T.C. Sağlık Bakanlığı

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İZLEME, ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME KURUM BAŞKAN YARDIMCILIĞI
VERİMLİLİK VE KALİTE YÖNETİMİ DAİRE BAŞKANLIĞI

VERİMLİLİK GÖZLEMCİSİ YERİNDE DEĞERLENDİRME REHBERİ

HASTANE

Yazarlar

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı

Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı

Ankara

Nisan 2016

MİSYONUMUZ

Kamuya sağlık hizmeti vermek sorumluluğu içinde sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmek

VİZYONUMUZ

Sağlık hizmetlerinde güven duyulan ve uluslararası alanda referans gösterilen bir kurum olmak

Kamuya sağlık hizmeti verme sorumluluğu içinde, sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmek temel amacımızdır.

Sağlık hizmet sunumunda kalite ve verimliliğin ölçülmesi amacıyla yapmış olduğumuz **2015 yılı Yerinde değerlendirme** programıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerimizin %87 si ziyaret edilmiştir. Yapılan yerinde değerlendirmeler gerek almış olduğumuz geri bildirimler gerekse verimlilik gözlemci deneyimleriyle rehberimiz tecrübeli bir çalışma ekibiyle uzun ve özverili bir çalışma sonucu revize edilerek 2016 Yerinde Değerlendirme Rehberi hazırlanmıştır.

Sağlık hizmet sunumundaki işleyişin görülebilmesi için yerinde değerlendirme yol haritasının oluşturulması, hizmet çıktılarının takibi ve yorumlanması gerekmektedir. Hizmet çıktılarına göre yapılan stratejik planlamalar sağlık hizmet sunumunda değişimi ve ilerlemeyi sağlarken aynı zamanda geliştirilmesine de katkıda bulunacaktır.

Yapılan yerinde değerlendirme sonucunda oluşan veriler sağlık tesisinin hizmet sunumunun daha iyi anlaşılmasını, yenilikçi yaklaşımların uygulamasını gerektirmektedir. Bunun için, belirli plan ve program dâhilinde hazırlanan rehber doğrultusunda çalışmaların sürdürülmesi, sağlık hizmet sunumundaki herkesin kendi öz değerlendirmesini yapabilmesi gerekliliği oluşmaktadır. Bu sürecin sürekliliğini sağlamanın ise; sabır ve zaman gerektirdiği unutulmadan sağlık hizmet sunumunun her zaman bir adım ileriye taşınması çok önemlidir.

Sağlık hizmetinde kalite ve verimliliğin artırılması ve daha iyiye taşınması adına katkı sağlayan mesai kavramı gözetmeksizin çalışan tüm çalışanlarımıza teşekkür eder, hazırlanan bu rehberin hayırlı olmasını temenni ederim.

Dr. Muhammet ÖRNEK

İzleme Ölçme Ve Değerlendirme Başkan Yardımcısı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın merkezinde insan yer almaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu nedenle "Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti" bu programın önemli motivasyonlarından biri olmuştur. Ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin ülkemiz genelinde aynı standartta sunulabilmesi ise izleme ve değerlendirme hizmetleri ile mümkündür.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri kalite ve verimlilik standartlarının uluslararası standartlarda olmasını sağlamak amacı ile ölçülebilirlik ilkesini esas alarak başkanlığımız tarafından yürütülen yerinde değerlendirme çalışmaları kapsamında "Verimlilik Gözlemci Yerinde Değerlendirme Rehberi" revize edilmiştir.

Etkili, verimli ve kaliteli hizmet sunumu için sağlıkta iyileştirme çalışmalarımızın sürekliliği devam edecektir. Gerek Daire Başkanlığımızda gerekse sahada sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ve verimliliği sağlamak amacıyla çalışan personelimize özverili çalışmalarından dolayı teşekkür ediyor, rehberimizin faydalı olması ve ışık tutması temennisiyle hayırlı olmasını diliyorum.

Dr. İsmail Kaya

Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanı

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ 8
2. AMAÇ VE KAPSAM 8
3. YERİNDE DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ 9
4. BOYUTLAR 9
4.1. Alt Yapı ve Donanım (AYD) 9
4.2.Hasta Değerlendirme ve Bakımı (HDB) 10
4.3.Çalışan Hakları ve Güvenliği (ÇHG) 10
4.4.Çalışan Nitelikleri ve Eğitimi (ÇNE) 11
4.5.Hasta ve Ailesinin Hakları (HAH) 11
4.6.Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi (KMH) 11
4.7.Eczacılık Hizmetleri Yönetimi (EHY) 12
4.8.Toplam Kalite Yönetimi (TKY) 13
4.9.Hizmete Erişim ve Devamlılığı (HED) 13
4.10.Hasta Güvenliği Yönetimi (HGY) 14
4.11.Tesis Güvenliği Yönetimi (TGY) 14
4.12.Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme (YPYD) 14
4.13.Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi (EKÖ) 15
4.14.Teknik Hizmetler Yönetimi (THY) 15
5. BÖLÜMLER 16
ACİL SERVİS 17
POLİKLİNİK 53
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ 68
BİYOKİMYA LABORATUVARI 82
MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI 94
PATALOJİ LABORATUVARI 108
SERVİS 121
YOĞUN BAKIM 147
DOĞUMHANE HİZMERLERİ 183
AMELİYATHANE 200

STERİLİZASYON 216
GENEL DEĞERLENDİRME 227
ECZACILIK HİZMETLERİ 275
MEDİKAL DEPO 305
AYNİYAT DEPO 320
KLİNİK MÜHENDİSLİK 339
BİOMEDİKAL DEPO 355

1. GİRİŞ

663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" nin 34'üncü maddesi ve Kurumumuz tarafından yayımlanan 10/12/2014 tarih ve 29201 sayılı "Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği" kapsamında, birliklere bağlı sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi "Verimlilik Gözlemcileri" tarafından yapılmaktadır.

Kurumun vizyon ve misyonu doğrultusunda sağlık tesisleri içinde bulunduğu şartlarda; sahip olduğu donanım, hizmet verdiği bina ve tesisat gibi çalışma koşullarını etkileyen tüm etkenler, hizmet süreçleri ve sunulan hizmet kalitesi açısından gözlemciler tarafından yerinde değerlendirilmektedir. Sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, eksikleri yerinde görmek ve kaliteli, verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında saydığımız tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemekte, tespit ettikleri problemlere, yerel yöneticilerle beraber çözüm yolları aramaktadırlar. Amaç problemleri kaynağında tespit edip çözüme kavuşturmaktır. Kaynağında çözüm üretilemeyen problemler ise hazırlanan raporlar vasıtasıyla Kurumun ilgili bölümleriyle paylaşılarak, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır.

2. AMAÇ VE KAPSAM

Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin bir üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için yöneticilerin performansının değerlendirilmesi amacıyla yerinde değerlendirmeler yapılmaktadır. Sağlık tesislerinde aksayan süreci değerlendirecek ve çözüm önerileri sunabilecek donanıma sahip Verimlilik Gözlemcileri ile sağlık tesislerinin yerinde mevcut durum analizleri yapılmakta ve sağlık tesislerinin aksayan süreçlerine yönelik iyileştirmeler yapılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından bir sağlık tesisinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılmaktadır.

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde kılavuz olması için, Daire Başkanlığımız tarafından hazırlanan "Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi (Hastane)" nde, gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmiştir. Rehber sağlık tesislerimizin verimlilik ve kalite alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır. Yerinde Değerlendirme rehberinde bulunan her soru, hastaların, yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca hazırlanan sorular tanımlanan boyutlarla ilişkilendirilerek sağlık tesisinin 14 farklı boyutta değerlendirilmesi imkanı sağlanmıştır.

3. YERİNDE DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ

Verimlilik gözlemcileri tarafından sağlık tesislerimizde gerçekleştirilecek yerinde değerlendirmelerinde yazılı dokümanların incelenmesinden daha çok, uygulamaların kurum genelinde yaygınlığı, benimsenmesi ve kurum genelinde standart uygulama olup olmadığı gözden geçirilmektedir. Yazılı düzenlemelerin incelenmesi kurum içinde uygulamaların nasıl tanımlandığını anlamak için yapılmaktadır. Sağlık tesislerimizden beklenen hasta ve çalışan güvenliği, toplam kalite yönetimi, etkili hasta değerlendirmesi ve bakımı, hasta hakları konularındaki yaklaşımların kurum kültürüne dönüşmüş olmasıdır. Bu yaklaşımların üst yönetimden en uçtaki birime kadar yayılmış ve standart uygulamaya dönüşmüş olmasını beklemekteyiz. Verimlilik gözlemcilerinden beklenen masa başı değerlendirmelerden daha çok, uygulamaların kurum içinde yaygınlığı ve performansına odaklanmalarıdır.

Verimlilik gözlemcileri tarafından değerlendirilecek unsurlarda belirtilen hususların sağlık tesisinde uygulanıp uygulanmadığına, elde edilecek somut bilgilerin değerlendirilmesi sonucu karar verilmektedir. Uygulamaya ilişkin kanıtlar; tıbbi kayıtların ve dokümanların incelenmesi, süreçlerin gözlenmesi, çalışanlarla yapılan yüz yüze görüşmeler vb. yöntemler sonucu elde edilmektedir.

Sağlık tesisi çalışanlarının uygulamalara ilişkin farkındalığı, bilgi düzeyi, çalışmalarının ve davranışlarının uygulamalarla uyumu, uygulamanın benimsenme düzeyinin göstergesidir. Gözlemciler; çalışanlarla yaptıkları görüşmeler ve gözlemleri sonucu değerlendirme anında değerlendirilecek unsurların yerine getirilip getirilmediğini saptar. Ayrıca tıbbi kayıtlarla uygulamalar geriye dönük olarak izlenebilmelidir.

Yerinde değerlendirme soruları içinde istenen değerlendirilecek unsurların, belirli bölümlerde değil, kurumun tüm ilgili bölümlerinde aynı düzeyde uygulanması beklenmektedir. Uygulamaların sürekliliği de önemlidir. Örneğin bir serviste mevcut uygulamada çalışanların bir bölümünün bilgi sahibi olması ve istenen değerlendirilecek unsurun uygulanması, ancak diğer çalışanların çalıştığı zamanlarda uygulamanın gerçekleşmemesi sağlam temelli bir uygulama olmadığını, kişiye bağlı olduğunu ve belli zamanlarda uygulandığını gösterir. İstenen uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır. Benzer biçimde uygulama mesai içinde olduğu gibi mesai dışında da etkili olmalıdır.

4. BOYUTLAR

Sağlık tesisinin sunduğu sağlık hizmetini etkileyen koşullar ve kurumda egemen olması istenen değerler boyutlar içinde tanımlanmıştır. Böylece değerlendirme sonucunda bir sağlık tesisinin her boyut için ayrı ayrı puanı hesaplanabilmektedir. Her boyutun ayrı puanlanması sağlık tesislerinin ve yöneticilerin performansının çok yönlü değerlendirilmesini sağlamaktadır.

4.1. Alt Yapı ve Donanım (AYD)

Sağlık tesislerimizin etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için insan kaynaklarının yanı sıra alt yapısı, fiziki koşulları ve donanımı da yeterli seviyede olmalıdır. Binalarının yeni ya da çok eski olması gibi her sağlık tesisinin fiziki alanları ve koşulları farklılık göstermektedir.

Sağlık tesisinin fiziki koşullarının belirlenmesi amacıyla, "Yerinde değerlendirme soru listesinde" alt yapıyı, fiziki koşulları, tıbbi cihaz durumunu ve donanımı ilgilendiren sorular "Alt Yapı ve Donanım" boyutunda yer almaktadır. Durum tespiti yapılırken bu soruların ayrı bir boyut içinde yer alması, sağlık tesisi yönetiminin ve çalışanların performansının alt yapı ve donanım koşullarından bağımsız değerlendirilmesini sağlamaktadır.

4.2.Hasta Değerlendirme ve Bakımı (HDB)

Hastanın ihtiyacı olan tedavi ve bakımın gerçekleşmesi için öncelikle etkili bir değerlendirme süreçlerinden geçirilmesi gereklidir. Değerlendirme ve bakım hastanın sağlık tesisine başvurduğu andan itibaren başlayan bir süreçtir. Bu süreç yatan ve ayaktan hastaların muayene ve tedavi edildikleri poliklinik, acil servis ve kliniklerde gerçekleştirilir. Hastanın fiziksel ve psikolojik durumu ve klinik seyri hakkında bilgiler toplanır. Tanı ile ilişkili laboratuvar ve görüntüleme sonuçları eklenir ve değerlendirilir. Elde edilen bilgiler ışığında hastanın ihtiyaçlarına özgü bir bakım planı geliştirilir.

- ✓ Hemşire tarafından yapılan değerlendirme,
- ✓ Hekim tarafından yapılan değerlendirme,
- ✓ Triaja uygun olarak acil hastaların gereğince çabuk değerlendirilmesi,
- ✓ Hasta bakımının sürekliliği ve sağlık çalışanları arasında eşgüdüm sağlanması,
- ✓ Hastanın tedavisine yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- ✓ Hastanın beslenme ve fonksiyonel ihtiyaçları açısından değerlendirilmesi,
- ✓ Hastanın günlük klinik takiplerinin yapılması ve tedavilerinin uygulanması,
- ✓ Hastanın konsültasyon süreçlerinin düzenlenmesi,
- ✓ Hastanın ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmesi
- ✓ Güvenli Cerrahi yönetimi ve postoperatif hastanın değerlendirmesi,
- ✓ Hareket kısıtlaması yapılan hastaların değerlendirilmesi ve bakımı,
- ✓ Yaşlıların, engellilerin, çocukların ve istismar riski taşıyan hastaların bakımı, vb.

konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

4.3.Çalışan Hakları ve Güvenliği (ÇHG)

Sağlık çalışanlarının hakları ve güvenliğinin sağlanması sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli parametrelerden biridir. Çalışanların haklarına yönelik düzenlemeler yapılması ve güvenliğinin sağlanması, sağlık tesisindeki hizmet sunumunun verimliliğini ve etkinliğini artırmaktadır. Çalışan güvenliği açısından bu boyut içinde yer alan çalışmaların amacı risklerin önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasıdır.
"Çalışan Hakları ve Güvenliği" ve "Tesis Güvenliği Yönetimi" boyutları içinde yer alan tüm değerlendirilecek unsurlar aynı zamanda "Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme" boyutu içinde de yer almaktadır. Sağlık tesisi içinde bu unsurlarda saptanan eksiklikler "Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme" puanını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışan hakları ve güvenliğinin sağlık tesisi yöneticileri için önemli bir performans kriteri olduğunu göstermektedir.

- ✓ Çalışan sağlığı ve güvenliği programlarının oluşturulması,
- ✓ Beyaz kod süreçlerinin düzenlenmesi,
- ✓ Çalışanlara yönelik sosyal alanların oluşturulması,
- ✓ Kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımı,

- ✓ Çalışma alanlarında uygun fiziki koşulların sağlanması,
- ✓ Çalışanların sağlık taramalarının yapılması,
- ✓ Bölüm bazlı risk değerlendirmelerinin yapılması ile ilgili konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

4.4.Çalışan Nitelikleri ve Eğitimi (ÇNE)

Sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin sağlanması ve sürdürülebilmesi, çalışan personelin niteliğine bağlıdır. Sağlık tesisi yönetimi, personelin kişisel ve mesleki gelişimine katkı sağlamak, hizmet kalitesi ve verimliliğini arttırmak, bilgi ve becerisini korumak ve geliştirmek amacıyla bir plan dahilinde eğitimler düzenlemeli ve bu eğitimler için gerekli kaynakları sağlamalıdır. Eğitimler hizmetin sürekli gelişimini sağlaması ve hasta ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilmesi amacıyla tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Bu boyut altında;

- ✓ Kurumda görev alan tüm personelin görev tanımlarının belirlenmesi,
- ✓ Kuruma yeni başlayan personele uyum eğitimlerinin verilmesi,
- ✓ Kurumda görev alan tüm personelin bilgi ve becerilerinin sürdürülmesi, geliştirilmesi gerekli konularda önlemlerin alınması ve korunması için periyodik olarak hizmet içi eğitim programlarının yapılması, aldıkları eğitimlerin kayıtlarının arşivlenmesi gibi konulara yer verilmiştir.

4.5.Hasta ve Ailesinin Hakları (HAH)

Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmelidir. Hizmetin sunulduğu sağlık tesisi hastanın tanı, tetkik, tedavi ve bakımı süresince, hasta ve ailesinin haklarını destekleyen süreçleri sağlamakla sorumludur. Hasta ve ailesinin haklarının korunması ve hastaların her anlamda mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması için sağlık tesisi yöneticileri ile çalışanlar işbirliği içinde olmalıdır. Bu boyutta;

- ✓ Hasta mahremiyetinin sağlanması,
- ✓ Hastaların fiziksel saldırılara karşı korunması,
- ✓ Hasta ve yakınlarının hastalığı hakkında bilgilendirilmesi,
- ✓ Hastanın teşhis, bakım, tedavi vb. bilgilerinin gizli tutulması,
- ✓ Hastanın hekimini seçebilmesi,
- ✓ Hasta ziyaret kurallarının belirlenmesi,
- ✓ Engelli bireylere yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ✓ Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşullarının sağlanması,
- ✓ Hasta ve yakınlarına gerekli eğitimlerin düzenlenmesi,
- ✓ Hasta ve ailesinin tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesi tedaviye katılma, her türlü girişimsel işlem ve operasyonda bilgilendirilmesi ve onam süreçleri,
- ✓ Tedaviyi reddetme veya tedaviyi sonlandırma hakkında bilgilendirilmesi,
- ✓ Hasta ve yakınlarına mevcut bakım ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi,
- ✓ Hasta ve yakınlarının şikayet, öneri ve taleplerinin değerlendirilmesi gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

4.6.Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi (KMH)

Sağlık tesislerinde biyomedikal cihazların alımı, muayenesi, depolanması, ilgili birime iletilmesi, eğitimlerinin verilmesi, sorumlularının tespit edilmesi ve tesise ait bir biyomedikal

envanterinin oluşturulması klinik mühendislik hizmetlerinin sorumlulukları arasındadır. Bu hizmetlerin yerine getirilebilmesi için KMBYS ve HBYS arasında tam entegrasyon sağlanmalı sözleşme süreçleri iyi yönetilmeli ve sözleşmelere uyum sağlanmalıdır.
Sağlık çalışanlarının tıbbi cihazlar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, buna karşın sağlık hizmetinin gittikçe artan bir oranda teknik cihazlar üzerinden sunulması bu alanda kapsamlı düzenlemelerin yapılmasını gerekli kılmıştır. Biyomedikal hizmetlerin gerçekleştirilmesi, muayene ve kabul kriterlerinin belirlenmesi ilave olarak biyomedikal teknoloji performans ve verimlilik süreçlerinin yönetilmesi önemlidir. Bu aşamalara yönelik çalışanların eğitimleri planlanmalı, uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Biyomedikal teknoloji takip sistemi, biyomedikal H.E.K. yönetim sistemi, biyomedikal depo yönetimi ve biyomedikal kaynak geliştirme sistemi klinik mühendisliğinin değerlendireceği diğer önemli alanlardır.

4.7.Eczacılık Hizmetleri Yönetimi (EHY)

Eczacılık hizmetleri ve ilaç yönetimi sağlık tesisleri için zor, riskli ve önem arz eden işlemlerin yer aldığı bir boyuttur. Tesisin büyüklüğüne göre 24 saat esasına göre eczacı çalıştırılan hastane eczanesinde soğuk zincire tabi ilaçların yönetimi, ilaç hataları ve ramak kala olaylarının ve farmokovijilansın yönetimi, stok yönetimi ve ilaçların depolanması süreçleri özenli bir şekilde planlanır ve kayıt altına alınarak uygulanır.
Sağlık tesisi içinde eczacılık hizmetleri ve ilaç yönetimi ile ilgili süreçler ilacın satın alma talebi ile başlar. Satın alınan ilaçlar kuruma teslim edilir. Medikal depolarda saklanır. İstendiğinde servislere verilmek üzere bir bölümü eczanede bulunur. Ayrıca stoklu çalışan servislerde, bazı ilaçlar servislerde oluşturulan ara depolarda da saklanır.
Hastaların hekim tarafından düzenlenen günlük orderlarının eczaneye iletilmesi sonucunda her sağlık tesisinde ilaçlar hasta adına ve günlük olarak hazırlanır, yetkili bir hemşire aracılığıyla kliniğe ulaştırılır.
Depolardan hastaya uygulanıncaya kadar geçen süreçlerde (saklama, transfer, uygulama vb.) gereken özen gösterilmelidir. Hastane eczanesinde ilaçların hazırlandığı ortamların temizliği ve uygunluğu sağlanmalı, okunuşu ve görünüşü benzer ilaçların yanlış kullanımının önlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır.
Servislerde ilaçların doğru hastaya, doğru zamanda, doğru dozda, doğru yolla verilmesi süreçleri belirlenerek kayıt altına alınmalı ve hastanın dosyasında ilaç uygulama çizelgesi imzaları tam bir şekilde bulunmalıdır.
Sağlık tesisi eczanesinde hasta orderlarında yazılan ilaçların ilaç – ilaç ve ilaç – besin etkileşmeleri takip edilmelidir. Narkotik ilaçların ve yüksek riskli ilaçların hastaya uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış ve uygulanıyor olmalıdır.
Sağlık tesisinde eczanede yapılan tüm işlemler HBYS üzerinden elektronik olarak yapılabilmelidir.

- ✓ Acil müdahale seti veya arabası ilaçlarının listesi, miktar ve miat kontrolleri,
- ✓ Benzer görünüşe ve okunuşa sahip ilaçların karışmamasına yönelik düzenlemeler,
- ✓ Yüksek riskli ilaçlar tanımlanması ve farklı alanda muhafaza edilmesi,
- ✓ Narkotik ilaçlar erişimin kısıtlanması,
- ✓ Kullanılmayan yarım dozların takip edilmesi,

- ✓ İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınması,
- ✓ İ.V. olarak ilaç infüzyonu uygulamasında "ilacın adı, dozu, başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adının" mayi üzerinde belirtilmesi,
- ✓ İlaçların eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılması, servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmesi,
- ✓ Soğuk zincire tabi ilaçların ve laboratuvar kitlerinin listesinin bulunması,
- ✓ Soğuk zincirin takibi için indikatörlü etiketler kullanılması,
- ✓ İlaç-besin etkileşim tablosunun HBYS'ye entegre edilmesi,
- ✓ Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesinin HBYS'ye entegre edilmesi, gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

4.8.Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Sağlık tesisinin, ilgili mevzuat gereğince kurum çapında bir kalite iyileştirme, çalışan ve hasta güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti konularında programı olmadır. İdari ve tıbbi alanlarda çalışan tüm personel sağlık tesisinin tümünü kapsayan kalite faaliyetlerini yazılı bir program dahilinde yürütmelidir. Yönetim kalite iyileştirme çalışmalarının yürütülmesinde sorumluları belirlemeli, gerekli kaynak ve imkânları sağlamalıdır. Boyutlar içinde yer alan temel değerlere (hasta ve çalışan güvenliği, toplam kalite yönetimi, etkili hizmet, hasta ve ailesinin hakları, verimlilik vb.) sağlık tesislerimizin öncelikle yaklaşımı tanımlanmalıdır. Yaklaşımların kurum genelinde nasıl uygulanacağını belirlemek, standart uygulama sağlamak için yazılı düzenlemeler hazırlanmalıdır. (prosedür, talimat, görev tanımı vb.)

Standart uygulamayı sağlamak için, yaklaşımın ve tanımlanan uygulamaların tüm çalışanlara duyurulması, kurum genelinde ilgili tüm birim ve servislere yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Yaklaşım ve uygulamaların anlaşılması, benimsenmesi ve içselleştirilmesi sağlanmalıdır.

Sürekli iyileştirme için yaklaşım ve uygulamalar izlenmelidir. Düzenli aralıklarla gözden geçirilmeli, değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir. Sistemli bir gözden geçirme, analiz ve iyileştirme için göstergeler belirlenmelidir.

4.9.Hizmete Erişim ve Devamlılığı (HED)

Yönetim hasta ve yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmalı; hizmete erişimi engelleyebilecek her türlü engeli ortadan kaldırmalıdır. Sağlık tesisi hastanın mevcut sağlık hizmetine erişimini, başvurusundan itibaren taburcu olana kadar doğru şekilde düzenlemek ve devamlılığını sağlamak zorundadır.

Bu boyutta;

- ✓ Ayaktan ve yatan hastaların sağlık tesisine kabul prosedürü,
- ✓ Hizmetin devamlılığı ve bölümler arası iletişimin sağlanması için koordinasyonun düzenlenmesi,
- ✓ Sevk ve taburcu işlemlerinin düzenlenmesi,
- ✓ Epikriz standartlarının düzenlenmesi,
- ✓ Başka sağlık kuruluşlarına nakil işlemlerinin düzenlenmesi gibi konular yer almıştır.

4.10.Hasta Güvenliği Yönetimi (HGY)

Yüksek riskli endüstri grubunda yer alan sağlık sektöründe hastalar ve çalışanlar için sakat kalma ve ölüm riski yüksektir. Güvenlik alanında yapılan çalışmalar Hipokrat'ın "Önce Zarar Verme" ilkesinden köken alır. Öncelikle sağlık tesislerimizde güvenlik kültürü oluşturulmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

- ✓ İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Ramak kala olaylarının takibi ve düzenlenmesi
- ✓ Hasta kimliğinin doğru şekilde belirlenmesi,
- ✓ Güvenli Cerrahi prosedürünün uygulanması,
- ✓ Düşme riskinin önlenmesi gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

4.11.Tesis Güvenliği Yönetimi (TGY)

Sağlık tesisleri hastalar, yakınları ve çalışanları için tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, kaza ve yaralanmaları önlemeye, güvenli bir tesis ortamı sağlamaya çalışmalıdırlar. Kurum, emniyetli bir tesis yönetimi sağlamak amacıyla gerekli planlama ve uygulamaları yapmalıdır. Amaç; sağlık tesisi ile etkileşim halinde olan kişiler için güvenli ortamın sağlanması, tehlike ve risklerin önlenmesidir. Bu planlama, tesisin düzenli aralıklarla denetlenmesini kapsamalıdır. Periyodik denetlemeler yazılı olarak rapora dönüştürülmeli ve sağlık tesisinin uzun vadeli iyileştirmeler yapmasına yardımcı olmalıdır.

Tesis Güvenliği Yönetiminin Kapsamında:

- ✓ Hastane çalışanlarının acil durumlarda görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- ✓ İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak üzere kamera takip sistemi kurulması,
- ✓ Yangın algılama ve söndürme sistemlerinin düzenli aralıklarla test edilmesi,
- ✓ Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüplerinin güvenlik açısından sabitlenmesi,
- ✓ Asansör ve jeneratörlerin uygunluk belgeleri alınması, periyodik bakımlarının yapılması,
- ✓ Tıbbi cihazların bakımı, onarımı ve kalibrasyonunun yaptırılması,
- ✓ Tehlikeli maddelerin (radyoaktif, tıbbi atık, tehlikeli atık ve diğer maddeler) depolanması taşınması ve bertarafının sağlanması,
- ✓ Kurumun, su, elektrik, enerji ve medikal vb. sistemlerinde oluşabilecek arıza durumunda acil durum tedbirlerinin alınması gibi konular yer almaktadır.

4.12.Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme (YPYD)

Sağlık tesisi yönetimi, verilen sağlık hizmetinin etik ve yasal kurallar dahilinde kesintisiz sunumunun sağlanmasından, kaynakların uygun şekilde yönetilmesinden, hasta ve çalışan haklarının korunmasından yükümlüdür.

Yerinde değerlendirme soru listesinde, yöneticinin sorumluluk alanına giren sorular bu boyutla değerlendirilmekte ve değerlendirme sonuçları karneye yansıtılmaktadır. Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme boyutunda ortaya çıkan puan; sağlık tesisi karne puanının belirlenmesinde Verimlilik Yerinde Değerlendirme Puanı olarak kullanılmaktadır.

Yaklaşımların kurum kültürüne dönüşmüş olması ve yaklaşımlara dayanılarak tanımlanan uygulamaların üst yönetimden en uçtaki birime kadar yaygınlaştırılması, kurum genelinde standart uygulama ve sürekliliğinin sağlanmasındaki öncelikler yöneticilerin görevidir. Bu

nedenle "Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme", içinde en fazla soru ve değerlendirilecek unsur bulunan boyuttur.

4.13.Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi (EKÖ)

Kurumun, hastanede enfeksiyonun kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programı olmalıdır. Enfeksiyon kontrol programları, coğrafik yerleşim, hasta hacmi, hizmet edilen hasta toplulukları, klinik faaliyetlerin tipi ve çalışanların sayısına bağlı olarak, kuruluşlar arasında fark gösterir. Etkili kontrol programları, belirlenmiş nitelikli liderler, uygun yazılı politikalar ve işlemler, personel eğitimleri ve kuruluş çapında organizasyonun sağlanması ile başarılır.

Enfeksiyon kontrol süreçleri; hastalar, personel ve sağlık tesisi ile etkileşim içinde bulunan kişiler için riski en aza indirmek amacıyla düzenlenmelidir. Hastane, bu amaca ulaşmak için, enfeksiyon risklerini, oranlarını ve eğilimlerini izlemeli ve değerlendirmelidir.

- ✓ Kurumdaki temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçlerinin belirlenerek yönetilmesi,
- ✓ Atık yönetimi süreçlerinin belirlenerek yönetilmesi,
- ✓ Havalandırma ve iklimlendirme cihazlarının hijyen kontrolleri (partikül, filtre kontrolü),
- ✓ El hijyeni ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanımlarının sağlanması,
- ✓ Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi istenmesi,
- ✓ Yoğun bakımlarda izolasyon odası istenmesi,
- ✓ Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi vb. bilgiler istenmesi,
- ✓ Sterilizasyon ünitesinde kirli ve steril malzeme giriş çıkışının ayrı alanlardan yapılması,
- ✓ Su deposunun periyodik kontrollerinin yapılması gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmiştir.

4.14.Teknik Hizmetler Yönetimi (THY)

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artırılması ve sorunsuz bir şekilde altyapı sistemlerinin (kamera, asansör, klima, jeneratör) kullanılabilirliğini sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların takibi ve kontrolü değerlendirilir. Sağlık tesislerindeki sistemlerin; bakım faaliyetlerinin belirli amaca yönelik planlanmasının ve periyodik olarak uygulandığının takibi yapılır. Bu yaklaşım ile sistemlerin arızasız, sorunsuz, verimli ve uzun ömürlü olarak çalıştırılabilmesi sağlanabilmekte, bakım giderleri ile yedek parça maliyetleri azaltılabilmektedir. Kullanılan sistemlerin çalışır ya da çalışmaya hazır durumda bulundurulması gerekmektedir.

Sağlık tesislerindeki ayniyat depolarda harcama yetkilisi adına görev yapacak personellerin belirlenmesi ve yetkilendirilmesi, eğitimlerinin planlanması uygulanması ve kayıt altına alınması, taşınırların kaydı muhafazası ve kullanılabilirliğinin sağlanması, kamu idareleri arasında taşınırların devri, doğru verilerle yönetim hesabının verilebilmesi, uyumlu ve koordinasyonlu yönetim şeklinin belirlenmesi için yapılan uygulama ve işlemlerin doğruluk ve kontrolü ‘‘Teknik Hizmetler Yönetim’’ boyutunda değerlendirilmektedir.

5. BÖLÜMLER

ACİL SERVİS

SORU: Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?

SIRA : 1
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.1.1. Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.

AS.1.2. Sağlık tesisi bünyesinde birden fazla acil servis hizmet veriyorsa, her bir acil servise ait ayrı tescil belgesi bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından acil servisin tescilli seviyesini gösterir belge sorgulanır. Acil servisin tescilini gösteren belge gözlemciler tarafından görülmelidir.
Sağlık tesisi yöneticisi tarafından "Seviyelendirme" talebi yapılmış, ancak Sağlık Müdürlüğü, Valilik onayı ve Bakanlık tescil süreci tamamlanmamış ise sağlık tesisi muaf tutulur.
Dal hastaneleri ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servislerde oluşturulan acil ünitelerinin de tescil belgesi sorgulanmalıdır.
Aynı başhekimliğe bağlı (aynı bahçede ya da uzak lokalizasyonda) farklı binalarda hizmet verilen acil servisler ile aynı binada ayrı girişleri ve bekleme alanları olan acil servislerin (yetişkin acil, çocuk acil vb.) ayrı ayrı tescili sorgulanmalıdır.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).
Seviyelendirme:
MADDE 6 – (1) Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir.
Acil servislerin seviyelerine göre tanımları, seviyelerine uygun olarak bulundurulması gereken birim ve alanlar, bunların asgari alan genişlikleri, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak ve personel standardı Ek-1'de, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin asgari standartları Ek-2'de, bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi Ek-3'te, acil servislerde bulundurulması gereken birim ve alanlar ise Ek-4'de gösterilmiştir.
(2) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümlerine ve Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'teki asgari standartlar çerçevesinde müdürlük bünyesinde oluşturulacak komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, Ek-5'deki Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formuna göre yapılır. Komisyon tarafından düzenlenen rapor ve ekinde yer alan Ek-5'deki Forma istinaden Valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa gönderilir.

(3) Komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğünden ve yataklı tedavi kurumları şube müdürlüğünden birer kişi, il ambulans servisi baştabibi veya görevlendireceği bir kişi ile bir mimar veya inşaat mühendisi, varsa acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde acil servis sorumlusu bir tabip olmak üzere en az altı kişiden oluşur. Üniversite bulunan illerde ilgili ana bilim dalı başkanlığından bir temsilci de komisyona dâhil edilir. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması hâlinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyon sekretaryası müdürlükçe yürütülür.
(4) Seviyelendirme ve tescil işlemi yapılan acil servislerin sonradan seviyesinin yükseltilmesi veya yeniden değerlendirilmesine ilişkin başvurular kurum baştabibince ilgili müdürlüğe resmi yazı ile yapılır. Başvurular, müdürlüğe intikal ettiği tarihten itibaren 1 (bir) ay içerisinde sonuçlandırılır. Sağlık tesisi sayısı fazla olan illerde birden çok komisyon kurulabilir.
Seviyelendirmenin istisnaları:
MADDE 7 – (1) Dal hastaneleri, özel hastaneler ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servisler veya acil üniteleri, komisyon tarafından aşağıdaki ölçütlere uygun olarak inceleme ve değerlendirmeye tâbi tutulur ve raporlanarak tescil için Bakanlığa bildirilir.
a) Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulur.
b) Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur.
c) Faaliyet gösterdiği branşların özelliği gereği acil başvuru yoğunluğu bulunan, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, acil yardım ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, onkoloji ve kemik hastalıkları, meslek hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları ile göğüs hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri acil servislerinin; fiziki şartları bakımından en az I. Seviye'nin asgari standartlarını, diğer şartlar bakımından III. Seviye'nin asgari standartlarını taşıması gerekir.

SORU : Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?

SIRA : 2
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, AYD, TGY, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.2.1. Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.

AS.2.2. Engelli otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalıdır.

AS.2.3. Engelli hasta araçları için belirlenen otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.

AS.2.4. Hasta ve hasta yakınları için yeterli otopark alanı ayrılmalıdır.

AS.2.5. Otopark alanlarında uygun ışıklandırma yapılmalıdır.

AS.2.6. Otopark alanlarında kamera ile güvenlik önlemleri alınmalı ve ihtiyaç duyulan hallerde güvenlik personeli ile desteklenmelidir.

AÇIKLAMA:
Acil servis otopark alanında, ambulans ve hasta nakil araçları, hasta, hasta yakını araçları ile engelliler için ayrılan otopark alanlarının yeterli olup olmadığı ve engelli olmayan araçların park edip etmediği,
Ambulans ve hasta nakil araçlarının her an giriş çıkış yapabilmesi için düzenleme yapılıp yapılmadığı,
Otopark alanında zemin çizgileri ve yönlendirme levhalarının bulunup bulunmadığı,
Güvenlik kameralarının yeterlilik durumu, ihtiyaç duyulan durumlar için güvenlik personelinin görevlendirilip görevlendirilmediği değerlendirilir.
Fiziki alanın yeterli olması durumunda uygun sayıda otopark alanı oluşturulmuş olmasına, fiziki alan ve alt yapı eksiklikleri durumunda ise alternatif çözümler oluşturulup oluşturulmaması durumuna göre değerlendirme yapılmalıdır.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).
MADDE 5 –
g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

SORU : Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 3
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, AYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AS.3.1. Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.

AS.3.2. İkinci ve üçüncü seviye acil servislerde ambulans ve ayaktan hasta girişi ayrı olacak şekilde düzenlenmelidir.

AS.3.3. Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.

AS.3.4. Acil servise giriş alanı düz olmalı, gerekli durumlarda ise, en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.

AS.3.5. Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.

AS.3.6. Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).
MADDE 5 – (1) Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır:

a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşıma uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

d) Acil servis girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır.

e) Acil servislerde zeminlerin, kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, girintisiz ve kolay temizlenebilir malzemelerden olması gerekir.

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

SORU: Acil servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?

SIRA : 4
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
AS.4.1. Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

AS.4.2. Acil servis binalarında, ışıklandırmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabelası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA: Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, kolay okunabilen, ışıklandırılmış yeterli sayıda yönlendirme levhası ve acil servis binasında ışıklandırılmış en az 20 metreden okunabilecek Acil Servis tabelasının bulunup bulunmadığı değerlendirilir.
KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).
MADDE 5 – h) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

ı) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabela bulunur.

SORU: Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değerlendirilecektir.)

SIRA : 5
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :
AS.5.1. Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalı ve etkin hizmet vermelidir.

AÇIKLAMA:
Karşılama ve yönlendirme birimi acil servis girişinde hasta ve yakınlarının kolayca görebileceği ve ulaşabileceği bir alanda bulunmalıdır. Karşılama yönlendirme hizmetinin etkinliği; personel sayısının yeterliliği, hasta yoğunluğu vb. dikkate alınarak değerlendirilir.
Karşılama ve yönlendirme biriminde çalışanlara verilen eğitim programında; hasta memnuniyeti, hasta hakları ve iletişim becerileri bulunmalıdır.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
1.1.3.Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.
b) Acil servis girişinde hastaların transferine yardımcı olacak hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi bulunmalıdır.

SORU: İkinci ve üçüncü basamak acil serviste triaj uygulaması yapılıyor mu?

SIRA : 6
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 6

BOYUTLAR **:** HED, YPYD, HAH, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.6.1. Triaj hasta mahremiyeti açısından uygun alanda yapılmalıdır.

AS.6.2. Triaj; triaj eğitimi almış sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.

AS.6.3. İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triaja ayrılan alanda yeşil, sarı, kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Triaj uygulaması hasta mahremiyeti de gözetilerek yarı kapalı alanda veya perde/paravan kullanılarak yapılmalıdır.

Triaj uygulayan sağlık personelinin triaj eğitimi alıp almadığı, acil serviste triaj kodlarına göre muayene alanlarının tanımlanıp tanımlanmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

MADDE 8:

(1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7'de gösterilmiştir.

(2) Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır.

(3) Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.

MADDE 9:

Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur.

Renk kodlaması ve triaj uygulaması

YEŞİL ALAN

Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı

* Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü
* Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti
* Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler
* Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

SARI ALAN

Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği

* Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı

*Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı
* Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)
* Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta
* İnatçı kusma
* Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta
* Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı
* 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta
* Şiddetli karın ağrısı olan hasta
* Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremize yaralanması
* Su istimal riski veya şüphesi olan çocuk
* Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
* Basit kanamalar
* Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları
* Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu
* Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları
* Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller
* Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim
* Minör ekstremize travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular
* Şiddetli olmayan karın ağrısı
* Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar

KIRMIZI ALAN

* Kardiyak arrest
* Solunumsal arrest
* Havayolu tıkanıklığı riski
* Major çoklu travma
* Solunum sayısı < 10/dakika
* Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar
* Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar
* Devam eden veya uzamış nöbet
* İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması
* Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı
*Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulse oksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar
*Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski
* Dolaşım bozukluğu
-Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu
-Kalp hızı<50 veya >150 olması
-Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon
* Akut hemiparazi/disfazi
* Letarji ile birlikte ateş (her yaş)
* İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması
* Majorfraktür veya ampütasyon gibi ciddi lokalize travma
* Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı

-Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı
* Davranışsal/Psikiyatrik
-Şiddet içeren agresif davranışlar
-Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

SORU : Acil seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 7
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : AYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
AS.7.1. Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.

AS.7.2. İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak; triaj (Hemşire/ATT/sağlık memuru düzeyinde), primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası bulunmalıdır (Ek olarak TKHK tarafından belirlenen hastanelerde dekontaminasyon odası da değerlendirilir.)

AS.7.3. Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Triyaj, Travma odası, Kritik - Yoğun Bakım Birimi (tercihli) ve Muayene Odası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, müşahede odası, müdahale odası;
İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak triaj (Hemşire/ATT/sağlık memuru düzeyinde), primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası, Dekontaminasyon Odası;
Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Triyaj, Travma odası, Kritik- Yoğun Bakım Birimi (tercihli), Muayene odaları gözlemlenmelidir.
Dekontaminasyon odası, TKHK tarafından yayınlanan sağlık tesislerinde değerlendirilir. Değerlendirilecek KBRN ünitelerinin listesi değerlendirme öncesinde gözlemcilere bilgi notu olarak gönderilecektir.
Acil servisin, görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşıma uygun bağlantısı olan bir konumda olup olmadığı, aynı alanda birden fazla binada hizmet veriliyor ise; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta naklinin kapalı ortamda yapılacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği değerlendirilir.
Acil serviste bulunan görüntüleme ünitelerinde;
1. Seviye acil serviste sabit röntgen;

2. Seviye acil serviste buna ilave olarak, hastane içerisinde ve ulaşılabilir olması yeterli olabilen USG, Vaskuler doppler ve BT;
3. Seviye acil serviste 2. Seviyeye ilaveten portable röntgen cihazı ve Ultrasonografi (vasküler doppler ve Ekokardiyografi özelliği olan) cihazı bulunup bulunmadığı değerlendirilir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).
EK-4
ACİL SERVİSLERİN BÜNYESİNDE BULUNAN BİRİMLER VE ALANLAR
Resüsitasyon odası: Herhangi bir nedenle solunum ve kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alandır.
Hasta muayene alanları: Ayaktan gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı müstakil oda ya da paravanla bölünmüş alan.
Müşahede odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapılıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alan.
Müdahale odası/alanı: Her türlü sütur atma ve alma, alçı ve benzeri küçük cerrahi işlemlerinin yapılabildiği oda.
Bekleme alanı: Hasta yakınlarının beklemesi için oluşturulan, pencereli, acil girişine ve kantine yakın, sıcak ve soğuktan korumalı, ergonomik oturma düzeninin olduğu alan.
Triaj alanı: Tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire ya da sağlık memurunun (toplum sağlığı) acil serviste görevli tabip ile koordineli olarak çalıştığı, acile başvuran hastaların karşılandığı, tedavi önceliğinin belirlendiği ve hangi bölümde, kim tarafından tedavi edileceğine karar verildiği birimdir.
Kritik hasta bakım birimi: İlk resüsitasyon ve tedavisi yapılan ve halen stabil olamayan hastaların 24 saati geçmemek şartı ile takip ve tedavilerinin yapıldığı alan.
Primer tedavi birimi :Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların bakıldığı alandır.
Görüntüleme ünitesi: Mobil ve sabit röntgen, BT, USG gibi tıbbi donanımlı, acil servis hastalarına 24 saat hizmet verebilen, acil servise yakın ya da içinde konuşlandırılmış birim.
Travma odası/alanı: Herhangi bir nedenle travma geçirmiş hastaların ilk muayene, tedavi ve bakımlarının yapıldığı, ileri travma yaşam desteği kapsamında girişimsel işlemlerin yapıldığı yerlerdir.
Tedavi alanı: Bekleme alanı, destek alanı, görüntüleme ünitesi ve laboratuvarlar hariç olmak üzere acil serviste hastalara tanı ve tedavi girişimlerinin yapıldığı tüm alanların toplamı.
Dekontaminasyon/Arındırma odası/alanı: Nükleer, kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalanların dekontaminasyonlarının sağlandığı, uygun miktarda duş bulunan alanlardır.

ACİL ÜNİTESİNİN ALAN / PERSONEL / TIBBİ CİHAZ / İLAÇ ASGARİ STANDARDI
ACİL ÜNİTESİNİN ÖZELLİKLERİ:

* İlçe hastaneleri bünyesinde, acil poliklinik muayene, tetkik ve ilk tıbbi müdahalenin yapıldığı, stabilizasyon sağlandıktan sonra gerektiğinde tedavinin sağlanabileceği sağlık tesislerine sevk yapılan, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimleri olarak yapılandırılır.
*Acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde, hastanenin faaliyet alanının gerektirdiği branşlarda acil sağlık hizmeti vermek üzere en az bir odadan oluşur.
*Tedavi alanı 20-50 m2 olmalı
*Verilmesi gereken sağlık hizmeti:
-Acil ayaktan hasta bakımı,
-Temel Yaşam Desteği,
-İleri Kardiyak Yaşam Desteği.

SORU: KBRN dekontaminasyon ünitesi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı? (TKHK tarafından belirlenen hastanelerde değerlendirilir.)

SIRA : 8
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, TGY, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.8.1. KBRN dekontaminasyon ünitesi Acil Servis girişinin yakınında, dışarıda bir alanda olmalıdır. (Acil servis içinde kurulmuş ise ambulans girişi ve ayaktan hasta girişinden ayrı bir girişi bulunmalıdır.)

AS.8.2. KBRN dekontaminasyon ünitesi zemini, suyun akışını kolaylaştıracak şekilde eğimli ve diğer alanlara suyun gitmesi ihtimaline karşı korunaklı olarak düzenlenmelidir. Arındırma sonrasında atık suyun biriktirildiği atık su deposu bulunmalıdır. Atık su deposunun bertarafı kolaylıkla tahliye edilebilecek sistemde olmalıdır.

AS.8.3. KBRN dekontaminasyon ünitesi içinde bulunan sedye, yerden 50-70 cm yüksekte, en az 100 cm eninde, 200 cm boyunda ızgaralı/delikli kolay taşınabilir bir malzemeden yapılmış olmalıdır.

AS.8.4. Ünite içerisinde soğuk ve sıcak su tesisatı bulunmalıdır. Duşlar arasında en az 1,5 metrelik uzaklık olmalıdır.

AS.8.5. KBRN dekontaminasyon ünitesi iç duvarları kolay temizlenebilir, su geçirmez bir malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

AS.8.6. KBRN dekontaminasyon ünitesi girişi, içi ve çıkışında yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. KBRN dekontaminasyon ünitesi girişinde tercihen kamera bulunmalıdır.

AS.8.7. KBRN dekontaminasyon ünitesinde görevli personel için koruyucu elbiseler, eldiven, gözlük, maske ve havlu gibi malzemeler yeterli miktarda setler halinde bulunmalıdır.

AS.8.8. KBRN dekontaminasyon ünitesinin havalandırma sistemi merkezi havalandırma sisteminden bağımsız olmalıdır.

AÇIKLAMA :

TKHK tarafından yayınlanan KBRN ünitesi güncel listesinde aktif olarak belirtilen sağlık tesislerinde değerlendirme yapılır.

KBRN dekontaminasyon ünitesi Acil Servis girişinin yakınında, dışarıda bir alanda olup olmadığı,

Ünite acil servis içinde kurulmuş ise ünitenin girişinin, ambulans girişi ve ayaktan hasta girişinden ayrı olup olmadığı,

Dekontaminasyon ünitesinin fiziki şartlarının değerlendirilecek unsurlarda belirtilen ölçülere uygun olup olmadığı,

Görevli personel için koruyucu elbiseler, eldiven, gözlük, maske ve havlu gibi malzemeler yeterli miktarda setler halinde bulunup bulunmadığı,

Havalandırma sistemi merkezi havalandırma sisteminden bağımsız olup olmadığı değerlendirilir.

KBRN Deposunda bulunması gereken malzeme listesi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

KBRN DEPOSU MALZEME LİSTESİ

ADI	Referans Hastaneler A grubu	Referans Hastaneler B grubu
C Tipi Koruyucu Kıyafet	10	5
D Tipi Koruyucu Kıyafet	10	5
Koruyucu Çizme (çift)	10	5
Koruyucu Eldiven (çift)	10	5
Tam Yüz Maskesi	10	5
Filitre	30	15
Ventilli Maske	50	10
Gözlük	50	10
Tek Kullanımlık Eldiven*	400	200
Hasta Önlüğü	50	10
Tıbbi Atık Poşeti**	300	60
Plastik Paspas***	Duş sayısı kadar	Duş sayısı kadar
Sıvı Sabun	10	2
Çamaşır Suyu	50 lt	10 lt
En Büyük Boy Çöp Koyası	3	
Fırça****	2	2
Güvenlik Şeridi	4	4
Hasta Paravanı*****	4	4
Spinbord	2	2
Tekerlekli sandalye	1	1
Fotoğraf Makinası******	1	1
Triyaj Bilekliği ya da kartı(her renk için)	50'şer	20'şer
Ceset Topbası	20	10
Havlu	Kurulama için yeterli miktarda	
Terlik	Arındırılmış hasta için yeterli miktarda	
Pansuman malzemesi	Yeterli miktarda	
Battaniye	10	5
Nevresim (tercihan dispozible)	10	5
Makas	2	1
Etiket	50	20
Antidot*******	Yeterli miktarda	

B grubu referans hastaneler ildeki risk durumuna ve hastanenin konumuna bağlı olarak idare tarafından A grubu referans hastane olarak değiştirilebilir.

* Tek kullanımlık eldivenler çift kat giyilecek.

** Her bir kovadaki atık çift kat poşete konulacak.

*** Hastaların kirli suyla temasını kesmek için.

**** Dekontaminasyon ünitesi yüzey temizliği için.

*****Hastalar soyunurken mahremiyetini korumak için.

****** Kimliklendirme için.

******* Antidot temininde her hastane kendi konumuna-riskine bağlı olarak alım yapacaktır.

******** Malzmelerin temininde bölge illerden ve koordinatörlerinden destek alınabilecektir.

KAYNAK : 25.04.2014 tarihli 3306 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönerge.

SORU: Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 9
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, HED, HAH, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.9.1. Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.

AS.9.2. Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.

AS.9.3. Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına yakın bir yerde olmalıdır.

AS.9.4. Resüsitasyon odasına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

AS.9.5. Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odası gerekli tıbbi donanıma (havayolu ve dolaşım ile ilgili malzemelerin erişkin, pediatrik ve infant boyları dahil olmak üzere) sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır. Günlük ve her kullanımdan sonra kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AS.9.6. Resüsitasyon odasında ilaç ve sarf malzemeler kullanıma her an hazır bulundurulmalı ve düzenli kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Herhangi bir nedenle solunum ve/veya kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alan resüsitasyon odası olarak ayrılmalıdır.
Resüsitasyon odası amacı dışında (tansiyon ölçmek, enjeksiyon yapmak, muayene, vb.) hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.
Resüsitasyon odasının yerleşim alanı, acil ambulans girişine yakın olacak şekilde planlanmış olmalıdır.
Gözlemciler resüsitasyon odasına görevli personel dışında girişin engellenmesi için gerekli önlemlerin alınıp alınmadığını, resüsitasyon odasının kapısı açık iken hasta mahremiyetini sağlayan düzenlemelerin yapılıp yapılmadığını değerlendirmelidir.
Acil servis seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunması gereken tıbbi donanımın (defibrilatör, aspiratör, laryngoskop vb.) çalışır durumda olup olmadığı kontrol edilmelidir.
Resüsitasyon odasında bulunması gereken gerekli ilaç ve sarf malzemelerden randomize olarak üçer adet seçilerek bulunup bulunmadığı kontrol edilmeli, miad kontrollerinin yapılıp yapılmadığı ve kontrollere ait kayıtlar değerlendirmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).
EK – 5

ACİL SERVİS SEVİYE TESPİT VE DENETİM FORMU RESUSİTASYON ODASI İÇİN GEREKLİ TIBBİ DONANIM

I, II ve III Seviye için Müşterek Değerlendirilir.

1. Acil obstetrik girişim ekipmanı

2. Havayolu malzemeleri

- 2.5-8.5 mm iç çaplı, kaflı ve kafsız endotrakeal tüpler,
- Laringoskop takımları,
- Combitube,
- Oral ve nazal airwayler,
- Aspirasyon sistemi,
- Balon Valf Maske (Ambu) - erişkin, pediyatrik ve infant boyutlarda, LMA (Laringeal Maske) veya EOA (Ösefagial Obturator Airway)

3. Solunum ile ilgili malzemeler

- Oksijen tedavisi için gerekli olan nazal kanül, yüz maskesi ve seyyar oksijen tüpleri,
- Pulse oksimetre,
- Kapalı göğüs drenaj seti,
- Göğüs tüpü malzemeleri ve aletleri,
- Transport Ventilatör (tek kullanımlık olabilir),

4. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Defibrilatör (Manuel ya da otomatik olabilir),
- Monitör,
- Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri,
- Manuel tansiyon aleti (Çocuk manşonlu),
- IV kateterler, setler, tüpler,
- 12 derivasyonlu EKG cihazı,
- Kalp masajı tahtası (sert yüzeyli sedye kullanılıyor ise aranmaz),

II.Seviye İçin Değerlendirilir

1.Havayolu malzemeleri

2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Acil torakotomi seti ve aletleri,
- Endtidal CO2 monitörü

3. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Pediyatrik kaşıkları da olan monitor/defibrilatör,
- Geçici eksternal pacemakerlar,
- Kan/sıvı pompaları,
- Santral venöz (CV) kateterleri ve takmak için gerekli olan malzemeler,
- Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan monitör,
- Cut down seti ve malzemeleri,
- Perikardiyosentez seti ve malzemeleri,
- İntraosseöz iğneler (erişkin ve pediatrik boyları)

4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin

- Peritoneal lavaj seti ve malzemeleri,

5. Diğer donanım unsurları

- Yeni doğan resusitasyonu için radyan ısıtıcılar

I.ve II. Seviyeye İlave Olarak III.Seviye İçin Değerlendirilir

1.Havayolu malzemeleri

- Fiberoptik laringoskop,

2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Peak flow metre,
- BİPAB/CPAP ventilasyon sistemi,

3. Dolaşım ile ilgili malzemeler
- Pediyatrik ve internal kaşıkları, uygun eksternal pacemaker özelliği olan monitor/defibrilatör,
- Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker cihazı,

4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin
- Geniş lümenli tüpler (orogastrik ve nazogastrik) de dahil olmak üzere gastrik lavaj malzemeleri,
- Hipotermi termometreleri,

5. Diğer donanım unsurları
- Hastayı ısıtan ve serinleten battaniyeler,

RESÜSİTASYON ODASINDA ASGARİ BULUNMASI GEREKEN İLAÇLAR

I, II ve III. Seviye İçin Müşterek Değerlendirilir

1. Absorbanlar – Aktif kömür

2.Anestezi indüksiyon ajanları – Benzodiazepinler (IV), Etomidat (IV), Barbitüratlar (IV)

3.Anestezikler
- İnfiltratif – Lidokain, Bupivakain, Prilokain, Ketamin (IV, IM)
- Diğer anestezikler Propofol (IV)

4. Paralizan ilaçlar

5. Antihistaminikler (IV)

6. Akciğerler ile ilgili preperatlar (Bronkodilatörler, Mukolitikler, Antikolinerjikler, Nebulize streoidler – Budesonid vb)

7.Antikonvülzanlar – Benzodiazepinler (IV), Fenitoin (IV), Valproik asit (IV)

8. Elektrolit replasmanları Potasyum, Magnezyum, Ca (IV)

9.Gastrointestinal ilaçlar
- Antiasitler
- Antispazmotikler
- Laksatifler
- Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
- Trimetobenzamid (IM)
- H_2 reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
- Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, Lanzoprozol, Pantoprazol
- Gastrointestinal antihemorajikler – Somatostatin veya analogları

10.Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları
- Topikal anestezikler
- Topikal antibiyotikler
- Topikal midriyatik ajanlar
- Topikal vazokonstriktörler

11.Kardiyovasküler ilaçlar
- Antiaritmik ilaçlar:
- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprorolol (IV), Esmolol (IV)

- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO), Nitroprussid (IV)
- Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

12. İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar
    - Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
    - Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)
      Sodyum bikarbonat (IV)
13. Koagülan ajanlar
    - Antikoagülanlar – Fraksiyone heparin ya da düşük moleküler ağırlıklı heparin
    - Antiplateletler – Asetil Salisilik Asit 300 mg (PO), Clopidogrel (PO)
    - Antikoagülan antidotları – Protamin sülfat
14. Parenteral replasman sıvıları
    - %0.9 NaCl, Ringer laktat, %5 Dextroz, %20 Dextroz, %10 Dextroz
    - %30 Dextroz, Hipertonik saline - %3 NaCL
15. Psikoterapötik ilaçlar
    - Haloperidol (IV), Olanzepin (IV) veya Biperiden (IV)
16. Sedatif – hipnotik ajanlar
    - Benzodiazepinler (Diazepam) (IV), (Midazolam) (IV), Alprozolam (PO)
    - Barbitüratlar (IV) Thiopental (IV)
    - Etomidat (IV)
16. Serumlar, toksoidler, aşılar ve antiveninler – Tetanoz aşısı
17. Sistemik kullanım için antibiyotikler
    - Penisilin (IM) (Benzatin penisilin 1.200.000 IU ve 6.3.3 IU)
    - I. kuşak sefalosporinler – sefazolin sodyum (IV)
    - III. kuşak sefalosporin (IV), (Seftriakson 1 gr flk)
    - Aminoglikozid (IV) (Gentamisin 80 mg amp)
    - I. kuşak kinolonlar – Ciprofloksasin (IV)
    - II.kuşak kinolonlar – Moksifloksasin ve Levofloksasin (IV)
    - Beta Laktamlı Penisilinler (IV)
    - Makrolidler (IV) – Klaritromisin
    - Metranidazol (IV)
18. İnsülinler ve diyabetik ajanlar
19. Hormonlar ve sentetik alt grupları
    - Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
    - Glukagon
20. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili ilaçlar
    - Rho (D) immün globulin (Rho-Gam)
    - Oksitosik ilaçlar
21. Toksikoloji ile ilgili antidotlar
    - Atropin (IV)
    - Naloksan (IV)
    - Flumazenil (IV)
    - NaHCO3 (IV) (TCA Zehirlenmesi)
    - N-Asetil sistein (PO veya IV)
    - Pralidoksim (IV)

22. Trombolitik ajanlar – Streptokinaz, rt-PA, vb.
23.Narkotik olmayan analjezikler ve antipiretikler
- Parasetamol (PO, IV)
- Steroid olmayan anti-inlamatuar ajanlar (IM, IV)

24. Opiat analjezikler
- Morfin sülfat (IV/IM), Fentanil (IV), Meperidin (IV) vb.

25. Kolinesteraz inhibitörleri
26.Topikal antibiyotikler (örn. Fusidik asit)
27.Topikal kanama durdurucu ajanlar
28.Vitaminler – Vitamin K (IV-IM), Vitamin B1 (Tiamin)
29.Volüm genişleticiler – Sentetik Nişasta ve Jelatin solüsyonları
30. Hiperamonyemi acil tedavisi için
- Neomisin, Metronidazol, Vankomisin
- Laktuloz, Sodyum Benzoat/Sodyum Fenilasetat (PO,IV)
- L-Arginin, L-Karninin

SORU: Acil servis müşahede odasında acil seviyesine uygun düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA :10
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, HGY, AYD, HED, HAH
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.10.1. Müşahede odasında;
1. seviye acilde 4-6,
2. seviye acilde 6-12,
3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.

AS.10.2. Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AS.10.3. Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

AS.10.4. Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır. (Müşahade odasında hemşire deski tüm hastaları görecek şekilde düzenlenmiş ve işlevsel ise muaftır.)

AÇIKLAMA:
Müşahede odasında bulunan toplam yatak sayısının acil servis seviyesi ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir. Müşahedeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.
Acil gözlem odalarında yatak başı hemşire çağrı zili bulunmalı ve gözlemciler tarafından hemşire çağrı zilinin çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir. Müşahede odasında bulunan hemşire deski tüm hastaları görecek şekilde ve işlevsel ise muaf olarak değerlendirilir.
Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmelidir. Hastanın tıbbi bilgileri ve öyküleri başka ilgililere aktarılırken gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilmelidir. Tüm çalışanlar

hastalara özel olan tesadüfen ya da görevleri sırasında şahit oldukları bilgilerin orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara taşımamak bakımından sorumludurlar. Hasta dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreter tarafından gerekli önlemler alınmalıdır.
Müşahede odasında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme vb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine dikkat edilip edilmediği değerlendirilmelidir.
Kan verme veya tansiyon ölçme işlemleri sırasında paravan olmaksızın hastalardan ilgili uzuvlarını açmaları istenmemeli ve işlemler esnasında ortamda uzman kişi dışında konuyla alakasız kişiler bulundurulmamalıdır.
Hasta transferi sırasında da hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir. Hastalara ve personele yönelik güvenlik önlemleri alınması gereken yerlerde hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (EK-1) (16.10.2009).
Buna göre müşahede odasında;1. seviye acilde 4-6, 2. seviye acilde 6-12, 3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.
MADDE 9: Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunlu olup, hasta bakım ve muayene alanlarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
2.TKHK 02.03.2014 tarihli Hasta Mahremiyeti Konulu Yazı

SORU: Acilden yatışı verilen hastanın ilgili servise yatış süresi izleniyor mu? (D ve E1 rolündeki Hastaneler ile Meslek Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri muaftır.)

SIRA : 11
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, HED, TKY
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.11.1. Yatış kararı verilen hastanın acile giriş saati ile servise yatış saati arasındaki süre ölçülmelidir.

AS.11.2. Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil servisten yatış kararı verilen hastaların acile başvuru saati ile yatış saati arasındaki sürelerin ölçülüp ölçülmediği değerlendirilmelidir. Yönetim tarafından analiz sonuçlarının

değerlendirilip değerlendirilmediği ve uzamış süreler için gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.
D ve E1 rolündeki Hastaneler ile Meslek Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri muaftır.

SORU: Hastaların müşahede odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (D ve E1 rolündeki Hastaneler ile Meslek Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri muaftır.)

SIRA : 12
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : YPYD, HED, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.12.1. Hastanın müşahede odasına giriş-çıkış zamanı hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahede kalış süreleri ölçülmelidir.

AS.12.2. Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Hastanın müşahede odasına giriş-çıkış zamanının hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıt altına alınarak, müşahede kalış sürelerinin ölçülüp ölçülmediği değerlendirilir.
Ölçüm sonuçlarına ait analizlerin yönetim tarafından, hekim ve tanı dağılımlarına göre değerlendirilerek, gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı incelenmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

Müşahede odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapılıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alan.

SORU: Resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale setinde ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?

SIRA : 13
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : YPYD, HED, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.13.1. Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AS.13.2. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Resüsitasyon odası dışında bulunan (müşahede odaları gibi) acil müdahale setlerinde ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miad takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı,

Acil müdahale setinde bulunan cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken malzemeler;

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),
Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.

Ameliyathane, yoğun bakım ve diyaliz gibi özellikli birimlerdeki acil müdahale arabasında ayrıca defibrilatör ve aspiratör de bulunmalıdır. Diğer bölümlerde ise acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilmelidir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçlar

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),

- Beta-blokerler: - örn, Metoprorolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid
- Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin
Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
H_2 reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.
Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
Antihistaminikler (IV)

SORU: Acil servisteki ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : YPYD, TKY, HGY, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.14.1. Acilde bulundurulması zorunlu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin listeleri belirlenmelidir.

AS.14.2. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına " uygun olarak yapılmalıdır.

AS.14.3. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

AS.14.4. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

AS.14.5. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun şekilde "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" gerçekleştirilmelidir.

AS.14.6. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

AS.14.7. Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AS.14.8. Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

AS.14.9. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

AS.14.10. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AS.14.11. İlaç deposundan; acil servise verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AS.14.12. İlaçların; acil serviste bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AS.14.13. Acil servisten eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

AS.14.14. Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

AS.14.15. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acilde serviste bulundurulması zorunlu ilaç ve tıbbi sarf malzeme listeleri kontrol edilmelidir.
Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.
Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:

1.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

3.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

4.BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1

Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

5.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

6.06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMİ GAZETEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :
MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel

risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.
MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU: Acil servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 15
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : YPYD, EHY, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.15.1. Tıbbi sarf deposundan; Acil Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AS.15.2. Acil servisten medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

AS.15.3. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)
4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;
c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine

düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.
Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları
MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:
a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu?

SIRA : 16
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : YPYD, HDB, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.16.1. Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (HBYS) olarak arşivlenmelidir.

AS.16.2. Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu ve hızını içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.

AS.16.3. Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

AS.16.4. İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

AÇIKLAMA:

Acil serviste hasta takip ve gözlem formu kullanılmalıdır. Bu formda hastanın adı soyadı, şikâyet ve hikâyesi, fizik muayene bulguları, ön tanı, istenen tetkikler, yapılan tıbbi girişimsel işlemler, hekim tedavi planı, hekim imza ve kaşesi, hemşire izlem kayıtları ve imzası, müşahede odasına alınış ve çıkış saati bilgilerini içermelidir.

Acil serviste müşahede odaları ve varsa yoğun bakımlarında hastaların gözlem ve kayıt formları incelenmelidir. Doktor orderları, hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu ve hızını içerecek şekilde verilmesi gerekmektedir.

Hemşire ise hastaya uyguladığı ilaçların ismini, uygulanma zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve uygulayan olarak kendi ismini kayıt altına almalıdır. IV. İlaç uygulamalarında ilacı hazırlayan hemşire, mutlaka uygulamayı da kendisi yapmalı, başkasının hazırladığı ilacı uygulamamalıdır.

Hastaya uygulanan serum infüzyonlarında, mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu ve standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olup olmadığı,

Gözlemciler tarafından hastalara ait kayıtlar, formlar ve mayi etiketlemeleri incelenmeli, eksiklikler olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ.
Madde: 71, 132/b

Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışarıdan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iaşe maddeleri yazılmalı, tabelada yazılı ilaç, tedavi ve sair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlemelidir. Hemşireler hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlü olup, hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

SORU: Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?

SIRA : 17
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : YPYD, HED, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.17.1. Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı ayrı ölçülmelidir.

AS.17.2. Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.

AS.17.3. Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından acil servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin acil servise geliş saatlerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, mesai içi ve mesai dışı branş ve uzman hekim esaslı analizlerin yapılıp yapılmadığı ve aylık yapılan analiz raporları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
1.1. Acil Servis Hizmet Sunumu Süreci
1.1.4 Acil serviste çalışan personelle ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
e) Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.

SORU: Her vardiyada görev yapan toplam doktor, hemşire, sağlık memuru, ATT sayısı acil servis seviyesine uygun sayıda mı?

SIRA : 18
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
AS.18.1.
1. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 1-2,

2. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 2-4,

3. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 4 + olmalıdır.

AS.18.2.

1. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 1-2,

2. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 2-7,

3. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT/ sağlık memuru sayısı 7+ olmalıdır.

AS.18.3. Acil serviste aylık çalışma listeleri (tabip, hemşire/ATT / sağlık memuru) bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcileri tarafından acilde görev yapan personelin aylık çalışma listeleri incelenmeli ve her vardiyada çalışan personel sayısının acil servisin seviyesine uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).

MADDE 11.

(1) Acil servislerde var ise acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde baştabibin görevlendireceği bir baştabip yardımcısı veya bir uzman tabip ya da bir tabip acil servis sorumlu tabibi olarak görev yapar. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır. Acil serviste Ek-1'de gösterilen uzman tabip, tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak hizmetin yoğunluğu ve vakaların niteliğine göre acil servisin bu Tebliğ uyarınca belirlenen seviyesinin gerektirdiği, acil sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve nicelikte sağlık ve diğer personel planlaması yapılır.

EK:1

Acil serviste seviyesine uygun sayıda personel görevlendirilmelidir. Buna göre;

1. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 1-2,

2. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 2-4,

3. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 4+,

1. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 1-2,

2. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 2-7,

3. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT/ sağlık memuru sayısı 7+ olmalıdır.

SORU: Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?

SIRA : 19
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.19.1. Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı

olarak her bir uzmanlık dalı için acil branş nöbeti düzenlenmelidir. (Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler acil branş nöbetine dahil edilmez.)

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda acil branş nöbetinin tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir. Her branş nöbetçi uzmanı için acil serviste oda oluşturulması fiziki açıdan uygun olmayan sağlık tesislerinde, branş nöbeti tutan uzman hekiminin, hastane içinde kolay ulaşılabileceği kendi servisleri ya da görev yerlerinde olmaları da yeterli kabul edilmelidir.

Acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).

Acil servis nöbetleri

MADDE 12 –

(1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır.

(2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.

(3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir.

(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

(5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır.

(6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur.

(7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir.

(8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir.

(9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır.

(10) Müstakil acil branş nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler ayrıca icap nöbetine dahil edilmez. Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir.

(11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir.

(12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

SORU: Acil serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?

SIRA : 20
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : ÇHG, AYD, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.20.1. Çalışan personel sayısına göre kadın erkek giyinme ve dinlenme odaları oluşturulmalıdır.

AS.20.2. Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Çalışan personel sayısına göre kadın-erkek giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır. Giyinme ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulup oluşturulmadığı değerlendirilir.

KAYNAK:
TKHK 12.11.2014 TARİHLİ " DİNLENME ODALARI " İLE İLGİLİ YAZI
Sağlık tesislerimizde daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunulması; çalışan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olmasına, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına, fiziki ortam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile doğru orantılıdır. İyi hizmet sunulması sadece yeterli personelin mevcut olması ile değil işini ve çalıştığı ortamı seven, güler yüzlü ve çalışmaya istekli personel ile mümkün olacaktır. Sağlık personeli çalıştığı ortamda ne kadar mutlu ve huzurlu olursa; çalıştığı kuruma olan bağlılığı, yaptığı işlerdeki başarısı ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti de bir o kadar artacaktır.
Bu bağlamda; sağlık personelimizin taleplerinin karşılanması ve uygun dinlenme odalarının oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda; tercihan günışığı alan dinlenme odalarının oluşturulması ve bu alanlarda asgari olarak; el yıkama lavabosu, mini buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) ve televizyon bulunmasının sağlanması ayrıca kişiye özel eşyaların muhafazası için çalışanlara dolap tahsis edilmesi, mahremiyete uygun giyinme alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

SORU: Acil serviste laboratuvar hizmeti uygun şekilde veriliyor mu?

SIRA : 21
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 21
BOYUTLAR : YPYD, HDB

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.21.1. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.

AS.21.2. Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerini hastaların görebileceği şekilde uygun bir alanda ilan etmelidir.

AS.21.3. Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuçlarını ilan edilen sürelerde vermelidir.

AÇIKLAMA:
Hastalardan alınan numunelerin uygun taşıma kabında, en kısa zamanda, ilgili laboratuvara ulaşması ve numunenin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun şartlarda saklanması sağlanmalıdır.
Personelin kullanacağı taşıma ekipmanlarının temizliği yapılmalıdır.

Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında taşınmalıdır.
Numuneler numune taşıma çantasına yerleştirilirken kapaklı numune kaplarının iyi kapatılıp kapatılmadığına dikkat edilmelidir. Daha sora yan yatmayacak devrilmeyecek şekilde yerleştirilmelidir. Tasnifi yapılan kan ve diğer numuneler taşıma sporlarına dizilmeli ve taşıma sporları taşıma çantası ile yada pnömotik sistem ile laboratuvara ulaştırılmalıdır. İdrar ve gaita örnekleri kan numuneleri ile aynı çantalarda ve kaplarda taşınmamalıdır.
İlgili çalışanlar tarafından hastalara sonuç verme süreleri ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmalı ayrıca testlerin sonuç verme süreleri hastaların görebileceği bir alanda ilan edilmelidir.
Verimlilik gözlemcileri random bir laboratuar sonuç kağıdında numunenin kabul saati ve sonuç saatlerine bakarak, sonuç verme süresinin ilan edilen süre ile uyumunu kontrol etmelidir.
Laboratuvar test sonuçlarında belirtilen tarih ve saat, kurum tarafından ilan edilen sonuç verme süresi ile uyumlu olmalıdır.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
Laboratuvar Hizmetleri Sunum Süreci
4.1.2.e) Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır).
4.1.6.d) Serolojik, hematolojik, biyokimyasal ve idrar analiz sonuçları sınırları Bakanlıkça belirlenen süreler içerisinde olmak kaydıyla her sağlık tesisi tarafından belirlenerek duyurulur. Sonuçlar tamamlanıp onaylandıktan sonra ilgili polikliniklere otomasyon üzerinden aktarılır.

SORU: Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?

SIRA : 22
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 22
BOYUTLAR : YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.22.1. Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.

AS.22.2. Güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.

AS.22.3. Kamera sistemi hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

AS.22.4. Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil serviste güvenlik hizmetinin 24 saat süreyle acil girişine hâkim, uygun alanda verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından 2 ay önceki herhangi bir saatin kayıtları izlenerek kayıt süresi değerlendirilmelidir.
Kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve yeterliliği değerlendirilmelidir.
Acil serviste resüsitasyon odası, travma odası, müdahale odası gibi tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara yetkili personel dışında erişimin kısıtlanma durumu değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).
MADDE 10:
Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgilisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur.

SORU: Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için acil serviste ilan alanı ayrılmış mı?

SIRA : 23
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 23
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
AS.23.1. Nöbetçi eczane uygulama saati başladıktan sonra, günlük nöbetçi eczane bilgilerinin bulunduğu pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler "Nöbetçi eczane ilan panosu"nun acil serviste hasta ve yakınlarının kolayca görebilecekleri bir yerde (mümkünse acil servisin çıkışına yakın bir yerde) olup olmadığını değerlendirmelidir.
Hafta içi mesai saatleri sonrasında, hafta sonları ve resmi tatillerde tüm gün Türk Eczacılar Birliğine bağlı Ecza odasının belirlediği, nöbetçi eczane/eczanelerin isimleri "Nöbetçi Eczane İlan Panosunda" belirtilmelidir. Gözlemciler genellikle mesai saatleri içerisinde değerlendirme yaptıklarından dolayı sadece panonun uygun alanda olup olmadığını değerlendirmeli, mesai saatleri içerisinde nöbetçi eczane ismini aramamalıdır.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).
MADDE 5 (j) : Nöbetçi eczaneleri gösterir liste, tercihen ışıklandırmalı bir levha ile acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılmalıdır.

SORU: Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?

SIRA : 24
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 24
BOYUTLAR : YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
AS.24.1. Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil servislerde hizmet alan hasta ve yakınları için uygun konumda, yeterli oturma ve bekleme alanlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).
MADDE 5
ç) Acil servislerde, acil servisin seviyesine göre Ek-1'de belirtilen asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

POLİKLİNİK

SORU: Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?

SIRA : 25
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.1.1. Hasta Kayıt Birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.

P.1.2. Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.

P.1.3. Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

P.1.4. Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Hasta Kayıt Birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde, hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenip düzenlenmediği değerlendirilmelidir.
Hasta kayıt görevlisine kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması gibi) hakkında sorular sorulmalı ve aldığı eğitimler değerlendirilmelidir. Eğitimi değerlendirilen personelin ismi not edilerek, eğitim kayıtları ile de karşılaştırılmalıdır.
Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin (ev/cep telefonu vb.) güncelliğinin sağlanıp sağlanmadığı gözlemlenmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2. Poliklinik Hizmetleri
2.1.2. Poliklinik içerisinde düzenlenecek Hasta Kayıt Birimi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımalıdır.
a)Hasta Kayıt Birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı, birimin her yönden kolaylıkla fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.
b)Hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.
f)Hasta Kayıt Birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.
g)Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

SORU: Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?

SIRA : 26
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

P.2.1. Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.

AÇIKLAMA:
Hastane web sayfasında poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin olup olmadığı incelenmelidir. Poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin ilan edilip edilmediği değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
2. Poliklinik Hizmetleri
(7)- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek, hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilir. Belirlenen poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyularak, poliklinik hizmetleri kesintisiz olarak yürütülür.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (1983)
I - TIBBİ HİZMETLER
A – Poliklinik Hizmetleri :
Madde 12 – (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.)
Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri baştabiplikçe belirlenerek duyurulur ve belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürülür. Polikliniklerde değerlendirilecek günlük hasta adedi branşlara, tabip sayısına ve hizmetin gereğine göre baştabip tarafından tespit edilebilir.

SORU: Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 27
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.3.1. Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

P.3.2. Karşılama yönlendirme personeli sayısı, hastanenin büyüklüğüne göre planlanmalıdır.

P.3.3. Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinin büyüklüğüne göre karşılama yönlendirme personeli sayısı, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunup bulunmadıkları, personel yaka kartları ve diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giyip giymedikleri değerlendirilmelidir.
Karşılama ve yönlendirme görevlisine uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda sorular sorulmalı ve aldığı eğitimler değerlendirilmelidir. Eğitimi değerlendirilen personelin ismi not edilerek, eğitim kayıtları ile de karşılaştırılmalıdır.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2. Poliklinik Hizmetleri
2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci
2.1.4. Sağlık tesisi hasta karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunmalıdır.
b) Sağlık tesisi ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.
d) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.
e) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

SORU: Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 28
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.4.1. Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.

P.4.2. Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.

P.4.3. Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından poliklinik bekleme alanları fiziki koşulların uygun olduğu sağlık tesislerinde; yeterli oturma gruplarının bulunması, polikliniğin yoğun olduğu saatlerde ayakta

bekleyen hasta ve yakını olup olmaması, bekleme gruplarının hasta ve yakınlarının ihtiyaçları göz önüne alınarak dağılımının yapılmış olması gibi kriterlere göre değerlendirmelidir.
Yeterli fiziki koşullara sahip olmayan sağlık tesislerinde ise mevcut şartlar göz önüne alınarak yapılan çalışmalar ile bekleme alanlarında yeterli aydınlatma ve havalandırmanın olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2.1.4 a) Poliklinik bekleme alanlarında sağlık tesisine başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak kalite esaslarına uygun sayıda oturma grupları olmalıdır.
2.1.16. Poliklinik alanlarının hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir.

SORU: Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 29
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.5.1. Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.

P.5.2. Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.

P.5.3. Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.

AÇIKLAMA:
"Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge" kapsamına giren hasta gurubu listesinin sağlık tesisinde ilan edilmiş olması,
Öncelikli hastalara karşılama yönlendirme personelinin bilgilendirme yapması, hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli hasta olarak gerçekleştirilmesi,
Bekleme alanlarında yaşlı, engelli, hamile ve öncelikli hastaların ayakta kalmamaları için düzenlemeler yapılmış olması, oturma grupları üzerinde hastaları uyarıcı ve bilgilendirici işaretlemeler bulunması kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
POLİKLİNİK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK SIRASI HAKKINDA GENELGE (2010/73-80):

Genel hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde poliklinik muayenelerinde öncelik sırası alacak gruplar aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.
a) Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
b) Özürlüler (Değişik 2010/80 sayılı Genelge),
c) Hamileler,
d) 65 yaş üstü yaşlılar,
e) Yedi yaşından küçük çocuklar,
f) Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler.
Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum/ kuruluşunda sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.

SORU: Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri poliklinik danışma birimlerinde bulunuyor mu?

SIRA : 30
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.6.1. Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.

P.6.2. Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler hekimlerin günlük ve aylık çalışma listelerinin hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma, halkla ilişkiler birimlerinde bulunup bulunmadığını ve sağlık tesisi web sitesinde yayınlanıp yayınlanmadığını incelemelidir.
Hastaların hekim seçme haklarını kullanabilmeleri için sağlık tesisinin gerekli düzenlemeleri yapmış olması, ilgili birimlerde görev yapan personelin konu hakkındaki bilgisi ve hastalara yapılan bilgilendirmeler göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2.1.6.Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
a) Hekim seçme logosu sağlık tesisi girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

b) Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.
c) Her klinisyene en az bir oda tahsis edilmelidir.
d) Hekim seçme hakkını hastaların kullanabilmesi için görülebilecek bir yere, o gün poliklinikte görevli hekimlerin çalışma programı pano şeklinde asılır. Elektronik veya manüel olarak pano günlük güncellenir. Bu işlemleri düzenlemek, poliklinik yönetici sekreterinin sorumluluğu altındadır. Hasta, talep edilmesi halinde seçtiği hekimin polikliniğine yönlendirilir.

2.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE(17.10.2007/9379):
Madde 5- (1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda;
a)Temel hasta haklarından olan, hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan hekimi seçme ve değiştirme hakkının kullanılabilmesini sağlamak amacıyla, kurumlarda hastanın hekim seçmesine imkân tanınması,
g) Hekim seçme ve değiştirme hakkı kapsamında hastaya talebi halinde kendisine sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimlerin kimlikleri, görev ve ünvanları hakkında bilgi verilmesi,
Hekim çalışma tabloları
Madde 10- (1) Poliklinik sekreterliklerinde Ek-1'deki Günlük Hekim Çalışma Tabloları ve Ek-2'deki Aylık Hekim Çalışma Tabloları bulunur. Ayrıca varsa kurumun resmi internet sayfasında; hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı ve yan dal ihtisası bilgileri bulundurulur. Hekimlerin isteği halinde özgeçmişine ve fotoğrafına da internet sayfalarında yer verilebilir. Çalışma tabloları kurumun internet sayfasında ilan edilir ve ayrıca hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerine verilir. Baştabip tarafından onaylanan Günlük ve Aylık Hekim Çalışma Tabloları Müdürlüklere gönderilir. Müdürlükler tarafından çalışma tablolarındaki programlara uyulup uyulmadığı denetlenir.

SORU: Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 31
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : HED, YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.7.1. Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.

P.7.2. Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

P.7.3. MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.

P.7.4. İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Poliklinik odalarının kapısında hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanlarının yazılı olduğu tabelalar,

Hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için düzenlenmiş uygun elektronik sistemin çalışır durumda olup olmadığı,

İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için düzenleme (rumuz, sayı vb.) yapılıp yapılmadığı,

Poliklinik kapılarındaki ekranlarda MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenlerinin yansıtılıp yansıtılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1.8. Muayene odaları gereken şartları taşıyacak şekilde düzenlenmelidir.

a) Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.

b) Her polikliniktеki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

2.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (17.10.2007/9379):

Madde 8:

b) Poliklinik oda kapılarına hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılır. Her polikliniktеki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

SORU: Poliklinikte muayene alanlarında mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 32
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.8.1. Muayene odasında mahremiyete yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.

P.8.2. Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:
Muayene odalarına giriş çıkışların nasıl olduğu, hastaların teker teker içeri alınıp alınmadığı, içeride hasta varken yakını dışında başkalarının bulunup bulunmadığı, kapı açıldığında muayene alanının gözükmemesi için alınan önlemlerin varlığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2. Poliklinik Hizmetleri
2.1.8. Muayene odaları gereken şartları taşıyacak şekilde düzenlenmelidir.
c) Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.
2. Poliklinik Hizmetleri
(4) Sağlık tesislerinde yatan hasta ve diğer bölümlerdeki hizmetleri aksatmamak ve hasta konforunu etkilememek amacıyla ayrı bir poliklinik bölümü düzenlenebilir. Aynı uzmanlık dalında birden fazla hekimin bir arada hizmet sunduğu polikliniklerde, hastaların teker teker tıbbı işleme tabi tutulması ve muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemlerin alınması kaydıyla bazı tıbbi işlemler için ortak alanlar düzenlenebilir.

SORU: Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : HDB, HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.9.1. Poliklinikte muayene işlemleri (hasta anamnezi, tetkik istemleri, reçete, rapor vb.) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.

P.9.2. Hasta laboratuvar sonuçları HBYS üzerinden görülebilmeli ve gereği halinde polikliniken basılı olarak verilmelidir.

P.9.3. Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan polikliniken yapılabilmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından polikliniklerde "hasta muayene işlemleri", hasta laboratuvar tetkiklerinin istem ve sonuç görme işlemleri ve "hasta yatış işlemlerinin" HBYS üzerinden yapılıp yapılmadığı, hasta tarafından istenildiği takdirde, laboratuvar sonuçlarının polikliniken çıktısının verilip verilemediği değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2.1. Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

a) Hastanın otomasyon programından dosyası açılır ve muayenesi gerçekleştirilir. İlk muayene sonrası otomasyon programına ön tanılar girilir ve bu tanıları doğrulamak amacıyla gerçekleştirilmesi istenilen tahlil ve tetkikler otomasyon programı üzerinden istenir.

2.1.8e)Doktor hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.

2.1.9.e) Tahlil ve tetkikleri sonuçlanan hasta tekrar muayene olduğu polikliniğe başvurur. Hekim tarafından, hastanın tetkik sonuçlarına, sağlık tesisi içerisinde elektronik ortamda ulaşılabilmelidir. Hastanın istemesi durumunda hastaya tetkik sonuçları yazılı olarak da verilebilmelidir.

h) Hastanın cerrahi ya da medikal amaçlı yatışı yaptırılabilir. Yatış gereken hastaların kat yönetici sekreteri ile koordineli olarak poliklinik yönetici sekreteri tarafından elektronik ortamda yatış işlemi gerçekleştirilir.

SORU: Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 34
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.10.1. Poliklinik bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.

AS.10.2. Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına yazılı bilgilendirme yapılmalıdır. (D ve E1 rolündeki hastaneler muaftır.)

AÇIKLAMA:

Poliklinik bina ve kat girişlerindeki yönlendirme levhalarının yeterli sayıda, görülebilir bir konumda ve işlevsel olup olmadığı değerlendirilir.

Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumunu (ilgili birimlere kolaylıkla ulaşabilmesi amacıyla kat bilgisi, ek bina vb.) içeren bilgi notlarının hastaya/hasta yakınına verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

2.1.4.b) Sağlık tesisi ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?

SIRA : 35
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, EKÖ, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.11.1. Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.

P.11.2. Mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

P.11.3. Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

P.11.4. Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme yeri olmalıdır.

P.11.5. Havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Hastane Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odasında;

- Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler,
- Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulundurulmalı,
- Kenarları sivri olmayan malzemelerle tefriş edilmiş olmalı,
- Havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede olmalı,
- Alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalı,
- Mahremiyeti sağlayacak düzenlemeler yapılmış olmalı,
- Oyuncak bulundurulmaması kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığına göre değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci
2.1.12.Sağlık tesisindeki poliklinik alanlarında, hasta ve yakınlarının mahremiyeti göz önünde bulundurularak uygun koşulları içeren bir emzirme odası oluşturulur.

SORU: MHRS' den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 36
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : HED, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.12.1. MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.

P.12.2. MHRS den randevu alan hastaların randevu saati ile muayene oldukları saat arasındaki süre ölçülerek 30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli (randevu saatinden önce ve sonra muayene edilen hastalar ayrılarak) sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Polikliniklerde, MHRS randevusu verilen hastalardan örneklem seçilir. Hasta muayene zamanının gerçek zamanlı muayene olup olmadığı sistem üzerinden hastanın kabul edildiği değil muayeneye alındığı saat dikkate alınarak kontrol edilir. Randevu saati ile muayene olduğu saatin 30 dakikayı geçip geçmediği değerlendirilir.

30 dakikayı geçen sonuçlar yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

KAYNAK:

MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİ ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE (2012):

Hastane MHRS İşleyişi MADDE 9 – (1) Detayları EK 2 de tanımlanan hekim çalışma cetvellerinin düzenli olarak hazırlanması ve sisteme girişi sağlanır. (2) Randevulu gelen hastaların vaktinde ve randevu aldığı hekim tarafından muayene olmaları için gerekli tedbirler alınır. Hastaneler MHRS ile ilgili olarak tüm personeline gerekli eğitimleri verir.

SORU: Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : HED, YPYD, HDB, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.13.1. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.

P.13.2. Kan alma biriminde bulunan kolçaklı, trendelenburg pozisyonuna gelebilen kan alma koltukları yeterli sayıda olmalı ve lüzumu halinde kolaylıkla trendelenburg pozisyonuna gelebilecek şekilde konumlandırılmalıdır.

P.13.3. Kan alma ünitesinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalı ve bu düzenlemelere uyulmalıdır.

P.13.4. Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)

P.13.5. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA :

Sağlık tesisi tarafından istenilen tetkikler için hastanın kan, gaita veya idrarının alınmasına uygun, mümkünse poliklinik veya laboratuvarların bulunduğu katta, hijyen şartlarına sahip içinde lavabo olan en az bir kan alma birimi bulunmalı,

Kan alma biriminde sağlık tesisinin ayaktan hasta potansiyeline uygun olarak yeterli sayıda koltuk bulundurulmalı,

Kan alma koltukları yatar pozisyona gelebilecek şekilde konumlandırılmalı,

Hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler olmalı ve bu düzenlenmelere uyulmalı,

Kan alma birimlerinde hasta bekleme sürelerini kısaltıcı tedbirler alınmalı (Örneğin hasta yoğunluğunun fazla olduğu saatlerde personel sayısının arttırılması veya kan alma biriminin sayısının arttırılması vb.)

Kan alma birimi önünde ve birim içerisinde hasta yığılmalarını önlemek için hastane yönetimi tarafından düzenleme yapılmalı,

Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli,

Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmeli, Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

17.1. Numune Alma Hizmetleri Sunum Süreci

17.1.1. Numune alım hizmetlerinin sunumu için gerekli koşullar sağlanmalıdır.

a) Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir şekilde planlanır. Numunelerin alındığı birimlerde, hastanın engelli durumu, rahatı ve kişisel gizliliğine dikkat edilmelidir.

h) Numune alma hizmet sunumu prosedürleri oluşturulurken, hasta mahremiyetine maksimum önem verilmeli, uygun ve temiz fiziki ortamlarda ve tıbbi gereklilikler doğrultusunda hastanın rahatı ön planda tutulmalıdır.

SORU: Diş Polikliniğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı? (C, D ve E1 rolündeki Sağlık Tesislerinde değerlendirilecektir.)

SIRA : 38
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : YPYD, HGY, ÇHG, EKÖ, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.14.1. Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş üniti tahsis edilmelidir.

P.14.2. Kullanılan ilaç ve sarf malzemeler prospektüsüne uygun ortamda saklanmalıdır.(Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)

P.14.3. Panoramik veya periapikal röntgen cihazları ile çekim diş polikliniği dışında ayrı alanda yapılmalıdır.

P.14.4. Kullanılan aletlerin sterilizasyonu vakum kaçak testi ve bowie-dick testi yapılabilen otoklavlarda yapılmalıdır. (Aeretör başlıkları, mikromotor, kavitron vb. için buharlı başlık otoklavı hariç) Tüm steril paketlerde kimyasal indikatör kullanılmalıdır.

P.14.5. Poliklinik odasında asgari ve çalışır durumda aerötör başlığı, mikromotor, kavitron ve kavitron uçları, ışınlı dolgu cihazı vb. bulunmalıdır.

P.14.6. Diş üniti kompresörü tercihen oda dışında olmalı aynı odada ise kopresörün yeterli ses izolasyonu sağlanmalıdır.

P.14.7. Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.

P.14.8. Hekimler MHRS işlem randevularını ve devam eden tüm tedavi randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.

P.14.9. Ölçülerin transferi, dezenfeksiyonu yapılmış halde ağzı kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde (Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler olacak şekilde) yapılmalıdır. Ölçülerin transferi hasta ve hasta yakını tarafından yapılmamalıdır.

P.14.10. Protez işlemlerinin safhaları HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt edilmelidir.

P.14.11. Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süreye uyum HBYS' de izlenebilmelidir.

P.14.12. Protez laboratuvarında akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görevli aktif çalışan her diş hekimi için yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş üniti tahsis edilip edilmediği,

Polikliniklerde, değerlendirilecek unsurlarda belirtilen cihaz ve donanımların yeterli sayıda bulundurulup bulundurulmadığı,

Kullanılan ilaç ve malzemelerin uygun saklama koşullarında (oda ısısı veya buzdolabında saklanması gerekli ilaçlar, enjektörlere hasta bazlı lokal anesteziklerin çekilmesi ve etiketlenmesi vb.) olup olmadığı,

Diş polikliniklerinde panoramik veya periapikal röntgen cihazları ile çekim yapılıp yapılmadığı,

Tüm steril paketlerde kimyasal indikatör kullanılıp kullanılmadığı,

Aeretör başlıkları, mikromotor, kavitron vb. için buharlı başlık otoklavı hariç diğer kullanılan aletlerin sterilizasyonunun vakum kaçak testi ve bowie-dick testi yapılabilen otoklavlarda yapılıp yapılmadığı,
Diş üniti kompresörünün konumu ve yeterli ses izolasyonunun sağlanıp sağlanmadığı,
Ölçülerin transferi, dezenfeksiyonu yapılmış halde ağzı kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde (Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler olacak şekilde) ve ölçülerin transferinin hasta ve hasta yakını tarafından yapılıp yapılmadığı,
Protez işlemlerinin safhalarının HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt edilip edilmediği,
Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami sürenin belirlenerek, belirlenen süreye uyumun HBYS' de izlenip izlenmediği,
Protez laboratuvarında akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemlerinin aktif olarak kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

SORU : Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 39
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : HED, YPYD, HGY, HAH, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.1.1. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

G.1.2. Radyoloji ünitelerinin girişlerinde radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

G.1.3. Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

G.1.4. Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

G.1.5. USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

G.1.6. Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.

G.1.7. Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.

G.1.8. Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.

G.1.9. Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.

G.1.10. Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan 'L' şeklinde, en az 200 cm yüksekliğinde ve uzun kenarı 100 cm kısa kenarı 50 cm eninde bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.

G.1.11. Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Görüntüleme ünitelerinin bulunduğu alanlarda radyasyon uyarı levhalarının uygun konumlarda ve yeterli sayıda olması, yoğun olan sağlık tesislerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistemlerin kullanılması, çekim alanlarında hasta mahremiyetine yönelik içinde askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulunan soyunma kabinlerinin kullanılması, hastaların çekim odasına teker teker alınması, çekim alanında havalandırma ve aspiratör sistemlerinin olması, kumanda odasında kurşun eşdeğerli cam olması veya standartlara uygun kurşun paravan/kurşun yalıtımlı duvar kullanılıp kullanılmadığı,

USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulup bulundurulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1.RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ.

Madde 15:

Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda aşağıda belirtilen radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur:

1)Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri (Ek-3).

2) Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler,

3) Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaşma tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı işaretleri.

2.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ 2013

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

5.1. Görüntüleme Hizmet Sunumu Süreci

Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

3.TÜRK MEDİKAL RADYOTEKNOLOJİ DERNEĞİ;

Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır. Odanın havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.

4.TÜRKİYE ATOM ENERJİSİ KURUMU;

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, 6.5.1939 tarih ve 4201 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış Radyoloji, Radyom Ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamnamenin 2nci maddesinde “Röntgen teşhis ve tedavi odaları, müesseselerin mevcut tesisatlarına göre çalışmağa mani olmayacak genişlikte olacak ve havayı kolayca değiştirebilecek tertibatı haiz bulunacaktır.”, 3üncü maddesinde ise “Mesaisi çok ve devamlı olan röntgen laboratuvarlarında hava değiştirme tertibatı, odanın havasını saatte on defa değiştirecek kabiliyette olacak ve nitrö gazların boşaltılması için konulacak aspiratörler zemine yakın yerde bulunacaktır. Ayrıca, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı’nın 31.05.2005 tarih ve 738 sayılı Sağlıkta Dönüşüm Projesi Genelgesi’nde “Röntgen, yer döşemesi, mermer, granit veya granit seramik v.b. sert malzemeden olacak, duvarlarda kurşunlama yapıldıktan sonra çift kat alçıyla kaplanıp saten alçı çekilerek yağlı boya yapılacaktır. Kumandanın olduğu mahaldeki camlar ışın geçirmez olacaktır. Ayrıca bu mahallerdeki şuayı dışarı atabilmek için alt seviyeden emiş konularak ve dışarı atış için aspiratör konulması gerekmektedir.” hükmü yer almaktadır.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.2.1. Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, skopi, periapikal/panoramik, vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.

G.2.2. TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)

G.2.3. TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, skopi, periapikal/panoramik, vb. cihazlarının TAEK lisanslarının vize süreleri incelenmeli, her cihaz için vize sürelerinin uygun olup olmadığı,
TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olup olmadığı, Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılıp yapılmadığı,
Randomize olarak seçilen cihazlarda, TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarasının uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK
Madde 5:
(1)Tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının alınması, bulundurulması ve kullanılması 9.7.1982 tarihli ve 2690 sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu ve 24.7.1985 tarihli ve 85/9727 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe giren Radyasyon Güvenliği Tüzüğü gereğince TAEK tarafından verilen lisansa bağlıdır.
(2)İdare, tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının teslim alınması, bulundurulması, çalıştırılması, kullanılması ve radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların bertaraf edilmesine ilişkin idari ve teknik düzenlemeleri Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ve 21.7.1994 tarihli ve 21997 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği ile 2.9.2004 tarihli 25571 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik doğrultusunda yerine getirmekle yükümlüdür..

SORU: Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 41
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : ÇHG, HGY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.3.1. Radyoloji ünitesinde çalışan personel kişisel dozimetre taşımalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.

G.3.2. Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

G.3.3. Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma, yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.

G.3.4. Yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.

G.3.5. Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler (kurşun önlük, çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.

G.3.6. Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

G.3.7. Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.

G.3.8. Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.

G.3.9. Kontrastlı tetkik ve invaziv işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek mesafede bulundurulmalıdır. Acil müdahale setinin kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Radyoloji ünitesinde çalışan personel kişisel dozimetre taşımalı ve ölçüm kayıtları, periyodik sağlık tarama kayıtları, yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman, koruyucu ekipmanların listesi ve periyodik kontrol kayıtlarının olup olmadığı,

Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ, personel tarafından da tebellüğ edilip edilmediği,

Sağlık taramalarında istenilen tetkiklerin ilgili branş uzmanlarınca değerlendirilerek kayıt altına alınıp alınmadığı,

Kontrastlı tetkik ve invaziv işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale setine kolaylıkla ulaşma mesafesi ve acil müdahale setinin kontrol kayıtlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK :

1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

Denetimli alanlarda görev yapan personelin hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılır. Hamilelik durumu ortaya çıkan personel, bu durumunu ilgili birim amirine derhal yazılı olarak bildirir. Hamile personelin yıllık doz limitleri, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde belirlenmiş toplum için doz limitlerini aşamaz. Çalışma şartları bilfiil denetimli alanları kapsamayacak şekilde düzenlenir. Emzirme dönemindeki personel, radyo iyodun solunması veya sindirim yoluyla alınması riski taşıyan nükleer tıp alanında ve benzeri bulaşma riski taşıyan işlerde çalıştırılamaz. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir. Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

İdare, personelin sağlığını korumak, doz aşımına maruz kalmasını önlemek ve iş güvenliğini sağlamak için işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizatı eksiksiz bulundurmak ve bu Yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle; personel de gerekli korunma tedbirlerine uymakla yükümlüdür.

Kurşun önlük,
Kurşun gözlük,
Kurşun eldiven,
Tiroid koruyucu,
Koruyucu paravan gibi ekipmandır.

Radyasyon eldiveni elin radyasyona maruz kalınması riskine karşı floroskopi veya radyografi kullanımını gerektiren teşhis amaçlı kalp kateterizasyonları, koroner anjioplasti, jinekoloji, üroloji, floroskopik muayene işlemleri, ağrı yönetimi uygulamalarında kullanılır.

2.RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ

Kişisel Dozimetre Zorunluluğu

Madde 21 – (Değişik: RG-3.6.2010-27600)(1)

Çalışma Koşulu A durumunda görev yapan kişilerin, kişisel dozimetre kullanması zorunludur. Dozimetri hizmeti, Kurum ve Kurum tarafından uygun görülen kuruluşlar tarafından verilir ve dozimetrik değerlendirme sonuçları merkezi doz kayıt sistemine işlenir.

Dozimetri hizmeti verecek kuruluşların uygunluk ölçütleri ile çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

Koruyucu Giysi ve Teçhizat

Madde 22 –Yapılan işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizat kullanılır.

3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDAYÖNETMELİK

MADDE 8.2: Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

Radyasyon Doz Limitleri

MADDE 7 – (1) Bu Yönetmeliğe uygun olarak radyasyon alanlarında yapılan çevresel radyasyon izlemesinin yanı sıra Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği gereğince kişisel dozimetre kullanması zorunlu olan personel kişisel cep dozimetresi; bu personelden radyofarmasötik işaretlemede ve tedavi amaçlı radyonüklid uygulamalarında, radyoterapide manuel iridyum 192 uygulamalarında görevli olanlar ile girişimsel floroskopik uygulamalarda çalışanlar kişisel cep dozimetresine ek olarak el bileği veya yüzük dozimetresi taşır.

TÜMRAD DERNEĞİ

Röntgen Kontrolü

Koruyucu önlükler en fazla üç aylık periyotlarda koruyuculuğundan emin olmak için test edilmelidir.

Muhafaza ve Koruma

Koruyucu önlükler sandalye ve koltuk üzerine buruşuk bir şekilde konulmamalı, çivi seklinde tek duvar askılığına asılmamalıdır. Kesinlikle kalorifer yakınına konulmamalı, mümkünse 10°C-20°C arası bir yerde ve özel askılıklarda muhafaza edilmelidir.

Temizleme

Kesinlikle alkol içerikli bir temizleme maddesi kullanılmamalıdır. Hafif kirlenmelerde yumuşak bir bez ile ılık su ve bulaşık deterjanı ile siliniz. Kurumuş lekelerde deterjanın kirli bölgeyle 60 dakika kadar temasını sağlayınız. Daha sonra yumuşak bir bez ile siliniz.

Dezenfeksiyon

Koruyucu önlük temizliği için otoklav kullanılmamalıdır. Dezenfeksiyon malzemesi alkol içermemelidir.

Kurşun tabakaların çatlamasını önlemek amacıyla kullanılmadığı zaman önlükler katlanmamalı, askıya asılmalıdır. Belli aralıklarla skopi cihazı kullanarak önlüklerin sağlamlığı kontrol edilmelidir.

Görevlilerin dozimetre kullanması gereklidir.

Kurşun önlük üzerinde kullanılan dozimetreye ilaveten önlük altında ikinci bir dozimetre ile parmak, el veya bilek dozimetreleri de kullanılması da tavsiye edilir.

Çekim sırasında görevli personel hiçbir şekilde hastaları elle tutmamalıdır. Eğer gerekiyorsa, özellikle çocuk hastaların ve ağır hastaların çekim esnasında hareket etmelerini önlemek için hareket sınırlayıcı ekipman kullanılmalı veya hasta sahiplerinden yardım istenmelidir. Bu esnada hastayı tutan şahsa kurşunlu önlük ve eldiven giydirilmelidir.

4.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Çekim odasında acil müdahale seti bulundurulmalıdır. Çekimi gerçekleştiren personel acil durumlar için özel olarak eğitilmelidir. Ayrıca bu tür durumlar için gerekli yardımı çağırma konusunda önceden hazırlanmış protokoller oluşturulmalıdır.

SORU: Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu? (ön/kesin tanı)

SIRA : 42
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.4.1. Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır (ön/kesin tanı).

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından HBYS' den randomize seçilen bir hasta sayfası açılarak, tanısal görüntüleme tetkik isteminde hekim tarafından endikasyonun girilip girilmediği kontrol edilmelidir.

SORU: Girişimsel görüntüleme ve kontrastlı tetkiklerde onam formu dolduruluyor mu?

SIRA : 43
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
G.5.1. Girişimsel görüntüleme ve kontrastlı tetkiklerde, onam formunda yer alan bilgiler bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.
Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:
a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
c) Muhtemel komplikasyonları,
ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
e) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,
f)Bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı ve imzası,
g)Onamın alındığı tarih ve saat.

G**.5.2.** Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastane tarafından arşivlenmeli, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Girişimsel görüntüleme işlemlerinde hastalardan alınan onamlarda hastanın okudum, anladım ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzasının olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda nokta nokta şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı, formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalı ve sağlık tesisi tarafından arşivlenmelidir.

Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

1.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ 2013
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.

a) Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;

Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

3.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):

MADDE 2:

ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,"

"Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
hususlarında bilgi verilir."
MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.
Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.
Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.
Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.
Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.
Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."
MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."
"Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
MADDE 7 –
"Rıza Formu
Madde 26 – Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.

SORU: MR randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 44
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.6.1. MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.

G.6.2. Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

G.6.3. MR randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

AÇIKLAMA :
MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde de tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından MR randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)
Sağlık tesisinde MR hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

SORU: CT randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 45
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.7.1. CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.

G.7.2. Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

G.7.3. CT randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

AÇIKLAMA :
CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde de tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından CT randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)
Sağlık tesisinde CT hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

SORU: EEG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 46
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.8.1. EEG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.

G.8.2. Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

G.8.3. EEG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

AÇIKLAMA:
EEG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde de tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından EEG randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)
Sağlık tesisinde EEG hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

SORU: EMG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 47
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.9.1. EMG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.

G.9.2. Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

G.9.3. EMG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

AÇIKLAMA :
EMG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde de tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından EMG randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)Sağlık tesisinde EMG hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

SORU: EKO randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 48
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO :10
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

G.10.1. EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilmelidir.

G.10.2. Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.

AÇIKLAMA:
EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Sağlık tesisinde EKO hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

SORU: USG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

SIRA : 49
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.11.1. USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde randevu verilmelidir.

G.11.2. Meme USG; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilmelidir.

G.11.3. Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.

G.11.4. USG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

AÇIKLAMA:
USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde, Meme USG için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilmeli, tetkikin yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.
Gözlemciler tarafından USG randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)
Sağlık tesisinde USG hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır.

BİYOKİMYA LABORATUVARI

SORU: Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?

SIRA : 50
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.1.1. Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırmasını gösteren belge incelenmelidir. Sağlık tesisinin ruhsatlandırma için başvuru yapmış olması durumunda, olumlu olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?

SIRA : 51
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.2.1. Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.

AÇIKLAMA:
Acil ve rutin tetkikler için ayrı olmak kaydıyla hasta sonuç çıktıları üzerinden sonuç verme zamanları değerlendirilerek sağlık tesisinin ilan ettiği sürelerle uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
e) Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır)

2.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 12.5. Tıbbi laboratuvarda test sonuçlarının güvenilir ve doğru olarak zamanında verilmesi için gerekli tedbirler alınır.

SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?

SIRA : 52
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

BL.3.1. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.

BL.3.2. Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Kan alma birimi ve servislerde hastalardan alınan numunelerin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun taşıma kaplarında, ilgili personel tarafından ve bekletilmeden transferinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği,
Sağlık tesisinin bağlı birimlerinden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme incelenmeli ve yapılan düzenlemeye uyulup uyulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve post analitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışılmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

SORU: Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 53
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

BL.4.1. Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.

BL.4.2. Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

BL.4.3. Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul biriminde, gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı,

Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni bilgilerinin HBYS üzerinde yer alıp almadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 13.1.b Tıbbi laboratuvar destek alanları; en az bir numune kabul birimi, numune alma odası/alanı ve malzeme depolanması için uygun alandan oluşur. Bu alanlar, tıbbi laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütün oluşturacak şekilde düzenlenir. Kurum/kuruluş bünyesinde olan tıbbi laboratuvarlarda numune alma odası/alanı poliklinik katında da bulunabilir.

SORU: Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu? .

SIRA : 54
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.5.1. Tıbbi biyokimya laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.

BL.5.2. Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.

BL.5.3. Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan numune kabul ve red kriterlerini HBYS üzerinden incelemeli, kabul–red kriterleri ve yapılan redlerin aylık analizlerine göre reddedilen numune sayısını azaltmaya yönelik alınan önlemlerde değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

4.1.2.Laboratuvar hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli şartları karşılaması gerekir.

a) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı, numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer sağlık tesisi personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

SORU: Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 55
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : AYD, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.6.1. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.

BL.6.2. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.

BL.6.3. Tıbbi laboratuvarlar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.

BL.6.4. Tıbbi biyokimya laboratuvarında idrar ve gaita testleri;

ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından tıbbi laboratuvarların; teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluştuğu, cihazların ve laboratuvar personelinin optimal çalışmalarını sağlayacak şekilde iklimlendirildiği ve aydınlatıldığı, idrar ve gaita testlerinin ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde havalandırması olan, en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılıp çalışılmadığı değerlendirilmelidir. BL.6.4. unsuru mikrobiyoloji laboratuvarı bulunmayan, idrar ve gaita testlerinin biyokimya laboratuvarında çalışıldığı sağlık tesislerinde değerlendirilecek olup idrar ve gaita testlerinin mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılması durumunda biyokimya laboratuvarındaki bu unsur muaf tutulmalıdır.

KAYNAK:
1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1.12. Laboratuvar alanlarının personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
2.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 13.1.Tıbbi laboratuvarın fiziki alanı; tıbbi laboratuvar teknik alanı, destek alanları ve ofis alanları olmak üzere üç temel kısımdan oluşur.

Madde 13.2.b. 2: Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir oda/alanda çalışılır veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir oda/alanda veya çeker ocak ortamında çalışılabilir.

SORU: Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?

SIRA : 56
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.7.1. Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

BL.7.2. Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

BL.7.3. Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Laboratuvar test kitleri 25^0C altında veya üretici firmaların önerileri ve ürünlerin özelliklerine göre belirlenmiş saklama koşullarında saklanıp saklanmadığı değerlendirilmelidir. 24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında sıcaklık takibi yapılmalı, referans sıcaklık değerlerinde bir sapma olduğunda, çalışan personel sesli uyarı sistemi ile uyarılmalıdır. Bu tür laboratuvarlarda ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılması zorunlu değildir (Sıcaklık takibi yapılması ve sesli uyarı sistemi olması koşuluyla).
Laboratuvar aktif çalışma alanı dışındaki destek depo (laboratuvar kitlerinin depolandığı) alanlarda bulunan buzdolaplarında, sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 57
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR :YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.8.1. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

BL.8.2. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçlerle (numune kabul zamanına uygunluk, reddedilen numunelere ait oranlar, panik değer bildirimleri, zamanında onaylanamayan tetkikler vb.) ilgili değerlendirmelere ait aylık kayıtlar incelenmelidir.

Aylık analizlere göre alınan önlemler ve bu önlemlere ait kayıtlar değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu-- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri: 27- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılır ve kayıtlar tutulur. 28- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılır ve düzenli kayıt tutulur.

SORU: Laboratuvar da çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?

SIRA : 58
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.9.1. İç kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvarda bulunan tüm testlerin iç kalite kontrol çalışmalarının yapılıp yapılmadığı randomize olarak seçilen cihazların kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 4 – (1) - g) İç kalite kontrol: Analitik sürecin kalitesini değerlendirmek ve sonuçların güvenilirliğini yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvar tarafından yapılan kalite kontrol çalışmasını.. ifade eder.

MADDE 12 (8) Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.
MADDE 27 – (2) Tıbbi laboratuvar, rapor edilen testler için uygun bir iç kalite kontrol, test doğrulama ve/veya geçerli kılma programı uygular ve buna ilişkin kayıtları tutar.
Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

SORU: Laboratuvar da çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?

SIRA : 59
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.10.1. Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Dış kalite kontrol çalışmalarına ait protokol kayıtları ve çalışma sonuçları değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 4 – (1) - ç) Dış kalite değerlendirme: Tıbbi laboratuvarların test sonuçlarının güvenilirliğini sağlamak veya yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvarın dışındaki bir sistem/kurum/kuruluş tarafından düzenlenen içeriği veya konsantrasyonu bilinen ya da bilinmeyen numunelerle yapılan izleme ve değerlendirme çalışmasını,.. ifade eder.
MADDE 12 (8) Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.
MADDE 27 – (3) Tıbbi laboratuvar Bakanlığın belirlediği testler için dış kalite değerlendirme programlarına katılır ve sonuçlarını kayıt altına alır. Dış kalite değerlendirme programlarına katılım belgelendirilir.

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu - Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

SIRA : 60
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.11.1. "Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;

- İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı,
- Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri,
- Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı,
- Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır."

AÇIKLAMA:
Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?

SIRA : 61
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : TKY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BL.12.1. Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.

BL.12.2. HBYS üzerinde uyarı sistemi; hasta sonucu onaylanmadan önce laboratuvar çalışanı tarafından görülebilecek ve ilgili sağlık personelinin ekranında fark edilebilecek şekilde olmalıdır.

BL.12.3. Panik değer tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik değere ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Panik değerler; laboratuvarda çalışılan testlerden, belirlenen referans aralığı dışında kalan, ve hasta için riskli olabilecek normale göre patofizyolojik sapma gösteren ve hastanın hayatını tehdit eden değerler dir. Her laboratuvar panik değer listesini belirlemeli ve HBYS üzerinde tanımlamalıdır.
Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan HBYS üzerinden de tanımlanmış olan panik değer listesini incelemelidir. Uyarıcı sistem laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek şekilde olmalıdır. Panik değer bildirimlerinde, bildirimi yapan sağlık personeli, bildirim yapılan sağlık personeli, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih, saat bilgilerinin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK :
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 11
Panik değerleri/tanılar HBS/LBS üzerinde tanımlanmıştır ve panik değer/tanı tespiti durumunda HBS/LBS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem vardır. Günlük/haftalık sorumlusu belirlidir. (Patoloji laboratuvarları için bildirimin HBS/LBS üzerinden yapılması zorunlu değildir.)

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.d) Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.

SORU: Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 62
BÖLÜM ADI : BİYOKİMYA LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : YPYD, TKY, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
BL.13.1. " Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak;
- Laboratuvara giriş/çıkış kuralları,
- Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar,
- Çalışanların uyması gereken kurallar,
- Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunma,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi,
- Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları,
- Atık yönetimi ve dekontaminasyon,
- Laboratuvar kaza bildirimi,
- Yangın ve
- Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri" içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

BL.13.2. Rehber sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.

BL.13.3. Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.

BL.13.4. Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.

BL.13.5. Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

BL.13.6. Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunmalıdır.

BL.13.7. Tıbbi laboratuvarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.

BL.13.8. İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.

BL.13.9. Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

BL.13.10.Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar güvenlik rehberinin; laboratuvara giriş/çıkış kuralları, laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması ve çalışanların uyması gereken kuralları, laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımını, biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunmayı, tehlikeli maddelerin yönetimini, laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarını, atık yönetimi ve dekontaminasyonu, laboratuvar kaza bildirimini, yangın ve elektrik güvenliği konularını kapsayıp kapsamadığı değerlendirilir. Rehberin sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumu kontrol edilir.

Tehlike ve risklere karşı, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılıp yapılmadığı,

Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılıp yapılmadığı,

Laboratuvar teknik alanında kişisel koruyucu ekipman, el yıkama lavabosu, göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunup bulunmadığı,

Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretlerin olup olmadığı ve pano yerinin tüm personel tarafından bilinip bilinmediği değerlendirilmelidir.

İlk yardım setinde, kaza durumlarında ilk müdahaleyi yapacak malzemeler bulunmalıdır.

Mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

KAYNAK:

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 18: Tıbbi laboratuvara özgü güvenlik rehberi vardır, gerekli güncellemeler yapılır.

MADDE 13 (3)- c) Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olmalıdır. Tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılır.

MADDE 28 – (3) Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsügibi güvenlik donanımı bulundurulur. (7) Tıbbi laboratuvar teknik alanında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal ve gerekirse acil duş bulundurulur. (5) Tıbbi laboratuvarda kimyasal, radyoaktif ve/veya potansiyel enfeksiyöz riskten korunmak için personele kişisel koruyucu ekipman temin edilir ve personelin kullanması sağlanır. (8) Tıbbi laboratuvara yönelik ve personelin kolayca erişebileceği bir güvenlik dokümanı oluşturulur. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları temin edilir. (9) Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılır.

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 23-Tıbbi laboratuvarda ilkyardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı vardır. 20- Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) vardır.

2.ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

S10. YÖNETSEL KONTROLLER: S10.08. Laboratuvar kazalarının bildirimi sözlü ve yazılı olarak yapılmalı, laboratuvar kazalarının yıllık dökümü yapılmalıdır.

Standart mikrobiyolojik uygulamalar

Laboratuvarda kültür ve örneklerle ilgili işlemler yapılırken laboratuvar kapıları kapalı tutulmalıdır. Laboratuvara yetkili olmayan kişilerin girişine engel olunmalı, çocukların laboratuvar çalışma alanlarına girmesine izin verilmemelidir.

Elektrik kaynaklı tehlikeler, yüksek enerji alanlarına erişim kısıtlaması ve işaretlemesi olmalıdır. Acil durumlarda akımı kesmek için ana şaltere kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

ELEKTRİK KAYNAKLI TEHLİKELERE KARŞI ÖNLEMLER: Elektrik yangınlarında sadece kuru toz veya CO2 söndürücü kullanılmalı ve laboratuvarda bu tip yangın söndürücüler hazır bulundurulmalıdır.

KİMYASALLARIN ETİKETLENMESİ: Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde

a. Uluslararası Teorik ve Uygulamalı Kimya Birliği (IUPAC) tarafından önerilen isim
b. Üretici firma adı
c. Kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi
d. Kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih
e. Kullanılmaya başlandığı tarih bulunmalıdır.

3. Gelen kimyasallar oluşturulmuş stok kütüğüne kayıt edilmelidir. Stok kütüğüne kimyasalın adı, üretim tarihi, geliş tarihi, lot numarası, miktarı ve üretici firma adına ait bilgiler kayıt edilmelidir.

MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI

SORU: Mikrobiyoloji laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?

SIRA : 63
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.1.1. Mikrobiyoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından mikrobiyoloji laboratuvarının ruhsatlandırmasını gösteren belge incelenmelidir. Sağlık tesisinin ruhsatlandırma için başvuru yapmış olması durumunda, olumlu olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?

SIRA : 64
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.2.1. Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından numunenin izlenebilirliği açısından sonuç çıktısında her üç zamanın da (numune alma zamanı, numune kabul zamanı ve onaylama zamanı) belirtilip belirtilmediği incelenmeli, acil ve rutin tetkikler için ayrı olmak kaydıyla hasta sonuç çıktıları üzerinden sonuç verme zamanları değerlendirilerek sağlık tesisinin ilan ettiği sürelerle uyumluluğu değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.6.d İlgisine göre biyokimya veya mikrobiyoloji uzmanınca onaylanan tetkikin sonucu istemi yapan hekimce görülebilir. Serolojik, hematolojik, biyokimyasal ve idrar analiz sonuçları sınırları Bakanlıkça belirlenen süreler içerisinde olmak kaydıyla her sağlık tesisi

tarafından belirlenerek duyurulur. Sonuçlar tamamlanıp onaylandıktan sonra ilgili polikliniklere otomasyon üzerinden aktarılır.
e) Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır)
2.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 12.5. Tıbbi laboratuvarda test sonuçlarının güvenilir ve doğru olarak zamanında verilmesi için gerekli tedbirler alınır.

SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?

SIRA : 65
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

ML.3.1. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.

BL.3.2. Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Kan alma birimi ve servislerde hastalardan alınan numunelerin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun taşıma kaplarında, ilgili personel tarafından ve bekletilmeden transferinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği,
Sağlık tesisinin bağlı birimlerinden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme incelenmeli ve yapılan düzenlemeye uyulup uyulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve post analitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışılmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

SORU: Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 66
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, HGY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

ML.4.1. Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.

ML.4.2. Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

ML.4.3. Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.

AÇIKLAMA:
Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul biriminde, gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı,
Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni bilgilerinin HBYS üzerinde yer alıp almadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 13.1.b Tıbbi laboratuvar destek alanları; en az bir numune kabul birimi, numune alma odası/alanı ve malzeme depolanması için uygun alandan oluşur. Bu alanlar, tıbbi laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütün oluşturacak şekilde düzenlenir. Kurum/kuruluş bünyesinde olan tıbbi laboratuvarlarda numune alma odası/alanı poliklinik katında da bulunabilir.

SORU: Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?

SIRA : 67
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.5.1. Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.

ML.5.2. Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.

ML.5.3. Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan numune kabul ve red kriterlerini HBYS üzerinden incelemeli, kabul–red kriterleri ve yapılan redlerin aylık analizlerine göre reddedilen numune sayısını azaltmaya yönelik alınan önlemlerde değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1.2.Laboratuvar hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli şartları karşılaması gerekir.
a) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı, numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer sağlık tesisi personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

SORU: Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 68
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : AYD, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.6.1. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.

ML.6.2. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.

ML.6.3. Tıbbi laboratuvarlar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.

ML.6.4. Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarında idrar ve gaita testleri;

ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.

ML.6.5. Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odası olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından tıbbi laboratuvarların; teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluştuğu, cihazların ve laboratuvar personelinin optimal çalışmalarını sağlayacak şekilde iklimlendirildiği ve aydınlatıldığı,
Besiyerini kendisi hazırlayan sağlık tesisleri mikrobiyoloji laboratuvarında "Besiyeri Hazırlama Odası" olup olmadığı,
İdrar ve gaita testlerinin ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde havalandırması olan, en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılıp çalışılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
   TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

4.1.12. Laboratuvar alanlarının personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

2.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 13.1.Tıbbi laboratuvarın fiziki alanı; tıbbi laboratuvar teknik alanı, destek alanları ve ofis alanları olmak üzere üç temel kısımdan oluşur.

MADDE 13.2.b. 2: Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir oda/alanda çalışılır veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir oda/alanda veya çeker ocak ortamında çalışılabilir.

MADDE 13-(2)-1) Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarları besiyerini kendisi yapması durumunda ayrıca besiyeri hazırlama odası bulundurur.

SORU: Laboratuvar kitlerinin ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?

SIRA : 69
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.7.1. Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

ML.7.2. Antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

ML.7.3. Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

AÇIKLAMA:

Stoktaki antibiyotik diskleri -20°C, Kullanımdaki antibiyotik diskleri 4-8°C'de , Laboratuvar test kitleri ise 25^0C ve % 60 nem oranının altında veya üretici firmaların önerileri ve ürünlerin özelliklerine göre belirlenmiş saklama koşullarında saklanıp saklanmadığı, kit ve antibiyotik disklerinin saklandığı

Aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında referans sıcaklık değerlerinde bir sapma olduğunda, sesli uyarı sistemi ile veya ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılıp yapılmadığı,

Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması

halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 70
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.8.1. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

ML.8.2. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Laboratuvar analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçlerle (numune kabul zamanına uygunluk, reddedilen numunelere ait oranlar, panik değer bildirimleri, zamanında onaylanamayan tetkikler vb.) ilgili değerlendirmelere ait aylık kayıtlar incelenmelidir.
Aylık analizlere göre alınan önlemler ve bu önlemlere ait kayıtlar değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri: 27- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılır ve kayıtlar tutulur. 28- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılır ve düzenli kayıt tutulur.

SORU: Laboratuvar da çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?

SIRA : 71
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.9.1. İç kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Laboratuvarda çalışılan tüm testlerin iç kalite kontrol çalışmalarının yapılıp yapılmadığı randomize olarak seçilen cihazların kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 4 – (1) - g) İç kalite kontrol: Analitik sürecin kalitesini değerlendirmek ve sonuçların güvenilirliğini yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvar tarafından yapılan kalite kontrol çalışmasını.. ifade eder.
MADDE 12 (8) Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.
MADDE 27 – (2) Tıbbi laboratuvar, rapor edilen testler için uygun bir iç kalite kontrol, test doğrulama ve/veya geçerli kılma programı uygular ve buna ilişkin kayıtları tutar.
Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

SORU: Laboratuvar da çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?

SIRA : 72
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.10.1. Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Dış kalite kontrol çalışmalarına ait protokol kayıtları ve çalışma sonuçları değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
MADDE 4 – (1) - ç) Dış kalite değerlendirme: Tıbbi laboratuvarların test sonuçlarının güvenilirliğini sağlamak veya yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvarın dışındaki bir sistem/kurum/kuruluş tarafından düzenlenen içeriği veya konsantrasyonu bilinen ya da bilinmeyen numunelerle yapılan izleme ve değerlendirme çalışmasını,.. ifade eder.

MADDE 12 (8) Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.
MADDE 27 – (3) Tıbbi laboratuvar Bakanlığın belirlediği testler için dış kalite değerlendirme programlarına katılır ve sonuçlarını kayıt altına alır. Dış kalite değerlendirme programlarına katılım belgelendirilir.
Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu - Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

SIRA : 73
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
ML.11.1. "Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;
- İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı,
- Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri,
- Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı,
- Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır."

AÇIKLAMA:
Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?

SIRA : 74
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : TKY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.12.1. Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.

ML.12.2. HBYS üzerinde uyarı sistemi; hasta sonucu onaylanmadan önce laboratuvar çalışanı tarafından görülebilecek ve ilgili sağlık personelinin ekranında fark edilebilecek şekilde olmalıdır.

ML.12.3. Panik değer tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik değere ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Panik değerler; laboratuvarda çalışılan testlerden, belirlenen referans aralığı dışında kalan, ve hasta için riskli olabilecek normale göre patofizyolojik sapma gösteren ve hastanın hayatını tehdit eden değerlerdir. Her laboratuvar panik değer listesini belirlemeli ve HBYS üzerinde tanımlamalıdır.

Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan HBYS üzerinden de tanımlanmış olan panik değer listesini incelemelidir. Uyarıcı sistem laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek şekilde olmalıdır. Panik değer bildirimlerinde, bildirimi yapan sağlık personeli, bildirim yapılan sağlık personeli, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih, saat bilgilerinin olup olmadığı kayıtlar üzerinden değerlendirilmelidir.

KAYNAK :

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 11
Panik değerleri/tanılar HBS/LBS üzerinde tanımlanmıştır ve panik değer/tanı tespiti durumunda HBS/LBS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem vardır. Günlük/haftalık sorumlusu belirlidir. (Patoloji laboratuvarları için bildirimin HBS/LBS üzerinden yapılması zorunlu değildir.)

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.d) Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.

SORU: Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 75
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : TKY, YPYD, ÇHG, EKÖ

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.13.1. "Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak;
- Laboratuvara giriş/çıkış kuralları,
- Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar,
- Çalışanların uyması gereken kurallar,
- Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunma,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi,
- Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları,
- Atık yönetimi ve dekontaminasyon,
- Laboratuvar kaza bildirimi,
- Yangın ve
- Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri" içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

ML.13.2. Rehber sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.

ML.13.3. Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.

ML.13.4. Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.

ML.13.5. Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.

ML.13.6. Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

ML.13.7. Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunmalıdır.

ML.13.8. Tıbbi laboratuvarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.

ML.13.9. İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.

ML.13.10. Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

ML.13.11.Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndür ücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

ML.13.12. Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar güvenlik rehberinin; laboratuvara giriş/çıkış kuralları, laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması ve çalışanların uyması gereken kuralları, laboratuvar

çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımını, biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunmayı, tehlikeli maddelerin yönetimini, laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarını, atık yönetimi ve dekontaminasyonu, laboratuvar kaza bildirimini, yangın ve elektrik güvenliği konularını kapsayıp kapsamadığı değerlendirilir. Rehberin sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumu kontrol edilir.

Tehlike ve risklere karşı, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılıp yapılmadığı,

Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılıp yapılmadığı,

Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılıp yapılmadığı,

Laboratuvar teknik alanında kişisel koruyucu ekipman, el yıkama lavabosu, göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunup bulunmadığı,

Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretlerin olup olmadığı ve pano yerinin tüm personel tarafından bilinip bilinmediği değerlendirilmelidir.

İlk yardım setinde, kaza durumlarında ilk müdahaleyi yapacak malzemeler bulunmalıdır.

KAYNAK:

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 18

Tıbbi laboratuvara özgü güvenlik rehberi vardır, gerekli güncellemeler yapılır.

MADDE 13 (3)- c) Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olmalıdır. Tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılır.

MADDE 28 – (3) Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulur. (7) Tıbbi laboratuvar teknik alanında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal ve gerekirse acil duş bulundurulur. (5) Tıbbi laboratuvarda kimyasal, radyoaktif ve/veya potansiyel enfeksiyöz riskten korunmak için personele kişisel koruyucu ekipman temin edilir ve personelin kullanması sağlanır. (8) Tıbbi laboratuvara yönelik ve personelin kolayca erişebileceği bir güvenlik dokümanı oluşturulur. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları temin edilir. (9) Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılır.

MADDE 16 – (5) ç) Dekontaminasyon işlemlerini ve atıkların güvenli şekilde bertaraf edilmesini sağlamak,

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 23-Tıbbi laboratuvarda ilkyardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı vardır. 20- Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) vardır.

2.ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

S10. YÖNETSEL KONTROLLER

S10.08. Laboratuvar kazalarının bildirimi sözlü ve yazılı olarak yapılmalı,
laboratuvar kazalarının yıllık dökümü yapılmalıdır.

Standart mikrobiyolojik uygulamalar

Laboratuvarda kültür ve örneklerle ilgili işlemler yapılırken laboratuvar kapıları kapalı tutulmalıdır. Laboratuvara yetkili olmayan kişilerin girişine engel olunmalı, çocukların laboratuvar çalışma alanlarına girmesine izin verilmemelidir.

Elektrik kaynaklı tehlikeler

Yüksek enerji alanlarına erişim kısıtlaması ve işaretlemesi olmalıdır. Acil durumlarda akımı kesmek için ana şaltere kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

ELEKTRİK KAYNAKLI TEHLİKELERE KARŞI ÖNLEMLER

Elektrik yangınlarında sadece kuru toz veya CO2 söndürücü kullanılmalı ve laboratuvarda bu tip yangın söndürücüler hazır bulundurulmalıdır.

KİMYASALLARIN ETİKETLENMESİ

Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde

a. Uluslararası Teorik ve Uygulamalı Kimya Birliği (IUPAC) tarafından önerilen isim
b. Üretici firma adı
c. Kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi
d. Kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih
e. Kullanılmaya başlandığı tarih bulunmalıdır.

3. Gelen kimyasallar oluşturulmuş stok kütüğüne kayıt edilmelidir. Stok kütüğüne kimyasalın adı, üretim tarihi, geliş tarihi, lot numarası, miktarı ve üretici firma adına ait bilgiler kayıt edilmelidir.

SORU: Kültür testleri biyogüvenlik kabininde uygun koşullarda çalışılıyor mu? (Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlar muaftır.)

SIRA : 76
BÖLÜM ADI : MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : EKÖ, ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.14.1. Biyogüvenlik kabinleri laboratuvar içinde kapılardan, açık pencerelerden, havalandırma ızgaralarından, hava akımını bozan cihazlardan (çeker ocak, santrifüj vb.) ve yoğun insan trafiği olan alanlardan uzak olacak şekilde konumlandırılmalıdır.

ML.14.2. Kabinin laminer hava akımı çalışır durumda olmalıdır.

ML.14.3. Sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısı olmalıdır.

ML.14.4. Biyogüvenlik kabininin bakım ve kontrol talimatı olmalıdır

ML.14.5. Periyodik bakımları ve performans testleri (sızdırmazlık testi, dekontaminasyon sistem testleri vb.) yılda bir defa yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

ML.14.6. Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli, kabin fanı en az 5 dakika çalıştırıldıktan sonra çalışmaya başlanmalı, çalışma bitiminde fan 5 dakika çalıştırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından biyogüvenlik kabininin sınıfı sorularak sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısının olup olmadığı incelenmelidir.

Biyogüvenlik kabininin periyodik bakımları ve performans testleri yılda bir defa yapılarak kayıt altına alınmalı, kabinde fan çalışmadan ve hava akımı güvenli moda geçmeden çalışmaya başlanmamalı, kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Biyogüvenlik kabininin günlük temizliği kabin içindeki çalışma malzemeleri çıkarılarak yapılmalı, kabinin içi ve dışı % 70'lik alkol vb. ile temizlenmeli, en az 5 dk. boş çalıştırıldıktan sonra kapatılmalıdır.

Kabinde fan çalışmadan ve hava akımı güvenli moda geçmeden çalışmaya başlanmamalıdır. Genel bir kural olarak fan en az 5 dakika çalıştırıldıktan sonra çalışmaya başlanmalıdır. Çalışma öncesinde kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir. Çalışma sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir. Çamaşır suyu çözeltisi dökülme saçılma yoksa rutin temizlik için 1/50-1/100 yeterlidir. Dökülme saçılma durumunda kabini çalıştırmaya devam edilmeli, %10 çamaşır suyu çözeltisi kullanılmalıdır.

Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlarda bu soru muaf tutulmalıdır.

KAYNAK:

ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

Kabinde fan çalışmadan ve hava akımı güvenli moda geçmeden çalışmaya başlanmamalıdır. Genel bir kural olarak fan en az 5 dakika çalıştırıldıktan sonra çalışmaya başlanmalıdır. Çalışma öncesinde kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir. Çalışma sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya 1/50-1/100 (dökülme saçılma yoksa rutin temizlik için yeterli) çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir.

Kabin fanı çalışma bitiminden 5 dakika sonrasına kadar içerideki havayı temizlemek için çalıştırılmalıdır. Dökülme ve saçılma durumunda kabini çalıştırmaya devam edin. Yeterli miktarda %10 çamaşır suyu çözeltisi hazırlayın.

PATALOJİ LABORATUVARI

SORU: Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?

SIRA : 77
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.1.1. Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından patoloji laboratuvarının ruhsatlandırmasını gösteren belge incelenir. Sağlık tesisinin ruhsatlandırma için başvuru yapmış olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?

SIRA : 78
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, HDB

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.2.1. Kurum patoloji laboratuvarında çalışılan sitoloji ve biyopsi testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında bilgi vermelidir.

PL.2.2. Kurum patoloji laboratuvarında çalışılan sitoloji ve biyopsi testlerinin sonuçlarını beyan ettiği sürelerde vermelidir.

PL.2.3. Patoloji laboratuvarına gelen materyallerin kabulü teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Patoloji laboratuvarında çalışılan sitoloji ve biyopsi testlerinin sonuçlarının beyan edilen zamanlarda verilip verilmediği, patoloji laboratuvarına gelen materyallerin defter, form vb. teslim tutanakları ile teslim eden ve teslim alan personeller tarafından imzalanarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?

SIRA : 79
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.3.1. Hastalardan alınan numuneler numunenin cinsine uygun koşullarda, uygun kap ve ekipmanla, numune taşıma personeli aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.

PL.3.2. Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Patoloji laboratuvarına getirilen numunelerin uygun taşıma koşullarında personel ile getirilip getirilmediği,
Sağlık tesisinin bağlı birimlerinden (Semt Plk. Ek Bina vb.) patoloji laboratuvarına transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme incelenmeli ve yapılan düzenlemeye uyulup uyulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci
4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve post analitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışılmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

SORU: Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 80
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, HGY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

PL.4.1. Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

PL.4.2. Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji laboratuvarına gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı,

Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni bilgilerinin HBYS üzerinde yer alıp almadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?

SIRA : 81
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.5.1. Tıbbi Patoloji Laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.

PL.5.2. Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.

PL.5.3. Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan numune kabul ve red kriterlerini HBYS üzerinden incelemeli, kabul–red kriterleri ve yapılan redlerin aylık analizlerine göre reddedilen numune sayısını azaltmaya yönelik alınan önlemlerde değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

4.1.2.Laboratuvar hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli şartları karşılaması gerekir.

a) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı, numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer sağlık tesisi personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

SORU: Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 82
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : AYD, ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.6.1. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.

PL.6.2. Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.

PL.6.3. "Patoloji Laboratuvarında;

- -Boyama/özel işlem odası/alanı,
- -Doktor mikroskopi inceleme odası/alanı,
- -Arşiv odası,
- -Makroskopi odası,
- -Destek ve ofis alanları bulunmalıdır."

PL.6.4. Patoloji Laboratuvarında personel için giyinme ve dinlenme odası bulunmalıdır.

PL.6.5. Makroskobi odasında kimyasal buhar veya gazlarda güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunmalıdır. Havalandırma sistemi kullanım anında çalışır durumda olmalıdır.

PL.6.6. Havalandırma sistemi hastane havalandırma sisteminden ayrı olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından patoloji laboratuvarının iklimlendirilmesi ve aydınlatılmasının yeterliliği, Değerlendirilecek unsurlarda belirtilen teknik, destek, ofis, giyinme ve dinleme odalarının bulunup bulunmadığı,

Makroskobi odasında kimyasal buhar veya gazlarda güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunup, kullanım anında çalışır durumda olup olmadığı,

Havalandırma sisteminin hastane havalandırma sisteminden ayrı olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

TIBBİ LABORATUVARLARIN ÇALIŞMA ESASLARI

MADDE 13 – Tıbbi patoloji laboratuvar teknik alanı; boyama/özel işlem odası/alanı, doktor mikroskopi inceleme odası/alanı, arşivleme odası ve kimyasal buhar veya gazlar için özel olarak havalandırma sistemi bulunan makroskopi odasından oluşur.

SORU: Patoloji Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılıyor mu?

SIRA : 83
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, TKY, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ML.7.1. "Laboratuvarda çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Formaldehit için;

- Makroskobi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)
- Makroskobi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)
- Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)
- Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) ölçüm yapılmalıdır.

Ksilen için;

- Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)
- Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)
- Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) ölçüm yapılmalıdır."

ML.7.2. Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra istenen değerler sağlanana kadar ölçüm tekrarlanmalıdır.

ML.7.3. Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü tekrar yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji laboratuvarında yapılan formaldehit ve ksilen düzey ölçümlerine ait belgeler incelenmeli,

Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemlerinin yapılıp yapılmadığı, ölçümlerin tekrarlanıp tekrarlanmadığı,

Yapılan ölçümlerden sonra laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olup olmadığı sorgulanarak , yeni koşullardaki formaldehit ve ksilen düzey ölçümlerinin tekrarlanıp tekrarlanmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TC SAĞLIK BAKANLIĞI FORMALDEHİT VE KSİLEN ÖLÇÜM STANDARTLARI HAKKINDA GENELGE 2014/5

“09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Tıbbi Laboratuvar güvenliği başlıklı 28.inci maddesi (2) Korunmaya yönelik alınan tedbirler, tıbbi laboratuvar personelinin ve yakın çevresinin kimyasal, radyoaktif veya enfeksiyöz ajana maruz kalma olasılığını azaltıcı veya önleyici olmalıdır.” ile “Ek - iO Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu Faaliyete Esas Denetim Kritelerleri Madde 16 Tıbbi patoloji laboratuvarında havadaki formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmektedir.” hükümleri gereğince; tıbbi patoloji laboratuvarlarında oluşacak toksik madde maruziyetini giderici düzenleyici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır. Formaldehit ve ksilen marıiziyeti kanda, idrarda madde veya metabolitlerinin ölçümü ile belirlenememektedir. Bıinun nedeni, metabolit ölçümünün bu maddelere özgü olmamasıdır. Kişi çalışma ortamının dışında da formaldehit ve ksilene maruz kalabileceğinden, gerçekte tıbbi patoloji laboratuvar kaynaklı maruziyeti göstermez. Bu

nedenle çalışan personelin laboratuvar kaynaklı formaldehit ve ksilen maruziyetinin ölçülmesi gereklidir.

1. TANIMLAR

1.1. TWA (Eşik Sınır Değer Zaman Ağırlıklı Ortalama =Threshold Limit Value Time Weighed Avarage): Günde 8, haftada 40 saat çalışma süresince uzun süreli ve tekrar edilebilen maruziyetlerde çalışanların sağlığını bozmayacak "zaman ağırlıklı ortalama konsantrasyonu" dur.

1.2. TLV-STEL (Eşik Sınır Değer: Kısa Süreli Maruziyet Sınırı= Threshold Limit Value_Short Term Exposure Limit): Bir çalışma gününün herhangi bir anında aşılmaması gereken 15 dakikalık "zaman ağırlıklı ortalama maruziyet sınırı" dır.

2. GENEL İLKELER

2.1. Ölçüm yapılan iş sırasındaki marıiziyeti gösterecek şekilde düzenlenmelidir.

2.2. Sonuçların değerlendirilmesinde referans sürelere uyulmalıdır.

2.3. Maruziyet ölçümünde yaka kartı veya cihaz kullanılır.

2.4. Yaka kartı veya ölçüm cihazı sensörü, çalışan kişinin üzerinde ve solunum bölgesinden ölçüm yapılacak şekilde yerleştirilmelidir.

3. ÖLÇÜM YAPILMASI GEREKEN PERSONEL VE ASGARİ ALANLARI KOŞULLAR:

3.1. Bu ölçümler, aşağıda tanımlanan ilgili laboratuvar personelinde solunum düzeyinde yapılır.

3.1.1. Formaldehit için;

a) Makroskobi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)

b) Makroskobi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)

c) Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)

d) Doku takip kapları solüsyonlanm değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

3.1.2.Ksilen için;

a) Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

b) Doku takip kapları solüsyonları değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

c) Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

4. KABUL EDİLEN MARUZİYET SINIRLARI

4.1. Ksilol için ; TLV-TWA değeri: 100 ppm, TLV-STEL değeri: 150 ppm'dir

4.2. Formalin için; TLV-TWA değeri: 0.75 ppm, TLV-STEL değeri: 2 ppm'dir.

5. ÖLÇÜM ZAMANI

5.1. İlk Uygulama: 8 saatlik ve 15 dakikalık maruziyet düzeyleri ilk defa ölçülecek ise, çalışma ortamında bulunan ve bu kimyasallara en çok maruz kalan personelin ölçüme katılması gereklidir.

5.2. Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan soma, ölçümün tekrarlanması ve istenen değerler sağlanana kadar ölçümün tekrarlanması gerekmektedir.

5.3. Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalıdır.

SORU: Patoloji laboratuvarında arşivleme uygun koşullarda yapılıyor mu?

SIRA : 84
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.8.1. Arşiv odası uygun alanlarda konumlandırılmalıdır (Merdiven altı, koridor gibi mekanlar arşiv odası olarak kabul edilmemelidir).

PL.8.2. Bloklar en az 20 yıl, lamlar en az 10 yıl, raporlar ve kayıtlar en az 30 yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.

PL.8.3. Blokların bulunduğu arşiv odasında sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sıcaklık 25ºC'nin üzerine çıkmamalıdır.

PL.8.4. Hastaya ait dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az 1 ay saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Patoloji laboratuvarında; doku, parafin blok, lam, rapor arşivleme dolapları ve sistemlerinin kurulduğu, arşivleme için belirlenen sürelere riayet edilip edilmediği ve arşiv odasının sıcaklık takibinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı incelenmeli, arşiv süreleri ile hastaya ait dokular ve sıvıların raporlama tarihinden itibaren saklanma süreleri değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)
TIBBİ LABORATUVARLARIN ÇALIŞMA ESASLARI
MADDE 12 –(8)
Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.

SORU: Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : **85**
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.9.1. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

PL.9.2. Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçlerle (numune kabul zamanına uygunluk, reddedilen numunelere ait oranlar, panik tanı bildirimleri, vb.) ilgili değerlendirmelere ait aylık kayıtlar,

Aylık analizlere göre alınan önlemler ve bu önlemlere ait kayıtlar değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri: 27- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılır ve kayıtlar tutulur. 28- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılır ve düzenli kayıt tutulur.

SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

SIRA : 86
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.10.1. "Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;

- İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı,
- Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler
- Hasta, istemi yapan hekimin ve raporu yazanın adı soyadı,
- Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi,
- Varsa kasette yazan numara ve materyalden kaç blok alındığı,
- İstemin yapıldığı, numunenin alındığı, laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır."

AÇIKLAMA:
Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvarda panik tanı yönetimi uygun yapılıyor mu?

SIRA : 87
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : TKY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
PL.11.1. Laboratuvarda panik tanı listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.
PL.11.2. Panik tanı tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik tanıya ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan HBYS üzerinden de tanımlanmış olan panik tanı listesini incelemelidir. Panik tanı bildirimlerinde, bildirimi yapan sağlık personeli, bildirim yapılan sağlık personeli, panik tanı, bildirimin yapıldığı tarih, saat bilgilerinin olup olmadığı kayıtlar üzerinden değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 88
BÖLÜM ADI : PATOLOJİ LABORATUVARI
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : TKY, YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

PL.12.1. "Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak;
- Laboratuvara giriş/çıkış kuralları,
- Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar,
- Çalışanların uyması gereken kurallar,
- Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunma,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi,
- Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları,
- Atık yönetimi ve dekontaminasyon,
- Laboratuvar kaza bildirimi,
- Yangın ve
- Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri" içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

PL.12.2. Rehber sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.

PL.12.3. Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.

PL.12.4. Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.

PL.12.5. Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır. Laboratuvara erişim, görevli personel dışında ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

PL.12.6. Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunmalıdır.

PL.12.7. Tıbbi laboratuvarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.

PL.12.8. İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.

PL.12.9. Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

PL.12.10.Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürü cü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

PL.12.11. Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Laboratuvar güvenlik rehberinin; laboratuvara giriş/çıkış kuralları, laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması ve çalışanların uyması gereken kuralları, laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımını, biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasallar ajanlardan korunmayı, tehlikeli maddelerin yönetimini, laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarını, atık yönetimi ve dekontaminasyonu, laboratuvar kaza bildirimini, yangın ve elektrik güvenliği konularını kapsayıp kapsamadığı değerlendirilir. Rehberin sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumu kontrol edilir.

Tehlike ve risklere karşı,, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılıp yapılmadığı,

Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılıp yapılmadığı,

Laboratuvar teknik alanında kişisel koruyucu ekipman, el yıkama lavabosu, göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunup bulunmadığı,

Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretlerin olup olmadığı ve pano yerinin tüm personel tarafından bilinip bilinmediği değerlendirilmelidir.

İlk yardım setinde, kaza durumlarında ilk müdahaleyi yapacak malzemeler bulunmalıdır.

KAYNAK:

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 18

Tıbbi laboratuvara özgü güvenlik rehberi vardır, gerekli güncellemeler yapılır.

MADDE 13 (3)- c) Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olmalıdır. Tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılır.

MADDE 28 – (3) Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulur. (7) Tıbbi laboratuvar teknik alanında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal ve gerekirse acil duş bulundurulur. (5) Tıbbi laboratuvarda kimyasal, radyoaktif ve/veya potansiyel enfeksiyöz riskten korunmak için personele kişisel koruyucu ekipman temin edilir ve personelin kullanması sağlanır. (8) Tıbbi laboratuvara yönelik ve personelin kolayca erişebileceği bir güvenlik dokümanı oluşturulur. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları temin edilir. (9) Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılır.

MADDE 16 – (5) ç) Dekontaminasyon işlemlerini ve atıkların güvenli şekilde bertaraf edilmesini sağlamak,

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 23-Tıbbi laboratuvarda ilkyardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı vardır. 20- Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) vardır.

2.ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

S10. YÖNETSEL KONTROLLER

S10.08. Laboratuvar kazalarının bildirimi sözlü ve yazılı olarak yapılmalı,

laboratuvar kazalarının yıllık dökümü yapılmalıdır.

Standart mikrobiyolojik uygulamalar

Laboratuvarda kültür ve örneklerle ilgili işlemler yapılırken laboratuvar kapıları kapalı tutulmalıdır. Laboratuvara yetkili olmayan kişilerin girişine engel olunmalı, çocukların laboratuvar çalışma alanlarına girmesine izin verilmemelidir.

Elektrik kaynaklı tehlikeler

Yüksek enerji alanlarına erişim kısıtlaması ve işaretlemesi olmalıdır. Acil durumlarda akımı kesmek için ana şaltere kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

ELEKTRİK KAYNAKLI TEHLİKELERE KARŞI ÖNLEMLER

Elektrik yangınlarında sadece kuru toz veya CO2 söndürücü kullanılmalı ve laboratuvarda bu tip yangın söndürücüler hazır bulundurulmalıdır.

KİMYASALLARIN ETİKETLENMESİ

Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde

a. Uluslararası Teorik ve Uygulamalı Kimya Birliği (IUPAC) tarafından önerilen isim
b. Üretici firma adı
c. Kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi

d. Kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih
e. Kullanılmaya başlandığı tarih bulunmalıdır.
3. Gelen kimyasallar oluşturulmuş stok kütüğüne kayıt edilmelidir. Stok kütüğüne kimyasalın adı, üretim tarihi, geliş tarihi, lot numarası, miktarı ve üretici firma adına ait bilgiler kayıt edilmelidir.

SERVİS

SORU: Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?

SIRA : 89
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.1.1. Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

S.1.2. Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

S.1.3. Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından hasta bilekliğinin; ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği, yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanıldığı ve tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği ile doğrulanma yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 90
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : HGY, EHY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.2.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

S.2.2. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

S.2.3. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

S.2.4. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

S.2.5. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

S.2.6. Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

S.2.7. Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimiTKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

S.2.8. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

S.2.9. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

S.2.10. Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.

S.2.11. HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

S.2.12. Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

S.2.13. Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

S.2.14. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.
13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:
a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.
b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.
c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.
d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.
e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.
f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.
BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;
MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1

Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMİ GAZETEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :
MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.
MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla

yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU: Servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 91
BÖLÜM ADI :SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.3.1. Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

S.3.2. Servislerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

S.3.3. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.
.

KAYNAK:
TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)
4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;
c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir)

yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.
Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları
MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:
a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz uygulanıyor mu?

SIRA : 92
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : HGY, TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.4.1. Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz doldurulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Cerrahi servislerde varsa operasyona alınmak üzere olan bir hastanın dosyasında veya ameliyathanede ameliyata alınmak üzere olan bir hasta dosyasında "Cerrahi Güvenlik Formu"nda "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünün doldurulup doldurulmadığı değerlendirilmelidir.

"Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünde;

1. Hasta kimlik bilgisi, ameliyatı, ameliyat bölgesi doğrulanmalı,
2. Hastanın rızası teyit edilmeli,
3. Hastanın açlığı teyit edilmeli,
4. Ameliyat bölgesi tıraşı kontrol edilmeli,
5. Hasta üzerindeki değerli eşyaları varsa makyaj/oje ve protezler çıkartılmalı,
6. Hasta ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilmeli,
7. Ameliyat öncesi de özel bir işlem yapılacaksa (lavman, varis çorabı, sonda vb.) gerekliliği kontrol edilmeli,
8. Kullanılacak malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı yapılmalı,
9. Hastanın yapılan tüm tetkiklerinin yanında olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu aşamada hastaya hastalığı ve yapılacak ameliyat hakkında bilgi verilip verilmediği ve onayı sorgulanabilir.

SORU: Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?

SIRA : 93
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, HGY, HDB

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.5.1. Hastalar sağlık tesisinin belirlediği "düşme risk değerlendirme ölçeği" ile değerlendirilmelidir. Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

S.5.2. Hastaların düşme risk değerlendirmesi sonucuna göre kendisine ve refakatçisine düşme riski eğitimi verilmelidir.

S.5.3. Hastane kaynaklı düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır.

- Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmeli, ıslak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalı,
- Sedye, tekerlekli yatak ve sandalyelerin, hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde, frenleri kilitli olmalı,
- Hasta yatakları, sedyeler ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. kullanılmalı,
- Hasta odasında kullanılmayan malzemeler bulunmamalı,
- Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken malzemeler hastanın uzanmadan alabileceği mesafede olmalı,
- Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler hasta dosyalarındaki düşme risk değerlendirme ölçeklerini ve değerlendirmelerin belirlenen periyotlarda tekrarlanıp tekrarlanmadığını incelemeli, hastalara ve yakınlarına verilen eğitimleri ve hastane kaynaklı düşme risklerini azaltmak için alınan önlemleri değerlendirilmelidir.

Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik aşağıdaki önlemler alınmalıdır.

- Hasta odalarında ve diğer kullanım alanlarında, hastaların çarpmasını ve düşmesini önleyecek şekilde düzenleme yapılmalı,
- Islak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalı,
- Zemin kuru olmalıdır. Islak zemin varsa silinmesi sağlanmalıdır.
- Sedyeler hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde frenleri kilitli olarak park edilmeli,
- Sedye hasta taşıma arabaları ve yatak korkulukları periyodik olarak kontrol edilmeli,
- Hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. kullanılmalı,
- Tekerlekli yataklar ve sandalyeler kullanılmadığı zamanlar kilitlenmeli,
- Hasta odasında gereksiz eşyalar, yerlerde kablo vb. bulundurulmamalı,
- Hasta odasında kullanılmayan malzemeler odadan alınmalı,
- Dolu ve boş tüm gaz tüpleri sabitlenmeli,
- Tuvalet ve yatak arasında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar olmamalı,
- Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken nesneleri uzanmadan alabileceği mesafede olmalı,
- Destekli yürüyebilen hastalarda tekerlekli sandalye, baston ya da koltuk değneği kolay ulaşabileceği şekilde yerleştirilmeli,
- Yeterli aydınlatma sağlanmalı,
- Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmeli,
- Koridorda hastanın yürürken tutabileceği bantlar olmalı, yerlerde üstüne basılabilecek gereksiz eşya vb. şeyler bulunmamalıdır.
- Yatışı yapılan hastanın kendisine ve refakatçisine bölüm uyum eğitimi verilmeli,
- Uzun süre yatak istirahati sonrası, sedasyon gerektiren uygulama sonrası, ameliyat sonrası hasta ilk defa ayağa kalkıyorsa hastaya eşlik edilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci
e) Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.
f) Kliniklerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır
h) Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.
i) Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.
3.1.25.Servis kullanım alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir. Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri hasta vizit saatleri dışında tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde yapılmalıdır.

SORU: Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak hemşire tarafından değerlendiriliyor mu?

SIRA : 94
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, TKY, HDB

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.6.1. Hastanın tedavi sürecinde ve ihtiyacına yönelik genel bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.

S.6.2. Hastanın klinik durumuna göre ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.

S.6.3. Hastanın bası yarası takibi ve bakımı yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.

S.6.4. Hastanın ruhsal durum değerlendirmesi yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler servise yatışı yapılan hastanın genel bakımları, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun hemşireler tarafından değerlendirilip, hasta dosyasına kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir.

KAYNAK:
1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ
Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :
Madde 132:
a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.
b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.
Sık sık kontrolü icab eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.
2.HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ (2010):
Madde 6:
Hemşireler; verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

SORU: Yatışı yapılan her hastanın (Günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (C, D, E1 rolündeki hastanelerde muaftır.)

SIRA : 95
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : HDB, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.7.1. Hastane bünyesinde Nutrisyon Destek Ekibi oluşturulmalıdır.

S.7.2. Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

S.7.3. Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Nutrisyon Destek Ekibinin oluşturulması ve yatışı yapılan her hastanın beslenme durumuna göre (18 yaş üzeri yetişkin hastalar için NRS 2002 formu ve çocuk ve yenidoğanlar için ise çocuk hekiminin Nutrisyon ekibi ile birlikte belirleyeceği formlar) formların doldurulup doldurulmadığı ve HBYS ye tanımlanıp tanımlanmadığı değerlendirilmelidir. Günübirlik yatışı yapılan ve gebe hastalar değerlendirilmeyecektir.

SORU: Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?

SIRA : 96
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.8.1. Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

S.8.2. Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Hasta ve hasta yakınlarına " doktorları tarafından hastalıkları, uygulanacak olan tedaviler ve tedaviyi reddetmeleri halinde doğabilecek sonuçlar" hakkında bilgi verilip verilmediği sorularak değerlendirilmelidir. Hastanın tedaviyi reddetmesi ile ilgili kayıtlar incelenmelidir.

KAYNAK:

1.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (2014):

Madde 2:

ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

"Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,

hususlarında bilgi verilir."

MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998

Tedaviyi reddetme ve durdurma:

Madde 25:Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.
Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 97
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.9.1. Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

S.9.2. Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

S.9.3. Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.

AÇIKLAMA:
-Servise yatışı yapılan hastaların ilk 24 saat içinde hekimi tarafından değerlendirilerek (anamnez, fizik muayene) bilgilerin kayıt altına alındığı ve her 24 saatte bir hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve günlük takiplerin hasta dosyasında kayıt altına alınıp alınmadığı,
-Seçilen hasta dosyalarında hekim orderlerındaki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.
-Elektronik ortamda verilen order çıktıları (e-imza kullanılması haricinde) günlük olarak alınıp imzalanmalı ve kaşelenmelidir.
Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınır.

KAYNAK:
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ
Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri (gözlem) ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.
Madde 72: Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

SORU: Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 98
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.10.1. Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.

S.10.2. Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlamak için perde/paravanın mevcut olup olmadığını, cerrahi servislerinden ameliyathaneye giden hastaların hazırlık ve transferinde hasta mahremiyetine dikkat edilip edilmediğini incelemelidir. Hasta dosyalarının bulunduğu alanlar incelenerek yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için alınan önlemlerin yeterli olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
3.1.Yataklı servis hizmet sunum süreci
g) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb) bulunmalıdır.

SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?

SIRA : 99
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : HGY, TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.11.1. Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.

S.11.2. Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

S.11.3. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil müdahale setinin kolay ulaşılabilir bir alanda olup olmadığı,

Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miad takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı,

Acil müdahale setinde bulunan cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken malzemeler;

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve/veya erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve/veya erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve/veya erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),
Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.
Acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilmelidir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar;

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprorolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid

Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),
Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin
Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
H_2 reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.

Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
Antihistaminikler (IV)

SORU: Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)

SIRA : 100
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : HDB, YPYD, HGY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.12.1. Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.

S.12.2. Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.

S.12.3. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler "hareket kısıtlama kararı" alınabilecek olan ortopedi, nöroloji vb. servislerde bu uygulamayı gözlemlemeliler.
Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipmanların mevcut olup olmadığı değerlendirilmelidir.
Değerlendirme esnasında servis hemşirelerine kısıtlama uygulaması hakkındaki süreci anlatmaları istenerek eğitimleri değerlendirilmeli, kısıtlama uygulanan hasta varsa hasta dosyasından kayıtlar incelenmelidir. Hasta orderlarında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları, kısıtlılığın devamı için en geç 24 saatte bir tekrarlanıp tekrarlanmadığı değerlendirilmelidir.
Hastanın kendini ve diğerlerini yaralama riskine karşı veya tıbbı tedavinin kesintisiz olarak sürdürülmesini sağlamak amacı ile en son çare olarak kullanılacak olan kısıtlamaların uygulanmasına ait esaslar tanımlanmalıdır. Hasta kısıtlama kararı ilgili hekim veya nöbetçi uzman hekim tarafından verilerek tedavi planında belirtilmelidir. İlgili hekim tedavi planında uygulamanın başladığı tarihi, saati, tipini, endikasyonunu, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceğini ve uygulamanın sonlandırılacağı tarih ve saati belirtmelidir. İlgili hekim hastaya uygulanacak olan kısıtlamaların sebeplerini ve önemini, hastanın anlama düzeyine uygun olarak açıklamalıdır. Hangi kısıtlamaya ihtiyaç olduğunu ve yatıştırılmaya çalışılan davranışın ne olduğunu sebebiyle birlikte kayıt etmelidir. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.

SORU: Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 101
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : EHY, HGY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.13.1. Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.

S.13.2. İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.

AÇIKLAMA:
Servislerde ilaç hazırlama ve ilaç muhafaza alanları incelenerek; hasta bazlı olarak eczaneden teslim alınan ilaçların servislerde hasta bazlı olarak saklandığı, tedavi esnasında da hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kapların kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;
a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır.
b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

SORU: İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 102
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : TKY, HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

S.14.1. İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

S.14.2. İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

AÇIKLAMA:

Hekim tedavi planı ve hemşire gözlem formları incelenmeli, bu formlarda ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanan hastalar ziyaret edilerek mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olmalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71:

Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışardan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iaşe maddeleri yazılır. Tabelada yazılı ilaç, tedavi ve sair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlerler.

Madde 132:

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler.

Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icap eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar.

Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

SORU: Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?

SIRA : 103
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : YPYD, HED, HAH, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

S.15.1. Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

S.15.2. Refakatçıların dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepe vb. bulunmalıdır.

S.15.3. Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.

S.15.4. Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

S.15.5. İki ve daha fazla yatak bulunan odalarda gerektiğinde kullanılmak üzere yatakların uygun şekilde (perde, paravan vb.) ayrılabilmesi için düzenleme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından her bir unsur ayrı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (1983)
Madde 58 - (05-05-2005 tarihli ve 25806 sayılı Resmi Gazete Madde 19)
Yataklı tedavi kurumlarında hasta odalarının bir veya iki kişilik olarak düzenlenmesi esastır. Ancak, kurum fizik şartları dikkate alınarak daha fazla hasta kalabilen odalar da düzenlenebilir. Hasta odaları aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:
a)Özel oda: Tek yataklı, buzdolabı, televizyon, telefon ve refakatçinin dinlenmesi için gerekli bölümü ve donanımı bulunan, banyolu, lavabolu, tuvaletli,
b)Birinci sınıf oda: Tek yataklı, tuvaletli, banyolu, lavabolu ve hasta refakatçisinin dinlenmesine yönelik donanımı bulunan,
c)İkinci sınıf oda: İki ya da üç yataklı, yatakların arası uygun biçimde ayrılabilen, tuvaletli, banyolu ve lavabolu, hasta odalarıdır.
2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
f) Kliniklerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.
g) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) bulunmalıdır.
h) Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.
ı) Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
3.1.25.Servis kullanım alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir.
Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri hasta vizit saatleri dışında tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde yapılmalıdır.
3.1.27.Servis kullanım alanlarının uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

SORU: Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?

SIRA : 104
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

S.16.1. Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

S.16.2. Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Çalışan personel sayısına göre kadın-erkek giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır. Giyinme ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulup oluşturulmadığı değerlendirilir.

KAYNAK:

TKHK 12.11.2014 TARİHLİ " DİNLENME ODALARI " İLE İLGİLİ YAZI

Sağlık tesislerimizde daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunulması; çalışan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olmasına, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına, fiziki ortam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile doğru orantılıdır. İyi hizmet sunulması sadece yeterli personelin mevcut olması ile değil işini ve çalıştığı ortamı seven, güler yüzlü ve çalışmaya istekli personel ile mümkün olacaktır. Sağlık personeli çalıştığı ortamda ne kadar mutlu ve huzurlu olursa; çalıştığı kuruma olan bağlılığı, yaptığı işlerdeki başarısı ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti de bir o kadar artacaktır.

Bu bağlamda; sağlık personelimizin taleplerinin karşılanması ve uygun dinlenme odalarının oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda; tercihan günışığı alan dinlenme odalarının oluşturulması ve bu alanlarda asgari olarak; el yıkama lavabosu, mini buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) ve televizyon bulunmasının sağlanması ayrıca kişiye özel eşyaların muhafazası için çalışanlara dolap tahsis edilmesi, mahremiyete uygun giyinme alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

SORU: Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

SIRA : 105
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : YPYD, HAH, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.17.1. Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- -Hastaya odası, çağrı zili, yatağının tanıtılması,
- -Kahvaltı ve yemek saatleri,
- -Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları,
- -Ziyaret saatleri ve kuralları,
- -Telefon kullanımı,
- -Tuvalet-banyo kullanımı,
- -Yatak başı hemşire çağrı sistemi kullanımı,

- -Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı
- -Hekimin vizit saatleri

S.17.2. Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

- Kullanacağı ilaçlar,
- Düşme riski,
- Tıbbi cihazların kullanımı,
- Çocuk servisinde anne sütü,
- Beslenme, egzersizler,
- El hijyeni
- Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.

S.17.3. Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir:

- İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikli
- kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.),olası yan etkileri,
- Diyet ve beslenme biçimi,
- Egzersiz ve aktiviteler,
- Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar,
- Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı),
- Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb...

S.17.4. Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler hasta ve hasta yakınları ile görüşerek yapılan bilgilendirmeleri ve eğitimleri değerlendirmeli, hasta dosyalarında eğitim kayıtlarını incelemelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
3.1.1.Yataklı Servis Hizmetleri
i) Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.

SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?

SIRA : 106
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : HED, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.18.1. Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.

S.18.2. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.

S.18.3. Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Servislerde hastalardan alınan numunelerin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun taşıma kaplarında, ilgili personel tarafından ve bekletilmeden transferinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği,

Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) tesliminin hastalar/yakınları tarafından yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

4. Laboratuvar Hizmetleri

a)Hastadan, laboratuvar tetkikini talep eden sağlık tesisinde numune alınması,

b) Numunenin, tetkiki gerçekleştirecek laboratuvara hasta veya yakınlarıyla gönderilmemesi,

4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci

4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve postanalitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışılmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

SORU: Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?

SIRA : 107
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : HAH, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.19.1. Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.

Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,
ı)Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası,
i)Onamın alındığı tarih ve saat.

S.19.2. Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Her girişimsel işlem için ayrı onam alınıp alınmadığı hasta dosyalarında incelenmeli, hastalardan alınan onamlarda hastanın "okudum, anladım" ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzası olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda nokta nokta şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı, formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.
Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:
1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.
a)Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.
2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):
Genel Olarak Bilgi İsteme
Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.
Hastanın Rızası ve İzin
Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;
Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.
3.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):
MADDE 2:
ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,"
"Bilgilendirmenin Kapsamı
Madde 15 – Hastaya;
a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
hususlarında bilgi verilir."
MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.
Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.
Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.
Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.
Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.
Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."
MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."

“Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
MADDE 7 –
“Rıza Formu
Madde 26 – Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.

SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?

SIRA : 108
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : TKY, HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
S.20.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.
Epikrizde;
a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,
e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,
f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
g) Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

S.20.2. Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Taburcu edilmiş hasta dosyası üzerinden epikriz formu incelenmeli, değerlendirilecek unsurlarda belirtilen tüm maddelerin eksiksiz olarak doldurulmuş olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir. Taburcu olan hasta dosyalarında epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası aranmalıdır.

KAYNAK :
1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:
Madde 76:

Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir.

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):

Madde 24:

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

YOĞUN BAKIM

SORU: Yoğun Bakım seviyesine uygun olarak ruhsatlandırılmış mı?

SIRA : 109
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

Y.B.1.1. Seviyelendirme ile ilgili belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemci tarafından yoğun bakımların seviyelendirmelerini gösteren belge incelenir. Sağlık tesisi yöneticisi tarafından "Seviyelendirme" talebi yapılmış, ancak Sağlık Müdürlüğü, Valilik onayı ve Bakanlık tescil süreci tamamlanmamış ise sağlık tesisi muaf tutulur.

KAYNAK:
1.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.
Seviyelendirme
MADDE 15 – (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (1) Yoğun bakım servisleri, yatak kapasitesi, kabul edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, ilgili uzmanlık dallarının ağırlıklı oranı, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması gereken tıbbi araç-gereç ve donanım ile personelin niteliği, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak erişkin yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye; yenidoğan yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye, çocuk yoğun bakım servisleri ise ikinci ve üçüncü seviye olarak seviyelendirilir.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (3) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümleri ile erişkin yoğun bakım servisleri için ek-1, çocuk yoğun bakım servisleri için ek-2, yenidoğan yoğun bakım servisleri için ek-3'te yer alan asgari standartlar çerçevesinde komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, ek-4, ek-5 ve ek-6'da yer alan "Seviye Tespit ve Denetleme Formu"na göre yapılır. Müdürlükçe yoğun bakım servisinin branşı, yatak sayısı ve seviyesini belirten valilik onayı alınarak tescil işlemi yapılır, ÇKYS'ye kaydedilir ve ayrıca Bakanlığa bildirilir. "Seviye Tespit ve Denetleme Formu" müdürlükte muhafaza edilir ve Bakanlığa gönderilmez.
Seviyelendirmenin istisnaları
MADDE-16 –
(1) Dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım servisi kurulur.
(2) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, deri ve zührevi hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastanelerinde yoğun bakım servisi kurulması zorunlu değildir. Ancak ihtiyaç duyulması halinde buralarda kurulacak olan yoğun bakım servisleri birinci seviye olarak yapılandırılır. Gerekli durumlarda hastanın nakli sağlanıncaya kadar yaşam desteği sağlamak için transport ventilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi defibrilatör ve benzeri donanım bulundurulur.

(3) Verilen sağlık hizmetinin niteliği gereğince koroner yoğun bakım servisleri en fazla ikinci seviye olarak tescil edilebilir.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (4) Kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi, onkoloji, kemik hastalıkları, meslek hastalıkları ve benzeri dal hastaneleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinde, ilgili dal hastanesinin faaliyet gösterdiği uzmanlık dalı veya dallarına göre bulundurulması gerekli tıbbi donanım, malzeme ve uzman tabiplerin standartları ile taşıması gereken fiziki şartlar, ait olduğu seviyenin asgari standartlarına uygun olmalıdır.

MEVCUT YOĞUN BAKIM SERVİSLERİNİN SEVİYELENDİRİLMESİ VE UYUMU

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce;

(R.G. Değişik:29/05/2013-28661) a) Bakanlıkça tescili yapılmış veya yapılmamış olan mevcut tüm yoğun bakım servislerinin seviyelendirme işlemleri bu Tebliğ hükümlerine uygun olarak yapılır. (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Seviyelendirme ve tescil işlemleri 31/12/2016 tarihine kadar tamamlanır.

b) Faaliyette olan yoğun bakım servislerinden, bu Tebliğ'de belirlenen fiziki alanlara yönelik asgari şartları, fiziki alt yapı yetersizliklerine bağlı olarak sağlayamayanların bu durumları komisyon tarafından düzenlenecek bir raporla belgelendirilir. En fazla beş yıl süreyle fiziki standartlardan muaf tutularak, seviyesinin gerektirdiği diğer asgari standartları taşıması kaydıyla seviyelendirilir ve (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Müdürlükçe geçici tescil verilir. Tespit edilen noksanlıkların tamamlanmasından sonra düzenlenecek komisyon raporuna istinaden Bakanlıkça tescil işlemi gerçekleştirilir.

c) Faaliyette olan özel hastanelerin mevcut kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri, yatak sayısı, uzman tabip sayısı, tıbbi cihaz donanım bakımından Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek-3/39 ve Ek 11 inci maddesinin (h) bendinde yer alan asgari standartları taşıması, en az iki yatak ve bir izolasyon odası bulunması ve diğer şartlar bakımından bu Tebliğ hükümlerine uygun olduğunun komisyon raporunda belirtilmesi kaydıyla (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Müdürlükçe üçüncü seviye olarak tescil edilir. Ancak özel hastanelerin, kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım yatak sayısını ve kalp ve damar cerrahisi uzman tabip asgari sayısını en geç üç yıl içerisinde bu Tebliğ standartlarına uygun hale getirmeleri zorunludur.

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) ç) Faaliyette olan yoğun bakım servislerinden, bu birimlerde görev yapan personelin yoğun bakım eğitimi almış olması şartını sağlayamayanların bu durumları komisyon tarafından düzenlenecek bir raporla belgelendirilir. (R.G. Değişik:29/05/2013-28661) 31/12/2016 tarihine kadar personelin yoğun bakım eğitimi alması şartından muaf tutularak, seviyesinin gerektirdiği diğer standartları taşıması kaydıyla seviyelendirilir ve (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Müdürlükçe geçici tescil verilir. Tespit edilen noksanlıkların tamamlanmasından sonra düzenlenecek komisyon raporuna istinaden Bakanlıkça tescil işlemi gerçekleştirilir.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) d) Faaliyette olan sağlık tesisleri ile Bakanlıkça hastane ön izni verilmiş olanların, en geç 31/12/2016 tarihine kadar üçüncü seviye çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir pozitif veya negatif basınçlı solunum izolasyon odası oluşturmaları zorunludur. Bu birimlerin, seviyesinin gerektirdiği diğer asgari standartları taşıması kaydıyla Müdürlükçe geçici tescili yapılır.

(2) Bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten sonra inşa edilen sağlık tesisleri ile esaslı tadilat yapılarak yoğun bakım servisi oluşturulan mevcut sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinin bu Tebliğde belirtilen fiziki şartları taşıması zorunludur. Hizmetin gereği, esaslı tadilat gerektirmeden oluşturulabilen mevcut sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servisleri bu maddenin birinci fıkrası hükümleri kapsamında değerlendirilir.

(R.G. Değişik:29/05/2013-28661) (3) Bakanlık planlamaları gereği yoğun bakım servisi kurma zorunluluğu bulunan Kamu Hastane Birliklerine bağlı mevcut sağlık tesislerinden, bu Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren beş yıl içerisinde binası yenilenecek veya yeni binası yapılarak nakledilecek olanların mevcut binalarında yeni kurulacak yoğun bakım servisleri fiziki standartlardan muaf tutularak, seviyesinin gerektirdiği diğer asgari standartları taşıması kaydıyla Bakanlıkça geçici tescili yapılır.

SORU: Yoğun bakımla ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 110
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : AYD, YPYD, ÇHG, HDB, EKÖ, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.2.1. Görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenmelidir.

YB.2.2. II. ve III. seviye yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunmalıdır.

YB.2.3. Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemeden yapılmalıdır.

YB.2.4. Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılmalıdır.

YB.2.5. Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılmalı ve duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılmış olmalıdır.

YB.2.6. Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapılmalıdır.

YB.2.7. Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

YB.2.8. Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgah, lavabo, musluk, sabun, kağıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulunmalıdır.

YB.2.9. Malzeme odasının çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde olmalıdır, bunun mümkün olmadığı durumlarda uygun taşıma koşulları sağlanarak düzenlenmelidir.

YB.2.10. Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalıdır.

YB.2.11. Yoğun bakım içinde ilaç ve tıbbi malzeme hazırlama alanı bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Yoğun bakımların fiziki koşulları seviyesine uygun olarak değerlendirilmelidir. Yukarıda belirtilen unsurlar gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)
Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)Yoğun bakım servislerinin fiziki şartları
MADDE 5 – (1) Yoğun bakım servislerinde fiziki altyapı, konum ve sağlık tesisi içerisindeki diğer birimlerle olan fonksiyonel ilişkileri bakımından uyulması gereken genel şartlar şunlardır:
a) Yoğun bakım servisleri sağlık tesisindeki diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuar ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde yapılandırılır.
b) II. ve III. seviye yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunur.
c)Hastaların yoğun bakım servisi ile ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılır.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) ç) Hastane içinde, tercihen servisin yakınında yeterli büyüklükte hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir. Bu görüşmeler ilgili hekimin veya sağlık personelinin talebi üzerine bir güvenlik görevlisi refakatinde gerçekleştirilir.
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) d) Yoğun bakım servislerinde kayıtların tutulması ve muhafazası, iletişim ve sekretarya hizmetlerinin yürütülmesi, personelin iaşesi ve kısa süreli dinlenmesi, kadın ve erkek personelin kıyafet değiştirmesi için uygun ve yeterli destek hizmet alanları ayrılabilir. Hastane içinde tüm personel için genel bir kıyafet değiştirme bölümü varsa servis içinde ayrıca bir kıyafet değiştirme bölümü düzenlenmesi zorunlu değildir.
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) e) Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgâh, lavabo, musluk, sabun, kâğıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulundurulur. Bu odanın çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde düzenlenir.”
f) Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılır.
g) Eczaneden hazır olarak temin edilemeyen ve servis içerisinde hazırlanması gereken ilaç ve infüzyonlar için destek alanı içerisinde ayrı bir hazırlama alanı oluşturulur.
ğ) Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemeden seçilir.
(R.G. Değişik:29/05/2013-28661)h) Yoğun bakım servislerinde hasta alanı içerisinde tuvalet bulundurulmaz. Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde hasta alanının hemen dışında, sadece personel eşliğindeki yoğun bakım hastalarının kullanımına tahsis edilmiş bir

tuvalet bulundurulabilir. Kardiyoloji hastalarının takip edildiği yoğun bakım servislerinde ise tuvalet, hemşire gözetim alanı içerisinde bulundurulabilir

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) ı)Servis girişinde en az bir ve hasta alanında en az dört yatağa bir adet olacak şekilde muslukları bulunan, suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri mevcut, lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur.

i) Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılır ve açık renk tercih edilir. Duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılır.

j) Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılır.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) k) Tüm seviye yoğun bakım servislerinde gerekli güvenlik önlemlerinin alınması koşuluyla pencerelerin açılabilir nitelikte olması ve tercihen hasta alanlarının gün ışığı alması sağlanır. Hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi ve hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılır.

l) Servis ışıklandırması hastanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Hasta başı ışıklandırma tercihen her yatak için ayrı ve ayarlanabilir nitelikte olmalıdır.

m) Yoğun bakım servisleri izolasyon odaları dahil, gürültü ve akustiği engelleyecek, arka plan gürültüyü en aza indirecek şekilde yapılandırılır.

n) Yoğun bakım servislerinde hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda bir alan ayrılır.

o) Her yatağın yanında hasta takip formlarının ve dosyalarının tutulduğu ve muhafaza edildiği bir düzenek bulunur.

(R.G. Değişik:29/05/2013-28661)ö) İzolasyon odaları dâhil, yoğun bakım servislerinde her yatak için ayrı olmak üzere zeminde olmayan ve hasta başı en az oniki çıkışlı elektrik paneli bulunur. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Ancak, birinci seviye yoğun bakım servislerinde basınçlı hava zorunlu değildir. Diğer sistemlerin ise en az bir çıkışlı olması yeterlidir.

(Ek fıkra: R.G. 18/02/2012-28208)p) Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir.

(R.G. Değişik:29/05/2013-28661) r) Sağlık tesislerinde uzmanlık dallarına özgü hastalıklar için ilgili klinikler bünyesinde mevcut yoğun bakım servislerinden bağımsız ayrı yoğun bakım servisleri açılamaz. Ancak hasta yoğunluğu veya fiziki alan yetersizliği nedeniyle zorunlu olarak kurulan bu yoğun bakım servisleri hizmet seviyesine uygun asgari şartları taşır.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) s) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım yatakları hariç olmak üzere koroner, dâhili ve cerrahi yoğun bakım yatakları; aynı seviyede olmak ve seviyesine uygun asgari şartları taşımak kaydıyla aynı yoğun bakım servisinin fiziki alanı içerisinde birlikte yapılandırılabilir. Bu şekilde yapılandırılan genel yoğun bakım servisindeki mevcut yataklar, toplam yatak sayısı olarak değerlendirilir ve buna göre tescil edilir.

Erişkin yoğun bakım servislerinin fiziki şartları

MADDE 6 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) a)Erişkin yoğun bakım servislerinde destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 1,5 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m2 alan ayrılır.
b) Yatak sayısı on ve altında olan yoğun bakım servisleri tek servis olarak düzenlenebilir. On'dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla altı ila on yataktan oluşan birden fazla birime ayrılır.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) c) Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere kolay temizlenebilir bir ayırma düzeneği bulundurulur.
ç) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır.
d) Koroner yoğun bakım ve birinci seviye yoğun bakım servisleri diğer yoğun bakım servislerinden ayrı mekânlarda düzenlenebilir.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) e) Bünyesinde ayrıca çocuk yoğun bakım servisi bulunmayan veya çocuk yoğun bakım servisi bulunup da boş yatak bulunmayan sağlık tesislerinde; dahilî ve cerrahî branşlar dâhil, yoğun bakım gereksinimi olan tüm çocuk hastaların bakım ve tedavisinin, uygun çocuk yoğun bakım yatağı bulununcaya kadar erişkin yoğun bakım servislerinin uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yatırılarak sağlanması zorunludur.
f) Genel ışıklandırma tercihen, gündüz 150 fc veya 1614 lux, gece 100 fc ya da 1076 lux olacak şekilde ayarlanır.

Çocuk yoğun bakım servislerinin fizikî şartları

MADDE 7 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:
a) Çocuk yoğun bakım servisleri, mümkün olduğunca, her hastaya ve yakınlarına özel bir ortam ayrılabilecek şekilde düzenlenir.
b) Destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 2 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m2 alan ayrılır.
c) Genel ışıklandırma tercihen 20 fc veya 215 lux, spot ışıklandırma 150 fc veya 1600 lux olacak şekilde ayarlanır.
ç) Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği bulundurulur.
d) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır.

Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları

MADDE 8 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:
a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Ayrı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport küvözü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır.
c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkânı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağmak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır.
ç) Yenidoğan yoğun bakım servisi ile diğer yoğun bakım servisleri birbirinden ayrı yapılandırılır. Ancak ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) d)Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m2 alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır.
e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez.
f) Gereksiz ultraviyole ve infrared radyasyondan korunmak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılır. Işık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemeler yapılır.
g) Serviste yenidoğan bakım ve diğer destek bölümlerinin yakın olduğu alanlarda görevli personel ile yenidoğanın gereksinimlerini ayrı karşılayabilecek nitelikte, çoklu ışıklandırma düzenlemeleri yapılır.
ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.
h) Yılda ortalama binin altında doğum gerçekleştirilen sağlık tesislerinde her beşyüz doğum için bir kuvöz veya radyan ısıtıcılı açık yataktan oluşan, yeterli neonatal resusitasyon alanı ve resüsitasyon için gerekli donanımı bulunan bir birim oluşturulur.
ı) Yenidoğan cerrahi yoğun bakım servisleri de bu Tebliğin yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin hükümlerine tabidir.

Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri

MADDE 9 (R.G. Değişik:18/02/2012-28208) (1) Bünyesinde kalp ve damar cerrahisi merkezi bulunan sağlık tesislerinde, kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri bu Tebliğde belirlenen üçüncü seviye hizmet, personel ve donanım asgari standartlarına uygun olarak en az dört yoğun bakım yatağı ve tek yataklı bir temas izolasyon odası olacak şekilde yapılandırılır.
(2) Kalp damar cerrahisi yoğun bakım servisi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olacak şekilde yapılandırılır.
(R.G. Değişik:29/05/2013-28661) "(3) Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servislerinde en az üç kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabip bulunur. Uzman tabip sayısı altı ve üzerinde ise 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman tabip nöbeti tutulur. Uzman tabip sayısı üç ila altı arasında ise mesai saatleri dışındaki yoğun bakım hizmetleri, müstakil acil branş nöbeti ile yükümlü anesteziyoloji ve reanimasyon uzman tabipleri ve kardiyoloji uzmanı tabipleri tarafından dönüşümlü olarak yürütülür. Bu takdirde kalp ve damar cerrahisi uzman tabipleri, diğer branş uzman tabiplerinin nöbetlerinde dönüşümlü olarak icap nöbetine tabi tutulur.

SORU: Yoğun Bakımda hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 111
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.3.1. Yoğun bakım girişinde alkol bazlı el antiseptiği veya bir adet suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.

YB.3.2. Hasta alanında dört yatağa bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ve kâğıt havlu bulunmalıdır.

YB.3.3. Sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği ve yeterli miktarda kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakım girişlerinde el antiseptiği veya lavabo olduğu, hasta alanlarında yatak sayısına uygun sayıda lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası, kâğıt havlu ve kolay ulaşılabilir el antiseptiği olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1.SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE GİRİŞ ESASLARI (14.01.2013):

Yoğun bakım ünitesine girerken uyulacak kurallar ve kişisel koruyucu malzeme kullanımı:

a)Yoğun bakım ünitesine giren herkes(sağlık çalışanı, ziyaretçi vb.) el hijyeni sağlamalıdır. Bunun için yoğun bakım ünitesine girişte alkollü el antiseptiği veya el yıkama için gerekli olan lavabo, sıvı sabun veya antimikrobiyal sabun ve kâğıt havlu bulundurulmalıdır.

b)Ziyaret öncesi ziyaretçilere eğitim verilmelidir. Ziyaretçi kendi hastası dışında başka hastaya ve hasta bakım malzemelerine temas etmemelidir.

2.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

MADDE 5-

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) ı)Servis girişinde en az bir ve hasta alanında en az dört yatağa bir adet olacak şekilde muslukları bulunan, suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri mevcut, lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur.

(Ek fıkra: R.G. 18/02/2012-28208)p) Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir.

SORU: Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyareti ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 112
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : HAH, ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.4.1. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarını bilgilendirme ve görüşme için uygun alan ayrılmalıdır.

YB.4.2. Hastanın ihtiyacı ile ilgili bilgilendirmeler yoğun bakım hemşiresi tarafından, tıbbi durumu ile ilgili bilgilendirmeler hekim tarafından mahremiyete uygun olarak yapılmalıdır.

YB.4.3. Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli ve hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilmelidir.

YB.4.4. Sağlık personelinin talebi halinde, bilgilendirme güvenlik görevlisi refakatinde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından yoğun bakım ziyaret saatleri, bilgilendirme zamanları ve giriş çıkış kurallarının belirlenerek hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edildiği,

Yoğun bakımlarda hasta yakınlarını bilgilendirmek için yoğun bakım girişlerinde bir oda/alan oluşturulduğu ve bilgilendirmelerin bu odada/alanda her bir hasta yakını için ayrı olmak koşulu ile hekim tarafından hasta mahremiyetine uygun olarak yapıldığı,

Hastaların ihtiyaçları ile ilgili bilgilendirmeler yoğun bakım hemşiresi tarafından yapıldığı,

Sağlık personelinin talebi halinde, bilgilendirme güvenlik görevlisi refakatinde yapılıp yapılamadığı,

Hastalara uygulanacak bazı invaziv işlemlerden (trakeostomi ve PEG v.b.) önce birinci derece hasta yakınları bilgilendirilerek onamların alındığı kayıtlar incelenerek değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1.SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ'NE (YBÜ) GİRİŞ ESASLARI (14.01.2013):

Yoğun Bakım Ünitelerine Ziyaretçi Kabulü:

a)Pediatrik yoğun bakımlar da dâhil hasta ziyaretinin enfeksiyon kontrolü açısından sakıncalı olduğunu gösteren bilimsel veri yoktur.

b)Ziyaretçi sayısına kontrolünün zor olması çevre kontaminasyon riski nedeni ile kısıtlama getirilebilir. Kabul edilebilir ziyaretçi sayısına ünite bazında karar verilmelidir.

c)Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yakınları tarafından ziyaretine karar vermelidir.

d)24 saat ziyarete izin verilen ünitelerde hasta, hasta memnuniyeti artmakta iken enfeksiyon riskinde artış olmamaktadır. Ziyaret saati uygulaması üniteden üniteye değişebilir.

e)Çocukların hasta ziyaretinin hasta iyileşmesi üzerine olumlu etkileri olduğundan enfeksiyon kontrol ilkelerine uymak kaydı ile hastanın çocuklarına ve kardeş çocukların ziyaretine izin verilebilir.

f)Ateş, burun akıntısı, öksürük, ishal, kusma ve enfeksiyöz dermatiti olan kişiler ziyaretçi olarak kabul edilmemelidir.

g)Toplumda salgın varlığında ziyaretçi kısıtlaması yapılabilir.

2.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)

Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları

MADDE 5-

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) ç) Hastane içinde, tercihen servisin yakınında yeterli büyüklükte hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir. Bu görüşmeler ilgili hekimin veya sağlık personelinin talebi üzerine bir güvenlik görevlisi refakatinde gerçekleştirilir.

SORU: Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?

SIRA :113
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.5.1. Erişkin Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;
1.Seviye için 5 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
2.Seviye için her 3 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
3.Seviye için her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
Çocuk Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;
2.Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru
3.Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru
Yeni doğan Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;
1.Seviye: her 5 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
2.Seviye: her 4 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
3A Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
3B Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
görev yapmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlem esnasında yoğun bakımda yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre görev yapan hemşire, sağlık memuru sayısının, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:

Sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirilmesi

MADDE 17 – (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (1) Yoğun bakım servisi sorumlusu uzman tabip üniversite hastanelerinde ilgili ana bilim dalı başkanının görüşü alınarak ilgili klinik hekimlerinden baştabip tarafından görevlendirilir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde yoğun

bakım servis sorumlusu, ilgili kliniğin öncelikli olarak eğitim sorumlusu ihtiyaç halinde ise idari sorumlusu olacak şekilde hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Eğitim verilmeyen sağlık kuruluşu ve kliniklerin yoğun bakım servis sorumlu hekimi hastane yöneticisi tarafından (a) bendinde belirtilen klinik hekimlerinden seçilir. Hastanın takip ve tedavisinden; tek branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım servis sorumlu hekimi, birden fazla branşta hasta kabul edilen yoğun bakım servislerinde ise hastanın yoğun bakım servisine yatışını yapan hekim primer sorumludur. Görevlendirme, baştabibin belirleyeceği sürelerle, ilgili uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak yapılabilir. Yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilebilecek uzman tabipler şunlardır:

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) a) Yoğun bakım servislerinde yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından, branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman görevlendirilir.

b) Çocuk yoğun bakım servislerinde çocuk yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda, tercihen Bakanlıkça düzenlenen çocuk yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya bir çocuk cerrahisi uzmanı görevlendirilir.

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) c) I. ve II. seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen Bakanlıkça düzenlenen yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir. III. seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı görevlendirilir. Ancak seviye IIIA yenidoğan yoğun bakım servislerinde, dört yıl süreyle, ülke için yeterli neonatoloji uzmanı yetiştirilinceye kadar tercihen yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı da görevlendirilebilir.

(2) Yoğun bakım servislerinde Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'de gösterilen uzman tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak, hizmetin yoğunluğu ve vakaların özelliğine göre yoğun bakım hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve sayıda personel baştabip tarafından görevlendirilebilir.

EK-1, EK-2 VE EK-3

Erişkin Yoğun Bakım:(*)

1.Seviye: Günün her saatinde, serviste 5 yatağa kadar bir hemşire/sağlık memuru (İlave her 5 yatak için 1 hemşire/sağlık memuru ayrıca ilave edilir.)

2.Seviye: Günün her saatinde, serviste her 3 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru

3.Seviye: Günün her saatinde, serviste her 2 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru

Çocuk Yoğun Bakım: (*)

2.Seviye: Günün her saatinde her 3 yatak için en az bir hemşire veya eşdeğer sağlık memuru

3.Seviye: Günün her saatinde her 2 yatak için en az bir hemşire veya eşdeğer sağlık memuru

Yeni doğan Yoğun Bakım: (*)

1.Seviye: Günün her saatinde en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru (her 5 yatak için bir olmak üzere)

2.Seviye: Günün her saatinde her 4 yatak için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru

3A Seviye: Günün her saatinde her 3 yatak için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru

3B Seviye: Günün her saatinde her 2 yatak için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık

memuru
(*)Günün her saatinde, serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına ve seviyesine uygun olarak hemşire/ebe veya sağlık memuru bulunur.

SORU: Üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servislerinde diyaliz ile ilgili düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 114
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.6.1. Erişkin 3.seviye yoğun bakım servisi içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmelidir.

AÇIKLAMA:
Üçüncü seviye yoğun bakımlarda yatak başı sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmesi için yapılan düzenlemeler incelenerek değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:
EK-1
Verilmesi gereken sağlık hizmeti: Seviye III için:
3- Servis içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılması.

SORU: Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi kurulmuş mu, ya da bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmış mı?

SIRA : 115
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.7.1. Üçüncü seviye **y**eni doğan yoğun bakım servislerinde TPN servisi bulunmalıdır veya bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :

Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde total paranteral beslenme (TPN) servislerinin "Total Parenteral Nütrisyon (TPN) İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi"nde belirtilen standartlara uygun oluşturulup oluşturulmadığı veya hizmet alımı yoluna gidilip gidilmediği değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

1.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri

Enfeksiyon kontrolü

MADDE 11-

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) b) Üçüncü seviye yenidoğan servisi bulunan sağlık tesislerinde otomatik beslenme servisleri (TPN) kurulur ya da hizmet alımı yoluna gidilir. Otomatik beslenme servislerinin Bakanlıkça yayımlanan Total Parenteral Nütrisyon (TPN) İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi'nde belirtilen standartlara uygun olması sağlanır.

2.TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ

1. Hazırlama Bölümünün Özellikleri:

1.1. Kontaminasyonu önlemek için PN solüsyonları, EudraLex Volum-4/Annex-l (Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin üretim Kuralları) ve ISO 14644-1 de yer aldığı şekilde, havasındaki partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi ve odada bulunmasını minimale indirecek şekilde yapılmış; ayrıca gereğinde nem, ısı, basınç gibi diğer parametrelerin de ayarlanabildiği temiz odalarda hazırlanmalıdır.

1.2. PN hazırlama odaları asgari Class C hava sınıflamasına, PN hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında Class A sınıflamasına sahip olmalıdır.

1.3. Havalandırma ve iklimlendirme (H.V.A.C.) sistemi kapsamında bulunan filtreler (torba, panel, HEPA) düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

1.4. H.V.A.C. sistemlerinin kurulum, teslim alınma ve kullanımları süresince validasyonu yapılarak sistemin doğruluk, güvenilirlik ve tekrarlanabilirliğinin kanıtlanması sağlanmalıdır.

1.5. H.V.A.C. validasyonu, hazırlanacak bir plan doğrultusunda yapılması gereken D.Q. (Design), I.Q. (lnstallation), O.Q. (Operation), P.Q. (Performance Qualification) çalışmalarını kapsamalıdır.

1.6. H.V.A.C. sistemi validasyo çalışmalarından sonra düzenli olarak, sistemin fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri yapılarak performans kalitesinin yeterliliği izlenmelidir. Bu kapsamda yapılacak kontrollerde periyodik olarak, HEPA filtre sızdırmazlık testi (D.O.P.test), hava hızı, hava değişim sayısı, hava akış yönü (smoke test), yeniden temizlenme zamanı (recovery time), partikül sayımı (at rest - in operation), oda sınıflaması, basınç farkları, sıcaklık, nem parametreleri izlenmelidir.

1.7. Validasyon tercihen akredite bağımsız bir firma tarafından yapılmalıdır.

1.8. PN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.9. Personel girişi için air-lock (hava kilidi) ve malzeme geçişi için HEPA filtreli materyal "pass box" bölümlerini içermelidir.

1.10. Hazırlama bölümünde alkol bazlı bir el antiseptiği bulundurulmalıdır.

1.11. Hazırlama bölümünde hazırlama ve depolama ile ilgili kurallar yazılı olarak bulundurulmalıdır.

1.12. Hazırlama alanına gereksiz giriş ve çıkışlar engellenmelidir.

1.13. Hazırlama alanında yemek yenmemeli, içecek ve sigara içilmemelidir.

1.14. Temiz odanın klima sistemi asla tümüyle kapatılmamalıdır. Temiz odada işlem yapılmayan zamanlarda bile yavaşlatılmış olarak çalıştırılmalıdır.
2. Dolum Cihazının Bakımı:
2.1. Bir önceki günden kalan ve kullanılmış tüm solüsyonlar ve transfer setleri atılmalıdır. Setler günlük değiştirilmeli, kontamine olursa anında değiştirilmelidir.
2.2. Otomatik karıştırıcı uygun antiseptik solüsyonlarla kapsamlı bir şekilde temizlenmelidir.
2.3. Dolum cihazı talimatlara göre kalibre edilmelidir.
2.4. Otomatik dolum cihazlarının çalışmasının verimli olmasını sağlamak için PN ürünlerini üreten firmalardan ürünleri ile ilgili bilgi alınmalı ve önerilere uyulmalıdır.
2.5. Günlük kayıtlara uygun veriler kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.
3. Hazırlama Bölümünde Dolumun Yapılması:
3.1. Kayıt tutulması işlemleri hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
3.2. PN torbaları günlük olarak hazırlanmalıdır.
3.3. Solüsyonların ambalajlarından çıkarılması gibi partikül oluşturabilecek işlemler hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
3.4. Tek kullanımlık olan PN torbası ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.
3.5. Hazırlanan torba üzerine yapıştırılan etikete tarih, saat, hasta ismi, PN içeriği mutlaka yazılmalıdır.
3.6. Şüpheli durumlar tespit edildiğinde, torba klipsi kapatılmalı ve dolum sonrası mikrobiyolojik kültür alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür örnekleri kültür çizelgelerine kayıt edilmelidir.
3.7. Torbalarda problem olduğunda (delinme, içerikle ilgili karışıklık v.b.) derhal işlem durdurulmalı ve işlem basamakları yeniden kontrol edilerek tekrar dolum yapılmalıdır.
4. Hazırlama Bölümünün Temizliği:
4.1. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemi temizden kirliye doğru yapılmalıdır. Sırasıyla önce kabinin tavanı, iç yan yüzeyleri, arka yüzeyleri, masa üstü ve alt kısmı temizlenmelidir. Bu işlem her gün bir kez tekrarlanmalıdır.
4.2. Kabin içi temizlik kabinin özelliğine uygun dezenfektan ile yapılmalıdır.
4.3. Kabin her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Temizlik odada PN doldurulmadığı dönemde yapılmalıdır.
4.4. Hazırlama ünitesinin temizliği her gün sabah yapılmalıdır. Gün içerisinde yer yüzeylerinde kirlenme olduğunda işlem tekrarlanmalıdır.
4.5. Laminar hava akım başlıklarının filtreleri üretici firma önerileri doğrultusunda, partikül sayım sonuçları dikkate alınarak uygun aralıklarla değiştirilmelidir.
4.6. Temiz alana girecek tüm malzemelerin (cam, metal, PVC torbalar gibi) yüzeyi alana alınmadan önce temizlenmelidir.
5. Hazırlama Bölümünde Görevlendirilen Personel ile ilgili Öneriler:
5.1. Görevliler aseptik teknikler hakkında eğitilmelidir. Personelin, temel uygulamalar, antisepsi tekniği, laminar hava akımının kullanılması, el yıkama ve çalışma alanının temizliği hakkında yetkinliği sağlanmalıdır.
5.2. Hazırlama ile ilgili personel odaya girmeden önce tüm el, parmak ve bilek takı ve mücevherlerini çıkarmalıdır.
5.3. Hazırlama alanına girmeden önce el hijyeni sağlanmalı, tampon bölgede önlük ve eldiven giyilmeli, maske ve saçları tamamen kapatan bone takılmalı ve galoş giyilmelidir.
5.4. Aktif infeksiyonu olan görevliler hazırlama biriminde çalıştırılmamalıdır.
5.5. Ellerinde kızarıklık, çatlak veya açık yara olan personel PN hazırlama bölümünde çalıştırılmamalıdır.
İKİNCİ BÖLÜM: DEPOLAMA, SAKLAMA VE TAŞIMA İÇİN ÖNERİLER
1. Depolama ve saklama:

1.1. PN hazırlanmasında ve uygulanmasında kullanılan solüsyon, ilaç, araç-gereç ve ekipmanlar üretici önerisine göre depolanmalıdır.
1.2. Soğutucuların sıcaklıkları monitörize edilmelidir.
1.3. İlaç ve malzemeler yerden yüksek raflarda saklanmalıdır.
1.4. Kullanım öncesi her ürünün kutusu hasar ve son kullanım süresi açısından incelenmelidir.
1.5. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve malzemeler aktif depolama alanlarından kaldırılmalıdır.
2. Taşıma:
2.1. Hazırlama bölümünde dolumu tamamlanan PN solüsyonları kapaklı ve kilitli arabalara yerleştirilerek kliniklere gönderilmelidir.
2.2. Hazırlanan torbalar imza karşılığında teslim edilmelidir.

SORU: Yoğun bakım servislerinde seviyesine uygun izolasyon odası bulunuyor mu?

SIRA : 116
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.8.1. İkinci seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile tüm üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunmalıdır. (Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatak için en az bir temas izolasyon odası oluşturulmalıdır.)

YB.8.2. Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalı (ortak koridora açılabilir), oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
İkinci seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile tüm üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası ve her 6 yatak başına 1 temas izolasyon odası olacak şekilde düzenleme yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri
İzolasyon odası
(R.G. Değişik:18/02/2012-28208) MADDE 12-
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (1) İkinci seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile tüm üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon yatağı bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon yatağı oluşturulur.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (2) Temas izolasyon odalarının tek yataklı olarak düzenlenmesi zorunlu olup yenidoğan yoğun bakım servisindeki izolasyon odaları için giriş alanı dahil en az 10 m², çocuk ve erişkin yoğun bakım servislerindeki izolasyon odaları için ise en az 15 m² alan ayrılır. Aynı hastalık grubuna ait hastaların kullanabilmesi için iki yataklı düzenlenebilir ancak fiziki şartlar iki yatağa uygun olarak oluşturulmalıdır.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (3) Temas ve solunum izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılamaz, ortak koridora açılabilir. Oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunur.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (4) Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık kuruluşlarında; üçüncü seviye erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde havanın %100'ünü dışarı atabilen en az bir negatif basınçlı solunum izolasyon odası tesis edilir.
(5) Negatif basınçlı solunum izolasyon odalarının duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanır. İzolasyon odalarının tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanır. Bu odalarda ayrıca acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi de bulunur.
(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (6) Basınçlı solunum izolasyon odalarında, odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan oda içi basıncın dış ortama göre kıyaslanabildiği monitorizasyon sistemi bulunur.
(7) Hemşire sayısı yeterli olan sağlık tesislerinde solunum ve temas izolasyon odaları için ayrı görevlendirme yapılır."

