

ULUSAL
ÖNLEM PAKETİ
KONTROL LİSTELERİ



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

VİP ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı Soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol No / TC Kimlik No:

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

SKİ-KDE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı Soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol / TC Kimlik No:**Santral Kateter Başlangıç Tarihi:**

E: Evet; H: Hayır

[illegible]

[illegible]



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Kİ-İYE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı Soyadı:

Servis:

Ay/Yıl:

Protokol / TC Kimlik No:

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
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
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
Kateter torbasının zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	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
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
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
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: Evet; H: Hayır



SANTRAL KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı:	Protokol/ TC Kimlik No:
Servis:	İşlemin Yapıldığı Tarih/ Saat:
Yapılan işlem: ☐ Yeni kateter ☐ Kılavuz kateter üzerinden kateter değişimi	
SK tipi: ☐ Juguler ☐ Subklavyen ☐ Femoral ☐ Tünelli kateter ☐ Brakiyal ☐ Periferden yerleştirilen santral kateter ☐ Orta hat kateterleri ☐ Port ☐ Umbilikal arter/ven ☐ Diğer.....	
SK kullanım amacı: ☐ Hidrasyon/ilâç ☐ Diyaliz ☐ Pulmoner arter kateterizasyonu ☐ CVP ölçümü ☐ TPN ☐ Diğer.....	
SK takılma şekli: ☐ Acil ☐ Elektif	
SK takan kişi: ☐ Araştırma görevlisi ☐ Öğretim üyesi ☐ Uzman Dr ☐ Diğer.....	
SK takma işlemi ilk girişimde başarılı oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır	
Girişim başarısız oldu ise kateteri takan kişi değişti mi? ☐ Evet ☐ Hayır	
Kateteri takan kişi işleme başlamadan önce aşağıdaki işlemlerden hangilerini yaptı?	
El hijyeni sağladı	☐ Evet ☐ Hayır
Cilt antisepsisi sağladı	☐ Evet ☐ Hayır
Cildin kurumasını bekledi	☐ Evet ☐ Hayır
Hasta üstünü tam kapatan büyük steril örtü kullandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Kateteri takan kişi işlem sırasında aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven	☐ Evet ☐ Hayır
Steril önlük	☐ Evet ☐ Hayır
Bone	☐ Evet ☐ Hayır
Maske	☐ Evet ☐ Hayır
Kateteri takan kişi işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?	
☐ Evet ☐ Hayır	
Kateteri takan kişiye yardım eden personel aşağıdakilerden hangilerini kullandı?	
Steril eldiven	☐ Evet ☐ Hayır
Steril önlük	☐ Evet ☐ Hayır
Bone	☐ Evet ☐ Hayır
Maske	☐ Evet ☐ Hayır
Kateteri takan kişiye yardım eden kişiler işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?	
☐ Evet ☐ Hayır	
İşlem tamamlandıktan sonra kateter takılan bölge steril pansuman ile kapatıldı mı?	
☐ Evet ☐ Hayır	



ÜRİNER KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı:	Protokol/ TC Kimlik No:
Servis:	İşlemin Yapıldığı Tarih/ Saat:
Üriner kateter gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	
Üriner katetere alternatif var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Üriner kateter uygulaması öncesi el hijyeni sağlandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Üriner kateter aseptik tekniğe (steril eldiven, steril örtü, steril gazlı bez ve üretral me temizliği için antiseptik solüsyon kullanılması) uygun yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Üriner kateter uygulaması iki sağlık çalışanı tarafından mı uygulandı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Üriner kateteri takan 2. kişi: ☐ Araştırma görevlisi ☐ Öğretim üyesi ☐ Uzman Dr ☐ Diğer.....	
Üriner kateter uygulaması sonrası el hijyeni sağlandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır	