



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	1

1. AMAÇ : Kliniklerimizde gelişebilecek enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve konu ile ilgili sorunları tespit etmek, sorunların çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yönetmek amacıyla Dekanlık tarafından görevlendirilen Enfeksiyon Kontrol komitesi faaliyetlerini sürdürmek.

2. KAPSAM : Diş Hekimliği Fakültesi'nin tüm birimleri ve çalışanlarını kapsamaktadır.

3. KISALTMALAR:

ADSH:Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

4.TANIMLAR:

5.SORUMLULAR:

-Sorumlu Dekan Yardımcısı

-Öğretim Üyesi

-Kalite Yönetim Direktörü

-Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

-Hemşire

-Tekniker

-Klinik yardımcı personel

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN GÖREVLERİ, YETKİLERİ, SORUMLULUKLARI VE ÇALIŞMA ALANLARI

1. Komite gündemi, yer ve tarih bilgileri, komite sekreteri tarafından üyelere bir hafta öncesinden iç haberleşme formu ile duyurulur, üyelerinin katılımı ile toplanır belirlenen gündem maddelerini görüşür.

2. Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 kez ve gerektiğinde toplanır, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına alır ve bir örneğini Kalite Birimine gönderir.

3. Hasta ve Çalışan Güvenliği ile ilgili enfeksiyon kontrol politikalarını oluşturmak ve bunları uygulayarak izler.

4. Bilimsel esaslar çerçevesinde, Diş Hekimliği Fakültesi'nin özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirlemek ve uygulamak. Yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunar.

5. Güncel, ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak ADSH'de uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektiğinde güncellemek.

6. Yeni politika ve prosedürler konusunda Klinik yardımcı personel , hekim ve diğer personel grubu ile ilişkiyi sağlamak,

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	2

7. Diş Hekimliği Fakültesi'nin çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek.

8. Diş Hekimliği Fakültesi'nin ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmaların sürekliliğini sağlamak.

9. Sürveyans verilerini değerlendirmek ve sorunları ortaya koyarak çözüm önerileri üretmek, verileri, sorunları ve çözüm önerilerini hastanenin ilgili birimlerine duyurmak,

10. Enfeksiyon yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek.

11. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek standartlara uygun kullanımını denetlemek

12. Enfeksiyon kontrolü ile ilgili sterilizasyon araç ve gereçlerinin, demirbaş ve sarf malzemelerinin alımları ile ilgili komisyonlara görüş bildirerek standartlara uygun kullanımını denetlemek.

13. Görev alanı ile ilgili hususlarda kurumun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmek.

14. Hastalar ve ADSH personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili birimlerin hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak.

15. Enfeksiyon kontrol komitesi tarafından hazırlanan yıllık çalışma raporunu her yılın sonunda yönetime sunmak.

16. Enfeksiyon kontrol komite üyeleri tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve yönetime iletmek.

17. ADSH'de gerekli personele enfeksiyon, dezenfeksiyon, antisepsi gibi konularda eğitim faaliyetleri düzenlemek.

18. ADSH'de hasta ile ilgili birimlerin ve hastalarda kullanılan malzemelerin sterilizasyon işlemleri ile ilgilenmek, Sterilizasyon ve dezenfeksiyonla ilgili ilkeleri belirlemek, dezenfektanların secimi ve kullanımı, temizliğin ne sıklıkta yapıldığını kontrol etmek, usulüne uygun olarak yapılmasını sağlamak ve takip etmek.

19. Personel sağlığı bolumu ile işbirliği içinde personelin sağlık durumunu izlemek,

20. Antibiyotiklerin kullanımı ile ilgili politikaları belirlemek (kontrollü antibiyotik kullanımı) ve bunların uygulanmasını ilgili kurullarla birlikte izlemek,

21. Enfeksiyon kontrol programlarının uygulanmasıyla harcamalarda tasarruf uygulanmasını sağlamak ve bunu hasta ve çalışan güvenliğini iyileştirmeye yönlendirmek.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	3

6.2. ENFEKSİYON KONTROL HEKİMİ:

1. Gerekli görülen her durumda Enfeksiyon Kontrol Klinik yardımcı personel ile bir araya gelerek çalışmaları değerlendirmek, Enfeksiyon Kontrol Klinik yardımcı personel sine tıbbi direktif ve tavsiye vermek,
2. Enfeksiyon Kontrol Klinik yardımcı personel leri tarafından yürütülen çalışmaları ve hizmet içi eğitim programını denetlemek,
3. Kurum personeline hastane enfeksiyonları konusunda Enfeksiyon Kontrol Komitesinin programları çerçevesinde eğitim vermek,
4. Enfeksiyon komitesiyle birimlerde denetlemeler yapmak,
5. Surveyans bilgilerini düzenli olarak gözden geçirip sonuçlarını yorumlayarak, periyodik olarak Enfeksiyon Kontrol Ekibine bilgi vermek ve enfeksiyon kontrol komitesinin toplantılarında bu verileri sunmak,
6. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulamasında görev almak
7. Hastane enfeksiyonu şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmaları başlatmak ve yürütmek,
8. Bölümlerle ilgili sorunları o birimlere iletmek, bu birimlerin kontrol tedbirlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesine katılımlarını sağlamak.

6.3. ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRESİ:

1. Gerekli görülen her durumda Enfeksiyon Kontrol Hekimi ile bir araya gelerek çalışmaları yürütmek ve değerlendirmek,
2. Hastane enfeksiyonu veya çapraz enfeksiyon şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılmak
3. Klinik kontrolleri ile temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerini değerlendirmek, sorumlu hekim ve çalışanlarla koordinasyon sağlayarak, hasta ve çalışan güvenliğini hastane enfeksiyon riski açısından değerlendirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,
4. Klinik enfeksiyon ve çapraz enfeksiyon riski olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılmak,
5. Bölümlerle ilgili sorunları enfeksiyon kontrol hekimi ile birlikte o bölümlere iletmek, bu bölümlerin kontrol tedbirlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesine katılımlarını sağlamak,
6. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev almak,
7. Kurum genelinde enfeksiyon kontrol uygulamalarını izlemek,
8. Kurum personeline hastane enfeksiyonları ve kontrolü konusunda eğitim vermektir.
9. Personelin sağlık taramalarının yapılmasını sağlamak
10. Personelin Kan ve vücut sıvıları ile temas ve Kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalması halinde gerekli yönlendirmeleri yaparak takibinin yapılmasını sağlamak.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ


Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	4

6.4. ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ ÇALIŞMALARI

Enfeksiyon önleme programı düzenli olarak uygulanır. Bununla ilgili yapılan çalışmalar:

1. Her hasta için hastaya özel eldiven, maske, hasta önlüğü, tükürük emici ve bardak kullanılmaktadır.
2. Her hastadan sonra kreşuar temizlik personeli tarafından temizlenerek 1/10 oranında hazırlanmış çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.
3. İşlemi biten her hastadan sonra kullanılan döner aletler, ünitlerin tuş takımları, ışıklı tabancalar, reflektörler, başlıklar ve kontamine olmuş tüm alanlar personel tarafından, Klinik yardımcı personel /diş klinik yardımcısı tarafından hızlı yüzey dezenfektanı ile dezenfekte edilir.
4. Hasta muayene ve tedavisinde kullanılan aletler steril paketler içerisinde, her hastaya özel açılmakta steril kütetler ve steril frezler kullanılmaktadır.
5. Hastaya kullanılan spançlar steril edildikten sonra muhafaza edilmektedir.
6. Hasta muayene ve tedavisinde kullanılan bütün aletler dekontaminasyon solüsyonunda kullanılan ürünün kullanım talimatına uygun süre bekletilerek dekontamine edilir. Yıkama ve dezenfektör makinesinde yıkanıp dezenfekte edildikten sonra paketlenerek, otoklavda steril edilmektedir.
7. Otoklav için her gün BOWIE&DİCK testi yapılır ve sonuçlar kayıt altına alınır. Haftada 1 gün otoklav içerisine biyolojik indikatör konur ve sonuçlar kayıt altına alınır. Aletlerin paketlenerek her paket içerisine class 6 kimyasal indikatör , otoklavın her çalışma döngüsünde yük kontrol test indikatörü konur ve sonuçlar kayıt altına alınır. İndikatör sonuç kayıtları sterilizasyon sorumlusu tarafından kontrol edilir.
8. Enjektörlerin kullanıldıktan sonra üreticisi tarafından bertarafının sağlanması için; kullanımı kolay delici-kesici alet kutuları her üniten başına yerleştirilerek ulaşım ve kullanım kolaylığı sağlanmıştır.
9. Klinikler için uygun atık kutuları belirlenmiş, her üniten yanına tıbbi atık kutusu yerleştirilerek kullanım ve ulaşım kolaylığı sağlanmıştır.
10. Tıbbi atıklar; gün sonunda ve gerektiğinde tıbbi atık personeli tarafından, uygun koruyucu ekipmanlar kullanılarak toplanmakta tıbbi atığın geçici depolanması sağlanmaktadır.
11. El hijyeninin önemini anlatan hatırlatıcı afişler kullanım alanlarına asılacaktır.
12. Enfeksiyon Klinik yardımcı personel si tarafından 3 aylık periyotlarla haberli el hijyeni gözlemi yapılarak, personele geri bildirim yapılmaktadır.
13. HBYS üzerinden personele belli aralıklarla el hijyenini hatırlatıcı mesajlar gönderilecektir.
14. Genel Hastane Temizlik Prosedürü hazırlanarak, Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmiştir.
15. Temizlik malzemelerinin kullanımı ve taşınması ile ilgili kurallar belirlenmiştir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ			
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	5

6.5. SAĞLIK HİZMETİ SÜREÇLERİNİN ENFEKSİYON RİSKİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Klinik Hizmetlerinde Enfeksiyon Önlemleri

Hastanemiz kliniklerinde tanı ve tedavi işlemleri yürütülürken enfeksiyona yönelik işlemler genel olarak aynı şekilde yürütülmektedir. Sağlık çalışanlarını hastane enfeksiyonlarından korumak ve sağlık çalışanlarından hastalara bulaşı engellemek amacıyla Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından ilgili dokümanlar, talimat ve prosedürler, programlar oluşturulur. Bu dokümanlar çalışanlara elektronik ortamda iletilir. Dokümanlara ait bilgilendirme eğitimleri ile yeni uygulamalar ve uygulama değişikliklerine ait eğitimler Eğitim Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Kalite Birimi ile yürütülmektedir.

Genel Diş Kliniklerinde Enfeksiyon Açısından Alınan Önlemler

- Tüm hastalar enfekte hasta gibi düşünülerek koruyucu tedbirler alınır.
- Tüm alanlarda çalışanlara yaptıkları işe uygun koruyucu ekipmanlar belirlenir, belirlenen ekipmanlar çalışma alanlarında bulundurulur.
- Çalışanların koruyucu ekipman kullanmasına yönelik düzenli olarak eğitimler verilir.
- İşe yeni başlayan tüm çalışanlar ile çalışma yeri değiştirilen personele uyum eğitimleri verilir.
- Hastane temizliği, sterilizasyon-dezenfeksiyon işlemleri, el hijyeni, atık yönetimi, enfeksiyonlardan korunma, bulaşıcı hastalıklar vb. konularda eğitimler düzenlenir.
- Delici kesici alet yaralanmaları takipleri yapılır.
- Risk alanlarına göre Hastane Temizlik talimatları, planları hazırlanır ve bunların kontrolleri yapılır.
- Yapılan tedaviler sırasında kullanılan tüm aletlerinin temizlik ve sterilizasyon işlemlerinin uygun şekilde yapılması, kayıtlarının tutulması sağlanır.
- Atıkların kaynağında ayrıştırılarak Atık Yönetim Planına göre toplanıp taşınması sağlanır.
- El hijyenine yönelik gerekli malzemeler temin edilir, çalışma alanlarında bulunmasını sağlanır. Belirlenen aralıklarla el hijyeni uyum gözlemi ile el antiseptiği tüketimi kontrollerini yapılır.
- Hastaların tedavi işlemleri öncesinde anamnezi alınarak kayıtları tutulur.
- Tüm protez ölçü modellerinde ölçü dezenfektanı kullanılması sağlanır.

- ❖ **Kritik Malzemeler:** Steril dokulara temas ettikleri için en fazla enfeksiyon riskine sahiptirler. İntravenöz kateterler, intravenöz mayiler, enjektörler ve ilaçlar (flakonlar, ampul vb.) kritik malzemeler olarak nitelendirilir.

İlaçların hazırlanması ve uygulanması esnasında aseptik yöntem kullanılır. **İlaçlar hazırlanırken;**

- İlaçların hazırlanmasından ve uygulanmasından önce el hijyeni sağlanır.
- Aynı flakondan birden çok enjektöre ilaç çekileceği zaman her enjektör için tek iğne kullanılır.
- Flakonda kalan ilaçlar üst üste eklenmez. Enjektörde arta kalan ilaçlar işlem sonrası imha edilir ve diğer hastalara kullanılmaz.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	6

- Enjektör ve iğneler tek bir uygulama için kullanılır.
- Çok dozlu ampul veya flakonların birden fazla kullanımı esnasında kontamine olma ihtimali olduğu için mümkünse tek dozlu ampul veya flakonlar kullanılır.
 - ❖ **Yarı Kritik Malzemeler:** Mukoza veya bütünlüğü bozulmuş cilt ile temas eden bu malzemelerin steril olması ya da yüksek düzey dezenfeksiyonu sağlanır.
 - ❖ **Kritik Olmayan Malzemeler:** Bütünlüğü bozulmamış ciltle temas eden malzemeler bu grupta yer alır.

Tansiyon aletleri manşonları gibi sağlam cilt ile temas eden gereçler kritik olarak kabul edilmez. Sağlam ciltle temas eden anestezi ekipmanı kullanım sırasında temiz olma sağlanır. Temizlemede düşük düzey dezenfektan uygundur. Ameliyathanedeki anestezi ünitesinin temizliği her operasyon sonunda mutlaka yapılır.

Temizlikte düşük düzey dezenfektan kullanılmalı ve monitör, çekmece tutamaçları gibi ayrıntılar unutulmadan dezenfeksiyon sağlanır.

- ❖ **Tek Kullanımlık Malzemeler:** Tek kullanımlık malzemelerin (enjektörler, filtreler solunum devreleri, endotrakeal tüpler, oksijen maskeleri vb.) tek kullanımı sağlanır.

Diş Protez İşlemleri Ve Laboratuvarları Enfeksiyon Kontrolü

- Laboratuvar ortamı çalışanlar için biyolojik, fiziksel, kimyasal tehlikeler taşımaktadır. Biyolojik tehlikeler; Bakteri (pnömoni, tüberküloz, tetanoz vb.) ve virüslere (HIV, Hepatit B, Hepatit C vb.) bağlı enfeksiyonlarıdır.
- Hastadan alınan ölçüler, protez yapımında kullanılan malzemeler (gözenekli yapıları nedeniyle özellikle akrilik yapılar, delici özellikleri nedeniyle protetik ve ortodontik kroşeler), tesviye ve polisaj sırasında kullanılan malzemeler (pomza, alçı, polisaj pastası vb.) ve aygıtlar (aşındırma - kesme uçları, polisaj başlıkları) enfeksiyon kaynakları olarak sıralanabilir.
- Bu birimde çalışanların enfeksiyonlardan korunmak amacıyla standart enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması ve hepatit B'ye karşı duyarlı sağlık çalışanlarının aşılınması gereklidir.
- Kişisel korunma yöntemlerinin etkili bir biçimde kullanılır. Alerji oluşum riskinin olduğu materyal Kullanımların da kişisel korunma yöntemlerine ek olarak deriye koruyucu kremler kullanılabilir.
- Çapraz enfeksiyon riskinin önüne geçmek amacıyla özellikle akrilik protezlerin polisajında kullanılan motor başlıklarının kullan-at yöntemiyle kullanılması veya otoklavda sterilize edilmesi, pomza içerisine dezenfekte edici ajanların katılması (sodyum hipoklorit 1:20) ve vakumlu aspirasyon sistemlerinin kullanılması gereklidir.
- Yukarıdaki maddelere ek olarak, çalışanlara bilinç ve farkındalık kazandırılması gereklidir. Laboratuvar çalışma alanlarında yeme-içme, yiyecek veya kişisel eşya saklamak, kontakt lense dokunmak ve makyaj yapmaya izin verilmemelidir.
- Çalışanların elinde çatlak ya da yara varsa kapatılarak çalışmalıdır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	7

- Laboratuvarda giyilen önlükler ile dışarı çıkılmamalıdır. Laboratuvarda çalışan personelin herhangi bir bulaşla kontaminasyonu olduğunda bol su ve sabunla yıkanmalıdır. Yaralanma sonrası takip için Enfeksiyon Hemşiresine başvurulmalıdır.
- Hastanın ağız ile temas etmiş, üzerine kan veya sekresyon bulunan tüm atıklar tıbbi atık kovasına atılmalıdır. Atık kabı kesinlikle ağızına kadar doldurulmamalıdır.
- Yer ve yüzey temizliğinde dezenfektan kullanılması gerekiyorsa, önce deterjanla temizlik yapılmalı sonra dezenfektan kullanılmalıdır.

Röntgen Birimi Enfeksiyon Kontrolü

Hastanemiz radyoloji biriminde periapikal, panoramik röntgen filmleri ile dental tomografi çekimleri yapılmaktadır. Enfeksiyon açısından orta riskli alan olarak belirlediğimiz röntgende standart enfeksiyondan korunma kurallarında uyulur.

Standart Önlemler

- Hasta ile veya kan, vücut sıvısı, çıkartı ve sekresyonlarla temas sonrası el yıkama
- Çalışanlara bulaşıcı hastalıklara yönelik eğitim verilir.
- Personelin yeni atama durumlarında Hepatit açısından değerlendirmesi yapılarak gerekli bağışıklamalar sağlanır.
- Hastaların çekim işlemleri sırasında hasta kanı ya da sekresyonu ile temas ettiği tüm materyaller uygun atık kovalarına atılır.
- Çalışanlar uygun koruyucu ekipmanları kullanır.
- Çalışma alanlarının bulunduğu yerle Temizlik Planına uygun şekilde temizlenir.