SORU: Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?

SIRA : 117
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.9.1. Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

YB.9.2. Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmelidir.

YB.9.3. Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

AÇIKLAMA :
Gözlemciler tarafından hasta bilekliğinin; ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği, yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanıldığı ve tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanma yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: 3. basamak yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılıyor mu?

SIRA : 118
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : HDB, TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.10.1. Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılmalıdır.

YB.10.2. Beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları izlenmelidir.

YB.10.3. Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

AÇIKLAMA :
3. Basamak yoğun bakım ünitelerinde yaygın olarak kullanılan skorlama sistemleri; hastalık ciddiyetini değerlendirerek mortaliteyi tahmin eden "prognostik skorlama sistemleri" ve morbiditeyi değerlendiren "organ yetmezliği skorlama sistemleri"dir.
Erişkin yoğun bakım ünitelerinde "Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation: APACHE II)" ve "Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru (Simplified Acute Physiology Score: SAPS)",
Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde SNAP-PE-II (Yeni doğan Akut Fizyoloji Perinatal Yayım),
Çocuk yoğun bakım ünitelerinde ise PRISM (Pediatrik Mortalite Riski) skorlama sistemleri sıklıkla kullanılmaktadır.
Türkiye'de kullanımını yaygınlaştırmak amacıyla APACHE II ve SAPS, PRISM, SNAP-PE-II Sağlık Bakanlığı tarafından online olarak kullanıma açılmıştır.
Yoğun bakımda 24 saatten fazla yatan hastanın hastalık şiddeti skorlaması ve mortalite oranlarına ait analiz kayıtları değerlendirilmelidir.

SORU: Hastanın beslenme durumu, bası yarası takibi, ağrı, ruhsal durumu ve destek ihtiyaçlarını içeren değerlendirmeler yapılıyor mu?

SIRA : 119
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : HDB, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.11.1. Hastanın beslenme durumu (enteral ve parenteral beslenme) günlük değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.

YB.11.2. Hastanın kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız bakımı, ayak/tırnak bakımı, saç-sakal bakımı gibi) yapılmalı ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

YB.11.3. Hastanın ruhsal durumu günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

YB.11.4. Hastanın bası yarası takibi ve bakımı günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

YB.11.5. Hastanın ağrı durumu günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

YB.11.6. Hastanın tedavi süreci boyunca genel durumundaki değişiklikler değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakımda yatan hastalarda her gün beslenme durumu, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun değerlendirmesi yapılmalı, günlük hasta gözlem formlarında kayıt altına alınmalıdır.

Gözlemciler servise yatışı yapılan hastanın beslenme durumu, kişisel bakım ihtiyaçları, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun hemşireler tarafından değerlendirilip, hasta dosyasına kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir.

KAYNAK:

1-YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 132:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icabeden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

c) Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselliye muhtaç olanları ve ameliyat heyecanı içinde bulunanları teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir.

Uzmanlarca analizine lüzum görülen materyali hastalardan alır ve laboratuvara gönderirler. Serviste yemek dağıtımını, hastaların yemek yemeklerini gözetler, kendisi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. Banyo yapacakları yardımcı hizmetli ile banyoya gönderirler, gidemeyenlerin yataklarında temizliğini yaptırırlar.

2-HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİÇALIŞILAN BİRİM/SERVİS/ÜNİTE/ALANLARA GÖRE HEMŞİRELERİN
GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

A) Yoğun Bakım Hemşiresi: Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir.

Görev, yetki ve sorumluluklar
Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;
1.Hemşirelik bakımı:
a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
d) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
e) Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
f) Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
ğ) Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemini ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
ı) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
i) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.
2.Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:
a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.
c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.
ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.
e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.
g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.
ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünitede hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp

masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.
h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir.

SORU: Yatışı yapılan her hastanın Nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (1. Basamak Koroner Yoğun Bakım Üniteleri muaftır.)

SIRA : 120
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO :12
BOYUTLAR : HDB, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.12.1. Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

YB.12.2. Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Nutrisyon Destek Ekibinin oluşturulup oluşturulmadığı, yatışı yapılan hastanın beslenme durumuna göre değerlendirilip değerlendirildiği sorgulanır, her 18 yaş üzeri yetişkin hasta için NRS 2002 formu, Çocuk ve Yenidoğan Yoğun bakımlarda ise; yoğun bakım sorumlu hekiminin Nutrisyon ekibi ile birlikte belirleyeceği çocuk ve yenidoğanlara uygun Nutrisyon formlarının doldurulup doldurulmadığı ve HBYS ye tanımlanıp tanımlanmadığı değerlendirilmelidir. 1. Basamak Kroner Yoğun Bakım Üniteleri ve gebe hastalar değerlendirilmeyecektir.

SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 121
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO :13
BOYUTLAR : HDB, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.13.1. Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

YB.13.2. Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

YB.13.3. Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.

AÇIKLAMA:

-Yoğun bakıma yatışı yapılan hastaların ilk 24 saat içinde hekimi tarafından değerlendirilerek (anamnez, fizik muayene) bilgilerin kayıt altına alındığı ve her 24 saatte bir hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve günlük takiplerin hasta dosyasında kayıt altına alınıp alınmadığı,

-Seçilen hasta dosyalarında hekim orderlerındaki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.

-Elektronik ortamda verilen order çıktıları (e-imza kullanılması haricinde) günlük olarak alınarak imzalanmalı ve kaşelenmelidir.

Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınmalıdır.(Adli tıp yönünden en büyük eksikliğin bu belge doldurulusu sırasında yapılan eksik ve hatalı doldurma olduğu belirtilmektedir.)

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri(gözlem)ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72 –

Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

SORU: Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 122
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.14.1. Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği olmalıdır.

YB.14.2. Erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılıyorsa, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Gözlemciler tarafından yoğun bakım yatakları arasında gerektiği durumlarda kullanılmak üzere ayırma düzeneklerinin olup olmadığı, erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılırken, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
3.1.Yataklı servis hizmet sunum süreci
g) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb. bulunmalıdır).

SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?

SIRA : 123
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : YPYD, HGY, TKY, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.15.1. Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

YB.15.2. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miad takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı,
Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir.
Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.
Acil müdahale setinde bulunması gereken malzemeler;
Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve/veya erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve/veya erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve/veya erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),

Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.
Acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilmelidir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar;

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)
Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprorolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid

Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),
Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin
Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
H_2 reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.
Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
Antihistaminikler (IV)

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman kullanıma hazır durumda bulunmalıdır.

SORU: Yoğun Bakımda ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 124
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : EHY, HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TB.16.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

YB.16.2. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

YB.16.3. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

YB.16.4. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

YB.16.5. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

YB.16.6. Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

YB.16.7. Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatın"a uygun gerçekleştirilmelidir.

YB.16.8. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

YB.16.9. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

YB.16.10. HBYS üzerinden, yoğun bakımda istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir. czaneye iade edilmelidir.

YB.16.11. İlaç deposundan; yoğun bakıma verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

YB.16.12. İlaçların; yoğun bakımda bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

YB.16.13. Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

YB.16.14. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.
Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.
13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:
a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.
b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.
c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.
d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.
e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;
MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan

"ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.
06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMİ GAZETEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :
MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.
MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU: Yoğun Bakımlarda tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 125
BÖLÜM ADI :YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.17.1. Tıbbi sarf deposundan; yoğun bakıma verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

YB.17.2. Yoğun bakımdan medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

YB.17.3. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi, TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı,

cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU : İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 126
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : YPYD, HDB, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.18.1. İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.

YB.18.2. İnfüzör veya perfüzör ile İ.V. olarak ilaç /serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

AÇIKLAMA :
Hekim tedavi planı ve hemşire gözlem formları incelenmeli, bu formlarda ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.
İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanan hastalar ziyaret edilerek mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu ve standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olmalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:
MADDE 132:
b) hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve hekimlerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

SORU: Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)

SIRA : 127
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : HDB, HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.19.1. Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.

YB.19.2. Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmelidir.

YB.18.3. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.

AÇIKLAMA :
Gözlemciler, hareket kısıtlamasında kullanılan ekipmanların mevcut olup olmadığını gözlemlemeli, yoğun bakım hemşirelerinden kısıtlama uygulaması hakkındaki süreci anlatmalarını isteyerek eğitimlerini değerlendirmeli, kısıtlama uygulanan hasta varsa hasta dosyasından kayıtlar incelemelidir. Hasta orderlarında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları, kısıtlılığın devamı için en geç 24 saatte bir tekrarlanıp tekrarlanmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?

SIRA : 128
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : HAH, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.20.1. Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.

Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,

h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,

ı)Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası,

i)Onamın alındığı tarih ve saat.

YB.20.2. Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her girişimsel işlem için ayrı onam alınıp alınmadığı hasta dosyalarında incelenmeli, hastalardan alınan onamlarda hastanın “okudum, anladım” ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzası olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda nokta nokta şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı, formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;
Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.
HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):
MADDE 2:
ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,"
"Bilgilendirmenin Kapsamı
Madde 15 – Hastaya;
a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
hususlarında bilgi verilir."
MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.
Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.
Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.
Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.
Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.
Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."
MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."

“Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
MADDE 7 –
“Rıza Formu
Madde 26 – Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.”
MADDE 8 – Aynı Yönetmeliğin 31 inci maddesi başlığıyla birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
“Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller
Madde 31 – Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.
Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.
Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.
Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.”

SORU: Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde uygun şartlarda anne oteli oluşturulmuş mu?

SIRA : 129
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 21
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:

YB.21.1. Yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde annelerin dinlenmesi için uygun şartlarda anne oteli oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler yeni doğan yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde ünitede yatan bebeklerin anneleri için oluşturulan anne odalarının fiziki durumunu ve yatak sayısını değerlendirmelidir.

KAYNAK:
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Anne Otelleri Hakkında Yazı-Anne sütünün yeni doğan bebek için en kaliteli besin olduğu ve bağışıklık sistemini kuvvetlendirdiği bilimsel verilerle kanıtlanmıştır. Anne ve bebek arasındaki bağın doğumdan hemen sonra geliştiği ve bu bağın kuvvetine göre süt üretiminin artığı göz önüne alındığında annelerin bebeklerinden uzak kalmaması gerektiği ve özellikle annenin; anne sütü üretimi ve bebek ile bağlarının gelişmesi için tensel temasın gerekliliği herkesin malumudur. Oysa yeni doğan yoğun bakın ünitelerinde yatan bebekler bu bağdan hatta birçoğu anne sütünden nispeten mahrum kalmakta ya da yeni doğum yapmış anne kendi travmasını atlatmadan 2 saatte bir sağlık tesisine bebeğini emzirmeye gitmek zorunda kalmaktadır. Hatta şehir dışından geldiyse ve kalacak yeri olmaması durumunda sağlık tesisinin koridorlarında yada bahçesinde beklemek durumunda kaldıkları bilinmektedir. Bu durum anneyi hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda yıpratmaktadır. Diğer taraftan ülkemizin bazı bölgelerinde kış aylarında olumsuz hava koşulları nedeniyle ulaşım imkânsız hale gelmekte ve bundan mütevellit doğumu yaklaşmış gebelerin sağlık tesislerine ulaşamadığı da bilinmektedir.
Bu sebeple 16.04.2008 tarihli ve 2008/29 sayılı Bakanlığımız Genelgesi ile doğumu yaklaşan gebelerin konaklamalarının sağlanması için lazım gelen tedbirlerin alınması hususunda talimat verilmiş idi. Mezkûr Genelge gereğince doğumu yaklaşan gebelerin yaşayabileceği olumsuzluğa mani olunması bakımından gebelerin sağlık tesislerinde misafir edilmesi, ayrıca yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeğin iyileşme süresinin kısaltılması, anne bebek bağının geliştirilmesi amacıyla gebe ve annelerin sağlık tesisi içinde kalabilecekleri anne otelleri oluşturulması planlanmaktadır. Bu planlama çerçevesinde yapılacak hazırlık işlemlerine esas olmak üzere;
1) Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım ünitesi barındıran sağlık tesislerinin yenidoğan yoğun bakım kuvöz sayısını dikkate alarak, ihtiyaca cevap verecek sayıda anne yatağı planlaması,
2) Bünyesinde doğum salonu barındıran sağlık tesislerinin bölgenin coğrafi, fiziki şartları ile ulaşım imkânlarını göz önüne alarak talebe cevap verebilecek sayıda gebe yatağı planlaması,
3) Gebelerin ve annelerin kaldıkları odaların ayrı ayrı planlanması,
4) Oda içerisine ihtiyaca uygun sayıda kıyafet dolabı ve komodin planlanması,
5) Her odada tuvalet ve banyo bulunması, bunun mümkün olmaması halinde yatan hastalardan ayrı tuvalet ve banyo planlanması,
6) Odaların temizliğinin HHKS da belirtilen standartlara göre yapılması,
7) Annelere günde 3 öğün yemek verilmesi,
8) Anne otellerinde kalan annelere, emzirme eğitimi, aile planlaması eğitimi, genel bebek bakımı, kişisel hijyen, ilkyardım vb. kontlarda günün belirli saatlerinde düzenli olarak eğitimler verilmesi, verilen eğitimlere yönelik "aylık ve yıllık planlar oluşturulması ve bu planların anne oteli faaliyet dosyasında saklanması,
9) Annelerin eğitimlerini alabilecekleri, boş zamanlarında dinlenebilecekleri, yemeklerini hep beraber yiyebilecekleri ve diğer annelerle iletişim kurabilecekleri çok amaçlı odalar planlanması,

10) Çok amaçlı odalarda kütüphane, televizyon, buzdolabı ve su ısıtıcısı bulunması, mümkünse bahsi geçen eşyaların her odada olacak şekilde planlanması,
11) Odaların fiziksel tasarımının sağlık tesisi atmosferinden farklı olması,
12) Anne otellerinde misafir edilen annelerin kimlik bilgileri ve iletişim bilgilerinin dosyalama standartlarına uygun olacak şekilde muhafazası,
13) Her yıl aralık ayında anne oteli talep eden kişi sayısının ve anne oteli hizmeti verilen kişi sayısının Kurumumuza bildirilmesi,
14) Anne oteli kurulması, yatak artırımı/azaltılması durumlarının her aşamada kurumumuza bildirilmesi,
Gerekmektedir.

SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?

SIRA : 130
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 22
BOYUTLAR : HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.22.1. Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.

YB.22.2. Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Yoğun bakımlarda hastalardan alınan numunelerin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun taşıma kaplarında, ilgili personel tarafından ve bekletilmeden transferinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) tesliminin hastalar/yakınları tarafından yapılıp yapılmadığı gözlemlenmelidir.

DOĞUMHANE HİZMERLERİ

SORU: Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?

SIRA : 131
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD, HGY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.1.1. Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

D.1.2. Kimlik tanımlayıcı ad/soyad, protokol numarası ve doğum tarihini (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

D.1.3. Kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.

D.1.4. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.

D.1.5. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir.

D.1.6. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

D.1.7. Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

D.1.8. Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "bebek teslim formu" ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından hasta bilekliğinin; adı soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği, yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanıldığı ve tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanma yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı (bebeğin cinsiyetine göre: kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı)kullanılmalıdır. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. Çoğul gebeliklerde anneye her bebek için ayrı kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. (İkiz gebelikte annede her iki bebeğe ait iki kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır) Doğum süreci gerçekleşen hastanın servise transferi ‘’ bebek teslim formu’’ ile doğum ebesi tarafından yapılmalıdır. Gözlemciler değerlendirme esnasında bu süreci incelemelidir.

SORU: Doğumhanede gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 132
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, HAH, HDB, HED, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.2.1. Travay odalarında gebelerin mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme olmalıdır.

D.2.2. Travay ünitesinde kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo bulunmalıdır.

D.2.3. Travay odalarında NST takip sistemi bulunmalıdır.

D.2.4. Travay odalarının mümkünse tek kişilik olması için gerekli düzenlemeler yapılmalı, olmadığı durumlarda yataklar arasında paravan/perde bulundurulmalıdır.

D.2.5. Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemleri ve monitör olmalıdır.

D.2.6. Doğumhanede NST odası/alan bulunmalıdır.

D.2.7. Doğumhanede doğum odası/odaları görünmeyecek şekilde antre düzenlemesi yapılmalı ve doğum odaları ilgisi olmayan kişilerin içerisinden geçmesini engelleyecek şekilde tasarlanmış olmalıdır.

D.2.8. Doğum odaları mümkünse tek kişilik olması için gerekli düzenlemeler yapılmalı, olmadığı durumlarda doğum masaları arasında paravan/perde bulundurulmalıdır.

D.2.9. Doğum odasında doğum masasının yönü kapı girişinden görülebilecek şekilde olmamalıdır.

D.2.10. Doğumhaneye erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

D.2.11. Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler tarafından; doğumhanenin fiziki koşulları, gerekli tıbbi donanım ve malzeme yeterliliği ve hasta mahremiyetine yönelik düzenlemelerin değerlendirilecek unsurlarda belirtilen şartların tümünün karşılanması durumuna göre değerlendirmelidir.

SORU: Doğum süreci partograf ile izleniyor mu?

SIRA : 133
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.3.1. Her doğum eylemi partograf ile izlenmelidir. Doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Her doğum eyleminin izlenmesinde aktif fazda Partograf Kullanma Kılavuzu doğrultusunda doldurularak kullanılması gerekmektedir. Gözlemciler tarafından yerinde değerlendirme esnasında partograf kullanımı kontrol edilir.

KAYNAK:2015/02 SAYILI GENELGE- Partograf Kullanımı

SORU: Doğumhanede doğum süreci için gerekli ekipman bulunuyor mu?

SIRA : 134
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, AYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.4.1. Doğumhanede oftalmoskop, forseps, vakum, intrauterin balon, transport kuvözü,bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop, balon-valf maske sistemi gibi gerekli ekipmanlar bulunmalıdır.

D.4.2. Ekipmanların teknik kontrolü yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından; doğumhanede asgari malzemelerin olup olmadığı ve çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir. (Birim sorumlu hekimi tarafından gerekli görüldüğü hallerde yukarıdaki belirtilen asgari malzemelere farklı malzemede eklenebilir.)

SORU: Doğum sonrası tıbbi değerlendirmeler, takip ve tedaviler kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 135
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, HDB, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.5.1. Doğum sonrası bebeğin ve annenin değerlendirmesi yapılmalıdır. (Doğum sonrası anne, bebek bakım ve izlemi bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine" göre yapılmalıdır.)

D.5.2. Yenidoğan bebeğin K vit enjeksiyonu, göz bakımı, emzirme, göbek bakımı vb. yapılmalıdır.

D.5.3. Yenidoğan bebeklere Hepatit B 1.doz aşısı yapılmalı ve aşı kartı düzenlenmelidir.

D.5.4. Yapılan değerlendirme ve izlem sonuçları hasta dosyasına kaydedilmelidir.

D.5.5. Bebeğe ve anneye verilen order; hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar gibi bilgileri içermelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından; Yatışı yapılan hastaların doğum süreci sonrası anne ve bebeğin tıbbi değerlendirmesi, izlem sonuçları, yapılan takip ve tedavileri değerlendirilerek bilgilerin hasta dosyasında kayıt altına alınıp alınmadığı ve örnek seçilen hasta dosyalarından hekim orderlarındaki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.

-Elektronik ortamda verilen order çıktıları (e-imza kullanılması haricinde) günlük olarak alınarak imzalanmalı ve kaşelenmelidir. Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınır.(Adli tıp yönünden en büyük eksikliğin bu belge doldurulusu sırasında yapılan eksik ve hatalı doldurma olduğu belirtilmektedir.)Ayrıca önem arz eden doğum salonunda karşılaşılan başka bir sorunda; bebeğin göbeğine takılan göbek klempinin tam oturup oturmadığıdır. Göbek klempinin tam oturmadığı durumlarda göbek bağından kanamalar meydana gelebilmekte ve yoğun bakım ihtiyacı oluşabilmektedir. Bu nedenle göbek bağının kontrolü önemlidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71:Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri(gözlem)ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72:Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

SORU: Doğumhanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 136
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, HGY, EHY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.6.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

D.6.2. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

D.6.3. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

D.6.4. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

D.6.5. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

D.6.6. Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

D.6.7. Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimiTKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

D.6.8. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

D.6.9. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

D.6.10. Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.

D.6.11. HBYS üzerinden, doğumhaneden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

D.6.12. Doğumhanede bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen doğumhane ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Doğumhane sorumlu ebesi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

D.6.13. Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

D.6.14. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.
f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;
MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.
06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMİ GAZETEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :
MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.
MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU: Doğumhanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 137
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, EHY, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

D.7.1. Tıbbi sarf deposundan; Doğumhaneye verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

D.7.2. Doğumhaneden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

D.7.3. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.

c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 138
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, HDB, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.8.1. İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

D.8.2. İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

AÇIKLAMA:
Hekim tedavi planı ve hemşire gözlem formları incelenmeli, bu formlarda ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.
İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanan hastalarda, mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu ve standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olmalıdır.

SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?

SIRA : 139
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, HGY, EHY, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.9.1. Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.

D.9.2. Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

D.9.3. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil müdahale seti kolay ulaşılabilir bir alanda olup olmadığı,
Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miad takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı,
Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir.
Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.
Acil müdahale setinde bulunması gereken malzemeler;
Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve/veya erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve/veya erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve/veya erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),
Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.
Acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilmelidir.
Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar;
Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprorolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid

Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)

H_2 reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin

Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.

Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)

Antihistaminikler (IV)

SORU: Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?

SIRA : 140
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.10.1. Hasta ve hasta yakınlarına genel durum ve doğum süreci konusunda hekim tarafından bilgilendirme yapılmalıdır.

D.10.2. Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

D.10.3. Bekleme alanı temiz,hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir.Hasta yakının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler(görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hasta ve hasta yakınlarına " doktorları tarafından doğum süreci, uygulanacak olan tedaviler ve tedaviyi reddetmeleri halinde doğabilecek sonuçlar" hakkında bilgi verilip verilmediği sorularak değerlendirilmelidir. Ayrıca hasta hakkındaki genel bilgiler görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı ile yapılabilir.

KAYNAK:

1.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (2014):

Madde 2:

ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

"Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,

hususlarında bilgi verilir."

MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998

Tedaviyi reddetme ve durdurma:

Madde 25:

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

SORU: Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?

SIRA : 141
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, HAH, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
D.11.1 "Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.
Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:
a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,
ı)Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası,
i)Onamın alındığı tarih ve saat."
D.11.2. Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Her girişimsel işlem için ayrı onam alınıp alınmadığı hasta dosyalarında incelenmeli, hastalardan alınan onamlarda hastanın “okudum, anladım” ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzası olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda nokta nokta şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı, formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.
a)Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.
2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):
Genel Olarak Bilgi İsteme
Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.
Hastanın Rızası ve İzin
Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;
Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.
3.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):
MADDE 2:
ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,"
"Bilgilendirmenin Kapsamı
Madde 15 – Hastaya;
a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
hususlarında bilgi verilir."
MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.
Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.
Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.
Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.
Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.
Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.”
MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
“Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.”
“Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
MADDE 7 –
“Rıza Formu
Madde 26 – Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.

AMELİYATHANE

SORU: Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?

SIRA : 142
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.1.1. Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.

A.1.2. Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.

A.1.3. Ameliyathane geçiş alanlarında sedye değişimi yapılmalıdır.

A.1.4. Lokal ameliyatlar için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.

A.1.5. Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

A.1.6. Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler ameliyathane girişinde personel ve hasta giriş/çıkışının ayrı olarak düzenlendiğini, sedye değişimlerinin tanımlanmış alanlarda uygun bir şekilde yapıldığını, belirlenen kurallara göre personel ve hasta giriş çıkışlarının yapıldığını, lokal hastalarda dahil olmak üzere tüm hastaların uygun kıyafetle sağlık personeli eşliğinde ameliyathaneye transfer edildiğini değerlendirmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ: Hastane Denetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı
7.1.1. Ameliyathane hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.
a) Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.
7.1.2. k) Hastanın uygun derlenme kriterleri sağlandığında, derlenme hemşiresi tarafından servis hemşiresi aranarak hastanın servise çıkabileceği haber verilir. Hasta, uygun transfer aracı ile ameliyathane hasta çıkışında, ilgili servis hemşiresine dosyası ile beraber teslim eder.

SORU: Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?

SIRA : 143
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.2.1. Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.

A.2.2. Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathane bekleme alanının, hastane şartları dikkate alınarak yeterli sayıda koltuk, sandalye vb. içerdiği, hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler bulunup bulunmadığı, ameliyathane süreçleriyle ve hastalarla ilgili bilgi aktaran görüntülü ekran, telefon, ışıklı tabela, bilgilendirmekle görevli personel vb. gibi düzenlemelerin hasta mahremiyeti göz önüne alınarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
7.1.1.
e) Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.

SORU: Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış mı?

SIRA : 144
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.3.1. Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış olmalıdır. Bu alanların görsel ve fiziksel olarak (bariyer) ayırımı yapılmalıdır.

A.3.2. Steril olmayan alandan yarı steril alana geçerken terlik/galoş ve uygun kıyafet giyilmelidir.

A.3.3. Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathanelerde steril, yarı steril ve steril olmayan alanları ve bu alanlarda personelin uyması gereken kurallar belirlenerek, hastane kaynaklı enfeksiyonların kontrolü sağlanmalıdır. Steril olmayan alan ameliyathane giriş kapısından başlayıp yarı steril alan başlangıcında son bulur. Bu alanda personel normal kıyafetleri ile bulunabilir. Bu alan personelin ameliyathaneye giriş yeri olarak belirlenmiştir. Yarı steril kavramı, steril ve steril olmayan alan arasındaki geçiş

bölgelerini tarif etmek üzere kullanılmaktadır. Yarı steril alanda, personel dinlenme yeri, kadın ve erkek personel için ayrı ayrı düzenlenmiş giyinme ve soyunma ile tuvalet ve duş mahalleri bulunur. Bu alandan steril alana terlik değiştirilerek, bone ve maske takılarak geçiş gerçekleştirilir. Steril alan yarı steril alan bitiminden itibaren başlayan tüm ameliyathane odalarıdır.
Ameliyathane alan tanımlarının yapılıp yapılmadığı incelenmeli, alanlar arasında kullanılan görsel ve fiziksel ayrımların özellikle terlik değişimi ve sedye değişimi alanlarında etkin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
7.1. Ameliyathane Hizmet Sunumu Süreci
7.1.1. Ameliyathane hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.
a) Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.
b) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.
c) Steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir. (farklı alanlarda farklı renk sistemi, şerit ile ayırma, tabela vb.) Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

SORU: Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin Ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?

SIRA : 145
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : HGY, TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.4.1. Güvenli cerrahi listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Güvenli Cerrahi Kontrol listesi 4 bölümden oluşur:
1-Klinikten Ayrılmadan Önce
2-Anestezi Verilmeden Önce
3-Ameliyat Kesisinden Önce (Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki periyot) Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde, doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit etmek üzere durmalıdır. Sonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını Kontrol Listesi'ndeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidirler. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış

olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.
4-Ameliyattan Çıkmadan Önce (Yaranın kapanması sürecindeki ya da kapanmasının hemen sonrasındaki, ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki periyot) Ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı, spanç (tampon) ve aletlerinin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirecektir. Aynı zamanda aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili anahtar hususları ve düşünceleri gözden geçirir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir. Değerlendirme sırasında 2, 3, 4. aşamalardaki kontrol listelerinin eksiksiz doldurulup doldurulmadığı kontrol edilir.
Gözlemciler yukarıda belirtilen açıklamalar doğrultusunda "güvenli cerrahi kontrol listesinin" ameliyatın safhasına uygun olarak doldurulduğunu, ameliyatı devam eden bir hastanın dosyasında, ameliyatın hangi aşamada olduğunu öğrenerek değerlendirmelidir.

SORU: Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?

SIRA : 146
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : AYD, YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.5.1. Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

A.5.2. Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.

A.5.3. Uyandırma odasında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

A.5.4. Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.

A.5.5. Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:
Ameliyathanenin tavan ve zeminleri uygun anti bakteriyel malzemeler kullanılarak, kolay temizlenebilecek ve dezenfekte olabilecek şekilde, yüzeylerin pürüzsüz, gözeneksiz, derzsiz (silikon esaslılar hariç) malzeme ile kaplanmış olup olmadığı,
Uyandırma odasında yeterli tıbbi donanım ve görevli personel bulunduğu,
Steril alanda, yarı steril alandan giriş-çıkış dışında, dışarı açılan hiçbir kapı- pencere vb. (panik barlı-kontrollü yangın kapıları dışında) bulunmadığı incelenmelidir.
Personel dinlenme odalarının steril alan içerisinde olup olmadığı yada doğrudan steril alana açılıp açılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
7.1.1 b) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.

SORU: Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?

SIRA : 147
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : HDB, YPYD, TKY, HGY, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.6.1. Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi değerlendirme formu doldurulmalıdır.

A.6.2. Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.

A.6.3. Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.

A.6.4. "Ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.
Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:
a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
c) Muhtemel komplikasyonları,
ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
e) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
f) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,
g) Anestezi uzmanının adı, soyadı, ünvanı ve imzası,
ğ) Onamın alındığı tarih ve saat."
A.6.5. Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler ameliyatı devam eden hasta dosyasında veya cerrahi serviste ameliyat olmuş olan hasta dosyasında anestezi değerlendirme formu, anestezi güvenlik kontrol listesi ve anestezi kayıt formunun doldurulup doldurulmadığını değerlendirmelidir.

-Anestezi Değerlendirme Formu: Anestezi uzmanı tarafından ameliyat öncesi hastanın muayene edilerek değerlendirildiği, tıbben gerekli olan preoperatif testlerin ve konsültasyonların kayıt altına alınarak anestezi uygunluğunun ve yönteminin belirtildiği formdur.
-Anestezi Kayıt Formu: Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumunun izlenerek, izlem sonuçlarının, verilen ilaçların, dozlarının, veriliş zamanının, tansiyon ve nabız takip ölçümlerinin, ameliyat ekibinin isimlerinin, tanı ve yapılacak ameliyatın kayıt altına alındığı formdur.
- Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi: Anestezi öncesi hastaya ait bilgilerin (ASA skorlaması, mallampati, anamnez vb.) ve tıbbi donanım kontrol kayıtlarının yapıldığı formdur. Hastaya ait bilgiler Anestezi Uzmanı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
Anestezi onamlarının alınıp alınmadığı, hasta dosyalarında incelenmeli, hastalardan alınan onamlarda hastanın "okudum, anladım" ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzası olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda nokta nokta şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı, formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
Ameliyat Öncesi Konsültasyon; Elektif ameliyata girecek olgular ayaktan tetkik aşamasında anestezi polikliniğinde konsülte edilerek ameliyata hazırlanmalıdır. Yatan hastalar ise yerlerinde konsülte edilir.
Hazır olan hastaya anestezi uzmanı tarafından anestezi uygular. Anestezisi verilen hasta cerrah tarafından ameliyata alınır. Ameliyat sonuçlanana kadar, anestezi uzmanı ve anestezi teknisyeni tarafından takip edilir ve anestezi takip kayıtları tutulur.
c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.
a)Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.
2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):
Genel Olarak Bilgi İsteme
Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.
Hastanın Rızası ve İzin
Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;
Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.
3.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):
MADDE 2:
ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,"
"Bilgilendirmenin Kapsamı
Madde 15 – Hastaya;
a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
hususlarında bilgi verilir."
MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.
Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.
Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.
Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.
Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.
Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir."
MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."

“Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.
MADDE 7 –
“Rıza Formu
Madde 26 – Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.

SORU: Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce İlgili cerrah tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?

SIRA : 148
BÖLÜM ADI : SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.7.1. Post operatif bakım ve tedavi planı ve ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

A.7.2. Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler bu soru ve unsuru, cerrahi servislerde ameliyathaneden yeni gelmiş bir hasta dosyası ya da ameliyathanede servise gitmek üzere olan veya uyanmada bekleyen bir hasta dosyasında hekim tedavi planını incelemeli, ameliyat notlarının yazılıp yazılmadığını ameliyat defterinden veya otomasyon sisteminden değerlendirmelidir.

SORU: Ameliyathanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 149
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : EHY, HGY, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

A.8.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

A.8.2. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

A.8.3. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

A.8.4. Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

A.8.5. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

A.8.6. Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

A.8.7. Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatın"a uygun gerçekleştirilmelidir.

A.8.8. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

A.8.9. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

A.8.10. İlaç deposundan; ameliyathaneye verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

A.8.11. İlaçların; ameliyathanede bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili sorumlu tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

A.8.12. Ameliyathaneden eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

A.8.13. Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

A.8.14. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.
Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.
13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:
a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.
b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.
c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.
d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.
f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;
MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.
06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMİ GAZETEDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :
MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.
MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU : Ameliyathanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 150
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, EHY, TKY, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.9.1. Tıbbi sarf deposundan; Ameliyathaneye verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

A.9.2. Ameliyathaneden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

A.9.3. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

A.9.4. Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.)

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinde revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler incelenmelidir.

Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları
MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:
a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonların son kullanma tarihleri belirtilmiş mi?

SIRA : 151
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.10.1. Hazırlanan dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.

A.10.2. Etkinlik indikatörleri ile yüksek düzey solüsyonların etkinlikleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA :
Gözlemciler ameliyathanede yüksek düzey dezenfektan kullanılıp kullanılmadığını öğrenerek, hazırlanmış olan yüksek düzey dezenfektan solüsyonlarının üzerinde açılış ve son kullanma tarihlerinin yazılıp yazılmadığını incelemelidir.
Dezenfektanın konsantrasyonu dezenfektan rehberi yoksa üretici firmanın önerdiği konsantrasyonda olmalıdır. Hazırlanan dezenfektan solüsyonların son kullanma tarihleri silinmeyecek şekilde yazılmalıdır ve kontrolleri yapılmalıdır.

Dezenfektan kontrol stripleri, yüksek düzey dezenfektan solüsyonun Minimal Efektif Konsantrasyonunu (MEK) değerlendirmek için kullanılır. Bu testin yapılış sıklığı solüsyonun kullanım sıklığına göre belirlenir.
Testler, solüsyon her gün kullanılmaya başlamadan önce ve her 10 kullanımdan sonra yapılmalıdır.
Test şeritleri solüsyonun kullanım süresini uzatmak için kullanılamaz. Son kullanım tarihinden sonra solüsyonlar atık yönetimi kapsamında toplanmalı ve depolanmalıdır.

SORU: Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?

SIRA : 152
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : HGY, TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.11.1. Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.

A.11.2. Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.

A.11.3. Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Patoloji laboratuvarına materyal gönderilip gönderilmediği öğrenilerek, hazırlanan yazılı düzenleme incelenmeli, materyallerin kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde, üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod ile ve teslim kayıtları yapılarak transfer edilip edilmediği değerlendirilmelidir.

STERİLİZASYON

SORU : Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu? (Ameliyathane hizmeti vermeyen ancak acil servis ya da diş ünitesi vb. birimleri olan sağlık tesislerinde, ST.1.1 - ST.1.4 - ST.1.5 - ST.1.6 kriterleri muaf tutulacaktır.)

SIRA : 153
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.1.1. Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.

ST.1.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

ST.1.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

ST.1.4. Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlemeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.

ST.1.5. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

ST.1.6. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sterilizasyon ünitesinin fiziki yapısı incelenerek, her bir değerlendirilecek unsurların karşılanıp karşılanamadığı değerlendirilmelidir.
Ameliyathane hizmeti vermeyen ancak acil servis ya da diş ünitesi vb. birimleri olan sağlık tesislerinde, ST.1.1 - ST.1.4 - ST.1.5 - ST.1.6 kriterleri muaf tutulmalıdır.

KAYNAK:
1.STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ
(Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon(DAS) Derneği ve Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği katkılarıyla hazırlanmıştır.)
3.MSÜ ALANLARI
3.1. Kirli Alan
3.2. Temiz Alan
3.3. Steril Depolama Alanı
3.4. Destek Alanı
3.4.1. Çamaşır ve Tekstil Hazırlama Alanı
3.4.2 El Yıkama Lavabolar ve Yerleri
Merkezi sterilizasyon ünitesi(MSÜ) mümkünse, ameliyathane ile bağlantılı olmalıdır. Ancak, merkezi sterilizasyon ünitesi; steril malzeme transferinin steriliteyi bozmayacak şekilde planlanması durumunda ameliyathaneden bağlantısız olabilir.

MSÜ; KİRLİ-TEMİZ-STERİL ve DESTEK alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir. MSÜ için gerekli olan ideal alan hastaneden hastaneye farklılık gösterebilir. Ancak genel bir ölçü olarak yatak sayısı başına ≥0,5 m2 olarak planlanmalı, yatak sayısı 200 altında ise yatak sayısı başına ≥1 m2olmalıdır. MSÜ alanını yaklaşık olarak; % 35' kirli alan, % 35' temiz alan, %20' steril alan ve % 10' destek alan oluşturmalıdır.
MSÜ içerisinde yönlendirme levhaları ve acil çıkış işaretleri asılı olmalıdır.

1-Kirli alan

Sterilitesi bozulmuş aletlerin üniteye kabul edildiği, alet ve malzemelerin sınıflandırıldığı, temizlendiği ve dekontamine edildiği alandır. Dekontaminasyon alanında,ortamda bulunan mikrobik ve parçacık kaynaklı kirlilik muhtemelen yüksek düzeyde olacağı için çevredeki kirleticilerin kontrol edilmesi ve bu alanın düzenli olarak temizliği / dezenfeksiyonu gereklidir. Ayrıca, dekontaminasyon alanı, işlem bölümünün bütün öteki alanlarından fiziksel olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır.
Dekontaminasyon alanında;
- El yıkama lavabosu
- Alet teslim alma ve kontrol ve kayıt masası
- Manuel temizlik için küvet ve tezgâh
- İki kapılı otomatik yıkama makinası
- Ultrasonik yıkama makinesi
- Hava ve su tabanca sistemi
- Kimyasal dezenfeksiyon alanı (Solüsyonlar en alt raflarda düzenli olarak depolanmalıdır)
-Alet taşıma kutuları (konteynır) için temizlik/ dezenfeksiyon alanı
- Kirli alanda kullanılan malzeme ve solüsyonların depolandığı depolama odası olmalıdır. Manuel temizlik için kullanılacak lavaboların derinliği saçılma ve sıçramaların engellenebilmesi için 35 cm den daha az olmamalıdır. Lavabolar ikili olarak planlanmalı, lavabolardan birinde manuel yıkama yapılıp diğer lavabo durulama lavabosu olarak kullanılmalı bu lavaboda son durulama suyu olarak demineralize su bağlantısı da olmalıdır. Lavabo sayısı yıkanacak alet yoğunluğu ve sayısı düşünülerek 2-3 çift olabilir.

2-Temiz alan

Dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketleme işlemlerinin yapıldığı, steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin depolandığı alanı kapsar. Steril olacak alet ve malzemelerin beklemesi, yüklenmesi, sıraya girmesi için ayrılmış olan alan dâhil olmak üzere buharlı sterilizatörlerin ve bu alan içerisinde ayrı bölmelerde yer alan hidrojen peroksit ve etilen oksit sterilizatörlerinin bulunduğu alandır. Etilen oksitsterilizatörleri için sızdırmaz, özel havalandırılması, gaz kontrol dedektörleri ve oluşabilecek kaçak durumlarına acil müdahaleye uygun ayrı mekânlar planlanmalıdır. Hidrojen peroksit sterilizatörler için de ayrı mekânlar kullanılması önerilir.

3-Steril depolama alanı

Steril ve temiz malzemelerin, kullanıcıya teslim edilmeden önce depolandığı alandır. İş yüküne ve depolanacak malzeme miktarına göre alan büyüklüğü değişiklik gösterebilir.

4-Destek alan

Bu ana yapının hizmetlerinin uygun şekilde yapılabilmesi için depo, kompresör, kesintisiz güçkaynağı, distile su odası, imha ve atık alanı veya odası, soyunma odaları, tuvalet, duş içermelidir.

3.4.1 Çamaşır ve tekstil hazırlama alanı

• Dokuma kumaşlar, ISO 13795'e göre yeterli bariyer özelliğine sahip olmadıkları için sterilizasyon amaçlı paket materyali olarak kullanılmaları uygun değildir. Bariyer özelliği olan standardize edilmiş özel dokumalar önceden belirlenmiş sayıda yıkanarak kullanılabilir.
• Çamaşır havları havalandırma sistemleri, yıkayıcı dezenfektörler ve sterilizatörlerin hava filtreleri için de önemli sorun teşkil eder. Bu nedenle MSÜ dışında bir alanda olması tercih edilir. MSÜ içinde yer alacaksa özel havalandırmalı ayrı bölmede planlanmalıdır.
• Hava akışı, aşağı çekişli tip olmalı ve saat başına hava değişimlerinin sayısı (10 hava değişimi/saat), havadaki lif parçacıklarını asgari düzeye indirmeye yeterli düzeyde olmalıdır.
• Temiz çamaşır depolaması için yeterli alan ve raf, aydınlatılmış bir kontrol masası bulunmalıdır.

Tekstil katlama alanı

Tekstiller paketlenmeden önce ışıklı kontrol masası altında yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrolleri yapılmalıdır.

3.4.2. El yıkama lavaboları ve yerleri

• El yıkama lavaboları kirli, temiz ve steril alanlar arasındaki geçiş noktalarında bulunmalıdır.
• Lavaboların yanına sıvı sabun, kâğıt havlu, pedallı çöp kutusu ve diğer aksesuarlarının eklenmesi gereklidir.
• Ayrıca geçiş alanlarında el dezenfektanı olmalıdır.
• El yıkama yerleri dinlenme bölümleri gibi bütün personelin kullandığı destek alanlarında da bulunmalıdır.
• Lavabo musluklarıkontaminasyon riskini ortadan kaldırmak için muslukların cerrahi tip ya da fotoselli olması önerilir.

Kullanılmış aletler MSÜye ulaştıktan sonra uygun bir çözücü-dezenfektan ile dekontaminasyonu yapılarak sayılmalı ve sınıflamaları sağlanmalıdır. Elle yıkama yapılacak ise kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyon ile dekontamine edildikten sonra temizliği yapılır. Yıkama dezenfektör kullanımında aşırı yükleme yapılmamalı, tüm cihazların yıkama suyuyla temas etmesi gerçekleştirilmeli, boşlukları olan malzemeler yıkanması için uygun pozisyonda makineye yerleştirilmeli ve işlemi biten aletler makineden çıkartılıp makinede bekletilmemelidir. Lümenli aletler ile temizliği zor olan alet ve malzemelerin üzerindeki kan, protein ve diğer organik maddeler ultrasonik yıkayıcılar ile

temizlenmelidir. Kritik kategorisinde olan cerrahi tekstil ilk bu ilk dekontaminasyon işleminden sonra çamaşırhaneye gönderilir. Cerrahi malzemeler ise temiz alana geçirilir. Aletlerin birbiri ile temas eden uçları açık pozisyona getirilip, çalışan güvenliği için kesici uçlardan çıkarılabilenler çıkarılır, çıkarılamayan kesici uçlar yıkama sepetine uygun bir pozisyonda yerleştirilir. Temiz alanda malzemenin dekontaminasyon açısından tekrar değerlendirmesi yapılır. Eğer uygun dekontaminasyon işlemi yapılmadığı düşünülüyor ise malzeme tekrar kirli alana gönderilir ve dekontaminasyon işleminin tekrarı sağlanır. Eğer dekontaminasyon yeterli ise aletlerin bakımları gerçekleştirilir. Eklemli cerrahi aletlerin korozyon, paslanma ve işlevsel yönden kontrolü yapılarak gerek görüldüğünde bakım ve yağlama yapılmalı, kullanılamayacak şekilde hasar görmüş olan cerrahi aletler setlerden çıkarılarak ilgili birime tutanak karşılığı verilir. Daha önce ilgili birimlerce istenilmiş olan malzemeler kullanım talebine göre bir araya getirilerek setler oluşturulur. Çamaşırhane sürecini tamamlamış olan tekstilin de merkezi sterilizasyon ünitesi temiz alanına gelmesi ile bohçalar hazırlanır ve paketleme yapılır. Tekstil paketleme malzemesi yıkanmış olmalı, delik ve yırtık olup olmadığı kontrol edilmeli ve en fazla beş buçuk kilogram yük yapılmalıdır. Sterilizasyon poşetleri ısı ile güvenli kapatma özelliği olan paketleme makineleri ile kapatılmalıdır.
Alet ve malzemeler temizlendikten sonra kurutulmadan paketlenmemelidir. Malzemeler temizlenip kurulandıktan sonra temiz alana alınmalı, paketlenerek sterilizatöre yerleştirilmelidir.

2. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
8.1.1. Poliklinik, yataklı servis, ameliyathane ve yoğun bakımdan steril edilmesi istenilen malzemeler ve cerrahi tekstil ürünleri ilk olarak kirli malzeme depolama alanına ulaştırılır. Toplanan malzemeler üstü kapalı olarak, insan gücü ile veya bu amaç için tasarlanmış asansör ile taşınmalıdır. Gönderilen malzemeler sayı ve tiplerinin belirtildiği bir çizelge ile teslim edilir. Sisteme yeni giren malzemeler kullanabilecek bir hale getirilebilmesi için eklentilerinden ayrıştırılmalı, açılmış setlerin tümü kullanılmamış bile olsa, cerrahi aletler bir işleme tabi tutulmadan doğrudan merkezi sterilizasyon ünitesine gönderilmelidir. Poliklinik ve yataklı servisin tekstilleri kirli malzeme deposuna gelmeden direkt çamaşırhaneye yönlendirilir.
8.1.2. Kirli malzeme depolama alanından kirli alana aktarılan malzemenin kritik olmayan, yarı kritik ve kritik olmak üzere üç kategoride ayrıştırılması yapılır. Kritik olmayan ve yarı kritik malzemeler kirli alanda dezenfekte edildikten sonra tekrar kullanılacağı kliniğe geri yönlendirilir.
8.1.3. Kullanılmış aletler MSÜ ye ulaştıktan sonra uygun bir çözücü-dezenfektan ile dekontaminasyonu yapılarak sayılmalı ve sınıflamaları sağlanmalıdır. Elle yıkama yapılacak ise kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyon ile dekontamine edildikten sonra temizliği yapılır. Yıkama dezenfektör kullanımında aşırı yükleme yapılmamalı, tüm cihazların yıkama suyuyla temas etmesi gerçekleştirilmeli, boşlukları olan malzemeler yıkanması için uygun pozisyonda makineye yerleştirilmeli ve işlemi biten aletler makineden çıkartılıp makinede bekletilmemelidir. Lümenli aletler ile temizliği zor olan alet ve malzemelerin üzerindeki kan, protein ve diğer organik maddeler ultrasonik yıkayıcılar ile temizlenmelidir.

8.1.4. Kritik kategorisinde olan cerrahi tekstil ilk bu ilk dekontaminasyon işleminden sonra çamaşırhaneye gönderilir. Cerrahi malzemeler ise temiz alana geçirilir. Aletlerin birbiri ile temas eden uçları açık pozisyona getirilip, çalışan güvenliği için kesici uçlardan çıkarılabilenler çıkarılır, çıkarılamayan kesici uçlar yıkama sepetine uygun bir pozisyonda yerleştirilir.
8.1.5. Temiz alanda malzemenin dekontaminasyon açısından tekrar değerlendirmesi yapılır. Eğer uygun dekontaminasyon işlemi yapılmadığı düşünülüyor ise malzeme tekrar kirli alana gönderilir ve dekontaminasyon işleminin tekrarı sağlanır.
8.1.6. Eğer dekontaminasyon yeterli ise aletlerin bakımları gerçekleştirilir. Eklemli cerrahi aletlerin korozyon, paslanma ve işlevsel yönden kontrolü yapılarak gerek görüldüğünde bakım ve yağlama yapılmalı, kullanılamayacak şekilde hasar görmüş olan cerrahi aletler setlerden çıkarılarak ilgili birime tutanak karşılığı verilir.
8.1.7. Daha önce ilgili birimlerce istenilmiş olan malzemeler kullanım talebine göre bir araya getirilerek setler oluşturulur. Çamaşırhane sürecini tamamlamış olan tekstilin de merkezi sterilizasyon ünitesi temiz alanına gelmesi ile bohçalar hazırlanır ve paketleme yapılır. Tekstil paketleme malzemesi yıkanmış olmalı, delik ve yırtık olup olmadığı kontrol edilmeli ve en fazla beş buçuk kilogram yük yapılmalıdır. Sterilizasyon poşetleri ısı ile güvenli kapatma özelliği olan paketleme makineleri ile kapatılmalıdır.
8.1.20. Dekontaminasyon odasında çalışan personel tüm dekontaminasyon işlemi sırasında saçılma ve sıçramalardan korunmak için koruyucu gözlük ve maske (veya tüm yüzü koruyan siperlik), koruyucu sıvı geçirmez önlük ve eldiven kullanmalıdır. Tüm ünitede çalışan personel saçları içine alan non wove materyalden disposable bir kep takmalıdır. Önü kapalı terlik giyilmeli ve terlikler yıkanabilir özellikte olmalıdır. Merkezi sterilizasyon ünitesinde çalışanların giysileri gün aşırı veya kirlenmesi durumunda hemen değiştirilmelidir.

SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?

SIRA : 154
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.2.1. Depo alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır.

ST.2.2. Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

ST.2.3. Depolanan steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.

ST.2.4. Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.

ST.2.5. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmelidir. Steril depolama alanında sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.

