1.AMAÇ: Ameliyathanedeki tüm süreçlerinin işleyişinde standardizasyonunu sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür ameliyathaneye hasta kabulü, ameliyata hazırlık, ameliyatın gerçekleştirilerek hastanın servise nakledilmesini kapsar.

3. UYGULAMA ALANI: Ameliyathane

4.UYGULAYAN: Ameliyathane sorumlu hekimi (Ans.Uz), Cerrahi branş hekimleri, ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşireleri, anestezi teknisyenleri, ameliyathane personeli.

5.UYGULAMA

5.1. CERRAHİ SÜRECE İLİŞKİN KURALLAR:

5.1.1. AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK:

5.1.1.1.Ameliyat Listesinin Oluşturulması

Hekimlerimiz hastanemiz ameliyathanesinde ameliyat planlayan cerrah, ameliyattan en az bir gün önce ameliyat randevusu alır.Hasta anestezi uzmanı tarafından değerlendirilir. Acil durularda, ameliyathanenin koşulları uygun ise, aynı gün için de uygun olan saate randevu verilebilir.

Doktorun istediği gün için ameliyathane uygun değil ise, ileriki bir tarih için ameliyat randevusu verilebilir.

5.1.1.2.Ameliyathanede yapılan hazırlıklar

Ameliyathane sorumlu hemşiresi ameliyat listesini kontrol ederek, ertesi günün ameliyatları için gerekli setlerin sterilizasyon durumunun kontrol edilmesini, gerekirse sterilizasyonunun yapılmasını,

cerrahın özellikle talep ettiği bir malzeme var ise bunların hazırlanmasını sağlar. Her sabah sorumlu hemşire ameliyathanenin temizlik kontrolünü yapar.

Ameliyata göre kullanılacak malzemeler ameliyathane hemşiresi tarafından malzeme

odasından ameliyat salonuna getirilir. Hemşire tarafından ameliyatta kullanılacak malzemelerin sterilizasyonundan emin olmak için tarih ve indikatör kontrolü yapılır.

Anestezi teknisyeni anestezi cihazını, anestezi için gerekli olan gazların kontrolünü yapar,

anestezide kullanacağı anestezi ilaçlarını hazırlar. İcapçı anestezi teknisyeni narkotik defterlerinin günlük kontrolleri, ilaçların stok ve miad kontrolleri, buzdolabı ısı çizelgeleri takibini yapar.

5.1.1.3. Hastanın Ameliyathaneye kabulü ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulaması:

Ameliyatı yapacak cerrah ameliyathaneye geldiğinde anestezist tarafından ilgili servis aranarak hastanın ameliyathaneye gönderilmesi istenir. Servis hemşiresi ve personel eşliğinde getirilen hasta, anestezi alacaksa, anestezi teknisyeni, ameliyathane hemşiresi ve ameliyathane personeli tarafından, lokal müdahale yapılacaksa ameliyathane hemşiresi ve personeli tarafından teslim alınır. Kimlik doğrulama, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Onam Formu, Preop Değerlendirme Formu kontrol edilerek hasta masaya alınır. Hastanın monitörizasyonu anestezi teknisyeni tarafından yapılır. Doktor istemine göre hastanın ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır.

Hastanın ameliyathaneye istendiği zaman ameliyathane hemşiresi kullanacağı seti ve bohçasını açarak hazır hale getirir. Ameliyathane hemşiresi **Ameliyathane Hemşiresi Giyinme Talimatı**na göre yıkanır ve steril giyinir.

5.5.1.3.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulaması;

a) Anestezi verilmeden önce: Görevli anestezi teknisyeni hasta kimliğini mümkünse hasta ile birlikte teyit eder. Girişinin ve müdahale yerinin doğruluğunu, ameliyat için rızanın verilmiş olduğunu, ameliyat yerinin işaretlenmiş olduğunu ve pulseoksimetrenin hasta üzerinde çalışır vaziyette olduğunu da teyit eder. Aynı zamanda anestezi uzmanı ile hastanın kan kaybı riskini, havayolu zorluğu, reaksiyonunu ve tam bir anestezi güvenlik kontrolünün tamamlandığını da gözden geçirir. Anestezi güvenlik kontrol listesi de bu aşamada doldurulur. Hasta başında görevli anestezi teknisyeni tarafından ilgili bölüm imzalanır.

b) Ameliyat Kesisinden Önce: Doğru hasta üzerinde doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit ettikten

sonra kritik unsurlar güvenli cerrahi kontrol listesinin rehberliğinde sözel olarak gözden geçirilir. Son 60 dk içinde proflaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trambozu profilaksisi sözel olarak kontrol edilir. Eksiklik veya sorun halinde özel notlar alınır. İlgili bölüm ameliyatı yapan cerrah tarafından imzalanır.

c) Ameliyathaneden Çıkmadan Önce: Ameliyathane ekibi spanç ve aletlerin sayımı ve varsa cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirir. Numunelerde hasta adı, soyadı, alındığı bölge yazılı olarak bulunmalıdır.

Hastanın kayıt işlemlerini patoloji numunelerinin kaydını ameliyata giren hemşireler kontrol eder. Sorumluluk ameliyatı giren ekibindir.

5.1.1.4.Hastaya Pozisyon Verme ve Dikkat Edilecek Noktalar

Ameliyatı yürütecek cerrah tarafından ameliyathane personeli ile birlikte hastaya ameliyat pozisyonu verilir.

Hastanın ameliyat pozisyonu ile ilgili şunlara dikkat edilmelidir:

a) Anestezi verilen hasta hareket ettirilmeden önce mutlaka anestezi uzmanının izni alınmalıdır.

b) Hastayı emniyetli bir şekilde hareket ettirmek için ameliyat ekibi tarafından yeterli yardım sağlanır.

c) Hastanın çıplak bölgelerinin masanın metal kısımlarına değmemesi sağlanır.

d) Hastaya pozisyon verirken boyun ve omurganın aynı hizada olması sağlanmalıdır.

e) Hasta yavaş, planlı ve dikkatli bir şekilde hareket ettirilir.

f) Hastanın karışıklık ve gereksiz yere anestezi almasını önlemek amacıyla pozisyon için gerekli bütün malzemeler ameliyattan önce odada hazır bulundurulur.

g) Damar yolu, kataterler ve hava yolu tüpünün çıkması ve baskı altında kalmasını önleyici önlemler alınmalıdır.

ı) Pozisyon verilirken ekip içindeki uyuma dikkat edilmeli, bir kişinin (anestezi uzmanının) liderliğinde üçe kadar sayılarak aynı anda hasta hareket ettirilmelidir.

i) Pozisyon verme sırasında hastanın mahremiyetine saygı gösterilmeli, hastanın gereksiz yere açılması önlenmelidir.

j) Ameliyatın türüne göre özel masa aksesuarları ile uygun bölgeler desteklenmelidir.

5.1.1.5.Ameliyathane Yıkanma Giyinme

Ameliyat odalarına girmeden ameliyathane kıyafetleri giyilir, maske ve bone takılır. Yıkanma solüsyonunun özelliğine bağlı olarak en az 3 en fazla 5 dakika, özel hazırlanmış fırça yardımı ile tırnak uçlarından başlayarak dirseklere kadar tekniğine uygun olarak eller yıkanır.

Yıkanma sürecinin sonunda eller yukarı tutarak ve steriliteye özen göstererek ameliyat odasına geçilir.

Steril havlu ile tekniğine uygun olarak eller kurulanır**.**

Daha önce tekniğine uygun olarak masayı hazırlayan hemşirenin yardımı ile box gömleği giyilir.

Sterilite kurallarına dikkat ederek box gömleğinin arkasını bağlanır.

Tekniğine uygun olarak steril eldiven giyilir.

5.1.1.6.Hastanın Steril Örtülmesi

Doktor yıkandıktan sonra ameliyathane hemşiresi doktoru **Ameliyathane Ekibinin Giydirilmesi Talimatı**' na göre giydirir.

Cerrah tarafından ameliyat bölgesi, temizden kirliye doğru batikon ile boyanır. Boyama her seferinde ayrı bir spanç kullanılarak 3 kez tekrar edilir.

Varsa iki cerrah tarafından, yoksa bir cerrah ve bir hemşire tarafından, aşağıdaki sıra ile hastanın steril örtülmesi sağlanır:

a) Hastayı güvenli bir şekilde kapatacak miktarda steril yeşil örtü hazır bulundurulur. Yeşil örtü kontamine olmuşsa veya üzerinde delik var ise kesinlikle kullanılmamalıdır.

b) Örtme işlemi sırasında eldivenli elin hastanın cildine veya operasyon masanın herhangi bir yerine değmemesi sağlanır.

c) Örtünün ameliyat sahasına yakın uçları kesinlikle örtme işlemini yapacak kişinin belinden aşağıya sarkıtılmamalıdır.

d) Herhangi bir özellik arz etmeyen ameliyatlarda örtme işleminde önce hastanın ayak kısmı, sonra baş kısmı örtülür. Sonra yanlar kapatılarak çamaşır pensleri ile dört çarşaf birbirine tutturulur. Daha sonra iki büyük yeşil kompres ile insizyon yeri açıkta kalacak şekilde sırasıyla ayak ve baş kısmı bir kat daha örtülür. Açıkta kalan veya kontaminasyona neden olacak kısımlar yedek örtüler alınarak örtülür.

e) Örtü yerleştirildikten sonra hasta hareket ettirilmemeli, yanlış yerleştirilmişse atılıp, yenisi kullanılmalıdır.

5.1.2. AMELİYAT SIRASINDA HAZIRLIK

Hastanın steril olarak örtülmesinden sonra hasta ameliyat için hazırdır.

Ameliyat esnasında skopi isteniyorsa cihaz hazırlanır. Eğitimi almış personel tarafından skopi çekilir.

Ameliyat sırasında sirküler hemşire veya personel tarafından ameliyat süresince kullanılan kompres ve spançlar sayılır ve sonuç cerraha bildirilir. Kompres ve spançlar tamam ise ameliyat bölgesi kapatılır. Eksik tespit edilmiş ise eksik araştırılarak bulunduğunda vaka kapatılır ve hasta ameliyat odasından çıkış için hazırlanır. Kullanılan sütur, cerrahi alet, spanç ve tampon sayıları **Ameliyathane Sarf Malzeme Formu**' na işlenir.

5.1.2.1. Anestezi Uygulamaları

Sabah saat 08:00'de ameliyathaneye giren anestezi teknisyeni anestezi cihazını Anestezi **Cihazı Kullanma Talimatı**' na göre hazırlar.

Ameliyathaneye alınan hastaya **Anestezi Ünitesi Çalışma Talimatına** uygun olarak anestezi işlemi uygulanır.

5.1.2.2. Hastanın Ameliyathaneden Çıkışı

Uyandırma ve Ameliyat Sonu Bakım Ünitesi Hizmetleri: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğindeki md. 16/4 "Uyandırma ve Ameliyat Sonu Bakım Ünitesi Hizmetleri: ameliyat sonrası hastaların servise nakledilmeden önce uyanmaları ve kısa süreli cerrahi komplikasyonların düzeltilmesi için en fazla 24 saat kaldıkları yataklı bakım üniteleridir. Burada yeterli cihaz ve malzeme ile 24 saat sürekli hizmet görecek şekilde hemşire ve gerekli personel bulundurulur. Ünitenin yönetim ve tıbbi bakım hizmetlerinden anesteziyoloji uzmanı, yoksa ameliyathane sorumlusu olan genel cerrah sorumludur. Bu sorumlu gerekli hallerde ameliyatı yapan uzman ile iş birliği yapar.

Bu hizmet, kurumun personel, araç, gereç imkanları ve fizik yapısı elvermediği takdirde yoğun bakım ünitesi ile bir arada yürütülür." maddesi gereği hastanın ameliyatı tamamlandığında uyandırma ünitesine kısa süreli komplikasyonların düzeltilmesi için alınabilir. Komplikasyonlu ve uzun süreli hasta bakımı gerektire durumlar için kurumumuzun fizik yapısı ve araç gereç imkanları elvermediğinden 24 saat hizmet verebilen yoğun bakım ünitesine transferi sağlanır. Yoğun bakım gerekli değilse hastayı anestezi teknisyeni servis hemşiresine dosyası ve hasta ile ilgili formlarla teslim eder.

Lokal ya da genel anestezi uygulanan hastaların durumu stabil olunca ilgili servise haber verilerek, servis hemşiresi ve personeli ile **Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü**' ne göre transferi sağlanır.

5.1.3. AMELİYATSONRASI HAZIRLIKLAR

- Ameliyatta kullanılan malzemelerin kontrol etiketi ve kullanım tarihi ameliyathane hemşiresi tarafından hasta sterilizasyon formuna kaydedilir.
- Ameliyat için açılan setlerden çıkan indikatörler hasta sterilizasyon formuna iliştirilir.
- Ameliyat sırasında kullanılan malzemeler **Sterilizasyon-Dezenfeksiyon Talimatı**' na uygun olarak hazırlanıp steril edilir.
- Çıkan atıklar Atıkların Kontrolü Talimatına göre atılır.
- Ameliyat odalarındaki kirli yeşiller, ameliyathane personeli tarafından toplanır. Yarı steril alandaki ağzı kapaklı kirli çamaşır toplama arabalarına atılır. Enfekte olanlar da özel kırmızı torbalarda çamaşırhaneye gitmesi

sağlanır.

- Ameliyatta kullanılan ilaç ve malzemeler ameliyathane hemşiresi tarafından **Malzeme Sarf Formu** ' na yazılır. Dosyasına iliştirilir.
- Yapılan ameliyatlar Ameliyat Kayıt Defterine kaydedilir. Patoloji varsa, patoloji defterine kayıt yapılır materyal kabının üzerine hasta adı, soyadı, protokol numarası materyalin alındığı bölge ve materyalin adı yazılır, gerekli evrak düzenlenerek Salı ve Perşembe günleri laboratuvara imza karşılığı teslim edilir.
- **Ex durumunda;** ameliyathanede ex olan hastanın vital bulguları ilgili anestezi uzmanı tarafından kontrol edilir; ex olduğuna karar verilirse düz EKG'si çekilir, uzman doktor tarafından dosyasına notu düşülür. İlgili doktor tarafından Ölüm Bildirim Tutanağı düzenlenir ve Ex ameliyathane personeli ve güvenlik personeli tarafından morga transfer edilir. Hastanın ölüm tutanağı yakınlarına teslim edilir.
- Ameliyathanede gerçekleşen amputasyon işleminden sonra ampute olan vücut parçası "**Ampute Organ Teslim Formu**" eksiksiz doldurularak ameliyathane personeli ve güvenlik personeli ile birlikte morga teslim edilir.

5.2.AMELİYATHANE ALANLARI ve ALAN KURALLARI

5.2.1.NONSTERİL ALAN:

Personel için nonsteril alan: Personel giriş kapısına kadar olan bölüm, sterilizasyona hazırlık ünitesini kapsar.

