



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ADSH Verimlilik Yerinde Değerlendirme Sterilizasyon Hizmetleri



Dt. Ebru HOŞVER
28 Temmuz 2021

Sunum Planı

- İlgili Tanımlar
- Genel Bilgilendirme
- Değerlendirilecek Unsurlar

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



STERİLİZASYON : Cansız maddeler üzerinde bulunan mikroorganizmaların sporlar dahil öldürülmesidir.

DEZENFEKSİYON : Cansız maddeler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların yok edilmesidir.

DEKONTAMİNASYON : Dezenfeksiyon / sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve /veya kimyasal yöntemlerle bir yüzey veya malzemedeki organik madde ve patojenleri uzaklaştırarak, güvenli hale getirme işlemidir.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



BİYOLOJİK İNDİKATÖR : Sterilizasyonun gerçekleştiğini belirlemek için kullanılan dirençli bakteri sporlarını içeren test materyalidir.

KİMYASAL İNDİKATÖR : Sterilizasyon şartlarındaki kritik değişkenlere bağlı olarak karakteristik değişiklik gösteren (renk değişikliği vb.) kimyasal maddeler içeren kağıt şerit veya diğer test materyalleridir.

ELEKTRONİK TEST SİSTEMLERİ (ETS) : Buhar sterilizatörlerin performansını ve arızalarını saptayabilen, **vakum kaçağı ve Bowie&Dick** gibi fiziksel parametrelerden bir veya birkaçını elektronik olarak test edebilen ve sonuçların bilgisayar ortamında saklanmasına olanak veren sistemlerdir.

Sterilizasyon Uygulama Yöntemleri

I- ISI

A) Nemli Isı

1) Buharla Sterilizasyon

- a) Basıncılı Buharla Sterilizasyon; Otoklav
- b) Basıncısız Buharla Sterilizasyon; Koch Kazanı

2) Sıcak Su ile Sterilizasyon

- a) Kaynatma
- b) Tindarilizasyon – Parçalı (Fraksiyone) ısı uygulama işlemidir.

B) Kuru Sıcak Hava; Pastör Fırını

C) Yakma, Alevden Geçirme

II- FİLTRASYON

III- KİMYASAL MADDELER – Etilen Oksit

IV- IŞINLAR- UV, X, Gamma

Sağlık Alanında Sterilizasyon Uygulama İşlemleri

***Kuru Isı**

***Basıncılı Buhar**

***Kimyasal Maddeler**

-Etilen Oksit

-Formaldehit

-Hidrojen Peroksit Plazma

-Ozon

***Işınlar**

Kuru Isı : Pastör Fırını



Isıya dayanıksız malzemeler ve sıvılar için uygun değil.

Homojen ısı dağılımını sağlamamaktadır.

Sterilizasyon için uzun süre gereklidir.

140 °C 4 saat

160 °C 2 saat

170 °C 1 saat

180 °C 1/2 saat

Basınçlı Buhar : Otoklav (Nemli Isı-Buhar-Basınçlı)



En etkili yöntem.

Toksik madde ve zararlı etki yok.

121 °C	10 dakika
126 °C	7 dakika
132 °C	4 dakika
135 °C	3 dakika

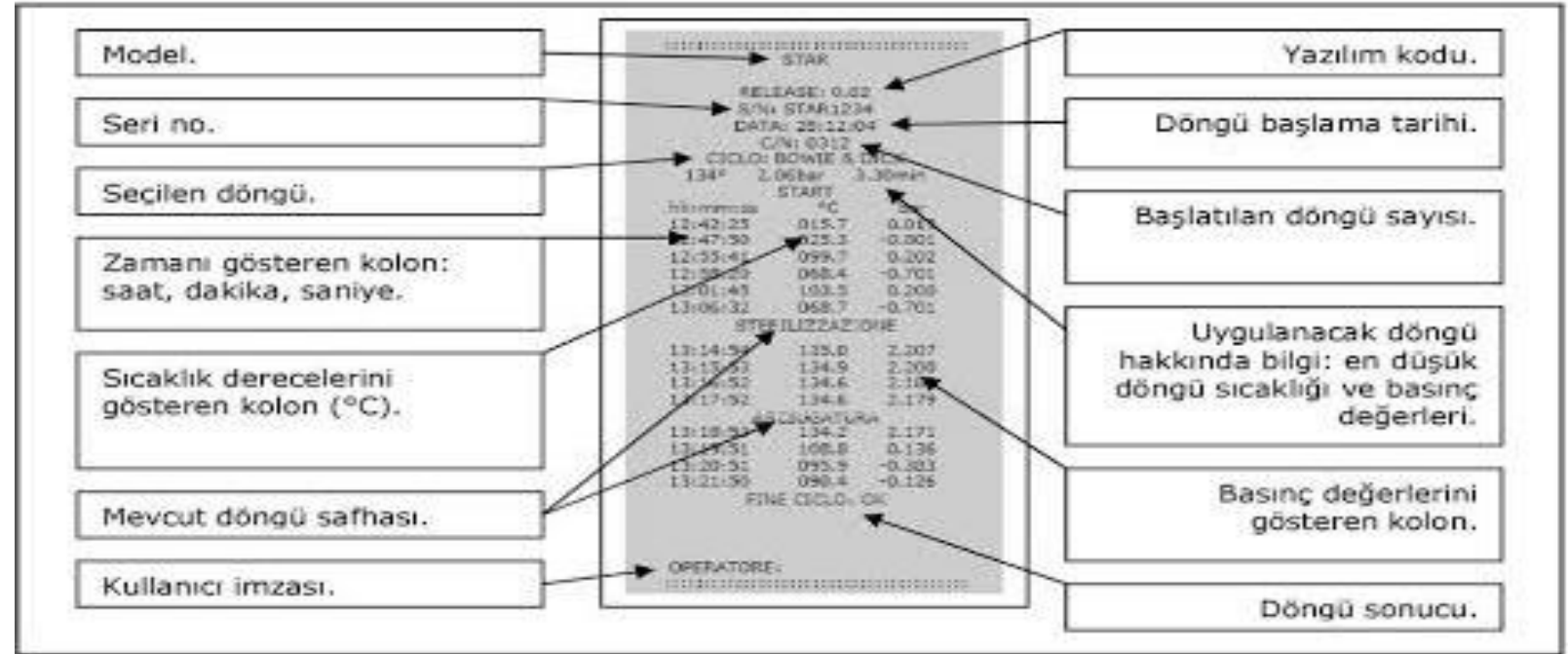
STERİLİZASYON HİZMETLERİ



Basıncı Buhar : Otoklav (Nemli Isı-Buhar-Basıncı)



Yazıcı çıktılarında yer alan bilgilerin okunması ve yorumlanması.



Kimyasal Maddeler İle Sterilizasyon

- 1- Etilen oksit
- 2- Formaldehit
- 3- H₂O₂ Gaz Plazma

ETİLEN OKSİT



Isıya hassas malzemelerde kullanılır.

10 °C üzerinde gaz halindedir.

- Sterilizasyon ve havalandırma süresi uzundur.
- Sıvılar steril edilemez, kazan hacmi küçüktür.
- Özel mekan gereklidir.
- Ayrı bir baca ile gazlar uzaklaştırılmalıdır.

Yanıcı

Patlayıcı

Toksik

Allerjen

Kanserojen

FORMALDEHİT

Toksik

Kanserojen

Allerjen

Penetrasyon gücü az.

Güvenirliliği düşük.

GAZ PLAZMA

H₂O₂ gaz plazmasında kullanılır.

Kabin içine enjekte edilerek buharlaştırılır.

Nem ve ısıya gerek yoktur (Kuru-soğuk sterilizasyon).

