



D İ Ş K A P I  
Y İ L D I R I M B E Y A Z I T  
E Ğ İ T İ M V E A R A Ş T I R M A  
H A S T A N E S İ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:1 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

### 1. AMAÇ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi'nde enfeksiyon kontrol ve önleme kurallarını belirleyerek, hastanemizdeki sağlık hizmetleri kaynaklı enfeksiyonların kontrol altına alınması, tespit edilmesi ve çözüm önerileri geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin düzenlenmesidir.

### 2. KAPSAM

Tüm hastane çalışanlarını ve hastaneden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarını kapsar.

### 3. SORUMLULAR

Enfeksiyon kontrol komitesi ve tüm hastane çalışanları sorumludur.

### 4. TANIMLAR ve KISALTMALAR

**Hastane Enfeksiyonu:** Hastanın hastaneye başvurduğu anda inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yattıktan 48–72 saat sonra veya taburculuğu takiben ilk 10 gün içinde gelişen (cerrahi bir girişimi takiben ilk 30 gün içinde veya kalıcı olarak yerleştirilmiş implant varlığında ise ameliyattan sonraki 1 yıl içinde insizyon bölgesinde gelişen) enfeksiyonlardır.

**Sürveyans:** Belirli bir popülasyonda meydana gelen olaylar ile ilgili verilerin toplanması, toplanan verilerin bir araya getirilerek yorumlanması ve sonuçların ilgililere bildirilmesinden oluşan dinamik bir süreçtir.

**UHESA:** Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı

**UHESKB:** Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Kontrol Birimi

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention Amerika Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)

### 5.REFERANSLAR

“YBH-PR-42 Enfeksiyon Kontrol Komitesi Çalışma Prosedürü”

“Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”

### 6.PROSEDÜR DETAYI

#### 6.1.ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN YAPISI

Enfeksiyon kontrol komitesi; enfeksiyon kontrol ekibi(EKE) ve 3 alt komiteyle (antibiyotik kontrol alt komitesi, sterilizasyon ve dezenfeksiyon alt komitesi, çalışan sağlığı alt komitesi) faaliyetlerini yürütür.

#### 6.1.1.Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin(EKK) Teşkili:

**Başkan:**

- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Şefi Prof.Dr. İrfan ŞENCAN

**Üyeler:**

- Başhekimlik Temsilcisi: Başhekim Yardımcısı Doç.Dr. Selçuk ÇOMOĞLU
- Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Temsilcisi Şef Yardımcısı: Uz.Mustafa ÇAĞATAY
- Cerrahi Bilimler Temsilcisi: Kalp Damar Cerrahisi Uzm.Dr.Alp DOLGUN
- Dahili Bilimler Temsilcisi: Hematoloji Klinik Şefi Prof.Dr. Harika ÇELEBİ
- Enfeksiyon Kontrol Doktorları: Uz.Dr.Yunus GÜRBÜZ, Uz.Dr. Ediz TÜTÜNCÜ, Uz. Dr. Gönül ÇİÇEK ŞENTÜRK
- Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri: Esengül ŞENDAĞ, Fadime CALLAK OKU , Ganime SEVİNÇ, Asiye TEKİN, Aysun ACUN
- Hastane Müdürü : Nebi ŞAHİNLİ

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DISKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:2 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

- Eczane temsilcisi: Başeczacı Ömer Lütfi SUIÇMEZ
- Başhemşire: Nevbahar DÖNMEZ

### 6.1.2.Enfeksiyon Kontrol Ekibi Teşkili

- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Şefi Prof.Dr. İrfan ŞENCAN
- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uz.Dr.Yunus GÜRBÜZ,
- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uz.Dr. Ediz TÜTÜNCÜ,
- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uz. Dr. Gönül ÇİÇEK ŞENTÜRK
- Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Temsilcisi Uz. Dr. Nalan APAYDIN
- Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Temsilcisi Doç. Dr. Ümmü Gül ERDEM
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Esengül ŞENDAĞ
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Fadime CALLAK OKU
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Ganime SEVİNÇ
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Asiye TEKİN
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Aysun ACUN

### 6.1.3.Antibiyotik Kontrol Alt Komitesi Teşkili:

- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uzm.Dr. Ediz TÜTÜNCÜ
- Üroloji-1 Kliniği Doç.Dr.Fatih YALÇINKAYA
- Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Uzm.Dr. Ümmü Gül Bahar ERDEM
- Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Asist.Dr.Dilek ÜNALAN
- Ecz. Bahar AYGEN
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Fadime CALLAK OKU

### 6.1.4.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Alt Komitesi Teşkili:

- 4.Üroloji Klinik Şefi Doç.Dr.Abdurrahim İmamoğlu
- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uzm.Dr. Yunus GÜRBÜZ
- Üroloji-1 Kliniği Uzm.Dr. Hikmet TOPALOĞLU
- Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Uzm.Dr.Zeynep DANSUK
- Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Asist.Dr. Merve SEFA SAYAR
- Sterilizasyon sorumlu hemşiresi Nesibe HIRA
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Esengül ŞENDAĞ
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Aysun ACUN

