



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**DİYALİZ MERKEZLERİNDE
ENFEKSİYON KONTROLÜNE YÖNELİK TEDBİRLER DENETİMİ**

Denetlenen Merkez'in :

Adı:	
Adresi:	
Cihaz Sayısı:	
Sahibinin / Şirketin Adı:	
Ruhsat Tarih ve Sayısı:	
Faaliyet izin tarihi:	
Telefon No.	
Fax No:	
Mesul Müdür	
Adı-Soyadı:	
Varsa sertifikası	
Diploma No:	

Sıra	GENEL İLKELER	UYGUN	UYGUN DEĞİL	AÇIKLAMA
1	Diyaliz ünitelerinde görev alacak yeni başlayan tüm personele gerekli eğitimler, sorumlu uzman ve enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından personel işe başlamadan önce verilmiş olmalı ve bu durum yazılı olarak belgelenebilmelidir. Eğitimler yıllık olarak tekrarlanmalıdır. Eğitimlerin kimlere verildiği kayıt altına alınmalıdır. Hastalar yanında onların yakınları da enfeksiyon önlemlerine yönelik olarak bilgilendirilmelidir.			
2	Enfeksiyon kontrol işlemleri, doğrudan ya da kontamine olmuş cihaz veya yüzeyler aracılığı ile kan veya kan ile kontamine sıvıların hastalar arasında transferini etkin bir şekilde önleyecek hijyenik önlemleri içermelidir.			
3	Diyaliz Ünitelerinde yüzeyler kolay temizlenebilir olmalı, dezenfeksiyon işlemi ile bozulabilir özellikte olmamalıdır.			
4	Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyon işlemi üretici firmaların tavsiyeleri de dikkate alınarak her diyaliz işleminden sonra düzenli olarak yapılmalı ve bu durum yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.			
5	Hemodiyaliz hastaları diyalize ilk başladıkları zaman veya başka bir hemodiyaliz merkezinden geldikleri zaman kan grubu bilinmiyorsa kan grubu tayini ve HIV ve Hepatit testleri (HBsAg, Anti HBs ve Anti HcV) yapılmalıdır.			
6	Her hasta değişiminde diyaliz istasyonunda çarşaf değişimi, temizlik işlemleri ve dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır. Yoğun olarak kullanımdan dolayı kirlenebilecek yüzeyler, hasta kanları ile kontamine olma olasılığı olan diyaliz makinesi kontrol panelleri ve diğer yüzeylerin temizlik işlemleri uygun malzemeler ile düzenli olarak sağlanmalıdır. Diyaliz işlemi sonrasında tüm sıvılar dökülmeli, atık kutuları, tüm yüzeyler temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.			
7	Her seans sonunda potansiyel olarak kontamine olan tüm yüzeyler, diyaliz makinesinin dış yüzü, eğer gözle görülür düzeyde kontamine değillerse, düşük düzeyli bir dezenfektan ile silinerek temizlenmelidir. Kan veya sıvı ile gözle görülür düzeyde kontamine olan yüzeyler, ticari olarak mevcut olan tüberkülosidal bir germisidle veya en azından 500 ppm hipoklorit (% 5'lik ev temizleme detarjanının 1:100 dillasyonu ile) içeren bir solüsyon ile dezenfekte edilmelidirler. Eğer kan veya sıvının diyaliz makinesinin kolay ulaşılamayan kısımlarına (örneğin modüllerin arası, kan pompasının arkası) sızdığı düşünüüyorsa, makine sökülüp dezenfekte edilinceye kadar servis dışı bırakılmalıdır.			
8	Atıklar ilgili mevzuatlara uygun olarak toplanmalı ve imha edilmelidir.			
9	İğneler kapalı, kırılması mümkün olmayan kutulara atılmalı ve kutular aşırı doldurulmamalıdır. İğnelerin kutuya atılmasında "hiç dokunmama" tekniği kullanılmalıdır çünkü kutu yüzeylerinin kontamine olması ihtimal dahilindedir. Eğer bu mümkün değilse, personel iğneleri atmaya başlamadan önce hasta bakımını tamamlamış olmalıdır.			
10	Kullanılan setler, diyaliz istasyonundan uzaklaştırılmadan önce olabildiğince iyi bir şekilde sarılmalı ve su geçirmeyen bir çöp torbası veya akıntı ihtimali olmayan bir kutu içerisinde taşınmalıdır. Eğer setin içerisinde bir şeyin drene edilmesi, bu işlem tedavi ve ilaç hazırlama alanlarının dışında bu işe özel bir alanda yapılmalıdır.			
11	Diyaliz hastaları ve diyaliz ünitelerinde yapılacak her işlemde tek kullanımlık eldivenler giyilmeli, hasta değişimlerinde eldivenler çıkarılarak eller usulüne uygun olarak yıkanmalıdır. Aynı hastada kirli bölgeden temiz bölgeye geçişte eldivenler değiştirilmeli ve eller usulüne uygun olarak yıkanmalıdır.			
12	Potansiyel olarak enfeksiyon riski taşıyan yüzey ve materyaller ile temas esnasında eldiven kullanılmalı, işlem sonrasında eldivenlerin çıkarılmasını takiben eller yıkanmalıdır.			
13	Kan sıçrama olasılığı olan durumlarda personelin koruyucu önlük ve maske kullanması sağlanmalıdır. Ünitelerde yeterli miktarlarda eldiven, koruyucu önlük, maske bulundurulmalıdır.			
14	Diyaliz Üniteleri içinde temiz ve kirli alanların ayrımı yapılmalıdır.			
15	Temiz alan; ilaçların hazırlanacağı, saklanacağı ve diğer temiz malzemelerin bulunduğu kısmı; Kirli alan ise kullanılmış olan alet, malzeme ve cihazlar ile her türlü idrar ve kan örneklerinin bulundurulacağı alanlar olarak belirlenmelidir. Temiz alana kirli malzemeler ve her türlü idrarı kan örneğinin girişine izin verilmemelidir. Temiz ve kirli alanların ayrımı belirgin olarak yapılmış olmalıdır.			
16	İlaç hazırlamada multidoz flakon kullanılması önerilmez. Kullanılacak her türlü tedavi ve bakım araç gereçleri her hasta için ayrı olmalıdır.			
17	İlaçlar ve diğer gereçler hastalar arasında dolaştırılmamalıdır. Çok kullanımlık flakonlarda sunulan ilaçlar ile çok kullanımlı bir çözücü ihtiyacı olan ilaçlar, bu iş için ayrılmış özel bir alanda hazırlanmalı ve her hastaya ayrı ayrı taşınmalıdır. Diyaliz istasyonuna getirilmiş gereçler, daha sonra tekrar hazırlanma alanına götürülmemelidir.			
18	Laboratuvara gönderilecek tüm örnekler ayrı bir alanda tutulmalıdır.			

