



STERİLİZASYON İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No	STE.PR.01
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	28.11.2016
Sayfa No	3/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1. AMAÇ

Sterilizasyon ünitesi; malzeme kabul şartlarını, sterilizasyon için yapılması gereken hazırlıkları, sterilizasyon şartlarını, paketleme, depolama ve dağıtım esaslarını açıklamak.

KAPSAM

Bu prosedür, ameliyathane çalışanlarını kapsar.

3. TANIMLAR

HBYS:Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4. SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

4.2.1. Ameliyathane çalışanları işleyişlerini bu prosedür kapsamında yürütmekten sorumludur.

4.2.2. Çevre Hastanesi'ndeki diğer sağlık çalışanları işleyişlerini bu prosedüre göre düzenlemekten sorumludur.

5. PROSEDÜR

5.1.Sterilizasyona Giriş Çıkış Kuralları

5.1.1.Sterilizasyon birimine giriş ve çıkış **Ameliyathane Giriş Çıkış Talimatı**'na göre gerçekleştirilir.

5.2.Ekipman Kontrolü

5.2.1.Saat 08:00'de gelen Sterilizasyon Ünitesi çalışanları kendi alanlarındaki cihazları açma konumuna getirir.

5.2.2.Otoklavlar açma konumuna gelince vakum kaçak testi yapılır. Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada 1 kez, 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün, 1.3 milibar/ dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulur.

5.2.3.Paketleme makinesinin fişinin takılı olup olmadığı ve ısısının buhar için 150°C - 180°C'de olup olmadığı kontrol edilir.

5.2.4.Olumsuz durumlarda ve arızalarda **Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Prosedürü**'ne göre ve **Periyodik Bakım ve Kalibrasyon Planı** kapsamında işleyiş sürdürülür.

5.2.5.Cerrahi el aletlerinde bozukluk olduğunda ilgili firmaya **Arıza Bildirim Formu** ile teslim edilerek takibi yapılır.

5.3.İş Akışı

5.3.1.Kirli malzemelerin sterilizasyona transferi ve malzeme kabul işlemleri:

5.3.1.1.Kirli aletler, kirli konteyneri ile sterilizasyona gönderilir. Birimlerden gelen alet ve malzemeler, görevli personel tarafından " Sterilizasyon Alet ve Malzeme Teslim Formu" ile kontrol edilerek teslim alınır. Konsinye malzemeler de " Ödünç Alınan Set Ve Malzeme Teslim Formu" ile teslim alınır.

5.3.1.2.Kirli alet ve malzemeler kirli alan kullanılarak ön yıkama odasına transfer edilir.

5.3.2. Cerrahi ve hassas aletlerin bakımı Sterilizasyon Öncesi Alet Yıkama Talimatı'na göre sterilizasyon ünitesinde yapılır.

5.3.3.Aletlerin sayımı, bakımı yapılır. Arızalı olanlar onarım için ayrılır, yağlanması gerekenler yağlanır.

5.3.4. Aletler ve malzemeler paketleme bohçalama bölümüne aktarılır.

5.3.5.Tekstil kumaşlar delik, yırtık yönünden kontrol edilir.

5.3.6. Cerrahi aletler ve tekstil malzemeleri ayrı bölümde paketlenir.

5.3.7. Paket ve konteyner içerisinde malzeme- alet sayılarak yerleştirilir ve kimyasal indikatör konulur.

5.3.8. Bohçalar zarf ya da dikdörtgen yöntemle kapatılır.

5.3.9. Poliüretan poşetler kapatma makinesiyle kapatılır.

5.3.10. Tüm malzeme paketleri ve konteyner üzerinde dokümantasyon etiketi, hazırlayan kişinin adı, soyadı yazılır.

5.3.11. Bohça üzerine maruziyet bantları mutlaka yapıştırılır.

5.3.12. Aletlerin sterilizatöre yerleştirilmesi ve boşaltılması Steril Malzeme Depolama, Yerleştirme ve Dağıtım Talimatı'na göre yapılır.

5.3.13. Cihazın **Bowie - Dick** testleri yapılır. Test sonucu **Sterilizatör Kontrol Formu**'na tarih/saat kaydedilir test indikatörü forma yapıştırılır. Otoklavın her çevriminde **Yük Kontrol Testi** yapılır testin sonucu kaydedilir Steril edilecek her malzemeye Class 6 **Kimyasal indikatör** konulur **dokümantasyon kontrol etiketi** yapıştırılarak otoklavın çevrimi ve uygunluğu kontrol edilerek kontrol formuna kaydedilir

Biyolojik indikatör haftada 1kez implant sterilizasyonu olacaksa her yükte yapılır. Uygunluğu kontrol formuna kayıt edilir. Sterilizatörün tamir gerektiren arızasından sonra mutlaka yapılır. Sonuç printe edilerek forma kaydedilir.

