

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 13

1. AMAÇ: Bu prosedür Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesinin hizmetlerinin her zaman aynı standartta gerçekleştirilebilmesi için gerekli sistemi, yetki ve sorumlulukları açıklamaktadır.

2. KAPSAM: Merkezi Sterilizasyon Ünitesini ve yapılan sterilizasyon işlemlerini kapsar.

3. KISALTMALAR:

MSÜ:Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

HBYS:Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4. TANIMLAR:

TEMİZLİK: Kir ve organik artıkların fiziksel olarak uzaklaştırılmasıdır.

STERİLİZASYON: Cansız maddeler üzerinde bulunan mikroorganizmaların sporlar dahil öldürülmesidir.

DEZENFEKSİYON: Cansız maddeler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların yok edilmesidir. Bakteri sporları, dezenfeksiyon seviyesine göre azalır.

Yüksek düzey dezenfeksiyon Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonudur.

Orta düzey dezenfeksiyon: Tüberküloz etkenleri ve diğer vejetatif bakterilerle virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesidir.

Düşük düzey dezenfeksiyon: Tüberküloz etkenleri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmaları inaktive edebilen dezenfeksiyon seviyesidir.

Dekontaminasyon: Kontamine malzemenin temizlik, dezenfeksiyon veya sterilizasyon ile kullanıma elverişli hale getirilmesidir.

Germisit: Mikrorganizmaları tahrip eden herhangi bir madde. (dezenfektan, antiseptik, sanitizer)

Dezenfektan: Cansız ortamda mikroorganizmaları inaktive etmek için kullanılan maddelerdir.

Antiseptik: Canlı üzerinde kullanılabilen germisitlerdir.

Sanitizer: Başlıca gıda ve içeceklerle ilgili malzemelerde kullanılan dezenfektanlardır.

Biyolojik İndikatör: Sterilizasyonun gerçekleştiğini belirlemek için kullanılan dirençli bakteri sporlarını içeren test materyalidir.

Kimyasal İndikatör : Sterilizasyon şartlarında karakteristik değişiklik gösteren (renk değişikliği vb)kimyasal maddeler içeren kağıt şerit veya diğer test materyalleridir.

5. ALETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Kritik araç gereçler

Steril dokulara temas eden veya vasküler sisteme giren, araç gereçleri kapsar. (cerrahi aletler, kardiyak kataterler,bazı endoskoplar) mutlaka steril olmalıdır.

Yarı - kritik araç gereçler

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 13

Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden araç gereçleri kapsar. (solunum ekipmanları,gastroenterolojik endoskoplara, larengeskoplara, bronkoskoplara vb.) sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerektirir.

Kritik olmayan araç gereçler

Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile temas eden araç gereçleri kapsar. (tansiyon aleti kılıfı, stetoskop, aksiler termometre vb.) orta veya düşük düzeyde dezenfeksiyon veya sadece su ile basit temizlik önerilir.

NOT: Dezenfektan kullanımında enfeksiyon kontrol komitesine danışınız.

6.SORUMLULAR

- Başhekimlik
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
- Sterilizasyon Ünitesi Sorumlu Öğretim Üyesi
- Sterilizasyon Ünitesi Sorumlu Hemşiresi
- Yardımcı Hizmetler
- Temizlik Personeli

7. FAALİYET AKIŞI

7.1. ÜNİTEDE YER ALAN FİZİKİ ALANLAR

7.1.1. Kirli Alan : Bölümlerden gelen kirli malzemelerin teslim alındığı ve yıkama için sayımlarının yapıldığı, dekontaminasyonun sağlandığı alandır.

7.1.2. Temiz Alan : Temizliği yapılan malzemelerin buhar otoklavı ve hidrojen cihazı için malzemelerin hazırlandığı, paketlenildiği alandır.

7.1.3. Steril Alan : Steril malzemelerin depolandığı bölümlere steril malzemelerin çıkışının yapıldığı alan.

7.1.4. Bohça Ve Paketleme Alanı: Bohçanın yapıldığı ve servislerden gelen spanç ve petlerin kapatıldığı alan.

7.1.5. Destek Alan: Personelin üzerini değiştirdiği ve dinlendiği alan.

7.1.6. Revers Ozmoz Alanı: Demineralize suyun hazırlandığı alan.

7.2. UYGULANAN HİZMETLERE İLİŞKİN GEREKLİ EKİPMAN, ÇALIŞMA KOŞULLARI VE KURALLARI:

7.2.1. Ekipmanlar: Termal dezenfektan yıkama cihazı, ultrasonik yıkama cihazı, buhar otoklavı, hidrojen cihazı, kapama cihazları.

7.2.2. Çalışma Koşulları: 08:00/17:00 gündüz mesaisi, 16:00/08:00 gece vardiyası olarak 24 saat hizmet verilmektedir.

7.2.3. Kuralları : Sterilizasyonda çalışan tüm personelin faaliyet akışına ve mesai saatlerine uygun olarak çalışması. Sterilizasyon biriminin işleyişinden sterilizasyon birimi sorumlusu ve birim çalışanları

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	04
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	3 / 13

sorumludur. Tüm Merkezi Sterilizasyon Ünitesi çalışanları olumsuz durumlarda ve arızalarda Merkezi Sterilizasyon Ünitesi sorumlusunu bilgilendirir.

Sterilizasyon birimi çalışanları kan ve vücut sıvılarından olabilecek bulaşı önlemek için tüm işlemler sırasında kurumun ilgili izolasyon talimatına göre hareket edilir.

Sterilizasyon biriminde iş akışı kirliden temiz alana doğrudur. Temizlik temiz alandan kirli alana doğrudur. Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Temizlik “Sterilizasyon Ünitesi **Risk Düzeyine Göre Temizlik Planına** uygun olarak yapılır.

Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava tirbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır. Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.

Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri (ayrıntılı muayene bölümü 100-200 mum, evye alanları 50-100mum gibi) belirlenmelidir.

Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde steril depoda sıcaklık 22° C yi ; nem ise %60 'ı aşmamalıdır. Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde çalışma alanlarında sıcaklık 18-25° C ; nem ise %35-%70 aralığına olması için gerekli önlemler alınır. Isı nem takibi **Sterilizasyon Sıcaklık Ve Nem Takip Formuna** göre yapılır.

Tüm Merkezi Sterilizasyon Ünitesi personeli çalıştığı alanda kullanılan malzeme ve ihtiyaçlardan sorumludur. Tüm personel çalıştığı alanda ihtiyaçları saptadıktan sonra sorumluya bildirerek istek yapılır. İşlem sonrası kullanım alanında ayrıştırılan malzemeler sterilizasyon işlemi için prosedürün malzeme transfer ve teslimi maddelerine uygun olarak teslim edilir ve alınır.

Sterilizasyon ünitesine gelen malzemeler, prosedürün Malzemelerin sayım, bakım ve kontrolü maddelerine uygun olarak sayımı bakımı ve kontrolleri yapılır.

Üniteye gelen tüm malzemeler, prosedürün Malzemelerin Ön Temizliği ve Dekontaminasyonu maddelerine uygun olarak dekontaminasyon işlemleri gerçekleştirilerek, sterilizasyon işlemine hazırlanır. İşlem gören malzemeler prosedürün malzemelerin hazırlık ve bakım alanına taşınması maddelerine göre hazırlık ve bakım alanına taşınır.

7.3. MALZEME TRANSFER VE TESLİMİ:

Aletlerin Üniteye Transferi

7.3.1. Ameliyathanede kullanılmış aletler kullanımdan sonra hemşire tarafından büstüri takılı ise uçları sapından alet yardımı ile çıkarılıp atılır, sayım ve kontrolü yapılarak set kontrol fişi (GN.FR.660) doldurulup ilgili personel ile MSÜ teslim edilir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	4 / 13

7.3.2. Ameliyathaneden gelen kontamine set personel tarafından sayımı yapıp sterilizasyon öncesi **Alet Ve Malzeme Teslim Formu** doldurulup ameliyathane hemşiresinin formuyla karşılaştırılır ve sayımda sıkıntı yoksa işleme devam edilir. Eğer sıkıntı varsa ameliyathane hemşiresine haber verilir.

7.3.3. Kullanılmış alet, set ve malzemeler elde kucakta taşınmaz bir poşet içerisinde veya servis sepetleri ile taşınır.

7.3.4. MSÜ'den Ameliyathaneye malzeme alet, set vb. teslim ederken **Malzeme Teslim Defterine** kayıt edilir.

7.3.5. Konsinye malzeme getiren firmalar setlerini kendileri teslim ederler. Teslim esnasında konsinye malzeme teslim ederken ,Konsinye Defteri doldurulur ve bir nüshası firma çalışanına teslim edilir.

7.3.6. Ameliyathane dışındaki klinikler ve polikliniklerden malzeme transferi görevli personeller tarafından MSÜ'ye ulaştırılır. MSÜ personeli tarafından teslim alınan malzemenin ne olduğu, sayısı, hangi servisten geldiği, ne zaman geldiği, kimin teslim ettiği bilgilerinin kaydedileceği 2 nüshalı sterilizasyon öncesi **Konsinye Malzeme Teslim Formu** doldurulur. Formun 2. nüshası gelen bölüm personeline malzeme tesliminde kullanmak üzere verilir.