AÇIKLAMA :

Steril bir malzemenin sterilitesinin kullanım noktasına kadar muhafaza edilmesi için aşağıda belirtilen önlemlerin alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

• Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tercihen tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır.

• Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır.

• Raflar sabitlenmelidir.

• Yangın emniyeti için yangın söndürücüler ulaşılabilir mesafede ve konumda olmalıdır.

• Depolama (örneğin açık tel raflar, açık yekpare raf), kullanılan ambalajlama malzemeleri ve sistemlerine, ambalajlanmış cihazların türlerine ve sağlık kuruluşunda kullanılan taşıma usullerine göre gruplandırılarak yerleştirilmelidir.

• Steril depolama alanında sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

8.1.10. Sterilizasyon koşulları uygun olarak tamamlanan malzeme steril depoya aktarılır. Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi, çevrim sayısı belirtilmelidir.

8.1.11. Steril depoda ilk giren ilk çıkar yöntemi kullanılarak malzeme sirkülasyonu sağlanmalıdır.

8.1.12. Depolanmış olan maddelerin sıvılardan etkilenmemesi, poşetlerin ve bohçaların bekleme esnasında zarar görmemesi için depolama ona göre yapılmalıdır. Steril edilen malzemenin paketi ıslanır, yırtılır, delinir veya bekleme süresi belirlenen sürelerden fazla ise tekrar sterilizasyona gönderilmelidir.

STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ

17. STERİL MALZEMELERİN DEPOLANMASI VE RAF ÖMÜRLERİ

• Steril malzeme rafları yerden 30 cm yukarda ve tavandan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde ve (yangın emniyeti için) yangın söndürme musluklarından 45cm uzakta olmalıdır.

• Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalıdır, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilir.

• Yere düşen her malzeme paketin delinmesi ve içeriğinin zarar görmesi açısından gözden geçirilmelidir.

• Toz koruyucu şeffaf örtü içindeki ısı ile kapatılmış steril poşet hala kapalı ise bu paket kontamine olmamış var sayılır eğer zarar görmüşse paketin tekrar işleme tabi tutulması gerekmektedir. • Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi, çevrim sayısı belirtilmelidir.

• Steril edilen malzemenin paketi ıslanır yırtılır, delinir veya son kullanma tarihi geçerse kullanılmamalıdır.
• Steril depolama alanında kemirgen ya da böcek bulunmasını engelleyecek önlemler alınmalıdır. Bu amaçla ilaçlama yapılırsa steril malzemenin ilaçlara maruz kalması engellenmelidir. Böcek ya da kemirgen içeren alanlar steril depolama alanı olarak kullanılamaz.
• Kullanımda ilk steril edilip depolanan malzemeler önce kullanılır.
• Steril disposible malzemenin son kullanma tarihi geçer ise, tekrar steril edilmemelidir.
• Tek kullanımlık olmayan steril edilmiş malzemelerin son kullanma tarihi geçer ise, malzeme açılıp yeni paketleme malzemeleriyle tekrar paketlenip yeniden steril edilmelidir.

SORU: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 155
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.3.1. İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.

ST.3.2. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.3. Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.4. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.5. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

ST.3.6. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sterilizasyon ünitesinde bulunan her bir sterilizatöre ait fiziksel, kimyasal ve biyolojik kontrollere ait kayıtlar incelenmelidir. Fiziksel kontrollere ait olan vakum kaçağı testleri ve Bowie&Dick testlerine ait kayıtlar, maruziyet bantları, en az sınıf 4 olan kimyasal indikatörlerin her pakette kullanılıp kullanılmadığı ve biyolojik indikatörlere ait kayıtlar değerlendirilmelidir.
Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilip bildirilmediği, sterilizasyon ünitesi tarafından

bildirimlerin analizleri yapılarak gereken önlemlerin alınıp alınmadığı, kayıtlar üzerinden değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ TEMMUZ 2014

(Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon(DAS) Derneği ve Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği katkılarıyla hazırlanmıştır.)

14.2.2 Sınıf II İşlem indikatörleri Ön vakumlu buhar sterilizatörlerinin buhar penetrasyon testleri 14.2.2.1 Bowie&Dick testi

Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği.

Sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilebilir.

Bu gerçek zamanlı bilgilere ön vakumlu cihazlarda Bowie&Dick Kimyasal indikatörleri ile ulaşılır

Buhar sterilizasyonunda etkin bir sterilizasyon için buharın steril edilecek tüm yüzeylere doymuş buhar formunda ulaşması, uygun sıcaklık ve sürede etkisini sürdürmesi gereklidir.

Bowie&Dick test paketi, sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliye valfı veya vakum pompasına en yakın yere konur

Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir.

Bowie&Dick testi her gün bir kere işlemlere başlamadan önce, büyük onarımlardan sonra cihaz kapatılmadan çalıştırılıyorsa, her gün aynı saatte yapılır.

Vakum kaçak Testi buhar sterilizatörlerde vakum kaçağı 1.3 milibar/dk.dan fazla olmamalıdır. Haftada bir kez yapılır. Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir.

Buhar sterilizatöre cihazına ait Bowie& Dick ve vakum kaçağı çizelgesi kayıtlarının saklanması gereklidir Bowie&Dick Test Kartı Üzerinde homojen Olmayan Renk Değişimi

Vakum fonksiyonunun yetersizliği; cihazda hava kalması

Otoklav ortamında potansiyel bir sızıntının varlığı

Aşırı ısıtılmış buhar veya su damlacıkları içeren buharın varlığı

Yoğunlaşmayan buhar varlığı nedeniyledir.

Test paketi 134°C de 3,5 dakikadan daha uzun süreli işleme tabi tutulursa hatalı sonuçlar alınabilir.

Sterilizasyon basamaklarının izlenmesi

Çeşitli yöntemlerle yapılan kontrol sonucu;

- Sterilizasyonun kontrolünde işlemin her bir aşamasının doğru yapıldığından emin olunur.
- Her bir basamağının test edildiğine dair elinizde kanıt bulunur
- Etkin sterilizasyon işleminin yapıldığının kanıtı olarak fiziksel, kimyasal ve biyolojik testlerin kullanılması ve dokümante edilmesi gerekir. Sterilizasyon işlemi bittiğinde sterilizasyon kontrolü yapılır.

1-Fiziksel kontrol (Cihaz Kontrolü)

- Cihaz üzerindeki program döngüsü çizelge kaydedicileri-bilgisayar çıktıları, sıcaklık ve basınç ölçme cihazları, nem ölçer göstergelerin kontrollerini kapsar. Elektronik kontrol cihazları ile buhar penetrasyonu (Bowie&Dick), vakum kaçağı, hava kalıntısı ile sıcaklık,

zaman basınç parametrelerini test edebilen elektronik test sistemleri, sterilizasyon döngüsü sırasındaki fiziksel parametreleri kayıt altına alır.
2- Kimyasal Kontrol Yöntemleri
- Sınıf I İşlem indikatörleri: işleme girmiş ve girmemiş ürünleri birbirinden ayırt etmek için kullanılır ve paketin dış kısmına uygulanır (Maruziyet bantları-İndikatörlü etiketler).
- Sınıf II Spesifik testlerde kullanılan indikatörler: Ön vakumlu buhar sterilizatörlerinin sterilizasyon işlemi öncesi çemberin içinde hava kalıp kalmadığını ve buhar penetrasyonunu kontrol eder.
- Sınıf III Tek parametreli indikatörler: Tek parametrenin gerçekleşmesi durumunda renk değişikliği gösterirler.
- Sınıf IV Çok parametreli indikatörler: En az 2 parametreyi test edebilen indikatörlerdir.
- Sınıf V Entegratörler: Biyolojik inaktivasyon ile ilgili kritik parametreleri test edebilen indikatörlerdir.
- Sınıf VI Emülasyonindikatörleri: Spesifik ısı ve zaman aralığında sonuç veren indikatörlerdir.
3-Biyolojik kontrol yöntemleri
Biyolojik Kontrol; sterilizasyon hakkında direkt bilgi vererek, sterilizasyon işleminin biyolojik ölümü gerçekleştirmede yeterli olup olmadığını gösterir.
Sterilizasyonun izlenmesinde kullanılan sterilizasyon göstergeleri kayıt edilip, indikatörleri kayıt sisteminin bir parçası olarak saklanmalıdır. Gözlemci kayıt defterlerini, B&D test kâğıtları, bohça indikatörleri kontrol etmelidir.
Maruziyet bantları sterilizasyon işleminin etkinliği hakkında bilgi vermezler, yalnızca bohçanın sterilizasyon işlemine tabi tutulup tutulmadığını gösterirler. Aynı zamanda bohçayı kapalı tutmak ve tespit etmek için kullanılırlar. Steril olmayan malzemenin steril olan malzeme ile karışmasını önler.

SORU: Sağlık tesisi genelinde farklı branşlarda muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

SIRA : 156
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD, TKY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
ST.4.1. KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde ve Endoskopi, Bronkoskopi vb.ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
ST.4.2. Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
ST.4.3. Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde ve Endoskopi, Bronkoskopi vb.ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonunun nasıl yapıldığı poliklinik gözlemi esnasında yerinde gözlemlenmelidir.

Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihlerinin bulunup bulunmadığı,

Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilerek ve kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

GENEL DEĞERLENDİRME

SORU : Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince "Sağlık Tesisinin Yerinde Değerlendirme Soru Listesi" ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?

SIRA : 157
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.1.1. Genel Sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre yılda bir kez değerlendirilmelidir.

GD.1.2. Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.

AÇIKLAMA:
Genel Sekreterlik tarafından yapılan ve sağlık tesisine iletilen bir önceki yıla ait sağlık tesisi değerlendirme sonuç raporları incelenmelidir. Değerlendirmenin tüm bölümleri kapsayıp kapsamadığı, tespit edilen eksikliklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?

SIRA : 158
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, HAH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.2.1. Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Acil servis, poliklinikler ve servislerde bulunan sedye ve tekerlekli sandalyelerin sayılarının yeterli olup olmadığına göre değerlendirilmelidir.

SORU: Kurumda güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

SIRA : 159
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.3.1. İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.

GD.3.2. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinde hasta mahremiyetine dikkat edilerek hasta ve çalışan güvenliği için değişik alanlar kamera sistemi ile görüntülenmelidir. Otopark alanları, acil servis, poliklinikler, koridorlar 24 saat kamera ile takip edilmeli ve kayıtlar en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.
Gözlemciler değerlendirme gününden 2 ay önceki tarihe ait kamera kayıtlarını inceleyerek değerlendirmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ**;**
Acil servislerde güvenlik önlemleri:
MADDE 10:(1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgilisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:
MADDE 13:
b)Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır.
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
1.1. Acil Servis Hizmet Sunumu Süreci

1.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.
2.1. Poliklinik hizmeti sunum süreci
2.1.17.Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.
3.1.Yataklı servis hizmet sunumu süreci:
3.1.28.Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.
4.1.Laboratuvar hizmet sunum süreci:
4.1.13. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.
5.1.Görüntüleme Hizmet Sunumu süreci:
5.1.10. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.
7.1.Ameliyathane hizmet sunumu süreci:
7.1.8. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.
9.1.Yoğun Bakım hizmet sunumu süreci:
9.1.12.Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.
15.1.Tıbbi sosyal hizmetler hizmet sunum süreci:
15.1.17. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik önlemleri kapsamında hasta mahremiyetini bozmayacak şekilde kamera sistemleri kurulur.
17.1.Numune alma hizmetleri sunum süreci:
17.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

SORU: Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri, güvenlik açısından sabitlenmiş mi?

SIRA : 160
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.4.1. Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.

AÇIKLAMA :
Sıkıştırılmış gaz tüpleri kullanım alanlarında ve depolarda dik olarak ve sağlam bir şekilde sabitlenmeli, zincirle bağlanmış olduğu görülmeli, güvenlik önlemlerinin alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
SINAÎ VE TIBBİ GAZLARIN ÜRETİMİ, DOLUMU, SATIŞI İLE İLGİLİ DAĞITIM ŞİRKETLERİ, YETKİLİ BAYİLERİN VE KULLANICILARIN UYMALARI GEREKEN USUL VE ESASLARA İLİŞKİN TEBLİĞ
Kullanıcıların uymaları gereken hususlar
MADDE 14-
(2) Tüplerin kullanıcının işletmesinde depolanması ve nakledilmesi sırasında ilgili güvenlik kurallarına uygun hareket edilmelidir.
Tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından TSE standartlarına uygun olmalı, tıbbi gaz tüplerinin bulunduğu yer uygun (yakınında yanıcı madde olmamalı, Tüpler 55 °C' nin üzerinde sıcaklıklara maruz bırakılmamalıdır, direkt güneş ışığına maruz kalmamalıdır, Tüpler kullanım yerinde dik olarak ve sağlam bir şekilde sabitlenmeli, zincirle bağlanmış) olmalı, Tüpler düşürülmemeli, birbirine çarptırılmamalıdır. Tüp depo mahalleri içinde veya yakınında çıplak ateş yakılmasına ve sigara içilmesine engel olunmalıdır. Tüpler, içlerindeki gazın yanıcılık, yakıcılık, zehirlilik vs. özelliklerine göre gruplara ayrılarak depolanmalıdır. Oksijen veya yanmayı destekleyen diğer gazların tüpleri, yanıcı gaz tüplerinden en az 6 m. uzakta veya ateşe dayanıklı bir duvar ile bu tüplerden ayrılmış olarak depolanmalıdır. Sıkıştırılmış gaz tüpleri kullanım alanlarında ve depolarda değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık Tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?

SIRA : 161
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, THY, TGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.5.1. Jeneratörlerin bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.

GD.5.2. Jeneratörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesislerinde kullanılan jeneratörlerin ilgili yönetmeliğe göre; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici ya da kesin kabul belgesi olmalıdır. Jeneratörlere bakım onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır.

KAYNAK :
1995 tarih ve 22280 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Elektrik Tesisleri kabul Yönetmeliği

SORU: İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 162
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, THY, TGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.6.1. İklimlendirme - klima sistemlerinin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

AÇIKLAMA :
İklimlendirme sistemlerinin fonksiyonu, kuruldukları ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasını sağlamalıdır. İklimlendirme ve klima sistemlerine, bakım onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından periyodik bakımlar yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır.

SORU: Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 163
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, THY, TGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.7.1. Asansörlerin Makina Mühendisleri Odası tarafından verilen uygunluk belgesi olmalıdır.

GD.7.2. Asansörlere verilen uygunluk etiketleri yapıştırılmış olmalıdır.

GD.7.3. Asansörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesislerinde kullanılan asansörlerin; Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği'ne göre, Makine Mühendisleri Odası tarafından düzenlenmiş uygunluk belgesi olmalıdır. Yönetmelik gereğince, yılda en az bir kez bağlı bulunulan belediyenin yetkilendirmiş olduğu akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından periyodik kontrolü yapılmış olmalıdır. Bu kontrol sonucu verilen; yeşil (kusursuz), mavi (hafif kusurlu), sarı (kusurlu) ve kırmızı (güvensiz) renkli etiketler asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır.
Kırmızı renkli etiket yapıştırılmış olan asansörler, tespit edilen uygunsuzluklar 30 gün içerisinde giderilmemiş ise; kullanım dışı bırakılmış ve mühürlenmiş olmalıdır. Asansörlere bakım onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır.
KAYNAK :
2015 tarih ve 29396 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği

SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 164
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.8.1 Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

GD.8.2 Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

GD.8.3. Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.

GD.8.4. Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler incelenmelidir. Hasta dosyalarının arşiv planına uygun yerleştirilip yerleştirilmediği ve yangın söndürme sistemlerinin çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
ARŞİV HİZMETLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK(16.5.1988/19816 Ek ve Değişiklikler: 1)18.8.2001/24487 RG, 22.2.2005/25735 RG)
Koruma Yükümlülüğü

Madde 4 - Mükellefler, ellerinde bulundurdukları ve Genel Müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslî düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.
Madde 11- Birim Arşivine Verilecek Malzemenin Ayrımı ve Hazırlanması
Madde 12-Uygunluk Kontrolü
Madde 13-Malzemenin Birim Arşivine Devri
Madde 15-Malzemenin Birim Arşivinde Tasnifi ve Yerleştirilmesi
Madde17- Birim Arşivinden yararlanma(Birimlerce, gerektiğinde, görülmek veya incelenmek üzere, ancak dışarıya çıkarılmamak kaydıyla, birim arşivinden dosya alınabilir. Birim arşivinden alınan dosya inceleme sonunda geri verilir.)
Arşivlerden Yararlanma
Madde 9 - Genel Müdürlüğün yetki ve sorumluluğuna geçmiş veya henüz geçmemiş olan arşiv malzemesinin aslı hiç bir sebep ve suretle, arşivlerden veya bulundukları yerlerden dışarıya verilemez.
Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik / Arşiv Malzemesi ile Arşivlik Malzemenin Korunması, Birim ve Kurum Arşivlerinde Saklanması, Gizliliği ve Yararlanma, Koruma Yükümlülüğü
Madde 5-Kurum, elinde bulundurduğu ve Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim etmediği arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut asli düzenleri içerisinde tasnif edip, saklamakla yükümlüdür. Kurum, arşiv malzemesi ve arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;
a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,
c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,
e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,
f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,
g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme için 12-15 derece arasında) tutulmasından,
Sorumludur.
Gözlemci arşiv bölümünün yazılı düzenlemede bulunan bilgilerinin uygulandığını kontrol etmelidir.
Birim ve Kurum Arşivleri
Madde 5 - Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri”, daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için “Kurum Arşivleri”ni kurarlar.
Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

SORU: Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?

SIRA : 165
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.9.1. Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.

GD.9.2. Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği doğru yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.

GD.9.3. Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

GD.9.4. Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir. Sağlık tesisi bahçesindeki bekleme ve oturma alanları, yönlendirme levhalarının konumu ve yeterliliği, otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU : Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?

SIRA : 166
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : TKY, HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :
GD.10.1 Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
GD.10.2. Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
GD.10.3. Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesisinin hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları, hasta ve yakınları için talep ve öneri kutularının sayısı ve görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda anket ve görüşler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmelere göre değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?

SIRA : 167
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.11.1. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük, önlük)

KAYNAK:
1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
11.1.3. Hastanın muayene ve tedavisi esnasında oluşabilecek olumsuzluklardan etkilenmemesi için hekim tarafından kişisel koruyucu tedbirler alınır, yardımcı sağlık personeli bu konuda hekime yardımcı olur.
2.KİŞİSEL KORUYUCU DONANIMLARIN İŞYERLERİNDE KULLANILMASI HAKKINDA YÖNETMELİK (Resmi Gazete Tarihi ve No: 02.07.2013)
MADDE 1 - Bu Yönetmeliğin amacı, işyerindeki risklerin önlenmesinin veya yeterli derecede azaltılmasının, teknik tedbirlere dayalı toplu koruma ya da iç organizasyonu veya çalışma yöntemleri ile sağlanamadığı durumlarda, kullanılacak kişisel koruyucuların özellikleri, temini, kullanımı ve diğer hususlarla ilgili usul ve esasları belirlemektir.
Genel hükümler
MADDE 6 – (1) Kişisel koruyucu donanımların işyerlerinde kullanımı ile ilgili olarak aşağıdaki hususlara uyulur;
a) İşyerinde kullanılan kişisel koruyucu donanım, Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak tasarlanır ve üretilir. Tüm kişisel koruyucu donanımlar;
1) Kendisi ek risk oluşturmadan ilgili riski önlemeye uygun olur.
2) İşyerinde var olan koşullara uygun olur.
3) Kullananın ergonomik gereksinimlerine ve sağlık durumuna uygun olur.
4) Gerekli ayarlamalar yapıldığında kullanana tam uyar.
5) Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği kapsamına giren ürünlerde uygun şekilde CE işareti ve Türkçe kullanım kılavuzu bulundurur.
b) Birden fazla riskin bulunduğu ve çalışanın bu risklere karşı aynı anda birden fazla kişisel koruyucu donanımı kullanmasını gerektiren durumlarda, bir arada kullanılmaya uygun olan ve bir arada kullanıldığında söz konusu risklere karşı koruyuculuğu etkilenmeyen kişisel koruyucu donanımlar seçilir.
c) Kişisel koruyucu donanımların kullanım şartları ve özellikle kullanılma süreleri; riskin derecesi, maruziyet sıklığı, her bir çalışanın iş yaptığı yerin özellikleri ve kişisel koruyucu donanımın performansı dikkate alınarak belirlenir.

ç) Tek kişi tarafından kullanılması esas olan kişisel koruyucu donanımların, zorunlu hallerde birden fazla kişi tarafından kullanılmasını gerektiren durumlarda, bu kullanımdan dolayı sağlık ve hijyen problemi doğmaması için her türlü önlem alınır.
d) İşyerinde, her bir kişisel koruyucu donanım için, bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hususlarla ilgili yeterli bilgi bulunur ve bu bilgilere kolayca ulaşılabilir.
e) Kişisel koruyucu donanımlar, işveren tarafından ücretsiz verilir, imalatçı tarafından sağlanacak kullanım kılavuzuna uygun olarak bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılır, ihtiyaç duyulan parçaları değiştirilir, hijyenik şartlarda muhafaza edilir ve kullanıma hazır bulundurulur.
f) İşveren, kişisel koruyucu donanımları hangi risklere karşı kullanacağı konusunda çalışanı bilgilendirir.
g) İşveren, kişisel koruyucu donanımların kullanımı konusunda uygulamalı olarak eğitim verilmesini sağlar.
ğ) Kişisel koruyucu donanımlar, istisnai ve özel koşullar hariç, sadece amacına uygun olarak kullanılır.
h) Kişisel koruyucu donanımlar çalışanların kolayca erişebilecekleri yerlerde ve yeterli miktarlarda bulundurulur.
(2) Kişisel koruyucu donanımlar talimatlara uygun olarak kullanılır, bakımı ve temizliği yapılır. Talimatlar çalışanlar tarafından anlaşılır olmak zorundadır.
Kullanım kuralları
MADDE 8 – (1) 5, 6 ve 7 nci maddelerde belirtilen koşulları sağlayan kişisel koruyucu donanımlar, Ek-3'te belirtilen işlerde ve benzeri işlerde, toplu korunma yöntemleri ile risklerin önlenemediği veya tam olarak sınırlandırılamadığı durumlarda kullanılır. Ek-1'de örneği verilen tabloya göre riskler değerlendirilir ve çalışanların sağlık ve güvenliği yönünden kişisel koruyucu donanım kullanılması gereken durumlar belirlenir. İşveren Ek-2'de belirtilen kişisel koruyucu donanımlardan gerekli olanları sağlar. Çalışanların bu kişisel koruyucu donanımları uygun şekilde kullanmaları için her türlü önlemi alır.
(2) Çalışanlar, 6331 sayılı Kanunun 19 uncu maddesine uygun olarak, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımları doğru kullanmakla, korumakla, uygun yerlerde ve uygun şekilde muhafaza etmekle yükümlüdür.
(3) Çalışanlar kişisel koruyucu donanımda gördükleri herhangi bir arıza veya eksikliği işverene bildirirler. Arızalı bulunan kişisel koruyucu donanımlar arızalar giderilmeden ve gerekli kontrolleri yapılmadan kullanılmaz. Çalışanlara verilen kişisel koruyucu donanımlar her zaman etkili şekilde çalışır durumda olur, temizlik ve bakımı yapılır ve gerektiğinde yenileri ile değiştirilir. Kişisel koruyucu donanımlar her kullanımdan önce kontrol edilir.

SORU : Hastane genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu? .

SIRA : 168
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : EKÖ, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.12.1. Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.

GD.12.2. Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.

GD.12.3. Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

GD.12.4. Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Gözlemciler tarafından değerlendirilen tüm alanlarda sağlık tesisi tarafından belirlenen genel ve bölüm temizlik kurallarına uygun olarak yapılan temizlik kayıtları, tuvalet ve banyoların temizlik kayıtları ve haşerata karşı ilaçlama işlem kayıtları değerlendirilmelidir.

KAYNAK :
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI ENFEKSİYON KONTROL YÖNETMELİĞİ
7 Temizlik Hizmetleri: Madde 88
Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından veya hizmet alımı yoluyla yapılır. Temizlik, baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, tabipler, başhemşire ve hemşireler tarafından devamlı kontrol edilir. Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılmasına itina edilir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır.
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci
e-)Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

SORU : Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?

SIRA : 169
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : YPYD, EKÖ

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.13.1. El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.

GD.13.2. Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisi genelinde sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu ve elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

SORU : Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?

SIRA : 170
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.14.1. Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.

KAYNAK:
SAĞLIK BAKANLIĞI PERSONEL KİMLİK KARTI YÖNERGESİ / KULLANMA MECBURİYETİ
Madde-7
Görevli personeller görevli oldukları kuruma girişlerinde yakalarına takmak ve görev süresince yakalarında bulundurmakla yükümlüdürler.

SORU : Çalışan sağlığına yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 171
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : ÇHG,TKY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.15.1. Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, güncel olmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

GD.15.2. Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesisi tarafından bölüm bazlı risk planına göre hazırlanan sağlık tarama programı incelenmelidir. Radyoloji, sterilizasyon, patoloji vb. riskli birimler içinden seçilen personele ait tarama kayıtları değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ

Formaldehit ve Ksilen Ölçüm Standartları Hakkında Genelge 3.1.1

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

Personel çalışma esasları ve tedbirler

MADDE 8 – (1) Radyasyon kaynağı ile çalışan personel, 7 nci maddede belirtilen radyasyon doz limitleri ve Kanunun Ek 1 inci maddesinde öngörülen süre dâhilinde çalıştırılır. Bu personel normal mesai dışında icap nöbetine çağrılmış ise icap nöbetinde bilfiil çalışılan süre de haftalık çalışma süresine dâhil edilir. İdare, personelin sağlığını korumak, doz aşımına maruz kalmasını önlemek ve iş güvenliğini sağlamak için işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizatı eksiksiz bulundurmak ve bu Yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle; personel de gerekli korunma tedbirlerine uymakla yükümlüdür.

(2) Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

SORU : İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)

SIRA : 172
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : YPYD, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.16.1. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.

GD.16.2. İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.

GD.16.3. Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

GD.16.4. İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır.

GD.16.5. Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA :
İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.

KAYNAK:
6331 sayılı İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU 20/6/2012tarih
İşverenin genel yükümlülüğü
MADDE 4 – (1)
İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;
a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.
b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.
c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.
ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.
d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.
(2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.
(3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez. (4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz. Risklerden korunma ilkeleri
MADDE 5 –
(1) İşverenin yükümlülüklerinin yerine getirilmesinde aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur:
a) Risklerden kaçınmak.
b) Kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek.
c) Risklerle kaynağında mücadele etmek. 11650
ç) İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek.
d) Teknik gelişmelere uyum sağlamak.
e) Tehlikeli olanı, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanla değiştirmek.
f) Teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmek.
g) Toplu korunma tedbirlerine, kişisel korunma tedbirlerine göre öncelik vermek.
ğ) Çalışanlara uygun talimatlar vermek. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri
MADDE 6 – (1)
Mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işveren;
a) Çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve on ve daha fazla çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde diğer sağlık personeli görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması hâlinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak yerine getirebilir. Ancak belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olması hâlinde, tehlike sınıfı ve çalışan sayısı dikkate alınarak, bu hizmetin yerine getirilmesini kendisi üstlenebilir. (Ek cümle: 10/9/2014-6552/16 md.) Belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olmayan ancak 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyeri işverenleri veya işveren vekili tarafından

Bakanlıkça ilan edilen eğitimleri tamamlamak şartıyla işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler hariç iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütebilirler.
(1) b) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşların görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar.
c) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetlerini yürütenler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlar.
ç) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşlar tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan ve yazılı olarak bildirilen tedbirleri yerine getirir.
d) Çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilediği bilinen veya etkilemesi muhtemel konular hakkında; görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşları, başka işyerlerinden çalışmak üzere kendi işyerine gelen çalışanları ve bunların işverenlerini bilgilendirir.
(2) 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşları; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini, Sağlık Bakanlığına ait döner sermayeli kuruluşlardan doğrudan alabileceği gibi 4734 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde de alabilir.
(3) Tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULLARI HAKKINDA YÖNETMELİK
BİRİNCİ BÖLÜM
MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 22 ve 30 uncu maddelerine göre düzenlenmiştir.
(2) Bu Yönetmeliğin uygulanması bakımından çalışan, işveren, kurul ve çalışan temsilcisi ve benzeri kavramlar 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda tanımlandığı gibidir.
İKİNCİ BÖLÜM
Genel Hükümler
İşverenin yükümlülüğü
MADDE 4 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur.
(2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;
a) Asıl işveren alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı elli ve daha fazla ise asıl işveren ve alt işveren ayrı ayrı kurul kurar. İş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi ve kurullarca alınan kararların uygulanması konusunda işbirliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.
b) Bir işyerinde sadece asıl işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla ise bu durumda kurul asıl işverence kurulur. Kurul oluşturma yükümlülüğü bulunmayan alt işveren, kurul tarafından alınan kararların uygulanması ile ilgili olarak koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.
c) Alt işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla, asıl işverenin çalışan sayısı ellinin altında ise işyerinde kurul alt işverence oluşturulur. Asıl işveren alt işverenin oluşturduğu kurula işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.
ç) Asıl işveren ve alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı ellinin altında ve toplam çalışan sayısı elliden fazla bulunduğu durumlarda ise koordinasyon asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur. Kurulun oluşumunda üyeler 6 ncı maddeye göre her iki işverenin ortak kararı ile atanır.
(3) Asıl işveren alt işveren ilişkisi bulunmayan ve aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.
(4) İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ RİSK DEĞERLENDİRMESİ YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden yapılacak risk değerlendirmesinin usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki işyerlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 10 uncu ve 30 uncu maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,

b) Kabul edilebilir risk seviyesi: Yasal yükümlülüklere ve işyerinin önleme politikasına uygun, kayıp veya yaralanma oluşturmayacak risk seviyesini,

c) Kanun: 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununu,

ç) Önleme: İşyerinde yürütülen işlerin bütün safhalarında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için planlanan ve alınan tedbirlerin tümünü,

d) Ramak kala olay: İşyerinde meydana gelen; çalışan, işyeri ya da iş ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olduğu halde zarara uğratmayan olayı,

e) Risk: Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalini,

f) Risk değerlendirmesi: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmaları,

g) Tehlike: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

İşveren Yükümlülüğü ve Risk Değerlendirmesi Ekibi

İşveren yükümlülüğü

MADDE 5 – (1) İşveren; çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

(2) Risk değerlendirmesinin gerçekleştirilmiş olması; işverenin, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

(3) İşveren, risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişilere risk değerlendirmesi ile ilgili ihtiyaç duydukları her türlü bilgi ve belgeyi temin eder.

Risk değerlendirmesi ekibi

MADDE 6 – (1) Risk değerlendirmesi, işverenin oluşturduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi ekibi aşağıdakilerden oluşur.

a) İşveren veya işveren vekili.

b) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetini yürüten iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimleri.

c) İşyerindeki çalışan temsilcileri.

ç) İşyerindeki destek elemanları.

d) İşyerindeki bütün birimleri temsil edecek şekilde belirlenen ve işyerinde yürütülen çalışmalar, mevcut veya muhtemel tehlike kaynakları ile riskler konusunda bilgi sahibi çalışanlar.

(2) İşveren, ihtiyaç duyulduğunda bu ekibe destek olmak üzere işyeri dışındaki kişi ve kuruluşlardan hizmet alabilir.
(3) Risk değerlendirmesi çalışmalarının koordinasyonu işveren veya işveren tarafından ekip içinden görevlendirilen bir kişi tarafından da sağlanabilir.
(4) İşveren, risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişilerin görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar, görevlerini yürütmeleri sebebiyle hak ve yetkilerini kısıtlayamaz.
(5) Risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişiler işveren tarafından sağlanan bilgi ve belgeleri korur ve gizli tutar.
Risk değerlendirmesinin yenilenmesi
MADDE 12 – (1) Yapılmış olan risk değerlendirmesi; tehlike sınıfına göre çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırasıyla en geç iki, dört ve altı yılda bir yenilenir.
(2) Aşağıda belirtilen durumlarda ortaya çıkabilecek yeni risklerin, işyerinin tamamını veya bir bölümünü etkiliyor olması göz önünde bulundurularak risk değerlendirmesi tamamen veya kısmen yenilenir.
a) İşyerinin taşınması veya binalarda değişiklik yapılması.
b) İşyerinde uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler meydana gelmesi.
c) Üretim yönteminde değişiklikler olması.
ç) İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olay meydana gelmesi.
d) Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması.
e) Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi.
f) İşyeri dışından kaynaklanan ve işyerini etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması.

ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMLERİNİN USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK 15 Mayıs 2013
MADDE 6 – (1) İşveren, çalışanlarına asgari Ek-1'de belirtilen konuları içerecek şekilde iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlar.
(2) İşveren, çalışan fiilen çalışmaya başlamadan önce, çalışanın yapacağı iş ve işyerine özgü riskler ile korunma tedbirlerini içeren konularda öncelikli olarak eğitilmesini sağlar.
(3) Çalışma yeri veya iş değişikliği, iş ekipmanının değişmesi, yeni teknoloji uygulanması gibi durumlar nedeniyle ortaya çıkacak risklerle ilgili eğitimler ayrıca verilir.
(4) Birinci fıkraya göre verilen eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni riskler de dikkate alınarak aşağıda belirtilen düzenli aralıklarla tekrarlanır:
a) Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.
b) Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.
c) Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.
(5) İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe dönüşünde çalışmaya başlamadan önce, kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir.
(6) Herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir.
Eğitim süreleri ve konuları
MADDE 11 – (1) Çalışanlara verilecek eğitimler, çalışanların işe girişlerinde ve işin devamı süresince belirlenen periyotlar içinde;
a) Az tehlikeli işyerleri için en az sekiz saat,
b) Tehlikeli işyerleri için en az on iki saat,
c) Çok tehlikeli işyerleri için en az on altı saatolarak her çalışan için düzenlenir.

(2) Birinci fıkrada belirtilen eğitim sürelerinin Ek-1'de yer alan konulara göre dağıtımında işyerinde yürütülen faaliyetler esas alınır.
(3) Eğitim sürelerinin bütün olarak değerlendirilmesi esas olmakla birlikte dört saat ve katları şeklinde işyerindeki vardiya ve benzeri iş programları da dikkate alınarak farklı zaman dilimlerinde de değerlendirilebilir.

SORU: Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?

SIRA : 173
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : HED, TKY, HGY, HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.17.1. Hastanın acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, servis arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

GD.17.2. Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.

GD.17.3. Hastanın transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir. (Üzerinin örtülmesi vb.)

GD.17.4. Hastanın transferi sırasında düşme riski göz önünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisi içinde hastanın acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, servis arasındaki sedye ile transferi sağlık personeli refakatinde yapılmalı ve transfer formu ile kayıt altına alınmalıdır. Transfer sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmeli ve düşme riskine karşı önlemler alınmalıdır. Ameliyat olmuş bir hasta dosyası üzerinden kayıtlar değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?

SIRA : 174
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.18.1. Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisi Acil Afet Planının güncel olup olmadığı incelenmelidir. Hastanenin farklı kampüslerde yer alan ek binaları söz konusu olduğunda her bir bina için ayrı HAP hazırlanmalıdır. Acil Afet Planının Valilik Onayı için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiş olması ancak Valilik Onayı alınamamış olması durumlarında da olumlu olarak değerlendirilir.

KAYNAK:
Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği (20 Mart 2015)

SORU: Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?

SIRA : 175
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : HAH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.19.1. Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hastanın izni olmayan kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.

GD.19.2. Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır.

AÇIKLAMA :
Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hastanın izni olmayan kişiler tarafından duyulması engellenmek amacıyla yapılan çalışmalar incelenmeli, acil servis müşahede odaları, yoğun bakımlar, servisler vb. alanlarda hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler değerlendirilmelidir.

KAYNAK:
HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ
Bilgilerin Gizli Tutulması
Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.
Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

HBYS üzerinde hasta bilgilerine kimlerin erişebileceği tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

SORU: Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?

SIRA : 176
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.20.1. Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

GD.20.2. Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesisinin çalışan memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları incelenmelidir. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda anket ve görüşler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmelere göre değerlendirilmelidir.

SORU : Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?

SIRA : 177
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 21
BOYUTLAR : YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.21.1. Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

GD.21.2. Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personelin takipleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temas bildirimlerinin nasıl yapıldığı ve kayıtları incelenerek yaralanma ve maruziyet sonrası uygun sürelerde takiplerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU : Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?

SIRA : 178
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 22
BOYUTLAR : HDB, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.22.1. Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.

GD.22.2. Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA :
Servis değerlendirmeleri esnasında hasta dosyalarının sağlık tesisi tarafından hazırlanan dosyalama planına uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.
Dosya planına göre dosyada bulunması gereken dokümanlar ve sıralaması belirtilmeli, hasta dosyası standart matbu evrakları içermelidir. Personele bu konuda eğitim verilmelidir.
Hasta dosyasında bulunması gerekenlerin listesi:
- Dosyada olması gerekenleri gösteren bir form düzenlenmelidir.
- Yatış: Hasta giriş kağıdı, hasta ve yakınları eğitim ve bilgilendirme formu vb,
- Tetkik ve Resmi Evraklar: Laboratuvar sonuçları, kimlik fotokopisi, doğum raporu vb.
- Hemşire ve Ebe Gözlem: Gözlem ve bakım formu, sözel order formu, kan ve kan ürünleri istem formu vb.
- Doktor ve Cerrahi İşlemler: Doktor tedavi planı(order), anestezi takip fişi, ameliyat kağıdı, onam formu, konsültasyon formu vb.
-Dosyanın taburculuk sonrası işlemleri bittikten sonra arşive teslim edilir ve teslim eden teslim alan tarih belirtilir.

SORU : Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?

SIRA : 179
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 23
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.23.1. Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli; belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.

AÇIKLAMA :
Hasta ziyaret zamanları hasta ve hasta yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilip edilmediği saha değerlendirmesi yapılırken incelenmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ
Madde 95:
Yataklı Tedavi kurumlarında yatan hastaların yakınları tarafından ziyaret edilmelerine, bölgesel koşullar ve kurumun durumu göz önüne alınarak, her gün veya haftada birkaç gün olmak üzere öğleden sonraları baştabibin saptayacağı saatlerde izin verilir. Ziyaret saatleri dışında hasta ziyareti baştabip veya nöbetçi tabibin izni ile mümkündür. Baştabiplikçe gerekli görüldüğü takdirde bir veya birkaç uzmanlık dalı için ayrı ayrı ziyaret günleri düzenlenebilir.

SORU: 112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?

SIRA : 180
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 24
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.24.1. 112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Yoğun bakım boş yatak sayıları, boş ventilatör sayıları ve boş yatak sayıları vb. sayıları öğrenilerek online sistem üzerinden bildirim formu incelenmeli ya da 112 Acil Komuta Merkezi telefonla aranarak mevcut sayıların bildirimlerle uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK :
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:
Acil servislerin 112 KKM ile koordinasyonu MADDE 13 –
(1) Kamu ve özel bütün sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır. Ortak kayıt sistemi, müdürlüğün denetim ve kontrolünde, Bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilir.
(2) Sağlık tesisleri acil servislerine getirilen vakalara ait bilgileri her istendiğinde Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 KKM' ne bildirmek zorundadır.
(3) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, Hastane Afet Planlarını (HAP) hazırlamak ve bu planları, olağandışı ve afet hallerinde müdürlük afet birimi ve 112 Km'nin bilgisi dâhilinde uygulamakla

yükümlüdür. Afet ve olağandışı durumlarda sağlık tesislerinin geçeceği alarm seviyesi ve yerine getireceği yükümlülükler il afet planı ve hastane afet planları doğrultusunda 112 KKM tarafından belirlenir.

SORU: Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?

SIRA : 181
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 25
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.25.1. Acil Servis sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

GD.25.2. Acil Servis sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.

GD.25.3. Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır. (Radyoloji hekimi bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)

GD.25.4. Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.

GD.25.5. Laboratuvar hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim (her bir laboratuvar için ayrı) tanımlanmalıdır.

GD.25.6. Her bir laboratuvar için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.

GD.25.7. Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.

GD.25.8. Doğumhane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

GD.25.9. Doğumhane sorumlu ebesi tanımlanmalıdır.

GD.25.10. Yoğun Bakım sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

GD.25.11. Yoğun Bakım sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.

GD.25.12. Ameliyathane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

GD.25.13. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.

GD.25.14. Anestezi sorumlu teknisyeni-teknikeri tanımlanmalıdır.

GD.25.15. Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

GD.25.16. Sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.

GD.25.17. Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesislerinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)

GD.25.18. Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Gözlemciler bölüm değerlendirmeleri yaparken tanıştıkları sorumluların isimlerini not etmelidir. Görevlendirme yazıları yazılmış olan personelin sahada çalışan personel ile uyumlu olup olmadığı, görevlendirmenin personele tebliğ ve personel tarafından da tebellüğ edildiği incelenerek değerlendirilmelidir.
Görevlendirmeler yalnızca ilgili personelin değişmesi durumunda yeniden yapılmalıdır.
Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi Enfeksiyon Kontrol Komitesinde görevli olan hekimler arasından yapılmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı oluşturulmuş mu?

SIRA :182
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 26
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.26.1. Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı olmalıdır.

GD.26.2. Plana uygun ayrıştırma yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı oluşturulup oluşturulmadığı ve plan doğrultusunda ayrıştırma yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

SIRA :183
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 27
BOYUTLAR : EKÖ, ÇHG, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.27.1. Sağlık tesisinden kaynaklanan atıklar; Evsel Atıklar (Genel Atıklar, Ambalaj Atıkları), Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patolojik, Kesici-Delici), Tehlikeli Atıklar, Radyoaktif Atıklar olmak üzere kaynağında ayrıştırarak ayrı toplanmalıdır.

GD.27.2. Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde "Uluslararası Biyotehlike"

amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

GD27.3. Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır.

(Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atıkları ile birlikte değerlendirilmelidir.)

GD.27.4. Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.

GD.27.5. Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastanelerde atık yönetimi kapsamında atıkların yerinde uygun ayrıştırılması ilk aşamadır. Tıbbi atıklar gözlemciler tarafından sağlık tesisinin ameliyathane, yoğun bakımlar, servisler, acil servis, kemoterapi üniteleri vb ilaç hazırlanan ve uygulanan her yerinde gözlemlenmelidir. Evsel atık, tıbbi atık ve ambalaj atık çöp kovaları içerikleri kontrol edilmeli, evsel atıklar ve tıbbi atıklar kaynağında doğru ayrıştırılmalı, ambalaj atıkları ayrı toplanmalıdır.

Evsel atık ve tıbbi atık kovaları üzerinde “EVSEL ATIK” ve “DİKKAT TIBBİ ATIK” yazıları olmalı ve kapakları kapalı olmalıdır. Kesici ve delici tıbbi atık kutularında “uluslararası biyotehlike amblemi” ve “DİKKAT KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi olmalı, içerisinde sadece şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütur iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam ve ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar bulunmalı, enjektörlerin plastik kısımları ve ilaç flakonları olmamalıdır. Kemoterapötik ajanlar ve radyo izotop ilaçlar ile temas etmiş enjektörler, serum şişeleri ve torbaları ile serum setleri ve kemoterapötik ilaç flakonları TEHLİKELİ ATIK iken, diğer ilaç flakonları ve serum şişeleri AMBALAJ ATIĞI ve enjektörlerin plastik kısımları ve serum setleri TIBBİ ATIK olarak kabul edilmekte. Kan ile bulaş olan serum şişeleri ve fakonlar da TIBBİ ATIK olarak değerlendirilmelidir.

MRSA ve VRE gibi enfeksiyonu olan hastaların alt bezleri tıbbi atık, diğer hasta bezleri ise evsel atık kapsamındadır.

Kesici ve delici tıbbi atık kutuları ile tıbbi atık torbalarının en fazla ¾ oranında dolu olması gerektiği de kontrol edilmelidir.

KAYNAK :

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (2005):

Genel ilkeler

Madde 5- Tıbbi atıkların yönetimine ilişkin ilkeler şunlardır;

a) Tıbbi atıkların çevre ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır.

b) Tıbbi, tehlikeli ve evsel atıkların oluşumunun ve miktarının kaynağında en aza indirilmesi esastır.

c) Tıbbi atıkların, tehlikeli ve evsel atıklar ile karıştırılmaması esastır.

d) Tıbbi atıkların kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, biriktirilmesi, taşınması ve bertarafı esastır.

e) Tıbbi atıkların yarattığı çevresel kirlenme ve bozulmadan doğan zararlardan dolayı tıbbi atık üreticileri, taşıyıcıları ve bertarafçıları kusur şartı olmaksızın sorumludurlar.

f) Tıbbi atıkların yönetiminden sorumlu kişi, kurum/kuruluşlar, bu atıkların çevre ve insan sağlığına olabilecek zararlı etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler.

g) Tıbbi atık üreticileri atıklarının bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdürler.

h) Tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları ile bu atıkların taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin/özel sektör firmalarının tıbbi atık yönetimiyle ilgili personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirilmesi ve tıbbi atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır.

Tıbbi atık üreticilerinin yükümlülükleri

Madde 8- Tıbbi atık üreticileri;

a) Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmakla,

b) Atıkların ayrı toplanması, taşınması ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren ünite içi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla,

c) Tıbbi, tehlikeli ve evsel nitelikli atıklar ile ambalaj atıklarını birbirleri ile karışmadan kaynağında ayrı olarak toplamakla,

d) Tıbbi atıklar ile kesici-delici atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla,

e) Ayrı toplanan tıbbi ve evsel nitelikli atıkları sadece bu iş için tahsis edilmiş araçlar ile ayrı ayrı taşımakla,

f) Atıkları geçici depolamak amacıyla geçici atık deposu inşa etmek veya konteyner bulundurmakla, yataksız ünite olması durumunda ise atıklarını en yakındaki geçici atık deposuna/konteynerine götürmek veya bu atıkları toplama aracına vermekle,

g) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/eğitimini sağlamakla,

h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelinin özel giysilerini sağlamakla,

i) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı için gereken harcamaları atık bertarafçısına ödemekle,

j) Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almak, yıl sonu itibari ile valiliğe göndermek, bu bilgileri en az üç yıl süre ile muhafaza etmek ve talep edilmesi halinde Bakanlığın incelemesine açık tutmakla,

yükümlüdürler.
Tıbbi atıklar
Madde 13- EK-2'de C, D ve E grupları altında yer alan tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulunur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle evsel atıklar, ambalaj atıkları ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz.
Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT TIBBİ ATIK" ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbasından çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir kaba aktarılmaz.
Tıbbi atıkların basınçlı buhar ile sterilizasyon işlemine tabi tutulması durumunda atıklar otoklav torbaları ile otoklavlanabilir kesici-delici tıbbi atık kaplarına konulurlar. Otoklav torbalarının yukarıda belirtilen teknik özelliklerin yanı sıra 1400C'a kadar nemli-basınçlı ısıya dayanıklı ve buhar geçirgenliğine haiz olması zorunludur.
Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak yukarıda belirtilen torbalara konulur.
Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve kırmızı plastik torbalara konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz.
Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları ¾ oranında dolduklarında derhal yenileri ile değiştirilirler. Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakınında bulundurulması sağlanır.

SORU: Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?

SIRA : 184
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 28
BOYUTLAR : EKÖ, ÇHG, ÇNE, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.28.1. Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.

GD.28.2. Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.

GD.28.3. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda, atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.

GD.28.4. Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.

GD.28.5. Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.

GD.28.6. Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır.

GD.28.7. Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır

AÇIKLAMA:

Tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılması, taşınması, depolanması ve bertarafının uygun koşullarda yapılması "Tıbbi Atık Kontrol Yönetmeliğine" göre yapılmalıdır.

Tıbbi atık torbaları ünite içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından; tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış; yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan; yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanır ve taşınırlar. Gözlemciler tarafından mümkünse bu araçlar boşken ve dolu iken gözlemlenmelidir.

Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenir, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılır. Atık torbaları asla elde taşınmazlar. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılmaz.

Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmez ve taşınmazlar. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilirler. Araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılır ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilir.

Tıbbi atıkların ünite içinde taşınması ile görevlendirilen personel çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanır; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giyer. Taşıma işleminde kullanılan özel giysi ve ekipmanlar ayrı bir yerde muhafaza edilir. Personele "kaç adet giysisi olduğu, giysilerinin temizliğinin nasıl yapıldığı, yaptığı iş hakkında aldığı eğitimler" ile ilgili sorular sorulur.
Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.

KAYNAK:
TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ
Tıbbi atıkların ünite içinde taşınması
MADDE 16 - Tıbbi atık torbaları ünite içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından, tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanır ve taşınırlar. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olacak, üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunacaktır.
Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenir, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılır. Atık torbaları asla elde taşınmazlar. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılmaz.
Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmez ve taşınmazlar. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilirler. Araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılır ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilir.
Tıbbi atıkların ünite içinde taşınması ile görevlendirilen personelin, taşıma sırasında 26 ncı maddede belirtilen şekilde özel nitelikli turuncu renkli elbise giymesi ve bunun ilgili ünite tarafından karşılanması zorunludur.
Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenir.
Personelin özel giysileri
Madde 26-
Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanır; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giyer. Taşıma işleminde kullanılan özel giysi ve ekipmanlar ayrı bir yerde muhafaza edilir. Bunların temizlenmesi belediyece veya belediyenin görevlendireceği kuruluşça yapılır.

Tıbbi atıkların taşınmasına ilişkin kurallar
MADDE 27: (Değişik: RG-5.11.2013-28812)
Tıbbi atıkların;
a) Emniyetli bir şekilde, etrafa yayılmadan ve sızıntı suları akıtılmadan nihai bertaraf sahasına getirilmesi,

b) Taşınması sırasında transfer istasyonlarının kullanılmaması,
c) Taşıma araçlarının günde en az bir kere temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi,
d) Konulduğu kırmızı torbaların patlaması veya başka bir nedenle etrafa yayılması durumlarında derhal temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi,
e) Toplanması ve taşınması için kullanılan araçların başka işlerde kullanılmaması,
Zorunludur.
(2) Tıbbi atık torbaları doğrudan tıbbi atık taşıma aracına yüklenebileceği gibi, tekerlekli/kapaklı plastik veya metal konteynerler içinde de atık taşıma aracına yüklenebilirler. Taşımanın bu şekilde yapılması durumunda konteynerler de günde en az bir kez temizlenir ve dezenfekte edilir.
Eğitim
Madde 52-
Tıbbi atıkların ünite içinde toplanması, taşınması, geçici atık deposuna taşınması ile geçici atık deposu veya konteynerlerin işletilmesinden sorumlu ünite personeli ile bu atıkların geçici atık depolarından alınarak bertaraf sahasına taşınmasından sorumlu belediye personeli, bu işlerin hizmet alımı yoluyla yapılması durumunda ise özel temizlik ve taşıma firmalarının ve personellerinin, tıbbi atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertaraf sahasına taşınması aşamalarında uyulacak kurallar ve dikkat edilmesi gereken hususlar, bu atıkların yarattığı sağlık riskleri ve neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar ile bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirleri içeren bir eğitim programına periyodik olarak tabi tutulması ve bu eğitimin alındığının belgelenmesi zorunludur. Toplama ve taşıma işlemlerinin hizmet alımı yoluyla yapılması durumlarında, çalışacak personelin bu eğitimi alması ve bunun belgelenmesi gerektiği ilgili ihale şartnamelerinde belirtilir.

SORU: Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu?
(20 VE ÜZERİ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)

SIRA : 185
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 29
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.29.1. Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.

GD.29.2. Evsel ve tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.

GD.29.3. Evsel atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.

GD.29.4. Evsel ve tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürmeli yapılmalıdır.

GD.29.5. Evsel ve tıbbi atık depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.

GD.29.6. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır

GD.29.7. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.

GD.29.8. Tıbbi atık içeren torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplanmalı, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal dezenfekte edilmelidir.

GD.29.9. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.

GD.29.10. Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.

GD.29.11. Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)

GD.29.12. Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından evsel atık ve tıbbi atık depolama alanlarının fiziki yapısı incelenmelidir. Değerlendirilecek unsurlarda belirtilen şartların yerine getirilip getirilmediği değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (2005):

Geçici depolama

Madde 18-

EK-1'de yer alan ve en az 20 yatak kapasitesine sahip üniteler geçici atık deposu inşa etmekle, daha az yatağa sahip üniteler ise aynı işlevi görecek konteyner bulundurmakla yükümlüdürler.

Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere bu depolarda veya konteynerlerde bekletilebilir. Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.

Geçici atık deposu

Madde 19-

Geçici atık deposunun özellikleri şunlardır:

a) Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilir. Birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanır.

b) Geçici atık deposunun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olur.

c) Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanır.

d) Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunur ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulur.
e) Depo kapıları dışarıya doğru açılır veya sürmeli yapılır. Kapılar daima temiz ve boyanmış durumda olur. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanır, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunur.
f) Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmez. Depo ve kapıları, içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde inşa edilir.
g) Geçici atık depolarının içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda inşa edilir.
h) Geçici atık deposu, atık taşıma araçlarının kolaylıkla ulaşabileceği ve yanaşabileceği yerlerde ve şekilde inşa edilir.
i) Geçici atık deposu, hastane giriş ve çıkışı ve otopark gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlarına inşa edilemez.
j) Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenir, dezenfekte edilir ve gerekirse ilaçlanır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulur ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal dezenfekte edilir.
k) Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunur. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenir, gerekirse dezenfekte edilir ve ilaçlanır.
l) Temizlik ekipmanı, koruyucu giysiler, atık torbaları ve konteynerler geçici atık depolarına yakın yerlerde depolanırlar.
Geçici atık depolarına ruhsat alınması
Madde 20-
18 inci madde uyarınca geçici atık deposu kurmakla yükümlü olan ünitelere yapı ruhsatı vermeye;
a) Belediye ve mücavir alan sınırları içinde kalan ve büyükşehir belediyesi olan yerlerde büyükşehir belediye başkanlığı, diğer yerlerde belediye başkanlıkları,
b) Belediye ve mücavir alan sınırları dışında kalan yerlerde valilikler,
yetkilidir.

SORU: Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu?(20'DENAZ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDEDEĞERLENDİRİLECEKTİR.)

SIRA : 186
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 30
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.30.1. Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.

GD.30.2. Konteynerler, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.

GD.30.3. Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.

GD.30.4. Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.

GD.30.5. Tıbbi Atık Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.

GD.30.6. Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasına müteakiben her gün veya konteynerın içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

GD.30.7. Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.

AÇIKLAMA:

Geçici depolama işlemi 20'den az yatağı olan sağlık tesisleri için konteynerlarda gerçekleştirilebilir. Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalı, konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşatma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli. Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.

Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renge boyanmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalı. Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı ve atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenip ve dezenfekte edilmelidir.

20'den az yatağı olan sağlık tesislerinde tıbbi atıkların taşınması sırasında Ulusal Atık Taşıma Formu kullanılması tercihe bağlıdır ancak tıbbi atıkların ünitelerden alınması esnasında tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanılması zorunludur.

KAYNAK :

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (2005):

Konteynerlerin geçici atık deposu olarak kullanılması

Madde 21- EK-1'de belirtilen ve 20'den az yatağa sahip üniteler, geçici atık deposu olarak konteyner kullanmak zorundadırlar. Bu amaçla kullanılacak konteynerlerin aşağıdaki teknik özelliklere haiz olması zorunludur:

a) Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olur.

b) Konteynerler, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan; hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilirler.
c) Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşatma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermez. Kesişen yüzeyler yumuşak dönüşlerle birbirine birleşir.
c) Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez. Kapaklar, konteynerin içine herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde dizayn ve inşa edilir.
d) Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renge boyanır, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunur.
e) Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olur.
f) Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenir ve dezenfekte edilir.
EK-1'de belirtilen ve 20'den az yatağa sahip üniteler, istedikleri takdirde geçici atık deposu da inşa edebilirler.
Tıbbi Atık Yönetmeliği
MADDE -27
(3) Tıbbi atıkların geçici atık depolarından bertaraf tesislerine taşınması sırasında Ulusal Atık Taşıma Formunun kullanılması zorunludur. EK-1'de yer alan (c) bölümünde belirtilen ünitelerden kaynaklanan tıbbi atıkların taşınması sırasında Ulusal Atık Taşıma Formu kullanılması şartı aranmaz; ancak tıbbi atıkların ünitelerden alınması esnasında tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanılması zorunludur.

SORU: Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapılıyor mu?

SIRA : 187
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 31
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.31.1.
- Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar,
- Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.)
- Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar,
- Amalgam atıkları,
- Kartuj ve tonerler,
- Flourosan ve diğer civa içeren atıklar,

- Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi,
- Elektrik ve elektronik ekipman atıkları,
- Eski aküler,
- Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları,
- Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar,
- Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar
- Röntgen banyo suları ve piller, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.

GD.31.2. Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.

GD.31.3. Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.

GD.31.4. Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.

GD.31.5. Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.

GD.31.6. Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.

GD.31.7. Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, tehlikeli, bitkisel atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tehlikeli atıkların kaynağında ayrıştırılmasından bertarafına kadar her aşamasından sorumludur.

Sağlık tesisi atık yönetimi yaparken kendi birimlerinde çıkabilecek tehlikeli atık envanterini belirlemelidir. Tespit edilen envanter listesine göre gerekli görülen yerlerde tehlikeli atıkların nasıl biriktirilmesi gerektiği belirlenir.

Piller tüm personelin bildiği yerlere koyulan atık pil kutularında biriktirilir.

Tehlikeli atık katı ise geçici depo alanında yine ağzı kapalı konteynerlarda üzerine atığın çeşidi, EWC kodu, kaynağı, miktarı ve depolama tarihi ile ilgili bilgiler yazılı olarak depolanırlar.

Analiz sonucuna göre tehlikeli atık kapsamında değerlendirilmeyen laboratuvar sıvı atıkları mümkünse (alım şartnamelerine koyulması gerek) nötralize edilerek kanalizasyona atılır. Analiz sonucunda tehlikeli atık kapsamında değerlendirilen laboratuvar sıvı atıkları ise kendi kaplarında veya polietilen ağzı kapalı kaplarda, konteynerlarda biriktirilir. Konteynırların üzerinde tehlikeli atık ibaresine yer verilmelidir.

Depolama sırasında üzerine atığın çeşidi, EWC kodu, kaynağı, miktarı ve depolama tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılır.

Atıkların geçici depolanması işleminin atığı üreten tesis içinde yapılması esastır.

Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz, emniyetli ve uluslararası kabul görmüş standartlara uygun depolarda ayrı ayrı konteynırlar içerisinde geçici olarak muhafaza edilmelidir. Tehlikeli atık geçici deposu içinde, tehlikeli atıklar birbirlerine karışmayacak ve temas etmeyecek şekilde depolanmalıdır. Sağlık tesisinin

imkanları doğrultusunda oluşturulacak raf sistemi ya da depo büyüklüğüne göre duvarla bölmelere ayrılmış olarak ya da ayrı konteynırlar temin edilerek bölümlere ayrılabilir. Bunun nedeni tehlikeli atıkların birbirleri ile reaksiyona girme, patlama ya da yangına neden olabilme ihtimalinin olmasıdır.
Konteynırların hasar görmesi durumunda atıklar, aynı özellikleri taşıyan başka bir konteynıra aktarılır, konteynırların devamlı kapalı kalması sağlanır.
Sağlık tesisisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
Atık listesinde (*) ile işaretlenmiş atıklar tehlikeli atıktır.
Atık listesinde (A) işaretli atıklar, ek-3/B'de yer alan tehlikeli atık konsantrasyonuna bakılmaksızın tehlikeli atık sınıfına girer. (M) işaretli atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesi gerekir.
Atık listesinde yer alan atıklar, altı haneli atık kodlarıyla ve ilgili iki haneli ve dört haneli bölüm kodları ile bütün olarak tanımlanır. Atıklar ile ilgili yapılacak bütün çalışmalarda, atığın tanımına karşılık gelen altı haneli atık kodunun tam olarak kullanılması zorunludur. Atık listesi ve atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesine ilişkin kılavuzlar Bakanlık tarafından hazırlanır. Atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılacak çalışmalarda malzeme güvenlik bilgi formları, proses girdileri ve bilgileri, Bakanlıkça yayınlanan kılavuzlar veya ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak yapılacak analiz çalışmaları kullanılır. Bakanlıkça gerekli görülmesi halinde ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak atık üreticisi veya atık sahibi tarafından analiz yaptırılır. Analiz çalışmaları Bakanlıktan ek-3/B için yeterlik almış laboratuvarlarca gerçekleştirilir.
Altı haneli atık kodunun son iki hanesi 99 olan atık kodları Bakanlığın onayı olmaksızın kullanılmaz. Bu atıklar her sınıfta "başka bir şekilde tanımlanmamış atıklar" olarak geçiyor.99 ile biten atıkların tehlikeli olup olmadığının ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak yapılacak analiz ile belgelenmesi zorunludur.
Özelliğine göre sınıflandırılarak geçici depolanan atığın üzerinde tehlikeli ya da tehlikesiz atık ibaresi, atık EWC kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunur. Atıklar birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde geçici depolanır. Atıkların geçici depolanması işlemi atığın üretildiği tesis/kuruluş sınırları içinde yapılır

KAYNAK:
ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ (02.04.2015)
İKİNCİ BÖLÜM
Genel İlkeler, Görev, Yetki ve Yükümlülükler
Genel ilkeler
MADDE 5 – (1) Atık yönetimine ilişkin genel ilkeler şunlardır:
m) Atıkların geçici depolanması atığın üretildiği tesis/kuruluş sınırları içinde yapılır.
n) Atıkların üretiminden ve yönetiminden sorumlu kişi, kurum ve kuruluşlar, atık yönetiminin her aşamasında atıkların çevre ve insan sağlığına zarar vermesini önleyecek tedbirleri almakla yükümlüdür.
o) Bu Yönetmelik veya diğer hukuki düzenlemeler ile atık yönetim planını hazırlama yükümlülüğü verilen gerçek ve/veya tüzel kişi, atık yönetim planını hazırlayarak sunmak ve onaylatmak/uygun görüş almakla yükümlüdür.

ü) Tehlikeli atıkların neden olduğu çevresel kirlenme ve bozulmadan kaynaklanan zararlardan dolayı tehlikeli atığın toplanması, taşınması, geçici ve ara depolanması, geri kazanımı, yeniden kullanılması ve bertarafı faaliyetlerinde bulunanlar müteselsilen sorumludurlar. Sorumluların bu faaliyetler sonucu meydana gelen zararlardan dolayı genel hükümlere göre de tazminat sorumluluğu saklıdır. Atıkların yönetiminden sorumlu kişilerin çevresel zararı durdurmak, gidermek ve azaltmak için gerekli önlemleri almaması veya bu önlemlerin yetkili makamlarca doğrudan alınması nedeniyle kamu kurum ve kuruluşlarınca yapılan ve/veya yapılması gereken harcamalar, 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre atıkların yönetiminden sorumlu olanlardan tahsil edilir.

(7) Atık yönetiminden sorumlu olan taraflar, üretimden bertarafa kadar olan süreçte ürünlerin ve atıkların çevreye olan olumsuz etkilerinin azaltılması ve güvenli bir şekilde yönetilmesi amacıyla ilgili personeline eğitim vermek/verdirtmekle, kamuoyunda farkındalık yaratmakla, atık yönetimine ilişkin duyarlılığı geliştirmek üzere sosyal sorumluluk projeleri ve çevre eğitim projeleri yapmakla/katkı sağlamakla, yazılı ve görsel basında spot yayınlar yapmakla veya bu amaçla yapılan çalışmalara katkı sağlamakla yükümlüdürler.

Atık üreticisinin ve atık sahibinin yükümlülükleri

MADDE 9 – (1) Atık üreticisi;

a) Atık üretimini en az düzeye indirecek şekilde gerekli tedbirleri almakla,

b) Atıklarını ayrı toplamak ve geçici depolamakla,

c) Ürettiği atıklara ve atıkların önlenmesi ile azaltılmasına yönelik olarak hazırlamakla yükümlü olduğu atık yönetim planını hazırlayarak sunmakla,

ç) Ürettiği atıklar için Bakanlıkça belirlenen esaslar doğrultusunda kayıt tutmak ve uygun ambalajlama ve etiketleme yapmakla,

d) Belediye atıklarını, ilgili mevzuat kapsamında toplama, taşıma ve bertaraf yükümlülüğü verilmiş kurum ve kuruluşların belirlediği şekilde konut, işyeri gibi üretildikleri yerlerde çevre ve insan sağlığını bozmayacak şekilde kapalı olarak muhafaza ederek, toplamaya hazır etmekle,

e) Bu Yönetmeliğin ek-4'ünde (M) işareti ile tanımlanan ve ek-3/B'de belirtilen özellikleri içermediği iddia edilen atıkların Bakanlıkça yetkilendirilmiş laboratuvarlarca yapılan analizlerle tehlikesiz olduğunu belgelemekle,

f) Bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak izin alınması zorunlu olan geçici depolama alanları için il müdürlüğünden izin almakla,

g) Atıklarını bu Yönetmelik hükümleri ve Bakanlıkça belirlenen esaslara uygun olarak izin/çevre lisansı almış atık işleme tesislerine göndermekle,

ğ) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayı itibariyle başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamalar kullanarak doldurmak, onaylamak, çıktısını almak ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla, askeri birlik ve kurumlar ise yazılı olarak belirtilen sürede Millî Savunma Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığınca Bakanlığa göndermek ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla,

ı) Atık işleme tesisinin atığı kabul etmemesi durumunda, taşıyıcıyı başka bir tesise yönlendirmekle veya taşıyıcının atığı geri getirmesini sağlayarak, uygun bir tesiste atığın işlenmesini sağlamakla,
i) Ürettikleri atıkların toplanması, taşınması ve geçici depolanması gibi işlemlerden sorumlu olan çalışanlarının eğitimini sağlamakla, sağlık ve güvenlik ile ilgili her türlü tedbiri almakla,
j) Kaza sonucu veya kasti olarak atıkların dökülmesi ve benzeri olaylar sonucu meydana gelen kirliliğin önlenmesi amacıyla, atığın türüne bağlı olarak olayın vuku bulduğu andan itibaren en geç bir ay içinde olay yerinin eski haline getirilmesi ve tüm harcamaların karşılanmasıyla,
k) Kaza sonucu veya kasti olarak atıkların dökülmesi ve benzeri olaylar vuku bulduğunda il müdürlüğünü bilgilendirmek ve kaza tarihi, kaza yeri, atığın türü ve miktarı, kaza sebebi, atık işleme türü ve kaza yerinin rehabilitasyonuna ilişkin bilgileri içeren raporu il müdürlüğüne 3 iş günü içinde sunmakla,
l) Yan ürün olarak değerlendirilebilecek bu Yönetmeliğin 19 uncu maddesinin birinci fıkrasında tanımlanan özelliklere haiz atıklar için uygunluk almak üzere Bakanlığa başvurmakla,
m) Atığın niteliğinin belirlenmesi, toplanması, taşınması ve işlenmesi için yapılan harcamaları karşılamakla,
yükümlüdür.
(2) Atık sahibi, atıklarını bu Yönetmelikte belirtilen hükümlere uygun olarak yönetmekle yükümlüdür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Atık Listesi, Atığın Listede Tanımlanması ve Geçici Depolama

Atık listesi ve atığın listede tanımlanması
MADDE 11 – (1) Bu Yönetmeliğin kapsamında yer alan atıkların listesi ek-4'te verilmektedir. Atık listesinde (*) ile işaretlenmiş atıklar tehlikeli atıktır. Tehlikeli atıklar, ek-3/A'da listelenen özelliklerden bir veya daha fazlasına sahip atıklardır. Atık listesinde (A) işaretli atıklar, ek-3/B'de yer alan tehlikeli atık konsantrasyonuna bakılmaksızın tehlikeli atık sınıfına girer. (M) işaretli atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesi gerekir. Bu amaçla yapılacak çalışmalarda, ek-3/A'da listelenen özelliklerden H3-H8 ile H10 ve H11 ile ilgili değerlendirmeler, ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak yapılır.
(2) Atık listesinde yer alan atıklar, altı haneli atık kodlarıyla ve ilgili iki haneli ve dört haneli bölüm kodları ile bütün olarak tanımlanır.
(3) Atıklar ile ilgili yapılacak bütün çalışmalarda, atığın tanımına karşılık gelen altı haneli atık kodunun tam olarak kullanılması zorunludur.
(4) Atık listesi ve atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesine ilişkin kılavuzlar Bakanlık tarafından hazırlanır.
(5) Atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılacak çalışmalarda malzeme güvenlik bilgi formları, proses girdileri ve bilgileri, Bakanlıkça yayınlanan kılavuzlar veya ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak yapılacak analiz çalışmaları kullanılır. Bakanlıkça gerekli görülmesi halinde ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak atık üreticisi veya atık sahibi tarafından analiz yaptırılır. Analiz çalışmaları Bakanlıktan ek-3/B için yeterlik almış laboratuvarlarca gerçekleştirilir.
(6) Atıkların tehlikelilik özelliklerinin belirlenmesi için yapılan analiz çalışmalarının sonuçları üretim prosesi, hammadde veya katkı maddelerinde bir değişiklik olmaması halinde 5 yıl süre

ile geçerlidir. Ancak, Bakanlığın gerekli gördüğü hallerde analiz çalışması yenilenir. Üretim prosesi, hammadde veya katkı maddelerinde bir değişiklik olması halinde analiz, değişiklikten itibaren 3 ay içerisinde yenilenir.

Atık listesinde atık kodunun belirlenmesi

MADDE 12 – (1) Atık sahibi, atık kodunu ek-1'de yer alan atık kodu belirleme hiyerarşisine ve atık kodu açıklamalarına uygun olarak belirlemekle yükümlüdür.

(2) Altı haneli atık kodunun son iki hanesi 99 olan atık kodları Bakanlığın onayı olmaksızın kullanılmaz. 99 ile biten atıkların tehlikeli olup olmadığının ek-3/B'de yer alan konsantrasyon değerleri esas alınarak yapılacak analiz ile belgelenmesi zorunludur.

(3) Atık kodu 99 ile biten atıkların kullanımına Bakanlıkça onay verilmesi ve atığın gönderilebileceği uygun çevre lisansına sahip tesis bulunamaması halinde, söz konusu atık, Bakanlıktan, benzer sektörden kaynaklanan atıklar için atık işleme konusunda çevre lisansı almış ve prosesinde işlemesi uygun olan tesislerde Bakanlığın onayı alınarak işlenebilir. Atığın tesise kabul edilebilmesi amacıyla atık işleme tesisi Bakanlığa başvuru yapar.

Geçici depolama

MADDE 13 – (1) Atıklar üretildikleri yerde türlerine göre belirlenmiş kriterlere uygun şekilde geçici depolanır.

(2) Özelliğine göre sınıflandırılarak geçici depolanan atığın üzerinde tehlikeli ya da tehlikesiz atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunur.

(3) Atıklar birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde geçici depolanır.

(4) Atıkların geçici depolanması işlemi atığın üretildiği tesis/kuruluş sınırları içinde yapılır.

(5) Geçici depolama alanları için il müdürlüğünden geçici depolama izni alınır. Geçici depolama alanında değişiklik olması halinde geçici depolama izni yenilenir.

(6) Belediye atığı, ambalaj atığı ve tıbbi atık geçici depolama alanı/konteynerleri geçici depolama izninden muaftır.

(7) Geçici depolama alanlarına ilişkin esaslar Bakanlıkça belirlenir.

ALTINCI BÖLÜM

Genişletilmiş üretici sorumluluğu

MADDE 18 – (1) Ürünlerin çevreye olan olumsuz etkilerinin azaltılması, atığın önlenmesi, atık olduktan sonra yeniden kullanımı, güvenli bir şekilde geri dönüştürülmesi ya da geri kazanımını desteklemek amacıyla ürünlerin tasarımından başlayarak gerekli tedbirler üretici tarafından alınır.

(2) Genişletilmiş üretici sorumluluğu, elektrikli ve elektronik eşya, ambalaj, araç, pil ve akümülatör ürünlerini kapsar. Bu ürünlerin üreticisi ve/veya piyasaya süreni;

a) Üreticiye iade edilen ve/veya kullanım ömrü dolarak atık olarak addedilen ürünlerin yönetimi ve yönetimine ilişkin maliyetleri karşılar.

b) Yükümlülüklerini Bakanlıkça belirlenen yöntemlerden bir veya birkaçını tercih ederek yerine getirir.

c) Toplama, yeniden kullanım, geri dönüşüm veya geri kazanım hedeflerini sağlar.

(3) Genişletilmiş üretici sorumluluğundaki ürünler ve bu ürünlerin atıklarının yönetimine ilişkin esaslar Bakanlıkça belirlenir.

SORU: Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?

SIRA : 188
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 32
BOYUTLAR : TGY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.32.1. Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.

GD.32.2. Sağlık tesisinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

GD.32.3. Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir. Gözlemciler tarafından bölümler değerlendirilirken acil çıkış levhalarının işlevsel olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?

SIRA : 189
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 33
BOYUTLAR : TGY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.33.1. Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır.

GD.33.2. Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.

GD.33.3. Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.

GD.33.4. Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.

GD.33.5. Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.

GD.33.6. Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.

GD.33.7. Yapılan altı aylık, yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Periyodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.

GD.33.8. Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından bölüm değerlendirmeleri yapılırken yangın söndürme tüpleri, yangın hortumları ve yangın uyarı butonlarının olup olmadığı incelenmelidir. Gözlem esnasında randomize olarak seçilen birimlerdeki yangın söndürme tüpleri sayısı ile sağlık tesisi tarafından hazırlanan birim bazlı listenin uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Altı aylık kontrol ve yıllık bakımlara ait kayıtlar değerlendirilmelidir. Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının üzerinde yıllık kontrol edildiğine dair etiketlerin olup olmadığı incelenmelidir. Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının altı ayda bir kontrol edildiğine ait kayıtlar ve yangın söndürme tüplerinin yıllık bakımlarına ait kayıtlar da değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI YANGIN ÖNLEME VE SÖNDÜRME YÖNERGESİ (2008):
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TAŞINABİLİR SÖNDÜRME TÜPLERİ
MADDE 99- (1) Taşınabilir söndürme tüplerinin tipi ve sayısı, mekânlarda var olan durum ve risklere göre belirlenir. Buna göre;
a) A sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, çok maksatlı kuru kimyevi tozlu veya sulu,
b) B sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu, karbondioksitli veya köpüklü,
c) C sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu veya karbondioksitli,
ç) D sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru metal tozlu, söndürme tüpleri bulundurulur.
(2) Düşük tehlike sınıfında her 500 m2, orta tehlike ve yüksek tehlike sınıfında her 250 m² yapı inşaat alanı için 1 adet olmak üzere, uygun tipte 6 kg'lık yangın söndürme tüpü bulundurulması gerekir.
(3) Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde ayrıca tekerlekli tip söndürme tüpü bulundurulması mecburidir.
(4) Söndürme tüpleri dışarıya doğru, geçiş boşluklarının yakınına ve dengeli dağıtılarak, görülebilecek şekilde işaretlenir ve her durumda kolayca girilebilir yerlere, yangın dolaplarının içine veya yakınına yerleştirilir. Söndürme tüplerine ulaşma mesafesi en fazla 25 m olur.
(5) Taşınabilir söndürme tüpleri için, söndürücünün duvara bağlantı asma halkası duvardan kolaylıkla alınabilecek ve zeminden asma halkasına olan uzaklığı yaklaşık 90 cm'yi aşmayacak şekilde montaj yapılır.
(6) Arabalı yangın söndürücülerin TS 11749- EN 1866 ve diğer taşınabilir yangın söndürme tüplerinin TS 862- EN 3 kalite belgeli olması şarttır.
(7) Yangın söndürücülerin periyodik kontrolü ve bakımı TS 11748 standardına göre yapılır. Söndürücülerin bakımını yapan üreticinin veya servis firmalarının Sanayi ve Ticaret Bakanlığının dolum ve servis yeterlilik belgesine sahip olması gerekir. Servis veren firmalar, istenildiğinde müşterilerine belgelerini göstermek zorundadır. Söndürme tüplerinin altı ayda bir

kontrol edilmesi, yıllık genel bakımlarının yapılması, standartlara uygun toz kullanılması ve dört yıl sonunda tozunun değiştirilmesi şarttır.
(8) Binalara konulacak yangın söndürme tüplerinin cinsi, miktarı ve yerlerinin belirlenmesi konusunda, gerekirse Sivil Savunma Müdürlüğü veya mahalli itfaiye teşkilatının görüşü alınabilir.
BEŞİNCİ BÖLÜM PERİYODİK TESTLER VE BAKIM
MADDE 100- (1) Bu Yönergede öngörülen yangın söndürme sistemlerinin, ilgili birim amiri, yöneticisi veya bunların yazılı olarak sorumluluklarını devrettiği yetkili personelin sorumluluğu altında, ilgili standartlarda belirtilen sistemin gerektirdiği periyodik kontrole, teste ve bakıma tabi tutulması şarttır. Sonuç rapor ile belgelenir.

SORU: Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?

SIRA : 190
BÖLÜM ADI **:** GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO **:** 34
BOYUTLAR **:** YPYD, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.34.1. Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.

GD.34.2. Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.

SORU: Çalışanlara "uyum eğitimi" verilmiş mi?

SIRA : 191
BÖLÜM ADI **:** GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO **:** 35
BOYUTLAR **:** ÇNE, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.35.1. Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.

GD.35.2. Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Bölüm değerlendirmeleri yapılırken bölümlere en son gelen personel isimleri alınarak bu personellere ait genel ve bölüm uyum eğitim kayıtları incelenmelidir.

Genel uyum eğitimlerinin sağlık tesisinin fiziki yapısı, hizmet verilen bölümler, yönetsel yapı ve yöneticiler, çalışma koşulları, izinler, hastane ulaşımı, hastane iletişim bilgilerini,
Bölüm uyum eğitimlerinin bölüm yönetici ve çalışanları, bölümün faaliyet ve işleyişi bölümün fiziki yapısı, mesleki kategorilere göre görev ve sorumlulukları, bölümle ilgili yazılı düzenlemeleri, HBYS eğitimini, bölümde kullanılan tıbbi cihaz bilgilerini içerdiği ve eğitimlerin bir hafta içinde yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?

SIRA : 192
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 36
BOYUTLAR : YPYD, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD. 36.1. Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Bölüm değerlendirmelerinde çalışanlara verilmesi gereken eğitim konuları, ilgili personele sorularak personel isimleri, eğitim zamanı ve eğitimci bilgileri not alınmalıdır. Her meslek gurubundan isim alınmalı ya da çalışma listelerinden isimler seçilerek ilgili eğitimlerin verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

SORU: Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan eğitimine ait düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 193
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 37
BOYUTLAR : YPYD, ÇNE
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.37.1. Eğitim programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

GD.37.2. Eğitim programına uygun asistan karneleri doldurulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Asistanlar için hazırlanmış dönemlik eğitim programı incelenmeli, asistan karnelerinin zamanında ve uygun şekilde doldurulduğu değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?

SIRA : 194
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 38
BOYUTLAR : YPYD, HED

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.38.1. Sağlık tesisinin Web sayfasında;

- Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar,
- Hekim aylık ve günlük çalışma listesi,
- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri,
- Randevu alma bilgileri,
- Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı,
- Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan,
- Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar,
- Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri,
- Site içi arama motoru olmalıdır.

GD.38.2. Bilgiler güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi web sayfasında değerlendirilecek unsurlarda belirtilen tüm bilgilerin olup olmadığı ve güncelliği değerlendirilmelidir.

SORU: Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?

SIRA : 195
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 39
BOYUTLAR : TGY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.39.1. Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.

GD.39.2. Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.

GD.39.3. Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

GD.39.4. Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtlar olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Su depolarına ait haftalık klor ölçümleri, yılda en az 2 (iki) kez yapılan bakteriyolojik ve kimyasal analizlere ait sonuçlar ile su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtlar değerlendirilmelidir.

SORU: Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 196
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 40
BOYUTLAR : THY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.40.1. Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.

GD.40.2. Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

GD.40.3. Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

GD.40.4. Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesislerimizde kullanılan elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi, verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, gerekli önlemlerin alınması ve yakıt dönüşüm finansman çalışmalarının etkin yapılabilmesi için; fatura girişlerinin MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülüne eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık tesislerinde sisteme fatura girişi yapacak kişinin belirlenmiş ve sistemdeki iletişim bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülü/İletişim Bilgileri sekmesindeki bilgilerin güncelliği ve sorgulama neticesinde fatura kayıt bilgilerinin aylık olarak girişlerinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

KAYNAK:
01.08.2013 tarih ve 5454.3278 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı

İlgi (a) ve (b) yazılarımızda Sağlık tesislerinin, elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi ve verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, elektrik ve su konusunda iller arasında oluşabilecek fiyat farklılıklarının tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması, yakıt dönüşümünün finansman çalışmalarını etkin yapılabilmesi için TKHK'nın web uygulamaları içerisinde yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi içerisindeki Enerji

Tüketim Takip Modülü'ne veri girişlerinin eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerektiği belirtilmektedir.

29.04.2014 tarih ve 20145514.143/840 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı.

Sağlık kuruluşlarının elektrik, doğalgaz ve su giderleri Verimlilik Karnesi İdari Kriterler Grubunda yer alan İ-12 ve İ-AD-08 kodlu ''Enerji Sarfiyatı'' gösterge puanlarına göre de analiz edilmektedir. Bu bağlamda elektrik, doğalgaz ve su gider analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi için Kurumumuz web uygulamalarında yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi ''MKYS'' içerisindeki Enerji Takip Modülü'ne sağlık kuruluşlarımız tarafından veri girişlerinin zamanında ve doğru yapılması önem arz etmektedir.

Enerji Tüketim Takip Modülüne veri girişi ve modülün işletilmesi ile ilgili iş ve işlemler için Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Tıbbi Cihaz ve Yatırım Planlama Daire Başkanlığı ile iletişime geçilmesi, söz konusu modüle zamanında, doğru ve güvenilir bir şekilde veri girişlerinin yapılması için Genel Sekreterliğinize bağlı sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve takibinin tarafınızca titizlikle yürütülmesi hususu.

SORU: Sağlık tesisinde TİG Birimi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 197
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 41
BOYUTLAR : ÇNE, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.41.1. Sağlık tesisindeki TİG çalışmaları başhekim yardımcısı/başhekim sorumluluğunda olmalıdır.

GD.41.2. TİG Biriminde çalışan personelin klinik kodlama eğitimi aldığına dair katılım belgesi olmalıdır.

GD.41.3. Sağlık tesisinde görev yapan hekimlere ve klinik kodlamacılara TİG Birim Sorumlusu tarafından TİG'e yönelik hizmet içi eğitim verilmeli ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

GD.41.4. "Sağlık tesisinde Klinik kodlamacı olarak görev yapan personel, dosya veya HBYS üzerinde

a. Epikriz
b. Ameliyat notları
c. ASA ve Anestezi bilgileri
d. Konsültasyon bilgileri
e. Laboratuvar sonuçları (pataloji, görüntüleme vb.) ulaşabilmelidir."

AÇIKLAMA:
Birim ziyaret edilerek, unsurlarda istenilen belgelerin ve gerekli düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Evde Sağlık Hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 198
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 42
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.42.1. Sağlık tesisinde evde sağlık hizmetleri biriminin Valilik onay belgesi olmalıdır.

GD.42.2. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılmalıdır.

GD.42.3. Evde Sağlık Hizmet Biriminde sorumlu doktor görevlendirilmiş olmalıdır.

GD.42.4. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri kayıt ve arşiv işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemlerini gerçekleştirmek üzere bir tıbbi sekreter ya da uygun nitelikte bir personel görevlendirilmelidir.

GD.42.5. Evde Sağlık Hizmetlerinde görevli personel hizmet sunumu sırasında standartları kurum tarafından belirlenen özel kıyafeti giymelidir."

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinde evde sağlık hizmetleri biriminin Valilik onay belgesi, sorumlu doktor ve ilgili personel görevlendirilmesi incelenmeli, fiziki mekan ve kıyafet uygunluğu değerlendirilmelidir.

ECZACILIK HİZMETLERİ

SORU: Eczacı sayısı 4 kişi ve daha fazla olan kurumlarda eczacılar nöbet nöbet tutuyor mu?

SIRA : 199
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.1.1. Eczanede aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.

AÇIKLAMA:
Aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan kurumlarda eczacılar nöbet veya yöneticilerin onayıyla icap nöbeti tutmalıdırlar.

KAYNAK:
13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:
MADDE 45 : Eczacı nöbetleri: Baş eczacı dâhil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur. Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda baş eczacı nöbete girmez. Kurumun iş hacmine, acil vak'a durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabip karar verir.

MADDE 38 (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.) : Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

SORU: MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?

SIRA : 200
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.2.1. Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç listesi bulunmalıdır.

EH.2.2. Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel sarf malzeme listesi bulunmalıdır.

EH.2.3. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Eczanede; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel ilaç listelerine bakılmalıdır. İlaç İhaleleri temel ilaç listeleri baz alınarak hazırlanmalıdır.
Tıbbi sarf deposunda; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel sarf malzeme listelerine bakılmalıdır. Tıbbi sarf malzeme ihaleleri temel sarf malzeme listeleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

KAYNAK:
TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:
MADDE 2.2. Temel Malzeme Listelerinin Oluşturulması;
a) Bendi Stok Yönetim Birimince Birlik Temel Malzeme Listeleri (ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar, kırtasiye gibi) oluşturulur.
b) Sağlık tesisleri de ihtiyaç duydukları taşınırların Birlik Temel Malzeme listelerine eklenmesini teklif eder. Bu tekliflerin Stok Yönetim Birimince alternatif ürünler de göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ile Birlik Temel Malzeme Listeleri güncellenir.
c) Bu listeler bu Genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 3 ay içinde oluşturulur.
d) Temel Malzeme Listeleri münferit talepler dikkate alınmadan en sık karşılaşılan vakalar göz önünde bulundurularak hazırlanmalı, böylece etkin stok yönetimi için malzeme çeşidi en alt seviyede tutulmalıdır.
e) Bu listeler haricindeki talepler, gerekçenin açıklandığı resmi belgeler ile kayıt altına alınarak mümkün mertebe ihtiyaç sebebini gösteren verilerle desteklenmeli, fayda maliyet analizi ile değerlendirildikten sonra karara bağlanmalıdır.
f) Birlik Temel Malzeme Listelerine yeni eklenen ve ilk defa satın alınacak malzemeler için azami stok miktarını geçmeyecek şekilde 60 gün yetecek miktarda alım yapılması uygun olacaktır.

SORU: Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 201
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.3.1. Doz ayarlaması yapılması halinde (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletlerde tablet kesme aparatı kullanılmalıdır.

EH.3.2. Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı kullanılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Doz ayarlamasının tam yapılması amacıyla (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletler için tablet kesme aparatı bulunması gerekmektedir. Yarım kalan tabletler saklama koşullarına uygun olarak saklanmalı, bölündükten sonra stabilite sorunu olan (neme duyarlılık vb.) tabletlerin imhası uygun şekilde yapılmalıdır.
Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı bulunması gerekmektedir.
Eczacılar tarafından hastanede bulunan katı oral dozaj formları hakkında kırılabilirlik ve ezilebilirlik sınıflandırması yapılmalı, kırılamayan ve/veya ezilemeyen oral dozaj formları hakkında servisler bilgilendirilmeli, kırılma veya ezilme sonrasında yarım kalan dozu saklanamayacak olan ilaçlar için gerekli uyarı yapılmalıdır.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?

SIRA : 202
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, HAH, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.4.1. Yatan hastalara eczacı tarafından, ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde, özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.

AÇIKLAMA:
Yatan hastalarda ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde hasta uyuncunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında eczacı tarafından mesai saatleri içerisinde bilgi verilmelidir.
Yatan hastalarda hastanın tedaviye olan uyuncunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında, ilk kez kullanılacağı zaman ve tekrardan gerekmesi halinde, eczacı tarafından eğitim verilmelidir. Verilen eğitimde hastanın anlamasının kolaylaştırılması amacıyla görsel öğeler kullanılmalıdır. Hasta bilgilendirildikten sonra verilen bilginin hastanın yeterli düzeyde anlaşılıp anlaşılmadığı geri bildirim yoluyla teyit edilmelidir.

Verilen eğitimlerin kayıtları tutulmalıdır. Kayıtlarda eğitimi veren eczacının adı, hasta adı soyadı, hastanın protokol numarası, tarih, eğitim verilen konu vb bilgiler yer almalıdır. Kayıtlar ve görsel öğeler kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ 13.1.1983

Madde 13 – Servis hizmetleri uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikoloğ gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmeyi amaçlar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre ilgili şef veya uzmanın teklifi, baştabibin tasvibiyle saptanır.

SORU: Soğuk zincire tabi olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)

SIRA : 203
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.5.1. Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

EH.5.2. Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.

EH.5.3. Soğuk zincire tabi ilaçlar; Sağlık Tesisi içinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

EH.5.4. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.

EH.5.5. Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital dereceler (data-logger) gibi teknolojilerle yapılmalıdır.

EH.5.6. Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde bulunan soğuk zincire tabi ilaçların listelerine bakılmalıdır. Bu listedeki soğuk zincire tabi ilaçlardan 2 tanesi örneklem usulü ile seçilir. Mevcut depolama alanlarındaki durumu incelenerek soğuk zincire uygunluğu sorgulanır.

Sağlık tesisinde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" bakılmalıdır. Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına uygun olarak malzemelerin muhafazası ve taşınması sırasında oluşabilecek soğuk zincir kırılmalarının malzemenin hastada kullanımından önce tespit edilmesi gereklidir.

Tedarikçi firma tarafından; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi olan ilaçların sevkiyatı sırasında, mal kabulünde ve medikal depo elemanı teslim alıncaya kadar olan süreçte soğuk zincirin bozulup bozulmadığını gösteren indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerin kullanıldığı kontrol edilmeli, söz konusu süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını gösteren belgeler incelenmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabii ilaçlar bulunmuyor ise bu sorudan **MUAF** tutulacaktır.

Uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler ile belirli periyotlarla alınan ve depo sorumlusu tarafından arşivlenen raporlar istenip, incelenmelidir.

Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabii ilaçların gönderimi de soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerle yapılmalıdır. Bu gönderim esnasında kargo firmasından kaynaklanan sebeplerden dolağı kırılma gerçekleşirse; zararın kargo firması ile karşılanması için gerekli anlaşmaların varlığı sorgulanmalıdır.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.

e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler

mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalâjlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.
Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalâjında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.
24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

SORU: TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?

SIRA : 204
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.6.1. Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.

EH.6.2. Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinde görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
Yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar için listeler oluşturulmalı, çalışma alanlarında ve depolarda bulundurulmalıdır.
İlaç depolanmasında raf yerleşimi yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar yan yana, alt alta ve yakın yerleşimde olmayacak şekilde düzenlenmelidir.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)

SIRA : 205
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : EHY, YPYD, ÇNE, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.7.1. İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. (Akılcı ilaç kullanımı, ilaç güvenliği ve özellikli birimlerde ilaç yönetimi, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, ilaç geçimsizliği, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin soğuk zincir saklama ve transferleri, narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazası ve kayıt altına alınması, ilaçların kaybolması, kırılması konusunda yapılacaklarla ilgili, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin eczane iadesi, imhası, yüksek riskli ilaçların saklanması, advers etki bildirimi, bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, eşdeğer ilaç, ilaç infüzyon süreleri gibi konularda)

EH.7.2. Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.

EH.7.3. Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından verilen eğitim için eğitim dokümanları ve eğitim kayıtları incelenmelidir.

Servis eczanelerinde, depolarda, ilaç hazırlama ve satın alma süreçlerinde görevli eczacı dışındaki personele verilen eğitim için eğitim dokümanları ve eğitim kayıtları incelenmelidir.

Eczanede hasta bazlı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

Personel: 2- Ecza depolarında çalışacak yardımcı personel, kendilerine verilen görevle bağdaşan bir eğitim almış olmalıdır. Ayrıca görevi süresince ilâç, depolama, saklama ve dağıtım konularında eğitime tabi tutulmalı ve eğitim uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır. Bu eğitimler, ecza depoları ile ilgili meslek kuruluşlarınca verilmeli, kayıtları tutulmalı ve teftişe açık olarak saklanmalıdır.

SORU: İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılıyor mu?

SIRA : 206
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.8.1. Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

EH.8.2. Advers etki bildirimi Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisindeki farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Sağlık tesisinde ilaç kullanımı ve uygulamalarından görevli sağlık personelleri farmakovijilans sorumlusunu bilmelidir.
Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılmalıdır. TİTCK'ya advers etki bildirimlerinin Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

KAYNAK:
BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;
MADDE 9: Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.
MADDE 13: Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

SORU: İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?

SIRA : 207
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.9.1. İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.

EH.9.2. İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.

EH.9.3. Albümin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.

EH.9.4. Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.)

EH.9.5. Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nütrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.

EH.9.6. Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.

EH.9.7. Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.

EH.9.8. Dar terapotik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.

EH.9.9. Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.

EH.9.10. HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

AÇIKLAMA:
İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri tablosu hazırlanmış olmalı ve çalışma alanlarında bulunmalıdır. Hekim order düzenleme ve hemşire ilaç uygulama ekranlarında HBYS'ye entegre edilmiş olan tablolar ışığında order içeriğine göre etkileşim uyarısı bulunmalıdır.
Albümin kullanımına ilişkin algoritma düzenlenmiş olmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir. Hekim order düzenleme ekranında hekim tarafından albümin kullanımı öngörüldüğünde ilgili algoritma doğrultusunda kullanım sağlanmalı, gereği halinde laboratuvar parametrelerine eczacının ulaşımı sağlanmalıdır.
EHU onaylı antibiyotikler listelenmeli ve HBYS'ye entegre edilmelidir. İlgili listede yer alan ilaçlar ile ilgili uyarı ilacı yazan hekim order ekranına geldiğinde, EHU onayı veren hekim

ekranına yansıtılmalı, EHU onayı veren hekim HBYS'de onay verildikten sonra eczacı order karşılama ekranına düşmelidir.
Klinik Nütrisyon Komitesi tarafından nütrisyon destek tedavisinin optimal şekilde uygulanabilmesi için algoritma oluşturulmalıdır. Algoritmada şu basamaklar yer almalıdır: Hastanın hastaneye başvurduğu andan itibaren (poliklinik, acil servis, evde bakım hizmetleri ve yatan hasta) malnütrisyon riskinin belirlenmesi için tarama testi (Erişkin hastalar için NRS 2002, Geriatrik hastalar için MNA; Pediyatrik hastalar için Gomez veya Waterlow tarama testleri) ve nütrisyon destek tedavisine ihtiyacı olduğu saptanan hastalar için uygun kalori hesaplama formülleri (Harris-Benedict, Schofield vb. formüller) HBYS'ye entegre edilmiş olmalı, ilgili hekim veya diyetisyen tarafından gerekli nütrisyonel değerlendirmenin yapılması sağlanmalıdır. Hastanede yatış süresi boyunca özellikle cerrahi, onkoloji, nöroloji ve yoğun bakım hastalarında iyatrojenik malnütrisyon ihtimaline karşın ve hastaların değişebilen kalori ve protein gereksinimleri nedeniyle haftada bir kez HBYS tarama testi tekrarı konusunda hekim order ekranında uyarı mesajı oluşmalıdır. Kalori ve protein ihtiyacının belirlenmesinden sonra uygulama yolu ve kullanılacak solüsyon ile farmakonütrientlerin seçimi hakkında HBYS'de yönlendirme yer almalıdır. İhtiyaç duyulduğu taktirde (klinik nütrisyon komitesinden (nütrisyon destek ekibinden) konsültasyon istenebilmelidir.
Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar serviste ilgili personel tarafından sisteme girilmeli, eczacının ilaç etkileşimlerini kontrol edebilmesi için HBYS eczane modülünde görülmelidir.
Dar terapötik aralıklı ilaçların kan konsantrasyonlarının izlenmesi ve yorumlanması ile optimum etkinlik ve minimum toksisiteyi sağlamak amacıyla Sağlık tesisinde kullanılan dar terapotik aralıklı ilaçlar belirlenip, dar terapotik aralıklı ilaç listesi yapılmalıdır. Liste HBYS entegre edilmelidir. İlaç kan konsantrasyonlarının takip edilebilmesi için laboratuvar bulgularının HBYS ekranının eczane modülünde görülmesi gerekmektedir.
İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miadları HBYS'ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS eczane modülünde uyarı vermelidir.
Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
Bu işleyişlerin uygun şekilde yapılıp, yapılmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE 6 (c) : İlacın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?

SIRA : 208
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:
EH.10.1. Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Özel kullanım gerektiren ilaçların, kendi kullanım alanı olan polikliniklerde ve bekleme salonlarında yanlış kullanımdan doğan sonuçları en aza indirmek için bilgilendirme materyalleri hazırlanmalıdır. Hastane giriş ve çıkışlarında, poliklinik bekleme alanlarında eczacılar tarafından hazırlanan bilgilendirme broşürleri veya ekranlardan geçen bilgilendirme görüntüleri aranmalıdır.
Sağlık Tesisinde eczacının bulunmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte çalışan eczacı tarafından hazırlanan veya onaylanan bilgilendirme materyallerinin sağlık tesislerine dağıtılmış olması gerekmektedir.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:
Eczacının görev ve yetkileri;
MADDE 6 (d) : İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.
MADDE 7 (a) : Hastanın ilaçlarını, ilaç uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.

SORU: Kısmı doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz (Yarım doz) İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 209
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.11.1. Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Yarım Doz İlaç Bildirim Formları eczanede toplanmalıdır.

EH.11.2. Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Onkoloji Hastanelerinde değerlendirilir.)

AÇIKLAMA:

Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar belirlenmelidir. Sağlık tesisindeki kullanımları ilgili talimata uygun olarak Sağlık Tesisi İçi Yarım Doz İlaç Bildirim Formları kullanılarak eczaneye bildirilmelidir.
Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
1.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
Eczacının görev ve yetkileri;
MADDE 6 (d) : İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.
MADDE 7 (a) : Hastanın ilaçlarını, ilaç uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.
2.SAĞLIK BAKANLIĞI STRATEJİK PLAN 2013-2017
Stratejik Amaç 2 : Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak

3.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018
Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması
4.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.
5.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?

SIRA : 210
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.12.1. Eczacı tarafından Özellikli birimlerde (Acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.

EH.12.2. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.

AÇIKLAMA:
İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmalıdır.
Eczacı tarafından hazırlanan ilaç geçimsizlik listesi ilgili birim ve servislerde bulundurulup bulundurulmadığı ve ilaçlar hazırlanırken ilgili talimata uyuluyor mu kontrol edilmelidir.
İlaç geçimsizlikleri ile ilgili yatan hasta servislerinde, acil servislerde, yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanların bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.
Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
Eczacılar tarafından orderda geçimsiz olduğu tespit edilen ilaçlara dair bilgi notu sözel veya yazılı olarak ilgili hekim ile paylaşılır ve hemşirenin ilaç uygulama aralıkları yeniden belirlenir.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:
MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu? (Günlük sitotoksik uygulama sayısı 7 ve daha fazla olan hastanelerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 211
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : EHY, YPYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.13.1. Antineoplastik ilaçlar eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

EH.13.2. Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.13.3. Antineoplastik ilaçların hazırlanması süreci Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.13.4. Antineoplastik ilaçların uygulanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.13.5. Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.13.6. Kemoterapi ünitesinde çalışan personel, çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda ve kişisel koruyucu ekipman kullanarak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda çalışmalıdır.

EH.13.7. Antineoplastik ilaçların atık yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.13.8. Sağlık tesisinde sitotoksik ilaçların hazırlandığı kabinlerin kontrolleri yılda iki kez yapılmalıdır. Sağlık tesisi dışında hazırlanan sitotoksik ilaçlar için sürecin yılda iki kez kontrollerinin yapıldığına dair kayıt bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Antineplastik ilaçların sağlık tesisinde yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Kontroller ilgili talimat doğrultusunda yapılmalıdır.