### 6.1.5.Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Alt Komitesi Teşkili:

- Enfeksiyon Kontrol Hekimi Uz. Dr. Gönül ÇİÇEK ŞENTÜRK
- Uzm.Dr. Aybala Altay
- Uzm.Dr. Zekai UYSAL
- Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Asist.Dr. Gönül GÜLEN
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Ganime SEVİNÇ
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi Asiye TEKİN

### 6.1.6.EKK Görev, Yetki Ve Sorumlulukları

1. Bilimsel esaslar çerçevesinde, kurumun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturur, uygular, ilgili bölümlere ve yönetime bu konuda öneriler sunar,
2. Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak kurumda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirir, bunları gerektikçe günceller,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:3 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

3. Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlar ve uygulamaları denetler,
4. Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirir ve çalışmalarının sürekliliğini sağlar,
5. Hastane enfeksiyonu yönünden öncelik taşıyan bölümleri saptar ve bulgulara göre harekete geçerek, diğer dönemler için hedefler koyar. Her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirir ve yıl sonu EKK toplantısında bu değerlendirmelere yer verir,
6. Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzemelerin alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirir,
7. Görev alanı ile ilgili hususlarda, kurumun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirir,
8. Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda gerekli incelemeleri yapar, izolasyon tedbirlerini belirler, izler ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar alır,
9. Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirler, uygulanmasını izler ve yönlendirir,
10. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirler, standartlara uygun kullanımı denetler,
11. Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu değerlendirir ve ilgili bölümlere iletmek üzere yönetime bildirir,
12. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunar,
13. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar alır ve yönetime iletir,
14. Enfeksiyon kontrol komitesi, görev alanı ile ilgili olarak, gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir. Hastanemizde “Sterilizasyon Dezenfeksiyon Alt Komitesi”, “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Alt Komitesi” ve “Antibiyotik Kontrol Alt Komitesi” çalışma grupları bulunmaktadır.

### 6.1.7.Enfeksiyon Kontrol Ekibinin (EKE) Görevleri

1. Sürveyans verilerini değerlendirir ve sorunları saptayarak, çözüm önerilerini enfeksiyon kontrol komitesine sunar,
2. Personelin mesleğe bağlı enfeksiyon ile ilgili risklerini takip eder, koruyucu tıbbi önerilerde bulunur, gerekli durumlarda bağışıklama ve profilaksi programları düzenler ve uygulamak üzere enfeksiyon kontrol komitesine teklifte bulunur,
3. Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, yataklı tedavi kurumlarındaki antibiyotik kullanımını izler, yönlendirir ve enfeksiyon kontrol komitesine bilgi verir,
4. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerini denetler,
5. İlgili idari birimlerde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetim ilkelerini belirler ve denetimini yapar,
6. Yıllık çalışma ön raporunu hazırlar ve enfeksiyon kontrol komitesine sunar,
7. Enfeksiyon kontrol komitesinin gündemini belirler ve sekreteryasını yürütür,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DISKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:4 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

8. Komite sekreteryası; komite toplantılarının gündemini hazırlar, toplantı çağrılarını başkanın imzası ile üyelere iletir,
9. Komitenin raportörlüğünü yapar, alınan kararları başkanın imzası ile ilgililere iletir,
10. Komitenin yazışmalarını yapar, dokümantasyonu sağlar ve dönemi bittiğinde dokümanları yeni komiteye teslim eder.
11. Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında enfeksiyon kontrolü ve takibi ile ilgili prosedür ve talimatları oluşturur ve günceller.


### 6.1.8.Enfeksiyon Kontrol Hekiminin Görevleri

1. En az haftada bir kere enfeksiyon kontrol hemşireleri ile bir araya gelerek yapılan çalışmaları değerlendirir, gerekli görülen her durumda enfeksiyon kontrol hemşiresine tıbbi direktif ve tavsiyelerde bulunur,
2. İhtiyaç duyulan her durumda enfeksiyon kontrol hemşirelerine hastabâşı danışmanlık hizmeti verir,
3. Hekimlere ve gerekli görülen durumlarda hekim dışı hastane personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verir,
4. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından yürütülen çalışmaları ve hizmet içi eğitim programını denetler,
5. Komitenin belirlediği enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde sağlık personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verir,
6. Sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirir, sonuçlarını yorumlar ve periyodik olarak enfeksiyon kontrol ekibine ve enfeksiyon kontrol komitesine bu verileri sunar,
7. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev alır,
8. Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğunda, salgının kontrolünü sağlayacak çalışmaları başlatır ve yürütür,
9. Bölümlerle ilgili sorunları o birimlere ileterek, bu birimlerin kontrol önlemlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlar.

### 6.1.9.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Görevleri

1. Hastanenin sürveyans çalışmalarını yürütür,
2. Sürveyans çalışmalarında; mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarının kültür sonuçlarını izler,
3. Günlük klinik ziyaretler yaparak ilgili hastaları değerlendirir, kliniklerin sorumlu hekim ve hemşireleri ile ilişki kurarak, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonu gelişen ya da gelişme ihtimali bulunan yeni hastaları saptar, bu hastaları enfeksiyon riski açısından değerlendirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar,
4. Toplanan sürveyans verilerinin bilgisayar kayıtlarını yapar,
5. Klinik enfeksiyon hızlarındaki değişiklikleri veya belirli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonlardaki artışı belirleyerek enfeksiyon kontrol hekimine bildirir,
6. Hastane enfeksiyon salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılır,
7. En az haftada bir kez enfeksiyon kontrol hekimi ile bir araya gelerek çalışmaları değerlendirir,
8. Bölümlerle ilgili sorunları enfeksiyon kontrol hekimi ile birlikte o bölümlere ileterek bu birimlerin kontrol önlemlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlar,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim

	<b>ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI</b>	
	Revizyon No: 00	<b>Doküman No: YBH-PL-96</b>
	<b>Revizyon Tarihi:00</b>	<b>Sayfa No:5 /13</b>
	<b>Yayın Tarihi:03.07.2011</b>	

9. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev alır,
10. Hastane genelinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin hastane politikasına uygun olarak yürütülüp yürütülmediğini kontrol eder,
11. Sağlık personeline hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları konusunda sürekli hizmet içi eğitim verir.

#### **6.1.11.Antibiyotik Kontrol Alt Komitesinin Görevleri**

1. Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında, lokal direnç verileri de göz önüne alınarak antibiyotik kullanım politikalarını belirler, ilgili prosedür ve rehberleri oluşturur ve günceller,
2. Hastane eczanesinde bulundurulacak antibiyotiklerin çeşit ve miktarları ile ilgili görüş ve önerilerini eczane yönetimine bildirir,
3. Yeni çıkan antimikrobiklerin hastaneye temini konusunda eczane yönetimine görüş bildirir,
4. Antibiyogram sonuçlarının “Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi” ile bildirimini işleyişi yazılı bir düzenleme ile tanımlar; hangi antimikrobik ilaçlara uygulanacağı, ilgili bilgilere kimlerin ulaşabileceği ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirler,
5. Hastanede kullanılan antibiyotiklerin aylık, üç aylık ve yıllık olarak raporlarının takibi planlanır,
6. Antibiyotik tedavi ya da profilaksisine yönelik olarak gereğinde nokta prevalans çalışması planlanır ve uygular,
7. Değerlendirmeler sonucunda gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetler planlar ve uygular,
8. “Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranı indikatörü” ile ilgili çalışmaları yürütür.

#### **5.1.12.Sterilizasyon-Dezenfeksiyon Alt Komitesinin Görevleri**

1. Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında sterilizasyon-dezenfeksiyon prosedürleri ve talimatlarını oluşturur ve günceller,
2. Yılda en az iki kez ve gerektiğinde ek olarak yapılan denetimler ile işleyişin kontrolünü sağlar.
3. Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici-önleyici faaliyetleri planlar ve uygulamasını yapar.
4. Kullanılacak olan dezenfektan ve antiseptiklerin şartnamelerinin hazırlanması, ihtiyacın belirlenmesi, talebe çıkılması, alımı ve dağıtım süreçlerini planlar ve uygular.
5. Hastane içinde diğer birimlere sterilizasyon ve dezenfeksiyon ile ilgili yapılacak alımlarda gerektiğinde görüş bildirir.
6. Sterilizasyon ve dezenfeksiyonu gerektiren birimlerde çalışan tüm personele verilecek eğitimleri planlar ve uygular.

#### **5.1.13.Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Alt Komitesinin Görevleri**

1. Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında, çalışan sağlığı kapsamında çalışan sağlığı prosedür ve talimatlarını oluştur ve günceller.
2. Hazırlanan talimatlar ve formlar kapsamında yapılan denetimler ile işleyişin kontrolünü sağlar.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:6 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

3. Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici-önleyici faaliyetleri planlar ve uygulamasını yapar.
4. Tüm çalışan personelin (gönüllük esas alınarak) hepatit B, hepatit C ve HIV serolojilerini saptar, kayıt altına alır ve gerekli bireylerde hepatit B bağışıklamasını yapar.
5. Tüm çalışan personelin (gönüllük esas alınarak) mevsimsel grip aşısı uygulamasını yapar ve kayıt altına alır.
6. Riskli yaralanma durumlarını kayıt altına alarak takibini yapar.
7. Riskli birimlerde çalışan personelin sağlık taramalarının takibini ve denetimini yapar.
8. Çalışan sağlığını ilgilendiren konularda çalışan tüm personele verilecek eğitimleri planlar ve uygular.
9. Çalışan sağlığı kapsamında kullanılacak olan kişisel koruyucu malzemelerin, tıbbi atık kutularının, koruyucu intraket ve enjektörlerin şartnamelerinin hazırlanması, ihtiyacın belirlenmesi, talebe çıkılması, alımı ve dağıtım süreçlerini planlar ve uygular.

### 6.2.SÜRVEYANS FAALİYETİ

#### 6.2.1.Surveyanın Kapsamı

1. Hastane enfeksiyonlarının tespitinde aktif ve prospektif sürveyans tercih edilir,
2. Sürveyans yoğun bakımlarda hasta temelli, diğer kliniklerde laboratuvar temelli olarak yapılır,
3. Sürveyans; hastanede yatan hastaların tamamında, bütün hastane enfeksiyonlarına yönelik yapılır. Tüm klinikler ve yoğun bakım ünitelerini kapsar,
4. Gerekli bulunan durumlarda nokta prevalans çalışması yapılır.
5. Hastanemizde sürveyans, T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı- UHESKB'nin CDC ve Dünya Sağlık Örgütü rehberleri esas alınarak hazırlanmış olduğu Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi doğrultusunda yapılır.
6. İnvaziv Araç İlişkili Sürveyans:
  - Yoğun Bakım Ünitelerinde; santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon, üriner kateter ilişkili enfeksiyon ve ventilatör ilişkili pnömoni takip edilmektedir.
7. Ameliyat Tipine Özgü Sürveyans:  
UHESKB'nin belirlemiş olduğu kriterler doğrultusunda hastanemizde 6 ana kategoride Cerrahi Alan Enfeksiyonu sürveyansı yapılmaktadır.
  - Koroner arter bypass cerrahisi (göğüs ve bacak insizyonu ile yapılan) bacak veninden greft alınarak gerçekleştirilen koroner arter bypass cerrahisi
  - Koroner arter bypass cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile yapılan) vaskülarizasyonun göğüs insizyonu ile sağlandığı koroner arter bypass cerrahisi
  - Herni (Herni (fıtık) onarımı inguinal, femoral, umbilikal veya karın ön duvarı fıtığının onarımı (diyafram hernisi, hiatal herni veya vücudun diğer bölgelerindeki fıtıkların onarımı hariç),
  - Kolon Cerrahisi (Kalın barsağın insizyonu, rezeksiyonu veya anastomozu (kalın barsağın ince barsağa ve ince barsağın kalın barsağa anastomozları dahil ameliyatları),.
  - Diz protezi diz protezi yerleştirilmesi
  - Kalça protezi kalça protezi yerleştirilmesi takip edilmektedir

**8.Hastane Enfeksiyonu Etkeni Olarak VRE Sürveyansı** Yoğun bakım üniteleri ve nütropenik hastalar baz alınarak her ayın ilk salı günü VRE (Vankomisin dirençli enterekok)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:7 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

taraması yapılır. VRE (+) vaka bulunduğu sürece ilgili klinikte haftada bir, üst üste dört kültür negatif gelinceye kadar, sürveyansa devam edilir,

### 9.Antibiyotik Direnç Yüzdeleri Sürveyansı:

3 aylık yapılan periyodik sürveyansta antibiyogram sonuçlarına göre etken bulunan tüm mikroorganizmaların %'lik oranları çıkartılır.

### 6.2.2.Sürveyansta Tanımlar ve Tanı Kriterleri:

1. Sürveyansta tanımlar ve tanı kriterleri, "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi"nde belirlenmiş olan kriterler doğrultusunda yapılır.
2. Tanı konulan olgular bu amaçla kullanılmakta olan bilgisayar programına uygun "Hasta izlem ve sürveyans formları"na kayıt edilir,
3. Doldurulan formlar enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları sürveyans yazılım programına online olarak girilir,
4. Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans yazılım programından enfeksiyon kontrol ekibi tarafından elde edilen veriler, her üç ayda bir enfeksiyon kontrol komitesine sunulur. Enfeksiyon kontrol komitesi bu bilgileri değerlendirdikten sonra yönetime ve ilgili kliniklere bildirir,

### 6.3.STANDART ÖNLEMLER

1. Hasta ile temas etmeden önce, hasta ile temas ettikten sonra, hasta çevresindeki yüzeylerle (tıbbi cihazlar dahil) temas ettikten sonra, vücut sıvıları ile temastan sonra, aseptik işlemlerden önce el hijyeni sağlanmalıdır.
2. Kan, her türlü vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile, mukoza ile, bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında steril olmayan eldiven giyilmelidir.
3. Vücut sıvı veya salgılarının çevreye sıçrama veya yayılma ihtimali olan durumlarda eldivene ek olarak diğer kişisel korunma malzemeleri (önlük, maske veya gözlük) kullanılmalıdır.
4. Kan ve diğer vücut sıvı/salgılarının çevreye sıçrama/püskürme ihtimali olan durumlarda (endotrakeal aspirasyon, endotrakeal entübasyon, vasküler invaziv girişimler, vb.) cerrahi maske ile gözlük veya siperli maske kullanılmalıdır.
5. Her tür spinal girişim sırasında (miyelogram, lomber ponksiyon, spinal anestezi, vb.) işlemi yapan kişi cerrahi maske takmalıdır.
6. Öksüren/hapşırın hastaların çevreye yayabileceği enfeksiyöz partiküllerin hastane içinde kontrolünü sağlayabilmek için aşağıdaki Solunum Hijyeni kurallarına uyulmalıdır.
  - 6.1. Öksüren/hapşırın hastalara ağızlarını kağıt mendil/peçete ile kapatmaları konusunda eğitim verilmeli,
  - 6.2. Öksüren/hapşırın hastalara mümkünse cerrahi maske taktırılmalı ve diğer hastalarla aralarında en az bir metre mesafe olacak şekilde yerleştirme yapılmalı,
  - 6.3. Hastaların vücut sıvı/salgıları ile kirlenmiş yüzey/malzemelerle temas ederken eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
7. Kirli malzemelerin transferi, ortamda kontaminasyona neden olmayacak şekilde yapılmalıdır.
8. Kullanım sonrasında iğne uçları enjektörden ayrılmamalı, uçlarına kılıf takılmamalı, kıvrılıp bükülmemeli, enjektör uçları özel kesici-delici alet kutularına atılmalıdır.
9. Ağızdan ağıza resusitasyondan kaçınılmalı, ambu ve diğer ventilasyon cihazlarının kullanımı tercih edilmelidir.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DISKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:8 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

10. Vücut sıvı ve salgıları ile kirlenme ihtimali olan yüzeyler yakınında (servislerde hastalardan alınan numunelerin bulunduğu masalar, laboratuvarlar gibi) yiyecek- içecek saklanmamalı ve yiyecek yenilip içilmemelidir. İlaç ve/veya mama/gıda saklanan buzdolaplarında numune olarak alınmış kan ve vücut sıvısı bulundurulmamalıdır.

11. Galoş kullanımıyla hastane enfeksiyonlarının azaldığını ya da önlendiğini gösteren bir veri olmadığından, ameliyathanede galoş kullanımı hasta çıkartılarından cerrahi ekibi korumaya yöneliktir.

### 6.4. İZOLASYON ÖNLEMLERİ

**6.4.1.** İzolasyon gerektiğinde, EKK hemşireleri tarafından izolasyona uygun kart uygun yere asılır.

Aynı hastalık için birden fazla bulaşma yolu olduğunda önlemler kombine olarak uygulanmalıdır.

### 6.4.2. SOLUNUM İZOLASYONU

Hava yolu ile bulaşabilen enfeksiyonları önlemek amacıyla standart önlemlere ek olarak uygulanır.

Solunumla bulaşan 5 µm'den küçük partiküllerle oluşan enfeksiyonları önlemek için uygulanır. 5 µm'den küçük partiküller havada süspansiyon halinde kalır veya toz partiküllerine yapışır. Mikroorganizmalar bu yolla odada yayılabildiği gibi, ortamdaki hava akımlarına bağlı olarak enfeksiyon odağından uzak alanlara da ulaşabilirler.

#### Endikasyonları

Solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonu olduğu bilinen veya kuşkuyla bilinen hastalar: Kızamık, varisella (yaygın zona dahil), tüberküloz, SARS, viral hemorajik ateşler (Ebola, Lassa, Kırım-Kongo, Marburg hastalıkları).

#### Uygulama

1. Solunum izolasyonu gerektirdiği bilinen veya şüphelenilen bir durum saptandığında, olanaklıysa hasta özel havalandırma sistemi (negatif basınçlı, saatte 6 -12 hava değişimi, kirli havanın dışarı atılma veya yeniden sirküle edilmesi için HEPA filtreden geçirilmesi) olan tek kişilik odaya alınır.
2. Özel havalandırma sistemine sahip oda olmayan durumlarda aynı enfeksiyonu olan hastalar aynı odada yatmalıdır.
3. Odanın kapısına yada hasta başına "Solunum izolasyon kartı" asılmalıdır.
4. Odanın kapısı kapalı tutulmalıdır.
5. Hasta odasına giren herkes özel maske ( N95 solunum maskesi) takmalıdır.
6. Kızamık veya suçiçeği tanısı almış hastaların odasına girerken bu etkenlere bağışık kişilerin maske kullanmalarına gerek yoktur.
7. Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan dışarı çıkması sınırlanmalı, hasta transportunun gerekli olduğu durumlarda hastaya cerrahi maske takılmalıdır.
8. Hasta ve hasta çevresindeki her türlü yüzeyle temas öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanmalıdır.
9. Hasta odası "İnvaziv girişim odaları ve özel alanların temizlik ve dezenfeksiyon talimatı"na uygun olarak temizlenmelidir.
10. Solunum izolasyonu EKE görüşü alınarak sonlandırılır.

### 6.4.3. DAMLACIK İZOLASYONU

Konuşma, öksürük, aksırık veya tıbbi işlemler sırasında infekte kişiden saçılan damlacıkların mukozalara (burun, boğaz, konjonktiva) bulaşmasını önlemek için standart önlemlere ek olarak uygulanır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:9 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

5 µm'den büyük partiküllerin bulaşmasıyla oluşan enfeksiyon riskini azaltmaya yöneliktir. 5 µm'den büyük partiküller havada asılı kalmaz, bir metreden uzak mesafelere gidemez. Bulaş enfekte hastaların öksürük, hapşırık, konuşma, burun silmesi ile ya da bronkoskopik aspirasyon gibi uygulamalar sırasında olur. İnfeksiyöz damlalar burun, ağız ya da gözdeki mukozal yüzeylere bulaşırsa duyarlı kişi enfekte olur.

### Endikasyonları

1. Menenjit, pnömoni, sepsis ve epiglottit: Neisseria meningitidis, Haemophilus influenza
2. Damlacık yoluyla bulaşan diğer solunum yolu enfeksiyonları: Difteri, boğmaca, Mycoplasma pneumoniae ve A grubu beta-hemolitik streptokok enfeksiyonları
3. Damlacık yoluyla bulaşan ciddi viral solunum yolu enfeksiyonları: Grip, kabakulak, kızamıkçık, parvovirus B19 ve adenovirus enfeksiyonları

### Uygulama

1. Damlacık izolasyonu gerektirdiği bilinen veya şüphelenilen bir durum saptandığında, olanaklıysa hasta tek kişilik odaya alınır.
2. Tek kişilik oda sağlanamayan durumlarda aynı enfeksiyonu olan hastalar aynı odada yatabilir.
3. Her iki seçenek de uygulanamıyorsa diğer hastalar arasında en az 1 metre mesafe bırakılacak şekilde yerleştirme yapılır.
4. Oda için havalandırma ve özel hava sistemleri gerekli değildir.
5. Odanın kapısına yada hasta başına "Damlacık izolasyon kartı" asılmalıdır.
6. Odanın kapısı açık kalabilir.
7. Hastaya 1 metreden daha fazla yaklaşacak herkesin cerrahi maske takması gereklidir.
8. Hastanın odadan dışarı çıkmasının gerekli olduğu durumlarda hastaya cerrahi maske takılmalıdır.
9. Hasta ve hasta çevresindeki her türlü yüzeye temas öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanmalıdır.
10. Temizlik "İnvaziv girişim odaları ve özel alanların temizlik ve dezenfeksiyon talimatı"na uygun olarak yapılmalıdır.
11. Damlacık izolasyonu EKE görüşü alınarak sonlandırılır.

### 6.4.4. TEMAS İZOLASYONU

Epidemiyolojik önem taşıyan, hasta veya çevresiyle direkt veya indirekt temas yoluyla bulaşabilen mikroorganizmalarla kolonize veya enfekte olan hastalar için standart önlemlere ek olarak uygulanır.

### Endikasyonları

1. Çoklu antibiyotik direnci taşıyan bakteriler ile enfeksiyon veya kolonizasyon: MRSA, VRE, ESBL pozitif mikroorganizmalar, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp.
2. Enterik enfeksiyonlar; Clostridium difficile, Esheria coli O157:H7, Shigella, Hepatit A ve Rotavirüs enfeksiyonları.
3. Bebeklerin veya çocukların solunum yolu enfeksiyonları: Respiratuar sinsityal virüs
4. Bebeklerin veya çocukların enteroviral enfeksiyonları: Rotavirüs, parainfluenza enfeksiyonları
5. Bulaşıcılığı yüksek cilt enfeksiyonları: Cilt difterisi, herpes simplex enfeksiyonu (neonetal veya mukokütanoz), impetigo, pedikülozis, scabies, açık abse, selülit veya dekübiti olanlar, stafilokokal fronkülozu olan çocuklar, zoster enfeksiyonu.
6. Viral hemorajik konjonktivit
7. Viral hemorajik ateş: Ebola, Lassa, Marburg, Kırım-Kongo

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:10 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

### Uygulama

1. Temas izolasyonu gerektirdiği bilinen veya şüphelenilen bir durum saptandığında, olanaklıysa hasta tek kişilik odaya alınır.
2. Tek kişilik oda sağlanamayan durumlarda aynı enfeksiyonu olan hastalar aynı odada yatabilir.
3. Her iki seçenek de uygulanamıyorsa temas olasılığını en aza indirecek bir düzenleme yapılmalıdır.
4. Odanın kapısına yada hasta başına “Temas izolasyon kartı” asılmalıdır.
5. Hasta odasına girerken, hastayla ve hasta çevresindeki her türlü yüzeyle temas öncesi temiz, steril olmayan eldiven giyilir.
6. Hasta bakımı sırasında yoğun kontaminasyona neden olabilecek işlemler sonrası eldivenler değiştirilir, odadan çıkmadan önce eldivenler çıkartılır ve el hijyeni sağlanır.
7. Hasta ile veya odasındaki yüzeylerle temasın fazla olabileceği durumlarda, hastada idrar veya gaita inkontinansı olması, ileostomi, kolostomi veya açık drenaj varlığında, odaya girerken steril olmayan temiz bir önlük giyilmelidir. Önlük hasta odasını terk etmeden hemen önce çıkarılmalıdır.
8. Temas izolasyonu uygulanan hastalar için kullanılan her türlü tıbbi cihazın diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalıdır. Ortak kullanım gerekiyorsa diğer hastalara kullanmadan önce temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
9. Hasta transportu en az düzeyde olmalıdır. Mutlak gerektiğinde çevrenin kontamine olmamasına özen gösterilmelidir.
10. Temizlik “İnvaziv girişim odaları ve özel alanların temizlik ve dezenfeksiyon talimatı”na uygun olarak yapılmalıdır.
11. Temas izolasyonu EKE görüşü alınarak sonlandırılır.

### 6.4.5 VANKOMİSİNE DİRENÇLİ ENTEROKOKLARIN (VRE) KONTROLÜ İÇİN ÖNLEMLER

#### Uygulama

1. EKE tarafından yoğun bakım üniteleri ve nötropenik hastalar baz alınarak her ayın ilk salı günü VRE (Vankomisin dirençli enterekok) taraması yapılır. VRE pozitif vaka bulunduğu sürece haftada bir ilgili klinikte sürveyansa devam edilmelidir.
2. VRE pozitif vakalar üst üste dört kez negatif kültür gelinceye kadar izlenir.
3. Rutin taramalarda veya diğer kültürlerde VRE saptanması durumunda EKE haberdar edilir.
4. Yoğun bakım ünitelerine diğer hastanelerden sevkli gelen hastalardan ilk gün VRE taraması yapılmalı ve sonuç çıkana kadar hastalar temas izolasyonuna alınmalıdır.
5. Sıkı temas izolasyonu gerektirdiği bilinen veya şüphelenilen bir durum saptandığında, olanaklıysa hasta tek kişilik odaya alınır.
6. Tek kişilik oda sağlanamayan durumlarda VRE pozitifliği olan hastalar aynı odada yatabilir.
7. Her iki seçenek de uygulanamıyorsa temas olasılığını en aza indirecek bir düzenleme yapılmalıdır.
8. Odanın kapısına yada hasta başına “Temas izolasyon kartı” asılmalıdır.
9. Kolonize çocuk hastaların ortak kullanım alanlarına (oyun odası,...gibi) girişi engellenmelidir.
10. Odaya girerken mutlaka steril olmayan temiz bir önlük giyilmelidir. Odadan çıkarken gömlek çıkartılmalı ve el hijyeni sağlanmalıdır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EGITIM VE ARASTIRMA  
HASTANESI

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:11 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

11. Hasta ve enfekte materyal ile temasta steril olmayan eldiven giyilir. Eldiven odadan çıkmadan çıkartılır ve el hijyeni sağlanır.
12. Hasta bakımı sırasında yoğun kontaminasyona neden olabilecek işlemleri takiben (dışkı ve enfekte yaraların drenajı ile doğrudan temas) eldivenler değiştirilmelidir.
13. Gerekli olmadığı sürece hastaya ve çevreye dokunmaktan kaçınılmalıdır.
14. Kullanılan boks gömlekleri, yatak takımları, yıkamaya gönderilecek kumaş materyal ve hasta çamaşırları çamaşırhaneye kırmızı poşet içinde gönderilmelidir. Poşetin üzerine klinik adı ve “VRE (+)” ibaresi yazılmalıdır.
15. Hastanın yüksek riskli atıklarıyla (gaita, kusmuk) kirlenen çarşaf lar imha edilmelidir.
16. Hasta başka bir bölüme/servise gönderilecekse mutlaka izolasyon kurallarına nakil sürecinde de uyum gösterilmelidir. Serviste yatak takımları ve hasta giysileri değiştirilir, varsa mevcut lezyonların üstü kapatılır. Hasta ile giden kişilere önlük giydirilir ve ilgili servis /kurum uyarılır.
17. Mümkünse hasta odasına sadece hastadan sorumlu hemşire, hasta bakıcı, temizlik görevlisi ve doktor girmelidir. Bu odada çalışan hemşire, hasta bakıcı ve temizlik görevlisi diğer odalarda çalışmamalıdır.
18. Mutlak zorunluluk yoksa refakatçi alınmamalıdır. Alınacaksa refakatçiye önce eğitim verilmelidir.
19. Hasta dosyaları, tansiyon aleti, derece gibi hasta takibinde kullanılan malzemeler oda dışına çıkartılmamalıdır.
20. Oda içinde kullanılan her türlü tıbbi cihazın (steteskop, tansiyon aleti, termometre vs) diğer hastalarla ortak kullanımından kaçınılmalı, ortak kullanım gerekiyorsa bu aletler diğer hastalar için kullanılmadan önce temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir
21. Hasta tuvaleti, kullanım sonrası dezenfekte edilir. Hasta odasında kullanılan temizlik malzemesi başka bir yerde kullanılmaz.
22. Odadaki tüm yüzey, cihazlar ve zemin günde en az 3 kez dezenfekte edilmelidir.
23. Temizlik “İnvaziv girişim odaları ve özel alanların temizlik ve dezenfeksiyon talimatı”na uygun olarak yapılmalıdır. Kullanılacak dezenfektan oranı enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından belirlenerek ortam dezenfeksiyonunun yapılması sağlanır.
24. VRE üremiş olan hastalardan ve çevreden komitenin belirleyeceği sıklıkta kontrol kültürleri alınır. EKK gerekli görürse tüm hastalar ve personelden tarama kültürleri yapılabilir.
25. Temas önlemlerinin sonlandırılması için haftada bir olmak üzere peş peşe yapılan dört rektal sürüntü kültürünün negatif çıkması gerekir.
26. VRE pozitif bir hastanın taburculuğu veya başka bir servise naklinden sonra veya hastanın exitus olması durumunda, çevre kültürleri negatif gelene kadar yeni hasta alınmamalıdır.
27. Ancak yeni hasta yatışı zorunlu ise hasta odasındaki elle temas eden ve/veya vücut sıvı/salgınları ile kirlenen tüm yüzeyler servis hemşiresi gözetiminde üst üste iki kez temizlenip dezenfekte edildikten sonra yeni hasta alınabilir.

### 6.4.6. İZOLASYONDAKİ HASTANIN TRANSPORTU

1. Hastanın nakil olacağı ilgili servis / kurum uyarılır ve bilgilendirilir.
2. Hasta ile giden personel uygun bariyer önlemlerini (maske, önlük vb.) kullanılmalıdır.
3. Hastanın gideceği ortamdaki personel için gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DISKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EGİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00


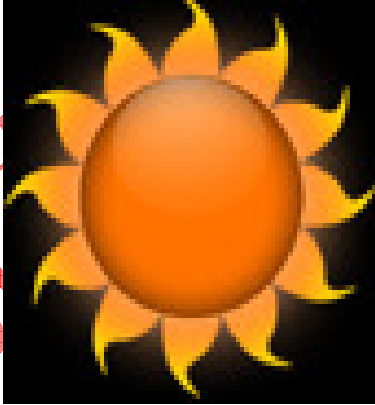

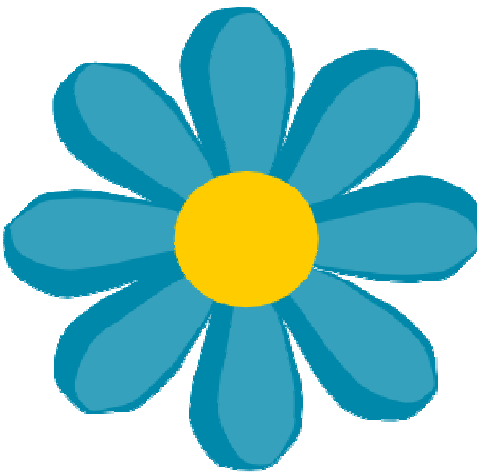
Sayfa No:12 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

4. Temas izolasyonundaki hasta başka bir bölüme/servise gönderilecekse mutlaka izolasyon kurallarına nakil sürecinde de uyum gösterilmelidir. Serviste yatak takımları ve hasta giysileri değiştirilir, varsa mevcut lezyonların üstü kapatılır.
5. Hasta, enfeksiyonu diğer kişilere ne şekilde bulaştırabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.
6. Solunum ve damlacık izolasyonunda, zorunlu durumlar dışında hastanın odadan dışarı çıkması sınırlanmalı, hasta transportunun gerekli olduğu durumlarda hastaya cerrahi maske takılmalıdır.
7. Transport işlemi sonunda kullanılan tüm malzemelerin uygun şekilde temizlik, dezenfeksiyon veya sterilizasyonu yapılmalıdır.

### 6.4.7. İZOLASYON KARTLARI

6.4.7.1. Hastane hizmet kalite standartları kapsamında hastanemizde kullanılan izolasyon önlemlerini gösteren tanımlayıcı figürler;

TEMAS İZOLASYONU KARTI	SIKI TEMAS İZOLASYONU KARTI
	
SOLUNUM İZOLASYONU KARTI	DAMLACIK İZOLASYONU KARTI
	

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI  
YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

## ENFEKSİYON KONTROL VE ÖNLEME PLANI

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PL-96

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:13 /13

Yayın Tarihi:03.07.2011

### 6.5.EĞİTİM FAALİYETLERİ

1. Her yıl sonu sürveyans sonuçları, el hijyeni gözlem sonuçları, denetim tutanakları ve klinik gözlemler enfeksiyon kontrol hekimleri ve hemşireleri tarafından değerlendirilerek bir sonraki yıl için yapılacak olan eğitim konuları belirlenir ve eğitimler planlanır,
2. Hazırlanan program içerisinde hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili eğitim her yıl mutlaka yer alır,
3. Çalışmalar esnasında esas alınacak tüm prosedür ve talimatlara yönelik olarak enfeksiyon kontrol ekibi tarafında yılda en az bir kez olacak şekilde eğitim planlanır,
4. Gerekğinde sürveyans sonuçlarına göre birime yönelik ek eğitimler planlanır,
5. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından hastanede yatan ve izolasyon uygulanan hasta ve hasta yakınlarına, uygulanan izolasyon önlemleri ve enfeksiyon kontrolü ile ilgili eğitimler verilir,
6. Salgın durumlarında ilgili birimlere enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim verilir,
7. Yeni başlayan personele oryantasyon eğitimi verilir,
8. Temizlik hizmetlerine yönelik (genel alanların temizlik kuralları, belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları, temizlik maddelerinin kullanım özellikleri) eğitim düzenlenir.
9. Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilir. Yılda iki kez ve gerektiğinde iç eğitim verilir,
10. Yılda bir kez meslek gruplarına göre el hijyeni eğitimleri yapılır. Sorun olan bölümlerde ek eğitimler planlanır. Eğitimler el hijyenin önemi, endikasyonları, el hijyeni sağlama yöntemleri, eldiven ve el antiseptikleri kullanımı, alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri gibi konu başlıklarını içerecek biçimde hazırlanır,
11. Hastane bünyesine gerek yurt dışı gerekse yurt içinden kurs ya da staj amaçlı katılan personellere enfeksiyon kontrol önlemleri ve uygulamaları hakkında eğitim verilir.
12. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri dosyalar halinde enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından saklanır,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Kordinatörü	Başhekim