

ANTİBİYOTİKLERİN UYGUN KULLANIMI TALİMATI

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.AMAÇ

Hastane infeksiyonlarının kontrolünde önemli bir yer tutan rasyonel (uygun) antibiyotik kullanımını ve antibiyotiklerin hastaya gerektiği durumda güvenli bir şekilde verilmesini sağlamaktır.

2.KAPSAM

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi'nde antibiyotiklerin uygun kullanımı kurallarını kapsar.

3.KISALTMALAR

Herhangi bir kısaltma yoktur.

4.TANIMLAR

Özel bir tanım yoktur.

5.SORUMLULAR

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan hekimler, hemşireler, eczane çalışanları ve mikrobiyoloji laboratuvarı çalışanları sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI

Antibiyotiklerin order edilmesi;

6.1.Mikrobiyoloji laboratuvarı antibiyotik duyarlık sonuçlarını kısıtlı bildirim esaslarına uygun olarak bildirir.

6.2.Yatan hastalarda;

- Piperasilin/tazobaktam,
- Sefaperazon/sulbaktam
- Seftazidim,
- Sefepim,
- İmipenem,
- Meropenem
- İnvanz
- Vankomisin,
- Teikoplanin,
- Levofloksasin,
- Moksifloksasin,

Sistemik etkili antifungaller İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanının onayı ile kullanılır. konsültasyonu (formal veya telefon) ile kullanılır. Bu gruptaki antibiyotiklerin doktor direktifi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı tarafından 48 saat içinde imzalanır.

6.3.Cerrahi antibiyotik profilaksisi "Cerrahi Girişimlerde Antibiyotik Profilaksi Talimatı"na uygun olarak yapılır.

6.4.Antibiyotiklerin uygulanmasından hemşireler sorumludur.

6.5.Antibiyotiklerin hiçbiri İV, İM ve oral kullanımlarda birlikte kullanılmamalıdır. Hazırlanırken karıştırılmazlar ve birlikte kesinlikle sulandırılmazlar.

6.6.Liyofilize (toz halindeki) antibiyotikler; Bir enjektör ile toz antibiyotiğin yanında birlikte verilen çözeltici sıvının tamamı ampülden çekilir. Flakonun ağzındaki madeni kapak yukarı doğru hafifçe itilerek açıldıktan sonra, lastik tıpa %70'lik alkol ile silinir, kuruması beklenir. Suyun tamamı yavaşça flakonun içine enjekte edilir. Enjektör çıkartılır. Enjektör iğnesi tekrar kullanılmaz. İçindeki toz tamamen çözününceye kadar flakon iki el arasında hafifçe döndürülür. Köpük oluşumunu engellemek için dikkatli davranılır. Eğer solüsyonda köpük oluşursa, 15 dakika beklemek gereklidir. Tüm dozun, hatta kapak lastiğinin çevresinde olanların bile tamamen çözündüğünden emin olunmalıdır. Takılan yeni iğne kapak lastiğinin tam ortasına yerleştirilerek ve solüsyonun tamamını almaya çalışarak solüsyon flakondan yavaşça çekilir. İV (damar içi) uygulamalarda "Antibiyotiklerin Kullanım Çizelgesi"nde belirtilen uygun bir solüsyon içine tamamı aktarılır ve mediflex hafifçe alt üst edilerek karıştırılır. İM (kas içi) uygulamalarda özellikle üst dış gluteal bölgeye sarı uç ile (18 gauge), bebeklerde ve küçük çocuklarda orta-yan kalçaya yeşil veya siyah uç ile direkt olarak "Antibiyotiklerin Kullanım

ANTİBİYOTİKLERİN UYGUN KULLANIMI TALİMATI

Çizelgesi”nde belirtildiği şekilde uygulanır. İğnenin damara girmediğinden emin olmak için enjeksiyondan önce enjektörün pistonu geri çekilmelidir. Herhangi bir renk değişiminin görülmesi durumunda, iğne çekilir ve yeni bir uç ile başka bir yere yapılır.

Lidokain içerikli İM formlar asla İV uygulanmaz.

6.7.Hazır sıvı antibiyotikler (ampüller) direkt enjektöre çekilerek IV uygulamalarda “Antibiyotiklerin Kullanım Çizelgesi”nde belirtilen uygun bir solüsyon içine tamamı aktarılır ve mediflex hafifçe alt üst edilerek karıştırılır. İM uygulamalarda direkt olarak yapılır.

6.8.Çözelti hemen kullanımdan önce hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Çözeltide uygulanmadan önce veya sırasında herhangi bir bulanıklık veya kristalizasyon görülmesi halinde çözelti hemen atılmalıdır.

6.9.Antibiyotik uygulanımı esnasında hastalarda gelişebilecek allerjik reaksiyonlar açısından uygulayan hemşire ve sağlık personeli dikkat eder, hastayı yakından izler. Böyle bir durumda derhal tedavi sonlandırılır ve ilgili doktor yardımı çağrılır.

6.10.Uygulanan antibiyotiklerin miyadı kontrol edilir. Miyadı geçen antibiyotikler eczaneye iade edilir. Kapağı açılmış, şişesi kırılmış, rengi değişmiş ya da sulandırma esnasında kristal yapısı çözülmemiş olan antibiyotikler kullanılmaz. Kullanılmama gerekçesi, miktarı ve seri nosu tedavi defterine kayıt edilerek ilgili tutanak düzenlenir ve eczaneye iade edilir.

6.11.Antibiyotikler hekim özel bir order vermediği sürece “Antibiyotiklerin Kullanım Çizelgesi” doğrultusunda kullanılır.

6.12.Hekimlerin antibiyotik seçimine yardımcı olmak için, mikroorganizmaların direnç paternleri göz önüne alınarak “Antibiyotik Kullanım Rehberi” hazırlanmıştır.

6.13. “Antibiyotiklerin Kullanım Çizelgesi” nde belirtildiği şekilde uygulama olmaması durumunda “Uygunsuzluk Tespit Formu” doldurulur.

6.14.Hastanede aylık kullanılan antibiyotik miktarları takip edilip, Defined Daily Dose (DDD) hesaplanır ve bu rapor İKK’inin aylık toplantılarında tartışılır, yönetime sunulur.

6.15.Aylık antibiyotik kullanım politikası hastanenin ilgili yoğun bakım ünitesi ve klinik servislerden izole edilen bakterilerin antibiyotik duyarlılık paternlerine göre belirlenir. Antibiyotik direnç oranları %20’nin üzerine çıkan antibiyotiklerin ampirik kullanımından kaçınılır. Bu antibiyotikler İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanının uygun görmesi durumunda kullanılır.

İLGİLİ DOKÜMANLAR

Cerrahi Girişimlerde Antibiyotik Profilaksi Talimatı

Antibiyotiklerin Kullanım Çizelgesi

Uygunsuzluk Tespit Formu

Antibiyotik Kullanım Rehberi