

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :1/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberine göre kan dolaşımı/katater ilişkili enfeksiyon tanı kriterleri eklendi. Bazı maddeler eklendi. Port katater ile ilgili bilgiler eklendi.	Tüm sayfalar	25.09.2019	Eğitim ve Enf Hemşiresi Ece Nur TOPCU
02	Yuksek riskli kataterler tanımlandı.	2.sayfa	13.08.2021	Sevda SÜMBÜL Başhemşire
Gözden geçirme	Gözden geçirildi.	Tüm sayfalar	30.01.2024	Sevda SÜMBÜL Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRESİ		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :2/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu talimatın amacı damar içi katater uygulamalarından kaynaklanabilecek nozokomiyal enfeksiyonları önlemek için gerekli uygulamaları belirlemektir. Damar içi katater enfeksiyonlarının önlenmesinde yapılması gerekenleri kapsar

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

SVK :Santral Venöz katater

TPN :Total Parenteral Nutrisyon

PTZ :Protombin Zamanı

PVK :Periferik Venöz katater

APTT :Aktive Porsiyel Tromboplastin Zamanı

3. REFERANS DOKÜMANLAR

4. UYGULAMA

Epidural/ spinal katater, arteriyel katater, santral venöz katater, periferik venöz katater ve umbilikal kataterler yüksek riskli kataterlerdir. Hastaya yanlış ilaç uygulanmaması için ilgili sağlık çalışanında uyarın olması açısından katater türüne göre üzerinde adının bulunduğu etiket yapıştırılır. Nöbet değişimlerinde ve hastanın diğer bölümlere transferinde ilgili sağlık çalışanına bilgi verilir, HBYS hemşirelik modülündeki katater-Materyal Takibi kartından kataterlerin değişim takibi yapılır. Sağlık çalışanı dışındaki personeller, hastaya herhangi bir müdahalede bulunamazlar, hasta bakımı sırasında sağlık çalışanı eşliğinde ve gözetiminde destek (banyo, alt temizliği, traş vs.) verebilir. Hastaya takılan kataterler hakkında hasta ve hasta yakınına dikkat edilmesi gerekenler hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılır.

4.1.katater Takmaya Karar Verilmesi

Damar içi katater takılması için öncelikle endikasyon olmalıdır. Gereksiz katater kullanımından kaçınılmalı ve endikasyon sona erdiğinde katater çıkarılmalıdır.

4.2.katater Bölgesi Seçimi ve katater Takılması

4.2.1.Damar içi kataterlerin takılacağı bölge seçilirken hem enfeksiyon hem de mekanik komplikasyon (Pnömotoraks, subklavian arter ponksiyonu, subklavian ven laserasyonu, subkalvian ven stenozu hemotoraks, tromboz, hava embolisi, kataterin yanlış takılması vb.) gelişme riski dikkate alınır ve yarar / zarar göz önünde bulundurularak komplikasyon (enfeksiyon ve enfeksiyon dışı) gelişme riskinin en düşük olduğu bölge ve teknik tercih edilir.

PVK yerleştirilmesi için erişkinlerde, üst ekstremité venleri tercih edilmeli. Çocuklarda ve bebeklerde üst ve alt ekstremitenin yanı sıra kafa derisi venleri de tercih edilebilir.

PVK, erişkinlerde femoral veya aksiller arter yerine radial, brakial veya dorsalis pedis tercih edilmeli. Çocuklarda brakial arter kullanılmamalı, radial, dorsalis pedis , posteror tibialis tercih edilmelidir.

4.2.2.Santral katater, arter katater, umbilikal katater takılması esnasında maksimum bariyer ve asepsi önlemleri alınır. (el yıkama, steril gömlek, maske, bone, steril örtü, steril eldiven kullanılır.) Periferik katater

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :3/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

takılırken uygulamada non steril eldiven giyilmesi yeterlidir.

4.2.3.katater giriş bölgesinde yoğun kıl varsa temizlenir fakat tıraş edilmez.

4.2.4.katater takılmadan önce aseton, eter gibi organik çözücüler deriye uygulanmaz.

4.2.5.katater (arter, santral, umbilikal) takılırken deri temizliği için klorheksidin veya %10'luk povidon iyot kullanılır. Povidon iyot kullanırken cilde uygulandıktan sonra kuruması beklenir. PVK takılırken temizlik için %70'lik alkol kullanılabilir.

4.2.6.katater takma işlemi sırasında ve sonrasında enfeksiyonu önleme amaçlı antibiyotikli pomadlar kullanılmamalıdır.

4.2.7.Deri temizliği yapıldıktan sonra giriş yeri tekrar palpe edilmez. (steril alanda çalışılıyor ise, palpe edilebilir.)

4.2.8.Periferik venöz katateri takan hemşire, kataterin takıldığı gün üzerine ve HBYS hemşirelik modülündeki katater-Materyal Takibi kartına kaydedilir.

4.2.9.katater takıldıktan sonra çok iyi bir şekilde sabitlenir.

4.2.10.Aksiller nod diseksiyonu geçirmiş, mastektomi ameliyatı olan kola veya diyaliz için şant veya fistül uygulanmış kolundan katater uygulaması gerçekleştirilmemelidir.

4.2.11 kataterden kan transfüzyonu yapılması gerektiği zaman kan veya kan ürünü ile birlikte aynı anda sıvı verilmez, sadece lümenli kataterlerde her lümene ayrı işlem (kan veya sıvı) takılabilir.

4.3.El Hijyeni

katater giriş bölgesinin palpasyonu öncesinde ve sonrasında, katater takılmasından, pansuman değiştirilmesinden ve kataterle ilgili her türlü manuplasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanır.

Eldiven kullanımı el yıkama gerekliliğini ortadan kaldırmaz.

4.4.katater Giriş Bölgesinin Bakımı

4.4.1.katater pansumanı değişimi sırasında cilt uygun bir antiseptik solüsyonla temizlenir. Bu amaçla klorheksidin ya da povidon iyot da kullanılır. 2 aylıktan küçük bebeklerde klorheksidin kullanımı hekime danışılmalıdır.

4.4.2.Pansuman değişimi sırasında cilde aseton ve eter gibi organik çözücüler kullanılmaz. Periferik venöz kataterlerin pansumanının değişimi katater değişimi sırasında ya da gözle görünür kirlenme olduğunda yapılır, rutin olarak yapılmaz. Santral kataterlerde ise gazlı bez ile yapılan pansumanlar 48 saatte, şeffaf örtülerde 7 günde bir pansuman değişimi yapılır. katater pansumanı nemlendiğinde, gevşediğinde (bütünlüğü bozulduğunda) veya gözle görülür kirlenme olduğunda değişim zamanı beklenmeden hemen değiştirilir.

4.4.3.Damar içi katateri olan hasta banyo yapabilir. katater, bağlantı ekleri ve katater giriş yeri su geçirmez örtü (örneğin steril drape) ile kaplandıktan sonra hastanın duş almasına izin verilebilir.

4.4.4 Damar içi kataterde kullanılan PCA cihazının kullanımı ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına sözel olarak bilgilendirme yapılır.

4.4.5.katater giriş bölgesi düzenli olarak her shiftte kontrol edilir ve gözlemle ilgili notlar HBYS üzerinden

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :4/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

hemşire gözlem notuna kaydedilir.

4.4.6.katater ileri-geri hareket ettirilmez ve yerinden çıkan katater tekrar içeri itilmez.

4.4.7.Enfeksiyon sıklığını azaltmak için katater giriş yerine klorheksidin emdirilmiş sünger uygulanmasına gerek olduğu hakkında literatür bilgisi yoktur.

4.4.8.Çok lümenli bir santral katater kullanılmışsa lümenlerden biri yalnızca parenteral beslenme için kullanılır.

4.5.kataterlerin Değiştirilmesi

4.5.1 Enfeksiyon insidansını azaltmak için santral venöz kataterler (SVK) rutin olarak değiştirilmez.

4.5.2 Erişkin hastalarda flebit gelişimini önlemek için periferik venöz kataterlerin 72-96 saatte bir değiştirilir. Çocuk hastalarda ise komplikasyon gelişmedikçe (flebit, infiltrasyon vb) periferik venöz kataterlerin rutin olarak değiştirilmez, IV tedaviye devam edildiği süre boyunca korunabilir.

4.5.3 Aseptik kurallara uygun takıldığı konusunda şüphe uyandıran tüm kataterler mümkün olan en kısa sürede değiştirilir. Bu kataterlerin değişimi ilk 24 saat içinde yapılır.

4.5.4 Bir enfeksiyon kaynağı olabileceği düşünülen damar içi katater değiştirilmesine ili hekim tarafından hastanın durumuna göre karar verilir. Sadece ateşi olan bir hastada rutin olarak katater değiştirilmez. Bakteremisi ve fungemisi olan hastada, katater dışında muhtemel başka enfeksiyon kaynağı varsa kataterin rutin olarak değiştirilmesi gerekli değildir.

4.5.5.katater giriş yerinde pürülan materyal görülen her tür kısa süreli SVK değiştirilir.

4.5.6.Hemodinamik yönden stabil olmayan ve katatere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonundan şüphelenilen her hastada SVK değiştirilir. Hekim istemine göre katater ucu veya kataterden alınan kandan kültür çalışılabilir.

4.5.7 Periferik arteriyel kataterler rutin olarak değiştirilmez.

4.5.8 İhtiyaç ortadan kalkar kalkmaz katater çıkarılır.

4.6 İnfüzyon Setlerinin, İğnesiz Sistemlerin ve Parenteral Sıvıların Değiştirilmesi

4.6.1 İnfüzyon Setleri

- katatere bağlı enfeksiyon kanıtlanmadığı veya bu yönde bir şüphe olmadığı sürece, infüzyon setlerinin ve bunlarla ilgili her türlü bağlantının 72-96 saatten önce değiştirilmesi gerekli değildir. İnfüzyon setleri ve bağlantıların kontamine olduğundan şüpheleniliyorsa değişim tarihi beklenmeden hemen değiştir
- Kan, kan ürünleri uygulama setleri her bir ünitenin tamamlanmasından sonra veya her 4 saatte bir değiştirilmelidir. Eğer 4 saat içerisinde birden fazla ünite kan ve kan ürünü infüze edilecekse, transfüzyon seti 4 saatlik bir periyot için kullanılabilir. Lipid emülsyonları (Glukoz ve aminoasitlerle kombine olarak verilen üçlü solüsyonlar) verilmesi için kullanılan infüzyon setleri infüzyonun başlamasını takiben 24 saat içinde değiştirilir.
- Propofol infüzyonu için kullanılan setler, üretici firma önerileri de dikkate alınarak, her 12 saatte bir değiştirilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :5/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

- Kullanılmayan tüm infüzyon setlerinin bağlantı yerleri kapalı olmalıdır.

4.6.2 İğnesiz Damar İçi Sistemler

- İğnesiz kataterlerin değiştirme sıklığı en az infüzyon setlerinin değiştirilme sıklığı ile aynıdır.
- Kapaklar 72 saatten kısa aralıklarla değiştirilir veya üretici firma önerilerine uyulur.
- Kaçakları ve kapalı sistemin tüm parçalarının birbiri ile uyumlu olmasına dikkat edilir.
- Kontaminasyon riskini azaltmak için “giriş portu” %70lik alkol ile silinir ve portlara mutlaka steril aletler kullanılarak giriş yapılır.
- Epidural/spinal kataterler hastaya kullanılmadan önce ve kullanımı ile ilgili hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir.

4.6.3 Parenteral Sıvılar

- Kan ve kan ürünlerinin infüzyonu 4 saat içinde tamamlanır.
- Parenteral ilaçlar ve katkı maddeleri için mümkün olduğunca tek dozluk ampul veya flakonlar tercih edilir.
- Tek dozluk ampul veya flakonlar içinde kalan solüsyonlar daha sonra kullanılmak üzere birbirine eklenerek saklanmaz.
- Eğer flakon 1'den fazla kullanmak durumu olursa kullanım öncesinde multidoz flakonların giriş diyaframı %70'lik alkollü swabla silinir, kuruması beklenir, iğne ucu hiçbir yere değdirilmez ve flakonun kullanım süresi 24 saati aşmaz. Bu nedenle de flakon üzerine açılış tarihi, saati ve son kullanma tarihi yazılan etiket yapıştırılır ve yapıştırılan etiket ilaç ismini kapatmaz. Flakonun lastik tıpası ilaç çekildikten sonra küçük steril spanç ve ince flasterle kapatılır. (Çevreden gelebilecek tozla kirlenmeyi önlemek için)
- Üretici firma tarafından önerildiği takdirde, multidoz flakonlar açıldıktan sonra buzdolabında saklanır.
- Antimikrobiyal ilaçlar sulandırıldıktan sonra flakon içinde kalmışsa saklanmaz, atılır.
- Multidoz flakonların giriş diyaframına mutlaka steril bir iğne ile girilir ve dokunarak kontamine edilmesinden kaçınılır.
- Sterilitesi bozulan multidoz flakonlar kullanılmadan atılır.
- Damar yolunu yıkamak için kullanılan SF solüsyonu ampül formatta kullanılır. Çok fazla hastada kullanılacaksa Eczane'den 50 cc lik SF PVC ambalaj istenir. PVC poşetten çekilecek her SF için tıpa %70'lik alkolle silinir, kuruması beklenir, iğne ucu hiçbir yere değdirilmez. Ambalajın üzerine açılma tarihini, saatini ve son kullanma tarihini yazan etiket yapıştırılır, kullanım süresi 24 saati aşmaz.
- TPN solüsyonlarının torbaları ve setleri 24 saatte bir değiştirilir, 24 saati aşan infüzyon seti ve torbası kullanılmaya devam edilmez, hastaya yeni torba ve set takılır. Torbanın üzerine de hastaya takılış tarihi, saati ve son kullanma tarihi yazılır.
- Enjektöre çekili ilaç kullanılmak durumunda kalındığında da enjektöre çekilen ilaç ordera göre en geç 24 saat içinde tüketilir. Enjektör üzerine mutlaka ilaç ismi, tarih, saat ve hemşire ismi yazılır. Bu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :6/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

enjektörler musluk, lavabo altı gibi kontaminasyon riski yüksek alanlarda bulundurulmaz

4.7 İntravenöz Enjeksiyon Portları

- Enjeksiyon portları sisteme giriş için kullanılmadan önce %70'lik alkolle temizlenir.
- Kullanılmayan bütün üçlü muslukların kapakları kapalı tutulur.

4.8 Profilaktik Antibiyotik Kullanımı

- Damar içi kataterlerin takılması öncesinde veya kullanımı sırasında katater kolonizasyonunu ya da kan dolaşımı enfeksiyonu gelişimini önlemek amacıyla sistemik antimikrobiyal profilaksi önerilmez.

4.9 kataterden Örnek Alma

- katater ucundan rutin kültür gönderilmez. Ancak katater bölgesinde lokal enfeksiyon belirti ve bulguları görüldüğünde, hekim istemine göre; katater çıkartılarak ucu steril makasla kesilir ve kültüre gönderilir.
- Ateşi olan hastada veya ateşi olmasa bile enfeksiyon kuşkusu nedeniyle kan kültürü istenen hastada, kan kültürlerinden biri kataterden biri de periferik damardan alınır.

4.10 Antikoagülan Kullanımı

- Periferik ve santral katater sistemini yıkamak için steril SF (SF ampül) solüsyonu kullanılır.
- Santral venöz kataterler kullanılmayacak ve hasta TPN solüsyonu alıyorsa, 100 cc SF içine 1 cc Heparin eklenerek 10 cc puşe yapılır. Bu uygulama doktor istemi doğrultusunda yapılır.
- Hastanın Heparin alerjisi ya da kanama sorunu varsa PTZ ve APTT tetkikleri takibi yapılarak doktor istemi doğrultusunda uygulanır.

4.11 Basınç Monitörizasyonunda Kullanılan Sistemler İçin Uygulamalar

- Tek kullanımlık transdüserler tekrar kullanılabilen transdüserlere göre tercih edilir.
- Transdüserler 72-96 saatte bir değiştirilir. Sistemin diğer bileşenleri (Tüp, sürekli yıkama cihazı ve yıkama solüsyonu dahil) de transdüser ile birlikte değiştirilir.
- Basınç monitörizasyon sisteminin tüm elemanları (Kalibrasyon cihazı ve yıkama solüsyonu dahil) sterilidir.
- Basınç monitörizasyon sistemi ile ilgili manüplasyon sayısı ve sisteme girişler minimum düzeyde tutulur. Basınç monitörizasyon kataterinin açık kalmasını sağlamak amacı ile açık sistem (enjektör ve üçlü musluk kullanımı gerektiren sistem) yerine kapalı yıkama sistemi (sürekli yıkama) tercih edilir.
- Basınç monitörizasyon sistemine üçlü musluk yerine bir diyafram aracılığı ile ulaşıyor ise diyafram sistemine giriş öncesinde % 70'lik alkol ile silinir.
- Basınç monitörizasyon sistemi ile dekstroza içeren solüsyonlar veya parenteral beslenme sıvıları verilmez.

4.12 Umbilikal kataterlerle İlgili Uygulamalar

- Umbilikal katater takılmasında cilt antisepsisi için tendürdiyot kullanılmaz.
- katatere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu bulgusu; vasküler yetmezlik, dolaşım bozukluğu veya tromboz varlığında umbilikal arter katateri çekilir ve bir daha takılmaz. Aseptik koşullara uymak

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :7/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

kaydıyla venöz kataterler 14 güne, arteriyel kataterler 6. güne kadar kullanılabilir.

- Umbilikal katater giriş yerine antibiyotikli pomad sürülmez.
- Umbilikal kataterler, katater ihtiyacı ortadan kalkar kalkmaz veya alt ekstermite ile ilgili herhangi bir venöz yetmezlik bulgusu saptandığı zaman çekilir.

4.13 Port katater Kullanımı

- Cilt altına takılan port kataterine erişim amaçlı kullanılan iğne uygulama sonrası heparinli mayi (9 cc serum fizyolojik /1 cc heparin) ile yıkandıktan sonra çıkarılır.
- Kontaminasyon riskini en aza indirmek için giriş bölgesini povidon iyot ile dairesel hareketler ile silinmeli ve steril malzemeler kullanılmalıdır. katater çıkarılırken de aseptik koşullara dikkat edilmelidir.

4.14 Sürveyans

- Yoğun bakımlarda günlük veriler toplanıp, değerlendirmeye alınır. Kliniklerde katater ilişkili enfeksiyon veya kan dolaşımı enfeksiyonlarından şüpheniildiği durumlarda iyileştirme çalışmaları yapılır.
- Periyodik olarak katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızları hesaplanır ve ilgili birimlere bildirilir.
- Kan dolaşımı/katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu tanısı konulabilmesi için aşağıdaki tanı kriterlerini karşılaması gerekir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :8/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

LTD-KDE tanısı için aşağıdaki tanı kriterlerinden birinin tam olarak karşılanması gerekir:

Tanı	Tanı Kriterleri
LTD-KDE 1	- Hastadan alınan bir veya daha fazla kan kültüründe patojen mikroorganizma saptanması veya hastadan alınan bir veya daha fazla kan örneğinde tanı veya tedaviye yönelik olarak uygulanan kültüre dayalı olmayan mikrobiyolojik bir yöntemle patojen mikroorganizma saptanması (Aktif sürveyans kültürleri bu kapsamda değerlendirilmez.). VE - Kanda saptanan patojenin vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyonla ilişkisinin olmaması
LTD-KDE 2	- Hastada ateş (>38°C), titreme veya hipotansiyon belirti veya bulgularından en az birinin bulunması VE - Kanda saptanan patojenin vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyonla ilişkisinin olmaması VE - Hastadan farklı zamanlarda alınan iki veya daha fazla kan kültüründe (veya kültüre dayalı olmayan bir mikrobiyolojik yöntemle) aynı cilt flora üyesi [difteroidler (<i>C. diphtheriae</i> dışındaki <i>Corynebacterium spp</i>), <i>Bacillus spp</i> (<i>B. anthracis</i> hariç), koagülaz-negatif stafilokoklar (<i>S. epidermidis</i> dahil), viridans grup streptokoklar, <i>Aerococcus spp</i> ve <i>Micrococcus spp</i>] mikroorganizmanın üretilmesi
LTD-KDE 3	≤1 yaşındaki hastada ateş (>38°C), hipotermi (<36°C), apne veya bradikardi belirti veya bulgularından en az birinin bulunması VE - Kanda saptanan patojenin vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyonla ilişkisinin olmaması VE - Hastadan farklı zamanlarda alınan iki veya daha fazla kan kültüründe (veya kültüre dayalı olmayan bir mikrobiyolojik yöntemle) aynı cilt flora üyesi [difteroidler (<i>C. diphtheriae</i> dışındaki <i>Corynebacterium spp</i>), <i>Bacillus spp</i> (<i>B. anthracis</i> hariç), koagülaz-negatif stafilokoklar (<i>S. epidermidis</i> dahil), viridans grup streptokoklar, <i>Aerococcus spp</i> ve <i>Micrococcus spp</i>] mikroorganizmanın üretilmesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :9/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

MBH-LTD-KDE tanısı için aşağıdaki tanı kriterlerinden birinin tam olarak karşılanması gerekir:

Tanı	Tanı Kriterleri
MBH LTD-KDE 1	- Herhangi bir yaştaki hastanın aşağıdaki intestinal mikroorganizmalardan herhangi biri için LTD-KDE 1 tanı kriterlerini karşılaması (ve başka etken üretilmemesi): <i>Bacteroides spp, Candida spp, Clostridium spp, Enterococcus spp, Fusobacterium spp, Peptostreptococcus spp, Prevotella spp, Veilonella spp</i> veya Enterobacteriaceae - VE hastanın aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılaması: - Son bir yıl içinde allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapılmış olan hastada kan kültür üremesinin saptandığı yatış sırasında aşağıdakilerden birinin bulunması: - Evre III veya IV gastrointestinal graft versus host (GVH) hastalığı bulunması - Pozitif kan kültürünün alındığı gün veya kültür öncesindeki son yedi gün içinde 24 saat içinde ≥ 1 litre ishalinin olması (18 yaşından küçükler için 24 saatte >20 ml/kg) - Hastanın nötropenik olması (Pozitif kan kültürünün alındığı gün ile bu günün öncesindeki ve sonrasındaki üç günü kapsayan yedi günlük dönem içindeki en az iki farklı günde mutlak nötrofil sayısının veya toplam lökosit sayısının $< 500 \text{ mm}^3$ olması)
MBH LTD-KDE 2	- Herhangi bir yaştaki hastanın sadece viridans grup streptokok üremesi (veya kültüre dayalı olmayan mikrobiyolojik yöntemle saptanması) ile LTD-KDE 2 tanı kriterlerini karşılaması (ve başka etken üretilmemesi): - VE hastanın aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılaması: - Son bir yıl içinde allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapılmış olan hastada kan kültür üremesinin saptandığı yatış sırasında aşağıdakilerden birinin bulunması: - Evre III veya IV gastrointestinal graft versus host (GVH) hastalığı bulunması - Pozitif kan kültürünün alındığı gün veya kültür öncesindeki son yedi gün içinde 24 saat içinde ≥ 1 litre ishalinin olması (18 yaşından küçükler için 24 saatte >20 ml/kg) - Hastanın nötropenik olması (Pozitif kan kültürünün alındığı gün ile bu günün öncesindeki ve sonrasındaki üç günü kapsayan yedi günlük dönem içindeki en az iki farklı günde mutlak nötrofil sayısının veya toplam lökosit sayısının $< 500 \text{ mm}^3$ olması)
MBH LTD-KDE 3	≤ 1 yaştaki hastanın sadece viridans grup streptokok üremesi (veya kültüre dayalı olmayan mikrobiyolojik yöntemle saptanması) ile LTD-KDE 3 tanı kriterlerini karşılaması (ve başka etken üretilmemesi): - VE hastanın aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılaması: - Son bir yıl içinde allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapılmış olan hastada kan kültür üremesinin saptandığı yatış sırasında aşağıdakilerden birinin bulunması: - Evre III veya IV gastrointestinal graft versus host (GVH) hastalığı bulunması - Pozitif kan kültürünün alındığı gün veya kültür öncesindeki son yedi gün içinde 24 saat içinde $\geq 20 \text{ ml/kg}$ ishalinin olması bulunması - Hastanın nötropenik olması (Pozitif kan kültürünün alındığı gün ile bu günün öncesindeki ve sonrasındaki üç günü kapsayan yedi günlük dönem içindeki en az iki farklı günde mutlak nötrofil sayısının veya toplam lökosit sayısının $< 500 \text{ mm}^3$ olması)

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: EN-TL-12 Yayın Tarihi :20.05.2015 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:13.08.2021 Sayfa No :10/10
	KATATER—MATERYAL KULLANIMI BAKIMI VE ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ TALİMATI	

SKİ-KDE Tanımı

Olay tarihinde, iki günden uzun süreyi (>2 takvim günü) santral kateterli (umbilikal kateter dahil) olarak geçirmiş bir hastada gelişen laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşımı enfeksiyonudur.

- Kateterin takıldığı gün, birinci kateter günüdür.
- Bu tanımı karşılayan olguda santral kateterin olay tarihinde veya bir gün öncesinde kullanımda olması şartı aranır.
- İki günden uzun süredir santral kateteri olan bir hastanın kateteri çekilmiş ise olay tarihi kateterin çekildiği gün veya bir sonraki gün olabilir.
- Hastanın hastaneye yattığında implante edilmiş kateteri (port) var ve bu kateter hastanın tek santral kateteri ise hastanın kabul edildiği hastanede kateterin infüzyon veya kan alma amacıyla kullanıldığı ilk gün, birinci kateter günü olarak kabul edilir.
 - Bu kateterlere bir kez erişim sağlandıktan sonra kateter çekilene veya taburculuktan bir gün sonrasına kadar SKİ-KDE tanısı konulabilir
- Santral kateteri çıkarılan bir hastaya bir takvim günü geçmeden yeni bir santral kateter takılır ise kateter günü sayımına kalınan yerden devam edilir, ara verilmez.
- Santral kateteri çıkarılan bir hastaya en az bir takvim gününü katetersiz olarak geçirdikten sonra yeni bir kateter takılır ise bu kateterin takıldığı günden itibaren santral kateter günü sayımına yeniden başlanır.
 - Aradaki gün veya günler sayılmaz.
- Laboratuvar tarafından kanıtlanmış KDE tanısı konulduğu gün (olay tarihi), hasta hangi üniteye yatıyorsa enfeksiyon o üniteye aittir. Ancak hasta başka bir servise/YBÜ'ye veya başka bir hastaneye transfer edilmiş ise “Transfer Kuralı”na uyulur.
- Hastanede yatarken diyalize giren hastalarda gelişen SKİ-KDE’ler hastanın yatmakta olduğu ünite için kayıt altına alınır.
- “14 Günlük Tekrarlayan Enfeksiyon Zaman Aralığı”nda gelişen KDE’ler yeni enfeksiyon olarak rapor edilmez.

5. SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından tüm hekimler ve hemşireler sorumludur.