19	Kullanılacak araç/gereçler mümkün olduğunca tek kullanımlık olmalı, birden fazla kullanımı olabilen araç/gereçlerin hastada kullanımından önce temizlenmesi dezenfekte edilmesi gerekmektedir. Kolayca dezenfekte edilemeyen gereçler (örneğin flaster, turnikeler) her hasta için özel olmalıdır.			
20	Bir hasta grubu için kullanılan fizyolojik monitörizasyon gereçlerine (örneğin kan basıncı monitörleri, tartılar, fistül akım monitörleri) ilişkin riskler değerlendirilmeli ve azaltılmalıdır. Tansiyon aleti manşonları ya her hasta için özel olmalı ya da kolay silinebilir, açık renkli bir kumaştan yapılmalıdır.			
21	Diyaliz merkezlerinde çalışan personel, işe başlarken ve daha sonra yılda bir kez rutin olarak HCV antikoru, HbsAg ve Hbs Ab, HIV 1+2 antikoru tayin testleri taramasından geçirilir ve lazım gelen koruyucu tedbirler alınır, gerektiğinde tedavileri yaptırılır.			
22	Hepatit göstergeleri negatif olan hastalarda ELISA 2, 3 veya Mikropartikül immün Assay (MEIA) veya kemiluminesans yöntemiyle tayin edilmek kaydıyla HBsAg, HBsAb, Anti-HCV tayinleri 3 ayda bir (HBsAb pozitif olan hastalarda HBsAg ve HBsAb tetkikleri 3 ay yerine 6 ayda bir) yapılarak kayıt altına alınır.			
23	HBsAg negatif bulunan hemodiyaliz hastalara O, 1, 2 ve 6. aylarda çift doz hepatit aşısı yapılmalıdır. Ünitelerde çalışan personele ise O, 1 ve 6. aylarda tek doz hepatit aşısı yapılması yeterlidir. Aşılama sonrası gerek personelin gerekse hastaların Anti-H13s titreleri takip edilmelidir.			
24	HBsAg pozitif hastanın odası, diyaliz makinesi, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır. Anti-HCV ve HIV pozitif hastalar için ayrı cihazlar kullanılmalıdır, bu hastalara hizmet veren personel mümkünse ayrı olmalıdır.			
25	Diyaliz işlemi için kalıcı ulaşım yolu olarak santral venöz katater yerine fistül veya greft tercih edilmesi uygundur. Geçici hemodiyaliz kataterinin üç haftadan uzun süre kullanılması düşünülüyor ise keçeli kataterlerin kullanılması uygun olacaktır.			
26	Kullanılan malzemeler (enjektör, steril gaz vb.), ayrıca kısa süre içinde temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi mümkün olmayan malzemeler (flaster, bez gibi) hastanın tedavi gördüğü alanda ve yalnızca o hasta için kullanılmalıdır. Malzemeler temiz alana götürülmemelidir ve bir başka hasta için kullanılmamalıdır. Salonlar arasında ortak malzeme kullanılmamalıdır. Dağıtım işleminde tepsiler kullanılıyor ise her hasta değişiminde bu tepsiler temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.			
27	Hastalara ait katater bakımında ve pansumanında aseptik tekniğe azami dikkat gösterilmelidir.			
28	Pansuman malzemeleri üzerine sterilizasyon tarihleri kayıt edilmeli ve takip edilmelidir.			
29	Hemodiyaliz kataterleri acil durumlar dışında kan alma veya başka işlemler için kullanılmamalıdır			
30	Aminotransferaz yüksekliği olan ve nedeni açıklanamayan hemodiyaliz hastalarında HCV testi NAT ile yapılmalıdır.			
31	Bir hemodiyaliz ünitesinde ortaya çıkan yeni bir HCV enfeksiyonunun nazokomiyal olduğundan şüphelenilirse, temas ihtimali olan hastaların hepsinde NAT testi yapılmalıdır.			

**Yapılan denetimde enfeksiyon kontrolüne uyulmamasının tespiti durumunda; eksiklik tespit edilen merkezlere eksikliklerin tamamlanması için bir ay süre verilmesi bir ay sonunda tekrar denetim yapılarak gerekli tedbirlerin alınması