Hasta için nonsteril alan: Ameliyathane girişindeki alan hasta yakınlarının bekleme alanını kapsar.

Hastalar bu alana serviste ameliyat önlüğü giymiş vaziyette sedye veya tekerlekli sandalye ile bir hemşire ve taşıma görevli refakatinde gelir.

5.2.2YARI STERİL ALAN: (KIRMIZI UYARI İLE İŞARETLENMİŞTİR)

Personel için yarı steril alan: Terlik değiştirme, giyinme odaları, ameliyat odalarına giden koridorlar, maske ve bone takma alanından itibaren Ameliyathane steril alanına kadar olan bölümdür. Bu bölümde bariyeri geçmeden temiz terlik rafından terlik alınarak giyilir ve çıkarılan ayakkabılar karşı taraftaki kapılı kirli rafına konulur. Nonsteril alanda giyilen ayakkabı ile bu bölüme basılmaz.

Hasta için yarı steril alan: Yarı steril alan, nonsteril alan ile ameliyathane hasta girişi arasındaki şifreli kapıdan sonraki kısım olarak belirlenmiştir ve bu alan steril koridora kadar devam eder. Sedye ile ameliyat gömleği giymiş bone takılı olarak gelen hastanonsteril alandan tranvers sedye ile yarı steril alana alınır. Yarı steril alandan transvers sedye ile steril alana alınır. Hemşire tarafından kimlik doğrulama ve taraf işareti kontrol edilir. Servis hemşiresi, hastayı anestezi teknisyenine teslim eder. Ameliyathane personeli hastayı salona taşır. Hasta bu alanda kesinlikle yürütülmez.

5.2.3 STERİL ALAN: (KIRMIZI UYARI İLE İŞARETLENMİŞTİR)

Personel için steril alan: Yarı steril alanın bitiminden başlayan ameliyat odaları, koridorlar, uyanma odası, steril malzeme odası, steril alan olarak kabul edilir. Steril alanda yiyecek bulundurulması ve bunların tüketilmesi kesinlikle yasaktır.

Hasta için steril alan: Personel için steril alan kabul edilen yerlerle aynı bölümlerdir. Hasta bu bölümde sedye üzerinde ve ameliyat önlüğü, bonesi takılı vaziyette bulunur. Tüm alanların temizliği günlük olarak takip edilerek, ilgili formlar ameliyathane biriminde arşivlenir.

5.3. AMELİYATHANE GİRİŞ-ÇIKIŞ UYGULAMALARI: Ameliyathanemizde personel ve hasta girişi ayrılmıştır. Giriş-çıkış kuralları Nonsteril(bekleme alanı), Yarısteril ve Steril alana göre düzenlenmiştir.

Ameliyathaneye görevli personel dışında kimse giremez.

Hasta girişi sadece hastalara özel olup transport sedye girişine uygun yapılmıştır.Hasta çıkışı transfer sedye ile steril alandan yarı steri, l alana ve yine transfer sedye ile yarı steril alandan non steril alana personel ve sağlık personeli eşliğinde çıkarılarak gelen görevli sağlık personeline teslim edilir.

Çalışan girişi ise; giriş çıkış kurallarına uyulmasını sağlamak üzere düzenlenmiştir. Tüm giriş çıkışlarda ameliyathane giriş çıkış talimatı uygulanmaktadır.

- Ameliyathaneye ameliyathane forması ile girilir.
- Bone, maske ve ameliyathane terliği giymek zorunludur.
- Ameliyathane forma ve terlikleri yalnızca ameliyathanede kullanılacaktır.

- Personel ameliyata girerken bilezik., künye, kolye gibi çalışmayı engelleyecek ve sterilizasyonu etkileyebilecek takılarını çıkartmalıdır.
- Ameliyathane temizliğine dikkat edilecek, konuyla ilgili talimatlara uyulmalıdır.
- Ameliyathane temizliği ameliyathane temizlik talimatına göre düzenli olarak yapılacak. Ameliyathanede çalışan tüm personel bu kurallara uymakla yükümlüdür.
- Ameliyathane yardımcı personeli hastaya dokunmadan önce non-steril eldiven takmalıdır. Bu eldiveni başka hastaya dokunacağı zaman değiştirmelidir. Ameliyat ekibi cerrahi el yıkama kurallarına uygun olarak ellerini yıkadıktan ve steril eldiven ve diğer giysileri giydikten sonra hastanın ameliyatına başlar.
- Ameliyathaneye hastalar sedye üzerinde ve hasta kapısından gireceklerdir.
- Personel terliklerini değiştirerek personel kapısından girecektir.
- Personelin ameliyat sırasında cep telefonu kullanması teknik donanım ve operasyon disiplini açısından sakıncalıdır.

5.4. AMELİYATHANEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ UYGULAMALAR

Ameliyatın hazırlığından bitimine kadar bütün aşamalarında, ameliyat ekibinin her üyesi, enfeksiyon kontrol komitesinin talimatları doğrultusunda tüm enfeksiyon kontrol önlemlerini alır. Hastaya steril olarak kullanılması gereken tüm malzemelerin steril olmasını sağlar.

- Koruyucu giysi ve ekipman kullanılır.
- Hasta düşmelerine karşı gerekli önlemler alınır.
- Kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyonları tam ve zamanında yapılır.
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonunda ilgili talimata uygun çalışılır.
- Tıbbi atıklarla ilgili olarak ilgili talimata uygun hareket edilir
- Kimliklendirme talimatına uygun çalışılır.
- Anestezi güvenlik listesi ve güvenli cerrahi kontrol listesi tam olarak uygulanır.
- Kesici delici alet yaralanmaları kayıt altına alınır ve ilgili formlar enfeksiyon kontrol komite hemşiresine bildirilir.
- Kan ve vücut sıvısı sıçramaları kayıt altına alınır ve enfeksiyon kontrol komite hemşiresine bildirilir.
- Ameliyat odalarının ve depolarının ısı nem kontrolleri yapılır (20-25) olmalıdır. Nem oranı %30-%60 arası değişir.
- Alet ve malzemeler tekniğe uygun olarak sterilizasyon ünitesine gönderilir.
- El hijyeni talimatlarına uygun çalışılır.
- Ameliyat sırasında cerrahi asepsi ilkelerine uyulur.

5.4.1. Cerrahi Asepsi İlkeleri Şunlardır:

Steril bir cisim sadece steril cisme değebilir. Steril bir cisim steril olmayan bir cisme değdiğinde sterilitesi bozulur.

Steril olan bölgeye sağlık personeli yalnızca steril eldiven ve steril giysiler giyinerek dokunabilir.

Steril giyinmiş personel yalnızca steril bölgeye, steril olmayan personelde yalnızca steril olmayan bölgeye dokunur. Steril olmayan personel en az 30 cm uzakta durmalı ve steril alandan geçerken steril alana dokunmadığından emin olmalıdır.

Eğer steril paket üzerinde delik, en ufak bir yırtık veya ıslaklık varsa malzeme hiç kullanılmamış bile olsa kontamine kabul edilmeli ve kullanılmamalıdır.

Steril paketler kullanımdan hemen önce açılmalı ve uzun süre açık bırakılmamalıdır.

Steril paketler açıldıktan sonra sterilitenin devamı enstrüman hemşire tarafından izlenmelidir.

Steril objeler daima bel seviyesi üzerinde tutulmalı ve görüş alanı içerisinde olmalıdır.

Steril örtü veya kâğıt üzerine herhangi bir sıvı sıçratılmamalıdır.

Steril paketin dış yüzeyi steril değildir. Bu nedenle yardımcı personel paketi açarken öncelikle kendine uzak olan bölgeden açmaya başlamalıdır.

Steril materyali yedeği bulundurulmalı, en ufak şüphede kontamine kabul edilmeli ve yerine yedeği kullanılmalıdır. Kontamine materyal daha sonra uygun yöntemlere steril edilmelidir.

5.4.2. AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ

Amaç; süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek

hatanın hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlamaktır.

Ameliyathanede tıbbi hatalar; ilaç hataları, yanlış taraf cerrahisi, kayıp örnek, elektrokoterlerin emniyetsiz kullanımı unutulan cerrahi alet ve spançlardır. İlaç hatalarının önlenmesi için hastanın doğru kimliklendirilmesi ve 5 doğru ilkesi önemlidir.

Hastanemiz ameliyathanesinde kimlik kontrolü; hasta ameliyathaneye teslim edilirken hasta dosyasındaki **Preoperatif**

Hasta Hazırlığı Kontrol Formu ile, ameliyathane içinde ise **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi** ile yapılır. Ameliyathanede yanlış taraf cerrahisi hastaya büyük oranda zarar vermektedir. Bunun önlenmesi için doğru hastaya

doğru vücut tarafı ve tarafın işaretlenmesi gerekmektedir. **Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formu** ile yapılır.

Hastanemizde taraf cerrahisi taraf işaretlenmesi hasta üzerinde ve formda işaretlidir. Hasta ameliyathaneye alındığında

ameliyat masasında hasta uyutulmadan önce sesli olarak aktif iletişim ile hastaya doğru taraf sorulur ve onaylatılır.

Ekipte tarafı onaylar, kaydı **Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formu** ile yapılır. Ameliyathanede **Güvenli Cerrahi**

Kontrol Listesi ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından doldurulur.

Ameliyathanede hasta güvenliği açısından önemli bir sorun ise kayıp örnektir. Hastanemizde ameliyat olan olacak hastalardan alınan patolojiler uygun materyale yerleştirilir, üzerinde hasta adı, soyadı, protokol numarası yazılı barkod yapıştırılır. Alınan örnek ilgili servis hemşiresine teslim edilir.

Elektrokoterlerin uygunsuz kullanımı; bu cihazların kalibrasyonları hastanemizce belirlenen düzenli aralıklarla sağlanır.

Kullanımı ise ameliyathane **Elektrokoter Cihazı Kullanım Talimatı '** nda belirlenen şekildedir.

Unutulan cerrahi alet ve spançlar hastalar için ciddi komplikasyonlara neden olur.

