

Kr Yara Yönetiminde Yara Bakım ürünleri

Prof. Dr. Ayten Kadanalı
Biruni Üniversitesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve KI
Mikrobiyoloji AD





IDF Diabetes Atlas

2021

61 million
adults living with diabetes.

1 in 3 adults
with diabetes are undiagnosed.

1.1 million
deaths caused by diabetes in 2021.

Key global findings 2021

The **IDF Diabetes Atlas 10th edition** reports a continued global increase in diabetes prevalence, confirming diabetes as a significant global challenge to the health and well-being of individuals, families and societies.

Download the [IDF Diabetes Atlas 10th Edition and other resources](#).

View all the latest national and regional data in our [data portal](#)

Diabetes around the world in 2021:

+

Africa

+

Europe

x



1 in 11 adults (61 million) are living with diabetes.



The number of adults with diabetes is expected to reach **67 million** by 2030 and **69 million** by 2045.



Over **1 in 3 (36%)** adults living with diabetes are undiagnosed.



USD 189 billion spent on diabetes in 2021.

Tablo 3.4. TURDEP-II Çalışması Genel Sonuçları

Türkiye Genel Görünüm	Oran (%)	Kişi Sayısı
Türkiye'de 20 Yaş Üzeri Nüfus	65.4	47.467.350
Diyabet	13.7	6.503.027
Bilinen Diyabet	7.5	3.547.401
Yeni Diyabet	6.2	2.955.626
Prediyabet	28.7	13.812.899
Diyabet + Prediyabet	42.4	20.315.926

- TURDEP- I :1997-1998 yılları: tip 2 diyabet prevalansı %7.2,

20 yaş üstü %28.7'si prediyabet
Diyabet- prediyabetli hasta oranı %42.4



Five year mortality and direct costs of care for people with diabetic foot complications are comparable to cancer

[David G. Arms](#)

[Sicco A. Bus](#)

The essential components of management are:

- Treating underlying disease processes
- Ensuring adequate blood supply
- Local wound care, including infection control
- Pressure offloading.

- Diy
- Bu
- Üls
- Diy
- kor

Wukich
Amputat

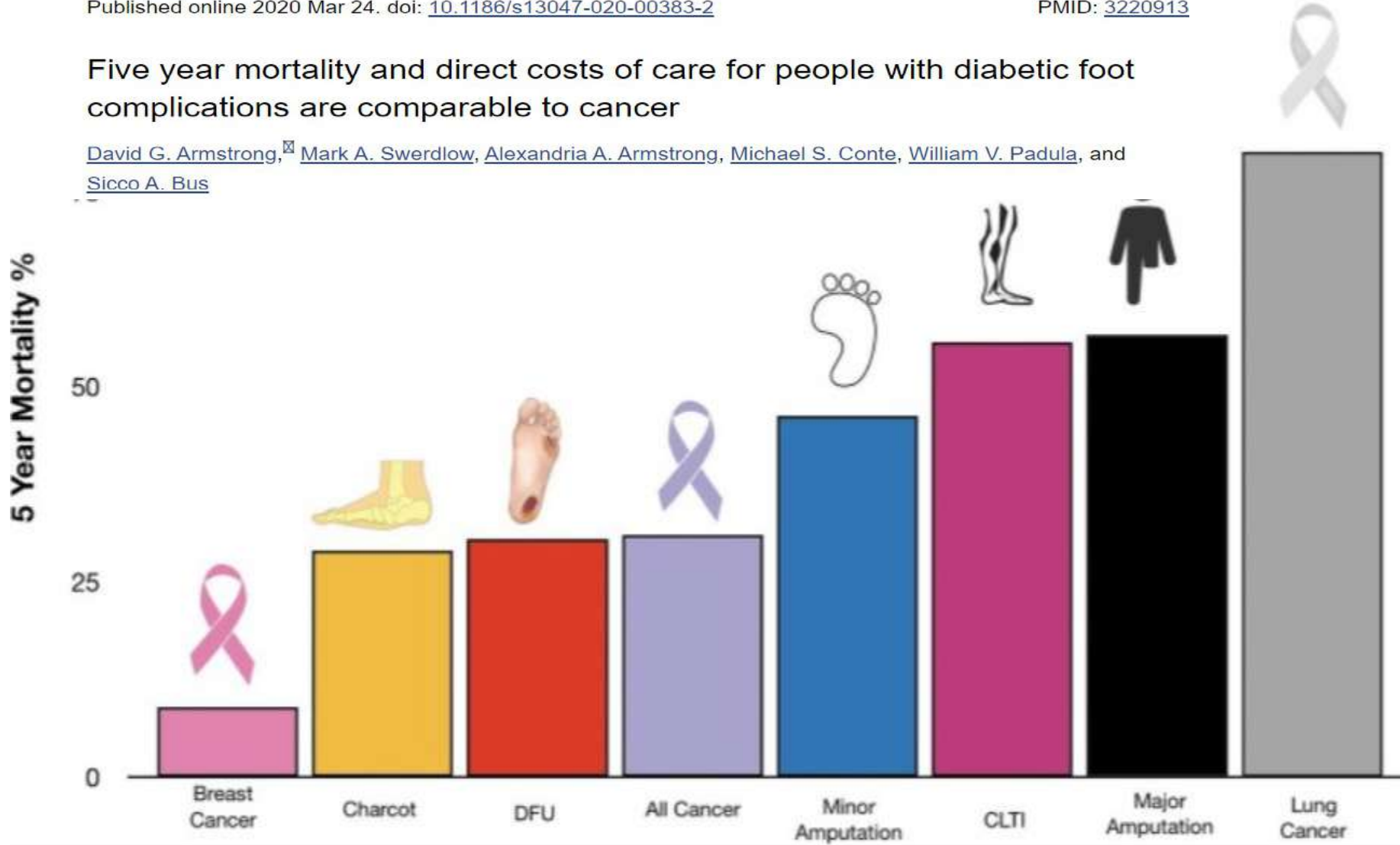


k ülseri
infeksiyon
asyondan

Lower-Extremity

Five year mortality and direct costs of care for people with diabetic foot complications are comparable to cancer

David G. Armstrong, Mark A. Swerdlow, Alexandria A. Armstrong, Michael S. Conte, William V. Padula, and Sicco A. Bus



YARA

- Fiziksel,
- Kimyasal,
- Cerrahi,
- Termal

nedenlere bağlı olarak

ya da

kendiliğinden gelişen doku bütünlüğünün bozulması



Yara

Gelişim sürecine (akut-kronik)
Enfeksiyon olup olmamasına (temiz-infekte)
Sebebe göre (diyabetik, basınc, venöz, vs)
Tutulan dokunun derinliğine (yüzeyel-tam kat),
Yaranın durumuna (nekrotik, eskar, granüle,
epitelize vs)
gibi farklı şekillerde sınıflandırılabilir.

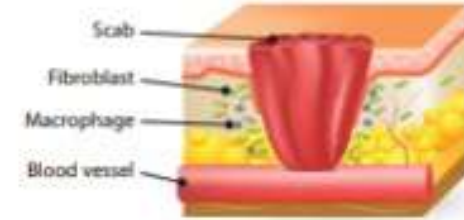
Akut

- Travmatik veya cerrahi olarak oluşan,
- Genellikle beklenen iyileşme sürecine uygun yanıt veren, temiz yaralardır.

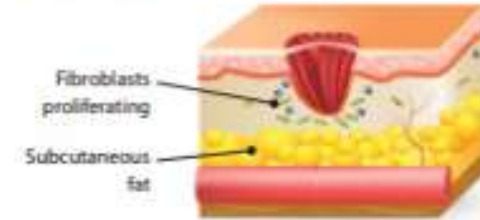
Hemostasis (Bleeding)



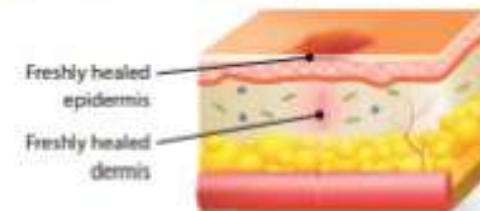
Inflammation



Proliferation



Maturation (Remodeling)



Normal Wound Healing

Hours

3 days

7 days

Weeks

Kr Basınc, yarası
(bası yarası, basınc, ülseri, yatak yarası)

- 4 haft
- 6-8 ha
- Geç ve

Diyabetik ayak

(diyabetik ülser, nöropatik, iskemik, nöro-iskemik)

Arteriyel yetmezlik yarası

(aterosklerotik, vaskülitik)

Ge
Venöz-
Venöz ülser

(venöz bacak yarası, varis ülseri)

Radyasyon hasarı

Ameliyat sonrası yaralar

eden bulunur
adyasyon hasarı..

Hemostaz

Saniye--Saatler

İnflamasyon

Saatler----Günler

Proliferasyon

Günler ---haftalar

Yeniden yapılanma

Haftalar---Aylar

Yara iyileşmesi

inflamasyon,

granülasyon dokusu oluşumu,

reepitelizasyon,

matriks oluşumu ve yeniden modelleme gibi
birbirini kapsayan aşamaları içeren karmaşık

bir süreçtir

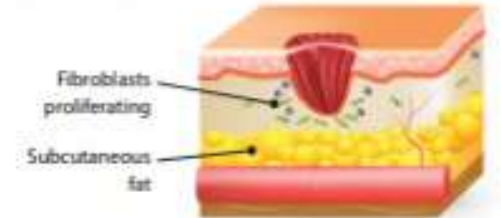
Hemostasis (Bleeding)



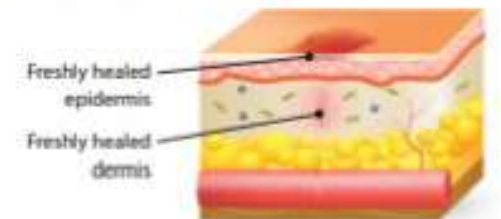
Inflammation



Proliferation



Maturation (Remodeling)



Normal
Wound
Healing

Hours

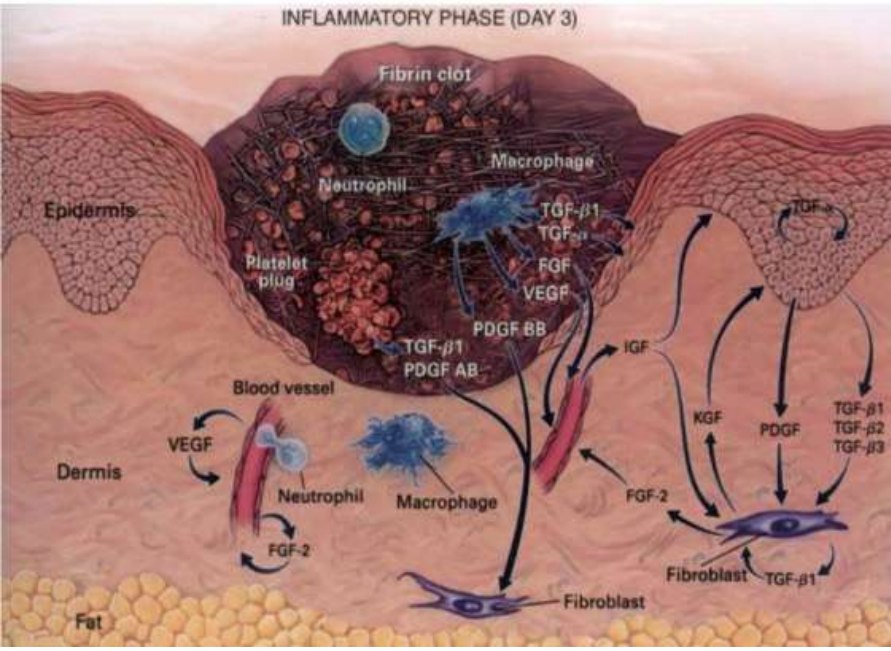
3 days

7 days

Weeks

Hemostaz

- Yaralanma bölgesinde kanamanın durdurulmasında ilk fizyolojik yanıt..
- Reaktif vazospazm sonrası pıhtı ve trombus oluşur.
- Bakteriyel kontaminasyon ve sıvı kaybını engelleyen fiziksel bir bariyer olur

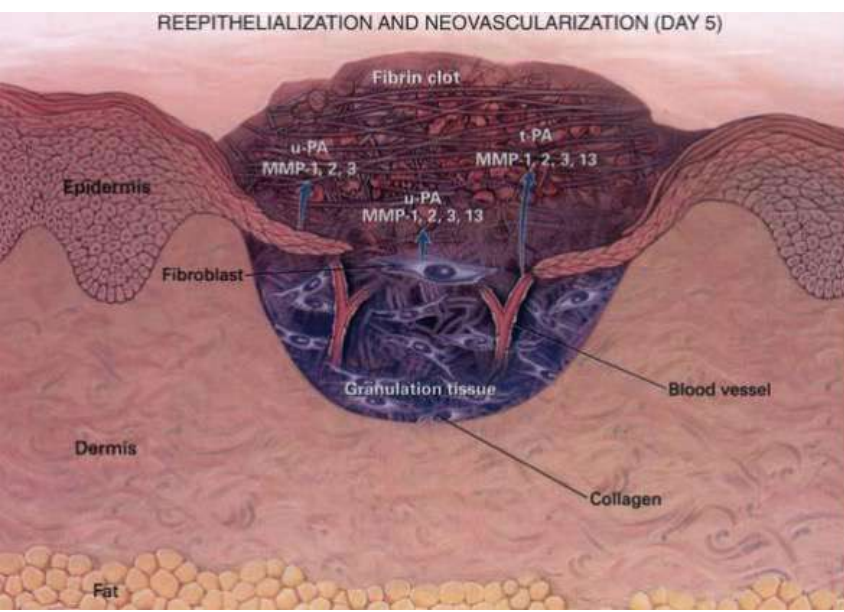


İnflamasyon

Hemostazı takiben sekonder vazodilatasyon, kapiller permeabilite artışı, lökositlerin bölgeye göçü ve aktivasyonu meydana gelir.

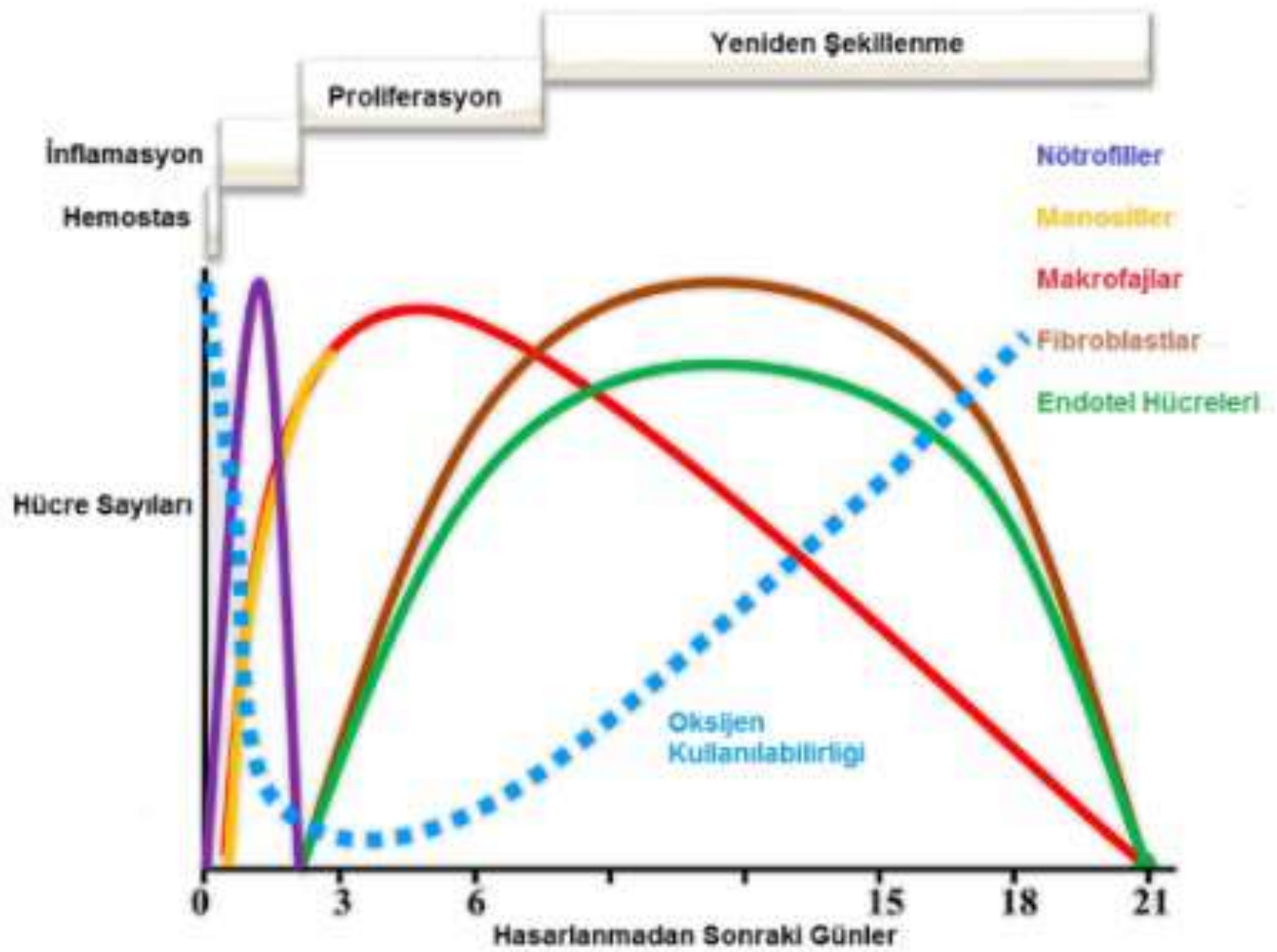
Nötrofiller: ilk birkaç dakika---birkaç saat içinde yara bölgesine göç eder 24-48 saat aralığında sayıları en üst seviyede, 3. günden sonra azalmaya başlamakta

Ardından monositler gelir lenfositler bu alanda yoğunlaşır



Proliferasyon

Granülasyon dokusu oluşumu 3-5. günlerde başlar
Fibroblastlar, kolajen sentezi artar, anjiyogenez uyarılır,
keratinositler artar, yara kenarları şekillenir



Yara Tedavisinde Temel Prensiplerimiz Neler Olmalı??

Hedef ya

• Yarayı

• Sponta

TIME

T: (tissue/ doku)

I: (infection, inflam)

M: (Moisture/ nem)

E: (Edge/ yara kenarı,
epitelizasyon durumu)

<http://woundsinternational.com> Accessed March 2013



TIME yaklaşımı



T: Tissue management:

Enfekte, ölü ve yabancı dokuların yaradan temizlenmesi

Cerrahi, mekanik, enzimatik, otolitik, biyolojik, hidrocerrahi, ultrasonik yöntemlerinden biri uygulanmalı

Bu aşamada yapılan işlemler infeksiyon kontrolünde önemli



T: Tissue management:

Kronik yarada: nekrotik dokular yeniden oluşma eğilimindedir, multipl debridmanlar gerekebilir

Akut yarada: yabancı maddelerin ve yara oluşum esnasındaki hasarlı dokuların temizlenmesi için yapılır, tekrar gerekmez

Yarayı temizlemek ve iyileşmeye hazırlamak amaçlıdır ve çoğu zaman sadece bir kez yapılır.

Genel bir kural olarak, yara granülasyon dokusu ile kaplanmamış, ise yaranın iyileşmeye gidebilmesi için, debridman uygulanabilir.

- Eskar, nekrotik, fibrotik dokuları debride edip
- Yarayı önce granüle ardından epitelize hale getirmeli

Debridman

- Keskin debridman: Daha ufak is (kabukları vb.), poliklinikte veya ya veya eğitimli podiatristler tarafın
- Cerrahi debridman ameliyathar değişik cerrahi aletlerin kullanıld

- Otolitik debridman (nemli yara
- Enzimatik debridman (kollajena
- Biyolojik debridman (larva, kurt

Other debridement methods

While sharp debridement is the gold standard technique, other methods may be appropriate in certain situations:

- As an interim measure (eg by practitioners without the necessary skill sets to carry out sharp debridement; methods include the use of a monofilament pad or larval therapy)
- For patients for whom sharp debridement is contraindicated or unacceptably painful
- When the clinical decision is that another debridement technique may be more beneficial for the patient
- For patients who have expressed another preference.

BAŞVURUDAKİ GÖRÜNTÜLERİ



POLİKLİNİK TAKİPLERİ



POLİKLİNİK TAKİPLERİ:



POLİKLİNİK TAKİPLERİ:







Enzimatik debridman

Agent	Enzyme source	Advantages	Disadvantages	Precautions
Collagenase	Strain of <i>Clostridium histolyticum</i>	<ul style="list-style-type: none"> Approved by the US FDA for the debridement of chronic wounds and burns Selective for collagen Generally pain-free delivery May be combined with a variety of other topical dressings 	<ul style="list-style-type: none"> Effectiveness compared with other forms of debridement may be questionable Prescription based on wound area High cost Relatively slow acting 	<ul style="list-style-type: none"> Moist wound environment required for activation Topical silver dressings significantly inhibit collagenase activity
Papain	Papaya	<ul style="list-style-type: none"> Provides relatively "aggressive" enzymatic debridement Generally pain-free delivery May be combined with a variety of other topical dressings 	<ul style="list-style-type: none"> Not readily available in the United States Nonselective (ie, will cleave any protein containing cysteine) Relatively slow acting 	<ul style="list-style-type: none"> Agent is often combined with a chlorophyll complex that causes green wound discoloration following application Need to avoid adjacent healthy tissues
Bromelain	Pineapple	<ul style="list-style-type: none"> Relatively rapid acting Selective for nonviable tissue 	<ul style="list-style-type: none"> Removal from base of wound required after several hours Inhibits platelet function but is reversible 	<ul style="list-style-type: none"> Evidence of efficacy is based on acute wounds or burns, not chronic wounds

FDA: Food and Drug Administration.

Data from:

- Ramundo J, Gray M. Collagenase for enzymatic debridement: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36:S4.
- Kravitz SR, McGuire J, Zinszer K. Management of skin ulcers: understanding the mechanism and selection of enzymatic debriding agents. *Adv Skin Wound Care* 2008; 21:72.

I: Infection and Inflammation (infeksiyon ve inflamasyon yönetimi): Yaradaki, infeksiyonun ve inflamasyonun azaltılması için antiseptik, antibakteriyel ürünlerin kullanılmasını ifade eder

M: Moisture balance (nem dengesi):

İdeal yara iyileşmesi için yara yüzeyinin nemli tutulması gerekli
Bu aşamada yarada akıntı fazla ise emici ürünler; az ise yarayı ideal nemlilikte tutacak ürünler kullanılmalı

E: Edge or Epithelisation management (kenar yönetimi ve epitelizeasyon):

Bu amaçla yara kenarları cerrahi debridman ile arzu edilen yapıya kavuşturulmalı

Akıntılı bir yarada masere olmuş yara kenarları daha emici bir yara örtüsü veya çinko krem gibi maserasyonu engellemeye yönelik bir tedavi ile kurutulmalı

Çok kurumuş, ve nasırlaşmış, yara kenarı yönetiminde keratinize deri debridman ile temizlenmeli,
kuru deri nemlendirici kremler ile normal yapısına döndürülmeli



Yara Bakım Ürünü Seçimi??

- Yaranın tipi (yüzeyel, kavitern)
- Yara iyileşmesinin hangi aşamasında patoloji olduğu
- Yaranın özellikleri (kuru, nemli, aşırı eksüdalı, kötü kokulu, ağrılı, kolay kanayan vs.)
- Yaranın bakteri profili (kolonize, enfekte vs.)
- Hastanın spesifik özellikleri (yaşlı, gebe, diyabetik, çocuk vs)
- Tedavinin yapılacağı yerin özellikleri (hastanede, evde vs.)
- Ürün maliyetleri-geri ödeme koşulları vb

Gelişmiş yara pansumanlarının miladı yara iyileşmesinde "nem" in öneminin anlaşılmasıdır

- Hücre canlılığını, çoğalmasını ve anjiyogenezi artırır
- Otolitik debridman sağlar,
- Büyüme faktörü potansiyeli ile hedef hücre ilişkisini, yaradaki parsiyel oksijen basıncını ve iyileşmeyi artırır

Kuru yaralarda, otolitik debridman sağlayan oksijen, nem ve bakteriye geçirgen olmayan pansuman daha yararlı

Gelişmiş yara örtülerinin; kuru gazla yapılan pansumanlara üstünlükleri

- Daha ağrısız ve konforlu pansumanlardır,
- Daha hızlı iyileşme, pansuman malzemelerine ödenen yüksek ücrete rağmen daha ucuz maliyetli
- Daha az sıklıkta pansuman değişimi gerekir
- Bakteriyel kontaminasyona daha dirençli

Gelişmiş Yara Pansuman Malzemelerinden Beklenen Fonksiyonlar

- Yarayı korumak,
- Absorbsiyon (aşırı eksüdayı), dengeli bir yara eksüdası,
- Yara nemini ve ısısını korumak,
- Debridman,
- Skarın yeniden modellenmesi

Yara Bakımı Ürünleri Uygulanmadan Önce, Şu Soruları Cevaplanmalı

- Uygulama bölgesi ve çevresine etkisi nedir?
- Hangi durumda ve ne zaman kullanılmalıdır?
- Dezavantajları, sınırlamaları/kontrendikasyonları nelerdir?
- Uygulama ve geri alma yöntemi nasıl olmalıdır?
- Ürün hakkında eğitimim yeterli midir? Maliyeti nedir?

Yara Bakımı Ürünlerinin Kullanımının Esas Nedenleri

- ❖ Hızlı ve kozmetik olarak yeterli iyileşme sağlanması,
- ❖ Nemli yara iyileşmesi ortamı sağlanması,
- ❖ Yaradan kokunun uzaklaştırılması,
- ❖ Ağrının azaltılması veya giderilmesi,
- ❖ Enfeksiyonun önlenmesi veya tedavisi,
- ❖ Eksüda kontrolü,
- ❖ Hasta sıkıntılarının azaltılması,
- ❖ Estetik açıdan, yaranın gizlenmesi veya kapatılması.

İdeal Ürün Özellikleri

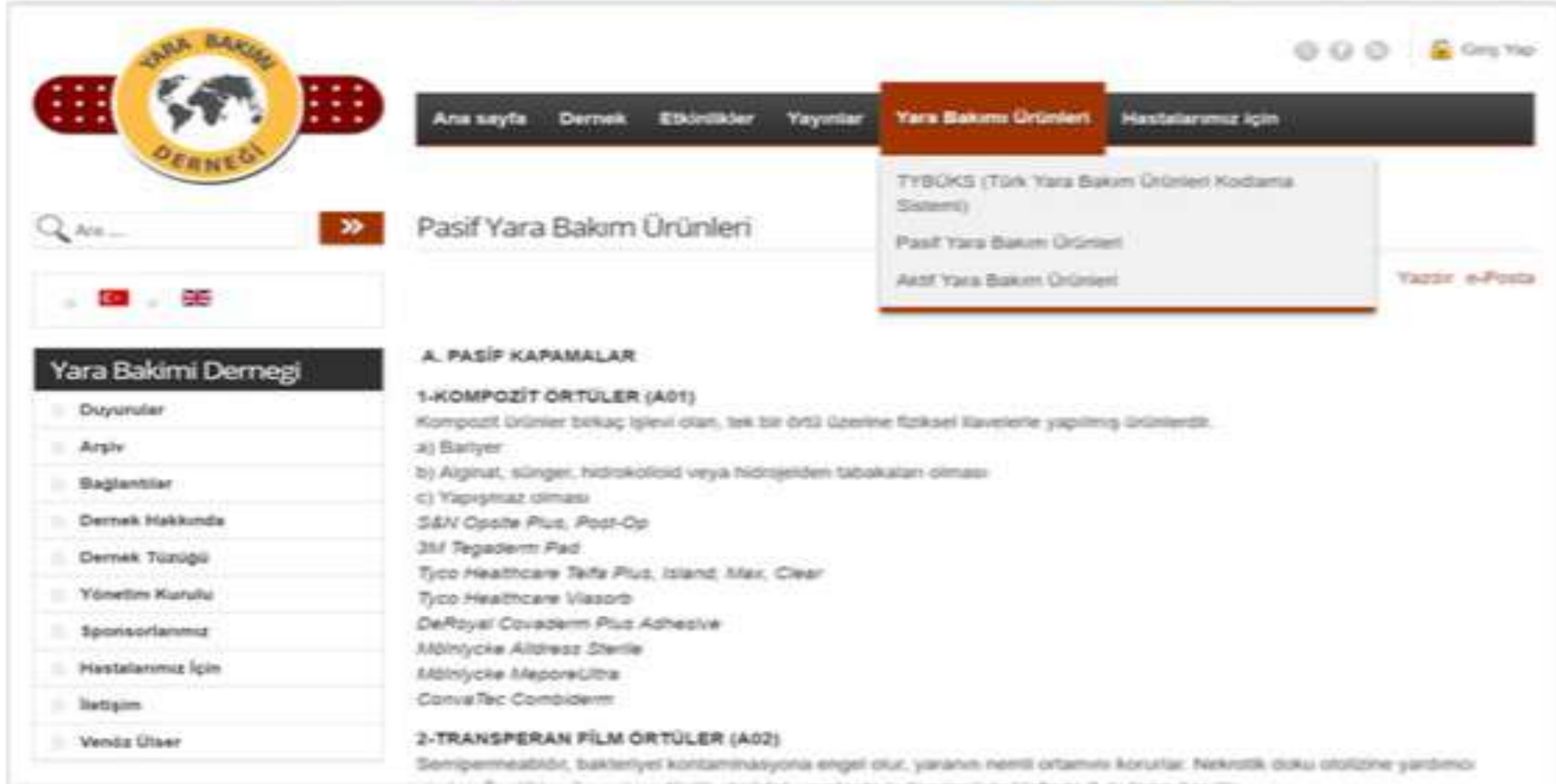
- Bakteri ve yabancı maddelerden korumalı
- Sıcak ve nemli bir ortam oluşturmalı
- Eksüdayı absorbe etmeli
- Toksik ve alerjik olmamalı
- Isı ve sıvı kaybını önlemeli
- Çevre sağlıklı dokulara zarar vermemeli
- Kompresyon sağlamalı
- Kendi yapısı bozulmamalı (tiftiklenme vb.)
- Yapışmaz olmalı, yenisi ile kolay değiştirilebilmeli, iyi bir yaşam kalitesi sağlamalı,
- Estetik olmalı, günlük aktivitelerde yerinde sabit durabilmeli,
- Düşük maliyetle malzeme ve bakım sağlamalı,
- Minimal sayıda pansuman değişimi ile başarıya ulaşabilmelidir.

Spesifik Gereksinimi Olan Yaralar

- Enfekte yaralar
- Aşırı eksüdalı yaralar
- Kuru yaralar
- Nekrotik materyal içeren yaralar
- Toksik materyal içeren yaralar

TYBÜKS (Türk Yara Bakım Ürünleri Kodlama Sistemi)

www.yarabakimidernegi.org



The screenshot shows the website interface for TYBÜKS. The top navigation bar includes links for 'Ana sayfa', 'Dernek', 'Etkinlikler', 'Yayınlar', 'Yara Bakım Ürünleri', and 'Hastalarımız için'. The 'Yara Bakım Ürünleri' menu is expanded, showing 'TYBÜKS (Türk Yara Bakım Ürünleri Kodlama Sistemi)', 'Pasif Yara Bakım Ürünleri', and 'Aktif Yara Bakım Ürünleri'. The main content area is titled 'Pasif Yara Bakım Ürünleri' and is divided into two sections: 'A. PASİF KAPAMALAR' and '1-KOMPOZİT ÖRTÜLER (A01)'. The '1-KOMPOZİT ÖRTÜLER (A01)' section includes a description and a list of products: 'S&N Opote Plus, Post-Op', '3M Tegaderm Pad', 'Tyco Healthcare Telfa Plus, Island, Max, Clear', 'Tyco Healthcare Viasorb', 'DeRoyal Covaderm Plus Adhesive', 'Mölnycke Adressz Sterile', 'Mölnycke MeporeUltra', and 'ConvaTec Combiderm'. The left sidebar contains a search bar, language selection (Turkish and English), and a menu for 'Yara Bakımı Derneği' with links to 'Duyurular', 'Arşiv', 'Bağlantılar', 'Dernek Hakkında', 'Dernek Tüzüğü', 'Yönetim Kurulu', 'Sponsorlarımız', 'Hastalarımız için', 'İletişim', and 'Veriye Üzer'.

esi

A. Pasif Kapamalar (KOD)

1. Kompozit örtüler (A01)
2. Transparan film örtüler (A02)
3. Hidrokolloid örtüler (A03)
4. Hidrofiber örtüler (A04)
5. Hidrokapiller örtüler (A05)
6. Köpük (foam) örtüler (A06)
7. Alginat örtüler (A07)
8. Yara doldurucuları (A08)
9. Silikon jel tabakalar (A09)
10. Antibakteriyel örtüler (A10)
11. Hidrojel örtüler (A11)
12. Kompresyon bandajları (A12)
13. Özel emici ve yapışmaz yara örtüleri (A13)
14. Koku absorbe ediciler (A14)
15. Yara temas tabakaları (A15)
16. Yara temizlik ürünleri (A16)
17. Deri greftleri ve greft eşdeğerleri (A17)

18. Diğerleri (A18)

- a- Polisakkaritli örtüler (A18a)
- b- Paste bandajlar (A18b)
- c- Ballı örtüler (A18c)
- d- Parafin gaz yara örtüleri (A18d)
- e- Bariyer krem ve örtüler (A18e)
- f- Kolajenli örtüler (A18f)
- g- Büyüme faktörlü örtüler (A18g)
- h- Hyalüronik asitli örtüler (A18h)
- ı- Enzimatik debridman ürünleri (A18ı)

Kompozit Örtüler

1- Kompozit ürünler birkaç işlevi olan, tek bir örtü üzerine fiziksel ilavelerle yapılmış ürünlerdir.

a. Bariyer

b. Alginat, sünger, hidrokolloid veya hidrojel den tabakaları olması

c. Yapışmaz olması

Transparan Film Örtüler

- Yarı geçirgen yapıdadırlar, bakteriyel kontaminasyona engel olur ve yaranın nemli ortamını korurlar

Haftada üç kez değişim önerilir.

Yara iyileşmesinin son aşamasında, yeni epiteli travmadan koruması nedeniyle yüzeysel ve az eksüdalı yaralarda kullanımı uygundur.

Jelleri, alginatları ve hidrofiberleri yarada tutan sekonder pansuman olarak da kullanılırlar.

Hidrokolloidler (Absorbe edici-eksüde emici ürünler)

- Çoğunlukla selüloz yapıda
- Oklüziv ve adeziv gözenekli yapıda
- Jelatin, pektin ve karboksi metil selüloz (CMC) gibi maddeler içerir.



Yara eksüdası ile karşılaştığında jel haline gelir, böylece karşı bariyer oluşturur. Nekrotik dokuların reabsorpsiyonunu sağlar ve böylece otoolitik debridmana yardımcı olur. Epitelizasyon, granülasyon ve enfeksiyon kontrolü için bu aşamada kullanımı önerilir. Yara kenarını 2 cm kadar genişletilmelidir ve kullanılması önerilir. Haftada üç kez değişim önerilir.



Hidrofiber örtüler

(Absorbe edici-eksüde emici ürünler)

- Tamamı NaCMC yapısında, dokunmamış, liflerden oluşur.
- Hidrofilik, orta-ağır eksüdalı yaralar için kullanılır.
- Sıvıyı direkt liflerinin içine emen bir yapısı vardır.
- Sıvı çeken kuru pansuman jellesir, emilen sıvı hapsedilir.
- Deriye/yara yüzeyine minimum sıvı bırakılır.
- Maserasyon riski azalır.
- Yarı geçirgen sekonder kapama önerilir.



Köpük örtüler

(Absorbe edici-eksude emici ürünler)

- Hidrofilik poliüretan, yumuşak silikon ve hidropolimer yapıda olabilir
- Yüksek absorpsiyon kapasitesi ile kaviter yaralarda önerilir.
- Skar ayrılması, granülasyon dokusu aşamasında yararlı olur.
- Orta ve ağır eksüdalı yaralarda uygundur.
- Kompresyon bandajları altında kullanılabilir.
- Yarada aşırı kurumaya dikkat edilmelidir.
- Gümüş veya PHMB içerik ile antimikrobiyal aktivite

Alginat örtüler ve yara doldurucular (Absorbe edici-eksude emici ürünler)

- Deniz yosunlarının bir bileşeni olan kalsiyum alginattan elde edilir, yarada jelleşir
- Orta ve ağır eksüdalı yaralarda uygundur.
- Enfekte yaralarda ve kuru yaralarda kullanılmaz.
- Alginatlar doğal bir hemostatik ajan olduklarından kanayan yaralarda tercih edilir.
- Atravmatiktir, yaradan kaldırılmaları da ağrısızdır.
- Çevre deride maserasyon ve yarada kurumaya dikkat edilmelidir
- Yapışmadığı için sekonder pansuman gerektirir.

Hidrojel Örtüler

- Yarada mükemmel nemli ortam oluşmasını sağlarlar.

- Hidrokolloid, alginat ya da nişasta bazlı polimerlerle kombine edilmiştir
- Yaranın durumuna göre yarayı nemlendirir ya da eksüdayı absorbe eder
- Amorf veya yaprak halinde olabilirler. Kenarı adezivli olanları vardır.
- Minimal veya eksüda içermeyen yaralarda uygundur.
- Günlük pansuman önerilir.
- Gümüşlü kombinasyonlarla antimikrobiyal etkinlik



Antimikrobiyal Örtüler

- Gümüs,
- Klorheksidin



Bactigras, clorhexitulle ve serotulle, %0.5 oranında chlorhexidine içerir.

Bir antiseptik ürün kullanılması düşünülürse uygundur.

Fucidin intertulle kullanımı giderek azalmakta olup, bunlar topikal antibiyotik ve ianolin içerir, deride duyarlılık oluşturabilirler.



Diğerleri (içinde bir şey olan örtüler)

a. Polisakkaritli ve gliserinli örtüler

b. Paste bandajlar

c. Ballı örtüler

d. Parafin gaz yara örtüleri

e. Bariyer krem ve örtüler

f. Kolajenli örtüler

g. Büyüme faktörlü örtüler

h. Hyalüronik asitli örtüler

ı. Enzimatik debridman ürünleri

Bariyer Krem ve Örtüler

Asıl olarak yatak yarası ve bası üserleri oluşmasına karşı kullanılırlar.

Negatif basınçlı yara tedavisi uygulanan hastanın çevre dokularını maserasyondan korumak için



Type	Actions	Indications/use	Precautions/contraindications
Alginates/CMC*	Absorb fluid Promote autolytic debridement Moisture control Conformability to wound bed	Moderate to high exuding wounds Special cavity presentations in the form of rope or ribbon Combined presentation with silver for antimicrobial activity	Do not use on dry/necrotic wounds Use with caution on friable tissue (may cause bleeding) Do not pack cavity wounds tightly
Foams	Absorb fluid Moisture control Conformability to wound bed	Moderate to high exuding wounds Special cavity presentations in the form of strips or ribbon Low adherent versions available for patients with fragile skin Combined presentation with silver or PHMB for antimicrobial activity	Do not use on dry/necrotic wounds or those with minimal exudate
Honey	Rehydrate wound bed Promote autolytic debridement Antimicrobial action	Sloughy, low to moderate exuding wounds Critically colonised wounds or clinical signs of infection	May cause 'drawing' pain (osmotic effect) Known sensitivity
Hydrocolloids	Absorb fluid Promote autolytic debridement	Clean, low to moderate exuding wounds Combined presentation with silver for antimicrobial activity	Do not use on dry/necrotic wounds or high exuding wounds May encourage overgranulation May cause maceration
Hydrogels	Rehydrate wound bed Moisture control Promote autolytic debridement Cooling	Dry/low to moderate exuding wounds Combined presentation with silver for antimicrobial activity	Do not use on highly exuding wounds or where anaerobic infection is suspected May cause maceration
Iodine	Antimicrobial action	Critically colonised wounds or clinical signs of infection Low to high exuding wounds	Do not use on dry necrotic tissue Known sensitivity to iodine Short-term use recommended (risk of systemic absorption)
Low-adherent wound contact layer (silicone)	Protect new tissue growth Atraumatic to periwound skin Conformable to body contours	Low to high exuding wounds Use as contact layer on superficial low exuding wounds	May dry out if left in place for too long Known sensitivity to silicone
PHMB	Antimicrobial action	Low to high exuding wounds Critically colonised wounds or clinical signs of infection May require secondary dressing	Do not use on dry/necrotic wounds Known sensitivity
Odour control (eg activated charcoal)	Odour absorption	Malodorous wounds (due to excess exudate) May require antimicrobial if due to increased bioburden	Do not use on dry wounds
Protease modulating	Active or passive control of wound protease levels	Clean wounds that are not progressing despite correction of underlying causes, exclusion of infection and optimal wound care	Do not use on dry wounds or those with leathery eschar
Silver	Antimicrobial action	Critically colonised wounds or clinical signs of infection Low to high exuding wounds Combined presentation with foam and alginates/CMC for increased absorbency. Also in paste form	Some may cause discolouration Known sensitivity Discontinue after 2 weeks if no improvement and re-evaluate
Polyurethane film	Moisture control Breathable bacterial barrier Transparent (allow visualisation of wound)	Primary dressing over superficial low exuding wounds Secondary dressing over alginate or hydrogel for rehydration of wound bed	Do not use on patients with fragile/compromised periwound skin Do not use on moderate to high exuding wounds

Other more advanced dressings (eg collagen and bioengineered tissue products) may be considered for wounds that are hard to heal¹⁶.

*Wound dressings may contain alginates or CMC only; alginates may also be combined with CMC.

Yara Yönetiminde Ürün Önerisi



FIGURE 12: Sloughy wound bed with areas of necrosis. Select dressing to control moisture and promote debridement of devitalised tissue

Type of tissue in the wound	Therapeutic goal	Role of dressing	Treatment options		
			Wound bed preparation	Primary dressing	Secondary dressing
Necrotic, black, dry	Remove devitalised tissue Do not attempt debridement if vascular insufficiency suspected Keep dry and refer for vascular assessment	Hydration of wound bed Promote autolytic debridement	Surgical or mechanical debridement	Hydrogel Honey	Polyurethane film dressing
Sloughy, yellow, brown, black or grey Dry to low exudate	Remove slough Provide clean wound bed for granulation tissue	Rehydrate wound bed Control moisture balance Promote autolytic debridement	Surgical or mechanical debridement if appropriate Wound cleansing (consider antiseptic wound cleansing solution)	Hydrogel Honey	Polyurethane film dressing Low adherent (silicone) dressing
Sloughy, yellow, brown, black or grey Moderate to high exudate	Remove slough Provide clean wound bed for granulation tissue Exudate management	Absorb excess fluid Protect periwound skin to prevent maceration Promote autolytic debridement	Surgical or mechanical debridement if appropriate Wound cleansing (consider antiseptic wound cleansing solution) Consider barrier products	Absorbent dressing (alginate/CMC/foam) For deep wounds, use cavity strips, rope or ribbon versions	Retention bandage or polyurethane film dressing
Granulating, clean, red Dry to low exudate	Promote granulation Provide healthy wound bed for epithelialisation	Maintain moisture balance Protect new tissue growth	Wound cleansing	Hydrogel Low adherent (silicone) dressing For deep wounds use cavity strips, rope or ribbon versions	Pad and/or retention bandage. Avoid bandages that may cause occlusion and maceration. Tapes should be used with caution due to allergy potential and secondary complications
Granulating, clean, red Moderate to high exudate	Exudate management Provide healthy wound bed for epithelialisation	Maintain moisture balance Protect new tissue growth	Wound cleansing Consider barrier products	Absorbent dressing (alginate/CMC/foam) Low adherent (silicone) dressing For deep wounds, use cavity strips, rope or ribbon versions	
Epithelialising, red, pink No to low exudate	Promote epithelialisation and wound maturation (contraction)	Protect new tissue growth		Hydrocolloid (thin) Polyurethane film dressing Low adherent (silicone) dressing	
Infected Low to high exudate	Reduce bacterial load Exudate management Odour control	Antimicrobial action Moist wound healing Odour absorption	Wound cleansing (consider antiseptic wound cleansing solution) Consider barrier products	Antimicrobial dressing (see Table 5 for combined presentations)	

The purpose of this table is to provide guidance about appropriate dressings and should be used in conjunction with clinical judgement and local protocols. Where wounds contain mixed tissue types, it is important to consider the predominant factors affecting healing and address accordingly. Where infection is suspected it is important to regularly inspect the wound and to change the dressing frequently. Wound dressings should be used in combination with appropriate wound bed preparation, systemic antibiotic therapy, pressure offloading and diabetic control



FIGURE 11: Dry necrotic wound. Select dressing to rehydrate and soften the eschar



FIGURE 14: A newly epithelialising DFU. It is important to protect new tissue growth

Local management of wound exudate

Predominant wound bed tissue type	Black necrotic tissue Desiccated tissue due to ischaemia, e.g. an ischaemic toe or heel of a patient with diabetes	Black/grey necrotic tissue Desiccated devitalised tissue and slough in the wound bed; no ischaemia	Slough Yellow, brown, grey or black	Granulating Clean, red	Epithelialising Mostly or completely covered in epithelial tissue Red, pink		
Exudate level	Dry Falanga score 1	Dry Falanga score 1	Low exudate Falanga score 1	Moderate to high exudate Falanga score 2-3	Low exudate Falanga score 1	Moderate to high exudate Falanga score 2-3	Dry/low exudate Falanga score 1
Treatment aims	<ul style="list-style-type: none"> Keep dry Refer for vascular assessment 	<ul style="list-style-type: none"> Remove eschar (debridement/autolysis) Rehydrate wound bed 	<ul style="list-style-type: none"> Remove slough (debridement/autolysis) Rehydrate wound bed 	<ul style="list-style-type: none"> Remove slough (debridement/autolysis) Absorb/contain excess exudate Treat/prevent periwound maceration/erosions 	<ul style="list-style-type: none"> Protect new tissue Promote a moist wound environment 	<ul style="list-style-type: none"> Protect new tissue Absorb/contain excess exudate Treat/prevent periwound maceration/erosions 	<ul style="list-style-type: none"> Protect new epithelial tissue Prevent new tissue drying out
options	<ul style="list-style-type: none"> Low adherent contact layer that does not retain moisture or rehydrate to cover area and to separate from adjacent tissues, e.g. place between toes 	<ul style="list-style-type: none"> Hydrogel dressing Foam dressing 	<ul style="list-style-type: none"> Hydrogel dressing Foam dressing 	<ul style="list-style-type: none"> Alginate dressing Carboxymethyl-cellulose dressing Foam dressing Superabsorbent dressing NPWT Ostomy/fistula appliances Consider applying a periwound protectant 	<ul style="list-style-type: none"> Hydrogel dressing Low adherent dressing Hydrated polyurethanes 	<ul style="list-style-type: none"> Alginate dressing Carboxymethyl-cellulose dressing Foam dressing Superabsorbent dressing NPWT Ostomy/fistula appliances Consider applying a periwound protectant 	<ul style="list-style-type: none"> Continue to cover for 1-2 weeks after complete epithelialization Thin hydrocolloid Low adherent dressing Consider emollient Implement preventative measures as indicated

Aktif Kapama Sistemleri ve Diğer Yöntemler

- Topikal negatif basınç
- Elektrik stimülasyonu
- Işın tedavisi
- Hiperbarik oksijen
- Topikal oksijen tedavisi
- Ozon tedavisi

- Larva debridmanı (Maggot terapi)
- Jet-Lavaj irrigasyon sistemi
- Kök hücre teknolojileri
- Lazer (LILT) tedavisi
- Ultrason tedavisi

**Vacuum-Assisted Closure: A New
Method for Wound Control and
Treatment: Clinical Experience**

Louis C. Argenta, MD
Michael J. Morykwas, PhD

1997

NEGATİF BASINÇLI YARA KAPAMA SİSTEMLERİ

Akut ve kronik yaralarda

- İyileşmeyi hızlandırmak amacıyla
- Yara üzerine kontrollü ve lokalize negatif basınç kullanımı
- Non-invaziv bir yöntem



Contents lists available at ScienceDirect

Current Problems in Surgery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/cpsurg



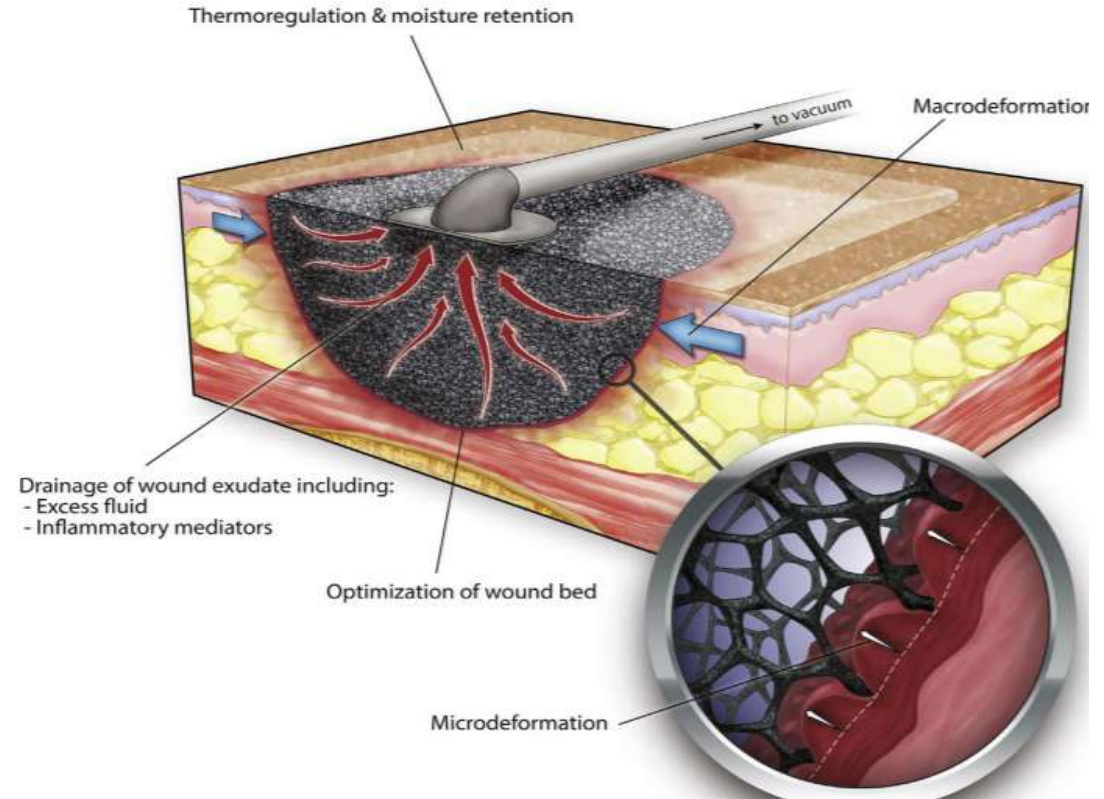
Effect of negative pressure wound therapy on wound healing

<http://dx.doi.org/10.1067/j.cpsurg.2014.0011-3840> © 2014 The Authors. Published by Elsevier Inc. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



4 Temel Etkileri

- Makrodeformasyon
- Mikrodeformasyon
- Yaranın drenajı (yara sıvısının uzaklaştırılması)
- Yara çevresinin kontrolü





Yara hazırlanmalı

- Nekrotik dokular elimine edilmeli
- İnfeksiyon kontrol altına alınmalı



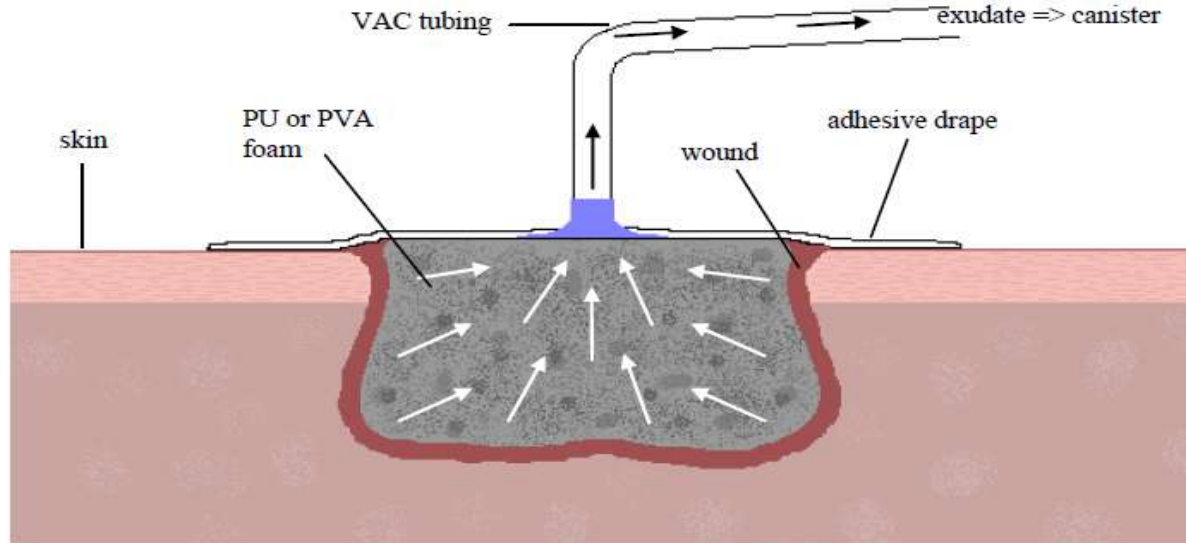
Teknik-Uygulama

- Yara yatağına uygun boyutta süngerler kesilerek yerleştirilir
- Poliüretan süngerin gözenek büyüklükleri 400-600 mikrometre arasında iken, polivinil alkol süngerin ise 200-300 mikrometre arasındadır.
- Yara alanları yapışkanlı yarı geçirgen drape ile kapatılır.
- Kapama üzerinden delik açılarak T.R.A.C. pad (Therapeutic Regulated Accurate Care) yerleştirilerek cihaz ile yaranın bağlantısı sağlanır.

- Basınç hastaya,
 - yaranın boyutuna,
 - derinliğine,
 - klinik durumuna göre kademeli olarak artırılarak (50-150 mmHg basınç) aralıklı olmak üzere uygulanır.
- Yaranın durumu, hastanın kliniği ve laboratuvar parametrelerine göre pansumanlar 48-72 saatte bir değiştirilir.

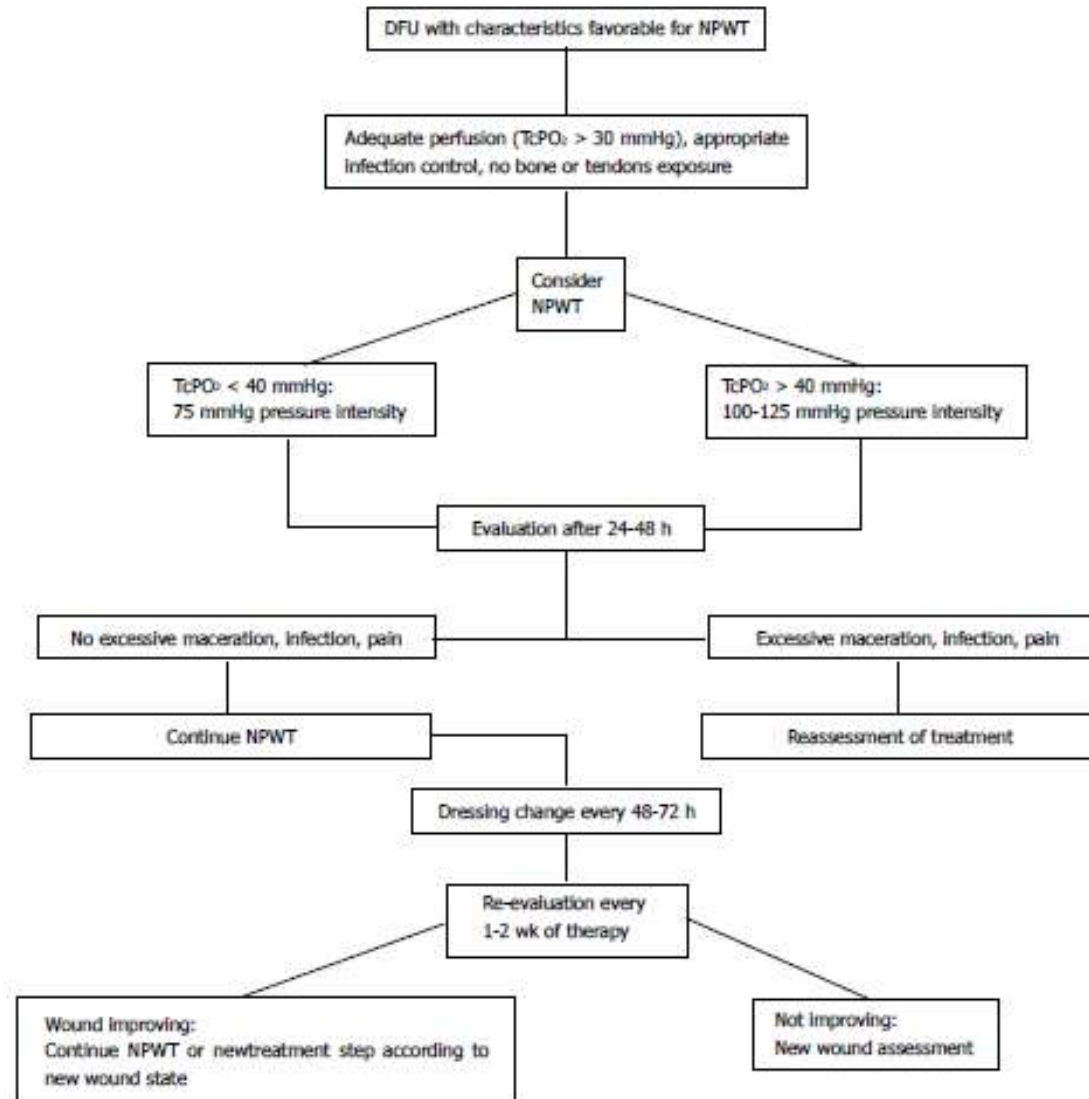
Negatif basınçlı yara kapama sistemi

- Özellikli yara örtüsü ve bir bağlantı tüpü ile
- Elektrikli pompa kullanarak
- Yaraya sürekli ya da aralıklı
- Kontrollü subatmosferik basınç uygular.



NASIL UYGULAYALIM?

Meloni M *et al.* Negative pressure therapy in diabetic foot





Recommendations

1. Clean ulcers regularly with clean water or saline, debride them when possible in order to remove debris from the wound surface and dress them with a sterile, inert dressing in order to control excessive exudate and maintain a warm, moist environment in order to promote healing. (GRADE strength of recommendation: strong; quality of evidence: low)
2. In general, remove slough, necrotic tissue and surrounding callus with sharp debridement in preference to other methods, taking relative contra-

6. NBYK postoperatif yaralarda uygulanabilir (**weak; moderate**), çalışmalara ihtiyaç var...

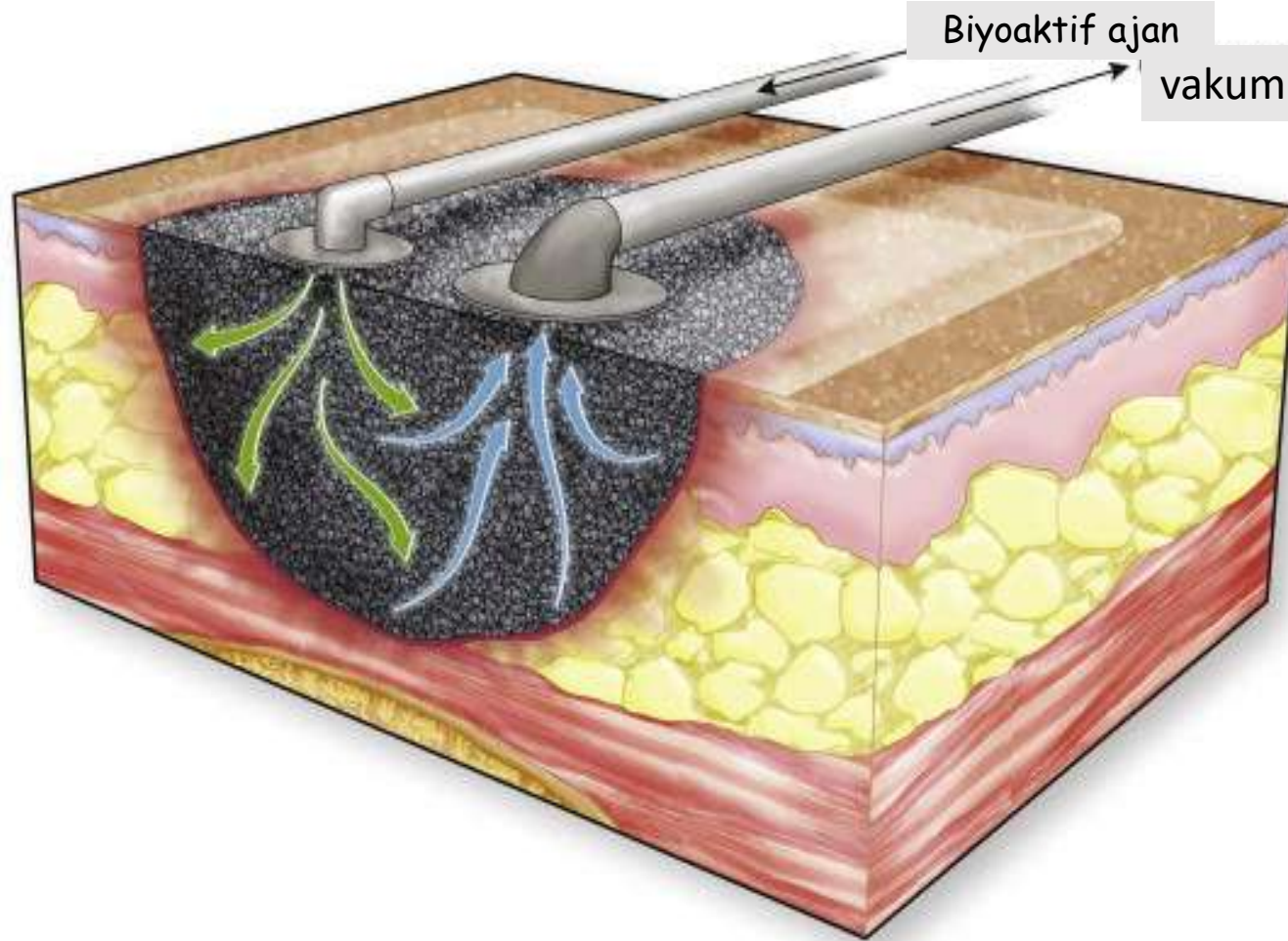
5. Consider the use of systemic hyperbaric oxygen therapy, even though further blinded and randomized trials are required to confirm its cost-effectiveness, as well as to identify the population most likely to benefit from its use. (weak; moderate)
6. Topical negative pressure wound therapy may be considered in post-operative wounds even though the effectiveness and cost-effectiveness of the approach remain to be established. (weak; moderate)

Aynı öneriyi yapmak cerrahi uygulanmayan yaralar için mümkün değil(kanıt yetersiz)

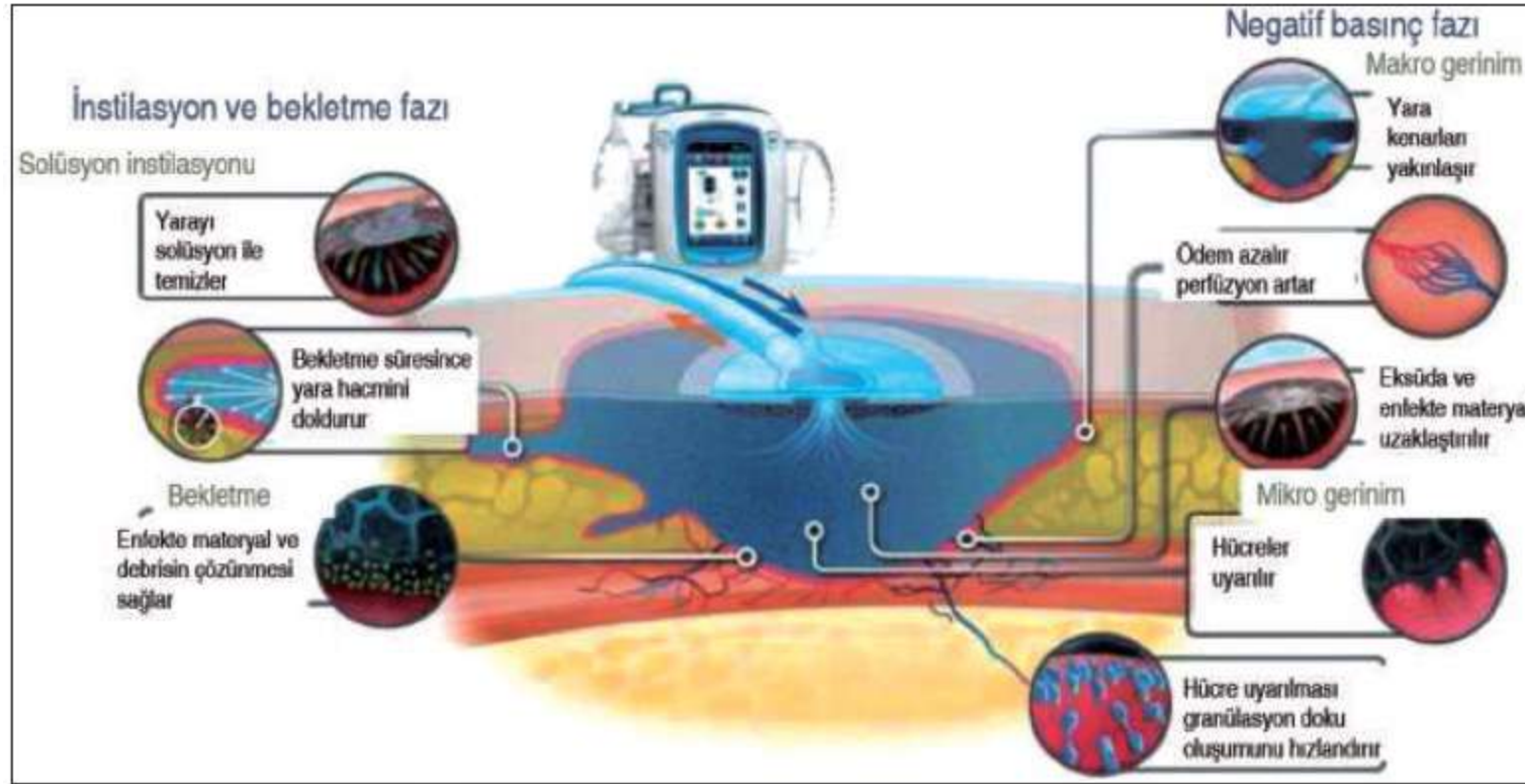
7. Do not select treatments reported to improve wound healing by using the highest frequency of ultraviolet light, laser, electrical stimulation, magnetic field, electricity, magnetism, ultrasound and shockwaves, in preference to accepted standards of good quality care. (strong; low)
9. Do not select systemic treatments reported to improve wound healing, including drugs and herbal therapies, in preference to accepted standards of good quality care. (strong; low)

İnstilasyonlu NBYK Tedavisi

- . Yıkama
- . Antiseptik ajan
- . Biyoaktif ajan



- Topikal solusyonların yara yatağına yatağına kontrollü salınımı
- Bekletilmesi
- Geri alınımı



ŞEKİL 1: İnstitasyonlu negatif basınçlı tedavi etki mekanizması.

Data on File. KCI-Acelity.

Kocaeli ND, Türkiye
Klinikleri, 2018

İNBYT

- NBYT etkilerine ilave;
- topikal solüsyonlar... (salin, antibiyotik, antimikrobiyal solüsyonlar)
- yaraya kontrollü ve aralıklı instilasyonu , irrigasyondan farklı olarak

Drenaj öncesi sıvının yara üzerinde kalmasını

Daha derin yaralara ulaşarak daha etkin yara yatağı temizliği sağlar

125 mm Hg negatif basınç
Normal salin kullanarak
2-4 saate, 10-20 bekletme döngüsü uygun

SONUÇ

Birçok seçenek ve her tarz yara için farklı alternatif ürünler vardır. Kesin kurallar ve rijit algoritmalar yoktur.

İdeal yara örtüsünün sahip olacağı tüm özelliklere sahip bir yara örtüsü şu an için yok.

Kronik yara dinamik, değişken ve dirençli bir sorundur.

Tedavileri de öyle olmalıdır.

Tek bir doğru tedavi yoktur. Yaranın ve hastanın izlenmesi,

Önemli olan; yaranın varsa nekrotik dokulardan temizlenmesi, enfeksiyondan korunması ve uygun nemli ortamın sağlanmasıdır.

Ne kadar başarılı bir tedavi yapılırsa yapılsın, diyabetik ayak remisyonlarla seyrederek

Yapılan tedavi kadar risk faktörlerinin yönetimi, hastanın bu tedavilere uyumu, takiplere devamlılığı, önlemleri uygulamada sürekliliği yara tedavisi kadar önemlidir.

Hastalara yapması ve yapmaması gerekenler, olası sonuçları ile ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı,

Bu şartlar sağlanmadığı zaman hasta yeni yaralarla merkezlere başvurmaya devam edecektir



**KRONİK YARA
HAKKINDA
SAĞLIK BAKANLIĞI
SON GENELGESİ**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT
İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
06/12/2022 14:46 - E-54567092 - 010.06.02 - 02-15159



Sayı : 54567092-

Konu : Kronik Yara Bakım Hizmetleri

Bu maksatla ülkemizde sunulacak kronik yara bakım hizmetlerine ilişkin usul ve esasları düzenleyen 6/7/2021 tarihli ve (2021/04) sayılı Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesi yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Ancak Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesinin (2021/4) yayımlandığı tarihten bu yana Bakanlığımızca yapılan değerlendirmeler sonucunda bazı değişikliklerin yapılmasına ihtiyaç duyulmuş olup, bahsi geçen genelge yürürlükten kaldırılmıştır. Bu kapsamda, ülkemizde sunulacak kronik yara bakım hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar ekte belirtilen şekliyle yeniden düzenlenmiştir.

değerlendirmeler sonucunda bazı değişikliklerin yapılmasına ihtiyaç duyulmuş olup, bahsi geçen genelge yürürlükten kaldırılmıştır. Bu kapsamda, ülkemizde sunulacak kronik yara bakım hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar ekte belirtilen şekliyle yeniden düzenlenmiştir.

KRONİK YARA BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

A- TANIMLAR

1. Bu usul ve esaslarda geçen;

a) **Bakan:** Sağlık Bakanını,

b) **Bakanlık:** Sağlık Bakanlığını,

SORUMLU TABİP

-Genel Cerrahi Uzmanı

-Ortopedi ve travmatoloji Uzmanı

-Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı

-Çocuk cerrahisi uzmanı

Uzmanları arasından görevlendirilen tabibi ifade eder

personelden ilgili sağlık tesisi yönetimine karşı sorumlu olan genel cerrahi uzmanı, ortopedi ve travmatoloji uzmanı, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı veya çocuk cerrahisi uzmanları arasından görevlendirilen tabibi, ifade eder.

B- KRONİK YARA BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN GENEL ESASLAR

1. Bu Genelge, birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmeti veren sağlık tesisleri ve yine bünyesinde yara bakım ünitesi bulunan Bakanlığa, üniversitelere, gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait sağlık tesisleri ile bu birimlerde görev yapan personeli kapsar.

2. Birinci basamak kronik yara bakım hizmeti bir tabip ve bir hemşirenin görev yaptığı, pansuman odasının bulunduğu sağlık tesislerinde verilir.

3. İkinci basamak kronik yara bakım hizmeti ilgili uzman tabibin ve ameliyathane şartlarının bulunduğu yataklı sağlık tesislerinde verilir.

4. Birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmetlerinden en az birisi bu Genelgede belirtilen kriterler çerçevesinde tüm sağlık tesisleri tarafından sunulmak zorundadır.

5. Sağlık tesisleri birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmetinden hangisini sunduklarını müdürlük aracılığı ile Bakanlığa bildirmek zorundadır.

6. Kronik yara bakım üniteleri Ek-1'de belirtilen kronik yara ünitesi için gerekli asgari standartlara sahip sağlık tesislerinde Bakanlıkça planlanır.

7. Kronik yara bakım ünitelerinde yoğun bakım hizmetleri, 20/7/2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında yürütülür.

8. Bakanlıkça istenilen bilgilerin, Bakanlığın belirlediği formata uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt altına alınmasından, bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz

olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınmasından, bilgilerin Bakanlığa zamanında iletilmesinden ilgisine göre il sağlık müdürlüğü ile sorumlu tabip birinci derecede sorumludur.

9. Bu Genelgede hüküm bulunmayan hâllerde, kronik yara bakım ünitesinin bulunduğu sağlık tesisinin tabi olduğu mevzuat hükümleri ile ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.

C- KOMİSYONUN KURULMASI VE GÖREVLERİ

1. Kronik yara bakımı konusunda, birimlerin faaliyetleri ve geliştirilmesi konularında gerekli eğitimleri planlanmak, eğitim merkezlerini belirlemek, yapılacak eğitimlerin müfredatını belirlemek, bu birimlerin faaliyet ve hizmetleri ile ilgili Bakanlığa intikal eden şikayetleri incelemek ve kronik yara bakımı hizmetleri ve faaliyetleri konusunda tıbbi ve

4. Seçilmiş üyelere mazeretsiz olarak üst üste iki toplantıya katılmayanların üyelikleri sona erer.

5. Komisyon başkanı tarafından gerek görülmesi halinde yurt içinden veya yurt dışından uzmanlar toplantıya davet edilebilir veya görüşleri alınabilir. Toplantıya davet edilen uzmanlar Komisyon çalışmaları ile ilgili oylamaya katılamaz.

6. Komisyon, Genel Müdürlüğün daveti üzerine en az üç üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının taraf olduğu karar geçerli sayılır. Komisyonun sekretaryası Genel Müdürlük tarafından yürütülür.

7. Komisyon kararları, toplantı tutanağına yazılır ve toplantıya katılan üyelere imzalanır. Karara katılmayanlar, şerh koymak suretiyle kararı imzalar. Şerhin gerekçesi, karar altında veya ekinde belirtilir.

8. Komisyon kararları tavsiye niteliğindedir.

Ç- KRONİK YARA BAKIM ÜNİTESİ FAALİYET İZİNİ USUL VE ESASLARI

1. Kronik yara bakım ünitesi, Ek-1’de belirtilen asgari standartlara göre Bakanlıkça verilen faaliyet izni ile kurulur.

2. Kronik yara bakım ünitesine ait faaliyet izni başvurusu, sağlık tesisi yönetimi tarafından Ek-2’de yer alan “Faaliyet İzni Başvuru Formu” ve Ek-3’te yer alan “Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler” ile birlikte müdürlüğe yapılır.

3. Başvuru, müdürlükçe dosya üzerinden değerlendirilir ve eksiklik ve/veya uygunsuzluk bulunmaması halinde Sağlık Hizmetleri Başkanı başkanlığında bir genel cerrahi uzmanı, bir ortopedi ve travmatoloji uzmanı veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı, bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı; gerektiğinde çocuk cerrahisi uzmanı veya kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabibin katılımı ile oluşan denetim ekibi tarafından yerinde incelenir

4. Kronik yara bakımı ünitesi başvurusu, müdürlüğün uygun görüşü ile birlikte Bakanlığa iletilir.

5. Bakanlıkça noksan belgesi bulunmayan kronik yara bakımı ünitesine ait başvuru, komisyona sunulur. Komisyon tarafından incelenen başvuru uygun bulunduğu takdirde bir

tutanakla karara bağlanır. Genel Müdürlükçe de uygun bulunması halinde kronik yara bakımı ünitesine Bakanlıkça faaliyet izni verilir.

6. Bakanlık lüzum gördüğü takdirde Ek-3 “Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler”e ilave olarak ayrıca bilgi ve belge isteyebilir. Başvuru dosyasında bulunan belgelerin sağlık tesisi yönetimi ve müdürlükçe onaylanmış olması şarttır.

7. Kronik yara bakım ünitesi faaliyet izni için başvuracak sağlık tesislerinin, Ek-1’de yer alan kronik yara bakım ünitesi için belirlenen asgari standartlardan diğer personel standardında bulunan sertifikalı stoma ve yara bakım hemşiresi bulundurma şartını iki yıl içerisinde sağlayacağını taahhüt etmek koşuluyla başvuru yapabilirler.

8. Bakanlıkça faaliyet izni verilen kronik yara bakım üniteleri, bünyesinde bulunduğu sağlık tesisine ait faaliyet izin belgesine ilgili mevzuat kapsamında bağlı birim olarak eklenir.

E- KONSEY KURULMASI VE ÇALIŞMA PRENSİBİ

1. Konsey sorumlu tabibin başkanlığında ilgili alan uzman tabiplerinin katılımı ile oluşturulur.
2. Ayaktan tedavisi sağlanacak veya yatırılarak tedavi olacak hastaların kararı konsey tarafından salt çoğunluk ile alınır. Konseyin tedavi kararları tavsiye niteliğindedir.
3. Sorumlu tabip tarafından değerlendirilen ve konsey görüşüne ihtiyaç bulunduğu belirlenen hastalar konseye çıkarılır.
4. Hastaların öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve ilgili görüntüleme tetkikleri hazırlanmış ve dosyalanmış şekilde konseye sunulur.
5. Kliniklerde yatan ve kronik yarası oluşan hastalar kendi tabipleri tarafından sorumlu tabibe yönlendirilerek konseye çıkarılmaları sağlanır.

F- EĞİTİM VE SERTİFİKASYON

1. Kronik yara bakım ünitesi olan sağlık tesislerinde çalışacak hemşirelerin, Bakanlıkça onaylanan Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Eđitimini almaları zorunludur.
2. Bakanlık gerektiğinde komisyon kararı ile sağlık tesislerinde görev yapan tabip, uzman tabip ve ilgili tüm sağlık personeline eğitim düzenleyebileceği gibi eğitim düzenlenmesini de isteyebilir.

EK-1
KRONİK YARA BAKIM ÜNİTESİ İÇİN
ASGARİ STANDARTLAR

Hizmet Birimleri	<ul style="list-style-type: none">Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı veya hizmet alımı.Tıbbi biyokimya laboratuvarı veya hizmet alımı.Ameliyathane salonu.Pansuman odası.İkinci veya üçüncü seviye erişkin ve/veya çocuk yoğun bakım ünitesi.İlgili uzmanlık alanına ait yataklı servis içerisinde ayrılmış/ayrılabilen yatak alanı.Vasküler cerrahi yapılabilecek ameliyathane şartları.Hiperbarik oksijen tedavi ünitesi (zorunlu değildir).Kronik yara bakım polikliniği.
Uzman Tabip	<ul style="list-style-type: none">İç hastalıkları uzmanı.Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı.Genel cerrahi uzmanı ve/veya ortopedi ve travmatoloji uzmanı.Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı.Kalp ve damar cerrahisi uzmanı.Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı.Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı.Kardiyoloji uzmanı.Çocuk cerrahisi uzmanı (zorunlu değildir).Sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp uzmanı (zorunlu değildir).
Sağlık Meslek Mensupları / Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensupları	<ul style="list-style-type: none">Diyetisyen.Fizyoterapist.Psikolog veya sosyal çalışmacı.Podolog (zorunlu değildir).Stoma ve yara bakım hemşireliği sertifikası bulunan hemşire (Bakanlıkça onaylanmış sertifika).
DİĞER STANDARTLAR	<ul style="list-style-type: none">Kronik yara bakım polikliniği tercihen poliklinik katında ve cerrahi branşlara yakın, kolay ulaşılabilir bir yerde yapılandırılır.Yaraların yıkanabilmesi için tercihen akım-ısı ayarlı su sistemi ve tek kişilik duş teknesi bulunur.Pansuman arabası ve tromellerde, gerekli tüm pansuman ve tıbbi sarf malzemesi ile araç ve gereç 24 saat steril ve kullanıma hazır durumda bulundurulur.

EK-2
KRONİK YARA BAKIM ÜNİTESİ
FAALİYET İZİNİ BAŞVURU FORMU

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE				
Sağlık Tesisinin Adı:				
Sağlık Tesisinin Hizmet Rolü:				
Sağlık Tesisinin Türü:	Bakanlığa ait sağlık tesisi <input type="checkbox"/>	Devlet üniversitesi <input type="checkbox"/>	Vakıf üniversitesi <input type="checkbox"/>	Özel sağlık tesisi <input type="checkbox"/>
Adresi:				
Sorumlu Tabibin Adı Soyadı-Unvanı				
Sorumlu Tabibin İletişim Bilgileri:	Cep Telefonu:	E-posta:		
<p>Yukarıda adı ve adresi belirtilen sağlık tesisi bünyesindeki kronik yara bakım ünitesinin bu Genelgede belirtilen hükümlere uygunluğunu taahhüt eder, faaliyet izni işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.</p> <p style="text-align: center;">...../...../..... Sağlık Tesisi Yönetimi Adı-Soyadı İmza</p>				

EK-3

BAŞVURU DOSYASINDA OLMASI GEREKEN BİLGİ VE BELGELER

1	Kronik yara bakım ünitesi için gerekli asgari standartlarda belirtilen (Ek 1) sağlık tesisi bünyesinde bulunması zorunlu olan uzmanlık alanlarını ve tabiplerin sayısını gösterir liste.
2	Kronik yara bakım ünitesi için gerekli asgari standartlarda belirtilen (Ek 1) bulunması zorunlu sağlık meslek mensubu ve sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensubu personelin listesi, diploma örneği, Bakanlık onaylı sertifika veya eğitim belgeleri.
3	Kronik yara bakım ünitesi için gerekli asgari standartlarda belirtilen (Ek 1) sağlık tesisi bünyesinde bulundurulması zorunlu hizmet birimlerinin listesi ve bu birimlerden izin veya ruhsata tabi olanlara ait mevzuatına göre alınmış faaliyet izin, tescil, ruhsat, vb. belgeler.
4	Kronik yara bakım ünitesi için gerekli asgari standartlarda belirtilen (Ek 1) bulundurulması zorunlu araç-gereç, tıbbi cihaz ve donanım listesi.
5	Ek-4'de bulunan "Yerinde İnceleme ve Denetim Formu".

EK-4
KRONİK YARA BAKIM ÜNİTELERİ
YERİNDE İNCELEME VE DENETİM FORMU

Sağlık Tesisinin Adı:					
Sağlık Tesisinin Hizmet Rolü:					
Sağlık Tesisinin Türü:		Bakanlığa ait sağlık tesisi <input type="checkbox"/>	Devlet üniversitesi <input type="checkbox"/>	Vakıf üniversitesi <input type="checkbox"/>	Özel sağlık tesisi <input type="checkbox"/>
Sağlık Tesisinin Adresi:					
Başhekimin Adı Soyadı:					
Sorumlu Tabip Unvanı-Adı Soyadı:					
Yerinde Denetim Türü:		Faaliyet İzni Denetimi <input type="checkbox"/>	Yıllık Olağan Denetim <input type="checkbox"/>		
Yerinde Denetim Tarihi:	/...../.....			
Soru No	Yerinde Denetim Soruları	Uygun	Uygun Değil	Açıklama	
1	Kronik yara bakım ünitesinin faaliyet izni var mı? (Faaliyet izni yerinde denetimi sırasında ilgili alan doldurulmaz.)				
2	İkinci veya üçüncü seviye erişkin ve/veya çocuk yoğun bakım ünitesi var mı? (Açıklama bölümüne seviye ve yatak sayıları yazılacak)				
3	Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarı veya hizmet alımı var mı?				
4	Tıbbi Biyokimya laboratuvarı veya hizmet alımı var mı?				
5	Ameliyathane salonu var mı? (Açıklama bölümüne sayısı yazılacak)				
6	İlgili uzmanlık alanına ait yataklı servis içerisinde ayrılmış/ayrılabilen yatak alanı var mı? (Açıklama bölümüne hangi servis olduğu ve ayrılan yatak sayısı yazılacak)				

7	Vasküler cerrahi yapılabilecek ameliyathane şartları oluşturulmuş mu?			
8	Hiperbarik oksijen tedavi ünitesi (zorunlu değildir) var mı?			
9	Kronik Yara Bakım Polikliniği var mı? (Açıklama bölümüne sağlık tesisi içerisinde nereye konumlandırıldığı yazılacak)			
10	Ek-1'de belirtilen bulunması zorunlu uzman tabipler var mı?			
11	Ek-1'de belirtilen ve kronik yara bakım üniteleri için bulunması zorunlu sağlık meslek mensubu ve sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensubu personel var mı?			
12	Yaraların yıkanabilmesi için tercihen akım-ısı ayarlı su sistemi ve tek kişilik duş teknesi bulunuyor mu?			
13	Sağlık tesisi yönetiminin onayı ile konsey kurulmuş mu? (Konsey listesi başvuru dosyasına eklenecek)			
DENETİM EKİBİ GÖRÜŞÜ				
DENETİM EKİBİ				
Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı		Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı		Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı
Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı		Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı		Denetim Tarihi/...../..... Unvan Adı Soyadı

Teşekkürler