7.4.MALZEMELERİN ÖN TEMİZLİĞİ VE DEKONTAMİNASYONU:

7.4.1. MSÜ personeli tarafından malzemeler tek tek sayılarak yıkama sepetine yerleştirilir. Daha sonra MSÜ'de Getinge marka yıkama cihazı çalıştırma talimatına göre yıkama işlemi başlatılır. Öncesinde de sepete numara verilir ve aynı numara set kontrol fişine de yazılır. Bu fiş temizlenen konteynırın içerisine konulur ve setle birlikte gider.

7.4.2. Getirilen malzeme düşük ısıda steril edilmesi gereken bir malzeme ise malzemenin yıkaması önce manüel daha sonra termal dezenfektör cihazı veya ultrasonik cihazla yapılır.

Uygun paketleme alanına transferi sağlanır.

7.4.3. Yıkama sepetlerine yerleştirilen malzemeler uygun doluluk oranına ulaştınca yıkama işlemine başlanır. Yıkama işlemi kirli alanda başlar. Yıkanan malzemeler artık dezenfekte edilmiş malzemedir.

7.4.4. Kontamine aletler ve malzemeler dekontaminasyon alanına kapalı kaplarda taşınmalıdır.

7.4.5. Kullanıcı önlük, eldiven giymeli, maskesini takmalıdır. Gelen malzemeler kullanıcının doldurduğu formlarla birlikte karşılıklı sayarak teslim alınır.

7.4.6. Ön temizlik: Aletlerin (tel sepetler içinde) akan soğuk su altında kaba kiri akıtılır. Cerrahi aletlerin arası açılır sepetlere konularak yıkama makinesine yerleştirilir. Sepetler tamamlanınca makinenin dezenfektanları kontrol edilir ve yıkama işlemi başlatılır. Dezenfektan solüsyonlar üretici firma önerilerine göre hazırlanmalıdır.

7.4.7. Yıkama safhasından hemen sonra cihazdan kurumuş bir şekilde çıkan cerrahi aletler paketleme

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	5 / 13

bölümüne sterilizasyon malzeme teslim formu ile birlikte transfer edilir. Formu üstene gerekli eklemeler yapılır ve paketleme işlemine geçilir. Manüel form takibiyle birlikte takibi yapılır.

Paketleme aşamasında bakım gerektiren malzemelere gerekli bakımlar yapılmaktadır.

7.5.MALZEMELERİN HAZIRLIK VE BAKIM ALANINA TAŞINMASI:

7.5.1. Yıkama cihazının diğer kapısından yarı kirli ortama alınarak paketleme işlemine başlanır.

7.5.2. Paketlenecek malzemeler buhar otoklavı ve hidrojen peroksit cihazlarından hangisine uygunsa o sisteme uygun bir şekilde paketlenir ve aynı form üzerinden devam etmesi sağlanır.

7.6.MALZEMELERİN SAYIMI, BAKIMI VE KONTROLÜ :

7.6.1. MSÜ’de kullanılan çift kapılı yıkama ve dezenfektör cihazı ile ultrasonik yıkama cihazının günlük bakım ve temizliği bölümde görevlendirilen personeller tarafından yapılır. Cihazların yılda 1 kez yetkili firma tarafından kalibrasyonları yapılır ve dosyalanır. Ayrıca bakım sözleşmesi yapılan firma 2 ayda bir bakımlarını yapar, acil bir arızada 24 saat içerisinde müdahale eder ve arızayı giderir. Bütün bu işlemlerin kayıtları dosyalanır.

7.6.2. Sınıflarına göre ayrılan malzemeler kendi bölümlerine konulur.

7.7. PAKETLENMESİ, STERİL EDİLMESİ VE DEPOLANMASI:

7.7.1. Aynı özellikteki malzemeler bir araya getirilerek paketlenmelidir. Tekstil malzemeler, diğer cerrahi malzemelerden ayrı bir yerde katlanarak hazırlanmalı ve paketlenmelidir.

7.7.2. Ayrılabilir parçalar ayrılmalı, bağlantılar gevşetilmeli, klemp gibi kilitli malzemelerin kilidi açık bırakılmalı ya da ilk kilit pozisyonunda bırakılmalıdır.

7.7.3. Keskin ve sivri aletlerin paketi delebileceği düşünülerek veya ucu hassas aletleri korumak amacıyla kullanılan koruyucu materyaller aletin çevresini çok sıkı sarmamalı, sterilizasyonu engellemeyecek şekilde korunma sağlamalıdır.

