

ULUSAL
ÖNLEM PAKETİ
KONTROL LİSTELERİ



VİP ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Ventilatör başlangıç tarihi:

GÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
GÜN	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	
GÜN	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U

E: Evet; H: Hayır; U: Uygulanamaz



SKI-KDE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Santral kateter başlangıç tarihi:

E: Evet; H: Hayır

GÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter ve bağlantılarına her erişim sonrasında el hijyeni sağlandı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter bağlantı noktalarının dezenfeksiyonu sağlandı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter bağlantı noktalarına uygulanan dezenfektanın kuruması bekledi mi?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Pansuman değişimi uygun sıklıkta yapıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Pansuman değişimi aseptik teknikle yapıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Pansuman değişiminde aseptik olarak >%0.5 klorheksidin içeren alkol solüsyonu kullanıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Antiseptik solüsyonun kuruması bekledi mi?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (1. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (2. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (3. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (4. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (5. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Set standart sürede değiştirildi mi? (6. set)	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
GÜN:	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31



Kİ-İYE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Üriner kateter başlangıç tarihi:

GÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Üriner kateter ve drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter drenaj sistemi ve torbası mesane seviyesinin altında mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
Kateter torbasının zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	
GÜN	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Üriner kateter ve drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Kateter drenaj sistemi ve torbası mesane seviyesinin altında mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Kateter torbasının zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H

E: Evet; H: Hayır



SANTRAL KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın adı soyadı:	Protokol/T.C. numarası:
Servis:	İşlemin yapıldığı tarih/ saat:
Yapılan işlem: <input type="checkbox"/> Yeni kateter <input type="checkbox"/> Kılavuz kateter üzerinden kateter değişimi	
SK tipi: <input type="checkbox"/> Juguler <input type="checkbox"/> Subklavyen <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Tünelli kateter <input type="checkbox"/> Brakiyal <input type="checkbox"/> Periferden yerleştirilen santral kateter <input type="checkbox"/> Orta hat kateterleri <input type="checkbox"/> Port	
SK kullanım amacı: <input type="checkbox"/> Hidrasyon/ilaç <input type="checkbox"/> Diyaliz <input type="checkbox"/> Pulmoner arter kateterizasyonu <input type="checkbox"/> CVP ölçümü <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Diğer.....	
SK takılma şekli: <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif	
SK takan kişi: <input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Öğretim üyesi <input type="checkbox"/> Uzman Dr <input type="checkbox"/> Diğer.....	
SK takma işlemi ilk girişimde başarılı oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Girişim başarısız oldu ise kateteri takan kişi değişti mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işleme başlamadan önce aşağıdaki işlemlerden hangilerini yaptı?	
El hijyeni sağladı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Cilt antisepsisi sağladı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Cildin kurummasını bekledi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hasta üstünü tam kapatan büyük steril örtü kullandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işlem sırasında aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Steril önlük	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bone	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Maske	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kateteri takan kişi işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişiye yardım eden personel aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Steril önlük	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bone	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Maske	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kateteri takan kişiye yardım eden kişiler işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
İşlem tamamlandıktan sonra kateter takılan bölge steril pansuman ile kapatıldı mı?	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	



ÜRİNER KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın adı soyadı:	Protokol/T.C. numarası:
Servis:	İşlemin yapıldığı tarih/ saat:
Üriner kateter gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner katetere alternatif var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter uygulaması öncesi el hijyeni sağlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter aseptik tekniğe (steril eldiven, steril örtü, steril gazlı bez ve üretral mea temizliği için antiseptik solüsyon kullanılması) uygun yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter uygulaması iki sağlık çalışanı tarafından mı uygulandı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateteri takan 2. kişi: <input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Öğretim üyesi <input type="checkbox"/> Uzman Dr <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Üriner kateter uygulaması sonrası el hijyeni sağlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	