Hastanemizde ameliyat öncesi hastanın ameliyatı başlamadan önce ve hasta kapatılmadan önce sayımlar yapılır. **Ameliyathane Sarf Malzeme Formu** ve **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**ne kaydedilir. Herhangi bir alet ya spanç eksik ise gerekli çalışmalar başlatılır.

Ameliyathanede atıklar Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği talimatlar doğrultusunda atılır.

1.Evsel Atık: Siyah renk çöp torbası

2.Tıbbı atık: Kırmızı renk çöp torbası

3.Cam atık: Mavi renk çöp torbası

4.Kesici-Delici Aletler: Kesici delici atık kutusu

Hastaların düşmelerden kaynaklanan zarar göreme riskinin azaltılması için **Hasta Güvenliği Prosedürü '**ne göre işlem yapılır. Ameliyat masasında emniyet kemeri ve bantların kullanımı gerekli ise kısıtlama, hastanın yalnız bırakılmaması hasta transferinin uygun şekilde gerçekleştirilmesi sağlanır.

Fiziksel koşullar ile ilgili olarak ameliyat odaları uygun büyüklükte, aksesuarları uygun yerleştirilmiştir. Ameliyathane bölümlerinin kesin ayırımı renklerle ve uyarıcı yazılarla ayrılmıştır.

5.4.3. AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Enfeksiyonlardan Korunma: Hastanemiz personellerinin maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Çalışan Güvenliği Komitesi" ve " Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz **Enfeksiyonlardan Korunma Talimatı'** nda belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, "El hijyeni Talimatı" nda enfeksiyonların çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir.

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar **Ünite İçi Atık Yönetimi Planı** ile belirlenmiş olup amaç; tıbbi atıkların hastalarımıza, personelimize ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.

Personel Sağlık Taramaları

Hastanemiz personellerine ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı Hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanan bir programda belirlenmiştir. Personel sağlık taramaları Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi Uzman'ı tarafından düzenli olarak takipleri yapılmaktadır.

Ameliyathanede kesici- delici aletlerle yaralanan personel için Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi **Kesici Delici Alet Yaralanması ve Materyal Sıçraması Bildirim Formu**' nu doldurup, gösterge yönetim sistemindeki Kesici Delici Alet Yaralanmaları göstergesine giriş yapılıp, takip süreci boyunca sistemden inceleme yapılmaktadır.

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar:

Ameliyathanede çalışan personellerimiz ile kan veya vücut sıvısının damlama-sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman ve malzemeler olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman ve malzemeler (eldiven, maske, bone, önlük vs.) hazır durumda bulundurulmaktadır.

Tüm birim sorumluları tarafından bu ekipmanlar eksildiğinde veya yeni ekipmana ihtiyaç olduğunda baştabipliğimize talep yapıldığında temin edilecektir. **Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi**'nde belirtilmiştir.

Eğitimler

Hastanemiz personellerine; tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine, kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik eğitimler verilir. Bu eğitimlerin ne şekilde yapılacağı hastanemiz Eğitim Komitesi, Enfeksiyon Komitesi ve Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından belirlenir ve yıllık eğitim programları ile çalışanlara duyurulur.

Tehlikeli Maddeler

Anestezik ajanlar; eczanede olduğu sürece depolama talimatlarına uygun olarak ambalajlarında belirtilen bilgiler göre depo sorumluları tarafından taşınır ve depolanırlar.

Ameliyathanede olduğu sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar aynı şekilde muhafaza edilirler. Bu ilaçlar mutlak surette anestezi uzmanının gözetiminde kullanılmalıdır. İlaçların kullanıma hazırlanması sırasında hazırlayan personel eldiven ve maske giyerek çalışmalıdır. Kullanımına ilişkin kayıtlar eczane bilgi sisteminde ve anestezi bölümünde muhafaza edilir. Eğer miadı geçmiş veya kullanıma uygun olmayan ilaçlar olduğunda değiştirilmesi veya imhası için eczacı ile irtibata geçirilir ve genel hükümler uygulanır. Ameliyathanede atıklar; tıbbi atıklar, evsel nitelikli atıklar, ambalaj atıkları, kesici-delici atıklar "**Atık Yönetim Talimatı**" na uygun olarak toplanır. Evsel nitelikli atıklar, kontamine olmamak koşulu ile tıbbi; tehlikeli ve ambalaj atıkları ile karıştırılmadan siyah renkli poşetlerde toplanır. Cam malzemeler, mavi renkli poşetlerde toplanır.

Tıbbi atıklar, üzerinde "**DİKKAT TIBBİ ATIK**" ve "**Uluslararası Biyotehlike**" amblemi bulunan kırmızı renkli poşetlerde ve MİROĞLU firması tarafından standart olarak verilen kırmızı renkli tıbbi atık bidonlarında toplanır.

Kesici/Delici atıklar; "**Uluslararası biyotehlike**" ve "**Dikkat Kesici ve Delici Tıbbi Atık**" ibaresi bulunan sarı renkli, özel koşulları olan efekte atık kutu ya da konteynırlarında toplanır.

