



T.C.



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Mesleki Beceriler Laboratuvarı

3. Sınıf 2. Kurul Ders Notları
(2023-2024)

MESLEKİ BECERİLER LABORATUVARI

3.SINIF 2.KURUL KONULARI

- 1. Kulak zarı inceleme, Kulak yıkama becerisi**
- 2. Laboratuvar Tetkik İstek Formları Doldurma ve Örnek Alma, Kan Örneği Tüplerinin Kullanımı ve Tıbbi Atık Yönetimi Becerisi**
- 3. İlk Yardım Prensipleri ile Dış Kanama Durdurma ve Atelleme Yöntemleri Uygulama Becerisi**
- 4. Nazogastrik Sonda Takma ve Mide Lavajı Uygulama Becerisi**
- 5. Üretral yoldan kateter yerleştirme becerisi (Kadın ve erkek)**
- 6. Memede kitle muayenesi becerisi**
- 7. Kardiyak Defibrilasyon Uygulama Becerisi**
- 8. Larengeal Maske Uygulama Becerisi**
- 9. İntraosseöz Girişim Yapma Becerisi**

1. İSTASYON

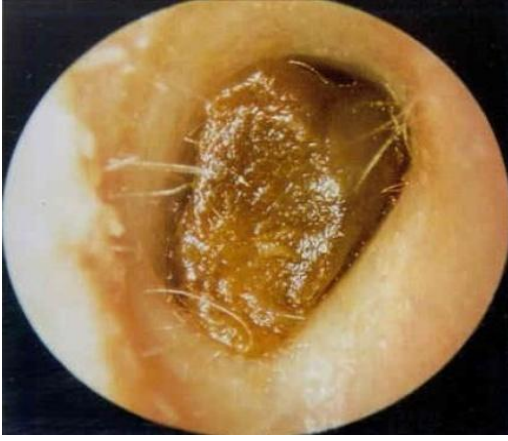
**Kulak Zarı İnceleme
Kulak Yıkama Becerisi**

Doç.Dr.Ercan KAYA

KULAK YIKAMA

Dış kulak yolunda cerumen adı verilen, kulak salgısını yapan hücreler bulunur. Kulak salgısı yabancı parçacıkların, tozların ve mikroorganizmaların dış kulak yoluna girmesine engel olarak, zarın zarar görmesini engeller. Dış kulak yolu derisindeki bulunan hücreler tarafından salgılanan serumen ile deri desquamasyonlarından toplanan epitel hücrelerinin bir araya gelerek birikmesine buşon denir (Şekil 1). Miktar ve serumen salınma hızı kişiden kişiye değişkendir. Bu mekanizma bozulursa buşon oluşur. Kulak kaşıma ve kulak içine çeşitli aletlerin sokulması bu mekanizmayı tersine çevirir ve salgıların birbirine yapışarak geriye doğru itilmesine, bir anlamda buşon oluşumuna zemin hazırlar. Kulak kiri normal bir salgı olmasına rağmen, bazı durumlarda ağrı, kaşıntı ve işitme kayıplarına yol açabilir. Kulak boşluğunda kalıp nemlendiği hallerde, kulak enfeksiyonlarına sebep olabilir. Yağ ve ter bezlerinin salgısı, deri döküntüleri kulakta topaklaşma yapabilir. Bunlar atılmadığı hallerde tıkanıklığı açmak için müdahale gerekebilir.

Semptomlar; dolgunluk, işitme kaybı, kaşınma hissi ve özellikle banyodan sonra buşonun şişerek işitme kaybına yol açması tipiktir. Serumenin çıkartılması, küret, forceps, aspiratör veya irrigasyon ile yapılır. İrrigasyondan önce sert buşonlarda serumen gliserin veya oksijenli suyla yumuşatılmalıdır. Akıntılı ve perfore kulaklarda irrigasyon yapılmamalıdır. Yıkama suyu 37°C'eye yakın olmalıdır. Aurikula arkaya ve yukarı çekilerek lavaş şiringasının (Şekil 2) ucu üst duvara yönlendirilerek, darbeler halinde ve orta basınçta su enjekte edilir (Şekil 4). Enjekte edilen suyun dökülebileceği bir yer olarak hasta kulağına böbrek küveti yerleştirilir (Şekil 3). Enjektördeki suyun oblik olarak verilmesi kulak zarı ravmasından kaçınılmasına ve buşon arkasına geçen suyun buşonu çıkartmasına neden olur (Şekil 5). Lavaj sonrası otoskopik muayene tekrarlanır. İrrigasyon dışında mikroskop altında buşonun arkasına küretleri geçirerek öne doğru ilerleterek forceps ya da aspiratörler kullanarak da buşon temizliği yapılabilir (Şekil 6-7).



Şekil 1; DKY'da buşon



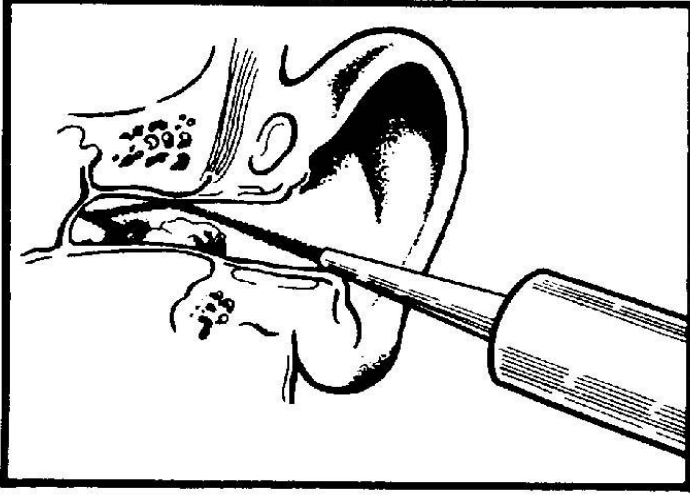
Şekil 2; İrrigasyon şırıngası



Şekil 3; Böbrek Küvet



Şekil 4; Sol DKY'da buşon için irrigasyon uygulaması



Şekil 5; Sol DKY’da buşon için irrigasyon uygulamasında enjektördeki suyun oblik olarak verilmesi



Şekil 6; Sağ DKY’da buşon için mikroskop altında aspiratör kullanımı



Şekil 7; DKY’da buşon için kulak küreti kullanımı

Gerekli Malzemeler: 50 cclik enjektör, yumuşatıcı damla, böbrek küvet

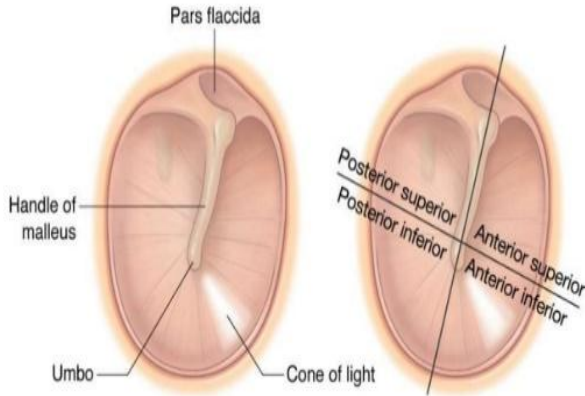
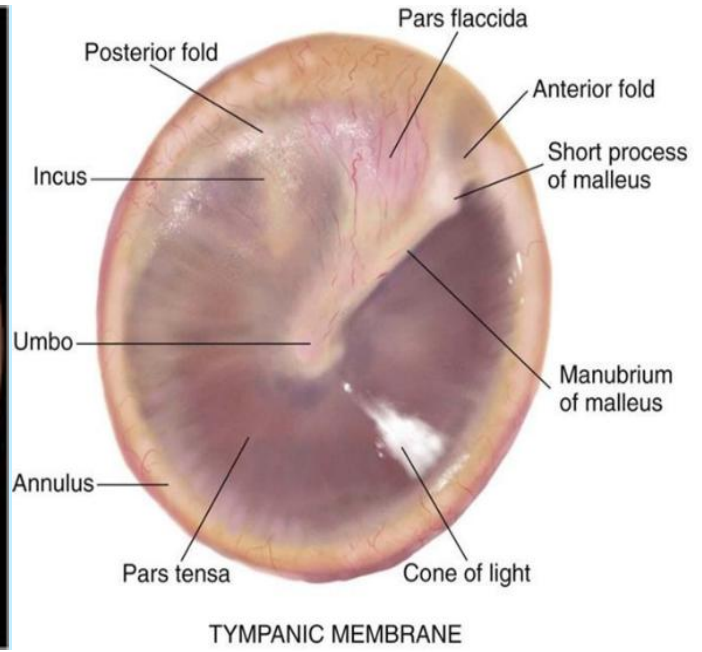
UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilmesi
2.	Katı serumunde hastaya mutlaka 5-7 gün öncesinde yumuşatıcı damlalar kullanılması
3.	Aurikulanın yukarı ve arkaya doğru çekilmesi
4.	Vücut ısısındaki suyun kanalın üst arka kısmına enjekte edilmesi (amaç suyun buşonun arkasına geçip dışa doğru itmesidir)
5.	İşlemin birkaç kez tekrarlanması (Timpanik membrana zarar vermemesine dikkat edilmelidir)
6.	Enjekte edilen suyun çıkmasının beklenmesidir.

TİMPAN MEMBRAN MUAYENESİ

Kulak muayenesi, kulak kepçesi ve etrafının inspeksiyonu ve palpasyonu ile başlar. Daha sonra otoskopi yapılarak dış kulak yolu (DKY), zar ve ortakulak gözlenir. Otoskopi ya ışık düşürülerek bir spekulum yardımıyla ya da otoskop denilen ve direkt ışık yanında büyültme de yapabilen cihazlarla yapılır. Otoskopun pilinin dolu olması ya da ışık güçlerinin iyi olması, yanıtıcı tanılara neden olmaması için önemlidir. DKY tam düz değildir. Bu nedenle kulak kepçesi, çocuklarda arkaya ve aşağıya büyüklerde arkaya ve yukarıya çekilerek açı düzeltilir ve DKY'na uyan en geniş spekulum yerleştirilir. Spekulum ıslak, soğuk veya sıcak olmamalı, ağrıya ve cilt ince olduğundan zedelenmeye yol açabileceğinden kemik kısma sokulmamalıdır.

Otoskopiye DKY temizlenerek başlanır. Epitel artıkları, serümen, buşon, akıntı veya yabancı cisimler; aspirasyonla, küretle veya portkotonla temizlenir. DKY'daki patolojiler gözlenir. Zarın durumu, rengi, ışık üçgeninin durumu, perforasyon varlığı, lokalizasyonu, büyüklüğü, psödomembran, atrofi, kalsifikasyonlar ve retraksiyonlar kontrol edilir. Zar dış kulak yolu birleşim yerinde sedefi gri renkte görülür. Önde altta parlak bir ışık üçgeni (Politzer üçgeni) görülür. Zarın ortasındaki çukur bölgeye umbo adı verilir. Umbodan yukarı malibrim mallei görülür. Ortalama 8-9 mm çapında bir zardır.

Ayrıca günümüzde kulak muayenesinin bir parçası olarak mikroskop ve endoskoplar da birçok klinikte kullanılmaktadır.



Normal kulak zarı

- 1- Pars flaksida
- 2- Malles'un prosessus brevis'i
- 3- Manubrium mallei
- 4- Umbo
- 5- Supratubal reses
- 6- Östaki girişi
- 7- Hipotimpanik hava hücreleri
- 8- Stapedial Tendon
- C- Korda timpani



- I- İncus
P- Promontorium
O- Oval pencere
R- Yuvarlak pencere
T- Tensor timpani
A- Anulus

Gerekli Malzemeler: Otoskop, kulak spekulumu

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastaya işlemin anlatılması
2.	Hasta ile karşı karşıya oturulması
3.	Muayene edilecek kulağın başı hafifçe diğer tarafa çevirmek sureti ile muayene edenin gözü hizasına getirilmesi
4.	Kulak kepçesi ve dış kulak yolu ağzının çıplak gözle muayene edilmesi
5.	Kulak kepçesinin sol elin ikinci ve üçüncü veya üçüncü ve dördüncü parmaklar arasına sıkıştırılarak arkaya yukarı doğru çekilmesi
6.	Kulak zarı ve dış kulak yolunun muayene edilmesi

2. İSTASYON

**Laboratuvar Tetkik İstek Formları Doldurma ve
Örnek Alma, Kan Örneği Tüplerinin Kullanımı ve
Tıbbi Atık Yönetimi Becerisi**

**Prof. Dr. Hüseyin KAYADİBİ
Dr. Öğr. Üyesi Evin KOCATÜRK**

TIBBİ ATIK YÖNETİMİ

Gerekli Malzemeler: Atık kapları, değişik renklerde atık poşetleri, taşıma araçları.

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Kullanılacak bütün atık kapları çalışma ortamında bulunmalıdır.
2. Her bir atık kabına atıkla uygun renkte atık poşeti yerleştirilmiş olmalıdır.
3. Evsel nitelikli atıklar. A. Genel Atıklar siyah torba B. Ambalaj mavi torba
4. Tıbbi atıklar C. Enfeksiyöz kırmızı torba D. Patalojik kırmızı torba E. Kesici Delici sarı kutu
5. Tehlikeli Atıklar F. Tehlikeli atık atık bidonu
6. Radyoaktif atık G. Radyoaktif atık kurşun kap

ÖNEMLİ DETAY BİLGİLER VE NOTLAR

Atıkların Ayır Toplanması: Sağlık kuruluşlarının faaliyetleri sonucu oluşan 22.07.2005 tarih ve 25883 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Ek-2’de detaylı olarak belirtilen atıkların üretildikleri yerlerde ayrı toplanması, geçici depolanması, taşınması ve bertaraf edilmesi zorunludur.

GENEL İLKELER

- Tıbbi atıkların çevre ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır.
- Tıbbi atıkların yarattığı çevresel kirlenme ve bozulmadan doğan zararlardan dolayı tıbbi atık üreticileri, taşıyıcıları ve bertarafçıları kusur şartı aranmaksızın sorumludurlar.
- Tıbbi atıkların yönetiminden sorumlu kişi, kurum / kuruluşlar, bu atıkların çevre ve insan sağlığına olabilecek zararlı etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler.

ÖNEMLİ UYARI

a) ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

Üniteler, Ek-2’de belirtilen atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgileri içeren ünite içi Atık Yönetim Planı’na uymak ve uygulamak zorundadır.

b) Sağlık kuruluşlarından kaynaklı atıkların sınıflandırılması Ek-2 tablosu.

SAĞLIK KURULUŞLARINDAN KAYNAKLANAN ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR (20 03* ve 15 01*)		TIBBİ ATIKLAR (18 01* ve 18 02*)			TEHLİKELİ ATIKLAR	RADYOAKTİF ATIKLAR
A: Genel Atıklar 20 03 01*	B: Ambalaj Atıkları 15 01 01*,15 01 02*, 15 01 04*,15 01 05*, 15 01 06*,15 01 07*,	C: Enfeksiyöz Atıklar 18 01 03* ve 18 02 02*	D: Patolojik Atıklar 18 01 02*	E: Kesici Delici Atıklar 18 01 01* ve 18 02 01*	F: Tehlikeli Atıklar 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10*, 18 02 05*, 18 02 07*	G: Radyoaktif Atıklar
<p>Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar:</p> <p>B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar.</p>	<p>Tüm idari birimler, mutfak, ambar, atölye v.s den kaynaklanan tekrar kullanılabilir, geri kazanılabilir atıklar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kağıt - karton - mukavva - plastik - cam - metal v.b. 	<p>Enfeksiyöz ajanların yayılımını önlemek için taşınması ve imhası özel uygulama gerektiren atıklar:</p> <p>Başlıca kaynakları;</p> <p>I. Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kültür ve stoklar - İnfeksiyöz vücut sıvıları - Serolojik atıklar - Diğer kontamine laboratuvar atıkları (lam-lamel, pipet, petri v.b) <p>II. Kan kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere</p> <p>III. Kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven v.b)</p> <p>IV. Diyaliz atıkları (atık su ve ekipmanlar)</p> <p>V. Karantina atıkları</p> <p>VI. Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri,</p> <p>VII. Enfekte deney hayvanı leşleri, organ parçaları, kanı ve bunlarla temas eden tüm nesnelere</p>	<p>Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi v.b. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ameliyathaneler, morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar v.b (insani patolojik atıklar) - Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşleri 	<p>Batma, delme sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enjektör iğnesi, - iğne içeren diğer kesiciler - bistüri - lam-lamel - cam pastör pipeti - kırılmış diğer cam v.b 	<p>Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısıyla özel işleme tabi olacak atıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tehlikeli kimyasallar - Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar - Amalgam atıkları - Genotoksik ve sitotoksik atıklar - Farmasötik atıklar - Ağır metal içeren atıklar - Basınçlı kaplar 	<p>Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplam uzaklaştırılır.</p>

Laboratuvar Tetkik İstek Formları Doldurma Kan Alma

Tetkik istek formları klinisyenin tanı, tarama, doğrulama, tedavi seçimi ve izleme amaçlı yapılmasını istediği tetkikleri seçebilmesi için hazırlanmış, ilgili laboratuvarın aktif olarak yaptığı tetkikleri içeren formlardır. Günümüzde laboratuvar tetkik istekleri için istek formlarının elle doldurularak işleme alınması uygulaması giderek azalmaktadır. Bunun yerini Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) adı verilen bilgisayar yazılımları almaya başlamıştır. Bu yazılımlar aracılığıyla hastanelerde düzenli kayıtlar tutulmakla birlikte sistemli bir çalışma ortamı sağlanmaktadır.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi yazılımlarında genellikle "Hizmet İşlemleri, İstemler, Stok İşlemleri, Ameliyat İşlemleri, Raporlar, ve Sorgulamalar" başlıkları halinde hazırlanmış menüler bulunur. İstemler menüsü kapsamında Konsültasyon İstemleri, Laboratuvar İstemleri, Acil Laboratuvar İstemleri, Nükleer Tıp İstemleri, Radyoloji İstemleri ve Kan Bankası İstemleri şeklinde hizmet istem formları yer alır.

Tetkik istemi, hekim tarafından polikliniklerde, servislerde ve acilde hastanın ön tanısı ya da tanısı doğrultusunda uygun laboratuvar test grubuna (biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji...), ait tetkiklerin ilgili laboratuvar formu üzerinde veya sistemde işaretlenerek kaydedilmesi şeklinde yapılmaktadır. Ancak gerek formlara gerekse sisteme, hasta ile ilişkili kimlik ve analize yol gösterici aşağıdaki bazı bilgilerin kaydedilmesi gerekmektedir:

- Hastanın adı, soyadı
- Doğum tarihi, yaşı ve cinsiyeti
- TC kimlik numarası
- Dosya numarası
- Doktor adı, bölümü
- Hasta ile ilgili klinik bilgiler (hastanın aldığı tedavi, ilaç kullanımları...)
- Ön tanısı
- İstemi yapılan tetkikler
- İstemi yapan klinisyenin kaşe ve imzası ya da elektronik onayı
- Hastanın barkod etiketi (form ve numune kaplarına yapıştırmak üzere)
- Numune türü (Kan, BOS, mayi, idrar vs.), alınma tarihi ve saati
- Numuneyi alan kişinin adı soyadı

Kayıt işlemi sonrasında, her tetkik grubuna uygun barkotlar basılarak numune tüp veya kaplarının üzerine yapıştırılır ve laboratuvara gönderilir. Bu işlemlerden sonra alınan numunelerin laboratuvara kabul işlemi yapılır. Cihazlarda çalışılan örneklerin sonuçları yine hastane otomasyon sistemine aktarılır. Sisteme aktarılan sonuçların onayı yapılır. Hasta sonuç raporlarında örneğin alındığı, laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat yer alır. Sonuçlar onaylandıktan sonra ilgili servis veya poliklinikte sistem üzerinden sonuçlar görülebilir veya çıktıları alınabilir.

Tıbbi laboratuvar tetkikleri hastane giderlerinin önemli bir kısmını oluşturur; bu tetkiklerin uygun ve yerinde istenmesi büyük önem taşır. Gereksiz istemler yanlış tanımlara, gereksiz ileri tetkiklerin yapılmasına dolayısıyla işyükü ve maliyet artışına neden olabilir. Klinisyenlerin mevcut kullanım alışkanlıklarını da bu anlamda iyileştirmeleri ve laboratuvar tetkiklerinin akılcı kullanımının sağlanabilmesi gereklidir. Bu nedenle otomasyon sisteminde öncelikle ön tanıya uygun tetkiklerin istenmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Örneğin herhangi bir kanser tanısı veya tedavi izlemi gibi ya da kanser şüphesini destekleyici herhangi bir muayene bulgusu olmayan hasta için ilk etapta kanser marker ölçümleri istenmemelidir. Ya da; takip hastalarında tekrar edilmesi gereken testlerin, fizyolojik değişim hızı göz önünde bulundurulmaksızın, anlamlı değişiklik gösterdiği süreden daha kısa aralıklarla tekrar edilmesi de yanlış değerlendirmelere yol açabilir. Gereksiz ve fazla test kullanımını önlemek için, çeşitli hastalıklarla ilişkili olarak uluslararası otoriteler tarafından belirlenen tanısal ve tedaviye yönelik algoritmaları (akış şemaları) izlemek önerilmektedir.

Örnek Alma

Hastadan alınan numunenin biyokimyasal analizlerinin yapılması başlıca üç evrede gerçekleşir. Bunlar; preanalitik (analiz öncesi), analitik (analiz sırasında) ve postanalitik (analiz sonrası) evrelerdir. Preanalitik evrede test sonuçlarını etkileyen faktörlere preanalitik değişkenler denir. Bunlar kontrol edilebilir (egzersiz, beslenme, sigara-alkol kullanımı, postür...) ve kontrol edilemeyen faktörler (yaş, cinsiyet, ırk...) olarak iki başlıkta incelenir. Örnek alımı, kontrol edilebilir preanalitik faktörlerden biridir. Örnek alımı ile ilişkili yapılan hatalar yanlış tanı ve tedaviye yol açabilir.

Örnek vermeden önceki açlık-tokluk durumu, alınan ilaçlar, menstrüel periyod, stres, sigara içilmesi, bir gün önce alınan aşırı yağlı gıdalar, alkol ve gazlı içecek tüketilmesi, egzersiz yapılması test sonuçlarını etkileyebilir. Bu nedenle bazı özel testler ve acil durumlar hariç numuneler 10-12 saat açlık sonrası (su içilebilir) tetkik istek formunda özel bir saat belirtilmediyse sabah 08:00-10:00 saatleri arasında, istirahat koşullarında alınmalıdır.

Klinik laboratuvarlarda analiz edilen örnekler kan (tam kan, serum, plazma); idrar (anlık idrar, sabah ilk idrarı, 8 ve 24 saatlik idrar, kateter örneği, suprapubik idrar örneği gibi...), gaita, ter, tükürük, beyin-omurilik sıvısı, sinoviyal sıvı (eklem sıvısı), amniyotik sıvı, plevral perikardiyal ve peritonik sıvılar ile çeşitli doku örnekleridir. Örnek alımı sırasında uygun teknik ve steril ekipmanlar seçilmeli, aseptik teknikler uygulanmalı; örnek kabı üzerine hasta adı, soyadı, dosya numarası, örneğinin alındığı tarih ve saati içeren hastane otomasyon sisteminden alınmış barkod etiketi mutlaka yapıştırılmış olmalıdır. Örnek, uygun şartlar altında laboratuvara ulaştırılmalıdır.

Yararlanılan Kaynaklar:

- *Burtis CA, Ashwood ER. Klinik Kimyada Temel İlkeler. Tietz 5. baskıdan çeviri. Çeviri Editörü: Prof.Dr.Diler Aslan. Palme Yayıncılık, Ankara, 2005.*
- *ESOGÜ Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Kitabı*
- *Turhan B., Çalık B., Demirin H. (2010). Kanıta Dayalı Tıp Laboratuvar Testleri ve Preanalitik Değişkenler. Konuralp Tıp Dergisi 2:29-33.*
- *Bozdemir A. E. (2006). Laboratuvar Analizlerinde Doğru Örnek Alımı. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Ocak 15(1):1-6.*
- *Sönmez H. A. (2013). Hastalıkların Tanı ve İzlenmesinde Biyokimya Laboratuvarı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 81.*
- *http://egitim.enlildestek.com/eroglu_egitim_kilavuzlar/HBYS_KLINIK_SEKRETERLI_GI.pdf*

Adı, Soyadı :
Yaşı, Cinsiyet :
Doktor Adı, Bölüm :
Ön Tanı :
Dosya No

BARKOD
ETİKETİNİ BURAYA YAPIŞTIRINIZ !
RESMİ İŞLEM KAŞESİ

BİYOKİMYA
HORMON
TÜMÖR MARKER
İDRAR

PRENATAL TARAMA

84614 Üçlü test (E3-HCG-AFP)

84615 Down sendromu (PAPP-A+SERBEST BETA HCG)

	I. Trimester Testi	2. Trimester Testi
USG tarihi :	Doğum Tarihi :	Doğum Tarihi :
BPD out-out :	Kan Alma Tarihi :	Kan Alma Tarihi :
FL :	USG Tarihi :	USG Tarihi :
SAT :	Kilosu :	BPD :
Kilo :	Sigara :	Fetus Sayısı :
Sigara kullanıyor mu? (Adedi) :	CRL :	DM :
İnstülin bağımlı DM? :	NT:	Sigara :
Gebelik sayısı? :		Eski Gebelikte Trizomi:
		Kilo :

ÖRNEĞİ ALAN PERSONELİN DİKKATİNE !

Lütfen aşağıdaki uyarıları dikkate alınız.

- 1- İstek yapan hekimin kaşesini basması veya isim ve telefon no'sunu yazması örnekle ilgili doğabilecek sorunların önünde çözümlenmesini sağlayacaktır.
- 2- Hasta dosyası içinde gelen hasta etiketlerinden birini, formun ilgili yerine ve barkodu uygun tarafta olacak şekilde alanın dışına taşırmadan yapıştırınız. Hasta etiketi yoksa hastanın adını, soyadını ve dosya numarasını **MUTLAKA** yazınız. Aksi takdirde istek formu işlem görmeyecektir.
- 3- Sonuçların değerlendirilmesini etkileyeceği için, hastanın aldığı tedaviyi, kronik hastalık durumlarını ve istek anındaki ön tanıları **MUTLAKA** yazınız.
- 4- Bu istek belgesi ile gönderdiğiniz tüm örnek tüplerini **MUTLAKA** işaretleyiniz.
- 5- Örnek tüpleri üzerine barkotlu örnek etiketini aşağıda gösterildiği gibi yapıştırınız.



- 6- Bu form ve örnekleri işlemlerini tamamlayıp en kısa sürede laboratuvara ulaştırınız. Örnekleri taşırken çalkalamayınız. Kapaklarını açmayınız. Çok yüksek sıcaklığa maruz bırakmayınız.
- 7- Herhangi bir sorun halinde 3200' nolu telefonu arayınız.

Not : *):lı testler rutin yapılmayan tetkikler olduğundan laboratuvara danışılması.

FR-31-002/04



TIP FAKÜLTESİ

Kan Merkezi - Hematoloji Bilim Dalı

HEMATOLOJİK TETKİKLER İSTEK BELGESİ

Adı, Soyadı :
Yaşı, Cinsiyet :
Doktor Adı, Bölüm :
Ön Tanı :
Dosya No

- TANIYI BELİRTİNİZ!!!**
- Acil Servis (.....)
 Paket Dışı (.....)
 Paket (.....)
 Risk Faktörü (.....)
 Eşlik Eden Hast. (.....)
 Paket Dışına Ait Komplikasyon (.....)
 Pakete Ait Komplikasyon (.....)

DR. İMZA
KAŞESİ

BARKOD
ETİKETİNİ BURAYA
YAPIŞTIRINIZ

Yukarıda İşlemlerin sadece bir tanesi işaretlenecektir.

KAN SAYIM (CBC)

- 75059 HEMOGRAM
75023 RETİKÜLÖSİT SAYIM (OTO.SİSTEM)
75024 SEDİMENTASYON
75021 BOYALI MİKROSKOPİK İNC.

KOAGÜLASYON

- 610208 HEMOSTAZ (PT-A.PTT-INR-% ORAN SN)
610044 FİBRİNOJEN
75011 TROMBİN TAYİNİ
750103 KARIŞIM TESTİ
75089 DOLAŞAN ANTIKOAGÜLAN
(Lupus Antikoagülanı)
610031 FAKTÖR VII
610034 FAKTÖR - VIII
610030 FAKTÖR - IX
610038 FAKTÖR - XI
610038 FAKTÖR XIII *
610136 PROTEİN S
610137 PROTEİN C
610024 D-DİMER KANTİTATİF
75085 AKTİVE PROTEİN REZİSTANSİ (APC) *
75088 BETA THROMBOGLOBİN *
750102 FAKTÖR İNİHİTÖR TAYİNİ
75090 EUGLOBİN LİZİS *
75092 PLAZMİNOJEN * **
75093 PLAZMİNOJEN AKTİVATÖR (TPA)
75094 PLAZMİNOJEN *
 AKTİVATÖR - İNİHİTÖR (PAI-1) *
75095 PROTROMBİN FRAGMENT 1+2*
75032 TAT (THROMBİN ANTI TROMBİN KOMPLEKS)
75036 VWF (VON WILLEBRANT FAKTÖR)
75037 VWF (VON WILLEBRANT RİSTOSETİN CO F.)
75043 THROMBOELESTOGRAM
75045 TROMBOSİT FONK. AGGREGASYON
75046 TROMBOSİT FONK. SEKRESYON
75016 ANTİMİTOKONDRIAL ANTİKOR (AMA)
75022 ANTI PARİYETAL ANTİKOR (AGPA)

NEFELOMETRİK TETKİKLER

- 62026 IgG 62025 IgA 62027 IgM
64245 CRP 64234 C3c 64235 C4
610023 ANTI THROMBİN 3 AKTİVİTESİ
62007 BETA 2- MİKROGLOBİN
610048 HAPTOGLOBİN
75098 TRANSFERRİN
750105 KAPPA ve LAMDA
64237 IgG ALTSİNİFLARİ (G1-G2-G3-G4)

RUTİN TESTLER

- 750117 PROTEİN ELEKTROFOREZİ
610052 HEMOGLOBİN ELEKTROFOREZİ
610039 FETAL HEMOGLOBİN
610053 HEMOGLOBİN A2
610088 PLAZMA Hb (Serbest Hemoglobin)
610015 ASİT HEMOLİZ TESTİ *
610102 ŞEKER SU TESTİ
610078 OTO - HEMOLİZ TESTİ *
610080 OZMOTİK FRAJİLİTE TESTİ *
610076 ORAKLAŞMA TESTİ
610045 GLUKOZ 6 FOSFAT D.(G6PD)
610001 SERUM Fe²⁺/DBK (Transfer)/ % SAT
65305 FERRİTİN
65312 VİTAMİN B12 65307 FOLATE
610215 KRYC GLOBİN
610216 KRYO FİBRİNOJEN
610106 SUDAN BLACK B
90058 ANCA (p-c)
610083 PEROKSİDAZ
610081 PAS BOYASI
610105 α NAPHTH.-D ASET.-EST.(ANAE)
610019 DEMİR BOYASI
610004 KEMİK İLİĞİ BİOPSİ
610006 KEMİK İLİĞİ İMPRINT DEĞERLENDİRİLMESİ
610002 KI ASPIRASYONU VE DEĞERLENDİRİLMESİ
610025 ANTI KARDİOLİFİN (IgG-IgM)
610071 LAP (Lök Alk Phosp.) *
62049 TOTAL IgE
75081 İMMÜNİFİKASYON E. FOREZİ

DİĞER TESTLER

- 62003 ANA
62004 ANTI - DNA
610211 ENA PANELİ
75019 ERİTROPOETİN
75020 İNTERLUKİN 1*
75026 İNTERLUKİN 2 * 75027 İNTERLUKİN 8
75028 METHEMOGLOBİN TAYİNİ *

* Rutin yapılmayan tetkikler olduğundan lütfen Laboratuardan Randevu Alınız. Tlf: 0.222. 229 14 11



TIP FAKÜLTESİ

Kan Merkezi - Hematoloji Bilim Dalı

MOLEKÜLER HEMATOLOJİ İSTEK BELGESİ

Adı, Soyadı :
Yaşı, Cinsiyet :
Doktor Adı, Bölüm :
Ön Tanı :
Dosya No

TANIYI BELİRTİNİZ!!!
 Acil Servis (.....)
 Paket Dışı (.....)
 Paket (.....)
 Risk Faktörü (.....)
 Fajlik Eden Hast. (.....)
 Paket Dışına Ait Komplikasyon (.....)
 Pakete Ait Komplikasyon (.....)
Yukarıda İşlemlerin sadece bir tanesi işaretlenecektir.

DR. İMZA
KAŞESİ

BARKOD
ETİKETİNİ BURAYA
YAPIŞTIRINIZ

AKIŞ HÜCREMETRE TETKİKLERİ	DOKU TİPLEME (PCR TETKİKLERİ)
610049 <input type="checkbox"/> ALL - AML PANELİ 610050 <input type="checkbox"/> KLL PANELİ 610051 <input type="checkbox"/> LENFOMA PANELİ 62008 <input type="checkbox"/> HLA - B 27 620052 <input type="checkbox"/> LENFOSİT ALT GRUPLARI 610171 <input type="checkbox"/> LENFOSİT İZOLASYONU 610210 <input type="checkbox"/> FAGOTEST 62079 <input type="checkbox"/> Oksidatif BURST 610206 <input type="checkbox"/> MONOKLONAL ANTİKORLAR 62030 <input type="checkbox"/> HÜCRE SIKLUS ve DNA PANELİ 610207 <input type="checkbox"/> TROMBOSİT ANTİKORU 610172 <input type="checkbox"/> CD 34 610202 <input type="checkbox"/> CD 45	62056 <input type="checkbox"/> HLA-B5 62015 <input type="checkbox"/> HLA-A,B,DR DOKU TİPLEMESİ (PCR) 62016 <input type="checkbox"/> HLA-DP,DQ,DR (High Res-PCR)
DİĞER	DİĞER
PCR TETKİKLERİ	GMP - KÖK HÜCRE LAB. TETKİKLERİ
62040 <input type="checkbox"/> İmmünglobulin Ağır Zincir (IgH) Gen Klonalite Analizi 62041 <input type="checkbox"/> İmmünglobulin Hafif Zincir Kappa (IgK) Gen Klonalite Analizi 62042 <input type="checkbox"/> İmmünglobulin Hafif Zincir Lambda (IgL) Gen Klonalite Analizi 62043 <input type="checkbox"/> T hücre Reseptörü Beta (TCR B) Gen Klonalite Analizi 62044 <input type="checkbox"/> T hücre Reseptörü Delta (TCR D) Gen Klonalite Analizi 62045 <input type="checkbox"/> T hücre Reseptörü Gamma (TCR G) Gen Klonalite Analizi 62047 <input type="checkbox"/> FLT3 Mutasyon Analizi 62063 <input type="checkbox"/> t(14;18) 62068 <input type="checkbox"/> t(8;21) 62009 <input type="checkbox"/> t(9;22) 62061 <input type="checkbox"/> t(15;17) 62008 <input type="checkbox"/> FAKTÖR - 5 LEİDEN 62010 <input type="checkbox"/> PROTHROMBIN MUTASYONU 62066 <input type="checkbox"/> MTHFR Mutasyonu 62062 <input type="checkbox"/> CMV 62064 <input type="checkbox"/> HLA - B 27	75006 <input type="checkbox"/> STEM CELL SAKLANMASI * 75007 <input type="checkbox"/> STEM CELL HÜC. HAZIRLANMASI * 75008 <input type="checkbox"/> ST.CELL KRYOPREZERVASYONU * 75075 <input type="checkbox"/> KEMİK İLİĞİ NAKİL AMAÇLI * HEMAPOETİK KÖK HÜCRE POZİTİF SELEKSİYONU 750113 <input type="checkbox"/> STEM HÜC. TOPLANMASI (Aferéz ile - 1 seans - Malz.Hariç) 750106 <input type="checkbox"/> ACİL HEMAFEREZ FARKI 750107 <input type="checkbox"/> KEMİK İLİĞİ CRÖN ERİT. DEPLESYON 75078 <input type="checkbox"/> KEMİK İLİĞİ AMAÇLI HEMATOPOETİK KÖK HÜC. * KANSER HÜC. ARINDIRILMASI 75079 <input type="checkbox"/> STEM HÜCRE İNFÜZYONU 750108 <input type="checkbox"/> STEM HÜC. VİABİLİTE TESTİ <input type="checkbox"/> DÖNÖR GRANÜLOSİT AFEREZİ <input type="checkbox"/> DÖNÖR ERİTROSİT AFEREZİ <input type="checkbox"/> DÖNÖR LÖKOSİT AFEREZİ <input type="checkbox"/> DÖNÖR PLAZMA AFEREZİ <input type="checkbox"/> AFEREZ LİPİD (Kolon veya Kaskad Filtrasyon) - Malzeme Hariç <input type="checkbox"/> AFEREZ İgG (Kolon veya Kaskad Filtrasyon) - Malzeme Hariç <input type="checkbox"/> AFEREZ, TERAPÖTİK ERİTROSİTO FERİZİS <input type="checkbox"/> AFEREZ, TERAPÖTİK LÖKOFEREZ <input type="checkbox"/> AFEREZ, TERAPÖTİK TROMBOFEREZ <input type="checkbox"/> FOTOFEREZİS (Malzeme Hariç) <input type="checkbox"/> EKSTRAKORPEREAL FOTOFEREZİS TEDAVİSİ (Malzeme Hariç)
DİĞER	

* Rutin yapılmayan tetkikler olduğundan lütfen Laboratuardan Randevu Alınız. Tlf: 0.222. 229 14 11



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

İSTEK BELGESİ

Hasta Adı Soyadı:

Yaş/Cinsiyet:

Doğum No:

ÖRNEĞİN ADI:

Alınma tarihi/Saati:

Aranan hastalık/etken:

Aldığı tedavi:

Gönderen Doktor / Bölüm:

Lab.'a geliş tarihi ve saati (Lab.dolduracak):

TANIYI BELİRTİNİZ!!!

- Acil Servis. (.....)
- Paket Dışı (.....)
- Paket (.....)
- Risk Faktörü (.....)
- Eşlik Eden Hast. (.....)
- Paket Dışına Ait Komplikasyon (.....)
- Pakete Ait Komplikasyon (.....)

Yukarıda işlemlerin sadece bir tanesi işaretlenecektir.

Mikroskopik Sonuç

Resmi İşlem Kağıdı

Kültür Sonuç

Tarih:

Lab. Onayı:

KÜLTÜR - ANTİJEN ARAMA - ANTİBİYOGRAM

BAKTERİYOLOJİ Tel: 4551

81052 Bakteri kültürü ve antibiyogram (her türlü örnekte)

Minimal inhibitör konsantrasyon (MİK) (E test)

- 71101 Penisilin 71104 Ampisilin
 71102 Vancomisin 71105 Sefotaksim
 71103 Oksasilin 71106 Ofloksasin
 71107 Tikarsilin/Klavulanat 71108 Meropenem

71109 Genişlemiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL)

Özel İstek Olduğunda Yapılan Bakteriyel Tetkikler

- 71001 Anaerob kültür ve antibiyogram (her türlü örnekte)
- 71023 Anaerob kültür (her türlü örnekte)
- 711103 Actinomyces kültürü
- 71046 Anaerob kan kültürü - otom.sistem
- 71016 Kan/steril vücut sıvısı kültürü- otom.sistem
- 71110 Boğaz kültürü-Rutin (Grup A Streptokok aranır)
- 71019 Streptokok grup tayini (Grup A-D,F,G)
- 71111 S. aureus/MRSA tarama (burun)
- 71112 Doku örneklerinin kantitatif kültürü
- 71113 Aft solunum örneği kantitatif kültürü ve antibiyogram
- 71119 Solunum sekresyonlarının kantitatif kültürü

Diğer kültür

- 71114 Rutin (Salmonella, Shigella, Campylobacter)
- 71115 Campylobacter kültürü
- 71116 Vibrio kültürü (Kolera, besin zehirlenmesi)*
- 71117 E.coli O157:H7 (EHEC) kültürü
- 71120 Yersinia kültürü*
- 71122 Vancomisin Dirençli Enterokok (VRE) tarama
- 80094 Clostridium difficile toksin A/B (dışkı)
- 81001 Rotavirus antijeni (dışkı)

Helicobacter pylori (Mide dokusu)

71030 Tanı paneli (Kültür, Gram boyama, Üreaz testi)

Antibiyogram (E test)

71123 Amoksisilin/Klavulanat 71125 Tetrasiklin

71126 Siprofloksasin 71124 Klaritromisin

Mikobakteri (M. tuberculosis/Atipik Mikobakteriler) Tel: 4670

71018 Rutin Panel (Kültür / BACTEC TB kültürü / ARB)

71034 Tüberküloz PCR

71128 Mikobakteri 4'lü antibiyogram (otm. sist.)

71130 Legionella kültürü*

71131 L. pneumophila tip 1 antijeni (İdrar) (EIA)

71132 Boğmaca kültürü*

71133 Difteri kültürü*

71134 Haemophilus kültürü

71135 Gonokok kültürü

71136 Grup B streptokok kültürü

71138 Mycoplasma/Ureaplasma kültürü (Ürogenital)

711125 Gardnerella vaginalis kültürü

71139 Chlamydia trachomatis Ag (Üretra/serviks) (DFA)

MİKOLOJİ Tel: 4670

71140 Mantar kültürü-tür tayini (her türlü örnekte)

71022 Mantar aranması ve kültür (her türlü örnekte)

71009 Mantar tanımlanması ve duyarlılık testi

Antifungal duyarlılık (E test)

71141 Flukonazol 71142 Amfoterisin B

71143 İtrakonazol 71121 Voriconazole

71144 Cryptococcus neoformans antijeni (BOS)

71145 Candidomannan antijeni (Candida)

71146 Galaktomannan antijeni (Aspergillus)

PARAZİTOLOJİ Tel: 4674

71147 Trichomonas vaginalis kültürü*

71149 Leishmania kültürü*

*Özel besveri hazırlanabilmesi için önceden Lab.'a haber veriniz.

MİKROSKOBİK İNCELEME Tel: 4674

- 81023 Gram boyama
- 81025 ARB boyama (Mycobacterium)
- 71151 Modifiye ARB boyama (Nocardia)
- 81024 Giemsa boyama
- 71152 Metilen mavisi boyama
- 71006 Karanlık alan mikroskopisi (Sifiliz)
- 71153 Tzanck preparasyonu (viral inküzyon cismi)
- 71154 Sitosantrifüj ile inceleme (BOS, İdrar, BAL, periton sıvısı)
- Gram ARB Giemsa Diğer:

MANTAR ARAMA

- 81026 Nativ inceleme
- 81022 KOH'li boyasız mikroskopi
- 71155 Laktofenol pamuk mavisi
- 80093 Calcofluor white boyama (Floresan mikroskopi)
- 71156 Çin mürekkebi boyama (Cryptococcus)

PARAZİT ARAMA

- 74007 Dışkıda parazit aranması- Protozoon/helmint
- 81021 Kıl kurdu aranması (selofan bant yöntemi)
- 71157 Dışkıda lökosit aranması
- 74003 Dışkıda amp aranması
- 71158 Modifiye ARB (Cryptosporidium, Isospora)
- 71024 Kar/kemik iliği ince yayma- kalın damla
- 71159 Dokuda/sıvıda parazit arama
- 71180 Trikróm boyama (protozoon identifikasyonu)

ÖNEMLİ NOT: Her kültür örneği için ayrı form ve her deney grubu için de ayrı form doldurulması rica olunur.

* Ayrıntı Vaka beyi ödeme sisteminde (Ek-2 listesinde) ayrıca ücretlendirilebilecek işlemler kapsamındadır. Yatao hastalarında banyo dayalı paket fiyatlarına dahildir.

SEROLOJİK TESTLER

İNFEKSİYON SEROLOJİSİ

- 72008 ASO (nefelometrik)
- 72022 CRP (nefelometrik, high sensitive)
- 72023 RF (nefelometrik)
- 71127 Anti-DNA'se B (nefelometrik)

BAKTERİ

- 72053 Salmonella aglütinasyonu
- 72017 VDRL - RPR (sifiliz)
- 82206 T. pallidum biotting
- 71181 Mycoplasma pneumoniae IgG
- 80076 Mycoplasma pneumoniae IgM
- 72018 Söguk aglütinasyon (atipik pnömoni)
- 71182 Lyme (Borrelia burgdorferi) IgG-IgM
- 83017 Borrelia burgdorferi antikor (Western blot)
- 72041 Brucella aglütinasyonu
- 71183 Coombs'u Brusella
- 72015 Rose-Bangal (Lateks agl.)
- 711131 Brucella IgG
- 711132 Brucella IgM
- 80011 Chlamydia pneumoniae IgG (MIF)
- 71185 Chlamydia pneumoniae IgM (MIF)
- 71166 Chlamydia pneumoniae IgA (MIF)

PARAZİT (EIA)

- 80016 Toxoplasma IgG
- 80017 Toxoplasma IgM
- 80085 Toxoplasma IgG avidite
- 71187 Toxoplasma IgA
- 71188 Leishmania antikor
- 80088 Kist hidetik antikor
- 71189 Entamoeba antikor
- 71182 Entamoeba antijen
- 711126 Pneumocystis carinii (DFA)

VİRUS

Hepatit Virusları (EIA)

- 80004 Anti-HAV
- 80006 Anti-HAV IgM
- 80019 HBsAg
- 80045 Anti-HBs (kantitatif)
- 80018 HBsAg
- 80008 Anti-HBe
- 71170 Anti-HBc (total)
- 80002 Anti-HBc IgM
- 80022 Anti-HCV
- 80024 Anti-HDV
- 80025 HDV antijeni
- 80027 Anti-HEV

Diğer virus testleri (EIA)

- 71171 HSV tip 1 IgG
- 71172 HSV tip 1 IgM

- 71173 HSV tip 2 IgG
- 71174 HSV tip 2 IgM
- 80014 Rubella IgG
- 80015 Rubella IgM
- 80086 Rubella IgG avidite
- 80003 CMV IgG
- 80049 CMV IgM
- 80087 CMV IgG avidite
- 80074 CMV antijenemi(kantitatif) (IFA)
- 80008 HIV 1/2 antikor ve p24 antijen
- 80083 HIV doğrulama (Western blot)
- 71176 EBV EBNA IgG
- 71178 EBV VCA IgG
- 71177 EBV VCA IgM
- 71178 EBV EA
- 71179 EBV profil IgG (Blotting)
- 71180 EBV profil IgM (Blotting)
- 72012 Mono-Spot (Lateks agl.)
- 80040 Kızamık IgG
- 80041 Kızamık IgM
- 80077 Su çiçeği IgG
- 80078 Su çiçeği IgM
- 80079 Kabakulak IgG
- 80080 Kabakulak IgM
- 71181 Parvovirus IgG
- 71182 Parvovirus IgM
- 81001 Rotavirus antijeni (dişki)
- 81084 Norovirus antijeni (dişki)
- 71183 RSV antijeni (DFA)
- 711127 Influenza antijeni (DFA)

OTİMMÜN SEROLOJİ (IFA)

- 80058 ANA (Anti-nükleer antikor)
- 71184 ANA profil 3 IgG (Blotting)
- 80072 AMA (Anti-mitokondrial antikor)
- 80092 LKM (Liver kidney microsomal) antikor
- 800110 Liver soluble antikor (EIA)
- 80073 ASMA (Anti-smooth muscle antikor)
- 800109 Anti-actin antikor
- 800101 Anti-gladin IgG
- 800108 ASCA (Anti-Saccharomyces antikor)
- 800102 Anti-endomysium antikor
- 800106 APCA (Anti-pariyetal cell antikor)
- 80096 Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) profil
- 800103 pANCA/cANCA (Granulosit sitoplazma Antikor)
- 800105 Antimiyeloperoksidaz (EIA)
- 800111 Anti-doku transglutaminaz IgA (EIA)
- 80034 Anti-kardiyolipin IgG (EIA)
- 80035 Anti-kardiyolipin IgM (EIA)
- 80057 Anti-sperm antikor (EIA)

MOLEKÜLER TESTLER

- 80083 HBV DNA kantitatif
- 80084 HCV RNA kantitatif
- 71185 CMV DNA kantitatif
- 71186 Parvovirus DNA kantitatif
- 71187 HPV DNA kantitatif

- 71190 HSV tip 1 DNA kantitatif
- 71191 HSV tip 2 DNA kantitatif
- 71034 Tüberküloz PCR
- 71193 EBV PCR
- 71194 Anti-viral ilaç direnci (HBV)
- 711102 HCV genotipleme

- 72083 Mantarlar (miks)
- 72084 Cımenler (miks)
- 72085 Ağaçlar (miks)
- 72086 Yabani ot (miks)
- 72073 D₁ Ev tozu Akan
- 72074 D₂ Ev tozu Akan
- 72081 Yumurta akı
- 72082 İnek sütü
- 72083 Kakao
- 72084 Domates
- 72085 Çilek
- 72086 Soya
- 72088 Bal arısı venomu
- 72089 Esek arısı venomu

- 72070 Hamam böceği
- 72076 Penisilin V
- 72077 Penisilin G
- 72078 Salisilik asit
- 72079 Lateks
- 72080 Hidatik kist
- 72081 Ascaris
- 72087 Buğday unu
- 72088 Kedi
- 72089 Köpek
- 72091 Pamuk
- 72050 Total IgE
- 71150 Phadiotop (allerji tarama testi)
- 72090 ECP (Eosinofil katyonik protein)

Kısaltmalar :

MIF: Mikroiimmün floresan

EIA: Enzim immünoassay

Önemli Bilgiler :

- Kültür örnekleri 1 saat içinde Lab'a ulaştırılmalıdır. Bekletilecekse florali örnekler +4°C'de, steril örnekler (idrar hariç) oda ısısında veya 35 °C'de bekletilmelidir.
- Yumuşak doku enfeksiyonlarında biyopsi veya aspirat örneği daha değerlidir.
- Kan dışındaki steril vücut sıvıları da (plevral sıvı, BOS vs.) BACTEC kan kültür şişelerine alınabilirler.
- ESBL (+) bakteriler, tüm penisilinlere, sefoksitin, sefotetan, seftazozol, moksalaktam hariç sefalosporinlere ve aztreonama dirençlidir.
- Stafylokoklarda oksasilin direnci, metisilin direncini gösterir. Metisilin dirençli suşlar, tüm beta-laktam antibiyotiklere dirençli kabul edilir.

ÖNEMLİ NOT: Her kültür örneği için aynı form ve her deney grubu için de aynı form doldurulması rica olunur.

• Ayaktan Vakae başı ödeme sisteminde (Ek-2 listesinde) ayrıca ücretlendirilebilecek işlemler kapsamındadır. Yatan hastalarda tanıya dayalı paket fiyatlarına da

FR-34-009/06

3. İSTASYON

**Dış Kanama Durdurma Yöntemleri
Atelleme Yöntemleri
(İlk Yardım Prensipleriyle)**

Öğr.Gör. Hamdi KABA

KANAMA KONTROL YÖNTEMLERİ (İLK YARDIM PRENSİPLERİYLE)

Kanama; Kanın herhangi bir nedenle arter, ven veya kapillerin dışına çıkmasıdır. İç ve dış kanama olmak üzere ikiye ayrılır. Arter kanaması tipik olarak; kanama parlak kırmızı, fişkırır tarzda, kalp atımı ile aynı zamanlıdır. Venden olan kanamalar; koyu renklidir ve fişkırmı yoktur, devamlı akış söz konusudur. Kapillerden olan kanama; devamlı, yavaş ve sızıntı şeklindedir. Arterden olan kanamalarda, çok kısa sürede çok fazla kan kaybı gerçekleştiğinden en tehlikeli kanamalardır. Kanamaların kontrol edilerek durdurulması ilk yardımın en öncelikli konularındandır.

DIŞ KANAMA KONTROL YÖNTEMLERİ (İLK YARDIM PRENSİPLERİYLE)

1. Yaranın üzerine el, parmak veya tercihen pansuman maddesiyle direkt olarak bastırılması.
2. **Basınçlı sargı yöntemi:** Rulo sargının, yara üzerine yerleştirilen 2-3 adet gazlı bez üzerine iki kez sıkı bir şekilde sarılması ve bağlanarak sabitlenmesi. Kanama ilk etapta kontrol edilememiş ise, sargının çözülüp , ilk yerleştirilen gazlı bezler yerinden alınmadan yenilerinin bunların üzerine yerleştirilmesi ve sargının tekrar aynı sıklıkta iki kez sarılıp bağlanarak sabitlenmesi.
3. Yaranın proksimalindeki artere bası uygulanması. (Temporal arter , Karotis arter , Brakial arter , Femoral arter. ...)
4. Yaralı extremitenin elevasyonu ; kanayan kısmın kalp seviyesinin üzerinde tutulması.
5. **Atelleme yöntemi :** Kırıkların sabitlenip kanamanın kontrol edilmesi.
 - Hava basınçlı atel kullanılarak kırıkların sabitlenmesi , kırık olmayan yaralanmalarda geniş yumuşak doku yaralanmasından kaynaklanan kanamaların kontrol edilmesi.
6. Havalı karşı basınçlı aletlerin kullanılması . (havalı pantolon , havalı anti şok giysiler)
 - Pelvis ve proksimal femur kırıklarının stabilizasyonu ve bu kırıkların neden olduğu ciddi kanamaların kontrolünde.
 - Travma sonrasında sistolik basıncın 100 mmHg nin altına düştüğü durumlarda ve kanamanın kaynağının belirlenemediği durumlarda dolaşımı desteklemek için kullanılır.
7. Turnike uygulama yöntemi.

DIŞ KANAMA KONTROL YÖNTEMİ OLARAK TURNİKE UYGULAMA

Gerekli malzemeler: Üçgen sargı , (tansiyon aleti manşeti) , sert çubuk

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Üçgen sargının 8-10 cm genişlikte, 6-8 kez katlanması.
2.	Hazırlanan üçgen sargının extremiteye ; yaranın proximaline , turnike uygulama alanının mümkün olduğunca distaline iki kez sarılması ve bir düğüm atılması.
3.	Düğümün üzerine sert bir çubuk yerleştirilmesi ve sargının uçlarının çubuğun üzerinde iki kez bağlanması.
4.	Yerleştirilen çubuğun kanama duruncaya kadar kendi çevresinde döndürülerek turnikenin sıkıştırılması.
5.	Sargının uçlarıyla veya başka bir sargıyla , çubuğun extremiteye sabitlenerek geri dönmesinin engellenmesi.
6.	Yaralıya turnike uygulandığı , turnike uygulanma zamanı , bir kağıt üzerine yazılarak yaralının altına yapıştırılması.
7.	Turnikenin 15-20 dakikada bir 5-10 saniye süreyle gevşetilmesi ve tekrar sıkılması.
8.	Sevk sırasında yaralının gözlenmesi.

ÖNEMLİ DETAY BİLGİLER

Turnike uygulama alanı: Üst extremitte yaralanmalarında; Humerus üzeri , alt extremitte yaralanmalarında ; femur üzerine turnike uygulanır.

İp, tel, sicim gibi ince ve kıyıcı malzemeler turnike sargısı olarak kullanılmaz.

ÖN KOL KIRIKLARINDA GEÇİCİ ATEL UYGULAMA (İLK YARDIM PRENSİPLERİYLE)

Gerekli malzemeler: 40-50 cm uzunluğunda, 10 cm genişliğinde tahta atel, rulo sargı, üçgen sargı, pamuk vb. tampon

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Kırığın şeklinin ve yerinin belirlenmesi
2.	Bir kurtarıcının kolu tutması, ikinci kurtarıcının ulnar ve radial arterlerde nabızı kontrol etmesi
3.	İkinci kurtarıcının tahtayı kolun altına avuç içini de kapsayacak şekilde yerleştirmesi
4.	Avuç içinin, bilek eklemindeki boşluğu kapatacak şekilde desteklenmesi
5.	Rulo sargının periferden yukarı doğru bir sonraki öncekinin 2/3'ünü kaplayacak şekilde sarılması.
6.	Parmak uçlarında morluk olup olmadığının kontrol edilmesi; Morluk varsa sargının biraz gevşetilmesi)
7.	Kolun dirsekte 90 derecelik açı yapacak şekilde tutulması
8.	Üçgen sargının uç kısmına düğüm atılması
9.	Düğümlü kısım dirsekte kalacak şekilde diğer iki ucun ensede bağlanması.

ÖNEMLİ DETAY BİLGİLER

Kırık; Kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Kırık bulgu ve belirtileri;

Deformasyon; Ekstremitte anormal bir şekilde durur, kısalmış, açı yapmış veya eklem olmayan bir yerden dönmüş olabilir. Yaralı ekstremitte mutlaka sağlam olan tarafla karşılaştırılmalıdır.

Hassasiyet; Hassasiyet genellikle lezyon yerinde lokalizedir. Ekstremitte boyunca bir parmağın ucu ile palpe edilerek bulunabilir.

Ekstremitteyi kullanamama(koruma); Hareket ağrıya neden olacağından, yaralı kırık veya yaralı ekstremitteyi korur, en küçük hareketlilikten kaçınır.

Şişme ve ekimoz; Kırıklarda her zaman çevre yumuşak dokularda şişme ve ekimoz vardır.

Kırık uçların açıkta olması;

Krepitasyon(çıtırtı); Kırık kemik uçları birbirine sürtündüğünde ortaya çıkan çıtırtı hissedilir veya bazen duyulur.

Yalancı hareket; Normalde olmaması gereken bir yerde hareket kırık belirtilerindedir.

Atelleme; Yaralı bölgenin değişik malzemelerle sabitlenerek, hareketlerinin önlenmesidir.

Yaralı taşınmadan önce her kırık, çıkık ve burkulma atellenmelidir. Atelleme ile; Kemik uçlarının kas, sinir ve damarlara zarar vermesi, kapalı kırığın açık kırığa dönüşmesi, kemik uçlarının damarlara basarak distal kan akımını sınırlaması, yaralı dokulardaki aşırı kanama engellenmiş olur ve yaralının transportu kolaylaşır.

OMUZ ÇIKIĞINDA ASKIYA ALMA TEKNİĞİ (İLK YARDIM PRENSİPLERİYLE)

Gerekli malzemeler: 2 adet üçgen sargı, havlu veya çarşaf tampon.

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastanın sakinleştirilmesi, çıkıktan dolayı omuzda oluşan açının korunması
2.	Bir üçgen sargının uç kısmına düğüm atılması, düğümlü kısım dirseğe gelecek şekilde iki uğunun ensede bağlanarak kolun askıya alınması
3.	Kol ile gövde arasında kalan boşluğun havlu veya çarşaf ile doldurulması
4.	Diğer üçgen sargı ile askıda olan kolun vücuda bağlanması

ÖNEMLİ DETAY BİLGİLER

Çıkıklarda; Eklem yüzeyleri birbirinden tamamen ayrılmıştır, kemik uçları değişik pozisyonlarda kilitlenir.

Belirti ve bulguları;

Eklemde belirgin deformite

Eklem bölgesinde şişme

Eklemde ağrı

Eklem hareketinin kaybı

Eklem bölgesinde hassasiyet

Omuz çıkıkları; çok ağrılıdır ve yaralı oluşabilecek her harekete karşı, diğer kolu ile destekleyerek korur. Önden bakıldığında omzun normal yuvarlak hattının kaybolduğu ve yana doğru düzleşme görülür.

KLAVİKULA KIRIKLARINDA SEKİZ BANDAJI UYGULAMA (İLK YARDIM PRENSİPLERİYLE)

Gerekli malzemeler: 5 adet üçgen sargı

UYGULAMA BASAMAKLARI

- | | |
|-----------|--|
| 1. | Hastanın sakinleştirilmesi ve hareket etmemesinin söylenmesi. |
| 2. | Bir üçgen sargının sağ koltuk altından düğüm sırtta kalacak şekilde bağlanması. |
| 3. | İkinci üçgen sargının sol koltuk altından düğüm sırtta kalacak şekilde bağlanması. |
| 4. | Üçüncü üçgen sargı ile bağlanan üçgen sargıların sıkı bir şekilde birleştirilerek omzun dik durmasının sağlanması. |
| 5. | Kırık olan taraftaki kolun, üçgen sargı ile askıya alınarak ağırlığının desteklenmesi. |
| 6. | Katlanmış üçgen sargı ile askıda olan kolun gövdeye sabitlenmesi. |

ÖNEMLİ DETAY BİLGİLER

Klavikula kırıkları; daha çok çocuklarda veya uzatılan el üzerine düşmeler sonucu ortaya çıkar.

Yaralı omuz ağrısından yakınır ve kırık olan taraftaki kolunu göğüs duvarına yapışık tutar, dirsek ve ön kol bölgesinden diğer eli ile destekleyerek ateller.

Klavikula üzerinde şişme ve hassasiyet vardır.

4.İSTASYON

**Nazogastrik Sonda Uygulaması
Mide Lavajı**

Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

NAZOGASTRİK SONDA UYGULAMASI ve MİDE LAVAJI

1. NAZOGASTRİK SONDA

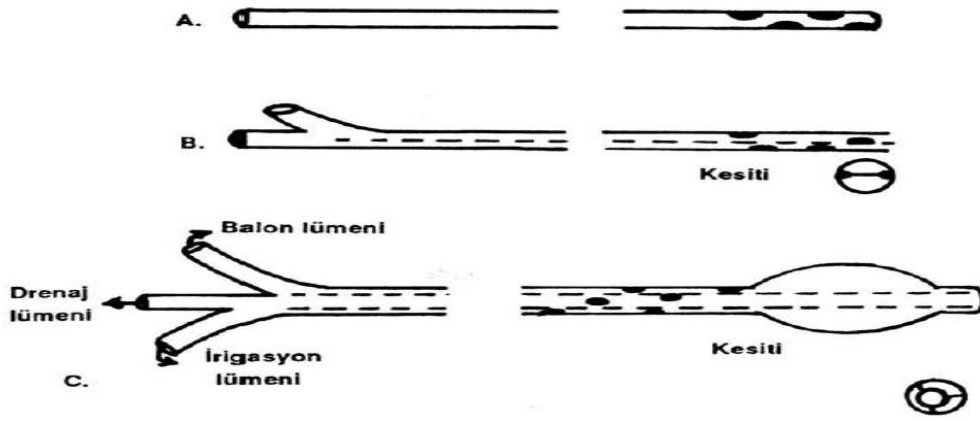
Nazogastrik Sondaların Özellikleri ve Çeşitleri

Burun yoluyla mideye yerleştirilen, özellikli tıbbi kullanımı olan tüplere nazogastrik sonda (NG) adı verilir. Farklı boy, genişlik ve amaçlar için üretilmiş tipleri mevcuttur. Genişlik ve çaplarının ölçümünde Fransız (Fr) ölçüsü kullanılmaktadır. Kullanılan tüpün büyüklüğü 6–18 Fr ölçüsü arasında değişmektedir. 1 Fr = 0.333 mm'dir. Hastanın yaşına göre prematüre bebekte 6 Fr, yeni doğan bebekte 8 Fr, çocuk hastada 10-12 Fr, erişkin hastada 14-16 Fr numaralı sondalar kullanılır.



Resim 1.1: Çeşitli boyutlarda nazogastrik sondalar

Nazogastrik sondalar lümenli oluşlarına göre bir, iki, üç lümenli (Açıklık, geçit yolu) olarak 3'e ayrılır. Tek lümenli sondalar çoğunlukla drenaj için kullanılır. Çift lümenli sondalar ise bir açıklığı drenaj, diğer açıklığı balonu şişirmek amacıyla kullanılır. Üç açıklığı olan sondaların bir lümeni balonu şişirmek, diğerleri emme ve irrigasyon (Sıvı verip tekrar boşaltma işlemi) amacıyla kullanılır.



Resim1.2 A: Tek lümenli sonda B: Çift lümenli sonda C: Üç lümenli sonda
Lümen çeşitlerine göre sondalar

Sondalar, kullanım amaçlarına göre de birçok farklı durumda kullanılırlar. Örnek: Mide lavajında, tüp aracılığı ile yapay beslenmede veya zehirlenmelerde irrigasyon için kullanılırlar.



Sindirim Sistemine Nazogastrik Sonda Yerleştirme Amaçları

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının değerlendirilmesi, abdominal (karın) ameliyatlardan sonra gerilimi önlemek, herhangi bir nedenle biriken sıvı ve gazı çıkarmak, sindirim sistemi ile ilgili radyolojik incelemeler yapmak, ağızdan beslenemeyen hastaları beslemek, hastayı genel anesteziye hazırlarken tok hastaların sindirim sistemindeki içeriğini boşaltmak, anestezi uygulanmış hastaların midelerinde biriken gazı boşaltmak, tanı amacıyla mide içeriğinden örnek almak, kusmanın tekrarlandığı veya kusmanın tehlikeli olduğu durumlarda (paralitik ileus, intestinal obstrüksiyon, akut mide dilatasyonu) özofagus tahribatını ve oluşabilecek enfeksiyonları önlemek, mide ve özofagus varislerinin kanamasını

durdurmak, travma hastalarında gastrointestinal yaralanmanın değerlendirilmesini yapmak, prematüre bebekleri beslemek, ve zehirlenmelerde mideyi yıkamak amacıyla kullanılabilir.

Kontrendikasyonları: Maksillofasial travma, özofagus darlığı, özofagus anomolileri kitlesi, trakeoözofageal fistül, koroziv madde alımı, bozulmuş mental durumu olan kişilerde havayolu açıklığını sürdürmede yetersizlik, ciddi kanama bozukluğunda kontrendikedir.

Nazogastrik Sonda Yerleştirme Komplikasyonları

Burun mukozasında ülserasyona bağlı kanamalar, bilinci açık kişilerde şiddetli ağrı. Farenkste ülserasyon, irritasyona ve hava yolu açıklığına geçişten dolayı öksürük. Sondanın hava yoluna geçişinden kaynaklanan siyanoz. Glossofarengial sinir uyarılması ile oluşan kusma. Sondanın ucu mide yerine gastroözofagial kavşakta ise reflü ve bunun sonucunda özofajit. Eğer işlem esnasında kusma ile birlikte akciğer aspirasyonu gelişirse aspirasyon pnömonisi. Kafatası kırıklarında intrakranial yerleşim. Sondanın yerinin yanlış doğrulanmasına bağlı olarak bronşlara yerleşim. Özofagial yırtıklar ve perforasyonlar. Sondanın bronşları geçmesiyle pnömotoraks, bronşlarda ve alveollerde perforasyon. Sonda yerinin yanlış doğrulanmasından dolayı akciğerlere yabancı madde verilmesi. Uzun süreli ve travmatize sonda uygulama sonucu mide ve duodenum rüptürü.

Kullanılan Araç ve Gereçler

Uygun nazogastrik sonda. Işık kaynağı (el feneri, laringoskop veya otoskop vb.). Farenkste glossofarengial sinir uyarılması ile meydana gelecek kusmayı önlemek için topikal anesteziik jel (Sprey, merhem, serum fizyolojik, vazelin, yağ). Vazokonstrüktör nazal spreyc veya sıvı (travmatik nazal kanamanın durdurulması için). Böbrek küvet. Boş şişe veya drenaj sondası. Bardakta bir miktar su. Dil basacağı veya bilinçsiz hastada airway. Kilitli iğne ve paket lastiğı. Kâğıt peçete. Dudak koruyucu. Yapıştırıcı bant. Steteskop.



Resim1.4 Malzemelerin hazırlanması

2. NAZOGASTRİK SONDA UYGULAMASI ve MİDE LAVAJI

1. Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız.
2. Hastaya işlem hakkında bilgi veriniz.
3. Eldivenlerinizi giyiniz.
4. N/G'nin uygunluk ölçümünü yapınız: Nazogastrik sondanın içeri itilecek ucunu hastanın burun delikleri hizasına getiriniz. Diğer eliniz ile sondayı kulak memesine dek uzatınız. Kulak memesi hizasındaki bölümü tutarken, burun ucundaki bölümü bırakınız. Serbest eliniz ile sondayı boyun yanından, göğüs duvarı önünde, karına doğru, orta hatta yerleştiriniz. Sondanın ksifoid alt ucuna gelen bölümünü tutunuz. Burun-kulak memesi - ksifoid alt ucu arasındaki uzaklık, burundan mideye ulaşım için gereken uzaklıktır. Sondanın burun hizasında sabitlenecek kısmını işaretleyiniz.
5. Sondanın ölçtüğünüz bölümüne sıvı vazelin (kayganlaştırıcı madde) sürünüz.
6. Sonda ucunu hastanın bir burun deliğinden, içeri doğru yavaşça itmeye başlayınız.
7. Hastaya, boğazında sondayı hissettiğinde yutkunmasını söyleyiniz.
8. Sorun yaşanmaz ise, sondayı yavaşça önceden işaretlediğiniz yere dek ilerletiniz.
9. İşaretli yer burun delikleri hizasına geldiğinde, bir kişiye sondayı tutturunuz.
10. Sondaya uygun bir enjektörü sonda ucuna takarak, mideden sıvı gelip gelmediğini kontrol ediniz.

- 11.** Sıvı gelirse, yavaşça aspire ederek tamamen boşaltınız.
- 12.** Sıvı gelmez olunca, enjektörünüze hava çekiniz.
- 13.** Steteskopunuzu hastanın epigastriumuna koyup, dinlemeye başlayınız.
- 14.** Dinlerken enjektördeki havayı yavaş yavaş içeri veriniz.
- 15.** Sıvı içinden geçen hava kabarcıklarının sesini duyarsanız, sondanın ucunun mideye ulaştığından emin olabilirsiniz.
- 16.** Enjektörü yeniden aspirasyon için kullanıp, verdiğiniz havayı boşaltınız.
- 17.** Sondayı flaster kullanarak, burun septumu ve kanatlarına baskı yapmadan tespit ediniz.
- 18.** Mideyi yıkama sıvısı ile 500-1000 cc kadar doldurunuz. Takiben irrigasyon enjektörü ile 50'şer cc sıvı alıp vererek yıkama işlemini gerçekleştiriniz. Yıkama işlemi tamamlanınca sondanın ucuna uygun bir uzatıcı takarak, hastadan daha aşağıda duran bir şişeye serbest boşalma için borunun ucunu yerleştiriniz.
- 19.** Tüm atıkları ve eldivenlerinizi güvenli biçimde ilgili atık kutularına atınız.
- 20.** Ellerinizi yıkayınız.

5. İSTASYON

**Üretral Yoldan Kateter Yerleştirme Becerisi
(Kadın ve Erkek)**

**Doç. Dr. İyimser ÜRE
Öğr.Gör.Dr.Mete ÖZKIDIK**

KADIN HASTADA MESANE KATETERİZASYONU

Gerekli malzemeler: Üretral kateter, delikli kompres, antiseptik solüsyon, steril tampon, böbrek küvet, enjektör (10 cc.) , steril su (10 cc.) , steril eldiven, steril jel.

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	İşlemin hastaya açıklanması
2.	Hastanın sırtüstü yatırılması, bacaklarının açılması ve dizlerin kıvrılması
3.	Steril eldivenin giyilmesi ve delikli kompresin örtülmesi
4.	Antiseptik solüsyon ile önce labium majörlerin sonra labium minörlerin en sonda merkezi alanın silinmesi (Her tampon bir kez kullanılmalı ve her zaman önden arkaya doğru silinmelidir.)
5.	Böbrek küvetin yerleştirilmesi
6.	Sondanın steriliteye uygun bir şekilde açılması
7.	Sondanın ucuna steril kayganlaştırıcının sürülmesi
8.	Labialar ayrıldıktan sonra üretral mea'dan sondanın nazik bir şekilde ilerletilmesi (Sonda iki yollu ise çatal kısmına kadar ilerletilir)
9.	İdrar geldikten sonra 5-10 ml. Steril suyun dar lümeninden içeriye enjekte edilmesi (Sondanın mesane boynundan geri kaçmasını önler)
10.	Sondanın geriye doğru yavaş bir şekilde çekilmesi (Sondanın mesanede olup olmadığını anlamak için)
11.	Kateterin drenaj torbasına bağlanması
12.	Hastanın kuru, rahat ve temiz olmasına özen gösterilir

ERKEK HASTADA MESANE KATETERİZASYONU

Gerekli malzemeler: Üretral kateter, delikli kompres, antiseptik solüsyon, steril tampon, böbrek küvet, enjektör(10 cc) steril su (10 cc), steril eldiven, steril jel

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	İşlemin hastaya açıklanması
2.	Hastanın sırt üstü yatırılması ve bacaklarının açılması
3.	Steril eldivenin giyilmesi ve delikli kompresin örtülmesi
4.	Sünnet derisinin geriye doğru çekilmesi ve antiseptik solüsyon ile penis shaftının silinmesi
5.	Lidakoin jelin ucuna bir aplikatör takılması ve jelin üretra içine sıkılması (Üretranın anestezisini ve kayganlığını sağlar)
6.	Hastanın uylukları arasına böbrek küvetin yerleştirilmesi
7.	Kateterin steriliteye uygun bir şekilde poşetinden çıkarılması
8.	Penisin bir elle üretraya bası yapmayacak şekilde kavranması, vücuda dik hale getirilmesi ve diğer elle sondanın tutularak mea'dan içeri nazik bir şekilde ilerletilmesi (İki yollu sondalarda, sondanın çatallı kısmına kadar ilerletilir)
9.	İdrar geldikten sonra 5-10 ml steril suyun dar lümeninden içeriye enjekte edilmesi (Sondanın mesane boynundan geri kaçmasını önler)
10.	Sondanın yavaş bir şekilde geriye doğru çekilmesi(Sondanın mesanede olup olmadığını anlamak için)
11.	Kateterin drenaj torbasına bağlanması
12.	Hastanın kuru rahat ve temiz olmasına özen gösterilir

6. İSTASYON

Memede Kitle Muayenesi Becerisi

Doç. Dr. Bartu BADAĞ

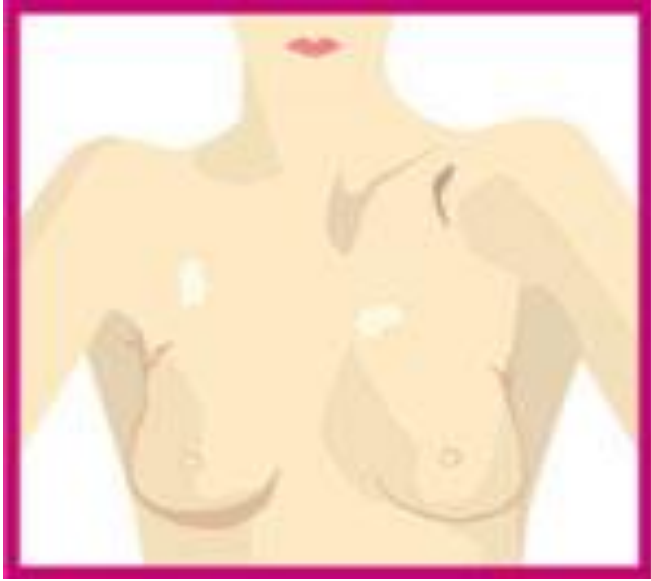
KLİNİK MEME MUAYENESİ

20 yaşından sonra 1-3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl doktor tarafından yapılan meme muayenesidir. Kadının taşıdığı risk faktörlerine göre muayene sıklığı değişebilir.

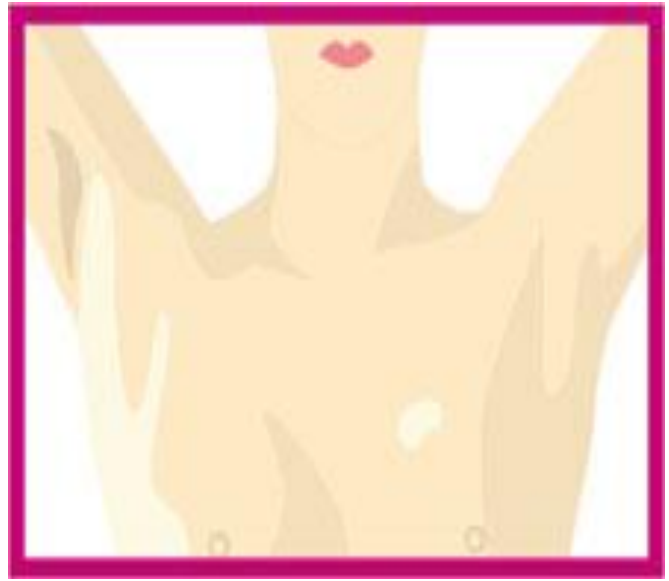
Meme muayenesi, adet başlangıcından sonraki 7-10 gün arası yani hormon etkisinin en az olduğu dönemde yapılmalıdır. Adet görmeyen kadınlar için, akılda kalması için her ayın belli bir günü, emziren kadınlarda emzirmeyi takiben memelerdeki süt boşaldıktan sonra, doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda , her yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki gün yapılır.

Meme kanserinin erken dönem bulguları çok belirgin olmayabilir. Kanser ilerledikçe, memelerde kadının dikkatle izlemesi gereken bazı değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler; memede veya koltuk altında kitle ele gelmesi, memenin boyutunda veya şeklinde değişiklik olması, meme başından akıntı gelmesi, memenin veya meme başının derisinde renk değişikliği olması ya da özellik değiştirmesi olarak sıralanır. Bu özelliklerin çoğunun ardında kanser olmasa da gerçek nedenin araştırılması gerekir.

Muayeneye önce ayakta yada oturarak yapılır. Eller bele konularak önce memelerin simetrik olup olmadığı kontrol edilir. Memelerde görünür bir kitle araştırılır, meme derisinde herhangi bir çöküntü veya renk değişikliği olup olmadığına bakılır.(Şekil 1)



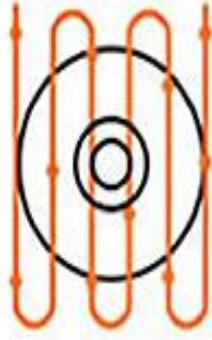
(Şekil 1)



(Şekil 2)

Eller yukarı kaldırılarak aynı incelemeler tekrarlanır. (Şekil 2)

Daha sonra yatarak muayeneye geçilir. Muayeneye önce sağ memeden başlanır. Daha rahat muayene edebilmek için sağ omuz-sırt altına küçük bir yastık konular. Sağ el başın arkasına yerleştirilir. Muayene her iki elin 2-3 parmak ucu ile gerçekleştirilir. Meme başı çevresinden başlayarak ve meme dokusuna hafifçe bastırarak saat yönünde sirküler yada ışınsal hareketler ile herhangi bir duyarlılık veya kitle olup olmadığı kontrol edilir.



Tüm meme muayene edildikten sonra koltuk altına ve supraclavikular lenf noduna bakılır. Sol meme ve koltukaltı da benzer şekilde değerlendirilir.

MEME KANSERİ TARAMASI

Meme kanseri taramasında ulusal standartlar şöyle sıralanmıştır;

- 1.Kendi kendine meme muayenesi (her ay)
- 2-Klinik meme muayenesi (20-40 yaş arası yılda iki, 40-69 yaş arası yılda bir)
- 3-2 yılda bir mamagrafi (40-69 yaş arası)

Kadınların belli aralıklarla memelerini kontrol etmeleri, meme kanserini ileri aşamalara ulaşmadan fark etmenin ve kolay tedaviye başlangıcın ilk adımını oluşturur. Her kadın kendini ayda bir kez muayene etmelidir. Kendini düzenli olarak muayene eden her kadın belli bir süre sonra kendi memelerini tanır ve normal meme dokusunun özelliklerini öğrenir ve böylece yeni ortaya çıkan kitleleri erken dönemde fark edebilir. Bu nedenle kanser erken tanı tedavisinde en önemli payı oluşturmaktadır.

7. İSTASYON

Kardiyak Defibrilasyon Uygulama Becerisi

Dr.Öğr.Üyesi Erdi BABAYİĞİT

KARDİYAK DEFİBRİLASYON VE KARDİOVERSİYON UYGULAMA BECERİSİ

Giriş ve Amaç:

Kardiyak arrest ve CPR yönetiminde mutlaka bilinmesi gereken ve ölümcül aritmilerden;

- 1) VT/VF'nin tanınması,
- 2) Acil defibrilasyon ve kardiyoversiyonun ne olduğunun bilinmesi, endikasyonlarının öğrenilmesi ve uygulama becerisinin kazanılması.

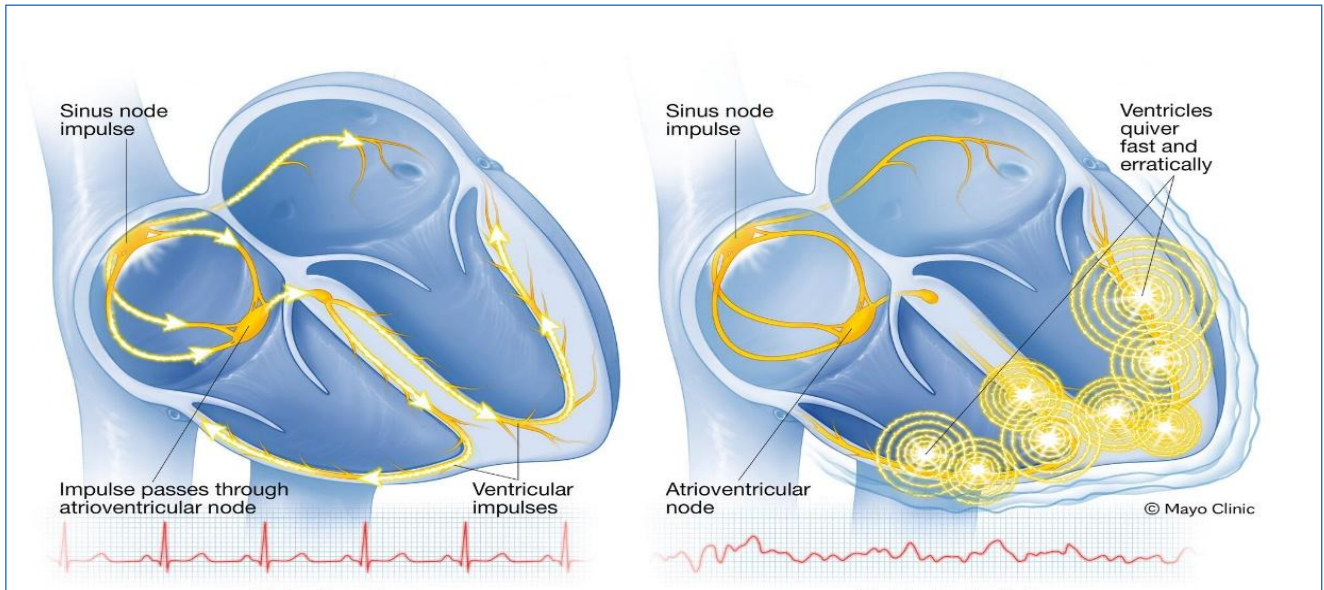
Gerekli malzemeler:

Eksternal defibrilatör (otomatik veya manuel) veya implantabl kardiyoverter defibrilatörler (ICD) veya giyilebilir(wearable) kardiyoverter defibrilatör

VT/VF, Defibrilasyon ve Kardiyoversiyon Tanımı, Tanısı ve Etyolojisi:

Kardiyak Defibrilasyon ve Kardiyoversiyon; Kardiyak olarak ölümcül olan “ventrikül fibrilasyonu (VF)” veya kalbin hemodinamisini bozan “nabızsız ventrikül taşikardisi (Nabızsız VT)” veya kalbin hemodinamisini bozan nabızsız diğer taşiaritmilerde (supraventriküler taşikardiler dahil) olan kişilerde, hızlı bir şekilde uygulanması gereken transtorasik olarak iki kaşık veya ped’ler ile birlikte elektrik akımı üreten bir cihaz ya da ICD’ler ya da giyilebilir şok cihazları yardımı ile uygulanan ve elektriksel olarak kalbi durdurarak aritmiyi sonlandırmayı hedefleyen bir tedavi yöntemidir.

VF; kardiyak ventriküler senkronizasyonu kaybolarak ventrikül miyokardındaki myofibrillerin hızlı bir şekilde titreşmesidir. Ölümcül bir ritimdir, tedavisi “defibrilasyon”dur. Her zaman acil olarak uygulanır, ventriküllerde senkronizasyonu gösteren bir ritim yoktur. CPR eşliğinde yapılmışsa VF sonrası ritim izlense bile CPR’a en az 2dk devam edilmesi gerekir.

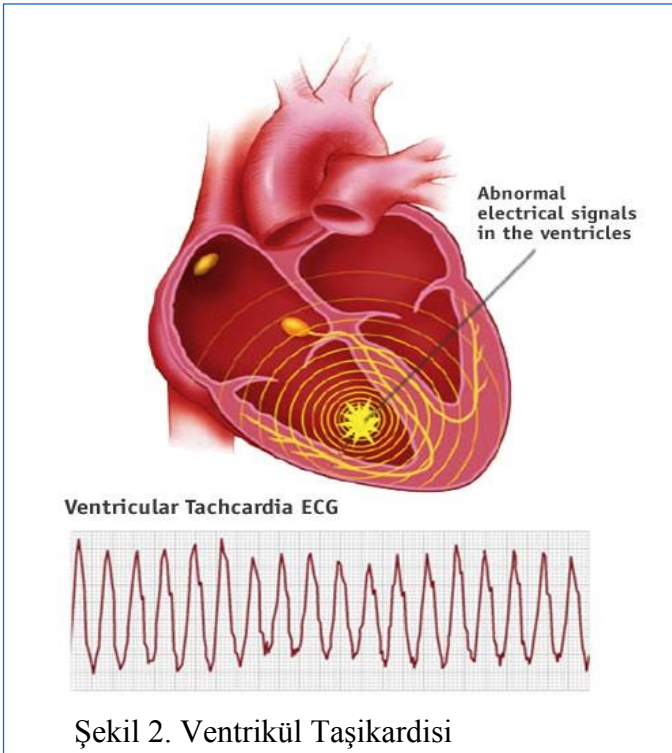


Şekil 1. Normal sinüs ritmi ve Ventriküler Fibrilasyon

VT; elektriksel impulsun ventrikül içinden kaynaklandığı ve ventriküllerin hızlı ve senkron bir şekilde kontrakte olduğu durumdur. Kalbin hemodinamisinin bozulup bozulmamasına göre nabızlı veya nabızsız VT olarak değerlendirilebilir. Eğer kardiyak atımlar her seferinde periferik perfüzyonu sağlayabiliyor ve nabız oluşturabiliyorsa bu nabızlı VT'dir, elektriksel veya farmakolojik olarak tedavi edilebilir, genellikle ivedi yaklaşım gerekir; fakat nabızsız VT'de kardiyak hemodinami ve periferik perfüzyon bozuk olacağından "acil" kardiyoversiyon gereklidir.

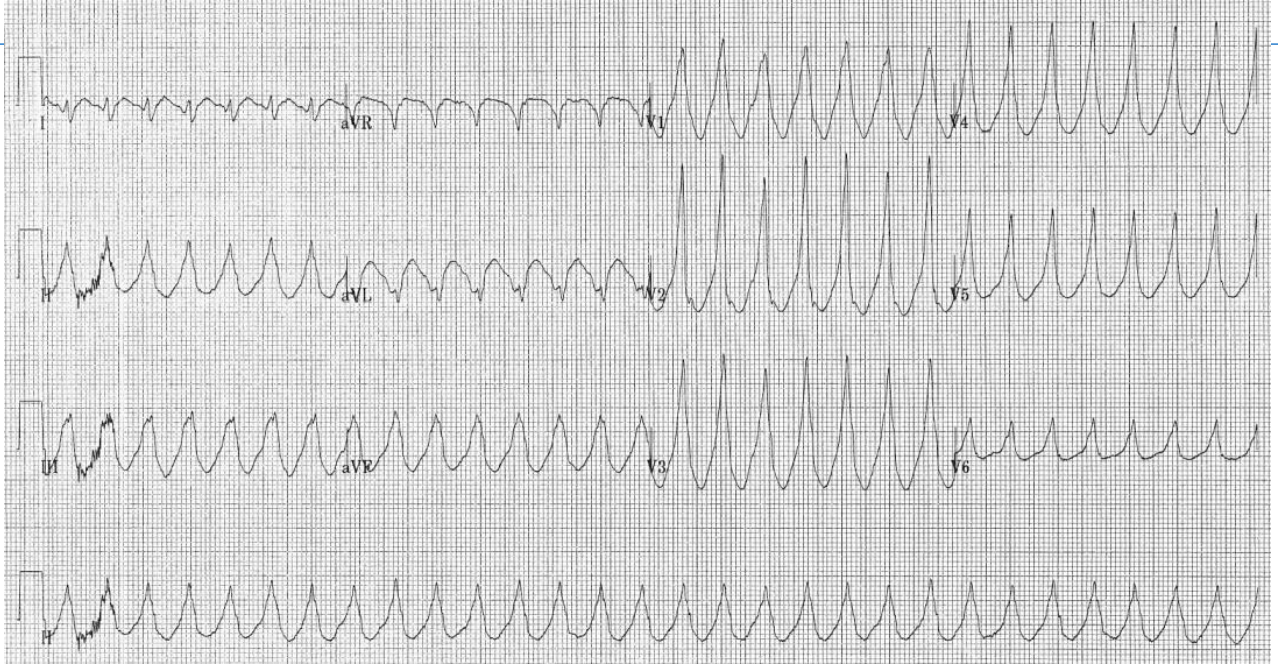
Supraventriküler taşikardiler (reentrant taşikardiler, multifokal atrial taşikardi (MAT), atriyal fibrilasyon veya atriyal flutter gibi); hemodinamiyi bozuyor ise acil kardiyoversiyon uygulanması gerekmektedir. Bunun haricinde; eğer hasta hemodinamik olarak stabil ise ve taşikardinin sonlandırılmasına veya ritm kontrolüne karar verilmişse genellikle medikal tedavi yeterli olur ve uluslararası kabul gören kılavuzlara göre tanı ve tedavi işlemi yapılır.

Not: "Asistoli" durumunda veya "nabızsız elektriksel aktivite" denilen genellikle geç dönemdeki kardiyak arrestte görülen durumlarda hemodinamiyi bozan "**kardiyak bir taşiaritmi olmadığı için**" defibrilasyon ya da kardiyoversiyon uygulanmaz, CPR ile kardiyak kompresyonlar yapılmalı ve ileri kardiyak yaşam desteği verilmelidir.

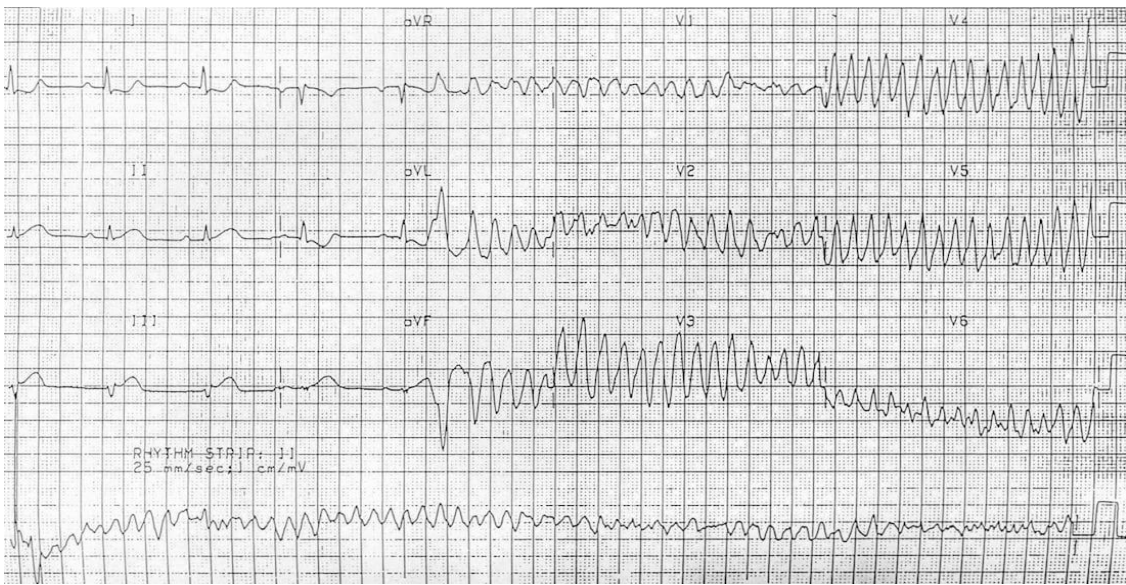


Şekil 2. Ventrikül Taşikardisi

VT/VF'nin tanınmasında kalbin elektriksel aktivitesini gözlemleyebilmek için mutlaka kalbin uygun olarak monitörize edilmesi gereklidir. Monitörizasyon işleminde; hastabaşı monitör, defibrilatör cihazı (ped veya kaşıkları), EKG cihazı (tek veya multipl 12 lead), veya intrakardiyak EGM ya da Holter, event recorder veya loop recorder gibi monitörizasyon ya da kalp pillerinin kayıtlarından faydalanabilir.



Şekil 3. Ventriküler Taşikardi 12-lead EKG (düzenli, geniş QRS'li taşikardi- VT)



Şekil 4. Ventrikül fibrilasyonuna giriş sırası çekilen 12-lead EKG



Şekil 5. Ventrikül fibrilasyonu (düzensiz irregüle ve asenkron ventriküler titreşimi gösteren EKG bulguları izlenmektedir)

Dünyada en sık ölümün sebebi kardiyak hastalıklardır ve bu kardiyovasküler ölümlerin yarısı ani kardiyak ölümden kaynaklanmaktadır. Ani kardiyak arrestin en sık sebebi ise VF'den olmaktadır. Ani kardiyak ölümün %80'inde koroner arter hastalığı mevcuttur. Buna göre koroner arter hastalığı risk faktörleri ani kardiyak ölüm ve VT/VF için de risk faktörü olarak değerlendirilebilir. VF'nin kesin tedavisi elektriksel kardiyoversiyondur. Defibrilasyondaki her bir dakikadaki gecikme etkinliği %10 azaltmaktadır.

VT/VF'nin sebepleri arasında;

- 1) **Akut miyokart enfarktüsü ve Akut koroner sendromlar** başta olmak üzere kalbin **akut iskemi** maruziyeti ve devam eden süreçte **vulnerabl kardiyak doku** veya bu veya başka bir sebeple oluşmuş **kardiyak skar dokusundan** kaynaklı;
- 2) **Kardiyomiyopatiler**, hipertrofik kardiyomiyopati, dilate kardiyomiyopati, ARVD...
- 3) Kalbin elektriksel fonksiyonunu düzenleyen hücrel kanalopatilerden genetik olan **Uzun QT sendromu, Brugada Sendromu, hızlı preeksite aritmilerin progresyonu (ör: Wolf Parkinson White sendromu)**
- 4) Elektrolit bozuklukları; özellikle **yüksek potasyum düzeyleri veya düşüklüğü**
- 5) **Konjenital Kalp hastalıklarına** sekonder
- 6) Geçirilmiş kardiyak cerrahi VT/VF'nin sebepleri arasında sayılabilir.

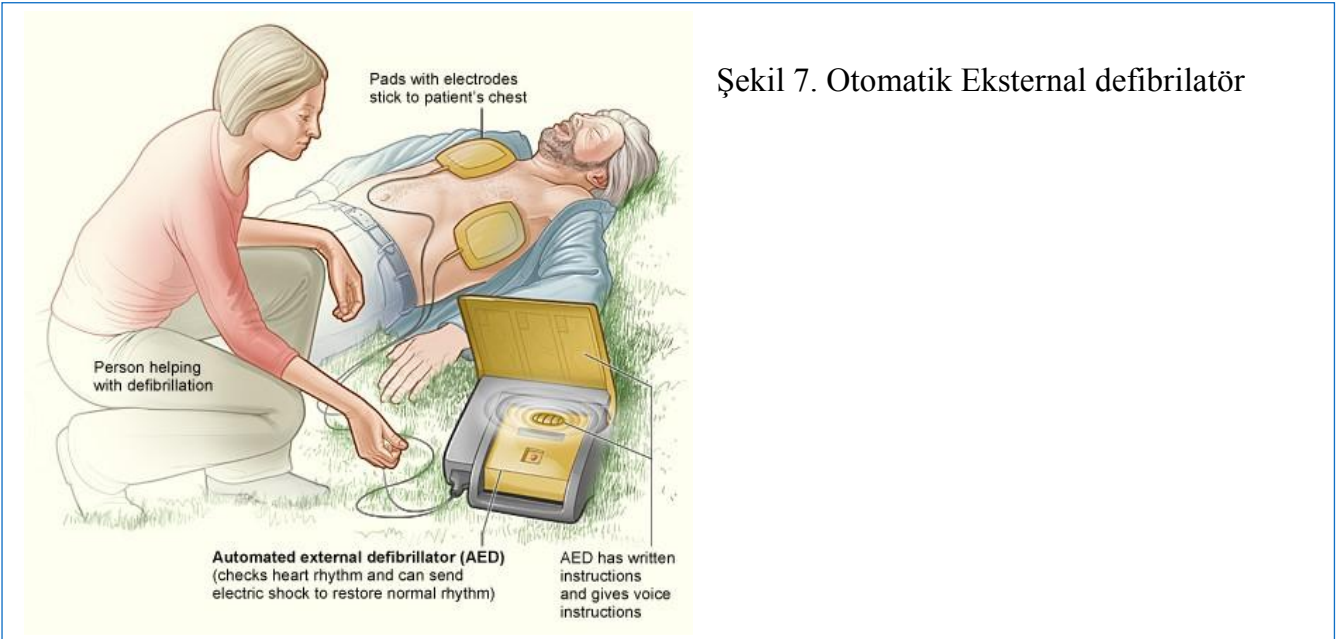
Defibrilasyon ve Kardiyoversiyon uygulanması

Bu işlem; eksternal defibrilatör (otomatik veya manuel), implantabl kardiyoverter defibrilatörler (ICD) veya giyilebilir kardiyoverter defibrilatörler ile yapılabilir.

Defibrilatör cihazları monofazik ve bifazik cihazlar olarak ikiye ayrılır. **Genellikle bifazik** cihazlar mevcuttur. Monofazik cihazlarda enerji hastanın göğüs ön duvarından arkasına tek yönde ilerlerken, bifazik cihazlar da enerji iki yönlü ilerler. (Monofazik cihazların ritmi sağlama başarısı daha düşük olup; daha yüksek enerji seviyeleri gerektirdiğinden artık üretimleri sona ermiştir. Ancak bazı hastane ve kurumlarda eski cihazların kullanımı devam edebilmektedir.) Monofazik cihazlarda başlangıç enerji seviyesi 360 j iken, bifazikler cihazlarda 120-200 j arasındadır. **Eğer kullanılacak cihazın özelliği bilinmiyorsa cihazın sağladığı maksimum enerji ile tedaviye başlanmalıdır.**



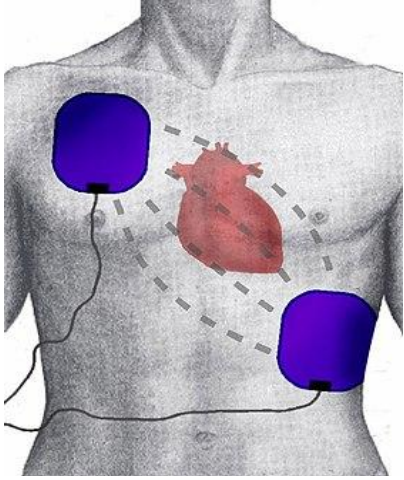
Şekil 6. Manuel Eksternal Defibrilatör



Şekil 7. Otomatik Eksternal defibrilatör

İşlem basamakları

1. Hasta kardiyak arrest durumunda (VF) veya bilinç bozukluğu/kapalı **olduğundan (nabızsız taşikardiler, nabızsız VT, nabızsız SVT)** işlemin **acil** olarak uygulanması gerekmektedir. Eğer hastanın bu ritimlerden birine girdiği düşünülüyorsa; hasta düz bir zemin/sedye veya platforma yatırılarak **acil CPR'a başlanmalı, bu sırada defibrilatör cihazı gelene kadar CPR devam edilmelidir.**
2. Onam alma durumu, bilinç bozukluğundan/kapalı olduğundan dolayı söz konusu değildir.
3. Hızlıca monitörizasyon yapılması ve CPR'a çok kısa bir süre—saniyeler ile--- ara verilerek **ritmin tanınması gereklidir. (Ritim analizi)**
4. Ritm monitörizasyonu **kaşıklar** veya **ped'ler/elektrotlar** yardımıyla yapılır. Eğer vakit varsa kaşıklar jellenir. Cihaz üzerinde monitör modu mutlaka seçilir. **(Kaşık/I/II/III)**
5. Standart olarak **anterior-apeks** yerleşimi yapılır. Burada bir elektrot/kaşık/ped **üst sternumun sağında ve sağ klavikulanın altına** yerleştirilir.
6. İkinci elektrot/kaşık/ped **mid aksiller hatta kalp apeksine doğru** yerleşecek şekilde (yaklaşık 6. interkostal aralık) yerleştirilir. (Anteroposterior, posterolateral veya biaksiller yerleşim de yapılabilir



7. Hastada VF ritmi tespit edilirse **ilk şokta bifazik cihazda 150-200 joule, ikinci şokta 150-360 joule** arası enerji seçimi yapılır. Enerji seçimi öncesinde eğer VF'ye şoklanacaksa **asenkrone, nabızsız VT'ye veya QRS'in izlendiği diğer taşiaritmilere şoklanacaksa senkronize** moda alınır. **Senkronize işlem için (lead/kaşık) seçimi yapılmasına dikkat edilir.**
8. **Şarj butonuna kaşıklardan veya cihaz üzerinden basılarak; enerji şarj edilerek yüklenir.**
9. Şarj esnasında etrafındakiler uyarılarak hasta ile **temaslarının kesilmesi** ve herhangi bir **oksijen kaynağı** varsa ara verilmesi gereklidir.
10. **Cihaz şarj olduktan ve gerekli önlemler alındıktan sonra hastaya şok verilir.**
11. Çok hızlı bir şekilde (1-2 saniye geçmeksizin) ritm kontrolü yapılabilir, fakat kılavuzlarda önerilen ritm kontrolü veya nabız kontrolü yapmadan ve şok sonrası **CPR'a ara verilmeden 2 dakika daha CPR'a devam edilmesidir. 2 dk CPR sonrası hızlıca ritm kontrolü yapılır, monitörde VF/VT görülmesi halinde 2. Şok verilir.** VF veya şok sonrası myokard stunning olabileceğinden etkin CPR'a ara verilmemesi önem taşır.
12. **VT/VF'nin devam etmesi halinde; 2 dk CPR-ritim/nabız kontrolü-defibrilasyon döngüsü devam ettirilir. İleri kardiyak yaşam desteği verilir.**
13. **Monitor kontrollerinde organize bir elektriksel aktivite görülmesi ve buna nabız da eşlik etmesi halinde resüsitasyon sonlandırılır.** Ancak organize elektriksel aktiviteye nabız eşlik etmemesi halinde CPR'a devam edilir.
14. **Asistoli veya Nabızsız elektriksel aktivite görülmesi halinde şok verilmez, CPR yapılır/devam edilir.**

8. İSTASYON

Larengeal Maske Uygulama Becerisi

Doç.Dr. Ferda YAMAN

MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ

Laringeal Maske (supraglottik havayolu gereci) Uygulaması

Amaç: Laringeal maske uygulanmasının öğrenilmesi ve beceri geliştirilmesi

Bilinci kapalı, spontan solunumu olmayan hastalarda uygulanabilir

İlk yardım uygulamalarında entübe edilemeyen, zor entübasyon olan hastalarda uygulanmaktadır. Havayolu sağlanması açısından kolay uygulanabilir ve hayat kurtarıcı olabilir.

Riskleri; tok hastalarda aspirasyon riski mevcuttur!!!.

Malzemeler:

1. Hastaya uygun boyutta LMA (LMA üzerinde hangi hastalara uygun olduğu bilgisi mevcuttur)
2. Eldiven
3. Kayganlaştırıcı jel (su bazlı)
4. Tüpün kaf hacmine uygun enjektör
5. Balon valf maske (Ambu)
6. Aspiratör ve aspirasyon sondası
7. Tüpü sabitlemek için flaster ya da sargı bezi vb. hazırlanır.

Teknik

1. Eldiven giyilir.
2. LMA'nın kafının sağlam olup olmadığı kontrol edilir.
3. LMA'nın arka yüzüne kayganlaştırıcı jel sürülür.
4. Hastaya koklama (sniffing) pozisyonu verilir.
5. LMA'nın açıklığı yukarı bakacak şekilde, tüp ve maskenin birleşim yerinden baş ve işaret parmaklarıyla kalem tutar gibi tutulur.
6. Hastanın sert damağından kayarak direnç hissedilinceye kadar ileriye itilerek yerleştirilir.
7. Kaf, önerilen miktarda hava çekilmiş enjektör ile şişirilir. Şişirme sırasında tüpte 1,5 cm kadar dışa doğru bir kayma hareketi normaldir.
8. Laringeal maske yerleştirdikten sonra, balon valf maske ile hastanın göğüs kalkış hareketleri değerlendirilir.
9. Flaster veya sargı bezi ile sabitlenir.



9. İSTASYON

İntraosseöz Girişim Yapma Becerisi

Prof.Dr. Muhammed Evvah KARAKILIÇ

İNTRAOSSEÖZ GİRİŞİM

İntraosseöz (IO) vasküler girişim, kanulün, kemiğin korteksinden medüller boşluğa yerleştirilmesidir. Periferik intravenöz (IV) yolun açılmadığı ve tedavinin geciktiği hastane veya hastane öncesi ortamda kolayca kullanılabilen bir yöntemdir. Günümüzde birçok IO ürün bulunmasına rağmen matkaplı IO setleri kolay kullanım nedeniyle tercih edilmektedir. Bunun dışında da birçok farklı firmalar tarafından üretilen ürünler de vardır (Resim 1)

Resim 1: Piyasada bulunan İO ürün örnekleri



Kritik ve/veya yaralı hastalarda IV yolun sağlanması acil tıp pratiğinde önemli bir yeri vardır. Özellikle çocukların küçük periferik damarlarının olması ve daha yüksek vücut yağ oranları nedeniyle periferik damarların seçilmesi ve palpasyonu şok esnasında zorlaşır. Yetişkin hastalarda ise obezite, yanık, dehidrasyon veya şok gibi durumlarda IV erişim zorlaşır. Bu gibi durumlarda kolaylıkla tercih edilecek bir yöntemdir.

Endikasyonları

- Travma, yanık, şok ya da resusitasyon sırasında güvenilir bir IV yol açılmadıysa
- Hayatı tehdit eden bir durum için 90 sn içinde 2 deneme de Iv yol açılmadıysa

Kontrendikasyonları

- Kullanılacak yerde kemiğin kırık olması
- Proksimal kemik kırığı olabilecek lokalizasyonlar
- Aynı lokalizasyondan daha önceden denenmiş olması
- Açılacak bölgede enfeksiyon olması

- Osteogenesis imperfecta
- Osteomyelit
- Orteoporoz
- Yakın zamanda yapılan ortopedik cerrahi işlemler

Ekipmanlar

- Kişisel koruyucu ekipmanlar (steril eldiven, koruyucu gözlük, önlük, cerrahi maske)
- Antiseptik solüsyon (povidon iyot, klorheksidin, alkol)
- Enjektör
- İnfüzyon seti
- İşlem uygulanacak bölgeye lokal anestezi madde uygulanır (özellikle uyanık hastalarda)
- Kemik içi iğne/cihaz

Uygulama Yeri

Uygulama yerleri yaşa göre değişiklik göstermektedir. **Tablo 1**'de uygulama bölgeleri listelenmiştir.

Tablo 1. Yaşa göre IO uygulama bölgeleri

Yaş	Bölge
İnfant (1 yaş altı)	Proksimal tibia*
	Distal femur*
Çocuk (1-12 yaş)	Proksimal tibia*
	Distal tibia*
Adölesan (12-18 yaş)	Proksimal tibia*
	Distal tibia*
	Sternum**
Yetişkin (18 yaş üzeri)	Proksimal tibia*
	Proksimal humerus*
	Distal tibia*
	Sternum**

* >6 yaş intraosseöz kanül yerleştirmek için pille çalışan veya darbeye çalışan cihazlar gerekir.

** Yalnızca özel tasarlanmış cihazlar gerekir

Uygulama Tekniği

Proksimal tibia alanına IO uygulama tekniği

- Povidon iyot, klorheksidin ya da alkol ile girişim alanını temizleyin.
- Eğer hasta uyanık ise, ciltten periosta lokal anestezi uygulayın.
- Manuel IO girişim için;
 - İşaret ve başparmağınızı kullanarak avuç içinde intraosseöz iğneyi kavrayın bu size iğneye kılavuzluk etmenizi ve iğnenin kaymamasını sağlar

- Bacağı stabilize etmek için dominant olmayan elinizi kullanın
- İntraosseöz iğneyi 90 derece dik olarak tibia ön yüzüne yerleştirin ve sık bir şekilde, sürekli basınç ile döndürme hareketi ile kemiği delin.
- IO girişim cihazı (matkap vb.) kullananlar;
 - İğneyi matkabın ucuna takın
 - Dominant el ile matkabı tutun
 - Non-dominant el ile bacağı stabil hale getirin
 - Matkap üzerine sert ve sağlam (sarsılmasını engelleyerek) bir basınç uygula, direnç azaldığını hissedene kadar ilerleyin
 - İğneyi matkabın ucundan çıkarın
- Kemik iliği boşluğuna girdiğinizde aniden direncin azaldığını fark edersiniz. Kortekse kadar, cilt ile kemik korteks arası mesafe 1 cm'den azdır. Aşırı güç uygulama kemiğin posterior korteks duvarına geçerek delinmesine neden olabilir.
- İğnenin içindeki demir mili çıkarın
- Enjektör ile bir miktar kan aspire ederek iğnenin yerini doğrulayın
- Enjektör ile kan gelmez ise, 3 ml normal salini dikkatle infüze edin. Herhangi bir ekstrevasyona işareti açısından bölgeyi palpe edin.
- İğnenin güvenliğini ve ekstremitenin hareketsizliğini sağlayın.

Verilebilecek Tedaviler ve kalış süresi

IO yol ile, IV olarak verilebilecek her şey verilebilir, IV olarak alınacak her şey de alınabilir. IO yol hızlı geçici vasküler erişim sağlar. Bir IO iğnesi, mümkün olan en kısa sürede bir venöz hat ile değiştirilmelidir. 24 saati aşan uzun süreli IO infüzyonları artmış osteomyelit riski ile ilişkilidir

Komplikasyonları

- Teknik zorluklar (aşırı ilerleme, yetersiz ilerleme, iğne tıkanması, sıvı ekstrevasyonu)
- Kemik kırıkları
- Epifiz yaralanmaları
- Enfeksiyonlar
- Cilt erezyonları
- Kompartman sendromu
- Yağ embolisi
- Büyük damar yaralanması, pnömotoraks, hemotoraks ve pnömomediastinum
- Ağrı