



BİYOLOJİK TEST ALMA, UYGULAMA VE GÖNDERME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_T_09	12.11.2010	23.06.2017	RV04	3

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”	“Açıklama”	“Revizyon No”
29.09.2011	Talimatın genelinde değişiklik yapıldı.	1
15.01.2014	Talimat gözden geçirildi, format değişikliği yapıldı	2
27.01.2016	Talimat gözden geçirildi, 6.2.1 maddesine “formaldehit Sterilizasyonunda günde bir kez, kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez” ifadesi eklendi ve 6.2.2 maddesi yeni eklendi.	3
23.06.2017	Talimat gözden geçirildi. 6.2.1 maddesine “buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez” ifadesi eklendi.	4

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



BİYOLOJİK TEST ALMA, UYGULAMA VE GÖNDERME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_T_09	12.11.2010	23.06.2017	RV04	3

1. AMAÇ

Sterilizasyon işlemi sırasında biyolojik indikatör kullanarak cihazlarda mikrobiyal ölümün gerçekleşip gerçekleşmediğini gösteren yöntemin kurallarını belirlemek

2. KAPSAM

Talimat biyolojik test alma, uygulama ve gönderme sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR: -

4. TANIMLAR

- 4.1. BİYOLOJİK İNDİKATÖR:** Sterilizatör içinde bakteri sporlarının ölümü hakkında bilgi veren tek indikatördür
- 4.2. PCD:** (Process Challenge Device) İşlem sorgulama cihazı
- 4.3. PTFE:** Polietilen Teflon
- 4.4. STRİP:** Biyolojik indikatör tanımına uyan, belirlenmiş mikroorganizma (B.Stearothermophilus) popülasyonuna batırılmış kağıt şerit.
- 4.5. BİYOLOJİK TÜP:** İçerisinde buhar ve kimyasal sterilizatörleri için belirlenmiş mikroorganizmanın bulunduğu inkübatör cihazında üretici firma önerisi kadar süre bekletilerek sonucu renk değişimi ile görülen biyolojik sorgulama sistemi.

5. SORUMLULAR

Hastanelerin Merkezi Sterilizasyon Üniteleri (MSÜ) çalışanlarının sorumluluğundadır.

6. FAALİYET AKIŞI

- 6.1.** Buhar sterilizatörü için warm-up ve Bowie-Dick test yapıldıktan sonra biyolojik test uygulanır. Ya da gün içinde herhangi bir programla birlikte uygulanır.
- 6.2.** Biyolojik test uygulanması Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin hastane iç işleyişlerine göre karar verir. Kurum hastanelerimizde tüp biyolojik test ve helix tüp yöntemleri kullanılabilmektedir.
- 6.2.1.** Tüp biyolojik indikatörler, etilen oksit sterilizasyonunda her yükte, buharlı basınç için her gün ve implant içeren her yükte, buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez, formaldehit sterilizasyonunda günde bir kez, kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez, Hidrojen Peroksit sterilizatörlerinde her gün ilk kullanımda ayrı bir paket içerisine konularak sterilizatörün kapak, köşeler ve vakum çıkışları gibi sterilizasyon işleminin en zor gerçekleşeceği düşünülen bölgelerine yerleştirilir. Çevrim sonunda üniteye inkübatör içerisine yerleştirilir, firma önerilerindeki süre bitiminde üreme varlığı değerlendirilerek “**Sterilizasyon Ünitesi Biyolojik Test Takip Formu**” na kayıt edilir.
- 6.2.2.** Her bir paket içeriğine en az sınıf 3 kimyasal indikatör koyulur.
- 6.2.3.** Strip şeklindeki test, non-steril eldiven giyilerek helix tüp kapağına yerleştirilir. Kapak kapatılır ve tüpsterilizasyon rulosu ile paketlenir. Üstüne biyolojik test ve cihazın adı yazılarak yükte birlikte atılır.
- 6.2.3.1.** Paketin üstüne hangi cihaza atılacaksa cihaz ismi ve paketin içindekinin biyolojik test olduğuasetatlı kalemle yazılır. Paketlenen strip sterilizatörün merkezine yerleştirilir.
- 6.2.3.2.** Program sonunda test paketi “**MSÜ Biyolojik Test Gönderme Ve İzlem Formu**” doldurularakmikrobiyoloji laboratuvarına yollanır.
- 6.2.4.** Sterilizatör herhangi bir vakumlu programda çalıştırılır.
- 6.2.5.** İlk 3–5–24 saat sürecinde sterilizasyon hemşiresi tarafından sonuç değerlendirilir.



BİYOLOJİK TEST ALMA, UYGULAMA VE GÖNDERME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
STE_T_09	12.11.2010	23.06.2017	RV04	3

- 6.2.5.1.** İndikatörde veya laboratuvarında üreme tespit edilir ise; Enfeksiyon Kontrol Ekibine, Ameliyathane veya yönetim bilgilendirilerek o cihazda kayıtlı olan tüm malzemeler toplanır. Cihaz kullanılmaz, biyomedikale bilgi verilir. Cihaza ikinci bir biyolojik test tekrarı yapılır. Cihazdan 3 negatif sonuç alana kadar cihaz kullanılmaz.
- 6.2.5.2.** Üreme olan cihazda daha önce steril edilen ve toplanan tüm malzemeler enfekte kabul edilir ve sterilizasyon süreci ilk basamaktan başlar.
- 6.2.5.3.** Üreme çıkan cihazda steril edilmiş malzemelerin kullanıldığı vakalar ve şüpheli vakalar EKK tarafından takip edilir.
- 6.3.** Üreme durumlarında sistem üzerinden Düzeltici Önleyici Faaliyet isteği doldurulur.
- 6.4.** Sterilizasyon cihazlarında her hangi bir arıza sonrası onarım, bakım veya kalibrasyon yapıldıysa sterilizatörü kullanmadan önce biyolojik indikatör uygulanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Sterilizasyon Ünitesi Biyolojik Test Takip Formu
7.2. MSÜ Biyolojik Test Gönderme Ve İzlem Formu