapılarak ve hastanın sözlü ve yazılı olarak teslim eder. Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu anestezi teknisyeni ve klinik hemşiresi tarafından imzalanır.

5.7.2 Çıkış:

5.7.2.1. Personel; Ameliyathaneden çıkacak personel, soyunma odasına geçerek kıyafet değişimi yapar yarı steril alanın çıkışında belirtilen noktada terlik değişimi yapar, kirli terliklerini giyer, temiz terlikleri temiz terlik rafına koyar, ameliyathaneden çıkar.

5.7.2.2.Hasta; Ameliyathaneden çıkacak hasta anestezi teknikeri tarafından klinik hemşiresine ameliyathane hasta transfer kapısından, ameliyat sürecine ilişkin bilgileri sözlü ve yazılı olarak iletilerek teslim edilir.

5.7.2.3. Özel firma çalışanları; Hastane dışından gelen hekimler, diğer hastane personelleri vb ameliyathane giriş kurallarına uymak zorundadırlar.

5.7.2.4. Sterilizasyon ünitesi için getirilen malzemeler; sterilizasyon ünitesinin personeline ameliyathane girişinden teslim edilir. Konsiye set ve İmplant malzemeleri sterilizasyon için ameliyat öncesinde sterilizasyon ünitesine teslim edilir.

5.7.2.5. Ameliyathane içine ziyaretçi kesinlikle kabul edilmez. Yarı steril alanda ve steril alanda belirtilen kıyafetlerin dışında hiçbir şey giyilmez.

Ameliyathanede yarı steril ve steril ve alana girmek zorunda olan diğer personel, bu kurallara uymak zorundadır.

Ameliyathane giriş kapısında veya ünite içinde galoş giyilmesine gerek yoktur.

5.8. Ameliyatta Hasta Ve Çalışan Güvenliği:

5.8.1.Ameliyathane Risk Etmenleri

- Enfeksiyon (Hepatit B, HepatitC ,AIDS,vb.)
- Röntgen ışınları
- Kimyasal ajanlar (lateks, kanser ilaçları vb.)
- Anestezik gazlar
- Kazalar (yanıklar, elektrik çarpmaları, düşme, kesilme ve batmalar)
- Ergonomik riskler (uygunsuz pozisyonda oturma, yük kaldırmada kurallara uymama, aydınlatma vb.)

5.8.1.1.İnfeksiyonlara Karşı Koruyucu Önlemler:

- Kan, vücut sıvısı, hasta salgı ve çıkartıları, enfekte hastalar ve onların çevresi veya hasta bakımında kullanılan araç ve gereçlere dokunduğunuzda ellerinizi yıkayınız ve dezenfekte ediniz.
- Enfekte malzeme ile temasta eldiven giyiniz.
- Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerinizi yıkayınız, dezenfekte ediniz.
- Kan ve ürünleri ile temas halinde ellerinizi dezenfekte ediniz.
- Kan ve ürünleri sıçrama riski durumlarında gözler için koruyucu, ağız ve burun için maske, yüz siperi kullanınız.
- Giysileriniz ıslandığında değiştiriniz.
- Gözlerinize kan sıçradıysa göz irrigantı veya bol çeşme suyu ile yıkayınız.
- Kan dökülen yerleri gerekli ve uygun metaryallerle dezenfekte ediniz.
- Enjektör iğnelerini kılıflandırmayınız. İğne, bisturi, vb.keskin objeleri iğne atık bidonlarına atınız.

5.8.1.2.Röntgen Işınlarından Korunmaya Yönelik Önlemler:

- Kurum tarafından temin edilen koruyucu kurşun önlük, boyunluk, vb. malzemelerin kullanımına özen gösteriniz ve radyoloji uzmanının önerilerini dikkate alınız.
- Ameliyathanede skopi kullana personele dozimetri takipleri yapılır.
- Antioksidan vitaminlerden karotenoidlerden zengin; havuç, marul, kıvırcık, roka, domates, kayısı, portakal vb. sebze ve meyvelerin tüketimine önem veriniz.

5.8.1.3.Kimyasallara Karşı Koruyucu Önlemler:

Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, öksürük ve uyku hali yapabilir. Astım atakları, deri allerjisi, egzamaya neden olabilir.

Kimyasallara Karşı Önlemler

- Kullanım esnasında yerel havalandırma sistemlerini çalıştırmalısınız.

- Formol'ü havalandırması iyi olan yerlerde depolayınız.
- Formol'ün kapağının kapalı tutulmasına dikkat etmelisiniz.
- Formol giysilere bulaştı ise, giysilerinizi hemen değiştiriniz.
- Göze ve deriye dezanfektan sıçradıysa en az 15 dakika yıkayınız.
- Formol depolanan yerde yiyip içmeyiniz.
- Dökülen formol ise emici peçete vb emdirilir, sonra temizlenir. Soluğunuzu tutmaya çalışınız, var ise solunum maskelerinden takınız.
- Lateks eldivenlerin koruyucu olmadığını biliniz.

5.8.1.4.LATEKS: Kaşıntı, kızarıklık, burun ve gözde allerjik reaksiyonlar, ürtiker, astıma ve nadiren şok gibi klinik tablolara yol açabilen bir maddedir.

Lateks Allerjisini Önlemeye Yönelik Önlemler:

- Pudrasız lateks eldivenleri kullanınız.
- Hipoallerjenik eldivenlerin lateks allerjisini azaltmadığını biliniz. (Allerjik kontak dermatiti azaltabilir.)
- Yağ bazlı el kremlerini kullanmayınız.
- Eldiveni yavaş hareketler ile çıkarınız ve eldiveni çıkardıktan sonra mutlaka ellerinizi yıkayınız ve kurulayınız.

5.8.1.5.Anestezik Gazlardan Korunma

- Medikal gazların basınç ve akış kontrolleri merkezi sistem üzerinden teknik servis tarafından ve kullanılan anestezi cihazları üzerinden ameliyathanede yapılmaktadır.
- Merkezi sistem veya anestezi cihazı üzerinden medikal gazlarla ilgili sıkıntı olduğunda işitsel ve görsel uyarı sistemi kullanıcıları ve teknik servisi uyarmaktadır.
- Bu gibi sıkıntılı durumlar için ameliyathanede seyyar gaz tüpleri bulundurulmaktadır. Olası bir arıza veya uyarı durumunda seyyar gaz tüpleri cihazlara bağlanır. Havalandırma sistemlerinin çalışması anestezik gazlar ortamdaki uzaklaştırıcıdır.

5.8.2. Ameliyatın hazırlığından, bitimine kadar bütün aşamalarında, ameliyat ekibinin her üyesi; Hastaya steril olarak kullanılması gereken tüm malzemenin steril olmasını sağlar. Çalışan Güvenliği için koruyucu giysi ve ekipmanı kullanılır.

5.8.3. Kan ile bulaş ve delici ve kesici alet batmalarında, Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu, Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu doldurularak enfeksiyon komite hemşiresine gönderilir.

5.8.4. Çalışan Güvenliğini tehdit eden saldırı durumunda Beyaz Kod Uygulama Talimatı' na uygun hareket edilir.

5.8.5.HASTA GÜVENLİĞİNDE:

- 5.8.5.1.** Hasta düşmelerine karşı gerekli önlemleri alır. Hasta Transfer Prosedürü ve Düşme Riski Değerlendirme ve Bakım Prosedürü'ne uygun davranılır. Hastaların güvenli transferi sağlanır.
- 5.8.5.2.** Kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyonu; Periyodik Bakım ve Kalibrasyon Planı'na göre yapılır.
- 5.8.5.3.** Kan ve kan ürünlerinin istemi Kan ve Ürünleri İstem Formu, transfüzyonunda Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon İzlem Formu ve Transfüzyon Merkezi İşleyiş Prosedürü' ne uygun hareket edilir.
- 5.8.5.4.** Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanmasında Hasta Tanılama ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı doğrultusunda hareket edilir. Sözlü olarak ve kimlik bilekliği ile dosyadan hastanın kimliği doğrulanır.
- 5.8.5.5.** Enfeksiyon Riski yönünden sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerine dikkat edilir.
- 5.8.5.6.** Cerrahi güvenliğin sağlanması için Güvenli Cerrahi Uygulamaları Prosedürü, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi, Pre-Op Kontrol ve Taraf İşaretleme Formu kullanılır.

5.8.5.7. İlaç Güvenliği ve Uygulaması Prosedürü, İlaç Güvenliği Prosedürü'ne uygun davranılır.

5.8.5.8. Mavi Kod Uygulama Talimatı doğrultusunda işlem yapılır.

5.8.6. Atıklar Atık Yönetimi Prosedürü ve Ünite İçi Atık Yönetim Planı'na göre ayrıştırılarak toplanır, transferi yapılır.

5.9. İlaç Ve Sarf Malzeme Temini:

5.9.1 Demirbaş ve Sarf Malzemeleri Temini:

5.9.1.1. Hastanemize satın alınan ilaçların, satın alınması, teslim alınması ile güvenli depolanması ve dağıtılmasının sağlanması İlaç Güvenliği Prosedürü' ne göre yapılır. Hastalara kullanmak için kliniklere gelen ilaçlar için güvenli saklanma koşullarının oluşturulması ve hastaya güvenli ilaç uygulamalarının yapılmasını sağlamaktır. İlaç uygulamalarında oluşacak hataları önlemek, istenmeyen ilaç etkilerinin acil müdahalelerle yok edilmesini sağlamak ve hastalarımıza güvenli sağlık hizmeti sunmaktır.

5.9.1.2. Hemşire, bir sonraki gün yapılacak ameliyatlara için gerekebilecek alet ve sarf malzemeleri gözden geçirir. Bunlardan steril edilmesi gereken v.b. hazırlık gerektiren malzemeler için gerekli önlemleri alır.

5.9.1.3. Ameliyatın türüne göre uygun alet setini steril olarak hazır bulundurur.

5.9.1.4. Spanç, kompres, fındık tampon, ped vb.gibi steril sarf malzemelerin ise stok ve miad kontrolleri ameliyathane hemşiresi tarafından yapılır. Bu tür sarf malzeme ameliyathane steril malzeme dolaplarında muhafaza edilir.

5.9.1.5. Ameliyatta kullanılacak olan ilaç, sarf, antiseptik solüsyonlar, alet dezenfektanları vb. malzemelerin de stok ve miad kontrolleri ameliyathane sorumlu hemşiresi/ ameliyathane hemşireleri tarafından yapılarak İlaç Sarf Kontrol Formu' na Kayıt edilir.

5.9.1.6. Ameliyatın türüne göre kullanmak gereken özel cihaz ve malzemeler ameliyathane sorumlu hemşiresine ilgili doktor tarafından önceden bildirilir. Eğer hastanemizde mevcut olmayan bir malzeme söz konusu ise ilgili doktor ameliyat öncesinde bunun teminini sağlayarak, ameliyathane sorumlu hemşiresine teslim eder.

5.9.1.7. Ameliyathane sorumlu hemşiresi, eksik malzemeleri tespit ederek satın alma istemlerini yapar.

5.9.2 Ameliyathaneye İlaç ve Sarf Malzeme Temini:

5.9.2.1. Ameliyathaneye, Ameliyat işlemleri için gerekli olan sarf malzeme ve ilaç istemi otomasyon üzerinden haftada 3 gün yapılır, İlaç ve Sarf Malzeme Deposundan gelen malzemeler ameliyathane sorumlu hemşiresi ve anestezi teknikerleri tarafından kontrolleri yapılarak ilk giren malzeme ilk çıkar ilkesiyle dolaplara yerleştirilir.

5.9.2.2. Ameliyata özel malzeme gerektiğinde ilgili firma aranarak malzeme istemi yapılır ve malzeme geldiğinde Ödünç Alınan Set ve Malzeme Teslim Formu ile teslim alınır. Ameliyat sonrasında firmaya malzeme Ödünç Alınan Set ve Malzeme Teslim Formu ile teslim edilir.

5.9.2.3. Ameliyathane sorumlu hemşiresi ve sorumlu anestezi teknisyeni ameliyathane malzemelerinden birinci derece sorumludur.

5.9.2.4. Haftada bir miad ve miktar kontrolü yapılarak eksikler tespit edilir, miadı geçmek üzere olan malzemelere İlaç -Sarf Malzeme Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü'ne göre işlem yapılır.

5.9.2.5. Kontrole tabi ilaçlar, her gün mesai başlangıcında anestezi teknikerleri tarafından Psikotrop ve Narkotik İlaç Devir Teslim Formu ve Narkotik İlaç İzlem Formu ile kontrol ve takibi yapılır.

5.10. Ameliyathane Temizliği:

Ameliyathane temizliği, Ameliyathane Temizlik Talimatı' na göre yapılır. Enfekte vakalarda temizlik Enfekte Vaka Sonrası Ameliyathane Temizlik Talimatı' na göre yapılır. Ameliyathane Temizlik Takip ve Kontrol Formu ile kayıt altına alınır. Ameliyathane genel temizliği ise Ameliyathane Aylık Hemşire Kontrol Formu ile kayıt altına alınır.

Sterilizasyon bölümü ise; Sterilizatör Kontrol Formu ile sterilizatörde yapılan tüm işlemler dokümanite edilerek kayıt altına alınır. Temizliği ise Sterilizasyon Odası Temizlik Talimatı'na uygun olarak yapılır Sterilizasyon Temizlik Planı ve Takip Formu ile kayıt altına alınır.

Ameliyat sonrası kullanılan setler ameliyathane hemşiresi tarafından Sterilizasyon Dezenfeksiyon Prosedürü' ne uygun olarak işlem yapılır.

Kullanılan tekstil malzemeleri ameliyathane temizlik görevlisi tarafından Atık Yönetimi Prosedürü' ne göre taşınır. Ameliyathane atıkları Ünite İçi Atık Yönetim Planı'na göre uzaklaştırılır.

5.11. Tesis Güvenliğine Yönelik Kurallar:

- Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik gerekli düzenlemelerde bulunur.
- Ameliyathane altyapı güvenliği sağlanır. Elektrik kesintilerinde jeneratör (220 kva gücünde jeneratör) devreye girene kadarki sürede kesintisiz güç kaynakları (UPS) ile sistemin devamı sağlanır. UPS prizlerinde ayırtıcı etiket bulunur. UPS 'in büyüklüğüne göre 10 dk ile 20 dk arasında destek sağlar. UPS'lerin periyodik bakımları düzenli aralıklarla teknik servis tarafından takip edilir ve yapılır.
- Medikal gazlar Merkezi sistemde takip edilir. Ameliyathane girişinde görsel ve işitsel uyarıcı pano mevcuttur.
- Ameliyathane temizlik ve hijyen kurallarına göre hareket edilir.
- Ameliyathane de can ve mal güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli önlemler alınır.
- Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları çerçevesinde hareket edilir. Hastane Afet - Acil Durum Planı kapsamında yangın, deprem, su baskını, terör ve sabotaj vb durumlar için risk analizi yapılarak, iş akış talimatları oluşturulmuştur.
- Atık yönetimi çalışmaları ilgili prosedür ve yönetmelikler/mevzuatlar çerçevesinde gerçekleştirilir.
- Tıbbi Cihazların bakım, onarım, ölçme ayar ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır.
- Ameliyathane bina turlarında elde edilen veriler değerlendirilir. Gerekli iyileştirmeler yapılır.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Biriminin yönetmelik/mevzuatlar çerçevesinde bölüm ile ilgili çalışmaları yürütülür.

5.12.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması:

Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılmaması için duruma uygun olarak Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü ve Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü' ne göre hareket edilir.

Uygunsuzluk Tespit Formu ve Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu doldurulur.

6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

YÖN.PR.05 Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü

YÖN.PR.06 Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü

ENF.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim ve Takip Formu

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

YÖN.FR.07 Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu

YÖN.FR 03 Uygunsuzluk Tespit Formu

ECZ.FR.10 İlaç ve Malzeme İstek Formu

AML.FR.05 Ödünç Alınan Set ve Malzeme Teslim Formu

AML.PR.02 Ameliyathane Hasta ve Çalışan Güvenliği Prosedürü

ECZ.FR.08 İlaç ve Sarf Malzeme Kontrol Formu

AML.TL.21 Enfekte Vaka Sonrası Ameliyathane Temizliği Talimatı

STE.TL.01 Sterilizasyon Öncesi Alet Yıkama Talimatı

ATK.PR.01 Atık Yönetim Prosedürü

- ATK.PL.01 Ünite İçi Atık Yönetim Planı
AML.FR.07 Ameliyathane Temizlik Kontrol Formu
AML.TL.19 Ameliyathane Temizliği Talimatı
AML.FR.04 Ameliyatta Kullanılan İlaç ve Sarf Malzeme Formu
ACL.PR.06 Hasta Transfer Prosedürü
KLN.PR.03 Düşme Riski Değerlendirme ve Bakım Prosedürü
KLN.TL.01 Hasta Tanılama ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı
ATK.TL.04 Kesici ve Delici Aletlerin Toplanması Talimatı
ACL.PR.07 Hastanın Ölümü Halinde Uygulama Prosedürü
BİY.TL.13 Patoloji Numune Takibi Talimatı
AML.TL.13 Set ve Spanç Sayım Talimatı
AML.FR.03 Set Spanç Sayım Formu
AML.TL.09 Ameliyat Bölgesi Hazırlığı ve Temizliği Talimatı
AML.TL.10 Ameliyat Pozisyonları Verme Talimatı
AML.PR.03 Anestezi Hasta Kabul ve İşleyiş Prosedürü
AML.TL.02 Ameliyathaneye Hasta Alma ve Çıkarma Talimatı
ENF.TL.02 El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı
AML.TL.11 Steril Giyinme ve Giydirmeye Talimatı
AML.TL.01 Ameliyathaneye Giriş Çıkış Talimatı
TRF.FR.03 Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon İzlem Formu
TRF.PR.01 Transfüzyon Merkezi İşleyiş Prosedürü
STE.TL.06 Sterilizasyon Odası Temizlik Talimatı
STE.FR.03 Sterilizasyon Temizlik Planı ve Takip Formu
STE.PR.02 Sterilizasyon Dezenfeksiyon Prosedürü
ECZ.FR.06 Psikoaktif ve Narkotik İlaç Devir Teslim Formu
ECZ.FR.05.Narkotik İlaç İzlem Formu
AML.FR.06 Ameliyathane Aylık Hemşire Kontrol Formu
ECZ.PR.03 İlaç Güvenliği Prosedürü
ECZ.PR.06 İlaç Güvenliği ve Uygulaması Prosedürü
TSY.PL.03 Periyodik Bakım ve Kalibrasyon Planı
YÖN.TL.04 Beyaz Kod Uygulama Talimatı
YÖN.TL.02 Mavi Kod Uygulama Talimatı
ECZ.FR.01 Isı – Nem Kontrol Formu
AML.PR.04 Güvenli Cerrahi Uygulamaları Prosedürü
AML.LS.01 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
AML.LS.02 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi
KLN.FR.13 Pre-Op Kontrol ve Taraf İşaretleme Formu
KLN.FR.11 Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu
AML.FR.11 Derlenme Odası Hasta Takip Formu
HAP.PL.01 Hastane Afet - Acil Durum Planı