|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ HEDEFİ** | **PLANLANAN FAALİYETLER** | **SORUMLU** | **UYGULAMA** | **TERMİN** | **İZLEME YÖNTEMİ** |
| 1 | El Hijyenine bağlı risklerin azaltılması | El hijyeni malzemelerine tüm personelin her zaman ulaşabilirliğini sağlamak | Çalışan Güvenliği komitesi  Enfeksiyon kontrol ekibi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Her doktor ve hemşire odasında el hijyeni malzemeleri (alkol bazlı el antiseptikleri, sıvı sabun, kağıt havlu vb.) bulunmalı | 2013 | El hijyeni personel uyumu |
| El antiseptik solüsyonlarının kullanımı konusunda personel uyumu ile ilgili değerlendirme yapmak için birimlerden hastane deposuna yapılan iç istemlerin düzenli periyotlarla takibi yapılmalı | 2013 |
| Personel ve hastaların görebileceği alanlarda el antiseptiklerinin uygulanması ile ilgili bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı vb.)bulunmalı | 2013 |
| Sağlık hizmeti verilen her yerde, ‘El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı asılı olmalı | 2013 |
| Personelin el hijyeni uyumunun gözlemlenmesi | Çalışan Güvenliği komitesi  Enfeksiyon kontrol ekibi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı Gözlem Formu’ ile her üç ayda bir en az 30 hastane çalışanı üzerinde gözlem yapılmalı ve sonuçları hastane personeli ile paylaşılmalı | 2013 | El hijyeni personel uyumu |
| Tüm hasta bakım ve müdahale alanlarında yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman (maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb.) bulundurulmalıdır. |
| 2 | Çalışanların bulaşıcı hastalık riskinin azaltılması | Personelin kişisel koruyucu ekipmanlara her zaman ulaşabilirliğini sağlamak | Çalışan Güvenliği komitesi  Enfeksiyon kontrol ekibi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Hastaya tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapılan birimlerde (pansuman odaları, yoğun bakım üniteleri, ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, doğumhane, acil, laboratuvar, otopsi salonu, morg vb.) el antiseptik solüsyonları, sabun, kağıt havlu, eldiven, maske, gözlük ve koruyucu önlük/elbise bulunmalıdır. | 2013 | Kişisel koruyucu ekipmanların kontrolü |
| Hava yolu ile bulaş ihtimali (tüberküloz, suçiçeği, kızamık, SARS, yaygın zoster enfeksiyonu vb.) olan hastalara hizmet verilen birimlerde solunum maskeleri (N95 vb.) olmalı |
| 3 | Çalışanların yaralanma riskinin azaltılması | Hastanelerimizde kesici ve delicialet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenlemelerin yapılması | Çalışan Güvenliği komitesi  Enfeksiyon kontrol ekibi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Kontamine kesici ve delicialet yaralanmalarında yapılacak işler ile ilgili tanımlanmış bir süreç olmalı | 2013 | Kesici delici alet yaralanmalarının takibi |
| Bu tür yaralanmalar belirlenen ekip tarafından takip edilerek kayıt altına alınmalıdır. |
| Hastanede kesici ve delicialetlerin atılacağı özel kutular bulundurulmalı, kutuların uygun kullanımı ve uzaklaştırılması sağlanmalıdır |
| Hastanede kesici ve delicialet yaralanmalarını en aza indirmek için personele planlanmış eğitimler verilmelidir |
| Kesici ve delicialet yaralanmalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemleri (aşılama, eğitim, sarı kovalar) alınmalı |
| 4 | Çalışanlar üzerinde radyasyon riskini azaltmak | Radyasyon yayan cihazlarla çalışan personeller için koruyucu önlemlerin alınması | Çalışan Güvenliği komitesi  Röntgen sorumlu hekimi  Röntgen personeli | Radyoloji ünitesinde tüm personellerin dozimetre kullanması ve takibinin yapılması | 2013 | Dozimetre sonuçları |
| Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalı | 2013 | Kurşun yelek kullanımı |
| Kurşun yeleklerin en az 6 ayda bir olmak üzere röntgen filmi çekilerek sağlam olup olmadığı kontrol edilmeli | 2013 | Kurşun önlük kullanımı |
| Radyoloji ünitesinde çalışan personelin yılda en az bir kez rutin hematolojik tetkikleri yapılmalı | 2013 | Sağlık tarama kayıtları |
| 5 | Laboratuvarlarda çalışanlar için riskleri azaltmak | Laboratuvarlarımızı en az BSL-2 alt yapı ve iyi laboratuvar uygulamalarına uygun hale getirmek | Çalışan Güvenliği komitesi  Laboratuvar sorumlu hekimi  Laboratuvar personeli | Klinik materyal ile çalışan tüm hastane laboratuvarlarımızın en az biyogüvenlik seviye 2 (BSL-2) alt yapı ve iyi laboratuvar uygulamaları kurallarına uygun hale getirilmeli | 2013 | Uygulamaların kontrolü |
| Sıçrama, dökülme ve aerosol oluşturan işlem ve teknikleri (klinik materyal ile kültür ekimi gibi) kullanan laboratuvarlarımızda biyogüvenlik kabinleri olmalı | 2013 |
| Laboratuvarlara giriş laboratuvar sorumlusu tarafından sınırlanmalı veya yasaklanmalı | 2013 |
| Laboratuvarda yeme-içme, sigara içme, kontakt lense dokunma ve makyaj yapmaya  izin verilmemeli | 2013 |
| Ağızla pipetaj kesinlikle yasaklanmalı | 2013 |
| Laboratuvarda çalışırken mutlaka laboratuvar önlüğü veya benzeri kıyafet giyilmeli | 2013 |
| Yüze sıçrama olasılığında yüz koruyucu kullanılmalı | 2013 |
| Enfeksiyöz materyale, klinik örneklere (kan, serum, balgam, idrar, dışkı v.b.)  veya kontamine ekipmana dokunulacaksa veya çalışılacaksa eldiven giyilmeli | 2013 |
| Enfeksiyöz materyale temastan sonra, eldiven çıkarıldıktan sonra ve laboratuvar terk edilmeden önce eller mutlaka yıkanmalı | 2013 |
| Çalışma yüzeyleri her gün en az bir kez ve eğer enfeksiyöz materyal dökülürse;  dökülmenin hemen ardından laboratuvar personelinin kendisi tarafından dekontamine edilmeli | 2013 |
| 5 | Laboratuvarlarda çalışanlar için riskleri azaltmak | Laboratuvarlarımızı en az BSL-2 alt yapı ve iyi laboratuvar uygulamalarına uygun hale getirmek | Hasta ve Çalışan Güvenliği Plan/Programından Sorumlu Ekip  Laboratuvar sorumlu hekimi  Laboratuvar personeli | Tüm kültürler, stoklar ve düzenli olarak üretilen diğer kirliler ve tüm enfeksiyöz  materyal atılmadan önce dekontamine edilmek üzere otoklavlama yapılmalı | 2013 | Uygulamaların kontrolü |
| Laboratuvarda böcek ve kemirici kontrolü yapılarak ilaçlama yapılmalı | 2013 |
| Tüm laboratuvar girişlerine üzerinde sorumlu laboratuvar personelinin adının ve çalışılan ajanların listesinin yazılı olduğu “BİYOTEHLİKE” işareti asılmalı | 2013 |
| Her laboratuvarda “tehlikeli dökülme prosedürleri” yazılı olarak bulunmalı ve görünür bir yere asılmalı | 2013 |
| Laboratuvarda parmakları meydanda bırakan sandalet veya terlik giyilmemeli | 2013 |
| Uygun bir şekilde dekontamine edilmedikçe hiçbir laboratuvar malzemesi (laboratuvar önlükleri, eldivenler, gözlükler v.b.) dışarıya çıkarılamamalı | 2013 |
| Kesici-delici alet yaralanmalarına karşı önlemler alınmalı | 2013 |
| Laboratuvar biyogüvenlik el kitabı hazırlanmalı | 2013 |
| Her laboratuvarda lavabo olmalı | 2013 |
| 6 | Sterilizasyon ünitesinde çalışanlar için risklerin azaltılması | Sterilizasyon ünitesinde zararlı gazlara karşı çalışanları korumak | Çalışan Güvenliği komitesi  Sterilizasyon ünitesi sorumlusu | Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız olmalı ve bağımsız bir bacadan dışarı verilmeli | 2013 | Önlemle  rin kontrolü |
| Sterilizasyon ünitesinde gaz maskesi kullanılmalı |
| Sterilizasyon ünitesinde gaz ölçümü yapabilen dedektörler bulunmalı |
| İlaç uygulama kabini bulunmalı | 2013 | Kabinin kontrolü |
| 7 | Çalışanların sağlık risklerinin tespit edilmesi | Riskli birimlerde çalışanların düzenli sağlık taramalarının yapılması | Hasta ve Çalışan Güvenliği Plan/Programından Sorumlu Ekip  Personel hekimi | Hastanemizde riskli bölümler tanımlanmalı | 2013 | Sağlık tarama kayıtları |
| röntgen gibi riskli bölümlerde |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAY** |