7.7.4. Cerrahi aletlerden oluşturulan setler, tel sepetlere düzgünce dizilir ve konteynırlara konulur. Yeterli hava akımını sağlamak ve kurutmayı kolaylaştırmak için tepsinin tabanına havlu ya da yumuşak pet yerleştirilmelidir. İçi boş tas gibi malzemeler açık yüzeyi aynı yöne ve aşağıya bakacak şekilde hazırlanmalıdır. Set içinde içi boşluklu malzeme fazla ise buhar dolaşımını engellemeyecek şekilde ayırıcılar kullanılmalıdır. Aletleri bir arada tutmak için lastik şeritler ya da bant kullanılmamalıdır.

7.7.5. Konteynırların kapak bölümlerinde havalı filtre kullanılmaktadır. Konteynırlar filtreli konteynır olarak kullanılmamaktadır.

7.7.6. Paket boyu; 30cm x 30cm x 60 cm’lik ölçüyü, ağırlığı; 5,5 kg’ı, tepsi paketlerin ağırlığı; 7,5 kg’ı, tas paketlerin ağırlığı; 3,5 kg’ı geçmemelidir.

7.7.7. Tekstil paketleme malzemeleri ilk kullanımdan ve tekrar kullanımdan önce yıkanmalıdır.

7.7.8. Sterilizasyon ruloları:

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	6 / 13

- Kesenin başı ve sonu kâğıt kapatma makinesi ile kapatılır.
- Sterilizasyon indikatörü kullanılan yönteme uygun olarak görünür bir şekilde paket içine yerleştirilmelidir.
- Paketlenen materyal paketin içinde rahat hareket edebilecek şekilde olmalıdır.
- Paketlenmiş aletler sepetlere dikey şekilde ve sıkışık olmadan, aralarına el girebilecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Yalnızca bir kez kullanılmalıdır.

7.7.9. Tekstil bohçaları ve cerrahi alet setlerinin paketlenmesinde en çok uygulanan sarma tekniği zarf ve koli şeklinde katlamadır.

7.7.10. Tüm paket ve bohçaların içinde kimyasal sterilizasyon indikatörleri, üzerinde ise otoklav paket bandı bulunmalıdır.

7.7.11. Isıya dayanıklı kritik ya da yarı kritik aletler paketlenerek buhar sterilizasyon gönderilmelidir.(buharlı otoklav)

7.7.12. Isıya dayanıklı olmayan kritik ve yarı kritik aletler paketlenerek hidrojen sterilizasyonuna gönderilmelidir.

7.7.13. Sterilizasyon işlemine girmeden önce hazırlanan paket üzerine hazır etiketlerle etiket bilgileri yazılmalıdır. Etiket bilgileri; sterilizasyon tarihi, protokol numarası, kontrol verileri, sterilizatörü tanımlayan numara ve paketin içeriği belirtilmelidir.

7.7.14. Paket ve torbaların kapatılmasında paketin bütünlüğü korunmalıdır. Paket kapatmada ısı ve otoklav paket bandı kullanılabilir; paketleri kapatmada asla iğne, zımba gibi deliciler, basıya neden olabilecek bağcıklar ve ipler kullanılmamalıdır.

7.7.15. Steril malzemeler steril depoda kendi bölümlerine yerleştirilerek bölümlere teslim aşamasına getirilir.

7.7.16. Yanlışlıkla açılan paketler ve hasarlı olup fark edilmeden açılan paketler nonsteril kabul edilip, açılmış olduğu iyice belli edilmelidir. Tekrar temizlenip, paketlenip, steril edilmelidir.

7.7.14. Paket içeriğinin uygun hazırlanmaması; iyi temizlenmemesi, nemli olması, yetersiz kapatma, taşıma sırasında yapılan hatalar steril stokları tehlikeye sokar.

7.7.15. Yanlış paketlenme, hasar almış paket, indikatörü olmayan paket, etiket bilgileri olmayan paket, ıslak paketler, aşırı sıkışan paketler, kirli yüzeye temas eden, yere düşen paketler kontamine kabul edilmelidir.

Buhar otoklavına konulan malzemelerin buhar otoklav kullanım formuna (GN.FR.486) kayıtları yapılır. Otoklava konulan her malzemenin içerisine kimyasal indikatör konulur. Malzemenin üzerine kontrol bandı yapıştırılır ve bir tane kontrol bohçası hazırlanır. Eğer malzemeler arasında konsinye malzemeleri varsa mutlaka Biyolojik İndikatör kullanılır. Otoklav döngüsü başlatılır ve döngü sonunda cihazın verileri kontrol

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	04
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	7 / 13

edilir ve çıktısı forma iliştilir. Biyolojik indikatör kırılarak inkübasyona konulur, 1saat sonrasında takibi yapılır. Takibi yapılan biyolojik indikatör sonucu forma iliştilir. Eğer herhangi bir üreme olursa kullanılmayan malzemeler toplatılarak tekrar steril edilir kullanılan malzeme varsa bölüm uyarılarak uygun tedavinin başlanması sağlanır. Otoklava atılan deneme bohçasının kontrolleri yapılır.Malzemelerdeki bantlar kontrol edilir ve her malzeme kendi rafına ve sepetine konulur. Kontrol bohçasındaki indikatör kontrol edilir .

