1.AMAÇ: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesine alınan her hastanın tedavi ve bakımlarının en iyi düzeyde yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM : Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

3. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

ASKOM: İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu

AKS: Akut Koroner Sendrom

HBTC: Hasta Başı Test Cihazı

CVP: Cantral Venöz Basınç

EKG: Elektrokardiyogram

SGA: Subjektif Global Değerlendirme

GİS: Gastrointestinal Sistem

GKS: Glaskow Koma Skalası

NİBP:İnvaziv Olmayan Kan Basıncı

ESPEN: Avrupa Klinik Nütrisyon Ve Metabolizma Cemiyeti

NRS 2002: Nütrisyonel Risk Taraması

4.TANIMLAR

Yoğun bakım: Hayatı tehdit eden bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, esas neden olan durumun ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesine, bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere, her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan, bilgi ve yetenekleri buna uygun doktor ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünitedir.

Epikriz: Hastaneden çıkarken verilen ve hastalığın özelliklerini, seyrini, yapılan tetkik ve tedavi ile ilgili bilgileri ve hasta ile ilgili nihai kararları içeren belge.

Order: Doktorun yazılı olarak verdiği tedavi planı

5.SORUMLULAR

- Sorumlu Öğretim Üyesi,
- Asistan Doktor,
- Sorumlu Hemşire,
- Hemşire,
- Acil Tıp Teknisyeni,
- Sağlık Memuru,
- Hasta Bakıcı,
- Temizlik Personeli,

- Sekreter,

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. HASTA KABULÜ

6.1.1. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Sevkinin Yapıldığı Yerler:

- Poliklinikler
- Acil Servis
- Servisler (Klinikler)
- Başka hastaneler (Acil servis aracılığıyla)
- Ameliyathane
- İl dışı

6.1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Hasta Kabul Kriterleri:

- Solunum desteği (invaziv – noninvaziv) ihtiyacı olan bütün hastalar
- Yakın monitörizasyon takibi gerektiren hastalar (beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi hastaları vs)
- Solunum sıkıntılı, hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar
- Yeniden canlandırma yapılan hastalar
- Metobolik ve beslenme sorunu olan hastalar
- Bilinci kapalı yoğun takip ve tedavi gerektiren hastalar
- Postoperatif hayati risk taşıyan hastalar
- Multitravmalı hastalar
- Multiorgan yetmezliği olan hastalar
- Yakın ve yoğun takip gerektiren hayati risk taşıyan hastalar (intoksikasyon, organ yetmezliği, hemodinamik bozukluklar vs)
- Kafa Travmaları

6.1.3.Yatış Öncesi İşlemler:

- Hasta, hekim tarafından değerlendirilir. Hekim yoğun bakım öğretim üyesi ile görüşerek hastanın yatışını planlar.
- Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için, hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(Oksijen, monitörizasyon, infüzyon pompası, kataterizasyon,solunum cihazı v.b)
- Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

6.1.4. Kayıt Süreci :

- Sekreter tarafından hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır.
- Hastanın **Protokol Defterine** kaydı yapılır.

- Hekim tedavi planında hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.Bilgisayara hastaya ait tedavi planında bulunan ilaç-malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.
- Hasta kimlik tanımlayıcı hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

6.2. HASTANIN TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastanın yoğun bakıma kabulünden sonra muayene edilerek gerekli laboratuar ve görüntüleme tetkikleri izlenir.
- Sonuçları ile beraber tekrar değerlendirilir.
- Gerekli ise ilgili bölümlerden konsültasyon istenir.
- Tedavisi planlanır.

6.3. BAKIMIN PLANLANMASI VE İZLENMESİ

- Doktor orderi, **Hemşire Gözlem Formuna** kaydedilir ve tedavi saatleri düzenlenir.
- Hastanın ihtiyacına göre ağzı, yüzü ve tüm vücut bakımı yapılır.
- Haftada bir veya ihtiyaca göre saç ve vücut banyoları yaptırılır.
- Hastaya günde iki defa veya gerektikçe ağız bakımı yapılır.
- Hastanın 4 saatte bir aspirasyonu yapılır, ihtiyaca göre aspirasyon sıklığı değiştirilir.
- Kateter, entübasyon tüpü, trakeostomi bakımları yapılır.
- Hastaya pozisyon verilmesinde sakınca yoksa 2 saatte bir pozisyon verilir.
- Doktor istemine göre kan ve diğer tetkikler için numune alınır.
- Bütün bu yapılan işlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.

6.4. HASTA TRANSFERİ

- Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
- Şuuru açılıp, yer ve zaman kavramı doğal hastalar,
- Hayati işlevleri durağanlaşan hastalar,
- Organ fonksiyonları normale dönen hastalar,
- Kalp-damar sistem bulguları durağanlaşan hastalar başka birimlere transfer edilebilir.
- Durumlarına göre servis veya yoğun bakım için yatak sorgusu yapılır.
- Hastanın şuuru açıksa hastaya bilgi verilir.
- Eğer servise çıkacak ise refakatçi gerekeceğinden hasta yakınlarına durum bildirilir.
- Hasta taburcu edilecekse hasta yakınları çağrılır. Çıkış işlemleri yapıldıktan sonra hasta tekerlekli sandalye, sedye veya yatakla personel eşliğinde çıkarılır.
- Nakil durumunda hasta transfer formu doldurulur.
- Nöbetçi doktor tarafından epikrizi yazılır, imzalanır ve dosyaya konulur.
- Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis veya yoğun bakım hemşiresine hasta teslimi yapılır.
-

6.5. TABURCULUK

- Yoğun bakım hemşiresi tarafından hastada var olan invazif kateterler çekilir ve hasta giydirilir. Hastanın epikrizi ile hasta talep ederse hastanede yapılan tüm tetkiklerin birer kopyasını hastaya verir.
- Yoğun bakım hemşiresi hastaya taburculuk eğitimi verir. **Hasta Taburcu Ve Eğitim Formu** iki nüsha halinde doldurur. Bir nüshasını hastaya verir, bir nüshasını da hasta dosyasına koyar.
- Hastanın evde kullanması gereken ilaçlar ne sıklıkta kullanacağı, hangi bölümlerin kontrolüne gideceği yoğun bakım asistan doktoru tarafından hastaya anlatılır.
- Taburcu olan hastaların taburculuk işlemleri HBYS üzerinden sekreter tarafından yapılır.

6.6. KURUM DIŞI SEVK PROSEDÜRÜ

- Başka hastaneye gönderilmesi gereken hastalar için ASKOM birimiyle irtibata geçilir ve yer ayarlanması talebinde bulunulur. Klinik durum halinde ASKOM aracılığı ile yoğun bakım doktoru merkezdeki doktor ile temas kurarak hastanın durumu hakkında bilgi verir. Gerekli evraklar doktor ve sekreter tarafından doldurulur. Transfer edilecek hastanın klinik seyrini de içeren ayrıntılı epikriz hastayla beraber gönderilir.
- Hasta transferleri ASKOM aracılı ile 112'den gelen ambulans çalışanları tarafından yapılır.
- Doktor tarafından sağlık tesisleri arası vaka talep ve nakil formu 2 nüsha halinde doldurulur. Bir formu hasta epikrizi ile beraber sağlık görevlisine verir.Diğer nüshası ise hasta dosyasına konulur.

6.7. KLİNİK SÜREÇLER

6.7.1. Monitörizasyon

- Cihazın fişinin prize takılı olup olmadığı kontrol edilir (sürekli olarak güç kaynağına takılı bulunması gerekir).
- Hasta kablolarının cihaza takılı olup olmadığı kontrol edilir.
- Cihaz açılarak, cihazın çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
- Elektrotlar hastaya takılır (sağ ve sol üst göğüs ve sol alt göğüs olmak üzere).
- EKG bağlantı kablolarını sağ üst kırmızı, sağ alt siyah, sol üst sarı, sol alt yeşil, orta kısım beyaz olacak şekilde elektrotlar takılır.
- Tansiyon aleti marşonu hastanın uygun koluna takılır.
- Saturasyon probu kırmızı ışık tırnak üzerinde olacak şekilde hastanın parmağına takılır.
- Derece probu hastanın koltuk altına yerleştirilir.
- Parametreler ;(EKG vb.) üzerinde gerekli ayarlar yapılır.
- Cihazda, anormallik var ise teknik servise haber verilir.
- Cihaz bir sonraki kullanım için hazır hale getirilir.
- Cihazın güvenliğine dikkat edilir.

6.7.2. Ventilatördeki Hasta İzlemi

- Yoğunbakım ünitesinde hasta entübasyon kararı yoğun bakım öğretim üyesi veya yoğun bakım doktoru tarafından verilir.

Entübasyon kriterleri:

- Hava yollarının korunması
- Sekresyon temizliğinin yapılması
- İnvazif mekanik ventilasyon gereksinimin doğması

Entübe olan hastanın mekanik ventilatöre bağlanma kriterleri:

- Solunum işindeki artmanın solunum yetersizliğine neden olma eğilimi
- Solunum yetersizliğin olması
- Solunum durması

- Entübe olan ve mekanik ventilatör desteği olan hastalar yoğun bakım doktoru tarafından mekanik ventilatöre bağlanır. Ventilatör parametreleri modu hastanın bilinç durumuna, kan gazı parametrelerine ve klinik tanıya göre ayarlanır

  - Kan gazında istenen parametreler: PH:7.35-7.45 PC02:35-45 mmhg
  - Baz açıklığı:-2.5 ile 2 arasında olmalıdır

- Entübe olan hastada iş tanımlaması
- Doktor, entübe olan ve mekanik ventilasyona bağlanan hastanın solunum seslerini dinler ve her iki akciğerin solunuma eşit katıldığından emin olur.
- Endotrakeal tüpün dudak kenarı, hemşire tarafından **Hemşire Gözlem Formuna** kaydedilir.
- Her şifte hemşire tarafından dudak kenarı kontrol edilir. Tüp dislokasyonları varlığında endotrakeal tüp önceden belirtilen seviyeye getirilir: Hemşire orofarinksi aspire eder ve endotrakeal tüpü serbeste alır. Doktor balonu indirir ve tüpü belirtilen seviyeye geri çeker ve ya ileri iter. Takibinde hemşire yeniden endotrekeal tüpü bağlarla sabitler.
- Yoğun bakım doktoru hastanın solunum sesleri değerlendirilir, göğüs hareketlerin ventilatörle olan uyumunu gözler. Hasta ventilatör uyumsuzluk nedenlerini araştırır ve ihtiyaç halinde hastanın sedasyonuna karar verir.
- Mekanik ventilatör monitöründen hastaya verilen ve hastadan çıkan verileri (Tidal volum, dakika vetnilasyonu, solunum sayısı, zirve basıncı, plato basıncı…) kontrol eder. Verilerin birbiriyle olan uyumsuzluk hallerinin nedenini araştırırı ve gerektiğinde müdahalede bulunur.
- Kan gazı sonuçlarına, hasta kliniğine ve ventilatör verilerine göre mekanik ventilator parametrelerini ayarlar.
- Mesai saatleri içinde ventilatör ayarları ve ventilatörle ilişkili problemlerin çözümü yoğun bakım

öğretim üyesi veya yoğun bakım uzman doktoru tarafından yapılır. Mesai saatleri dışında nöbetçi asistan doktor tarafından ayarlar yapılır ve ihtiyaç halinde öğretim üyesi veya uzman doktor aranır.

➢ Hemşire tarafından sekresyonun durumuna göre endotrakeal tüp aspirasyonu yapılır. Her şiftte hastayı teslim alan hemşire yatak başı panelde bulunan merkezi sistem aspiratörünü kontrol eder.

➢ Entübe hasta başında bir ambu ve maske hazır bulunur. Her şiftte çalışıp çalışmadığı hemşire tarafından kontrol edilir.

➢ Entübe hastada enteral beslenme öncelikle tercih edilir. Enteral beslenme intoleransı olan veya GİS problemi olan hastalarda parenteral beslenme verilir. Beslenme türü ve kalori miktarı doktor tarfından belirlenir ve order olarak verilir, hemşire tarafından uygulanır.

➢ Mekanik ventilatöre bağlı hastanın güven ve konforunu sağlamak ve enfeksiyon riskini azaltmak için uyulması gereken kurallar.

a-) Hastaların entübasyon tüpü ve trekeostomi cuff basıncı manometreyle günlük ve tüp balonuna yapılan her müdahale sonrasında ölçülmesi. Basıncı düşük olanların balonları şişirilmesi, yüksek olanların ise indirilmesi

b-) Hasta gövdesinin >30 derecede tutulması

c-) Enteral beslenen hastalarda rezidü takibi yapılması

d-) Hastanın başında çalışır durumda ambunun hazır bulundurulması

e-) Ajitasyonu ve mekanik ventilatör uyumsuzluğu olan hastaların sedasyonun sağlanması

f-) Self ekstübasyonların gelişmemesi için hasta kısıtlanmasının, sedasyonun ve diğer güvenlik önlemlerin alınması

g-) Aspiratörlerin çalışır halde bulunması

h-) Hastaya dokunulmadan önce ve sonrasında el yıkama talimatına uyulması.

ı-) Nemlendirici ve bakteri filtresinin kullanılması.

i-) Kirli devrelerin değiştirilmesi

j-) Hastanın steril koşullarda aspire edilmesi

k-) Alveolar plato basıncının < 30 cmH2O olacak şekilde ventilatör parametrelerin ayarlanması

l-) Ağrısı olan hastalara analjezik tedavi verilir

m-) Sedasyon tedavisi uygulanan hastaların günde bir kez sedasyonun kesilmesi ve bilinç durumun kontrol edilmesi

n-) Bilinci açık, oryante ve koopere olan hastalarla iletişim kurulması, durumları hakkında bilgi verilmesi, ağrısı olup olmadığı sorulması. Bilinci açık olan hastaların yakınları tarafından günde bir kez ziyaret edilmesi

o-) Hastalara tam bir vücut bakımı verilmesi.

ö-) Günlük hastalar ekstübasyon açısından değerlendirilmesi.

6.7.3. Sedasyon Ve Analjezi Uygulamasi

- Yoğun bakım da yatan hastaların sedasyon ve analjezi ihtiyaçları hemşireler ve hekimler tarafından izlemleri sırasında günlük değerlendirilir ve yoğun bakımda çalışan doktor tarafından karar verilir.
- Doktor karaciğer ve böbrek hastalığı olan hastalarda sedasyon ve analjezi için doz ayarlanmasına gider ve eliminasyon yoluna göre ilaç türüne karar verir.
- Tedavi planına göre sedasyon ve analjezi için ilaçlar devamlı infüzyon, belirli zaman dilimlerinde ilaç uygulanması veya lüzum halinde (hastanı ağrısına veya anksiyetesine göre) hastaya ilaç uygulanması şeklinde verilir.
- Doktor yazılı orderinde ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini belirtir. Hemşire tarafından ilk tedavisine başlanır. Hemşire ve doktor takibine göre ilaç dozlarında değişikliğe gidilir.
- Sedasyon için Ramsey Sedasyon Skalası uygulanan hastalarda, doktor orderına göre istenilen sedasyon evresi sağlanana kadar ilaç infüzyon dozu hemşire tarafından artırılır ve ya azaltılır.
- Sedasyon tedavisi hastanın kliniğine, alttaki kronik hastalıklarına ve epilepsi hikayesine göre azaltılarak veya birden kesilir. Hastanın ağrısına göre ilaç dozları azaltılır ve ya kesilir. İlacı kesme
- Uygulanan ilaçlar hemşire gözlem formuna ve narkotik ilaç teslim defterine kaydedilir.

6.7.4. Hastayi Ventilatörden Ayirma

- Dolaşım durumu tabii ise
- Batında aşırı şişkinlik yoksa
- Metabolik bozukluk yoksa
- Solunum hareketlerinde düzensizlik yoksa
- Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise

Solunum kriterleri;

- Vital kapasite (ml/kg.)>5
- İnspirasyon gücü (cm H2O) >20
- PH>7.30 Solunum sayısı/dk.<25 (yaşa göre değerlendirilmelidir)
- Dakika ventilasyonu (L/dk)<18

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T tüp ile spontan solunum veya CPAP-PSV modu ile gerçekleştirilir. T tüp ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılma süresi uzatılır ve akciğer fonksiyonlarının spontan ölçümleri tekrarlanır.

- Trakeal tüp çıkarmaya (ekstübasyon) uygun olan hastada bu işleme en erken sürede başlanmalıdır.

- Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.
- Hasta solunum cihazından ayırma yordamına alınır.
- Hayati işlevler ve kan gazları örneği ile hastanın genel durumu değerlendirilmelidir.
- Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.
- Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.
- Hastanın hava yolu temizlenir (aspirasyon/öğürme işlemi)
- Oksijen doygunluğu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.
- Trakeal tüp çıkarma (ekstübasyon) tarih ve saati hemşire hasta takip formuna not edilmelidir.

6.7.5.Risk Değerlendirme Ölçekleri

Düşme Riskinin Önlenmesi

- 2. Ve 3. seviye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek düşme riski önleme talimatına gore gerekli önlemler alınır.
- Yetişkin hastalarda itaki düşme riski değerlendrime ölçeği kullanılarak düşme değerlendirilir. 16 yaş altı hastalarda ise harizmi düşme riski değerlendirme ölçeği kullanılarak hasta değerlendirilir, düşme riski önleme talimatına göre gerekli önlemler alınır

Basi Yarasi Takibi

- Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanılanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için;
- Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüz-gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir,
- Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışıksız olmasına dikkat edilir,
- Sabah - akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır,
- Hastanın alınmasında sakınca yoksa, belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp, 30 dakika oturması sağlanır,
- Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır,
- Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır,
- Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır.
- Enteral paranteral beslenmenin iyi sağlanması.
- Hastanın bası yarası riski norton bası yarası değerlendirme ölçeği ile her mesai değişiminde hemşireler tarafından değerlendirilir.

Bilinç Durumu

➢ Doktoru ve hemşiresi hastaların bilinç durumunu GKS ile değerlendirir. Doktor hasta kabul notunda giriş GKS belirtilir. Takipte GKS'de görülen değişiklikleri izlem formunda belirtir.

Ağrı Takibi

Yoğun bakımda yatan hastaları istirahat ve ve yapılan işlemler esnasında ağrı hissedebilirler. Ağrıya bağlı oluşan stres yanıtın zararlı sonuçları gösterilmiştir.Bu nedenle ağrının değerlendirilmesi önemlidir.Yoğun bakımda ağrının değerlendirilmesi amacıyla Davranışsal Ağrı Ölçeği kullanılır. Ağrı düzenli olarak bu ölçekle değerlendirilir ve tedavi edilir. Bu protollerin kullanımı sonucu yapılan tedavi yoğun bakım yatış ve mekanik ventilasyon süresinde azalma ile ilişkilidir

Davranışsal Ağrı Ölçeği

Alt Ölçek	Tanımı	Puan
Yüz ifadesi	Rahat	1
	Kısmen gergin	2
	Tamamen gergin	3
	Yüzünü buruşturuyor	4
Üst ekstremite	Hareket yok	1
	Kısmen bükülmüş	2
	Parmak fleksiyonu ile tamamen bükülmüş	3
	Kalıcı retraksiyonda	4
Ventilasyon ile uyum	Tolere edici hareket	1
	Öksürüyor fakat çoğu zaman ventilasyonu tolere ediyor	2
	Ventilatörle uyumsuz-çakışıyor	3
	Ventilasyonu kontrol edemiyor	4

Nütrisyon Takibi

- Hasta servise geldiğinde NRS 2002 ile malnütrüsyon durumu değerlendirilir.
- Eğer malnütrisyon varsa beslenmeye hemodinamik durumu stabil ise başlanır.
- Öncelikli olarak enteral beslenme uygulanması planlanır. Hasta 3 gün içerisinde oral beslenme alamayacak ise enteral beslenme başlanır.
- Enteral beslenme standart bir ürünle 15m/h başlanarak 4 saat aralarla gastrik rezüdü kontrolü sağlanır ve hedef kaloriye kademeli olarak gün içeriainde geçilir.
- 1 hafta içerisinde hedef kalorinin %60'ına ulaşılamamışsa ek olarak paranteral beslenme başlanır. Eğer hastanın enteral beslenme almasında kontrendikasyon varsa paranteral beslenme planlanır.
- Hasta haftada bir SGA değerlendirme, azot dengesi, total prealbimin değerleri ile nutrüsyon takibi yapılır.
- Eğer paranteral beslenme alıyorsa günlük trigliserid ve saatlik kan şekeri değeri takip edilir.
- Nütrusyonel gereksinmeler ESPEN rehberine göre hesaplanır.

6.7.6. Skorlama Sistemleri İle Hastaların Takibi

Prognostik (hastalık şiddeti)değerlendirme skorları

- Doktoru tarafından her hastanın ilk 24 saat içindeki en kötü parametreleri dikkate alınarak APACHE II'yi hesaplar ve hasta dosyasına kayıt eder

Organ Yetmezliği tanımlama skorları

- Organ yetmezliği için SOFA skorunu ihtiyaç halinde hesaplayıp dosyaya kaydeder.

Travma Değerlendirme Skorları

Travma hastalarının değerlendirilmesinde birçok travma skoru kullanılır.Glaskow koma skalası ve APACHE2 yoğun bakım hastalarında güvenirliği kanıtlanan skorlardır. Kliniğimizde bunlara ilaveten Revize Travma Skoru ve bunu da kapsayan TRISS kullanılmaktadır.

-Glaskow koma skalası

-APACHE II

-RevizeTravma skoru (RTS)

REVİZE TRAVMA SKORU (RTS)			
Gks	Solunum Sayisi	Sistolik Kan Basinci	Puan
13-15	10-29	>89	4
9-12	>29	76-89	3
6-8	6-9	50-75	2
4-5	1-5	1-49	1
3	0	0	0

Revize Travma Skoru

Glasgow koma skoru

Sistolik kan basıncı(BP)

Solunum hızı

Yaralanma Şiddeti Skoru

Baş ve boyun yaralanması

Abdomen yaralanması

Extremite yaralanması

TRISS (Travma ve Yaralanma Şiddeti Skoru)

Yüz yaralanması

External yaralanması

Toraks yaralanması

Bu sıralama GKS ve RTS ye ilaveten anatomik skorlamayı da içerir.

6.7.7. Sepsis Ve Organ Yetmezliğinin Değerlendirilmesi Tanı Kriteleri

Sepsis de bir çok organ yetmezliği meydana gelir. SOFA skoru solunum sistemi , adrenerjik ilaç infüzyonunda değerlendirildiği kardiovasküler sistem , bilirübin düzeyinin skorlandığı KC plateletlerin değerlendirildiği koagülasyon sistemi , GKS, kreatinin ve idrar çıkışının değerlendirildiği böbrek olmak üzere altı organ sistemini değerlendirmemizi sağlar. Her system 1-4 oranda puanlanır.

SOFA:…… APACHE II:……

	0	1	2	3	4
Solunum (PaO_2FİO_2 mmHg)	>400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Koagülasyon (Trombosit x 10^3/ $mm)^3$	>150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Karaciğer (Bilirubin mg/dl)	< 1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	≤ 12
Kardiyovasküler (Hipotansiyon)	OAB ≥ 70	OAB < 70	Dopamin ≤ 5 veya dobutamine (her doz)	Dopamin ≤ 5 veya Adrenalin ≤ 0,1 Noradrenalin ≤ 0,1	Dopamin > 5 veya > 0,1 Noradrenali > 0,1
Santral Sinir Sistemi (Glaskow Koma Skoru)	15	13 – 14	10 – 12	10 – 12	≤ 6
Ranal (Keratinin mg / dl)	< 1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	2,0 – 3,4	≤ 5
İdrar çıkışı (mc / gün)				< 500 ml	< 200 ml

AKI:…… RIFLE:……

6.7.8. Sepsis Ve Organ Yetmezliğinin Değerlendirilmesi Ve İzlenmesi

6.7.9. İnvaziv İşlemler

Yoğun bakımda yapılan tüm işlemler sterilizasyon şartları hazırlanarak yapılır.

- Entübasyon
- Trakeostomi
- Idrar sondası
- Nazogastrik sonda
- Kateterizasyon (santral diyaliz)
- Invaziv arter kateterizasyonu
- Pulmer arter kateterizasyonu
- Intrakronial basınç monitörizasyonu
- Endoskopik girişimler (bronkoskopi, gastroskopi)

6.7.10.Enfeksiyonlarin Önlenmesi Ve Kontrolü

- Yoğun bakım ünitelerinin temizliği, **Risk Düzeyine Göre Temizlik Planına** göre yapılır.
- Intravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- Hastaya müdehale etmeden once eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.
- Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir.
- Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır.Üreme olup olmadığı takip edilir.
- Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastaların enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.
- Santral kateteri olan hastaların kateterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir.
- İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun görüldüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.
- Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafları değiştirilir.Yatak, monitor kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.
- Nazal oksije kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir. İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.
- Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.
- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.
- Ambular kullanım sonrasında sterilizasyon ünitesine gönderilir.
- Laringoskop bıçak 'blade' kısımları steril edilerek veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.
- YBÜ'de ziyaretçiler için geçerli olan yoğun bakım ziyaretçi kabul kriterlerine uyulur. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenir.

- Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için enfeksiyon hastalıkları doktoru ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.
- İzolasyon gerektiren hastalar için izolasyon talimatına göre gereken önlemler alınır.
- Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar haftada 3 kez veya gerektiğinde enfeksiyon hemşiresi ve doktorları tarafından değerlendirilir. Kateter, idrar sondası ve entübasyon gerekliliği için hastalar tekrar gözden geçirilir. Gerekliliği ortadan kalkan santral kateterler ve sondalar çekilir. Kliniğinde düzleme olan hastanın ekstübasyonu planlanır.
- İlgili enfeksiyon hemşiresi tarafından yoğun bakım enfeksiyonları Tc. **Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişkin Hasta Takip Formuna** kaydedilir.

6.7.11.Rehabilitasyon Süreci

- Yoğun bakımda rehabilitasyon hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre değişir ve bu basit bir mobilizasyon programından mekanik ventilasyondan ayırmaya kadar değişebilir.
- Yoğun bakım ünitesinde rehabilitasyon yaklaşımları fizyolojik ve / veya klinik sonuç ölçümleri ile hasta bireyin en iyi günlük fonksiyonel ve yaşam kalitesi düzeyine ulaştırılmasını hedefler.
- Yoğun bakım ünitesindeki hastalar fizik tedavi doktorları ile konsüle edilerek tedavileri düzenlenir.
- Hastaların fizyoterapistler tarafından her sabah fizik tedavileri yapılır.

6.7.12.Terminal Dönem Hasta Takibi

Terminal dönem hasta takibi, özellikli hasta bakım talimatına göre yapılır.

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- GN.FR.797 Hemşire Gözlem Formu
- GN.FR.601 Hasta Transfer Formu
- GN.FR.1138 Protokol Defteri
- IP.FR.19.02.01 Hasta çıkış özeti(epikriz)
- GN.FR.2275 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Talep Ve Nakil Formu
- TT.206 İzolasyon Talimatı
- TT.231 Özellikli Hasta Bakım Talimatı
- TT.205 Düşme Riski Önleme Talimatı
- GN.FR.952 İtaki II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği
- GN.FR.1052 Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği
- PLN.13 Risk Düzeyine Göre Temizlik Planı
- GN.FR.605 Hasta Taburcu Ve Eğitim Formu
- TT.013 El Yıkama Talimatı
- GN.FR.935 Narkotik İlaç Teslim Defteri
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişkin Hasta Takip Formu
- GN.FR.1229 Yoğun Bakım Ziyaretçi Kabul Kriterleri

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.