İŞINLARLA STERİLİZASYON

UV: Camdan geçmez. Göze zararlıdır.

Sadece doğrudan temas ettiği yüzeye etkilidir.

Oda dezenfeksiyonunda kullanılır.

Gamma:

Güçlü germisidal, penetrandır, ambalaj içindeki maddelere etkilidir.

Değerlendirme Süreci Ve Standartlar

- 5 Soru
- 23 Kriter

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



SORU 1: Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu? (ADSH'larda değerlendirilecektir.)

3.ST.1.1. Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

3.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.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



3.ST.1.1. Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi' nin önerileri doğrultusunda en az aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde yapılmalıdır.

Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Enfeksiyon Risk Sınıflandırması ve Kullanılacak Yöntemler

Cihaz, alet ve malzeme	Spaulding Sınıfı	Enfeksiyon Riski	Yöntem
Cerrahi aletler, kateterler, implantlar, drenler, Enjektör iğneleri	Kritik malzeme (Steril doku veya vasküler sisteme giren)	Yüksek	-Sterilizasyon Buhar, Hidrojen Peroksit Gaz, ETO -Sıvı sporisidal kimyasal; Uzun süreli temas (kimyasala göre değişebilen süre, ≥ 3 saat)
Endotrakeal tüpler, nazal kanüller, aspirasyon sondaları, larengeal tüpler, airway, amalgam kondansörü	Yarı kritik Malzeme (Mukozalara, bütünlüğü bozulmuş deriye temas eden)	Orta	-Nemli ısı Yüksek düzey dezenfeksiyon (yüksek düzey dezenfektan ile 5-20 dk. temas) -Orta düzey dezenfeksiyon (≤ 10 dk. temas)
Steteskop, tansiyon aleti manşonu, EKG elektrotları, pulse oksimetre, tespit malzemeleri, hasta yatağı ve örtüleri, yemek kapları, sürgüler vb.	Kritik olmayan malzeme (Sağlam deri ile teması olan, mukoza ile teması olmayan)	Düşük	Düşük düzey dezenfeksiyon (≤ 10 dk. temas)

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



Diş Hekimliğinde;

Kritik Aletler : Cerrahi aletler, sondlar, forsepsler, peridontal küretaj aletleri, bistüri, dikiş malzemeleri, cerrahi frezler, implant parçaları, kavite ve diş preparasyonlarında kullanılan frezler, kanal tedavisinde kullanılan aloplastik maddeler, hemostatik malzemeler, bistüri uçları, kemik kesikleri, cerrahi frezler, davye ve elevatörler

Yarı Kritik Aletler : Ayna?, Sond?, Presel? Ölçü kaşıkları?, **Amalgam ve Siman Fulvarı?**, ortodontik aletler, hava-su şiringaları, hava ve su çıkışlarına bağlı tüm başlıklar, lazer cihazı başlıkları, ışınli dolgu ucu.

Kritik Olmayan Aletler: Röntgen başlığı, tansiyon aleti, yüz arkı, kumandalar gibi.

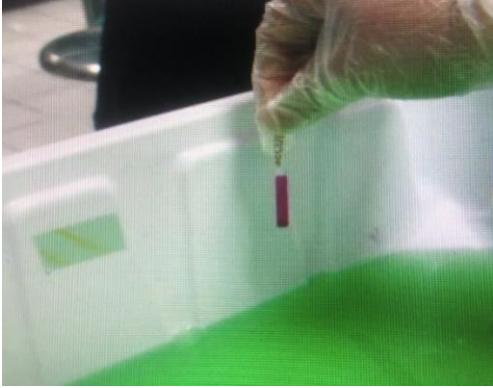
3.ST.1.2. Kullanılan **yüksek düzey dezenfektan** solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

Düşük Düzey Dezenfektanlar- Fenoller, Kuarterner Amonyum Bileşikleri

Orta Düzey Dezenfektanlar- Alkoller, Hipokloridler, İyod ve iyodofor Bileşikleri, Biguanidler

Yüksek Düzey Dezenfektanlar- Hidrojen Peroksit, Gluteraldehit, Ortofitalaldehit (OPA), Perasetik Asit, Perastik Asit ve Hidrojen Peroksit

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



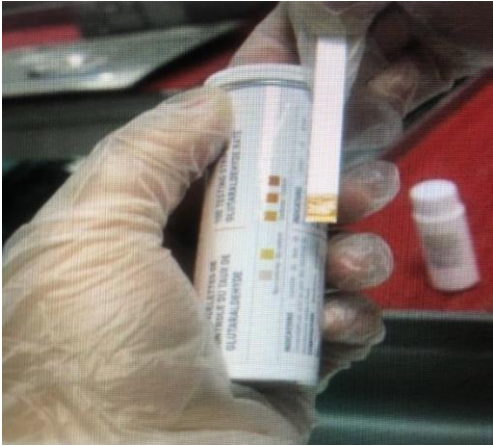
Etkinlik indikatörleri **yüksek düzey dezenfektan** solüsyonun **Minimal Efektif Konsantrasyonunu (MEK)** değerlendirmek için kullanılır.

*Ürüne özel olmalıdır.

*pH ölçerler bu amaçla kullanılmamalıdır.

*Bu testin yapılış sıklığı solüsyonun kullanım sıklığına göre belirlenir.

Örneğin: - Her gün solüsyon kullanılmaya başlamadan önce 1 test,
- Günlük her 10 kullanımdan sonra bir test,
- Günlük 30 kez kullanımda her 10 kullanım sonrası 1 test,
- Haftalık kullanım için, kullanım öncesi 1 test;



STERİLİZASYON HİZMETLERİ



- Test şeritleri solüsyonun kullanım süresini uzatmak için kullanılamaz.
- Test şeritlerinin değerlendirilmesinde üretici firmanın önerileri dikkate alınmalıdır.
- 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.

Yüksek düzey dezenfektan solüsyonun Minimal Efektif Konsantrasyonunu (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.

SORU 2: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?

3.ST.2.1. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.2.2. 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.

3.ST.2.3. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.2.4. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

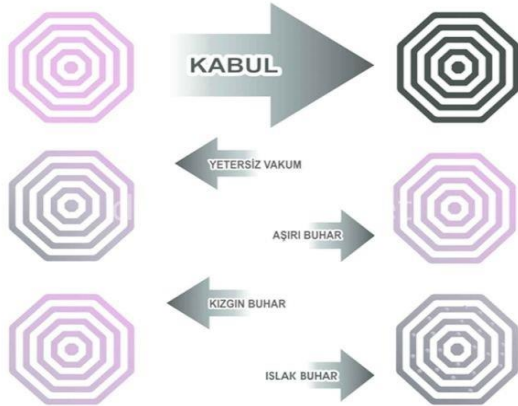
3.ST.2.5. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile DHBS üzerinden üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir.

3.ST.2.6. Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



3.ST.2.1. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.



-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 valfi 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.

-Günlük test sonuçlarının kayıtları kontrol edilmelidir.

3.ST.2.2. 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.

Vakum kaçak testi, buhar sterilizatörlerde vakum kaçağı **1.3 milibar/dk. dan fazla olmamalıdır.**

Haftada **bir kez** yapılır.

Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir.

Vakum kaçağı **1.3 milibar/dk. dan fazla olduğunda** cihaz kapatılır ve teknisyen çağırılır.

Buhar sterilizatör cihazına ait Bowie& Dick ve vakum kaçağı çizelgesinin kayıtları incelenmelidir.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



3.ST.2.3. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.



Otoklavlara **rutin olarak en az haftada bir**, ideal olarak her gün, biyolojik indikatör uygulaması yapılır.

Sonuçları kayıt altına alınarak saklanır.

İmplant uygulaması yapılan sağlık tesislerinde, implant materyalleri buharlı basınç ile sterilizasyon yapılacak ise her yükte biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

Kullanım amacı, sterilizasyon çevriminde biyolojik ölümün gerçekleştiğini kontrol etmektir.

3.ST.2.4. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.



Kimyasal indikatörlerin kullanılma amacı, yanlış ambalajlama, otoklavın yanlış yüklenmesi veya otoklavın arızalarından kaynaklanabilecek muhtemel sterilizasyon hatalarının belirlenmesidir.

Kimyasal indikatör Sınıflandırması Avrupa standartlarına (EN 867 Standardına) göre (A, B, C, D) olmak üzere 4 grupta ve Uluslararası Standartlar Organizasyonu (ISO) ISO 11140 -1 göre de (1,2,3,4,5,6) olmak üzere 6 grupta sınıflandırılır.

Sınıflandırma

- Sınıf 1: İşlem indikatörü A
- Sınıf 2: Spesifik test indikatörleri B (Bowie-Dick test kartları)
- Sınıf 3: Tek parametrelili indikatörleri C
- Sınıf 4: Çok parametrelili indikatörleri D
- Sınıf 5: İntegratörler D
- Sınıf 6: Emulasyon indikatörleri D

3.ST.2.4. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.



Örnekleme seçilen paketlerde kimyasal indikatörler kontrol edilmelidir.

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 (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.**

Kullanılacak implant setinin en az bir gün öncesinde hastane sterilizasyon birimine teslim edilerek biyolojik test ve sterilizasyon işlemleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



3.ST.2.5. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile DHBS üzerinden **üçer aylık dönemler** halinde takip edilmelidir.

Malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluk durumları; birim adı, tarih, steril malzeme uygunsuzluk nedeni, bildirim yapan kişi vb bilgileri içerecek şekilde, kullanıcılar tarafından sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir.

Birimlerden alınan uygunsuzluk bildirimleri, sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile DHBS üzerinden üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir.

Steril malzeme kullanılan birimlerde kullanıcıların, steril malzemelerin uygunsuzluk nedenlerine ait bilgisinin olup olmadığı ve uygunsuzluk bildirimlerinin nasıl yapıldığı gözlemciler tarafından sorgulanmalıdır.

3.ST.2.6. Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

Soru 3- Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

3.ST.3.1. 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.

3.ST.3.2. Steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

3.ST.3.3. Steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

3.ST.3.4. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.

3.ST.3.5. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı ve son kullanma tarihi ile ilgili bilgiler olmalıdır. (Bu bilgileri kare kod ya da barkod ile takip eden sağlık tesislerinde kullanıcılar tarafından da bu bilgilere ulaşılabilecek sistem tanımlanmalıdır.)

Soru 3- Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

Steril Alanlar,

- Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır.
- Steril paketlere dokunma en aza indirgenmelidir.
- *Havalandırma sistemi*, havanın steril saklama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır.

SORU 4: Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?

3.ST.4.1. 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.

3.ST.4.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

3.ST.4.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

3.ST.4.4. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

3.ST.4.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

3.ST.4.1. 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.

DESTEK ALANLAR

- depo,
- kompresör,
- kesintisiz güç kaynağı,
- distile su odası,
- imha ve atık alanı veya odası,
- dinlenme ve soyunma odaları,
- tuvalet, duş olmalı
- Kirli ve temiz alanların malzeme depoları ayrı olmalı

3.ST.4.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

Kirli Alanlar,

- Sterilitesi bozulmuş aletlerin üniteye kabul edildiği,
- Alet ve malzemelerin sınıflandırıldığı, temizlendiği ve dezenfekte edildiği alandır.
- Dekontaminasyon alanı, diğer alanlarından fiziki olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır.
- Kirli alan dışında hiçbir bölümde malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmamalıdır.

3.ST.4.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

Temiz Alan,

- Temiz tıbbi cihazların, kontrol edildiği ve bakımlarının yapıldığı
- Malzemelerin paketlenildiği ve steril olmak üzere beklediği alandır.

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.

3.ST.4.4. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

Fiziki alanın yetersiz olduğu sağlık tesislerinde kirli ve steril malzemeler için ayrı ayrı kapalı taşıma kutu/araç kullanılması durumunda olumlu olarak değerlendirilir.

3.ST.4.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

Zeminler,

- Zemin materyali pürüzsüz kolay temizlenebilir ve yırtılmaya dirençli olmalıdır.
- Zemin rengi, aletlerin yere düşmesi durumunda kolay görülmesini sağlayacak bir renkte olmalıdır.
- Derz çatlaklarının temizliği ve dezenfeksiyonu zor olduğu için bu alanlar mikroorganizmaların üremesi için uygun ortam oluşturabilir.
- Seramik tercih edilmemeli, PVC gibi yekpare zemin kaplamaları kullanılmalıdır. Seramik yapılması zorunlu durumlarda kırılmaya dayanıklı ve büyük ebatlı (>30x30) seramikler kullanılmalıdır.

3.ST.4.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

Duvarlar

- Yıkanabilir, temizlenebilir malzeme ile kaplanmalıdır.
- Duvarlara transfer arabası vb tekerlekli arabaların sürmesi durumunda boyanın zarar görmemesi için korunmaya alınmalıdır.

3.ST.4.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

Tavanlar,

- Tavandan geçen tesisatı kapatacak düz bir yüzey oluşturulmalıdır.
- MSÜ planındaki kirli, temiz ve steril depolama alanları arasında tavanlarda hava geçişine izin verilmemelidir.
- Yıkabilir malzeme kullanılmalıdır. Buhar ve neme dayanıklı olmalıdır.

SORU 5 : Başlık bakım otoklavlarının temizlik-bakımları ve indikatör takipleri yapılıyor mu?

3.ST.5.1. Başlık bakım otoklavları sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.

3.ST.5.2. Başlık bakım otoklavlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.5.3. Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.

3.ST.5.4. Başlık bakım otoklavlarında kullanılan günlük / haftalık indikatör ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.5.5. Tüm kayıt sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ



3.ST.5.1. Başlık bakım otoklavları sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.

Biyomedikal envanterinde başlık bakım otoklavı bulunmayan sterilizasyon ünitesinde bu hizmeti veren sağlık tesisleri bu sorunun tüm unsurlarından **MUAF** tutulacaktır.

3.ST.5.2. Başlık bakım otoklavlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

Günlük, haftalık ve aylık bakımlar ile ilgili kayıtlar olmalıdır.

3.ST.5.3. Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aerator, mikromotor, anguldruva vb.) gün içinde kaç kez steril edildiğine dair kayıtları olmalıdır.

Sterilizasyona başlıkların tesliminde; tarih, teslim alan, teslim eden, teslim eden klinik ve hangi hekime ait olduğu gibi bilgiler mutlaka olmalı ve imza karşılığında teslimi yapılmalıdır.

3.ST.5.4. Başlık bakım otoklavlarında kullanılan günlük / haftalık indikatör ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

Sterilizasyon ünitesinde ve kliniklerdeki bakım-temizlik formları ve indikatör sonuçları enfeksiyon sorumlusu ve klinik sorumlusu tarafından imzalanmalıdır.

Sterilizasyon işlemleri flash otoklav ve etüvlerde yapılıyorsa gözlemciler tarafından **OLUMSUZ** olarak değerlendirilmelidir.

3.ST.5.5. Tüm kayıt sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

Kayıtların sonuçları, enfeksiyon komitesi tarafından hekim bazlı değerlendirilmeli ve uygunsuzluklar olması durumunda gerekli tedbirler alınmalı ve kayıtları olmalıdır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI



TEŞEKKÜR EDERİM.