7.7.16. Hidrojen peroksit cihazına atılacak malzemeler tek tek uygun malzeme ile paketlenir ve içerisine kimyasal indikatör konulur. Her kullanımda biyolojik indikatör atılır. Malzemelerle birlikte test paketi hazırlanır ve döngü sonunda kontrolü yapılarak plazma sterilizatör yük kontrol formuna (GN.FR.659) iliştilir.Forma malzemeler kayıt edilir. Cihaz çalıştırılır. Döngü sonunda makinenin çıktısı ve takip edilen biyolojik indikatör sonucu iliştilir. 1 saatlik çalışma ve havalandırma sürecinin sonunda cihazdan malzemeler alınır ve bölümlerine ait sepetlere konulur. Biyolojik indikatör tüpü kırılır ve inkübatör'e konulur, 24 saatlik takibin arkasından sonuç forma iliştilir. Eğer herhangi bir üreme olursa kullanılmayan malzemeler toplatılarak tekrar steril edilir kullanılan malzeme varsa bölüm uyarılarak uygun tedavinin başlanması sağlanır.

7.7.17. Steril olmuş malzemeler bölümlere teslim edinceye kadar steril depoda kendi bölümlerine yerleştirilir.

7.8. KULLANIM ALANINA TRANSFERİNE KADAR STERİLİTENİN KORUNMASI:

Steril olmuş malzemelerin dışarıya taşınması ve nakledilmesinde taşıma paketleri ve kapalı taşıma araçları kullanılır. Kullanılan araçlar sadece bu amaçla kullanılmalı, temiz ve kuru tutulmalıdır. Malzemeler ameliyathane gibi temiz alanlara gireceği zaman taşıma paketi açılmalıdır. Steril malzemeler her teslimde temizlik, paketleme ve içerik açısından kontrol edilmeli ve kayıtlar tutulmalıdır.

7.8.1. Depoya girişte temiz giysi, bone giyilmeli, el temizliğine dikkat edilmelidir.

7.8.2. Açık yarası ve cilt lezyonu olan personel, iyileşene kadar depoda çalıştırılmamalıdır.

7.8.3. Steril malzemeler açık raf kullanılıyorsa zeminden en az 20–25 cm, tavandan 45–50 cm uzaklıkta saklanmalıdır.

7.8.4. Oda ısısı 22°C, nem oranı %60 oranında olmalıdır.

7.8.5. Depolama alanı doğrudan güneş ışığı almamalıdır.

7.8.6. Depo tavanı ve duvarında toz tutucu çıkıntılar olmamalıdır.

7.8.8. Zemin kolay temizlenebilen bir malzeme ile kaplı olmalıdır.

7.8.9. Paketler pencere eşiklerine, raflara yerleştirilenler de duvarlara temas etmemelidir.

7.8.10. Malzemeler paketin kırılmasını, eğilmesini, sıkışmasını, delinmesini engelleyecek şekilde yerleştirilmelidir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	8 / 13

7.8.11. Steril malzemenin raf ömrü; paketlenme malzemesinin kalitesine, paket tasarımına, paketin kapatılma şekline, dış etkenlere, saklama ve depolama koşullarına, paket içeriğinin bozulma olasılığına, taşıma sırasındaki koşullara ve elle dokunma sıklığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Paketleme materyalleri ile steril edilen ürünlerin kullanım süreleri:

Çift kat wrap ile paketlenmiş ürün: **30Gün**

Çift kat tekstil ile paketlenmiş ürün: **30Gün**

Tekstil ve wrap ile paketlenen ürün: **30Gün**

Sterilizasyon poşeti (rulosu) ile paketlenen ürün: **6Ay**

Çift Sterilizasyon poşeti (rulosu) ile paketlenen ürün: **6 Ay**

Cerrahi konteynir ile kapatılmış ürün: **1 Yıl**

Propilen tyveck poşet (rulo) ile paketlenen ürün: **1Yıl**

7.9.YIKAMA,PAKETLEME VE STERİLİZASYONUN ETKİNLİĞİNİN KONTROL

7.9.1Malzeme Transfer ve Teslim Faaliyet Akışı maddelerine göre üniteye kabul edilmiş kirli malzemelerin yıkama ve sterilizasyon işlemleri sonucunda işlemlerin doğru gerçekleştiğinin ve etkinliğinin yeterli olup olmadığının kontrolü bu kurallara göre yapılır.

7.9.2.Malzemelerin Ön Temizliği ve Dekontaminasyonu maddelerine göre işlem görecektir kirli malzemelerin işlem sırasında ve sonrasında yapılan testler ile yıkama ve dekontaminasyon işlemlerinin etkinliği kontrol edilir.

Yıkama ve dekontaminasyon işlemlerinde kullanılan testler:

a)Yıkama Etkinlik İndikatörü

b)Protein Kalıntı Test İndikatörü

7.9.2.1Yıkama etkinlik indikatörü “**Merkezi Sterilizasyon Ünitesi İndikatör Kullanımı Talimatı**”na göre kullanılır ve sonuçları “Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Termal Dezenfektan Yıkama Makinesi Etkinlik Formuna işlenir.

7.9.2.2Protein kalıntı testi indikatörü, haftada bir gün tüm dezenfektörlere yapılır”Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Protein kalıntı test Formuna işlenir.

7.9.3.Sterilizasyon Uygulamalarının Etkinliğinin Kontrolü

7.9.3.1.Sterilizasyon süreci

7.9.3.2.Kontamine alet ve malzemelerin teslim alınması prosedürün **Malzeme Transfer ve Teslim maddeleri** doğrultusunda yapılır.

7.9.3.3. Alet ve malzemelerin dekontamine edilmesi prosedürün **Malzemelerin Ön Temizliği ve Dekontaminasyonu maddeleri** doğrultusunda yapılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	9 / 13

7.9.3.4.Alet ve malzemelerin sayımı, bakımı ve kontrolü prosedürün **Malzemelerin Sayımı Bakımı ve Kontrolü maddeleri** doğrultusunda yapılır.

7.9.3.5. Paketlenmesi ve sterile edilmesi prosedürün **Paketleme Sterilizasyon ve Depolama maddeleri** doğrultusunda yapılır.

7.9.4.Buhar Sterilizasyonu Kontrol Ve Etkinliği:

Buhar sterilizasyonu yüksek ısıda (121-134oC),standart sürelerde ,basıncı buhar ile sterilizasyon işleminin gerçekleştirilmesidir. Isıya ve neme dayanıklı bütün malzemeler buhar sterilizatöründe steril edilir.

Cihazlar dört ayrı test ile kontrol edilir.

- a) Kaçak Hava Testi
- b)Bowie-Dick Test
- c) Yük Kontrol Test
- d) Biyolojik Test

7.9.4.1.Kaçak Test: Vakum kaçaklarını gösterir. Buhar otoklavı için haftanın ilk günü pazartesi ilk çevrim başlamadan önce cihaz boş iken uygulanır. Bu testin amacı; otoklavdaki vakum kaçaklarını tespit etmektir. Bu testin olumlu sonucu kaçak olmadığını gösteren cihaz çıktısı ile anlaşılır. Testin sonucunda kaçak olduğu tespit edilmişse olumsuz kabul edilir ve çevrim başlamadan ilgili firmaya haber verilir.

7.9.4.2.Bowie Dick Test: Buhar otoklavı için her gün sabah ilk çevrim başlamadan önce cihaz boşken uygulanır. Bu testin amacı; otoklavdaki havanın tamamen tahliye edilip edilmediğini denetlemektir. Küçük bir hava kabarcığı dahi sterilizasyonun bazı paketlerde gerçekleşmesine engel olabilir. Diğer yandan bowiedick testleri hava tahliye bakımındaki potansiyel problemlere de işaret edeceğinden önemli bir testtir. Olumsuz çıkan (istenilen renk değişimi olmayan) testlerde cihaz kullanılmaz ve teknik ekibe haber verilir. Test her koşulda otoklav kontrol ve yükleme formuna yapıştırılır.

7.9.4.3.Yük Kontrol Testi:Her gün her yükte alet ve malzemeler ile birlikte uygulanır.Cihazın orta kısmına gelecek şekilde yerleştirilir.Program başlatılır ve program bitiminde test sonucu ve işlemin doğru olarak gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol edilip dökümante edilir.

7.9.4.4.Biyolojik Test: Buharlı otoklavlar, için rutin uygulamada haftada bir defa (pazartesi),cihazın tamir ve bakımından sonraki ilk çalıştırmada biyolojik test uygulanır. implant içeren her yükte biyolojik test tekrarlanır.Biyolojik indikatör yük arasına görülebilecek biçimde yerleştirilir.İndikatör üzerinde sterilizatör no ve tarih belirtilir.Sterilizatör çalıştırılır. Program bitiminde testler inkübatöre yerleştirilir. 1 saat sonra sonuç alınır. Test kontrolü ve kaydı sterilizasyon personeli tarafından yapılır. Hidrojen için her çevrimde biyolojik test uygulanır 24 saat sonra sonuç alınır. Test kontrolü ve kaydı sterilizasyon çalışanı tarafından yapılır.

7.9.4.5. indikatör Kullanımı:

Buhar otoklavı ve hidrojene uygun kimyasal ve biyolojik indikatörler kullanılmaktadır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	10 / 13

7.10.YIKAMA, PAKETLEME VE STERİLİZASYON SÜRECİNDE KULLANILAN CİHAZLARIN GÜNLÜK TEMİZLİĞİ VE DÜZENLİ ARALIKLARLA BAKIMI

7.10.1. Ünite içerisinde kullanılan otoklav cihazlarında günlük bakım işleminde birinci safha cihaz göstergelerinin, program işleyişinin kontrolüdür. Sabah cihazlar ilk çalıştırıldığında göstergeler kontrol edilir. Cihaz çıktıları ve/veya sıcaklık, nem ve basınç göstergeleri sterilizasyon program süresince takip edilir.

7.10.2. Otoklavdaki havanın tamamen çıktığı ve havanın tekrar girmediği sabah ilk olarak kaçak testi ile kontrol edilir. Sonuç olumlu ise Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Buhar Dökümantasyon Formu'na cihaz program çıktısı zımbalanır ve formda bulunan kaçak test bölümü doldurulur.

7.10.3. Doymuş buharın içeri düzgün bir şekilde girip girmediği Bowie-Dick testi ile kontrol edilir. Bunun için Bowie-Dick testi ön ısıtma işleminden sonra sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliyesi veya vakum pompasına en yakın yere konur. Test için özel program da veya 134 0 C'de 3,5 dk süreye ayarlanarak otoklav çalıştırılır .Program bitiminde renk değişimi kontrol edilir. Bu işlem her gün sabah ilk kullanımdan önce yapılır.

7.10.4. Renk değişimi homojen değilse vakum pompalama sistemi yetersizdir, otoklav da sızıntı vardır, aşırı ısıtılmış veya su damlacıkları içeren buhar vardır veya yoğunlaşmayan gazlar vardır. Bu durum da biyomedikal birimi ile görüşülerek cihazın bakımı sağlanır.

7.10.5. Kullanılan Bowie- Dick "Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Buhar Dökümantasyon Formu" na zımbalanır ve form da bulunan Bowie-Dick test bölümü doldurulur.

7.10.6. Buhar otoklavlarının haftalık olarak iç kazanları nemli bir bezile silinerek temizlenir.

7.10.7. Cihazların rutin bakım kontrollerinin biyomedikal tarafından yaptırılması kontrol edilir.

7.10.6. Hidrojen peroksit cihazları ilk çalıştırmada göstergeler kontrol edilir cihazın hazır olup olmadığı kontrol edilir.

7.10.7. Hidrojen peroksit cihazı haftada bir kez iç haznesi nemli bezile silinir.

7.10.8. Yıkama dezenfektör cihazları ilk çalıştırmada göstergeler kontrol edilir ve cihazların solüsyonlarının eksik olup olmadıkları kontrol edilir.Eksik solüsyon varsa üstü tamamlanmaz yenisi ile değiştirilir.

7.10.9. Kullanılan cihazların kalibrasyonlarının takibi biyomedikal tarafından yaptırılması takip edilir.

7.10.14. Kapama cihazları haftada bir kez içlerindeki tozları alınır ve yazıcı kartuşları günlük kontrol edilir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	11 / 13

7.11. PERSONEL SAĞLIĞI VE EĞİTİMİ

Eğitim konuları :

- Temel mikrobiyoloji
- Enfeksiyon bulaşma yolları, enfeksiyon kontrol önlemleri ve bağışıklama
- El hijyeni
- MSÜ iletişim
- Asepsi, temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon kuralları
- Teknik ve mimari donanım
- MSÜ alanları, kıyafetler ve sağlık kontrolleri
- Cerrahi alet çeşitleri ve sınıflandırılması
- Temiz ve kirli malzeme transferi
- Dezenfeksiyon uygulamaları
- Dezenfektan solüsyonlar, enzimatikler ve bakım malzemeleri
- Temizlik, dekontaminasyon , alet kurulama ve bakım
- Paketleme materyalleri ve paketleme teknikleri ve cihaz yükleme prensipleri
- Sterilizasyon yöntemleri
- Sterilizasyon işlem aşamaları ve monitörizasyon
- Malzemelerin depolanması, raf ömürleri
- Güvenlik önlemleri
- Validasyon
- Performans testleri ve kayıt sistemi

7.11.1.İşe yeni başlayan elemanların genel sağlık muayenesine ek olarak rutin kan sayımı ve biyokimyasal incelemeleri, işitme testi yapılır ve Hepatit B ve tetanoz aşılamaı uygulanır. Sağlık kontrolleri her yıl tekrarlanır.

