

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :1/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	Merkezi sterilizasyon işleyiş prosedürü flash otoklav sterilizasyon yöntemi ile ilgili bilgi eklenmesi.		18.05.2012	Ameliyathane Hasan COŞKUN
02	Laboratuvar otoklav poşetine konan kültür plak atıkları haftanın 2 (iki) günü merkezi sterilizasyon ünitesine getirilir 121 derece steril edilip tıbbi atığa atılır.		15.10.2013	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
03	4.12. Manuel Yıkama Etkinlik Ölçümleri maddesinin eklenmesi	08	12.10.2017	Ameliyathane Hasan COŞKUN
04	SKS 6 versiyonu ve SAS kapsamında revize edildi. Ultrasonik yıkama, Ödünç set ve malzemelerin sterilizasyonu, olağanüstü durumlarda Sterilizasyon Hizmetlerinde alınacak önlemler eklendi.	Tüm içerik	23.07.2020	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi Hasan COŞKUN
05	Spançlar 2-5 ve 10'lu olacak şekilde paketlenir. 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir. Toplu steril edileceği zaman büyük paketin içine en fazla 30 adet spanç olacak şekilde paketleme yapılarak içine kimyasal indikatör konulur.	5. sayfa	18.09.2023	Filiz ALBAYRAK Kalite Yönetim Direktörü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI	ONAY	
BAŞHEMŞİRE		KALİTE YÖNETİCİSİ	BAŞHEKİM	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :2/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

1. AMAÇ ve KAPSAM:

Bu prosedürün amacı sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliği açısından kontrol altına alınmasını sağlamak ve merkezi sterilizasyon ünitesinin işleyişi ile ilgili standartları belirlemektir. Optimed Sağlık Hizmetlerinde, tıbbi amaçla kullanılan alet ve malzemelerin sterilizasyon işlemlerini kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR:

MSÜ : Merkezi Sterilizasyon Ünitesi
HBYS:Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
MSDS : Ürün Güvenlik Bilgi Formu

3. REFERANS DÖKÜMANLAR :

Dezenfektan Kullanım Listesi
Tehlikeli Maddeler Rehberi
MSÜ İşlem Kayıt Defteri
Otoklav Kullanma Talimatı
Biyolojik İndikatör Kayıt Defteri
Sterilizasyon Malzeme Teslim Fişi
Hastane Temizliği Prosedürü
Nemli Bohça ve Malzeme Tespit Defteri
Konsinye Alet Teslim Formu
Isı-Nem Takip Formu
Ameliyathane MSÜ Malzeme Teslim Fişi
Kalibrasyon Planı
Hidrojen Peroksit Gaz Plazma Sterilizatörü Kullanma Talimatı
Ameliyathane -MSÜSteril Depo Alet Sayımı
Yıkama Etkinlik Testi Kontrol Formu
Sterilizasyon Malzeme Kayıt Defteri
Demineralize Su Deposu Temizlik Kontrol Formu
Demineralize Suyun Sıcaklık ve İletkenlik Kontrol Formu

4. UYGULAMA

4.1. Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Alanların Belirlenmesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :3/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

MSÜ kirli alan, yarı steril alan ve steril alan olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Bu alanların tanımlamaları yer yüzeylerine yapılmıştır. Merkezi sterilizasyon ünitesinin tüm alanları pürüzsüz kolay silinebilir ve temizlenebilir materyaller ile tasarlanmıştır.

4.1.1.Kirli Alan:Steriletişi bozulmuş aletlerin üniteye kabul edildiği ,alet ve malzemelerin sınıflandırıldığı , temizlendiği ve dekontamine edildiği alanlardır. Dekontaminasyon alanında, ortamda bulunan mikrobik ve parçacık kaynaklı kirlilik muhtemelen yüksek düzeyde olacağı için çevredeki kirleticilerin kontrol edilmesi ve bu alanın düzenli olarak temizliği/dezenfeksiyonu Hastane Temizliği Prosedürü'ne uygun olarak yapılır.

Dekontaminasyon alanında;

- Koruyucu önlükler,
- Koruyucu gözlükler,
- Koruyucu eldivenler,
- Enzimatik solüsyonlar,
- Alet yağlama malzemeleri,
- El ve alet yıkama lavabosu,
- Set düzenleme masaları,
- Set kontrol listeleri,
- Hava tabancası,
- Ultrasonik yıkama makinesi,
- Kirli alanda kullanılan malzeme ve solüsyonların depolandığı depolama bölümleri bulunur.

4.1.2.Temiz Alan: (Yarı Steril Alan): Dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin yapıldığı, steril olmak için paketlenmiş olan malzemelerin depolandığı, tekstillerin bohça yapıldığı alanı kapsar. Bu alanda paketlenme işlemlerinde tekstil ürünler ve paketlenme rulosu ise paketlenen malzemeler farklı alanlarda paketlenmektedir.

4.1.3.Steril Alan: Steril malzemelerin kullanıcıya teslim edilmeden önce depolandığı alanlardır.

Steril depo alanlarında steril olan malzemelerin non steril olan malzemeler ile karışmaları önlenmesi amacıyla raflarının ayrımları yapılmıştır. Raf aralarına da mesafeler bırakılmıştır. Raflar kullanım özelliğine göre etiketlenmiştir.

- Steril malzeme depolama alanlarındaki raflar yerden 30 cm yükseklikte ve tavandan 50 cm aşağıda hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde olmalıdır.
- Yangın musluklarından uzak fakat ulaşılabilir mesafededir.
- Steril depo rafları kolay temizlenebilir, hava sirkülasyonu olacak şekilde tasarlanmıştır.

Alanlar arası geçişlerde el dezenfektanları konumlandırılmıştır.

4.2. Havalandırma Sistemi ve Isı-Nem Takibi

Merkezi sterilizasyon ünitesinde havalandırma sistemi hepa filtre sistemi ile sağlanmaktadır. Hepar filtre ölçümleri Enfeksiyon Kontrol Prosedürü'ne göre yapılmaktadır. Sterilizasyon ünitesinde hava akım yönleri

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :4/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

temiz alandan kirli alana olacak şekilde tasarlanmıştır. Hava sistemi 24 saat çalışır vaziyette ve saatte en az 10 filtre edilmiş temiz hava akımı verecek şekilde çalışmaktadır, hava sistemini türbülans oluşturabilecek herhangi bir yöntem kullanılmamaktadır.

MSÜ' de steril depo ve otoklav odası ısı-nem değerleri düzenli olarak kalibrasyonu yapılmış ısı-nem ölçerler ile ölçülmektedir. Değerler Isı-Nem Takip Formu'na işlenmektedir. Çalışma ortamlarının derecesi 18- 25 derece arasında ve nem oranı %35-70 arası, steril depo alanlarının sıcaklığı 22 derece ve nem oranları %60 arasındadır.

4.3. Sterilizasyon Ünitesine Malzeme Transferi

Kurumda ameliyathane dışında kullanılan tüm cerrahi aletler kullanıldıktan sonra poşetlenerek merkezi sterilizasyon ünitesi kirli yıkama alanına, Sterilizasyon Malzeme Kayıt Defteri ve Cerrahi Alet Listesi ile birlikte getirilerek karşılıklı sayılarak teslim edilir. Ameliyathanede kullanılan aletler ise merkezi sterilizasyon ünitesine Ameliyathane -MSÜ Alet Teslim Formu ile teslim edilir.

4.4. Ultrasonik Yıkama Makinası İle Dekontaminasyon

Aletlerin kaba kirleri musluk altında akıtılır. Ultrasonik Yıkama Cihazı Kullanım Talimatı'na uygun şekilde solüsyonları hazırlanır ve yıkama işlemi yapılır, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yıkama Formu'na kaydedilir.

4.5. Aletlerin Hazırlığı ve Kontrolleri

Yıkamadan sonra aletler hava tabancaları ve bezlerle kurulanır. Kurulanan aletlerin işlevleri ve temizliği (özellikle lümenli aletler) içerisinde tortu, kir, kan vs. olup olmadığı yönünden kontrol edilir.

4.6. Aletlerin Sayımı, Bakımı ve Kontrol İşlemleri

Aletler yıkama işlemine alınmadan önce klinikler, poliklinikler veya ameliyathaneden teslim alınırken Cerrahi Alet Listesi'ne göre sayımları yapılarak teslim alınır. Yıkama ve kurulama işleminden sonra setler veya tek paketli aletlerin gerekli sayım işlemleri tekrar yapılır. Gerekli ise özel alet yağlama malzemeleri ile aletlerin eklem yerleri yağlanır. Kontrol yapılırken kırık yada kullanım dışı olacak şekilde olan aletler ayrılır. Ayrılan aletler tamire gidecekse Kayıp-Kırık Alet Takip Formu'na kaydedilir, yedeği mevcut ise yerine ikame edilir. Aletin yedeği mevcut değilse Cerrahi Alet Listesi'ne sonraki kullanımlar için not yazılır. Özellikle bir alet ise bunun bilgisi bölüm sorumlusuna iletilir.

4.7. Paketlenmesi, Steril Edilmesi ve Depolanması

4.7.1.Paketlenme

Tekstil paketleme malzemesi kullanılacaksa kullanım öncesi mutlaka yıkanmış olmalıdır. Tekstil ürünleri yıkama işlemlerinden sonra katlanmadan önce ışıklı masada ışık geçirgenliği açısından teste tabii tutulur. Testten geçemeyen tekstil ürünleri bohça veya tek paket kompres gibi işlemlerde kullanılmaz, bu ürünler hasta altına veya hastalara pozisyon vermek gibi işlemler için kullanılır. Paketleme işlemleri tekstil paketleme ile cerrahi alet paketlenmesi farklı alanlarda yapılmaktadır. Spançlar 2-5 ve 10'lu olacak şekilde paketlenir. 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir. Toplu steril edileceği zaman büyük paketin içine en fazla 30 adet spanç olacak şekilde paketleme yapılarak

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :5/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

içine kimyasal indikatör konulur.

4.7.2.Paketleme Materyallerinin Özellikleri:

- Paket bütünlüğü bozulmamış,
- Yırtılmaya ve delinmeye karşı dirençli,
- Sterilizasyon metoduna uygun,
- Paket içerdekileri hasardan korumalı,
- Toksik içeriği olmamalı,
- Tüy bırakmamalı,
- Havanın uygun şekilde boşalmasına olanak vermelidir.

Üreticinin önerilerine göre kullanılır. Paketleme işlemi tekstil veya wrap kağıdı ile yapılacaksa zarf paketleme yönetimi kullanılır. Isı ile sterilizasyon yapılacak sterilizasyon ruloları ile paketleme yapılacaksa paketleme cihazı 180 derece sıcaklıkta olmalıdır. Plazma sterilizasyonda yapılacak tyvcek propilen paketleme ruloları ise 120 derecede paketleme yapılmalıdır.

4.8. Steril Edilmesi

Sterilizasyon işlemine tabii tutulacak olan malzemelerin takip edilmesi için MSÜ İşlem Kayıt Defteri'ne kaydı yapılır. Kayıt işlemlerinin takip edilmesi için yüke eklenen kimyasal indikatör üzerine bir adet indikatör lot numarası verilir. Bu lot no;

Örnek:O.230311001

- O. Otoklav
- 23 Gün
- 03 Ay
- 11 Yıl
- 001 Sıra No

Şeklinde verilir.

Cihazların vermiş olduğu sterilizasyon döngü çıktıları MSÜ İşlem Kayıt Defterin'de yüklerin kayıtlı olduğu bölümlere eklenir. Kullanılan malzemelerin indikatörleri hasta dosyasına kaydedilir ve hasta dosyasında arşivlenir. İstenilen durumda bu kayıtlarda geriye dönük olarak işlem kaydına ulaşılabilir. Malzemelerin sterilizasyon işlemleri için Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Prosedürü'ne göre uygun olan metod seçilir. Kayıt işlemi yapılırken malzemenin ismi, adedi, hangi cihazda hangi yöntem ile yapılacağı ve çalışanın ismi yazılır.

Cihaza Otoklav Kullanma Talimatı'nda belirtilen kurallara dikkat edilerek yükleme yapılır ve içindeki yüke bağlı olarak uygun program seçilir.



Malzemeler ısıya dayanıklı değil ise bu malzemelere düşük ısıda sterilizasyon yöntemlerinden gaz plazma yöntemi uygulanır. Malzemeler hazırlıklardan sonra Hidrojen Peroksit Gaz Plazma Sterilizatörü Kullanma Talimat'na uygun olarak çalıştırılır.



4.9. Depolanması

Sterilizasyon işleminden sonra malzemeler steril alan da depolanır .

Uygun depolama koşullarında saklama süreleri aşağıdaki gibidir.

- Polipropilen tyvveck poşet ile paketlenen malzemeler 1 yıl,
- Sterilizasyon poşetleri ile paketlenen malzemeler 6 ay,
- Çift kat tekstil ile paketlenen malzemeler 30 gün,
- Çift kat wrap ile paketlenen malzemeler 30 gün,

Steril depodan çıkan malzemeler kullanılmaz ise veya raf ömürleri tamamlandıktan sonra paketleri herhangi bir hasar görmemiş olsa dahi tekrar steril edilme sürecine dahil edilirler.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :7/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Paketleme cihazı paketleri kapatırken sterilizasyon yöntemine göre paketleme rulosunun üzerine sterilizasyon yapılış tarihi , son kullanma tarihi ve kullanıcı ismini yazmaktadır.

4.10. Kullanım Alanına Transferine Kadar Sterilitenin Korunması

Steril olan malzemeler, msü steril depo alanında kategorisine göre depolanmaktadır. Depolama sürecinde sterilizasyonu bozacak bir durum (delinme yırtılma gibi) gerçekleşirse malzeme tekrar sterilizasyon sürecine geri alınır. Kliniklerden gelen ve steril olan malzemeler kliniklere Sterilizasyon Malzeme Teslim Kayıt Defteri 'ne kaydedilerek teslim edilir.

4.11. Yıkama Paketleme Ve Sterilizasyon Etkinliğinin Kontrolü

Malzemelerin yıkama aşamasında son durulama suyu olarak demineralize su kullanılmaktadır.

Yıkama etkinliği ölçmek için 15 günde bir ultrasonik yıkama makinesinde kirlilik yükü protein kalıntı (lümenli aletler içinde) testi yapılır. Yapılan test sonucu Dezenfektan Solüsyon Kirlilik Kontrol Test Formu'na kayıt edilir. Suyun kimyasal ve mikrobiyolojik analizleri Enfeksiyon Kontrol Prosüdüğü'ne göre yapılmaktadır.

Paketleme etkinliğinin takibi için sterilizasyon işleminden sonra paketlerde patlama, yırtılma ve da delinme açısından kontrolleri yapılmaktadır.

Sterilizasyon etkinliği için her ürün üzerinde mutlaka kayıtlı kimyasal indikatör uygulaması yapılır. Kimyasal indikatörler sadece sterilizasyon işlemine tabii tutulduğu gösterir, bunun yanında cihazlara belirli periyotlarla biyolojik indikatör uygulaması da yapılır.

Sterilizasyon işleminden sonra nemli ve ıslak çıkan malzemeler Nemli Bohça ve Malzeme Tespit Defteri'ne kaydedilir.

4.12. Yıkamada Paketlemede Ve Sterilizasyonda Kullanılan Cihazların Temizliği Ve Bakımı

Ultrasonik yıkama makinaları içine hazırlanan solüsyonların günlük olarak değişimleri yapılır. Kirlilik yükü fazla ise beklenmeden solüsyon değişimi hemen yapılır. Yıkama alanlarının temizliği, risk grubuna göre Hastane Temizlik Prosüdüğü'ne göre yapılır. Sterilizasyon Temizlik Kontrol Formu'na kaydedilir.

Yıkama, paketleme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazların günlük temizliği Sterilizasyon Temizlik Kontrol Formu'na kaydedilir.

Otoklav cihazının bakımı aylık periyotlarda, hidrojen peroksit cihazının bakımları ise yıllık periyotlarla yetkili firma tarafından yapılır, kayıtlar HBSY'ye kaydedilir.

Demineralize su deposu üç ayda bir temizlenerek Demineralize Su Deposu Temizlik Kontrol formu ile kayıt altına alınır . Su deposundaki suyun iletkenlik ve sıcaklığı ölçülerek Demineralize Suyun Sıcaklık ve İletkenlik Kontrol Formu ile kayıt altına alınır.

4.13. Hizmetlerin Aksama Durumunda İzlenecek Yollar

- Kurumda elektrik kesintilerine karşı önlem olarak kesintisiz güç kaynağı (jeneratör) devreye girer. Jeneratörün devreye girme süresinin kısadır, kesinti cihazın çalıştığı esnada meydana gelmiş ise cihazlara elektrik akımı geldiğinde program kaldığı yerden devam etmektedir. Kesintisiz güç kaynaklarının günlük kontrolleri ve belirli periyotlarla bakımları yapılmaktadır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :8/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

- Kurumda yedek su deposu mevcuttur. Suyun klor ve su sertliği ölçüm sonuçları Su Deposu Ppm ve pH Ölçüm Kontrol Çizelgesi kaydedilir.
- Cihaz arızası durumlarında ilgili firması ile irtibata geçilip arızasının ivedilikle çözülmesi sağlanır.

4.13.1. Tek Kullanımlık Malzemelerin (Disposable Malzemelerin) Tekrar Kullanımı

Tek kullanımlık malzemeler mücbir sebepler (pandemi, doğal afet vs.) nedeni ile temin edilemediği durumlarda tekrar steril edilerek kullanılabilir. Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanımına FDA (Food and Drug Administration)'nın yayınladığı risk değerlendirmesi ve sınıflandırmasına göre karar verilir. İlgili bilgiye <https://www.fda.gov/medical-devices/classify-your-medical-device/device-classification-panels> linkinden ulaşılabilmektedir.

Kullanılabilecek ürün başlıkları aşağıdaki gibidir.

- Katater
- Laparoskopik malzemeler,
- Koter kabloları,
- Defibilatör kaşıkları,
- Fako/göz kasetleri,
- Solunum ekipmanları.

4.14. Ödünç Set Ve Malzemelerin Sterilizasyonu

Ödünç olarak (konsinye) ameliyat için gelen setler konsinye alet ve Malzeme Kayıt Defteri'ne kaydedilir. Teslim alınan setlerin temizlik kontrolleri yapılır. Gelen malzemelerde eksik olup olmadığı konusunda firma yetkilisi ile teyid edilir. Gelen konsinye setler protez veya implant takılacak ise sterilizasyon işlemlerinde biyolojik indikatör uygulaması yapılır.

4.15. Olağanüstü Durumlarda Sterilizasyon Hizmetlerinde Alınacak Önlemler

Afet durumunda hastane altyapısı etkileyen bir durum olmadığında süreç devam eder. Altyapı etkilenmesi durumlarında etkilenen duruma göre Hastane Afet Planı'na göre Hastane Afet Ekibi'nin yönlendirmesine göre hareket edilir.

4.16. Cihazların Test Parametreleri

- Bowie-Dick Test: Buharlı sterilizatör için her sabah cihaz açıldıktan sonra mutlaka bowie-dick testi yapılır.
- Kimyasal İndikatör:Otoklav ve plazma sterilizatörlerde cihaza yüklenen her malzeme bir adet kimyasal indikatör indikatör lot nosu ile eklenir.
- Biyolojik İndikatör:Buharlı sterilizatörde haftada bir defa, cihazda teknik bir arıza olursa tamirden sonra, bakım kalibrasyondan sonraki ilk çalışmada ve implant setleriyle birlikte biyolojik indikatör uygulanır. H2O2 sterilizasyonunda her çevrime biyolojik indikatör uygulanır ve sonuçları Biyolojik İndikatör Kayıt Defteri'ne kayıt altına alınır ve deftere biyolojik indikatör üzerinde bulunan kimyasal

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SH-PR-01 Yayın Tarihi:01.04.2011 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:18.09.2023 Sayfa No :9/9
	MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

indikatörde yapılandırılır. Biyolojik indikatör pozitif çıkması durumlarında bir önceki negatif çıkma zamanından pozitif çıkış tarihine kadar olan Biyolojik İndikatör Kayıt Defteri'nden geri toplanır. Malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar Enfeksiyon Kontrol Komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılır, kullanıma üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir.

- Biyolojik inkibatör cihazları kalibrasyon planına uygun olarak kalibrasyonları yapılır .
- Vakum Kaçak Testi: Buharlı sterilizatöre her gün ilk kullanımdan önce vakum testi yapılarak arşivlenir. Vakum kaçağı testi sonucu olumsuz çıktığında cihazın çalışması durdurulur ve teknik servis süreci başlatılır.

4.17. Cihazın Günlük Bakımı Kalibrasyonları

Cihazlara rutin olarak haftada en az bir defa temizlik ve bakım yapılır. Cihazların kalibrasyonları ise Cihaz Yönetimi Prosedürü'ne göre yapılarak HBYS'ye kaydedilir.

4.18. Değerlendirme ve İyileştirme

Sterilizasyon işleyişinin etkin yürütülebilmesi için göstergeler izlenmekte aylık aksiyon raporlarında takip edilmektedir. Düzenli olarak bölüm içi toplantılar yapılmakta ve hizmet içi eğitimler verilmektedir. Risk Yönetimi Prosedürü' ne göre riskler belirlenerek Ameliyathane Risk Analizi Planı oluşturulmuştur.

Gösterge başlıkları aşağıdaki gibidir;

- Steril Olmamış Malzeme Oranı
- Kayıp Alet Sayısı
- Kullanım Dışı Bırakılan Cerrahi Alet Sayısı

5. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi, ameliyathane Sorumlu Hekimi, sterilizasyon çalışanları ve tüm yöneticiler sorumludur.