Atıklar bulundukları yerde ayrıştırılarak toplanır. Atık torbaları ağzına kadar doldurulmaz, torbadan torbaya boşaltılmaz, dörtte üç oranında dolmuş atık torbası hemen yenisi ile değiştirilir, toplama ekipmanları atıkların kaynağına yakın yerlerde bulundurulur.

Atıkları toplayan personel gerekli koruyucu ek ekipmana (maske, eldiven, gözlük) kullanmalıdır.

Atıklar ameliyathanede görevli temizlik personeli tarafından toplanır. Temizlik personeli her vaka sonrası ameliyat odasındaki tıbbi atıkları, evsel ve ambalaj atıkları ile karıştırılmadan toplar, tıbbi atıklar tıbbi atık arabasına atılır. Kirli ameliyathane yeşilleri çamaşırhaneye gönderilir.

Geçici tıbbi atık toplama odasına getirilen atıklar, ayrı atık toplama kaplarında biriktirilir.

Tıbbi atıklar günde 2 kez görevli tıbbi atık toplama elemanı tarafından ameliyathaneden alınarak, bu iş için ayrılmış üzerinde "**DİKKAT TIBBİ ATIK"** ve "**Uluslararası Biyotehlike**" amblemi bulunan tekerlekli, paslanmaz metal veya plastikten yapılmış, kekin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, dezenfeksiyonu kolay taşıma araçları ile geçici atık deposuna götürülür.

Evsel ve ambalaj nitelikli atıklar temizlik personeli tarafından geçici atık deposuna götürülür.

5.5.AMELİYATHANEDE TESİS GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMAYA YÖNELİK DÜZENLEMELER

Hastanemizde yangına karşı alınacak önlemler ve sorumluları **Hastane Afet Planı**'nda tanımlanmıştır.

Hastanemizde yangın alarm sistemi ve yangın algılama ve ihbar sistemi kurulmuş olup, olabilecek yangınlar için önlem alınmıştır. Ameliyathanemizde elektrik kesintisi durumunda jeneratör devreye girene kadar kesintisiz güç sağlamak amacıyla 20 dk . yetecek kadar ups güç kaynağı mevcuttur.

Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiş, yangın çıkış kapılarının açık olması Baştabip Yardımcısı tarafından sağlanmaktadır. Yatay transfer noktası olarak kadın doğum servisi belirlenmiştir. Dikey tranfer noktası olarak cerrahi servis belirlenmiştir. Çalışanlar için afet toplanma alanları sivil savunma amiri tarafından belirlenmiştir.

Hastanemizde sivil savunma amiri tarafından yangın söndürücüler uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır.Hastanemizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak içim elektrik sisteminin kontrolleri

rutin olarak teknik servis tarafından yapılmaktadır. Çalışanlar ve hasta/ hasta yakınlarının sigara içmesi kesinlikle önlenir.

Deprem gibi afetlere karşı yapısal olmayan risklerin azaltılması için mobilyaların duvara sabitlenmesi çalışmaları hastanemizde alınmaktadır.

5.6. AMELİYATHANEDE TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON KURALLARI VE UYGULAMALARI, AMELİYATHANELERİN TEMİZLİĞİ

5.6.1- Temel İlkeler:

Ameliyathane temizliğinde görevli personel bu konuda eğitim almış olmalıdır.

Özel ameliyathane gereçlerinin temizliğinde, o aleti kullanan ekipler görev almalıdır.

Ameliyathane temizliğinde ameliyathane odasındaki görevli hemşire ameliyat arası temizliğin yapılmasını sağlar ve denetler.

Ameliyathanede kullanılacak temizlik ekipmanları ve malzemelerin depolandığı alanda paspas ve kovalar temizlenmiş ve kurutulmuş olarak saklanır.

Temizlik solüsyonları her oda için ayrı ayrı hazırlanmalı, dezenfeksiyon solüsyonları ve yıkama suları sık sık değiştirilmelidir.

Kirli ve enfekste kabul edilen ameliyatlardan sonra 5000 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir.

5.6.2- Günün İlk Ameliyatından Önce:

Tüm aletlerin, eşyaların ve ameliyat lambalarının tozu alınır.

Toz alma işleminde hav bırakmayan nemli bez kullanılır.

5.6.3- Ameliyatlar Arasında/Her Ameliyatın Sonunda:

Görevli temizlik personeli uygun kıyafeti giymiş olarak (maske, eldiven, bone vb.) ameliyathaneye girer işleme başlar.

Kullanılmış örtüler hemşire kontrolünde silkelenerek dikkatle elden geçilerek kırmızı atık torbasına atılır. Bu süreçte kullanılan ameliyat malzemelerinin kompres içinde kalmamasına özen gösterilir.

Kesici delici aletler mutlaka özel plastik toplama kapları içine atılır. Örtüler, kompresler arasında kesici delici alet kalmaması görevli hemşire ve temizlik elemanının sorumluluğundadır.

Ameliyat masası yakın çevresi 1/100 lük çamaşır suyu ile (görünür kirlenme saptanıyorsa 1/10 'luk) silinir.

Diğer yüzeyler 500 ppm klor tablet ve deterjanla silinir. Bu silinme aşamasının kapsamı ve gerekliliği hemşirenin sorumluluğu altındadır.

Ameliyathanede hasta çıkartıları ile kirlenmiş alanlar 5000 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir.

Çöpler ve kirli örtüler temiz alana ulaşmadan uzaklaştırılır.

5.6.4- Günün Sonunda:

Odadaki tüm taşınabilir aletler dışarıya çıkartılır.

Lambalar, dolaplar, kapılar 500 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir**.**

Dışarıya çıkartılan malzemeler deterjan ve 500 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir.

Havalandırmaların dış yüzeyleri deterjan ve 500 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir.

Cerrahi el yıkama lavaboları yıkanır. Yüzeyleri çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.

Hasta nakil sedyeleri 500 ppm klor tablet ile dezenfekte edilir.

5.6.5- Periyodik Temizlik:

Ameliyat faaliyet yoğunluğuna göre ve kontaminasyon durumuna göre haftada bir kapsamlı olacak şekilde silinir.

Tüm taşınabilir aletler dışarı çıkarılır, temizlik sonunda yüzey ve tekerlekleri dezenfekte edilerek içeri alınır.

Zemin deterjan ve 1/100 'lük çamaşır suyu ile silinerek dezenfekte edilir.

Duvarlar temiz bir bez ve dezenfektan ile silinir.

Kapı kolları, kapılar, dolaplar, raflar, prizler … gibi tüm yüzeyler temizlenir.

Ameliyat masasının tüm yüzeyleri aspiratörler, askılar 500 ppm klor tablet ve deterjan ile dezenfekte edilir.

5.7. AMELİYATHANEDE MALZEME VE TIBBİ CİHAZ YÖNETİMİ

Ameliyathane malzeme ve tıbbi cihaz yönetiminde tıbbi cihazların istemi ve muhafazası, cihazların güvenli kullanımı ve dezenfeksiyonu, cihazların bakım, kalibrasyon işlemleri hastanemiz tıbbi cihaz yönetim prosedürüne uygun olarak yapılmaktadır. Ameliyathane tıbbi cihazları ameliyathane sorumlu hemşiresi, anestezi tıbbi cihazları ise sorumlu anestezi teknikeri sorumluluğunda kullanım bakım ve kalibrasyon işlemleri yürütülmektedir.

5.8.AMELİYATHANEDE SARF MALZEME VE İLAÇ YÖNETİMİ

Malzeme ve İlaç İstemi: Ameliyathane ve anestezi deposundaki malzeme ve ilaçların maksimum ve minimum değerlerine bakılarak ihtiyaç olan malzeme ve ilaçlar sorumlu hemşire ve anestezi teknisyeni tarafından tespit edilir. HBYS üzerinden istemi yapılır.

5.8.1. Narkotik ve Anestezik Ajanların İstemi ve Teslim Alınması:

HBYS üzerinden istemi yapılır, eczacı imza karşılığı sorumlu teknisyene teslim eder. Uygulanan ilaçların kayıtların narkotik kayıt defteri ve **Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçlar ve Yüksek Riskli Anestezi İlaçları Günlük Kullanım ve Devir Teslim Formu**na kayıt edilir.

5.8.2. Malzeme ve İlacın Teslim Alınması:

Eczanede bilgisayar sistemi üzerinde görülen istemler eczane tarafından hazırlanır. İstemin iki nüsha halinde çıktısı alınır, imza karşılığında hemşire ve anestezi teknisyeni malzeme ve ilaçları teslim alır.

5.8.3. Depoya Malzeme ve İlacın Depoya Yerleştirilmesi:

Ameliyathanede teslim alınan ilaç ve malzemeler sorumlu hemşire ve anestezi tenkiyeni tarafından depo planına uygun şekilde yerleştirilir.

5.8.4. Narkotik ve Anestezik Ajanların Yerleştirilmesi:

Eczaneden anestezi teknisyeni tarafından teslim alınan narkotik ve anestezik ajanlar kilitli dolap içine yerleştirilir.

10.İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Ameliyathane Hemşiresi Giyinme Talimatı
- El Hijyeni Talimatı
- Ameliyathane Ekibinin Giydirilmesi Talimatı
- Ameliyathane Sarf Malzeme Formu
- Hastane Afet Planı
- Anestezi Cihazı Kullanma Talimatı
- Anestezi Ünitesi Çalışma Talimatı
- Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü
- Sterilizasyon-Dezenfeksiyon Talimatı
- Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçlar ve Yüksek Riskli Anestezi İlaçları Günlük Kullanım ve Devir Teslim Formu
- Ameliyathane Temizlik Planı
- Preoperatif Hasta Hazırlığı Kontrol Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formu
- Elektrokoter Cihazı Kullanım Talimatı
- Hasta Güvenliği Prosedürü
- Ünite İçi Atık Yönetimi Planı
- Kesici Delici Alet Yaralanması ve Materyal Sıçraması Bildirim Formu
- Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi
- Ampute Organ Teslim Formu
- Tıbbi Cihaz Yönetim Prosedürü