



## AMELİYATHANE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	27.06.2016
Sayfa No	5/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

### 1. AMAÇ

Özel Çevre Hastanesi ameliyathanelerinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesi için yöntemleri tanımlamaktır.

### 2. KAPSAM

Bu prosedür, ameliyathane çalışanları, anestezi ekibi ve başhemşirelik çalışanlarını kapsar.

### 3. TANIMLAR

Özel bir tanım yoktur.

### 4. SORUMLULUKLAR

#### 4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür, başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

#### 4.2. Prosedürün Kullanıcıları

Bu prosedürün yürütülmesinden tüm ameliyathane ve anestezi birimi çalışanları sorumludur.

### 5. PROSEDÜR

#### 5.1.Genel Güvenlik tedbirleri

5.1.1 Acil durumlarda ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacı ile aşağıdaki tedbirler alınmıştır

- Yangın yönetmeliğine göre yangın söndürme ekipmanları temin edilerek kullanım alanlarına yerleştirilmiştir.
- Acil çıkış işaret ve uyarı levhaları konularak yönlendirme yapılmıştır.
- Herhangi bir acil durumda kimlerin hangi sorumlulukları yükleneceği ve hareket tarzı acil eylem planında ve acil durum ekip listelerinde tanımlanmıştır. Ameliyathane çalışanlarının bahsi geçen liste ve planlara uygun davranması esastır.
- Medikal gaz ve tehlikeli maddelerin kontrolü amacı ile aşağıdaki uygulamalar belirlenmiştir.
- Seyyar gaz konteynirlerinin sabitlenmesi ve stok seviyelerinin kontrolü günlük olarak ameliyathane çalışanları tarafından yapılmalıdır.
- Acil durumlara hazırlık amacı ile ameliyathane personeline acil durum yönetimi ile ilgili eğitimler,gerek oryantasyon gerekse hizmet içi eğitim yolu ile,verilerek bilinçlendirme sağlanmalıdır.

#### 5.2.Ameliyathaneye Hasta Kabul Güvenliği

5.2.1. Ameliyathaneye hasta kabulünden önce işlemin, hastanın gerekliliklerine ve hekimin taleplerine göre ameliyat odası hazırlanır ve Anestezi Cihaz Ve Malzeme Kontrol Formu ile kontrol edilir.

5.2.2.Hastalar Hasta Transfer Prosedürü güvenlik ilkelerine uygun olarak ameliyathaneye kabul edilirler.

5.2.3.Ameliyathane kapısında hastanın kendisine sorularak, kol bilekliğindeki ve dosyasındaki bilgiler karşılaştırılarak kimlik doğrulaması yapılır.



## AMELİYATHANE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	27.06.2016
Sayfa No	5/2

5.2.4.Kattan Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşire Takip Formu ile transfer eden hemşire ve anestezi teknisyeni tarafından Klinikten Ameliyathaneye- Ameliyathaneden Kliniğe Hasta Teslim Formu ile karşılıklı imza atarak teslim alınır.

5.2.5. Ameliyat öncesi hazırlıkların tam olarak yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

### 5.3.İşlem Sırasında Hasta Güvenliği

5.3.1.Hasta ameliyatının gereklerine ve Ameliyat Pozisyonları Verme Talimatı'na uygun olarak ameliyat masasına uygun pozisyon ile alınır.

5.3.2.Hastanın alerji hikâyesi kırmızı bileklik takılı ise; kendisine sorularak ve dosyasından kontrol edilerek sorgulanır.

5.3.3.Uzun sürecek ameliyatlarda oluşabilecek bası yaralarını ve pozisyon ağırlarını önlemek için uygun önlemler alınır.(Baş altına simit konması. Kolların 90 dereceden fazla açılmaması vb)

5.3.4.Hastanın anestezi indüksiyonunu takiben, emniyet kemerleri ile düşmesini önlemek ve ameliyat sırasındaki steril ortamı korumak için bağlanır.

5.3.5.Hasta, taraf, organ, bölge, işlem doğrulama süreci Güvenli Cerrahi Uygulamaları Prosedürü 'ne uygun olarak ameliyat ekibi tarafından Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi ile sözlü olarak yapılır ve kaydedilir.

### 5.4.Sterilizasyon Güvenliği

5.4.1.Eller El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı'na göre yıkanır ve Steril Giyinme ve Giydirme Talimatı'na uygun olarak cerrahi ekip giyinir.

5.4.2.Ameliyatta kullanılacak tüm steril malzemeler Steril Malzeme Kullanım Güvenliği Talimatı'na göre açılır. Açılacak her paketin sağlamlık ve sterilizasyon kontrolü yapılır. Delik, yırtık, bütünlüğü bozulmuş olan paketler kullanılmaz, sterilizasyona geri verilerek tekrar steril edilmesi sağlanır. Steril açılan tüm malzemelerin indikatörleri Set- Spanç Sayım Formu'na kaydedilir

5.4.3.Açılan paketlerin sterilizasyon ve son kullanma tarihlerine bakılarak açılır. Tarihi geçmiş paketler red alanına alınarak tekrar steril edilmeleri sağlanır.

5.4.5.Malzeme açılışında sterilizasyon son kullanım tarihi yaklaşan malzemelerin kullanımı önceliklidir.

5.4.5.Steril paketler açılırken parmak uçları ile paket kenarlarından tutularak açılır ve steril malzemeye dokunulmaz.

5.4.6.Steril malzemelerin kullanımında ve açılışında cerrahi aseptik kurallara dikkat edilir.

5.4.7.Ameliyat odalarında bulunan sarf malzeme dolaplarındaki steril malzemelerin miad kontrolleri her ayın sonunda ameliyathane hemşireleri tarafından yapılır

### 5.5.Antiseptik Solüsyon Kullanım Güvenliği

5.5.1. Kullanılacak antiseptik solüsyona karşı hastanın allerjisinin olup olmadığı hasta dosyasından kontrol edilir. Allerji olduğu durumlarda hekim bilgilendirilir ve hekim istemi doğrultusunda hareket edilir.

5.5.2. Ether gibi yanıcı ve uçucu solüsyonlarla birlikte elektrikli cihazlar alev alma riski olduğu için kullanılmaz.

5.5.3. Antiseptik solüsyonların son kullanma tarihleri kontrol edilir.

5.5.4. Anestezi teknisyeni tarafından ameliyat sonrasında hastada solüsyona karşı reaksiyon gelişip gelişmediği kontrol edilir,geliştiyse hasta dosyası üzerine ve Ameliyat Öncesi Hasta Ziyaret Formu'na kayıt edilir.



## AMELİYATHANE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	27.06.2016
Sayfa No	5/3

### 5.5.Sıcak Serum Kullanım Güvenliği

5.5.1.Sıcak serumlar dokuya zarar vereceği için hasta üzerinde kullanılmadan önce ısısı kontrol edilir.

Serumlar benmari yöntemi ile 37- 40 dereceye kadar ısıtılır.

5.5.2. Sıcak serum kullanılması gerektiği durumlarda sıcak serum ile ıslatılan spanç sadece istenilen bölgeye uygulanır.

5.5.3. Batın içine aksi istenmemişse serum fizyolojik uygulanır.

5.5.4. Her hasta için yeni serum açılır ve her serumun son kullanma tarihi kontrol edilir. Serum yabancı cisim ve partikül açısından kontrol edilir.

5.7. Turnike uygulaması Turnike Uygulama Talimatı'na göre gerçekleştirilir.

5.8. Uzun süren ameliyatlarda hekim istemine göre hastaya antiemboli çorabı giydirilir yada elastik bandaj uygulanır.

5.9. Ameliyat süresince yapılan tüm laboratuvar işlemlerinin ve radyolojik tetkiklerin sonuçları anestezi teknisyeni tarafından Ameliyat Öncesi Hasta Ziyaret Formu'na kayıt edilir.

### 5.10.Cihaz Kullanım Güvenliği

5.10.1. Hastaya kullanılan tüm cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonları kontrol altında olmalı, kullanımda dikkat edileceklerle ilgili çalışanlar bilgilendirilmiş olmalıdır.

5.10.2 Ameliyathanedeki ağır cihazların tekerleklerinin sağlamlığı kontrol edilerek, hareket esnasında devrilmelere karşı dikkatli olunur. Park edilen cihazların frenleri kapalı tutulur.

5.10.3.Medikal cihazlarda uzatma kordonları kullanılmamaya çalışılır.

5.10.4.Arızalı cihazlar arıza tespit edildiği ilk anda işaretlenerek teknik servise haber verilir. Kullanım güvenliği sağlanana kadar kullanılmaz.

5.10.5. Radyoloji cihazlarının kullanım güvenliği: Hastanın cerrahi işlem sırasında bir radyoloji cihazına temasının engellenmesi amacı ile (skopi kullanılacak ameliyatlarda) cerrahi işleme başlamadan önce uygun bağlanıp bağlanmadığı hemşire tarafından kontrol edilir.İşinlanacak bölüm dışındaki organ ya da nahiyenin ışınlama alanına girmemesi için skopi yapan hekim tarafından skopi alanı ekrandan sürekli kontrol edilir.Hasta ve çalışan güvenliği açısından skopi cihazlarının hastanenin radyasyon güvenliği kurallarına uygun olarak kullanılması esastır.Bu çerçevede işlem dışında ve yetkisiz kullanım ilgili hekim tarafından önlenmelidir. Radyasyonla maruz kalan personellerin sağlık takipleri Personel Sağlığı Takip Prosedürüne göre yapılması sağlanır.

### 5.11. Bazı özel cihazlarda dikkat edilecekler:

#### 5.11.1. Koter kullanımında dikkat edilecek durumlar:

- Kotere bağlı yanık oluşumunu önlemek için bütün hastalara tek kullanımlık nötr plak bağlantısı yapılır, plak yüzeyi hastanın tüysüz olan bölgesine yerleştirilir, gerekirse tıraş yapılır.
- Metal teması olmaması için hastanın tüm takılarının çıkartılıp çıkartılmadığı kontrol edilir.
- Hastada kalıcı pace maker olup olmadığı hasta dosyasından kontrol edilir ve pace makeri olan hastada bilgi kartı incelenerek bipolar koter kullanılıp kullanılmayacağı konusunda karar verilir.
- Olası bir elektrik kaçağını engellemek için koterin kalem kordonunun ve nötr plak kablosunun sağlam olduğundan ve cerrahi ekibin eldivenlerinde delik olmadığından emin olunur.
- Aynı anda iki farklı koter hasta üzerinde kullanılamaz.



## AMELİYATHANE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	27.06.2016
Sayfa No	5/4

### 6.11.2. Karbondioksit (CO2) Lazer kullanımında dikkat edilecek durumlar:

- CO2 retinaya zarar verdiği için hastanın retinasını korumak için göz kapaklarına özel koruyucu kapaklar yerleştirilir.
- CO2 gazını ortamdaki uzaklaştırmak için özel filtre sistemi olan vakum çalıştırılır.
- Lazer çevre dokuları ve örtüleri yakabileceğinden ıslak kompresler yerleştirilir.
- Hasta üzerinde kullanılmadan önce abeslang üzerinde doz ayarı yapılır.
- Lazerle yapılan ameliyatlarda lazere uyumlu ekipman kullanılır.

### 5.12.Cerrahi İşlem Güvenliği

5.12.1.Cerrahi vaka sırasında kullanılan tüm materyaller ameliyat hemşiresi tarafından Ameliyatta Kullanılan İlaç ve Sarf Malzeme Formu 'na kaydedilir.

5.12.2.Tüm kesici ve delici materyaller; Kesici ve Sivri Uçlu Aletlerin Toplanması Talimatı'na göre toplanır.

### 5.13.Enfeksiyon Kontrol Güvenliği

5.13.1.Ameliyathaneye girilirken Ameliyathaneye Giriş Çıkış Talimatı'na uygun şekilde girilir.

5.13.2.Ameliyat olmayan temiz odalara girilirken maske ve bone takılır.

5.13.3.Ameliyathane temizliği, Ameliyathane Temizliği Talimatı'na göre yapılır.

5.13.4.Enfekte olan hastalardan sonra oda temizliği Enfekte Vaka Sonrası Ameliyathane Temizliği Talimatı'na uygun olarak yapılır.

5.13.5 Ortam havasının enfeksiyon etkenlerinden arındırılması hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacı ile Hepafiltre sistemi kurulmuş olup bu sistemlerin etkin çalıştığını ve ameliyathane ortamının uygun olduğunu görmek amacı ile periyodik olarak cihazların periyodik kontrolleri teknik servis tarafından ve enfeksiyon kontrol önleme programına göre ,partikül sayımları ve kolonizasyon ölçümleri ile kontrol edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanmaktadır..

5.13.5 Ameliyathane çalışanlarının sağlık takibi Personel Sağlığı Takip Prosedürü'ne göre yapılarak herhangi bir yaralanma veya maruziyet durumunda bu prosedüre göre işlemlerin yürütülmesi sağlanır.

### 5.14. Acil Durumlarda Yapılacaklar

5.14.1. Deprem, sel, yangın vb. acil durumlarda Acil Durum Yönetimi Prosedürü 'ne uygun olarak uygulamalar yapılır. Hastane Afet Planı ve Hastane Tahliye Planı'nda görevleri belirtilmiş kişilerce tahliye gerçekleştirilir. Elektrik kesintisi olma durumunda Tesis Güvenliği Planı'nda anlatıldığı şekilde hareket edilir.

## 6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

ATK.TL.04 Kesici ve Sivri Uçlu Aletlerin Toplanması Talimatı

AML.TL.01 Ameliyathaneye Giriş Çıkış Talimatı

AML.TL.20 Ameliyathane Temizliği Talimatı

AML.TL.21 Enfekte Vaka Sonrası Ameliyathane Temizliği Talimatı

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

KLN.FR.09 Ameliyat Öncesi Hasta Ziyaret Formu

AML.TL.18 Turnike Uygulama Talimatı

AML.FR.03 Set- Spanç Sayım Formu

AML.TL.12 Steril Malzeme Kullanım Güvenliği Talimatı



## AMELİYATHANE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	27.06.2016
Sayfa No	5/5

ENF.TL.02 El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı

AML.PR.04 Güvenli Cerrahi Uygulamaları Prosedürü

AML.TL.10 Ameliyat Pozisyonları Verme Talimatı

KLN.FR.10 Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşire Takip Formu

AML.FR.02 Anestezi Cihaz Ve Malzeme Kontrol Formu

AFT.PR.01 Acil Durum Yönetimi Prosedürü

AFT.PL.02 Hastane Tahliye Planı

AFT.PL.01 Hastane Afet Planı

TSY.PL.01 Tesis Güvenliği Planı