5.3.14. Buhar otoklavına ameliyathane hariç diğer birimlerden gelen malzemeler Sterilizasyon Malzeme Teslim **Formu**'na kaydedilir.

5.3.15. Alet yıkama bölümünde görevli personel kişisel korunma malzemeleri ile çalışılır.

5.3.16. Sterilizasyon ünitesindeki cihazların ve ünitenin temizliği yapılır.

5.4. Sarf Malzeme Temini

5.4.1. Sterilizasyon ünitesinden sarf malzemeler gereksinime göre HBYS' de genel sarf istek kısmından istem yapılır. Gün içerisinde gelen malzemeler depoya kutularından çıkarılarak ve son kullanma tarihi kontrol edilerek yerleştirilir.

5.5. Sterilizasyon Süresi

- Non woven Wrap 1 ay
- Tek Poşet 3 ay
- Çift Poşet 6 ay
- Çift kat yeşil çamaşıra sarılı bohçalar 1 ay
- Çift kat wrap sarılı bohçalar 1 ay
- Konteyner Filtresi her kullanımda
- Konteyner 1 ay

Sterilizasyonun geçerli kabul edilmesi için;

- Test indikatörlerin sonucu kabul edilebilir olmalıdır
- Paket sterilizatörden çıktığında kuru olmalıdır
- Paket üzerindeki indikatörün rengi değişmelidir
- Paket üzerinde yırtık ve delik olmamalıdır

Kontrol sterilizasyon teknisyeni/hemşiresi tarafından yapılır.

5.6. Tavsiye Edilen Saklama Koşulları

- Toz olmamalı,

- Direkt güneş ışığı olmamalı,
- Kuru ortam oluşturulmalı,
- Isı 18-22 °C arasında,
- Nem %35-50 olmalıdır.

5.7.Sterilizasyonun Bozulduğu Durumlar;

- Yırtılmış, delinmiş ve yıpranmış paketler,
- Neme maruz kalmış nemlenmiş ve ıslanmış paketler,
- Yere düşen paketler,
- Tarihi geçmiş paketler,
- Yazısı okunmayan paketlerin sterilizasyonu bozulmuş kabul edilir.

5.8.Malzeme Transfer Saatleri

Girişimsel Alanlarda Her Saat

Malzeme Teslimi Süreleri

Cerrahi Aletler Aynı gün içinde

5.9.Genel Kurallar

5.9.1.Birimlerden ve ameliyathaneden gelen malzemeler kullanıcı tarafından kontrolü yapılarak gelmelidir. (sivri uçlu aletlerin gelişi güzel kirlı sepet / poşetlere konulmaması ve bistüri uçlarının bistüri sapından çıkarılması) gereklidir. Aksi durumda personel yaralanmalarına neden olabilir.

5.9.2.Birimlerden gelen malzemeler "Sterilizasyon Malzeme Teslim Formu"na yazılarak teslim edilir.

5.9.3.Eksik veya formlarına uygun olmayan malzemeler sterilizasyona kabul edilmez. Geldiği birime gönderilir ve gönderen hemşire bilgilendirilir.

5.9.4. Cerrahi el aletleri listelere göre toplanır isim –soyisim ve tarih etiketlere yazılır.

5.10.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

5.10.1.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.

5.10.2. Çalışan ile karşılaşılan kazalarda "Personel Sağlığı Takip Prosedürü"ne göre hareket edilir. "Personel Yaralanmaları Bildirim Formu" doldurulur.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

YÖN.PR.05 Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü

YÖN.PR.06 Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

STE.TL.01 Sterilizasyon Öncesi Alet Yıkama Talimatı

STE.TL.02 Steril Malzeme Depolama Saklama Dağıtım Talimatı

AML.TL.01 Ameliyathane Giriş-Çıkış Talimatı

STE.FR01 Sterilizasyon Alet ve Malzeme Teslim Formu

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

STE.FR.02 Sterililatör Kontrol Formu

YÖN.FR.03 Uygunsuzluk Tespit Formu

YÖN.FR.07 Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu

ENF.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim Formu