7.11.2.El hijyeni

Sterilizasyon Ünitesi çalışanları **El Hijyeni Talimatına** göre el hijyeni yapmalıdır.

7.11.3.Temizlik

Sterilizasyon ünitesinin yer ve yüzeylerin temizliği **Risk Düzeyine Göre Temizlik Planına** göre yapılmalıdır.

7.12.TEKRAR KULLANILABİLEN MALZEMELER

“Reusable” malzeme, Tekrar kullanılabilen, genellikle metal, cam, lastik veya kumaştan. yapılmış malzemelerdir. Üretici tarafından tekrar kullanılabilir olduğu belgelenir. Hastalarda kullanılmadan önce temizlenir, steril edilirler. Başlangıçta alım maliyeti yüksek olabilir,

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	12 / 13

tekrarlanan kullanımlar sonucu ortalama maliyetleri düşük olur. Bu aletler uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerine dayanıklı olduğu için farklı hastalar arasında kullanılabilirler.

7.13.HİZMETİN AKSAMASINA NEDEN OLAN DURUMLARIN VARLIĞINDA (ELEKTRİK VE SU KESİNTİSİ, CİHAZ ARIZALARI GİBİ)İZLENMESİ GEREKEN YOL

7.14 MSÜ'DE OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

- Yangın söndürme tüpleri ve yangın söndürme hortumları olağanüstü durumlar için hazır bulundurulur ve eğitimi verilir.
- Acil durumlarda koridor ve çıkışlarda tahliye engeli olabilecek araçlar bulundurulmaz.
- Elektrik kesintisi olduğu durumlarda kesintisiz güç kaynağı her an kullanıma hazır bulundurulur. Su arıtma cihazına normal şebekeden su alabilmesi için uygun düzenleme yapılır.
- Olağanüstü durumlarda hizmetin aksamaması için şehirdeki diğer devlet hastanelerinden hizmet alımı için anlaşması yapılır.

7.14.1.Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde cihazların bakım ve onarımı hastanemiz bakım anlaşması doğrultusunda planlı bir şekilde takip edilir.

M S Ü de cihaz arızası durumlarında önce teknik servise bildirimde bulunulur ,Hastane teknik servisi tarafından yapılamayan arızalar ,bakım onarım anlaşması yapılmış firma çağırılarak bakım ve onarımın gerçekleşmesi sağlanır.

7.15.STERİLİZASYON HİZMET ALIMİ SÖZ KONUSU İŞE KONTROLLERİN KAPSAMI, KONTROL ARALIKLARI VE SORUMLUSU:

Hastanemizde sterilizasyon hizmetleri hizmet alımı şeklinde değil.

7.16.ÖDÜNÇ SET VE MALZEMELERİN STERİLİZASYON SÜRECİ

Ödünç (konsinye) set ve malzemeler” Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hastanesi Konsinye Set ve Malzemelerin Dekontaminasyonu ve Sterilizasyonu Talimatı” na göre hazırlanır ve depolanır. Firmalar konsiye setlerini **Konsinye Malzeme Teslim Formuyla** temiz ve paketlenmiş olarak(sterilizasyon personeli gözetiminde) teslim ederler. Steril olan konsinye setler Konsinye Defterine kayıt edilerek firmaya teslim edilir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	DS.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	STERİLİZASYON HİZMETLERİNE İLİŞKİN SÜREÇ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	13 / 13

8. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- **DS.FR.37 Konsinye Malzeme Teslim Formu**
- **DS.FR.33 Set Kontrol Fişi**
- **GN.FR.486 Buhar Otoklav Kullanım Formu**
- **DS.FR.39 Plazma Sterilizatör Yük Kontrol Formu**
- **GN.FR.489 Alet Ve Malzeme Teslim Formu Teslim Defteri**
- **DS.FR.42 Termal Dezenfektan Yıkama Makinesi Etkinlik Formu**
- **DS.FR.47 Protein Kalıntı Test Formun**
- **DS.FR.46 Revers Osmos Su İletkenlik Takip Formu**
- **DS.FR.45 Sterilizasyon Sıcaklık Ve Nem Takip Formu**
- **DS.PL.01 Risk Düzeyine Göre Temizlik Planı**

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim