



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

29.09.2011	Prosedürün genelinde değişiklik yapıldı.	1
15.01.2014	Prosedür gözden geçirildi, format ve 6.15 maddesinde değişiklik yapıldı	2
27.01.2016	Prosedür gözden geçirildi, “Medical Park” ifadeleri “Mlpcare” olarak güncellendi.	3
23.06.2017	Prosedür gözden geçirildi. Biyotek ifadeleri Light House olarak değiştirildi.	4
22.11.2018	Prosedür gözden geçirildi. 6.5 Sterilizasyon Ünitesi Bölümü’ndeki alan Başlıkları güncellenerek, 6.5.1.14, 6.5.1.15, 6.5.1.16 maddeleri eklendi.	5

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sterilizasyon Sorumlusu / Başhemşire	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

1. AMAÇ

Mlpcare Hastanelerinde Merkezi Sterilizasyon Ünitelerine gelen kirli aletlerin kullanım alanından transferi, temizlik ve dezenfeksiyonunun sağlanması, sayımının ve bakımının yapılarak paketlenmesi, steril edilmesini ve depolanmasını uygun olarak sağlanması için yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Prosedür merkezi sterilizasyon ünitesi işleyiş sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR:-

5. SORUMLULAR

Merkezi Sterilizasyon Üniteleri çalışanları, hekimler, tüm hemşireler ve porterlar.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. ÇALIŞMA DÜZENİ

Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ) sorumlu hemşiresi, MSÜ sağlık memuru/ hemşiresi, MSÜ teknisyeni, MSÜyardımcı sağlık personeli çalışır. Çalışma düzeni aylık çalışma listesi ile düzenlenir.

6.2. GİYİM KURALLARI

- 6.2.1.** Bölüm içinde giyilen özel Alt-üst takım, terlik, bone ve maske kullanılır.
- 6.2.2.** Alanda kullanılan terliklerle hastane genelinde dolaşılmaz.
- 6.2.3.** Yıkama odasında farklı renkte terlik, bone, maske, gözlük (bariyerli maske) ve koruyucu gömlek kullanılır. Yıkama odasında kullanılan terliklerde kesinlikle yıkama alanı dışına çıkılmaz.
- 6.2.4.** Paketleme ayrıştırma odasında set toplama esnasında eldiven kullanılır.
- 6.2.5.** Tekstil odasında çalışan personel maske, bone, kolluk veya disposable gömlek giyer.
- 6.2.6.** Başka hastaneye ait ya da kişisel kıyafetler kullanılmaz.
- 6.2.7.** Sterilizasyon ünitesinden dışarı çıkıldığında formaların üzerine gömlek giyilerek önü kapatılır, terlikler değiştirilir.

6.3. MSÜ İÇ İŞLEYİŞİ

- 6.3.1.** MSÜ prosedür ve süreçlerinde olmayan ve ya belirtilmemiş kişisel istekler ve öneriler (sterilizasyon- dezenfeksiyon yöntem, metod ve süreleri) dikkate alınmaz.
- 6.3.2.** Günlük çalışma planı o gün çalışan ekip sayısı, klinik alanlar ve ameliyathane sirkülasyonuna göre planlanır.
- 6.3.3.** Çalışan personel yaptığı işlemlerde isim soy isim yerine kendilerine verilmiş olan ve **“Sterilizasyon Ünitesi Personel Kodları Listesi”**nde belirtmiş olan kodları kullanırlar. Bu liste MSÜ Sorumlu Hemşiresinde bulunur.



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

6.3.4. Günlük iç işleyişin devamlılığı, “Sterilizasyon Dezenfeksiyon Prosedürü, MSÜ'ne Malzeme Teslim Etme/Alma Talimatı, Bohça Hazırlama ve Tekstil Ürünlerinin Katlanması Talimatı, Paketleme Talimatı, Temizlik Talimatı, Yıkama Cerrahi Aletlerin Paketlenmesi ve Konteynera Yerleştirilmesi Talimatı, Kontamine Olmuş Cerrahi Aletlerin Temizliği Talimatı, Biyolojik Test Alma Uygulama Gönderme Talimatı ve Hidrojen Peroksit Sterilizatörü Kullanım Talimatı” na göre sürdürülür.

6.4. MSÜ DIŞ İŞLEYİŞİ

- 6.4.1.** MSÜ'ye birimlerden gelen kirli malzemeler alanda bekletilmeden, işlem sonrasında kapalı bir şekilde ya da box içinde MSÜ Yıkama Odasına formla birlikte porter/hemşire tarafından ulaştırılır.(Kırmızıbox: kirli malzeme taşıma; mavi box: temiz taşıma box)
- 6.4.2.** Yıkama odasına teslim edilen tüm kirli malzemeler enfekte kabul edilir.
- 6.4.3.** Müdahale esnasında kırılan cerrahi aletler tutanaksız kabul edilmez. Tutanakta hangi işlem/operasyonda nasıl kırıldığı açıkça anlatılarak, doktor ve hasta isimleri belirtilip olayın gerçekleştiği tarih/saat belirtilerek tutanağı yazan kişi tarafından imzalanmalıdır.
- 6.4.4.** Süreçler “**Merkezi Sterilizasyon Ünitesine Malzeme Teslim Etme ve Alma Talimatı** ” na göre takip edilir.

6.5. STERİLİZASYON ÜNİTESİ BÖLÜMLERİ

6.5.1. KİRLİ ALAN

- 6.5.1.1.** Yeniden kullanılabilen alet ve malzemelerin dekontaminasyon işleminin yapıldığı, dezenfeksiyon sürecine geçtiği alandır.
- 6.5.1.2.** Kirli bölümde dekontaminasyon için dezenfektörler, ultrasonic yıkama cihazı, basınçlı hava-su tabancaları bulunur. Yıkama cihazlarına bir hat sıcak-soğuk şebeke suyu bağlıdır.
- 6.5.1.3.** Ameliyathane ve diğer klinik alanlar (yoğun bakımlar, yatanhasta katları ve tüm tanı/teşhis/bakım alanları) için ayrı kirli malzeme teslim camları bulunur. Bölümlere ait kirli teslim camı farklıdır.
- 6.5.1.4.** Alanlarda kullanılan malzemeler işlem sonrası bekletilmeden Hemşire/yardımcı sağlık personeli tarafından MSÜ'ye teslim edilir. Klinik alanlardan gelen tüm malzemeler kapalı bir kutu ile teslim alınır.(Kirli malzeme kutusuna sığmayan malzemeler ağız kapalı poşet ile teslim alınır.)
- 6.5.1.5.** Ameliyathane dışındaki tüm birimler “ **Klinik Malzemelerin Sterilizasyon Ünitesine Kabulü**



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

ve **İade Formu**" nu kullanır. MSÜ çalışanı tarafından formun doğruluğu ve sayısını doğrulamak için form üzerinden sayılarak teslim alınır.

- 6.5.1.6.** Bölüme sadece cerrahi alet ve yeniden kullanılabilir malzemeler kabul edilir. (Kirli yeşil, kirli spançlar vs.. kabul edilmez, bölüme getirilmez.) Bistüri ucu, iğne ucu vb. gibi kesici delici aletler kullanılan alanlarında ayrıştırılır veya imha edilir, yıkama odasına setler içinde gelmez.
- 6.5.1.7.** Setler içinde gelen delici kesici aletler için "**Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü**" ne uygun olarak hareket edilir.
- 6.5.1.8.** Eksik setler teslim alınmaz ve tamamlanması için birime iade edilir. Konu hakkında MSÜ sorumlu hemşiresi bilgilendirilerek tutanak doldurulur.
- 6.5.1.9.** Ameliyathaneden gelen kirli malzemeler konteyner içinde dışarıda alet kalmayacak şekilde teslim edilir ve "**Ameliyathaneden Sterilizasyona Malzeme Teslim Formu**" nakayıt edilir.
- 6.5.1.10.** Her bir pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulur.
- 6.5.1.11.** Endoskopik cihaz ve aksesuarlar (kamera, optik, ışık kordonu vb.) sterilizasyon dekontaminasyon odasında görevliye teslim edilir. Optik, cihaz ve aksesuarların çalışır durumda olup olmadığı sterilizasyon görevlisi ve hemşire tarafından kontrol edilir.
- 6.5.1.12.** Kirli gelen tüm malzemeler enfekte kabul edilir. Kirli alanda çalışan personel koruyucu önlemlerini alarak çalışır. (geçirgen olmayan gömlek, gözlük, maske, eldiven, kulaktıkacı)
- 6.5.1.13.** Alanda bulunan tüm cihazlar talimatlarına uygun şekilde kullanılır. Uygun periyotlarda temizlikleri yapılır.
- 6.5.1.14.** Yıkama/dekontaminasyon etkinliğinin ölçülebilmesi için günlük olarak ultrasonik makinalarda ultrasonik makina yıkama etkinlik indikatörü kullanılır ve "**Ultrasonik Yıkama Makinesi Yıkama Etkinlik Kontrol Testi Kayıt Formu**" nakaydedilir.
- 6.5.1.15.** Yıkama/dezenfeksiyon etkinliğinin ölçülebilmesi için günlük olarak dezenfektörlerde kimyasal indikatör kullanılır ve "**Dezenfektör Yıkama Etkinlik Kontrol Testi Kayıt Formu**"na kaydedilir.
- 6.5.1.16.** Yıkama/ dezenfeksiyon etkinliğinin ölçülebilmesi için günlük olarak ilk yıkanan cerrahi setten sürüntü alınır



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

ve protein kalıntısı kontrolü yapılarak “**Protein Kontrol Testi Kayıt Formu**”na kaydedilir. "Protein Kalıntı Testi rutin olarak uygulanmasına yönelik "DAS REHBERİ" dışında herhangi bir kaynaktan geçmemektedir. Bu tarz uygulamalar validasyon testleri esnasında yapılması önerilmektedir.

6.5.2. DESTEK ALAN/ TEKSTİL ODASI

- 6.5.2.1. Tekstil odası tekstil ürünlerinin katlandığı, depolandığı ve bohça oluşturulan alan olup “**MSÜ Bohça Hazırlama ve Tekstil Ürünlerinin Katlanması Talimatı**”na uygun hareket edilir.
- 6.5.2.2. Tekstil odası çalışanı bu alanda alt-üst takım forma, bone ve maske kullanarak alanda çalışır.
- 6.5.2.3. Katlanan yeşillerle bohça yapılır. Bohça içerikleri tekstilodasında bulunur ve sıralamaya göre bohçalar hazırlanır.
- 6.5.2.4. Tekstil odası çalışanı yıkamadan gelen ya da yırtılmış olanyeşillerin, reusable box gömleklerin vebatın kompreslerin ayrıştırmasını sağlar, bir sonraki günün vaka listesine göre bohça organizasyonunu sağlar.
- 6.5.2.5. Yırtık, delik tespit edilen tekstiller onarım için ayrılır, kullanılmaz. Discard için Otelcilik ve DestekHizmetler bölümüne teslim edilir.
- 6.5.2.6. Çamaşırhaneden gelen kirli kalmış tekstilleri tekrar yıkamasüreci için geri gönderir.
- 6.5.2.7. Firma setleri firmadan birebir teslim alınır, “**Firma Setleri Kabul İade Formu**” doldurulur.
- 6.5.2.8. Firmadan gelen konsinye setler içlerine emülgatör koyularakwrap kâğıdı ve yeşile sarılır.
- 6.5.2.9. Paketlenen setin otoklav bantı üzerine firma adı, vakayı yapacak doktorun adı, ilk sterilizasyon tarihi - son sterilizasyon tarihi ve paketi yapan kişinin kodu yazılır. Gündüz shifti içindeteslim alınan set bilgileri ayrıştırma alanına bildirilir.

6.5.3. TEMİZ ALAN/ AYRIŞTIRMA & PAKETLEME BÖLÜMÜ

- 6.5.3.1. Malzemelerin denetlendiği, kontrol edildiği, cerrahi aletlerin bakımının yapılarak set haline getirildiği ve paketlemenin yapıldığıdezenfekte edilen temiz malzemelerin muhafaza edildiği ve sterilizatörlerin bulunduğu bölümdür.
- 6.5.3.2. Bu bölümde çalışan personel alt-üst forma, eldiven ve bonekullanır.
- 6.5.3.3. Ameliyathane tekstil ürünleri (yeşil kompres, tekstil ürünleri,krep kâğıdı ve spançlar) tek paket



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

- emülgatörlü paketlenir.
- 6.5.3.4.** Ameliyathanede kullanılan diğer cerrahi aletler çift paketemülgatörlü paketlenir.
- 6.5.3.5.** Dezenfekte edilen ürünler kapalı poşete veya rulo paketi ile paketlenir. Pakete malzemenin hangi bölüme ait olduğu, personelinkodu, tarihi ve son kullanma tarihi (1 ay) bilgisi bulunur. “DEZENFEKTE EDİLDİ” kaşesi basılır.
- 6.5.3.6.** Bu bölümde bulunan gaz sterilizatörü, paketleme cihazı ve Buhar Sterilizatörleri Kullanım talimatlarına göre kullanılırlar. Cihazıçerine konulan malzemeler otoklav ile işlem gördüğünde “**MSÜ Yük Kontrol Formu**” na, Etilenoksit/Hidrojen Peroksit sterilizatörü ile işlem gördüğünde ise “**Etilen Oksit - Hidrojen Peroksit Sterilizatör Yük Kontrol Formu**” kaydedilir.
- 6.5.3.7.** Bu bölümde "Yıkanan Cerrahi Aletlerin Paketlenmesi ve Konteynera Yerleştirilmesi Talimatı", "Sterilizasyon-DezenfeksiyonProsedürü" ve "MSÜ Paketleme Talimatı" na uygun çalışılır.
- 6.5.3.8.** Steril edilecek ve steril edilmiş malzemelerin rafları farklı ve her iki sterilizatörün yanındadır. Sterilve non-steril bölüm belirtilmiştir. Acil olarak steril edilen ve sıcak teslim edilen set/aletlerüzerine **DİKKAT SİCAKTIR** etiketi yapıştırılır ve sözel uyarı yapılır.
- 6.5.3.9.** Ameliyathaneye ait tekli paketler ve ya spesifik malzemelerbirebir kayıt edilerek teslim edilir.
- 6.5.3.10.** Otoklav Sterilizatörünün giriş vanalarında herhangi bir kaçakolup olmadığını test etmek amacı ile haftanın ilk günü leak test yapılır, sonuç 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılır. 1,3 milibar/dakika üstünde çıkan sonuçlarda cihazın çalışması durdurulur ve Light House'dan giriş yapılarak biyomedikale haber verilir.
- 6.5.3.11.** Gün başlangıcında otoklav sterilizatörüne önce Bowie&Dick Warmup /Isıtma programı hemen arkasından da Bowie&Dick Test uygulanır. Testten olumlu cevap alana kadar cihaz kullanılmaz. Eğer vaka yoğunluğu yoksa Olumsuz çıkan test 3 kez tekrarlandıktan sonra yine olumsuz cevap alınırsa, eğer vaka yoğunluğu var ise hemen biyomedikal departmanına Medin üzerinde iş arıza doldurularak ve telefonla arayarak bilgi verilir. Yapılan uygulamalardan sonra test tekrarlanır ve olumlu cevap alındıktan sonra sterilizatör kullanılmaya başlanır. Test sonuçları “**MSÜ Yük Kontrol Formu**” na günlük olarak zımbalanarak, MSÜ de arşivlenir.
- 6.5.3.12.** Pazartesi ve cuma günleri buhar sterilizasyonunda



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

biyolojik test uygulanır ve “**MSÜ Biyolojik Test Alma, Uygulama ve Gönderme Talimatı**” na uygun biyolojik test uygulanır.

- 6.5.3.13.** Kullanılacak buhar sterilizatörüne ilk yükte birlikte hızlı biyolojik tüp uygulanır. İmplant malzeme olan her yükte hızlı biyolojik test tüp uygulanır, MSÜ’nde inkübe edilir. Sonuçlar forma kaydedilir, arşivlenir. Her gün buhar sterilizatörün ilk döngüsünde biyolojik indikatör test uygulanır.

6.5.4. STERİL ALAN/ MALZEME DEPOSU

- 6.5.4.1.** Steril malzeme depolarıdır. Steril malzeme deposunda bulunan raflar yerden 20-30 cm yukarıda, tavandan 15 cm aşağıda, hava sirkülasyonunu sağlamak için duvardan 5 cm öndedir.
- 6.5.4.2.** Isı nem takibi sabah-akşam yapılır.
- 6.5.4.3.** Ortamın referans ısısı 18-22 santigrat derece; nem ise %35-%60 olmalıdır ve kayıtları “**Sıcaklık ve Nem İzlem ve Temizlik Kontrol Formu**” na kayıt edilir.
- 6.5.4.4.** Isı nem artışı ve düşüşünde teknik hizmetler birimine haberverilir ve Light House üzerinde iş talep yapılır.

6.5.5. HİDROJEN PEROKSİT GAZ

Hidrojen Peroksit Sterilizatörü Kullanım Talimatı na uygun hareket edilir.

- 6.5.5.1.** Hidrojen Peroksit yanıcı ve tahriş edici bir maddedir.
- 6.5.5.2.** Eldiven takılarak sterilizatör boşaltılır.
- 6.5.5.3.** Odada yanıcı maddeler bulundurulmaz.
- 6.5.5.4.** Hidrojen Peroksit kasedi/tüpü bittiğinde “**Atıkların Kontrolü ve Yönetimi Talimatı**”na uygun olarak Tehlikeli atık kaplarında biriktirilir.
- 6.5.5.5.** Hidrojen peroksitin her döngüsünde MSÜ çalışanları tarafından “**Etilen Oksit - Hidrojen Peroksit Sterilizatör Yük Kontrol Formu**” doldurulur. Her bir biyolojik test “**Sterilizasyon Ünitesi Biyolojik Test Takip Formu**” na kayıt edilir. Günün ilk yükü ile biyolojik test uygulanır.

- 6.6.** Tüm çalışanlar, “**Bölmelere Göre Koruyucu Ekipman Listesi**” ne uygun koruyucu önlemlerini alır.

6.7. KULLANILAN CİHAZLAR

Tüm olumsuz durumlarda ve arıza durumlarında MSÜ sorumlu hemşiresi bilgilendirilir. Cihaz arıza durumlarında cihaza müdahale edilmez ve kullanılmaz, cihaz kapatılarak üzerine Arızalı Cihaz Etiketisi asılır. Biyomedikal Müdürlüğüne bilgi verilir ve biotek üzerinden iş istek yapılır. Cihazların kalibrasyon ve bakım işlemleri yıllık plan dahilinde Biyomedikal birimi tarafından düzenli olarak yapılmaktadır.



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

6.8. ALET TAMİR/ BAKIM SÜREÇLERİ

- 6.8.1. Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde teslim edilen kırılmış veya fonksiyon bozukluğu olan cerrahi aletler “ **MSÜ Tamire Giden Aletlerin Kayıt ve Takip Formu** ” na kayıt açılarak, biyomedikale veya anlaşmalı bakım firmasına teslim edilir ve süreç bu formla takip edilir.
- 6.8.2. Cerrahi el aletlerinin bakımı “**Kontamine Olmuş Cerrahi Aletlerin Temizliği Talimatı**” na göre yapılır.
- 6.8.3. Cihazların temizliği “**Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Temizlik Talimatı**”nda belirtildiği şekilde yapılmaktadır.

6.9. SARF MALZEME TEMİNİ

- 6.9.1. MSÜ'ye ait sarf malzemeler direkt satın alma departmanından mail ile talep edilir.
- 6.9.2. Yeni denenecek bir ürün satın alma tarafından MSÜ sorumlu hemşiresine teslim edilir. Ürün özelliğine göre deneme alanları belirlenir ve ürünün deneme olduğu belirtilir ve kullanıcı bilgilendirilir.
- 6.9.3. Deneme ürün hakkında kullanılmadan önce, enfeksiyon hekimi/hemşiresi bilgilendirilmelidir. Enfeksiyon ekibi onayı olmayan ürünler denenmemelidir.
- 6.9.4. Deneme ürünün olumlu ya da olumsuzluğu **Numune Malzeme Deneme/ Değerlendirme Formu** ile rapor edilerek satın alma departmanına teslim edilir.

6.10. MSÜ EĞİTİMLERİ

Tüm Merkezi Sterilizasyon Ünitesi çalışanlarına, Genel oryantasyon ve Bölüm oryantasyon programı kapsamında eğitimler düzenlenir.

- 6.10.1. Tüm çalışanlar, Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği ve enfeksiyonlardan korunma eğitimi alır.
- 6.10.2. Merkezi Sterilizasyon Ünitesine yeni başlayan tecrübeli ya da tecrübesiz çalışana “ **MSÜ İşbaşı Adaptasyon Formu** ” takip edilerek gerekli eğitimleri verilir. İki ayı dolan çalışanlara “**Deneme Süresi Sonu Değerlendirme Formu** ” doldurulur ve İnsan Kaynaklarına teslim edilir. Ayda bir ise hizmet içi eğitimler yıllık hazırlanan hizmet içi eğitim programı takip edilerek yapılır.

6.11. MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ TEMİZLİK PLANI

Yer ve yüzeylerin temizliği planı doğrultusunda temizlik elemanı tarafından sterilizasyon bölümlerinin temizliği gerçekleştirilir. Bunun dışında günlük ve gün içinde kontamine olmuş tüm yüzeyler uygun dezenfektanlarla temizlenir. “**MSÜ Temizlik Kontrol Çizelgesi**” doldurulur.

- 6.12. Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde oluşan atıklar “**Atıkların Kontrolü ve Yönetimi Talimatı**” na uygun olarak ayrıştırılarak toplanarak çöp konteynerlerine atılır.



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

6.13. MSÜ DOKÜMAN ARŞİVİ

MSÜ'de kullanılan dokümanlar kurumların iç işleyişine göre arşivlenir. Cerrahi alan enfeksiyonları parametrelerinden olan Merkezi Sterilizasyon Üniteleri dokümanları 5 yıl arşivlenir.

6.14. Merkezi sterilizasyon ünitesinde tespit edilen uygun olmayan ya da tanımlanmamış hizmetler olduğunda **“Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü”** ne uygun hareket edilerek bölüm yöneticisine bildirilerek sürecin uygun tanımlanması sağlanır. Kalite Müdürlüğüne bildirilir.

6.15. Çalışan güvenliği ile ilgili olay tespit edildiğinde **Olay Bildirim sistemi** üzerinden Kalite Müdürlüğüne bildirilir. Bildirim yapılmış tüm olaylar Çalışan Güvenliği Komite toplantılarında gündem maddesi olarak tartışılarak gerekli önlemler alınır.

6.16. Hurdaya ayrılan cerrahi alet ve ya ekipman **“Hurda Eşya Komisyonu (HEK) Formu”** doldurularak Biyomedikale teslim edilir

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1. Sterilizasyon Ünitesi Personel Kodları Listesi
- 7.2. Merkezi Sterilizasyon Ünitesine Malzeme Teslim Etme ve Alma Talimatı
- 7.3. Arızalı Cihaz Etiketleri
- 7.4. Klinik Malzemelerin Sterilizasyon Ünitesine Kabulü ve İade Formu
- 7.5. Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü
- 7.6. Ameliyathaneden Sterilizasyona Malzeme Teslim Formu
- 7.7. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Prosedürü
- 7.8. MSÜ Bohça Hazırlama ve Tekstil Ürünlerinin Katlanması Talimatı
- 7.9. Firma Setleri Kabul İade Formu
- 7.10. MSÜ Yük Kontrol Formu
- 7.11. Etilen Oksit - Hidrojen Peroksit Sterilizatör Yük Kontrol Formu
- 7.12. Yıkanan Cerrahi Aletlerin Paketlenmesi ve Konteynera Yerleştirilmesi Talimatı
- 7.13. MSÜ Paketleme Talimatı
- 7.14. MSÜ Biyolojik Test Alma, Uygulama ve Gönderme Talimatı
- 7.15. Sıcaklık ve Nem İzlem ve Temizlik Kontrol Formu
- 7.16. Atıkların Kontrolü ve Yönetimi Talimatı
- 7.17. MSÜ Tamire Giden Aletlerin Kayıt ve Takip Formu
- 7.18. Kontamine Olmuş Cerrahi Aletlerin Temizliği Talimatı
- 7.19. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Temizlik Talimatı
- 7.20. Hidrojen Peroksit Sterilizatörü Kullanım Talimatı
- 7.21. Malzeme İstek/Çıkış Belgesi Formu
- 7.22. Numune Malzeme Deneme/ Değerlendirme Formu
- 7.23. Hasta Güvenliği Programı
- 7.24. Çalışan Güvenliği Programı



MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_P_001	12.11.2010	22.11.2018	RV05	10

- 7.25.** MSÜ İşbaşı Adaptasyon Formu
- 7.26.** Deneme Süresi Sonu Değerlendirme Formu
- 7.27.** MSÜ Temizlik Kontrol Çizelgesi
- 7.28.** Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü
- 7.29.** MPHG Bölümlere Göre Koruyucu Ekipman Listesi
- 7.30.** Hurda Eşya Komisyonu (HEK) Formu
- 7.31.** Ultrasonik Yıkama Makinesi Yıkama Etkinlik Kontrol Testi Kayıt Formu
- 7.32.** Dezenfektör Yıkama Etkinlik Kontrol Testi Kayıt Formu
- 7.33.** Protein Kontrol Testi Kayıt Formu