6.6. EL HİJYENİ PROGRAMI

- Ellerde vücut sıvı ve salgılarıyla gözle görülebilir kirlenme olduğunda ve sporlu bakteri enfeksiyonlarında, eller mutlaka su ve antiseptik özelliği olan sabun kullanılarak yıkanmalı ve kâğıt havlu ile kurulmalıdır. Ellerde gözle görünür kirlenme yoksa %60-95 alkol içeren el dezenfektanı ile eller kuruyana kadar ovalanması yeterlidir.
- El hijyeni ile ilgili olarak Hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından El Hijyeni Talimatı hazırlanır, her yıl program gözden geçirilerek gerekli yenilemeler yapılır.
- Hastanemiz idaresi tarafından el hijyenine yönelik gerekli malzemeler (alkol bazlı el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu gibi) temin edilerek tüm çalışma alanlarında bulundurulur.
- El hijyeni ile ilgili dokümanlar hazırlanarak çalışanlara elektronik ortamda iletilir ve ilgili bölümlere asılır.
- 3 ayda bir el hijyeni gözlemleri ile el antiseptiği tüketim oranları takip edilerek raporları hazırlanır. Buna göre gerekirse DÖF açılır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	8

6.6.1. EL HİJYENİ İLKELERİ

“El hijyeni, enfeksiyonların yayılımını kontrol etmede en etkili metoddur. Eldiven kullanımı asla el hijyeninin yerini alacak bir uygulama değildir.”

1. Temel ilkeler: El hijyeni sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonları önlemede en önemli yoldur.

1.1. El yıkama endikasyonları:

1.1.1. Eller hastane ortamında sabun ve su ile aşağıda belirtilen durumlarda yıkanmalıdır:

- Gözle görülür kir varlığında
- Kan veya diğer vücut sıvıları ile kirlendi ise
- Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında
- Hasta tedavisinde kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında
- İnvaziv işlemler öncesinde ve sonrasında
- Eldiven giyme öncesinde ve sonrasında
- Hasta çevresi ile temas öncesinde ve sonrasında
- Vücut sıvı ve sekresyonları ile, bütünlüğü bozulmuş cilt ile veya mukoz membranlarla temas sonrasında
- Hasta ile temasta önce kontamine bir alana temas edilmesi gerekti ise, bundan sonra temiz alana yapılacak temas öncesinde
- El antiseptiği ile her beş ovalama işlemi sonrasında bir kez eller yıkanmalıdır veya el antiseptiği içerisindeki yumuşatıcı maddenin ellerde birikme hissine sebep olduğu aşamada eller yıkanmalıdır
- Tuvalete sonrası ellerin su ve sabunla yıkanması gereklidir

1.1.2. El yıkama işlemi aşağıdaki aşamalar izlenerek gerçekleştirilmelidir

- Poliklinik ortamında musluklar kolları, dirsekten açılabilir özellikte veya sensörlü olmalıdır.
- Eller önce su ile ıslatılmalıdır
- 3-5 ml sıvı sabun, sabun dağıtıcısından alındıktan sonra, avuç içleri, her iki elin yüzeyi, parmak araları ve başparmak sabun ve suyla iyice ovulmalı, takiben her iki elin parmak uçları, diğer avucun içerisinde ovularak kaba kirlerinden arındırılmalıdır. Bu işlem 30-60 saniye süre ile yapılmalıdır.
- Akan su altında eller iyice durulanmalıdır

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	9

- e) Temiz ellerle musluk ellenmemelidir
- f) Tek kullanımlık kağıt havlu ile eller kurulanmalıdır, kullanılan kağıt havlu kurulama sonrası musluğu kapatmak için kullanılmalıdır.
- g) Sıvı sabun dağıtıcılarında sabun azaldığında, dağıtıcıda kalan az miktarda sabun boşaltılmalı, kap iyice yıkanmalı ve tam olarak kuruması beklendikten sonra tekrar sıvı sabun ile doldurulmalıdır

1.2. El antisepsisi endikasyonları

- a) Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında
- b) Hasta bakımında kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında
- c) İnvaziv işlemler öncesinde ve sonrasında
- d) Eldiven giyme öncesinde ve sonrasında
- e) Hasta çevresi ile temas öncesinde ve sonrasında
- f) Hasta ile temasta önce hastanın kirli alanına temas edilmesi gerekti ise, bundan sonra temiz alana yapılacak temas öncesinde

1.2.1. El antisepsisi aşağıdaki aşamalar izlenerek gerçekleştirilmelidir

- a) Alkol bazlı el antiseptikleri bu amaçla kullanımı en rahat olan solüsyonlardır
- b) Uygun dağıtıcı sistemi olan üründen avuç içerisine 3-5 ml antiseptik solüsyon alındıktan sonra avuç içleri, her iki elin yüzeyi, parmak araları ve başparmak solüsyon ile iyice ovulmalı, takiben her iki elin parmak uçları, diğer avucun içerisinde en az 15-20 saniye süre ile ovularak alkol bazlı solüsyonun kendiliğinden kuruması beklenmelidir
- c) Bu işlem sonrasında kurulama amaçlı kağıt havlu kullanılmamalıdır
- d) El antiseptikleri ile sağlanan el hijyeninden sonra su ve sıvı sabunla el yıkanması gerekli değildir

1.2.2. Cerrahi el hijyeni

- a) Cerrahi işlemler öncesinde el hijyeni antimikrobiyal özellikli sabun kullanılarak yapılabileceği gibi, alkol bazlı el antiseptikleri kullanılarak da yapılabilir.
- b) Cerrahi el hijyeni ameliyathanede ameliyat olacak vaka odasına steril olarak girecek herkes tarafından yapılması gereken işlemdir.
- c) Bütün takılar (yüzük, saat vs) çıkartılmalıdır
- d) Eller ve ön kol antimikrobiyal etkili sabun kullanılarak 3-5 dakika süresince ovalanarak

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	10

sabunlanır

e) Günün ilk ameliyatı öncesinde tırnak diplerinin yumuşak bir fırça ile ovulması gereklidir,

ellerin ve kolların fırçalanmasına gerek yoktur

f) Eller ve ön kol durulandıktan sonra dirseğin üzerinde tutularak steril havlu ile kurulanır

g) Günün ilk ameliyatı sonrasında -ellerde gözle görülür kirlenmenin olmadığı durumlardacerrahi el hijyeni amacı ile alkol bazlı el antiseptikleri kullanılabilir

h) Alkol bazlı el antiseptiklerinin kullanıldığı durumlarda ellerin ve dirseklere kadar ön

kolun, alkol bazlı solüsyon ile iyice ovulması ve tam olarak kuruması beklenmelidir

Önemli noktalar

a. El hijyeni amacı ile kullanılacak ürünlerin seçiminde ciltte irritasyon etkisi en az olan ürünlerin seçimine dikkat edilmelidir

b. Alkol bazlı el antiseptikleri, yumuşatıcı maddeler içermelidir

c. Tırnaklar, tırnak yatağını geçmeyecek uzunlukta olmalıdır (0.5 cm)

d. Klinik ortamında suni tırnak, oje kullanılmamalıdır

e. Eldiven kullanımı el hijyeninin yerini alamaz. Eldiven kullanımı sonrası da el hijyeni sağlanmalıdır.

ELDİVEN KULLANIMI İLKELER

1. Aşağıdaki durumlarda eldiven kullanılması gerekli değildir;

1.1. Hastanın vücut sıvı ve sekresyonları ile temas olasılığının olmadığı direkt hasta teması gerektiren işlemler

a) Tansiyon ölçümü

b) Vücut ısısı ve nabız ölçümü

c) Subkutan ve intramüsküler enjeksiyon

1.2. Hastanın vücut sıvı ve sekresyonları ile temas olasılığının olmadığı indirekt hasta teması gerektiren işlemler

a) Telefon kullanımı

b) Hasta kartı, dosyası, günlük gözleminin doldurulması

c) Hastaya oral tedavi verilmesi

d) Oksijen kanülünün takılması

e) Hasta mobilyalarının yerlerinin değiştirilmesi

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	11

2. Temiz, steril olmayan tek kullanımlık eldiven giyilmesini gerektiren işlemler (Hastanın kan, vücut sıvı ve sekresyonları, çıkartıları ile ve vücut sıvıları ile gözle görülebilir düzeyde kirlenmiş eşyasına temas gerektiren işlemlerde)

2.1. Hastanın kan, vücut sıvı ve sekresyonları, çıkartıları ile ve vücut sıvıları ile gözle görülebilir düzeyde kirlenmiş eşyalarla direk temas gerektiren işlemlerde

- Kanla temas
- Bütünlüğü bozulmuş cilt ve müköz membranla temas
- Yüksek düzeyde enfeksiyöz ve tehlikeli organizmanın potansiyel varlığı
- Epidemik veya acil durumlar
- İntravenöz damar yolu takılması ve çıkartılması

2.2. Hastanın kan, vücut sıvı ve sekresyonları, çıkartıları ile ve vücut sıvıları ile gözle görülebilir düzeyde kirlenmiş eşyalarla indirek temas gerektiren işlemlerde

- Kusmuk içeren kabın boşaltılması
- Aletlerin tutulması, temizlenmesi
- Atıkların ellenmesi
- Vücut sıvı döküntülerinin temizlenmesi

3. Steril eldiven giyilmesini gerektiren işlemler

- Herhangi bir cerrahi

6.7. İZOLASYON ÖNLEMLERİ

Standart önlemler: Hastanın tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir.

- Kanla, her türlü vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile temas sırasında eldiven giyilmelidir.
- Temas sonrasında eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
- Hasta üzerinde kirli bir alandan temiz bir alana geçerken eldivenler değiştirilerek el hijyeni sağlanmalıdır.
- Vücut sıvı veya salgılarının çevreye sıçrama veya yayılma ihtimali olan durumlarda eldivene ek olarak diğer kişisel korunma malzemeleri (önlük, maske veya gözlük) kullanılmalıdır.
- Kan ve diğer vücut sıvı/salgılarının çevreye sıçrama/püskürme ihtimali olan durumlarda (endotrakeal aspirasyon, endotrakeal entübasyon, vasküler invaziv girişimler, vb.) cerrahi maske + gözlük veya siperli maske kullanılmalıdır.
- Öksüren/hapşıran hastalara mümkünse cerrahi maske taktırılmalı ve diğer hastalarla aralarında en az bir metre mesafe olacak şekilde yerleştirme yapılmalı

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	12

- Hastaların vücut sıvı/salgıları ile kirlenmiş yüzey/malzemelerle temas ederken eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
- Kirli malzemelerin transferi, ortamda kontaminasyonuna neden olmayacak şekilde yapılmalıdır
- Her tür parenteral enjeksiyon sırasında steril, tek kullanımlık enjektör kullanılmalı, bir kez kullanılmış veya herhangi bir nedenle sterilitesi bozulmuş enjektörler kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Kullanım sonrasında iğne uçları enjektörden ayrılmalı, uçlarına kılıf takılmamalı, kıvrılıp bükülmemeli, enjektörler uçları ile birlikte özel kesici-delici alet kutularına atılmalıdır.
- Ağızdan ağıza resusitasyondan kaçınılmalı, ambu ve diğer ventilasyon cihazlarının kullanımı tercih edilmelidir.
- Vücut sıvı ve salgıları ile kirlenme ihtimali olan yüzeyler yakınında (servislerde hastalardan alınan numunelerin bulunduğu masalar, laboratuvarlar, gibi) yiyecek-içecek saklanmamalı ve bir şeyler yenilip içilmemelidir.

Kullanılan malzemelerle ilgili önlemler:

- Keskin aletler ve kirlileri dikkatli elemek: Mikroorganizmalarla teması azaltır ve daha çok yayılmalarını önler.
- İşlem öncesinde ve sırasında ağız gargarası, yüksek volümlü aspiratör: Çevreye yayılacak aerosollerdeki mikroorganizma sayısını azaltır.
- Hasta aralarında klinik yüzeyleri örtmek ya da dezenfekte etmek: Önceki hastadan mikroorganizma bulaşmasını azaltır.
- Gerekli oluncaya kadar steril aletleri paketlenmiş olarak saklamak: Bir diğer hastada yeniden kullanmadan önce steril edilmiş aletlere teması önler.
- Sterilizasyon cihazından çıkan paketler uygun şekilde saklanmalıdır. Steril malzemenin saklanma süreleri; **küvet ve kâğıt ambalajdakiler için 1 ay, bez kumaşa sarılı olanlar için 2 ay, naylon – plastik bantla kapatılmış olanlar için 6 ay ve sıcakla mühürlenerek kapatılmış olanlar için 1 yıl olabilir.**
- Kontamine örtüleri değiştirmek: Bir sonraki hastaya bulaşmayı önlemek için korunmuş yüzeylerden mikroorganizmaları uzaklaştırır.
- Kontamine yüzeyleri temizlemek ve dezenfekte etmek: Kontamine olmuş yüzeylerdeki mikroorganizmalar öldürülür.
- Aletleri steril etmek ve örtüleri değiştirmek: Daha sonraki hastalara bulaşmayı önlemek için mikroorganizmalar öldürülür.
- Piyasemen, angldruva, ultrasonik temizlik aletleri ve hava- su şırıngaları kreşuvara tutularak en az 20-30 saniye boşa çalıştırılmalıdır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	13

- Günümüzde diş tedavisinde kullanılan su, içme suyu niteliğinde; heterofilik su bakterileri (nonkoliform bakteri) sayısı 200cfu/ml olmalıdır. Cerrahi işlemlerde steril su ya da steril serum fizyolojik kullanılmalıdır.
 - Yüzeyler (ünit tablası ve hortumları, tetiyer, reflektör kolu, ışık cihazları, röntgen başlığı, telefon, dolap üstü ve tutacak yerleri vs.) kontaminasyondan korunmak için tek kullanımlık örtülerle örtülmelidir. Örtülemezse dezenfekte edilmelidir.
 - Kontamine alet ve malzemenin konacağı ayrı bir yer hazırlanmalıdır.
 - Klinik kayıtlar ve radyografiler dokunulmadan ve kontamine olmadan görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir.
 - Hastanın ağızını çalkalayacağı bardak tek kullanımlık olmalıdır.
 - Keskin aletler ve iğnelerle yaralanmayacak bir düzen içinde çalışmalıdır. İğneler elle kapatılmamalıdır.
 - Kullanılmış eldiven, maske, hasta önlüğü ve bardağı, pamuklar, tek kullanımlık aletler ve enfekte atıklar, enfekte atıklar için ayrılmış çöpe atılmalıdır. Kullanılmış bistüri ucu, sütür iğneleri, enjektör ve keskin aletler yaralanmaya yol açmayacak şekilde enfekte kesici delici alet atık kutusuna hemen atılmalıdır.
 - Hasta aralarında kullanılan aletler üzerinde kan ve tükürüğün kurumaması ve temizliği kolaylaştırmak için enzimatik solüsyon, deterjanlı bir su ya da düşük ya da orta düzeyli bir dezenfektan bulunan bir ön temizlik kabına atılmalıdır. Kanal aletleri için ayrı küçük bir dezenfektan kabı bulundurulmalıdır.
- Diş laboratuvarına gönderilecek ölçüler, mumlu provalar ve apareyler dezenfekte edilmeli ve suyla çalkalanmalıdır.
- Çekilmiş dişler potansiyel enfeksiyöz materyaldir. İsteği üzerine hastaya verilmedikçe enfekte atık olarak atılmalıdır. Hastaya verilecekse dezenfekte edilmelidir.
 - Aletler ön temizlik kabında içindeki sepetin kenarlarından tutulup süzülerek çıkarılmalı ve ultrasonik temizleyici içerisinde ya da bulaşık makinesi şeklindeki alet yıkayıcısı içinde temizlenmelidir.
 - Temizlenen aletler steril edilmeli, ancak steril edilemeyenler dezenfekte edilmelidir.
 - Piyasemen ve angldruva özelliklerine göre temizlenmeli ve otoklavda steril edilenler tercih edilmelidir.
 - Kirli malzemeler, cildi, giysileri ve diğer malzemeleri kontamine etmemesine dikkat edilerek toplanmalıdır.
 - Kullanılmış ve steril edilmeye uygun aletler dezenfeksiyon solüsyon dolu küvete atılmalıdır.(Tekrar kullanılacak olan malzemeler temizlenmeden ve sterilize, dezenfekte edilmeden başka hastada kesinlikle kullanılmalıdır.)
 - Başlıklar bulaşıcı hastalığı olduğunu beyan eden hastada kullanıldıktan sonra derhal sterilizasyon ünitesine gönderilmeli sterilize edilmeden kullanılmamalıdır. Gün içinde de hızlı yüzey ve alet dezenfektan solüsyonları ile her hasta arasında dezenfekte edilip takibinde diğer hasta için kullanılmalıdır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ			
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	14

6.8. BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLARIN ULUSAL SÜRVEYANS VE KONTROL SİSTEMİNE BİLDİRİLMESİ

Ülkemizde tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen sağlık hizmetleri sonucunda üretilen sağlık verileri (ESK=Elektronik Sağlık Kayıtları), kurumların kullanmakta oldukları HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bilgi sistemine (Sağlık.NET-Online) aktarılmaktadır. Bu veri aktarımı Bakanlık tarafından tanımlanmış olan standartlar (Minimum Sağlık Veri Seti) ve iş kuralları çerçevesinde gerçekleşmektedir. Fakültemizde yatan hastanın olmaması sürveyans programı geliştirilmesini olumsuz yönde etkilemekte hatta imkânsızlaştırmaktadır. Ancak aşağıda verilen bilgiler ışığında personele eğitim verilmesi olası hastane enfeksiyonunu en aza indirecektir.

Hastane Enfeksiyonlarının Önemi

- Bazı hastane enfeksiyonlarının mortalite ve morbilitesi çok yüksektir.
- Bazı hastane enfeksiyonları %30 oranında önlenabilir.
- Hastane enfeksiyonlarının neden olduğu ekonomik kayıplar çok büyüktür.

Hastane Enfeksiyonlarının Nedenleri

- Hastane enfeksiyonu konusunda takip programı ve bu konuda eğitilmiş personel bulunmaması.
- Merkezi sterilizasyon ve dezenfeksiyon sisteminin olmaması.
- Steril malzemenin uygunsuz taşınması ve depolanması.
- Enfekte atıkların uygunsuz taşınması ve depolanması.
- Personel hareketliliği
- İzolasyon tekniklerinin yetersizliği
- Herhangi bir atığa elle dokunmak
- Gıda işleyicilerinin hijyenik çalışmaması
- Bilinçsiz antibiyotik kullanımı.

6.9. DIŞ PROTEZ LABORATUARINDA UYGULANAN STERİLİZASYON VE DEZENFEKSİYON KURALLARI

- 1- Kliniklerde protez yapımı için alınan ölçü öncelikle akan su altına tutularak tükürük, kan ve diğer atıklardan arındırılmalıdır.
- 2- Gelen ölçüler dezenfekte edildikten sonra ölçü dökülür. Aynı şekilde hastadan gelen kırık tamiri yapılacak protezler de dezenfekte edildikten sonra tamiri yapılır.
- 3- Diş protez teknisyeni çalışma sırasında önlük, nem bariyerli önlük(gerekli durumda)maske, bone, eldiven kullanmalıdır.
- 4- Ölçüler, hızlı etkili sprey dezenfektan ile dezenfekte edilmektedir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	15

- 5- Laboratuara, işlem göreceğ ölçüler ayrı bir alanda kabul edilmektedir.
- 6- Çalışma alanında ki yüzeyler önceden temizlenmeli ve günlük dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
- 7- Ağızdan çıkmış protezler için aletler ve malzemeler diğerlerinden farklı olmalıdır. Teçhizatlar gün sonunda dezenfekte edilmelidir.
- 8- Protez için kullanılan frezler temizliği yapıldıktan sonra ,dezenfekte edilmelidir.
- 9- Çamaşır suyu günlük yüzey temizliği için 1/100 oranında sulandırılmalıdır.
- 10- Kanla kontamine yüzey varsa, çamaşır suyu 1/10 oranında sulandırılmalıdır.
- 11- Çamaşır suyu başka temizlik ürünleriyle karıştırılmamalıdır.
- 12- Atıklar temizlik personeli tarafından koruyucu ekipman kullanılarak toplanır ve taşınır.
- 13- Evsel nitelikli atıklar toplanırken tıbbi atıklar ile karıştırılmaz. Karıştırılmış ise tıbbi atık olarak işlem görür.
- 14- Laboratuar tıbbi atıklarının tıbbi atık kovalarına atılmasından orada görevli herkes, bu işlemin düzen ve kontrolünden ise tıbbi atık personeli sorumludur.
- 15- Tıbbi atıkla görevli personele gerekli eğitim verilecektir.

6.10. TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON, STERİLİZASYON VE ANTİSEPSİ SÜREÇLERİ

6.10.1 Sterilizasyon Yöntemleri:

1-Fiziksel Yöntemler

A. Isı ile sterilizasyon

- 1.Kuru ısı ile sterilizasyon(etüv) :Etüv, Pastör fırını 160 °C 120 dakika 170 °C 60 dakika
- 2.Nemli ısı ile sterilizasyon(otoklav) Otoklav Yüksek Isı, Basınçlı buhar 121°C 1 atm basınç 15 dakika veya 134°C 3 atm basınç 3 dakika

B. Işınlarla Sterilizasyon (uv, alfa, beta, gama)

2- Kimyasal Yöntemler:

- A. Filtrasyon ile sterilizasyon: vitamin, besi yeri, hava
- B. Gazlarla sterilizasyon: etilen oksit, ozon, formaldehit, kükürt dioksit ve klor
- C. Kimyasal maddelerle sterilizasyon: Gluteraldehit

Sterilizasyonun etkili olması için dikkat edilmesi gereken temel ilkeler şunlardır:

- Steril edilecek obje iyi yıkanmış olmalıdır.
- Sterilizasyon türü steril edilecek objenin tüm yüzeyine etki etmelidir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	16

- Steril edilecek objeler doğru olarak paketlenmelidir.
- Sterilizasyon türünün süresi yeterli olmalıdır.
- Sterillliği bozmamak için objeler uygun şekilde saklanmalıdır.
- Steril edilen objenin üzerine aracın cinsi ve steril edilme tarihi yazılmalıdır.
- Steril edilen obje sterilizasyonun geçerli olduğu süre içinde kullanılmalı ve aracın son kullanma tarihi bilinmelidir.

6.10.2.Dezenfeksiyon Yöntemleri:

1-Fiziksel Yöntemler:

A. Isı ile dezenfeksiyon: (alevle yakma, kaynatma)

B. Işın ile dezenfeksiyon: (uv)

2-Kimyasal Yöntemler: (İzopropil alkol, etil alkol, povidiniyodür, klorheksidin, sodyum hipoklorit)
Risk alanlarına göre temizlik ve dezenfeksiyon aşamaları:

Yüksek Risk Alanları:

Sterilizasyon Ünitesi Temizliği

1. Alet sterilizasyonu bittikten sonra mutlaka ünite temizlenecektir.
2. Temizlik işlemine başlamadan önce kişisel koruyucu ekipman kullanılacaktır.
3. Temizlik işlemi steril alan, temiz alan ve kirli alan sırasına göre yapılacaktır.
4. Tezgah ve lavabolar yüzey dezenfektanı veya 1/10'luk çamaşır suyu ile silinecektir.
5. Bölümler arası geçişlere 1/10'luk çamaşır suyu ile ıslatılmış bezler serilecektir.
6. Korozyona uğrayacak malzemeler ve yüzeyler için çamaşır suyu kullanılmayacak, uygun dezenfektan kullanılacaktır.

Orta Risk Alanları:

Diş Ünitelerinin Temizliği

1. Kreşuar içindeki kaba kirler su ile akıtılır, dezenfektan solüsyon dökülerek fırça ile temizlenip durulanır.
2. Ünit (lamba, başlık ve koltuk) kaba kirinden arındırılıp dezenfektan solüsyon ile silinir.
3. Diş ünitesi veya çevresinde; kan, tükürük ve benzeri vücut sıvıları ile kirlenme varsa önce kağıt havlu ile kaba kiri alınır. Daha sonra dezenfektan solüsyonla ıslatılıp sıkılmış bez ile silinir.

Poliklinik Odalarının Temizliği

1. Temizlik/dezenfektan çözeltileri kirlendiğinde, 3 poliklinik odasında kullanımdan sonra değiştirilmelidir.
2. Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	17

3. Lavabolar, sandalye, bilgisayar masası ve dolaplar deterjanlı su ile her gün temizlenmelidir.
4. Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.
5. Kapı ve camlar haftada bir, kapı tokmağı her gün silinmelidir.

Protez Laboratuvarı Temizliği

1. Özel alanlar ve özel durumlar dışında döşeme, duvar, tuvalet ve yerlerin kimyasal dezenfeksiyonu gereksiz olup, su ve deterjanlar yeterli olmaktadır.
2. Kan ve vücut sıvısı bulaşan yerler dezenfektan veya 1/10'luk çamaşır suyu ile temizlenmelidir.
3. Korozyona uğrayabilecek malzemeler uygun dezenfektanla silinmeli çamaşır suyu kullanılmamalıdır.

Lavabo ve Tuvaletlerin Temizliği

1. Çöpler usulüne uygun toplanır.
2. Aynalar ve lavabolar mavi bez ile deterjan kullanılarak silinir.
3. Tuvalet duvar seramikleri kırmızı bez ile deterjan kullanılarak silinir.
4. Tuvalet taşları ve klozetler fırça ile deterjan kullanılarak temizlenir ve durulanır.
5. Lavaboların bulunduğu zeminler, bölüm için ayrılmış paspaslarla silinir.

Düşük Risk Alanları:

1. Temizlik personeli temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.
2. Öncelikle odalardaki çöpler atık yönetimi prosedürüne uygun şekilde toplanmalıdır.
3. Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak da haftada bir kere yıkanıp durulanmalıdır.
4. Camlar ve kapılar haftada bir, kapı kolu ve pencere kenarları her gün temizlenmelidir.
5. Banyo, lavabo ve tuvaletler en az günde iki kez sıvı deterjan ile fırçalanarak temizlenmelidir. Bu bölümlerin temizliğinde kullanılan temizlik malzemeleri başka amaçla kesinlikle kullanılmamalıdır.
6. Koridorlar ayrı paspasla, deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
7. Günün ilk saatleri ve gün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanmalıdır. Gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır.
8. Mutfakta yüzeyler ve yerler her yemek dağıtımından sonra su ve deterjanla temizlenmelidir. Ayrıca gün içinde kirlenme olduğunda bu işlem tekrarlanmalıdır.

Temizlikte Temel İlkeler

1. Temizlik temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
2. Temizlik malzemeleri her bölüm için farklı olmalıdır.
3. Temizlik solüsyonu temizlenen bölgenin risk durumuna göre hazırlanmalıdır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	18

4. Sadece yüksek risk alanlarında ve özel durumlarda diğer alanlarda yüzey dezenfektanları kullanılmalıdır.
5. Temizlik bitiminde malzemeler uygun şekilde yıkanıp kurulanmalıdır.
6. Temizlik malzemeleri ve dezenfektanlar birbiri ile karıştırılmamalıdır.
7. Tuvaletler en son temizlenmelidir.
8. Kuru süpürme ve silkeleme yapılmamalıdır.

Kan ve Vücut Sıvıları Döküldüğünde Yapılacak Temizlik

1. Bütün kan ve vücut sıvıları enfekte kabul edilmeli, dökülme ve sıçramalarda temizlik güvenli bir şekilde yapılmalıdır.
2. Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların kağıt havlu ile kaba kirleri alınmalıdır.
3. 1/10 luk sodyum hipoklorit solüsyonu (çamaşır suyu) veya tableti ile temizlenmeli ve temiz su ile durulanmalıdır.
4. Kullanılan tüm malzemeler kırmızı atık torbasına konulmalıdır.
5. İşlemi yapan personel kendini korumak için kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
6. İşlem sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır.
7. Her hastadan sonra kreşuar ve ünit kollukları, ünit tablaları, reflektör kolu, ünit asistan paneli, ağız içi hava-su spreylere dezenfekte edilmelidir.

Paspas Yapılması

1. Eldiven, maske giyilir.
2. Hasta odaları camlar açılarak havalandırılır.
3. Nemli mob ile süpürme yapılır.
4. İki bölmeli olan silme kovanın, bir bölümüne duru su, diğer bölümüne yüzey temizleyicisi karıştırılmış su konur.
5. Paspas; önce yüzey temizleyicili suda yıkanır, iyice sıkılır ve yerleri silme işlemi yapılır.
6. Paspas kirlendikten sonra; önce duru suda yıkanır, sıkılır, daha sonra yüzey temizleyicili suda iyice yıkanıp sıkılarak silme işlemine devam edilir.
7. 3 odada bir yeni su hazırlanır.
8. Paspas yapma işlemi bittikten sonra paspas iyice yıkanır, durulanır ve sıkılır ve kurumaya bırakılır. Paspas kovası deterjanlı su ve duru su ile yıkanır ters çevrilerek kurumaya bırakılır.

Çamaşır Suyunun Hazırlanması

1. Yüzey dezenfektanı olarak 1/100'lük çamaşır suyu; 1 lt. suya 10 cc veya veya 5 lt. suya 1 tablet.
2. Kan ve vücut sıvılarının temas ettiği yüzeylerin temizliğinde 1/10'luk çamaşır suyu; 1lt. Suya 100 cc veya 2 lt. suya 2 tablet

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	19

Yüzey temizliği için 10 lt lik kovaya 1 su bardağı yeterlidir. El yıkanan lavabolar, klozetler ve duş yerleri sağlığımız açısından en fazla temizlenmesi gereken yerlerdir

6.11. ÇALIŞANLARIN MESLEKİ ENFEKSİYONLARDAN KORUNMASI

Sağlık çalışanlarının meslek riskleri içinde ilk akla gelenler enfeksiyon ve delici kesici alet yaralanmaları olmakla birlikte, radyasyon, toksik-kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar, ısı, gürültü gibi fiziksel ajanlar, kasiskelet sistemi sorunları, stres, şiddet ve kötü muamele gibi faktörler de sağlık personelinin sağlığını tehdit etmektedir.

- **Enfeksiyon Riskleri**

Sağlık personeline bulaşma açısından, günlük uygulamalarda en sık karşılaşılan yollar hastalarda kullanılan iğnelerin ele batması, kanla kontamine delici-kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan veya diğer vücut sıvılarının mukozalara sıçramasıdır. Bunların dışında hastalara günlük bakım, el sıkışma, karşılıklı konuşma, aynı odada bulunma gibi faaliyetler sırasında bulaşma söz konusu değildir.

Hastaların kanla veya kanla kontamine vücut sıvılarıyla temas halinde bulaşması mümkün hastalıkların başında hepatitler ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gelmektedir. Hepatitlerden hepatit B virüs (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve hepatit D (delta) virüsü (HDV)'dür. HDV'nin hastalık oluşturabilmesi için HBV yüzey antijenine ihtiyacı vardır.

Genel olarak enfekte kişilerin kanlarındaki ve diğer vücut sıvılarındaki HIV yoğunluğu HBV'ye kıyasla çok düşüktür. Örneğin; enfekte kişinin kanına bulaşmış bir iğnenin batması sonucu serokonversiyon riski HBV için %25-30 iken, HIV için %0.35 civarında belirlenmiştir. Perkütan yaralanmalar sonrasında anti-HCV serokonversiyonunun %3 civarında olduğu gösterilmiştir. İğne lateks bir eldivenden geçerek deldiği zaman kan inokulumundan 10-100 kat azalma olduğu saptanmıştır.

- **Hasta Kanı veya Diğer Vücut Sıvıları ile Temas Eden Sağlık Personelinin Alması Gereken Önlemler**


1-Hastane içerisinde herhangi bir personelin delici, kesici aletlerle yaralanmaması için kesici delici aletler izolasyon önlemlerine uygun şekilde toplanır. Hizmetiçi eğitimlerle tüm personel kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirilir.

2-Delici kesici herhangi bir aletle yaralanma durumunda, yaralanan personel Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi'ne haber verir. Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve/veya sabunla yıkanır. Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol su ile yıkanması yeterlidir. Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma vb. yöntemlerle kesinlikle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur. Personelin delicikesici batıcı aletlerle yaralanması durumunda Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından İstenmeyen Olay Bildirim Formu doldurulur.

3-Yaralanan kişinin markerları bilinmiyor ise kan alınarak HbsAg, Anti HbsAb, AntiHCV Ab bakılır. Gerekirse Enfeksiyon Kliniğine sevki sağlanır.

4-Takip gerektiren personel Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından takip programına alınır. Enfekte materyalle yaralanma sonrasında kaynak kişide hepatit B, hepatit C ve HIV araştırılır. Kaynak kişide bu enfeksiyonlar saptanmazsa yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla veya uygun bir antiseptik ile yıkanır. Mukoza temaslarında temas eden bölgenin bol su ile yıkanması yeterlidir. Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma ve bunun gibi yöntemlerle travmatize edilmemelidir. Normal yara

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

 NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ				
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	20

bakımı dışındaek bir önleme gerek yoktur. Delici kesici alet yaralanmalarında ileri tetkik ve tedaviler Enfeksiyon Hekiminin yönlendirmelerine göre yapılır.

5-Yaralanmalardan korunmalarda standart önlemlere uyulmalı, her hastaya enfekte olduğu düşünülerek yaklaşılmalı, kanla, her tür vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile mukoza ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında eldiven giyilmeli eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır. Uygun koşullarda el hijyeni antiseptik kullanılarak da sağlanabilir. Hastanın sekresyonlarının etrafa sıçrama ihtimalinin olduğu durumlarda ek olarak bariyer önlemler alınmalıdır (yüz koruyucu maske, gözlük, önlük, bone vb.).

6-Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel korunmaya yönelik ekipmanlar birimlerin taleplerine göre satın alma komisyonu tarafından temin edilir. Kişisel korunmaya ve hastaya yönelik koruyucu tedbirler olarak El Hijyeni Talimatı, Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Talimatı hazırlanarak bilgilendirmesi yapılmıştır.

- **Bağışıklama İlkeleri**

1-Bağışıklama aktif ve pasif olarak yapılabilir. Aktif bağışıklamada aşılar kullanılırken (Tablo 1), pasifbağışıklamada serum ve immünoglobulin kullanılmaktadır (Tablo 2).

2-İşe yeni başlayan personelin HbsAg ve Anti-Hbs tetkikleri yapılır. Anti Hbs'si (-) olanlar Hepatit B aşısı programına alınır. Hepatit Aşısı Programına alınan çalışanlar ikametlerinin bulunduğu aile hekimliklerineyönlendirilerek hepatit aşılarının yaptırılması sağlanır. Kayıtları Enfeksiyon Kontrol Hemsiresi tarafından Hepatit B Aşısı Takip Formuna yapılır ve dosyalanır.

3-Çalışanların, Çalışan Güvenliği Ekibi ile birlikte yıllık olarak hazırlanan Hasta ve Çalışan Güvenliği RiskDeğerlendirme Planı'na göre sağlık taramaları gerçekleştirilir.

Tablo 1: Aktif bağışıklamada kullanılan aşılar

Toksoid aşılar Difteri Tetanoz	Canlı attenué bakteri aşıları Bacille Calmette Guerin (BCG) Şarbon
Ölü bakteri aşıları Boğmaca Kolera Tifo Veba	Canlı attenué virüs aşıları Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Oral polio virüs (OPV) Sarhumma Suçiçeği (Varicella) Adenovirüs Rotavirüs
Polisakkarit aşılar Haemophilus influenza tip b Pnömonokok Meningokok	İnaktif virüs aşıları İnaktif polio virüs (İPV) Kuduz İnfluenza (Grip) Hepatit A Japon ensefalit virüs
Pürifiye antijen Hepatit B Lyme hastalığı aşısı	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	21

Tablo 2: Pasif bağışıklama

Hastalık	Uygulama Şeması
Hepatit A	Temastan sonraki 2 hafta içerisinde 0.02 mL/kg
Hepatit B	Temastan sonra en kısa sürede 0.06 mL/kg immünserum globulin veya hiperimmün globulin yapılır. Aşı uygulanmadı ise aynı doz bir ay sonra tekrarlanır.
Kızamık	Temastan sonraki 6 gün içerisinde 0.25 mL/kg uygulanır. İmmün globulin profilaksisinden 3 ay sonra kızamık aşısı yapılmalıdır.
Tetanoz	Hiperimmün globulin 250IU, im Heterolog antiserum 3000-5000 u, im
Kuduz	İmmünglobulin 20 IU/kg (yarısı yara çevresine), yarısı im Heterolog antiserum 40 IU/kg (yarısı yara çevresine), yarısı im
Suçiçeği	50 kg'ın altında olanlara 125U/10 kg, im 50 kg'ın üstünde olanlara 625U, im

4-Hekim, hemşire, diş hekimi, diş teknisyeni, diş klinik yardımcısı ve tıp, diş hekimliği, hemşirelik ve sağlık ile ilgili okullardaki öğrenciler, laboratuvar ve kan bankası teknisyenleri önlenebilir olan bu hastalıklar içi aşılanmalıdır.

5-Sağlık personelinin aşılınması kuvvetle önerilen aşılar hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak vesuçiçeğidir.

6-Sağlık personelinin aşılınması önerilen hastalıklar ise tüberküloz, hepatit A, meningokok, polio, kuduz,tetanoz, difteri, tifo, boğmaca, çiçek ve pnömokoktur.

7-Sağlık personeline birçok hastalık (sıtma, viral hemorajik ateş, vb.) kan yoluyla bulaşabilse de, esas olarakhepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) sağlık personelinin sağlığını tehdit eden kanyoluyla bulaşan etkenlerdir.

8-Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan Korunmak için personelin eğitimi, standart önlemlere tam uyumunsağlanması, güvenli aletlerin kullanımı, uygun çalışma ortamı, iş yükünün azaltılması ve bağışıklamaönemlidir.

1-Hepatit B Virüs (HBV) Enfeksiyonu

HBsAg pozitif bir kaynaktan delici-kesici alet yaralanmalarında, kaynağın viral yüküne ve aletin üzerindeki kan miktarına göre değişmekle birlikte bulaş riski %1-30 arasında değişmektedir.

Sağlık personelinin hepsi HBV enfeksiyonuna karşı bağışık olmalıdır. Üç doz (0, 1, 6. aylar) aşı yapılmalıdır.

Aşı programı tamamlandıktan ortalama iki ay sonra serolojik çalışma yapılmalı ve anti-HBs düzeyi 10 IU/ml altında ise tekrar 3 doz aşılama yapılmalıdır. Eğer yine koruyucu antikor düzeyi sağlanamazsa, temas sonrasıprofilaksi programı uygulanmalıdır (Tablo 3).

Aşıya yanıtız personelde iş kısıtlamasına gerek yoktur. Aşı programı tamamlanan ve bağışıklık gelişen personelde rapel doza gerek yoktur.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	22

Tablo 3: Temas sonrası hepatit B profilaksisi

Sağlık Personeli	Kaynak		
	HBsAg (+)	HBsAg (-)	Bilinmiyor
Aşısız	HBIG+Aşı	Aşı	Aşı
Önceden aşılanmış			
Aşıya cevabı bilinenler	Profilaksi önerilmez	Profilaksi önerilmez	Profilaksi önerilmez
Aşıya cevabı olmayanlar	2x HBIG* veya HBIG+ Aşı	Profilaksi önerilmez	Yüksek riskli kaynak ise 2x HBIG veya HBIG+ Aşı
Aşıya cevabı Bilinmeyenler	AntiHBs<10 IU/mL ise HBIG+Aşı Anti HBs>10 IU/mL ise Profilaksi önerilmez	Profilaksi önerilmez	Anti HBs<10 IU/mL ise Aşı Anti HBs>10 IU/mL ise Profilaksi önerilmez
*HBIG: 0.06 mL/kg, intramuskuler Aşı: 20µg/mL, intramuskuler (0,1,6. aylarda)			

2-Hepatit C Virüs (HCV) Enfeksiyonu

Perkutanöz temas sonrası bulaş riski %1.8'dir, ancak bu oran moleküler çalışmalarda %10'a kadar çıkmaktadır. Temas sonrası immünglobulin veya interferon tedavisi faydalı değildir. Henüz aşısı da yoktur.

Temas sonrası sağlık personelinin temel serolojisi ve ALT düzeyine bakılmalıdır. Daha sonra 3 ve 6. Aylarda test yaptırılmalıdır.

Kronik Hepatit C enfeksiyonu olan sağlık çalışanı işine devam etmekle birlikte, aseptik teknik, el yıkama ve bariyer önlemleri gibi standart önlemleri almalıdır.

3-İmmün Yetmezlik Virüs (HIV) Enfeksiyonu

Perkutanöz yaralanma ile bulaş oranı %0.3, mukozal temas ile %0.09'dur. Bulaş riski yaralamadan önce alet üzerinde gözle görünür kan olması, hastanın arter veya venine direk yerleştirilen iğnelerle yaralanmalar veyahut yaralanmalarda artmaktadır.

Yaralanmada sonra en kısa süre içinde, tercihen dört saat içinde ikili veya üçlü antiretroviral tedavi başlanmalıdır. Tedavi mutlaka enfeksiyon hastalıkları uzmanı görüşü alınarak uygulanmalıdır. Profilaksi dört hafta verilir. Serokonversiyon için altı ay (altıncı ve 12. hafta ve altıncı ay) hasta takip edilmelidir. Altıncı ayın sonunda anti-HIV testi negatif ise testin tekrarlanmasına gerek yoktur, ancak kaynak hem HCV hem de HIV pozitif ise takip 12 ay sürdürülmelidir.

4-Kızamık

En bulaşıcı enfeksiyonlardan biridir. Sağlık personeli genel topluma göre 13 kat daha fazla risk altındadır.

İlk doğum yılı ya da sonrasında iki doz canlı aşısı bulunmayalar, kızamığa karşı serolojik olarak immünitesi olmayanlar, 1963-1967 yılı süresince tek başına ölü kızamık aşısı ile aşılanmış olanlar, ölü kızamık aşısı takiben de canlı aşı aşılanmamış olanlar ve bilinmeyen bir aşı ile aşılanmış olanlar aşılanmalıdır. 1957 yılından önce doğanlar genel olarak kızamığa karşı immün kabul edilmesine rağmen, 1957 yılı öncesini de içeren immünite belgesi olmayan bütün sağlık çalışanlarına aşı düşünülmelidir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	23

Kızamık aşısı, ya da kızamık kadar kızamıkçık ya da kabakulağa da hassas olduğu düşünülür ise MMR seçilecek aşıdır. İnkübasyon periyodu 5-21 gündür. Bulaştırmacılık prodrom döneminden başlar, döküntülerden sonra 3-4 gün devam eder.

Bağışık olmayan sağlık personeline temas sonrası 72 saat içinde aşı önerilir. İmmüoglobulin uygulanması sporadik olgularda temas sonrası 6 gün içinde yapılmalıdır, ancak salgınlarda önerilmez.

Kızamık geçiren personel, döküntüler başladıktan sonraki 7 gün süresince izinli sayılmalıdır.

5-İnfluenza

İnkübasyon periyodu 1-5 gündür. Bulaştırmacılık semptomların başlamasında 24 saat önce başlar ve semptomların devam ettiği sürece devam eder.

Sağlık personeline atak hızı %60'a kadar çıkmaktadır, ancak aşılama, gerekli izolasyon önlemlerinin uygulanması ve iş kısıtlanması ile atak hızı %2'nin altına düşmektedir.

Aşı her yıl Eylül-Ekim aylarında uygulanmalıdır. Aşının koruyuculuğu 2 hafta sonra başlar. Koruyuculuk tam olmadığı için (gençlerde %70-80, yaşlılarda %30-40) influenza geçiren hastalara bakım verirken damlacık önlemlerine dikkat edilmelidir.

6-Tetanos-difteri

Primer bağışıklamada üç doz (bir ay arayla iki doz, 6-12 ay sonra üçüncü doz) önerilir. Sonraki yıllarda 10 yılda bir rapel önerilir

7-Tüberküloz

Sağlık çalışanlarında tüberküloz riski genel topluma göre yüksektir. BCG Türkiye'de çocukluk çağı aşı programı içindedir, ancak BCG'nin koruyuculuğu kesin değildir. Bu nedenle aktif pulmoner veya larengeyal tüberkülozu olan olgulara karşı solunum yolu önlemleri alınmalı ve enfekte kişilere koruyucu tedavi verilmelidir.

Tüm personele işe başlamadan önce PPD testi yapılmalı ve yıllık veya 6 ayda bir PPD takibi yapılmalıdır.

İmmünosüpresif personelde ise mutlaka 6 ayda bir PPD takibi gereklidir. PPD testinin değerlendirilmesi uzman kişilerce yapılmalıdır. Takip sonuçlarına göre tedaviye başlanılır.

Aktif pulmoner veya larengeal tüberkülozu olan personel bulaştırmacılık ortadan kalkana kadar izinli sayılmalıdır. İşe başlamadan önce personelin yeterli tedavi aldığından emin olunmalı, öksürüğü olmamalı ve değişik günlerde alınan 3 balgam kültürü negatif olmalıdır.

8-Hepatit A Virüs (HAV) Enfeksiyonu

HAV fekal oral yolla bulaşan bir enfeksiyondür. İnkübasyon periyodu 15-50 gündür. Bulaştırmacılık sarılık gelişmeden önce en fazladır ve sarılık geliştiğinde en aza iner. Bulaş riski hasta bakım alanlarında yeme ve içme, el hijyenine dikkat etmeme, hasta ve yakınları ile yiyecek, içecek veya sigara paylaşımı ile artmaktadır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	24

Sağlık personeline temas öncesi rutin hepatit A aşısı yapılmasına veya hepatit A'lı hastalara bakım veren personele immünooglobulin uygulanmasına gerek yoktur.

Aşı yüksek endemisite bölgelerinde HAV ile enfekte yeni doğanlara bakım veren personele veya HAV'a maruz kalan araştırma laboratuvarlar çalışanlarına önerilir. İmmünooglobulin salgın durumlarında bu hastalara bakım veren personele önerilebilir.

HAV enfeksiyonunun bulaşının önlenmesinde temizlik ve hijyen koşullarına uyulması temel kuraldır.

6.12. TESİS KAYNAKLI ÇALIŞMALARDA ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

Suların Kontrolü

Fakültemiz ve bağlı birimlerinde su kullanımı yumuşatılarak yapılmaktadır. Mevcut su depoların her yılda 2 kez düzenli olarak bakımları ve temizlikleri yapılır. Yılda iki kez de mikrobiyolojik ve kimyasal olarak tetkikleri yaptırılır. Şehir şebeke suyunun haftalık klor oranları kontrolleri de gerçekleştirilir. Güvenilir temizlik malzemeleri ile lavabolar düzenli olarak temizlenir.

Yapım-Onarım İşlemleri Sırasında Alınması Gereken Enfeksiyon Kontrol Önlemleri

Hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar, genelde toz ve toprak kaynaklıdır. Özellikle hafriyat sırasında ortaya çıkan toprak ve toz içindeki bakteri veya mantarlar havalandırma ve su tesisatını kontamine ederek duyarlı kişilere ulaşmakta ve enfeksiyona neden olmaktadır.

Hastanemizde inşaat, yapım ve onarım işlemleri sırasında ve sonrasında enfeksiyon riskini en aza indirmek için enfeksiyon Kontrol Komitesi kontrolünde gerekli düzenlemeler planlanır.

Hastane içinde ve dışında yapılan yapım ve onarım çalışmalarında sağlık çalışanları ve diğer çalışanların görüşleri de değerlendirilir. Enfeksiyon Kontrol Komitesi, projenin büyüklüğü yeri, nasıl ve ne zaman yürütüleceği, ne kadar süreceği, yıkım olucaksa bunun boyutu, su boruları ve havalandırmaya girişim olup olmayacağı gibi risk oluşturabilecek konularda ayrıntılı bilgi sahibi olmalıdır.

6.13. OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA (SALGIN, NADİR GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR GİBİ)

YÖNELİK PLANLAMALARIN YAPILMASI

Bir hastalığın, belirli bir yerde (örneğin hastanede) beklenen görülme düzeyi endemik düzey olarak adlandırılır. Hastane enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu bu gruba girer. Salgın (epidemik düzey); bir hastalığın bir yerde, belirli zaman diliminde beklenenden fazla görülmesi ya da belirli ortak özellikleri nedeniyle kümeleşme göstermesi olarak tanımlanır. Hastane salgınları, genellikle sık tekrarlanan bazı işlemler veya alet kullanımı ile ilgili teknik hatalar sonucunda ortaya çıkar. Salgın incelemesinin etkili yapılabilmesi için bu ilişkilerin iyi bilinmesi gereklidir. Salgın incelemesinde en önemli amaçlar, salgına konu olan hastalığı ya da enfeksiyon etkenini daha fazla yayılmadan kontrol altına alabilmek ve benzer durumların tekrarlanmasını önleyebilmektir.

Bazı durumlarda hastane salgınlarının saptanması çok kolaydır. Nadiren görülmesi beklenen bir enfeksiyonun (grup A streptokokların neden olduğu cerrahi alan enfeksiyonu, aspergillus enfeksiyonu, vb.) tek bir epizotu bile salgın olarak kabul edilmeli ve incelenmelidir. Salgın incelemesinin basamakları Bu çalışmalar vakit kaybetmemek için enfeksiyon kontrol ekibinden farklı kişilerce eş zamanlı olarak yürütülür.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	25

Fakültemizde yatan hastanın olmamasından dolayı sürveyans işlemleri yapılmamaktadır. Ancak yine de olabilecek salgın durumları için Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirmeler yapılır. Buna yönelik çalışmalar yürütülür. Ayrıca olağanüstü salgın durumlarında İl Sağlık Müdürlüğü 'nden gelecek olan yazılar doğrultusunda hareket edilir ve koruma önlemleri alınır.

6.14.0DESTEK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

Atık Yönetimi

Hastanemiz faaliyetlerinden kaynaklanan tüm atıkların kaynağında ayrıştırılması, ayrı toplanması, taşınması ve bertaraf edilmek üzere lisanslı kuruluşlara teslimine yönelik çalışmalar Kalite Birimi tarafından yürütülür.

Hastanemiz faaliyetlerinden çıkan atıklar tıbbi, evsel, tehlikeli ve ambalaj atıklar olmak üzere gruplandırılır.

Tehlikeli atıklarda kendi içinde tehlikeli ambalajlar, tehlikeli kimyasallar, amalgam vb. gruplara ayrıştırılarak geçici depolama alanlarında lisanslı kuruluşlara bertaraf edilmek üzere verilene kadar depolanır.

Hastanemizde atık yönetimi ile ilgili işleyişin belirlenmesi ve bunların çalışanlara bildirilmesi ile ilgili çalışmaları yasal mevzuatlar doğrultusunda Kalite Birimi yürütür. Konu ile ilgili eğitimlerin organizasyonunu Eğitim Komitesi gerçekleştirir. Hazırlanan tüm dokümanlar elektronik ortamda çalışanlara bildirilir.

Evsel nitelikli atıklar

Tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah plastik torbalarda toplanır. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna veyakonteynerine götürülür, ayrı olarak geçici depolanır. Evsel nitelikli atıklar toplanmaları sırasında tıbbi atıklar ile karıştırılmazlar. Karıştırılmaları durumunda tıbbi atık olarak kabul edilirler.

Ambalaj atıkları


Kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla diğer atıklardan ayrı olarakmavi renkli plastik torbalarda toplanırlar.

Tıbbi Atıklar

Tıbbi atıkların toplanmasında Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde belirtilen özelliklere sahip kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla 3/4 oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz.

Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbadan çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir kaba aktarılmaz. Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak yukarıda belirtilen torbalara konulmalıdır. Tıbbi atıkların taşınması ile görevli personel periyodik olarak eğitilir, sağlık kontrolünden geçirilir ve görevi sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske, çizme, özel koruyucu turuncu renkli elbise giyer. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ			
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.PR.01	ARALIK 2023	0	0	26

Bu işlemler Atık Yönetimi Prosedüründe olduğu gibi yapılır.

Tehlikeli Atıklar

Tehlikeli madde atıkları için özel atık toplama malzemeleri bulunur.(Kırmızı renkli poşet, özel pil toplama kutuları, amalgamlar için kavanoz, amalgam kapsülleri için kutular vb) İçinde su bulunan kavanozlarda biriktirilen amalgam atıkları atık toplama ve taşıma personeli tarafından süzgeçle toplanır, uygun poşet içerisinde taşınır. Tehlikeli madde atıkları geçici depolama alanında depolanır. Tehlikeli madde atıkları atık taşıma arabaları yardımı ile maske, gözlük, plastik eldiven, plastik çizme ve tehlikeli atık taşıma personeli kıyafeti giyilerek eğitimli atık taşıma personeli tarafından geçici depolama tesisine taşınır.

Havalandırma Sistemi İlkeleri

Hastanelerde havalandırma sistemleri, optimum sıcaklığı, nemi ve personelin ve hastaların sağlığını koruyacak ve hava akımını sağlayacak özellikte olmalıdır. Hastanemiz havalandırma ve iklimlendirme sistemleri için her yıl düzenli olarak bakım sözleşmeleri yapılır. Havalandırma sistemi, bakteri filtreleri ve klima sistemleri düzenli olarak kontrollerden geçirilir, bakımları sağlanır. Partikül sayımları, sızdırmazlık testleri hava debisi testleri standartlara uygun olarak yaptırılır.

6.15. ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ

Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenen konulara (el yıkama, dezenfeksiyon, temizlik işlemleri ve kişisel koruyucu malzeme kullanımı vb) ile SKS doğrultusunda bildirilen eğitimler Eğitim Komitesi tarafından Hizmet içi Eğitim planına dahil edilir.

Belirlenen konulardaki eğitimler yılda bir kez yapılır. Eğitimler çalışanların meslek gruplarına göre verilir. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri eğitim komitesi tarafından saklanır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN