**Ek-1**

**MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇ VE MADDE LİSTESİ**

Madde bağımlılığı tedavisinde kullanılacak ilaç ve maddeler şunlardır:

1. Buprenorfin/naloksan, Buprenorfin.
2. Benzeri diğer opiat agonist, antagonist, parsiyel agonist ve parsiyel antagonistler.
3. Ruhsatlandırılmış veya ruhsatlandırılacak bağımlılık tedavisi endikasyonu olan ve bağımlılık yapıcı gücü olan ilaçlar Bakanlık kararı ile bu listeye eklenir.

**Ek-2**

**YATAKLI TEDAVİ MERKEZLERİNDE BULUNDURULMASI GEREKEN TIBBİ CİHAZ VE MALZEMELERİN TÜRLERİ VE MİKTARLARI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kliniklerde Bulunması Gereken Tıbbi Cihazlar** | |
| **Türü** | **Miktarı** |
| Tansiyon aleti | 3 adet |
| Stetoskop | 3 adet |
| Ambu seti | 1 adet |
| Aspiratör | 1 adet |
| Seyyar oksijen tüpü | 2 adet |
| Defibrilatör | 1 adet |
| Elektrokardiyograf | 1 adet |
| Acil müdahale çantası veya dolabı | 1 adet |
| Airlarengoskop-ambu (airway-kanül-acil ampuller içeren) | 1 adet |
| Karyola (3 parçalı ayak ve başucu ayarlanabilir) | Asgari miktarda |
| Tedavi arabası | 1 adet |
| Tekerlekli sandalye | 1 adet |
| Tekerlekli sedye | 1 adet |

**Ek-3**

**ÖZELLİKLİ BAKIM ÜNİTESİ OLAN MERKEZLERDE BULUNDURULMASI ZORUNLU TIBBİ CİHAZ VE MALZEMELERİN TÜRLERİ VE MİKTARLARI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Türü** | **Miktarı** |
| Özellikli bakım yatağı | 2 adet |
| Seyyar oksijen tüpü | 2 adet |
| Deve boynu | 2 adet |
| İlaç dolabı | 1 adet |
| Monitör | 2 adet |
| Respiratör | 2 adet |
| Test balonu | Asgari miktarda |
| Perfüzör | 6 adet |
| Perfüzör ayağı | 1 adet |
| Eskabo (basamak) | 1 adet |
| Defibrilatör | 1 adet |
| Ambu | 1 adet |
| Larengoskop | 1 adet |
| Oksijen tüpü | 1 adet |
| Guide | 1 adet |
| Mayi askısı | 3 adet |
| Hasta başı merkezi hava oksijen vakum sistemi | 3 adet |
| Seyyar aspiratör | 1 adet |
| Hasta ısıtma sistemi | 3 adet |
| Nebulizatör | 1 adet |
| Benmari | 1 adet |
| Elektrokardiyograf | 1 adet |
| Negatoskop | 3 adet |
| Işıldak | 1 adet |
| Havalı yatak | 1 adet |
| Mobil röntgen cihazı | 1 adet |
| Pulse oksimetre kablosu | 1 adet |
| Kan pompası | 3 adet |
| Buzdolabı | 1 adet |
| Oda derecesi | 1 adet |
| Steril acil müdahale seti | 1 adet |
| Yıkama ve kurutma makinası (sterilizasyon) | 1 adet |
| Buz makinası | 1 adet |
| Tıbbi atık kovası | 4 adet |
| Kuru hava tüpü | 1 adet |
| Tekerlekli sandalye | 1 adet |
| Sedye | 1 adet |
| Tartı | 1 adet |

**Ek-4**

YATAKLI TEDAVİ MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN UNVAN VE ASGARİ SAYILARI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personelin Unvanı ve Niteliği** | **10-19 Yatak** | **20-39 Yatak** | **40-59 Yatak** | **60 ve Üzeri Yatak** |
| \*Uzman tabip (ruh sağlığı ve hastalıkları) /Tabip | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Psikolog (tercihen madde bağımlılığı tedavisi kursu görmüş) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sosyal çalışmacı | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Hemşire/sağlık memuru (tercihen madde bağımlılığı tedavisi kursu görmüş) | 6 | 8 | 10 | 12 |

\* Tabloda belirtilen sayılara sorumlu uzman dâhildir. Uzman tabibin yetersiz olduğu merkezlerde belirtilen sayının en az yarısı uzman tabip olmak şartıyla sertifikalı tabi görevlendirilebilir.

**Ek-5**

**AYAKTA TEDAVİ MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN UNVAN VE ASGARİ SAYILARI**

**Ayakta Tedavi Merkezleri**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personelin Unvanı ve Niteliği** | **Sayısı** |
| Uzman tabip (ruh sağlığı ve hastalıkları)\* | 1 |
| Psikolog (tercihen madde bağımlılığı tedavisi kursu görmüş)\* | 1 |

\*Hasta sayısına ya da yapılan psiko-sosyal tedavi türüne göre sayısı arttırılabilir.

**Ek-6**

**FAALİYET İZNİ BAŞVURU DİLEKÇESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE)   |  |  | | --- | --- | | Kurum/Kuruluşun adı: |  | | Tedavi Merkezi Yatak Kapasitesi\* |  | | Merkez Sorumlu Uzmanı Adı-Soyadı |  | | Tedavi Merkezinde Çalışacak Personel\*\* |  | | Adresi: |  | | \*Ayakta Tedavi Merkezleri için geçerli değildir.  \*\*Yataklı ve Ayakta Tedavi Merkezleri başvuru öncesi personel durumunu bu Yönetmeliğe göre belirtilir.  Yukarıda adı ve bilgileri belirtilen kurum/kuruluşta ayakta/yatarak madde bağımlılığı tedavi merkezi olarak hizmet vermek istiyorum. İzin işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.          ..../..../....  Adı-Soyadı imza | | |

**Ek-7**

**BAŞVURU DOSYASI**

|  |
| --- |
| Tedavi Merkezlerinin Başvuru Belgeleri  (Başvuru yapılırken aşağıdaki evrak sıralamasına uyulması zorunludur) |
| **1**. Ek-6’ya uygun olarak doldurulan izin başvuru dilekçesi. |
| **2.** Bu Yönetmelikte belirtilen şartlara uygunluğunun yazılı beyan formu (ek-8). |
| **3**. Merkezlerde bulundurulması gereken bölümler, fizikî koşullar, yerleşim ve kullanım alanlarını gösteren, kurum amiri tarafından onaylanmış olan planı. |
| **4**. Merkezin her katı için ayrı düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösteren müdürlük tarafından onaylanmış “Özel Hastane Ruhsatı ve Faaliyet İzin” Belgesi. |
| **5.** Merkezde kullanılacak olan tıbbî araç ve gereçlerin kurum amirince onaylanmış envanteri. |
| **6.** Merkezde görev yapacak personelin bu Yönetmelik uyarınca istenilen meslekî sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin kurum amirince onaylı örnekleri. |
| **7**. Özel merkezlerde, müdürlük tarafından onaylı tabip ve tabip dışı personelin “Personel Çalışma Belgesi”. |
| **8.** Uyuşturucu madde testlerinin yapıldığı laboratuarın ruhsatı/faaliyet izin belgesi |

**\***Kamu kurum ve kuruluşları tarafından açılacak yataklı tedavi merkezlerinde (1), (2) ve (3) bentlerinde sözü edilen belgeler haricinde diğer bentlerdeki belgeler istenilmez.

**Ek-8**

**YÖNETMELİKTE BELİRTİLEN ŞARTLARA UYGUNLUĞUNA DAİR BEYAN**

|  |  |
| --- | --- |
| İL |  |
| Kurum/Kuruluşun Adı |  |
| Adres ve İletişim Bilgileri |  |
| Uygulama Tipi (Ayakta/Yatarak) |  |

Yukarıda bilgileri verilen tedavi merkezinin Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğinde belirtilen şartlara uygun olduğunu beyan ediyorum.

Tarih/İmza

Genel Sekreter/Başhekim/Mesul Müdürünün

Adı-Soyadı

**Ek-9**

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZLERİ FAALİYET İZNİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faaliyet İzin Belgesinin  Tarihi:  Sayısı: | |  | | | |
| Merkezin Açıldığı  Kurumun Adı:  Adresi: | |  | | | |
| Merkezin  Adı:  Adresi: | |  | | | |
| Merkezden Sorumlu Uzmanın Adı-Soyadı | |  | | | |
| Uygulama Tipi\* | Erişkin | Yataklı  x | Yatak Sayısı …… | | Ayakta |
| Çocuk-Ergen | Yataklı | Yatak Sayısı …… | | Ayakta |
| Adresi | |  | | | |
| Merkezin Yataklı Tedavi Kurumundaki Konumu | | Hastane Bünyesinde | | Ayrı Adreste | |

\*Merkezin ayakta mı yatarak mı hizmet vereceği ve yatak sayısı açıkça belirtilir.

Yukarıda adı ve adresi belirtilen tedavi merkezinin faaliyet göstermesi Sağlık Bakanlığınca uygun görülmüştür**.**

.../.../...

Onaylayanın

Adı-Soyadı

İmza

**Ek-10**

Tedavi Merkezlerinde;

* Amfetamin ve/veya türevleri,
* Opiat ve/veya türevleri,
* Cannabis ve/veya sentetik cannabis,
* Benzodiazepin,
* Kokain,

yapılan uyuşturucu madde testleri yapılır ve ayrıca günün şartlarına göre diğer uyuşturucu madde testlerinin yapılması sağlanır.

**Ek-11**

**MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZLERİ DENETLEME FORMU**

Merkezin Adı:

Tarih:

Açıklama:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Genel Kriterler** | **Evet** | **Hayır** | **Açıklama** |
| 1 | Ek-2 ve ek-3’teki tıbbî donanım ile malzemeler mevcut mu? |  |  |  |
| 2 | Hastanede/Merkezde alınmış olan izne uygun tedavi ve çalışma usulü uygulanıyor mu? |  |  |  |
| 3 | Bünyesinde hem erişkin hem de çocuk-ergen tedavi hizmetinin verildiği merkezlerde; çocuk-ergen servisi yetişkin servisinden tamamen izole, giriş ve çıkışı, bahçesi, yemekhanesi ve benzeri alanları tamamen yetişkin hastalardan ayrı mı? |  |  |  |
| 4 | Hastanede/Merkezde genel güvenlik tedbirleri sağlanmış mı? |  |  |  |
| 5 | Hastanede/Merkezde hasta odalarında 13 üncü maddeye göre güvenlik tedbirleri sağlanmış mı? |  |  |  |
| 6 | Hasta odaları 13 üncü madde ile belirlenen fiziki standartlara uygun mu? |  |  |  |
| 7 | Hastanede/merkezde engelli hasta odası bulunuyor mu? |  |  |  |
| 8 | Hastanede/Merkezde özellikli bakım ve tedavi odası 14 üncü maddedeki standartlara göre mevcut mu? |  |  |  |
| 9 | Hastanede/merkezde poliklinik ve görüşme odası 15 ve 20 nci maddesinde belirtilen standartlara uygun mu? |  |  |  |
| 10 | Hastanede/Merkezde çok amaçlı oda 16 ve 21 inci maddelerde belirtilen standartlara uygun mu? |  |  |  |
| 11 | Hastanede/Merkezde tedavi ekibinin kullanacağı toplantı odası bulunuyor mu? |  |  |  |
| 12 | Hastane/Merkez içerisinde veya dışarısında hastaların spor yapacağı alanlar mevcut mu? |  |  |  |
| 13 | Hastanede/merkezde bu yönetmeliğin 17 nci maddeye göre yeterli sayıda tuvalet, banyo ve lavabo bulunuyor mu? |  |  |  |
| 14 | Hastanede/merkezde ihtiyacı karşılayacak nitelikte güvenlik kayıt sistemleri mevcut mu? |  |  |  |
| 15 | Hastanede/Merkezde çalışan tabipler madde bağımlılığı konusunda sertifikaya sahip mi veya sertifika eğitimi için Bakanlığa başvurulmuş mu? |  |  |  |
| 16 | Hastanede/Merkezde çalışan Görevli hemşireler madde bağımlılığı konusunda sertifikaya sahip mi veya sertifika eğitimi için Bakanlığa başvurulmuş mu? |  |  |  |
| 17 | Hastanede/merkezde çalışan sosyal çalışmacı ve psikolog madde bağımlılığı konusunda sertifikaya sahip mi veya sertifika eğitimi için Bakanlığa başvurulmuş mu? |  |  |  |

**Değerlendirme Sonucu**

Komisyon Başkanı

Üye Üye Üye