

ENFEKSİYON BULAŞTIRMA RİSKİ-HASTA BAKIM PLANI

Dokuman No	KLN.PL.23
Yayın Tarihi	01.08.2016
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No	1/1

Hastanın Adı Soyadı				Hemşirelik Tanısı	ENFEKSİYON BULAŞTIRMA RİSKİ			
Doğum Tarihi				Tanım	Bireyin, patojen ya da fırsatçı ajanın başkalarına bulaştırma riski taşımasıdır.			
Tanı								
Neden	Tanı Ölçütleri	Amaç	Girişimler	Tarih:	Tarih:		Tarih:	
				Saat:	Saat:	Saat:	Saat:	
				Değerlendirme	Değerlendirme	Değerlendirme	Değerlendirme	
<input type="checkbox"/> Antibiyotiklere dirençli organizmaların kolenizasyonu <input type="checkbox"/> Hava/temas yoluyla bulaşma <input type="checkbox"/> Tedaviyle ilgili faktörler <input type="checkbox"/> Kontamine yara <input type="checkbox"/> Sağlıksız yaşam koşulları <input type="checkbox"/> İ.V girişim fazlalığı <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Enfeksiyonun diğer hastalara yayılması <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Enfeksiyon bulaşının önlenmesi	1.Enfeksiyonun bulaş yolu tanımlanır. (Hava, temas, Damlacık yolu, araç gereç, vektörler vb.).	<input type="checkbox"/> Sorun giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderildi.	
			2. Uygun izolasyon önlemleri başlatılır.	<input type="checkbox"/> Sorun kısmen giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun kısmen giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun kısmen giderildi.	<input type="checkbox"/> Sorun kısmen giderildi.	
			3. Mümkünse hasta ayrı bir oda ya da bölüme alınarak izole edilir.	<input type="checkbox"/> Sorun giderilemedi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderilemedi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderilemedi.	<input type="checkbox"/> Sorun giderilemedi.	
			4. Kişiy ve aile bireyelerine enfeksiyon zinciri, yayılması ve yapılması gerekenler ile ilgili eğitim verilir.	Not:	Not:	Not:	Not:	
			5. Hasta bakımında aynı kişilerin yer alması sağlanır ve bu kişilerin diğer hastalarla teması önlenir.					
			6. Akut bir bulaş halinde (iğne batması Vb.) Kesici/Delici Alet Yaralanmaları/Kan ve Vücut Sıvıları Maruziyeti Bildirim Formu doldurulur ve çalışan güvenliği/enfeksiyon kontrol hemşiresine haber verilir.	Hemşire/ İmza	Hemşire/ İmza	Hemşire/ İmza	Hemşire/ İmza	