KAYNAK:

TC SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ANTİNEOPLASTİK (SİTOTOKSİK) İLAÇLARLA GÜVENLİ ÇALIŞMA REHBERİ

1.1. İlaç Hazırlama Ortamı;

1.1.1 Sitotoksik ilaçlar Biyolojik Güvenlik Kabinin olduğu, penceresi olan, aydınlık, başka bir amaçla kullanılmayan ayrı bir odada hazırlanmalıdır.

1.1.2. Hazırlama ortamı dışarıya açık, havalandırması olan bir yer olmalıdır.

1.1.3. Sitotoksik ilaçlar, büyük miktarlarda sitotoksik ilaç tedavisi uygulayan ünite ve hastanelerde, merkezi sitotoksik ilaç hazırlama birimlerinde dikey hava akımlı kabinlerde eczacı ya da bu alanda eğitilmiş hemşireler tarafından hazırlanmalıdır. Daha küçük merkezlerde ise korunma önlemleri şu şekilde derecelendirilmelidir.

1.1.3.a. İleri Düzey Korunma Önlemleri: Tüm sitotoksiklerin belli bir merkezde hazırlandığı laminar dikey akımlı kabinin bulunduğu ideal bir ortam (merkezi ilaç hazırlama birimi).

1.1.3.b. Orta düzey Korunma Önlemleri: Personelin bir siperle korunduğu çalışma ortamını içeren izole bir oda.

1.1.3.c. Minimal Düzey Korunma Önlemleri: Personelin kişisel koruyucu önlemleri (gömlek, maske, gözlük, eldiven) maksimum düzeyde alarak korunduğu havalandırmalı bir oda.

1.1.4. Kabini olmayan özel klinikler ve evde ilaç uygulamalarında ilaç, merkezi ilaç hazırlama birimlerinin bulunduğu sağlık kurumlarında hazırlandıktan sonra, gerekli önlemler alınarak uygulanmalıdır.

1.1.5. Diğer sağlık personelinin ortamla temasını en aza indirmek ve ilaç hazırlayan personelin dikkatinin dağılmasını önlemek için dış ortamla temasın az olacağı biçimde düzenlenmelidir. Bunun için diafon sistemi kurulabilir.

1.1.6. Hazırlık alanında yeme, içme, sigara içme, ciklet çiğneme ve makyaj yapma gibi sindirim yoluyla maruziyeti arttıracak işlemlerden kaçınılmalıdır ve hiçbir şekilde yiyecek bulundurulmamalıdır.

1.1.7. Hazırlama ortamı depo ya da başka amaçlarla kullanılmamalıdır.

1.1.8. Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler, çalışanların görebileceği bir yere asılmalıdır

1.2. Biyolojik Güvenlik Kabini;

1.2.1. İlaç hazırlığı havayı dışarı veren ve geriye hava dönüşü olmayan Sınıf 2 Tip B Biyolojik Güvenlik Kabini ya da Sınıf 3 kabinde hazırlanmalıdır. Kabinlerin özellikleri Ek 2'de verilmiştir.

1.2.2. Kabinlerin bakım sözleşmeleri, kabinin yeri değiştiğinde, teknik sorun çıktığında ve her 6 ayda bir, teknik bakımı yapılacak şekilde düzenlenmelidir. 1.2.3. Kabinler 24 saat çalışır durumda olmalıdır.

1.2.4. Kabinlerin temizliği imalatçının önerilerine göre ya da konu ile ilgili eğitim almış kişiler tarafından yapılmalıdır.

1.2.5. Yüzeyler su ve deterjanla temizlenmelidir.

1.2.6. Yüzey temizliğinde kuvaterner amonyumlu temizleyiciler, alkol ve germisidal preparatlar kullanılmamalıdır. HEPA (high-efficiency particulate air) filtrelerinde risk oluşturması nedeni ile sprey temizleyiciler kullanılmamalıdır.
1.2.7. Temizlik sırasında, dökülmelerde kullanılanlara benzer kişisel koruyucu araçlar giyilmelidir (Bölüm 5'e bakınız.).
1.3. Kişisel Koruyucu Araçlar;
1.3.1. İlaç hazırlığında kemoterapi eldiveni, gömleği, yüzü ve gözü koruyacak kemoterapi maskesi ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır. Kişisel koruyucu araçların özellikleri Ek 2'de verilmiştir.
1.3.2. İlaçların hazırlanması sırasında kullanılan tüm önlük, eldiven ve ilaçla kontamine olmuş araç gereçler "atıkların yok edilmesi" (Bölüm 3) başlığı altında belirtildiği gibi yok edilmelidir.

SORU: TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılmakta mı?

SIRA : 212
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : EHY, YPYD, EKÖ

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.14.1. TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

EH.14.2. Temel beslenme ürün listesi hazırlanmalıdır.

EH.14.3. TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.4. TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolumun yapılması ve teslimatı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

EH.14.5. TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

EH.14.6. TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.7. TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.8. TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.9. TPN solüsyonlarının takılması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.10. TPN'de kullanılan tıbbi malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.11. Periyodik bakım ve kalibrasyonlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.12. Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.14.13. Hazırlama bölümünde görevlendiren personel TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA:

TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
İşlemlerin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
Deneyimli eczacılar tarafından dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden; ayrıca solüsyonla eş zamanlı kullanılacak ilaçlarla etkileşimi ve stabilite açısından değerlendirilmelidir.
Dolum ünitesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimatı" ında yer alan standartları sağlamalıdır.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ (2010/44)
“Ayrıca, söz konusu rehber hakkında tüm klinisyenlerin bilgilendirilmesi, rehbere uygun çalışmalarının sağlanması, merkezlerin büyüklük hasta profili ve yapısına göre nütrisyon ekiplerinin kurulması gerekmektedir. PN solüsyonlarını ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri önemlidir. Dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmeli ve bir sağlık teknisyeni tarafından eczacı gözetiminde hazırlanmalıdır. TPN hazırlama ekibine konuya ilişkin eğitim verilmeli ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca bu ekip, klinikte TPN uygulayan ekibe eğitim vermelidir.”
Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)
“PN torbalarını, dolum ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli klinik
eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri ve tüm dolum işlemleri için özel dizayn edilmiş, laminar hava akımlı temiz odalar oluşturması gerekir. Dolum ünitelerinde hazırlanan tüm torbalar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri (majistral ilaç uygulamaları kapsamına girdiği için) yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmelidir.”
PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALARA YÖNELİK ÖNERİLER
BİRİNCİ BÖLÜM: DOLUM ÜNİTELERİ
1. Hazırlama Bölümünün Özellikleri:
1.1. Kontaminasyonu önlemek için PN solüsyonları, EudraLex Volum-4/Annex-l (Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin üretim Kuralları) ve ISO 14644-1 de yer aldığı şekilde,

havasındaki partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi ve odada bulunmasını minimale indirecek şekilde yapılmış; ayrıca gereğinde nem, ısı, basınç gibi diğer parametrelerin de ayarlanabildiği temiz odalarda hazırlanmalıdır.
1.2. PN hazırlama odaları asgari Class C hava sınıflamasına, PN hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında Class A sınıflamasına sahip olmalıdır.
1.3. Havalandırma ve iklimlendirme (H.V.A.C.) sistemi kapsamında bulunan filtreler (torba, panel, HEPA) düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
1.4. H.V.A.C. sistemlerinin kurulum, teslim alınma ve kullanımları süresince validasyonu yapılarak sistemin doğruluk, güvenilirlik ve tekrarlanabilirliğinin kanıtlanması sağlanmalıdır.
1.5. H.V.A.C. validasyonu, hazırlanacak bir plan doğrultusunda yapılması gereken D.Q. (Design), I.Q. (lnstallation), O.Q. (Operation), P.Q. (Performance Qualification) çalışmalarını kapsamalıdır.
1.6. H.V.A.C. sistemi validasyon çalışmalarından sonra düzenli olarak, sistemin fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri yapılarak performans kalitesinin yeterliliği izlenmelidir. Bu kapsamda yapılacak kontrollerde periyodik olarak, HEPA filtre sızdırmazlık testi (D.O.P.test), hava hızı, hava değişim sayısı, hava akış yönü (smoke test), yeniden temizlenme zamanı (recovery time), partikül sayımı (at rest - in operation), oda sınıflaması, basınç farkları, sıcaklık, nem parametreleri izlenmelidir.
1.7. Validasyon tercihen akredite bağımsız bir firma tarafından yapılmalıdır.
1.8. PN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.
1.9. Personel girişi için air-lock (hava kilidi) ve malzeme geçişi için HEPA filtreli materyal "pass box" bölümlerini içermelidir.
1.10. Hazırlama bölümünde alkol bazlı bir el antiseptiği bulundurulmalıdır.
1.11. Hazırlama bölümünde hazırlama ve depolama ile ilgili kurallar yazılı olarak bulundurulmalıdır.
1.12. Hazırlama alanına gereksiz giriş ve çıkışlar engellenmelidir.
1.13. Hazırlama alanında yemek yenmemeli, içecek ve sigara içilmemelidir.
1.14. Temiz odanın klima sistemi asla tümüyle kapatılmamalıdır. Temiz odada işlem yapılmayan zamanlarda bile yavaşlatılmış olarak çalıştırılmalıdır.
2. Dolum Cihazının Bakımı:
2.1. Bir önceki günden kalan ve kullanılmış tüm solüsyonlar ve transfer setleri atılmalıdır. Setler günlük değiştirilmeli, kontamine olursa anında değiştirilmelidir.
2.2. Otomatik karıştırıcı uygun antiseptik solüsyonlarla kapsamlı bir şekilde temizlenmelidir.
2.3. Dolum cihazı talimatlara göre kalibre edilmelidir.
2.4. Otomatik dolum cihazlarının çalışmasının verimli olmasını sağlamak için PN ürünlerini üreten firmalardan ürünleri ile ilgili bilgi alınmalı ve önerilere uyulmalıdır.
2.5. Günlük kayıtlara uygun veriler kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.
3. Hazırlama Bölümünde Dolumun Yapılması:
3.1. Kayıt tutulması işlemleri hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
3.2. PN torbaları günlük olarak hazırlanmalıdır.
3.3. Solüsyonların ambalajlarından çıkarılması gibi partikül oluşturabilecek işlemler hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
3.4. Tek kullanımlık olan PN torbası ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.
3.5. Hazırlanan torba üzerine yapıştırılan etikete tarih, saat, hasta ismi, PN içeriği mutlaka yazılmalıdır.
3.6. Şüpheli durumlar tespit edildiğinde, torba klipsi kapatılmalı ve dolum sonrası mikrobiyolojik kültür alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür örnekleri kültür çizelgelerine kayıt edilmelidir.
3.7. Torbalarda problem olduğunda (delinme, içerikle ilgili karışıklık v.b.) derhal işlem durdurulmalı ve işlem basamakları yeniden kontrol edilerek tekrar dolum yapılmalıdır.

4. Hazırlama Bölümünün Temizliği:
4.1. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemi temizden kirliye doğru yapılmalıdır. Sırasıyla önce kabinin tavanı, iç yan yüzeyleri, arka yüzeyleri, masa üstü ve alt kısmı temizlenmelidir. Bu işlem her gün bir kez tekrarlanmalıdır.
4.2. Kabin içi temizlik kabinin özelliğine uygun dezenfektan ile yapılmalıdır.
4.3. Kabin her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Temizlik odada PN doldurulmadığı dönemde yapılmalıdır.
4.4. Hazırlama ünitesinin temizliği her gün sabah yapılmalıdır. Gün içerisinde yer yüzeylerinde kirlenme olduğunda işlem tekrarlanmalıdır.
4.5. Laminar hava akım başlıklarının filtreleri üretici firma önerileri doğrultusunda, partikül sayım sonuçları dikkate alınarak uygun aralıklarla değiştirilmelidir.
4.6. Temiz alana girecek tüm malzemelerin (cam, metal, PVC torbalar gibi) yüzeyi alana alınmadan önce temizlenmelidir.
BEŞİNCİ BÖLÜM: PN İLE İLAÇ ETKİLEŞİMİ
1. PN'un kompleks yapısı ve ilaç, besin ögesi etkileşiminin potansiyel riski nedeni ile PN torbalarına ilaç katılmamalıdır.
2. PN ile birlikte ilaç verilmesi kaçınılmaz ise, ilacın PN ile uyumluluğu ve geçimliliğinden emin olunmalıdır.
3. Verilecek ilacın geçimliliği ile ilgili hiçbir bilgi yoksa, kesinlikle ayrı damar yolundan verilmelidir.
4. Geçimlilik ile ilgili bilgiler kullanılan ilacın konsantrasyonu dikkate alınarak değerlendirilmelidir.
5. PN'a vitaminler ve eser elementler eklenirken çökelme ve parçalanmayı engellemek için önce fosfor ve arkasından kalsiyum eklenmelidir. Eser elementler ve fosfat eklendiğinde torba 24 saat içinde kullanılmalıdır.
6. Etkinliği azalacağı için PN'ye insülin eklenmemelidir.
7. Servis ortamında PN torbasına ilaç eklenmemelidir.
8. Zorunluluk olduğunda PN torbasına bir ilaç eklerken aşağıdaki durumlar göz önünde tutulmalıdır;
8.1. PN formülasyonunun emülsiyon karakterinin değişebileceği,
8.2. İlacın, torba materyali (EVA, PVC, polyolefin gibi) ile reaksiyona girebileceği,
8.3. Bazı besin ögelerinin reaksiyonu (oksidasyon gibi) ile ilacın aktivitesini kaybedebileceği,
8.4. Bileşenlerle reaksiyona girmesi (çökelti, radikal oluşumu gibi) sonucu toksisiteye neden olabileceği.
YEDİNCİ BÖLÜM: STABİLİTE ve GEÇİMLİLİK
1. Hepsi bir arada karışıma en son lipid eklenmelidir. Elektrolitler ve eser elementler asla doğrudan lipid emülsiyonlarının içine (dolumdaki başlangıç maddesi olarak veya çok bölmeli torbalarda lipid bölmesine) karıştırılmamalıdır.
2. Pulmoner arter embolisi riskini azaltmak amacıyla, lipid emülsiyonunda çapı 6 µm'den büyük partikül olmamalıdır.
3. pH 5.0'ın altına düştüğünde lipid emülsiyonunun stabilitesi bozulacağından, bu konuda dikkatli olunmalıdır.
4. Çoklu-doymamış esansiyel yağ asitleri peroksidasyonla oksidatif strese ve toksisiteye neden olabilir. Oksijen, eser elementler, ısı ve güneş ışığına maruziyet ile peroksidasyon önemli ölçüde artabilir. Tokoferol olumlu etkisi vardır. Daha az hava geçiren çok katlı torba kullanmak, ışıktan korumak, buzdolabında saklamak, eser elementleri infüzyondan hemen önce ilave etmek, torbalara kılıf geçirmek ve sarı veya turuncu uygulama setlerini kullanmak ile peroksidasyon azaltılabilir.

5. Amino asit solüsyonları, mekanik bariyer, tamponlama kapasitesi ve elektrolitlerin çökelti oluşumuna karşı koruyucu etki göstermektedirler. Bu nedenle karışıma ilk olarak amino asitler eklenmelidir.
6. Çökelti oluşmasını engellemek amacıyla, artı 2 değerlikli katyonlar amino asit solüsyonlarının içine eklenmelidir.
7. Kalsiyumun ile fosfatın molar konsantrasyonlarının çarpımı 72'yi (Ca++ mmol/L x P mmol/L < 72) geçiyorsa, inorganik fosfat ve kalsiyum stabilitesi bozulacağından, buna dikkat edilmelidir. Eğer yüksek miktarlarda kalsiyum ve fosfat alımına gereksinim varsa, organik fosfat tuzları (glukoz-1-fosfat veya fosfat gliserol gibi) kullanılmalıdır.
8. Vitaminler hepsi bir arada karışımlara infüzyondan hemen önce ilave edilmelidir.
9. Uzun tatiller nedeniyle hastaların torbalarını tatil öncesinden hazırlamak zorunda kalan ünitelerde;
9.1. PN torbaları en fazla altı günlük hazırlanmalıdır.
9.2. Hazırlandıktan bir/daha fazla gün sonra verilecek torbalara servislerde yapılacak eklemelerin, infüzyondan hemen önce ve aseptik kurallara uyularak yapılması gerekir.
10. İlaçların karışıma ilave edilmesi veya karışımla beraber aynı uygulama setinden verilmesi sonucu geçimsizlik ve stabilite problemleri görülebilmektedir. Bu nedenle, zorunlu durumlar dışında (uyumluluk listeleri güncel hazırlanmış olsa bile) aynı setten verilmemelidir.
11. Dolumu tamamlanan her bir PN torbası, büyük partiküllerin oluşması açısından kuvvetli ışık altında ve koyu renkli bir zemin üzerinde detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.
Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)
İKİNCİ BÖLÜM: DEPOLAMA, SAKLAMA VE TAŞIMA İÇİN ÖNERİLER
1. Depolama ve saklama:
1.1. PN hazırlanmasında ve uygulanmasında kullanılan solüsyon, ilaç, araç-gereç ve ekipmanlar üretici önerisine göre depolanmalıdır.
1.2. Soğutucuların sıcaklıkları monitörize edilmelidir.
1.3. İlaç ve malzemeler yerden yüksek raflarda saklanmalıdır.
1.4. Kullanım öncesi her ürünün kutusu hasar ve son kullanım süresi açısından incelenmelidir.
1.5. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve malzemeler aktif depolama alanlarından kaldırılmalıdır.
2. Taşıma:
2.1. Hazırlama bölümünde dolumu tamamlanan PN solüsyonları kapaklı ve kilitli arabalara yerleştirilerek kliniklere gönderilmelidir.
2.2. Hazırlanan torbalar imza karşılığında teslim edilmelidir.
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:
TESLİM ALINAN PN TORBALARININ SERVİS/ÜNİTEDE SAKLANMASI
1. Servise gelen PN torbaları imza ile teslim alınmalıdır.
2. PN torbaları, asepsisi bozulmadığı sürece, buzdolabı rafında artı 4°C'de altı gün saklanabilir. Mikrobiyolojik kontrol yapılamayan durumlarda torbalar oda sıcaklığında 24 saatten daha uzun süre saklanmamalıdır (Hazır ticari ürünlerde üretici firma önerilerine göre saklama koşulları değişiklik gösterebilir).
3. PN torbasına herhangi bir girişim yapıldığında torbanın saklanma ömrü oda sıcaklığında 24 saattir.
4. PN torbasına serum seti takılmış ise veya torbaya 24 saat içinde çökecek ilaç (eser element, fosfor vb.) eklenmiş ise torba 24 saat içerisinde kullanılmalıdır.
5. Hazır ticari ürünler açıldıktan sonra 24 saat içinde kullanılmalıdır.

SORU: Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılıyor mu?

SIRA : 213
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.15.1. Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, liste tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır.

EH.15.2. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:
Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
Eczacı tarafından yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı ve kullanım alanlarında bulundurulmalıdır.
Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı alanlarda muhafaza edilir, bu ilaçların bulunduğu alan tabela ile belirtilir.
İlaçların muhafaza edildiği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb.) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?

SIRA : 214
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.16.1. İlaç deposundan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı olmalıdır.

EH.16.2. Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.

EH.16.3. Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.

AÇIKLAMA:
Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb…) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılmalıdır.
Söz konusu talimatlar özellikli birimlerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. Toplu çıkış işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
Yapılan toplu çıkışlara dair taşınır işlem fişleri, ilaçların birim sorumlusuna(sağlık çalışanı) eczane deposunda teslimatı esnasında işlemi gerçekleştiren TKKY ve teslim alan birim sorumlusu tarafından imzalanmak suretiyle dosyalanmalıdır. Bu dosyaların uygunluğuna bakılmalıdır.
Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde eczacı tarafından üç ayda bir seferden az olmamak üzere stok miktarı kontrolü yapılmalıdır. Kontrollerde fiili stok miktarı ile HBYS'de görülen stok miktarı arasında uyumsuzluk tespit edilmesi durumunda rapor tutularak başhekime konu ile ilgili bilgi verilmelidir.
Yapılan stok miktarı kontrolleri kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar gözlemci tarafından incelenmelidir.

KAYNAK:
TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)
4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;
c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

SORU: HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun eczaneye iade ediliyor mu?

SIRA : 215
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.17.1. HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi HBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanabilir.

AÇIKLAMA:
HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun eczaneye iade edilmelidir.
Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İade işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
Eczaneye gelen iade formlarından 3 örneklem seçilerek, iade edilen ilaçların, HBYS üzerinden hasta orderinde olup, olmadığı kontrol edilir.
24 saat içinde belirtilen sebeplerle kullanılmayan ilaçlar, servis veya birim sorumlusu tarafından eczaneye iade formlarla teslim edilmezse sağlık tesisi yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.

KAYNAK:
1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018
Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması
2.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ :
I – Başeczacının Görev ve Yetkileri :
b) Eczane ile ecza deposunda bulunan bütün ilaçların, alet ve malzemenin iyi bir şekilde muhafazasından ve usulü dairesinde sarfedilmesinden, depoya giren çıkan ilaçların depo memuru tarafından gelir gider defterleri ile depo defterine düzenli olarak işlenmesinden sorumludur. Depo memuru bulunmayan kurumlarda bu hizmeti mevcut eczacılardan birisine; oda yoksa eczacı teknisyeni veya bu işi yapabilecek diğer bir görevliye yaptırır.
S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :
e) Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç vesair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır

bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybından sorumludurlar.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 216
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.18.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:
İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İmha işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
1.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 22.07.2005 TARİH VE 25883 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ :
3. BÖLÜM - Atıkların Ünite İçinde Ayrılması, Toplanması ve Taşınması;
MADDE 10 : 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 İçi Atık Yönetim Planı'nı hazırlamak ve uygulamak zorundadır.
2.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 02.04.2015 tarih ve 29314 Sayılı RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ

SORU: İlaçların kırılması ve kaybolmasına yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 217
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.19.1. İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kullanılan tüm ilaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır.

KAYNAK:

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
c) Miadı geçen ürünlerin, sağlık tesisleri ilaç sorumlusu bilgisi dahilinde il sağlık müdürlüğüne imha için tesliminden, taşınır kontrol yetkilisi sorumludur.
13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:
f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.
2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.
3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 218
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.20.1. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.

EH.20.2. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

EH.20.3. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmi / yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

EH.20.4. Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilmelidir.

AÇIKLAMA:

Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyormalıdır.
Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
Sağlık tesisindeki tüm narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

KAYNAK:
1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.
13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:
a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.
b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim

tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.
c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.
d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.
e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.
f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.
g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.
2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARINYÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014
Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.
Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.
İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczaciliği@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.
3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?

SIRA : 219
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 21
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.21.1. İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.

EH.21.2. Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.

AÇIKLAMA:

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, belirlenmediği HBYS sisteminden kontrol edilmelidir.
Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemeler, HBYS sisteminde belirlenen minimum ve uyarı (renkli, görsel, işitsel vb.) verip, vermediği kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018
Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

SORU: İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 220
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 22
BOYUTLAR : YPYD, AYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :
EH.22.1. İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.

EH.22.2. Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır

EH.22.3. Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.

EH.22.4. Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muaftır.)

EH.22.5. Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

İlaçlar hasta bazında karşılandıktan sonra her hasta için kilitli şeffaf poşet içine konulmak suretiyle ayrı ayrı paketlenmiş olduğu gözlemlenmelidir. Servislerde rastgele seçilen ilaçların hasta bazlı ambalajlarında saklanıp saklanmadığı kontrol edilmelidir. Sağlık tesisleri her iki şartı da sağlamalıdır.
Hasta bazlı ilaç paketlerinin üzerinde ilgili servisin adı, ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olması aranmalıdır. (İsmi aynı olan hastalara ilişkin karışıklığı önlenmesi ve doğru hastaya doğru ilacın gittiğinden emin olunması için gerekli tedbirler alınır.)
İlaç hazırlama alanları; hasta bazlı ilaç paketlerinin hazırlanabileceği karışıklığa sebep olmayacak genişlikte olmalıdır. Servis veya birimlerden gelen sorumlu hemşirenin / hemşirenin ilaçları teslim alacağı alanlar eczanede hasta bazlı ilaç hazırlama alanlarından ayrı olmalıdır.
E1 Hastane rolündeki sağlık tesisleri muaf tutulur.
Sağlık tesisinde majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muaftır.)
İlaçların eczaneden çıkışlarına dair kayıtları kontrol edilir.
Yapılan çıkışa dair düzenlenen belge eczanede ilaçları teslim almaya gelen servis sorumlu hemşiresi tarafından veya sorumlu tarafından görevlendirilen hemşire/sağlık personeli (teknisyen vb.) tarafından imzalanıp, eczaneden teslim alınmalıdır.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;
a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır. Ancak, ameliyathanede, yoğun bakım ve acil serviste ilaçların birimin aciliyetine binaen yedekli verilmesi gerekebilir.
b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

MEDİKAL DEPO

SORU : Tüm Medikal Depo Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 221
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.1.1. Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.

MD.1.2. Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:
Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin Kurum başkanlığından başlamak üzere, genel sekreterlik ve sağlık tesisi bünyesinde organizasyon şeması hazırlanmalı ve görevlilerin görev tanımları belirlenmelidir.
Görev tanımları ilgili kişilere tebliğ edilmelidir.

KAYNAK:

2 KASIM 2011 TARİH VE 28103 SAYILI RESMİ GAZETE YAYINLANAN SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME
MADDE 9 (ğ) : Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

SORU: Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?

SIRA : 222
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.2.1. Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.

AÇIKLAMA :
Sisteme kayıtlı medikal malzemelerden örneklem usulü ile 3 malzeme faturası ile girişi yapılan taşınır işlem fişinde tanımlanan ürün ismi birbiri ile uyumlu olup, olmadığı kontrol edilir.

KAYNAK:

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 06.01.2014tarih, 5451.1659/700 sayılı "TIBBİ SARF MALZEMELERİN SINIFLANDIRILMASI HK." konulu yazı

Stok Analiz ve Kontrol Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmekte olan Tıbbi Sarf Malzeme Sınıflandırma çalışması hakkında, 19-25 Kasım 2012 tarihleri arasında çalıştay gerçekleştirilmiş olup, Tıbbi Sarf Depo Sorumlusu olan Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne eğitim verilerek; depo mevcudunda bulunan tıbbi sarf malzemelerinin, Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS) "Malzeme Eşleme-Yeni Tıbbi Sarf Eşleme" modülünde eşleştirilmesi çalışması başlatılmıştır.

İlgi (a) yazımız ile "Tıbbi Sarf Malzemelerinin Sınıflandırılması Versiyon-1" çalışmasının tamamlandığı duyurulmuş ve ilgi (b) yazımız ile de Tıbbi Sarf depolarında kayıtlı tüm malzemelerin sistem üzerinden eşleştirmelerinin tamamlanması gerektiği hatırlatılmıştır. Tıbbi Sarf Malzemelerinin 2014 yılı itibariyle tekil terminoloji ile takibinin sağlanabilmesi amacıyla; söz konusu listedeki Sınıflandırma Tanımlarının, Sağlık Tesisleri MKYS işlemlerinde kullanılması zorunluluğu getirilmiştir. Çalışmanın metodolojisi ve uygulama detayları ekte belirtilmiştir.

MKYS'de yapılacak tüm analiz çalışmalarında (stok takibi, fiyat analizi vb.) Taşınır Malzeme Kodu yerine Sınıflandırma Kodu ve Sınıflandırma Tanımı kullanılacak olup, tanımı aynı seçilmiş iki malzemenin fiyatları eşdeğer kabul edilerek yaklaşık maliyet bilgisine esas olacaktır. Stok Bölge Koordinatörleri tarafından; eşleştirme çalışması Veri Doğruluğu performans kriterleri içerisinde değerlendirilecektir. Konunun Genel Sekreterlikleriniz bünyesindeki İl Konsolide ve Stok Uzmanlarınız tarafından hassasiyetle takibinin sağlanması, Sağlık Tesislerine gerekli bilgilendirme ve desteğin verilmesi önem arz etmektedir.

Yeni Malzeme Girişi Yapılan Tıbbi Sarf Malzemelerin Kaydı

15 Ocak 2014 tarihi itibariyle MKYS Malzeme Girişi kısmında;

l) 150.03.03 Taşınır kodu alt detay bilgisinin sisteme girilmesi zorunlu olmayacak, hesap verilebilirlik açısından sadece 2. Düzey Detay Kodu bilgisi ile sisteme veri gönderilmesi yeterli olacaktır.

UBB Barkod bilgisi girişi yapıldıktan sonra, Malzeme Açıklama kısmına manuel veri girişi yapılamayacak, web servis aracılığıyla UBB Etiket Adı bilgisi otomatik olarak gelecektir.

UBB Kapsam Dışı tıbbi sarf malzemelerin; sisteme girişi yapılırken 13 haneli 3 rakamı (3333333333333) Barkod bilgisi alanına girilecek, Malzeme Açıklama kısmına manuel veri girişi yapılamayacak, sistemden "Kapsam Dışı Malzeme" açıklaması otomatik olarak gelecektir.

Sınıflandırma Tanımlarının, malzeme girişi esnasında seçilmesi zorunludur. Bu seçim yapıldıktan sonra Sınıflandırma Kodu sistemden otomatik olarak gelecektir. Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi (HBYS) Firmaları entegrasyon ile Sınıflandırma Kodu ve Sınıflandırma Tanımını seçilmemiş herhangi bir malzemenin giriş kaydını, MKYS 'ye aktaramayacaktır.

MKYS-HBYS web servisleri malzeme girişleri ve çıkışları kapsamında güncellenecektir. Sadece geçen yıldan devir olan malzemelerin çıkış hareketlerinde Sınıflandırma Tanımı bulunması zorunluluğu aranmayacaktır.

Yeni malzeme girişlerinde ürünlerin tam karşılığı (en, boy, çap vs.) olan Sınıflandırma Tanımlarının girilmesi zorunludur.

Malzeme giriş kaydı esnasında, Sınıflandırma Tanımları içerisinde ürününüzün tam karşılığının (en, boy, çap vs.) bulunmaması halinde; tkhk.tibbicihaz@saglik.gov.tr adresinden yeni tanımlama yapılarak liste güncellenecektir.

SORU: Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?

SIRA : 223
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : EHY, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.3.1. Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :
Son girilen medikal malzeme faturalarından rastgele 3 örnek seçilip, istenen veriler kontrol edilir.

KAYNAK :
TC ÇALIŞMA SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ 2014
Stok Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TiTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır.

SORU: Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıyor mu?

SIRA : 224
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : EHY, YPYD, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.4.1. Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

MD.4.2. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisindeki materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerin kullanımı ve uygulamalarında görevli sağlık personelleri materyovijilans sorumlusunu bilmelidir.

Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimiTKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.

TİTCK'ya medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimlerinin Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

KAYNAK:

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLARHAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.

c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimi konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.

ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.

d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.

e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?

SIRA : 225
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.5.1. Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır.

MD.5.2. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.

AÇIKLAMA:
Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılmalıdır.
Medikal malzemeler, tedarikçi firma tarafından depolara teslim edilmedikçe muayene işlemlerinin başlamaması gerekmektedir. Muayene işlemlerinin nasıl yapıldığı sorgulanmalıdır.
Depolara gelen medikal malzemeler tedarikçi firma yetkili iştiraki ile depo sorumlusu tarafından sayılıp, muayene ve kabul komisyon üyeleri tarafından kontrol edilip, edilmediği sorgulanmalıdır.

KAYNAK:
19/12/2002 TARİHLİ VE 24968 SAYILI RESMÎ GAZETE'DE YAYIMLANAN MAL ALIMLARI DENETİM MUAYENE VE KABUL İŞLEMLERİNE DAİR YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK
MADDE 1 : Satın alınan mal yüklenici tarafından idareye teslim edilmedikçe muayene ve kabul işlemleri yapılamaz.
MADDE 2 : Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur.

SORU: Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?

SIRA : 226
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.6.1. Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinde, Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi ile birlikte MKYS'e verilerine bakılarak ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok düzeyi ortalaması 60 gün veya altında olup, olmadığı kontrol edilmedir.

KAYNAK:
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013/09 SAYILI GENELGE:
1.2 Maddesinin
a) Bendi İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.

SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 227
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.7.1. Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

MD.7.2. Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

MD.7.3. Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.

MD.7.4. Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

MD.7.5. Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:
Tehlikeli maddelerin yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
Malzeme kayıtlarında tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, son kullanma tarihi bulunan listelerin hazırlanıp, hazırlanmadığı kontrol edilir.
Kullanım şekli, temas halinde yapılacaklar, saklama koşulları, güvenli taşınma şekli, dökülmesi ve tehlikeli maddelere maruz kalınmasında yapılacaklar talimata uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

Tehlikeli maddelerin depolarda muhafazasının uygun koşullarda yapılıp, yapılmadığı kontrol edilir. Örneğin; Eter, alkol vb. patlayıcı ve yanıcı malzemeler yan yana depolanmamalıdır.
Tehlikeli maddelerin depolardaki yerlerinin tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketlerle belirlenip, belirlenmediği kontrol edilmedir.

KAYNAK:
ÇEVRE BAKANLIĞI 20/04/2001 TARİH VE 24379 SAYILI TEHLİKELİ KİMYASALLAR YÖNETMELİĞİ;
MADDE 29 : Zararlı kimyasal madde ve ürünleri; özellikleri, depolamaları ve diğer şekillerdeki iştigalleri sırasında arz edebilecekleri tehlikenin cinsine göre Ek-VIII'de verilen sınıflara ayrılmıştır. Zararlı kimyasal madde ve ürünlerini üretenler, çevre ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde depolama yapmakla yükümlüdür. Bu maddelerin kötü amaçlı veya sorumsuz kişilerin eline geçmemesi ve amaç dışında kullanılmaması için gerekli önlemler, işletme müdürü, serbest bölgelerde serbest bölge müdürleri tarafından alınır.
Zararlı kimyasal madde ve ürünlerinin konduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar gözönüne alınarak, gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan koruma, havalandırma, alarm, yangın söndürme, gibi sistemler ile donatılır ve amacına uygun malzemelerle inşa edilir.
Depolara ve bunların yakınına, depolanan madde veya ürünlerinin yükleme, boşaltma ve kullanımları sırasında ortaya çıkabilecek tehlikeler ve bu tehlikelere karşı korunma önlemleri ile ilgili uyarı işaretleri ve yazıları asılır.
Zararlı kimyasal madde ve ürünleri, ilaç, hayvan ilacı, gıda maddesi, hayvan yemi ve bunların katkı maddeleri ile aynı depolara konulamaz.
Ek-IV'de verilen işaretlerden korozif, az zehirli ve tahriş edici özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünlerin depolanmasında, insan ve çevre sağlığı açısından işletmede gerekli yerlerde uyarı levhaları bulundurulur.
Ek-IV'de verilen işaretlerden çok zehirli özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünler kilitli mekanlarda depolanır. Bunların depolanması ile sorumlu kişiler, işletme müdürü ve konu ile ilgili personel dışındaki kişilerin bu maddelerle iştigalini önlemek için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

SORU: Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 228
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, AYD, ÇHG

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.8.1. Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.

MD.8.2. Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.

MD.8.3. Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.

MD.8.4. Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.

MD.8.5. Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.

MD.8.6. Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)

MD.8.7. Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.

MD.8.8. Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

MD.8.9. Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

MD.8.10. Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.

MD.8.11. Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip olmalı ve istenilen şartları sağlamalıdır.
Medikal depo fiziki şartları değerlendirilmelidir.
Yer, duvar ve tavanlar boyanmış olmalı, rutubete karşı önlem alınmalıdır.
Depolardan geçen atık su boruları mutlak suretle açıkta görülmeyecek şekilde kapatılmalı ve yalıtımı sağlanmış olmalıdır. Yalnızca yalıtım yapılmış olması yeterli değildir. Herhangi bir patlama halinde kamu zararı oluşmaması için gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Palet veya rafa yerleştirilmiş şekilde yerle teması kesilmeli, duvara yaslanmayacak şekilde boşluk bırakılmalıdır.
Raf sistemi kurulmuş olan depolarda rafların devrilmesini önlemek, çalışan güvenliğini sağlamak ve kamu malına gelebilecek zararı önlemek için rafların birbirine ve duvara monte edilmiş olması gerekmektedir.
Depo belirli aralıklarla haşerelere karşı ilaçlanmalı ve kontrolü idare tarafından yapılmalıdır. Özellikle zemin ve zemin altında bulunan depolarda kemirgen hayvanların girişini engelleyecek tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir.
Depo görevlisinin malzeme giriş ve çıkışlarında hata yapma olasılığını önlemek için medikal depolar belirtilen güçte aydınlanma aparatlarıyla aydınlatılmalı, özellikle kör noktalara dikkat edilmelidir. Aydınlatma için çekilen kabloların, kaçak sonucu yangın çıkma ihtimaline karşın topraklanması ve açıkta kablo bulundurulmaması gerekmektedir.
Medikal depo sorumlusu, depo temizlik kurallarını ve temizleme sıklığını belirlemeli, idare tarafından görevlendirilen temizlik personelini deponun fiziki şartları açısından bilgilendirmelidir. Çalışan güvenliği konusunda yanıcı ve yakıcı malzemelerin bulunduğu depoların temizliği esnasında gerekli güvenlik önlemler idare tarafından alınmalıdır. Medikal depo sorumlusu temizlik ve bakım formlarını doldurarak arşivlemeli, gereği halinde hastane idaresine bilgi vermelidir.

Medikal depoda bulunan malzemelerin güvenli depolanmasının sağlanması ve bozulma sonucunda kamu zararı oluşmaması için (örneğin, oda sıcaklığı ve %60-70 bağıl nem gibi saklama koşulları belirlenmiş ilaçların uygun koşullarda saklanmaması durumunda aktivite kaybına uğraması gibi.) depoların iklimlendirilmiş olması gerekmektedir. Yeterli havalandırma alanları oluşturulmalı, hırsızlığa karşı güvenlik önlemleri idare tarafından alınmalıdır.
Medikal depo sorumluları tarafından depo planı oluşturulmalı, malzeme teslimatında ilgili alanlara yerleşimi sağlanmalıdır. Yer değişikliği yapılması halinde liste güncellenmeli ve güncel listeler belirli alanlarda asılı olmalıdır.
Medikal depo yapılacak alan; sağlık tesisinde bulunan malzeme çeşidi, kaplayacakları hacim, istif miktarı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle seçilmeli, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Medikal depo sorumlusunun çalışma odası olmalı, verimli çalışma için gerekli imkanlar sağlanmış olmalıdır.
Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.
MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plânı" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.
5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

6- Mal teslim alma ve sevk etme yerleri, depolama alanlarından ayrılmış olmalıdır. Boşaltma ve yükleme süresince ürünler kötü hava şartlarından korunmalıdır.
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
9- Kabul kısmı, boşaltma sırasında ürünleri kötü hava şartlarından koruyacak şekilde olmalıdır. Kabul alanı, depo alanlarından ayrı olmalıdır. Kabul sırasında kapların zarar görüp görmediği ve alınan malın sipariş ile aynı olup olmadığı ve raf ömrü kontrol edilir.
10- Özel saklama tedbirleri gerektiren ürünler (meselâ narkotikler, özel saklama şartlarında saklanacak ürünlerdir) kabul sırasında derhal tanımlanmalı; yazılı talimatlarda ve ilgili mevzuatta belirlenen şekilde depolanmalıdır.
13- Depolama alanları, temiz ve çöpten, tozdan ve zararlılardan arındırılmış olmalıdır. Kırılmayı, dökülmeyi, mikroorganizmalar ile bulaşmayı ve çapraz bulaşmayı önleyecek yeterli ve etkili metotlar uygulanmalıdır.
14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.
15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve biribirlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

SORU: Depoların güvenliği sağlanmak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 229
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, TGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.9.1. Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.9.2. Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.9.3. Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

MD.9.4. Elektriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

AÇIKLAMA:
Eczane ve depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle depoların güvenliği ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskleri azaltılmalıdır. Hırsızlık için medikal depoların kapıları sağlam olmalı, gerekli kamera sistemleri, güvenlik personeli gibi önlemler alınmalıdır.
Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri (yangın tüplerinin kontrol tarihlerine bakılmalıdır) gibi önlemler alınmalıdır.
Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.
Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır.
Elektriksel güvenlik açısından prizler kırık olmamalı, kabloları açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde bulunmamalıdır. Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK
MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.
MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plânı" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.
5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.
14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.
15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve biribirlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
21- Sevk sırasında aşağıdaki hususlara uyulacaktır:
a) Tanınma işaretleri ve yazılar yok olmamalıdır.
b) Sevkiyat yapılan ürün, diğerlerine bulaştırılmamalı, diğer ürünler veya materyal ile bulaşmayacak durumda olmalıdır.
c) Dökülme, kırılma ve hırsızlığa karşı yeterli tedbirler alınmalıdır.
d) Sevkiyatı yapılan ürünlerin güvenliği sağlanmalı, kabul edilemeyecek derecede sıcağa, soğuğa, ışığa, neme veya diğer istenmeyen etkilere veya mikroorganizma veya zararlılara veya zararlara maruz kalmaları önlenmelidir.

SORU: Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?

SIRA : 230
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, EHY, HGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.10.1. Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

MD.10.2. Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

MD.10.3. Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USP girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USP girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.

MD.10.4. Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)

MD.10.5. Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
İlaçlar ve tıbbi sarf malzemelerin saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları sağlanmalıdır. (oda sıcaklığı ve %60-70 bağıl nem vb.) İlaç, tıbbi sarf malzeme ve hasta güvenliği açısından, ilaçların ve tıbbi sarf malzemelerin depolama süresi boyunca uygun ortamda saklandığından emin olunması için sıcaklık ve nem değerlerinin kritik seviyenin üstüne çıkması veya altına inmesi halinde gerek buzdolabı gerekse oda şartlarında anlık uyarı verecek sistem kurulmuş olmalıdır. Nöbet tutulmayan kurumlarda mesai saati dışında uyarı sistemi iletişim araçlarıyla uyarı verecek şekilde tasarlanmalıdır. Medikal depo sorumlusu tarafından USP girişli dijital dereceler vasıtasıyla belirli aralıklarla inceleme yapılmalıdır.
Edinilen kayıtların referans değerler aralığında bulunmaması halinde bozulma tespit edilirse, depo sorumlusu hastane idaresine bilgi vermeli ve yasal işlemler yapılmalıdır. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Tüm medikal depolarda ışıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.
Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:
İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.
T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)
7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
11- Tıbbî farmasötik ürünler, tıbbî malzeme, kozmetikler ve benzerleri gibi çeşitli ürün türleri birbirinden ayrı yerlerde depolanır. Her bir ürün, ışıktan, nemden ve sıcaklıktan kaynaklanabilecek zararları önlemek üzere, imalâtçısınca belirlenen şartlar altında bulundurulur. Sıcaklık ve nem periyodik olarak izlenir; kaydedilir ve bu kayıtlar düzenli olarak gözden geçirilir.
12- Özel sıcaklıkta saklama öngörülen durumlarda, depolama alanları, istenen şartların dışına çıkıldığını belirten sıcaklık kaydediciler veya diğer cihazlar ile donatılmalıdır. Bu nitelikteki alanların her yerinde öngörülen şartların sağlandığını gösterecek yeterli cihazlar bulunmalıdır.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf vb.)

SIRA : 231
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, EHY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.11.1. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına iliskin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.

MD.11.2. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına iliskin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.

MD.11.3. Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.

MD.11.4. Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:
İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
Tedarikçi firma ile yapılan teknik şartnamelere bakılmalıdır. Genel sekterlik veya bağlı sağlık tesisleri ile tedarikçi firma ile imzalanan teknik şartnamede kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır, bu bildirimler doğrultusunda kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir ibaresi olmalıdır.
Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile tedarikçi firmaya çıkışı yapıldığı ve tedarikçi firmadan gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.
3 çeşit ilaç ve tıbbi sarf malzeme depolarda ve çalışma alanlarında son kullanım tarihlerine bakılıp, miktarları sayılmalı, HBYS-MKYS üzerinden de kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi yakın olan medikal malzemelerin çalışma alanlarında olmasına dikkat edilmelidir.

KAYNAK:
12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :
MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :
13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci
13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,
b) İlaç depolarında görevlendirilmiş kişiler; ilaçların evsafına uygun olarak alınması, depolara yerleştirilmesi, miatlarının kontrolü, miadı yaklaşan ve azalan ürünlerin belirlenmesi işlerini yaparlar ve ilgili kayıtları tutarlar. Miadı azalan ürünlerin, ürünleri getiren firma ile görüşülerek değiştirilmesi, daha önce firma tarafından değiştirilmiş ve kullanılamayacak ürünlerin başka sağlık tesisine sevkinden sorumludurlar.
TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)
6. Taşınır İşlemlerine İlişkin Diğer Hususlar;
c) Taşınır Mal Yönetmeliğinin 27 inci maddesinin 5 inci fıkrasında; “Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miatlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır” şeklinde yer alan hükme istinaden değiştirilecek taşınırlar MKYS üzerinde “Miat Uzatımı Çıkış” işlem türü ile kayıttan düşülür. Çıkış birimi olarak iadenin yapıldığı ilgili firma adı seçilir. İade edilen taşınır yerine alman uzun miatlı taşınır ise “Miat UzatımıGiriş” işlemi ile kayıtlara alınır.

AYNİYAT DEPO

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan işlemlere ait (giriş, çıkış, tüketim çıkış bildirimi vb.) taşınır işlem fişleri Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

SIRA : 232
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AD.1.1. Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal depolar vb.) yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri HBYS'den değil, MKYS'den alınmış olmalıdır.

AD.1.2. Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA :
Denetim, soruşturma, bağlı saymanlıklara hesap verme gibi aşamalarda HBYS'den alınan taşınır işlem fişi ve verilerin geçerliliği olmadığından, sağlık tesisinde yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir.

KAYNAK:
1-Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 11: Kamu İdarelerince Yapılabilecek Düzenlemeler ile Defter ve Belgelerin Elektronik Ortamda Saklanması
(1) Taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin bilgisayar ortamında tutulması ve düzenlenmesi esastır.
(2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.
2-Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği
Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

SORU: Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?

SIRA : 233
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.2.1. Hurda komisyon raporu (durum tespit raporu) ve kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış olmalıdır.

AD.2.2. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

AD.2.3. Amortisman çıkış belgeleri düzenlenmiş ve ilgili saymanlıklara bildirilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için kayıttan düşme teklif ve onay tutanağı düzenlenir. Hurda taşınırların değeri, Maliye Bakanlığı'nın her yıl yayınladığı Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliği'nde belirtilen tutara kadar olanlar harcama yetkilisinin, belirtilen tutarı aşan taşınırlar ise üst yöneticisinin onayı ile kayıtlardan çıkarılır. Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar "Hurdaya Ayırma" veya "Kullanılamaz hale gelme / Yok olma'' işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine kayıttan düşme teklif onay tutanağı'nın bir nüshası ve amortisman çıkış belgesi bağlanarak ilgili saymanlığa gönderilir. Elektrikli-elektronik, taşıtlar, Türk Bayrağı, mühür gibi özellikli taşınırların H.E.K işlemleri ilgili bakanlıkların belirlemiş olduğu kanun, yönetmelik ve mevzuat hükümlerine göre yapılmalıdır. MKYS/Malzeme İşlemleri/Yapılmış Malzeme Çıkışları'ndan ya da MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi'nden sağlık tesisinin ''Hurdaya Ayırma'' ve ''Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma'' işlemi yapıp yapmadığı sorgulanır. Yapılmış işlem var ise ilgili belgelerin doğruluğu incelenir.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 27: Kullanılmaz Hale Gelme, Yok Olma veya Sayım Noksanı Nedeniyle Çıkış

(1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişmeler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, kayıttan düşme teklif ve onay tutanağı ve taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğünün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların yok edilmesi usul ve esaslarını gösterir yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 28: Hurdaya Ayırma Nedeniyle Çıkış

(1) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyerek hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise kayıttan düşme teklif ve onay tutanağı düzenlenir.

(4) Hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlardan kayıtlı değeri bakanlıkça belirlenecek tutara kadar olanlar harcama yetkilisinin, belirlenen tutarı aşan taşınırlar ise kamu idaresi üst yöneticisinin onayı ile kayıtlardan çıkarılır.
(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.
(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine kayıttan düşme teklif ve onay tutanağının bir nüshası bağlanır.
22 Mayıs 2012 / 28300 Sayılı Resmi Gazete: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyaların Kontrolü Yönetmeliği
MADDE 1 – Amaç (1) Bu Yönetmeliğin amacı; elektrikli ve elektronik eşyaların üretiminden nihai bertarafına kadar çevre ve insan sağlığının korunması amacıyla elektrikli ve elektronik eşyalarda bazı zararlı maddelerin kullanımının sınırlandırılması, bu sınırlandırmalardan muaf tutulacak uygulamaların belirlenmesi, elektrikli ve elektronik eşyaların ithalatının kontrol altına alınması, elektrikli ve elektronik atıkların oluşumunun ve bertaraf edilecek atık miktarının azaltılması için yeniden kullanım, geri dönüşüm, geri kazanım yöntem ve hedeflerine ilişkin hukuki ve teknik esasları düzenlemektir.

SORU: Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul ve hizmet ifa tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?

SIRA : 234
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.3.1. Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa vb. işlemlerin tutanaklarında ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalı ya da gözetiminde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA :
Mal alımlarında bir başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Muayene ve kabul komisyonu, öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden kurulmalıdır. Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa vb. işlemlerinde ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi bulunmalı ya da gözetiminde yapılmalıdır.

KAYNAK:
19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik
Madde 6- (Değişik birinci fıkra: RG-22/06/2005-25853) Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya işin özelliğine

uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir. (Değişik ikinci fıkra: RG -22/06/2005-25853) Ara denetimi gerçekleştiren personel muayene kabul komisyonlarında görevlendirilebilir. Ancak, muayene ve kabul komisyonlarında görevlendirilen personelin tamamı ara denetimi gerçekleştiren personelden oluşturulamaz. (Mülga üçüncü fıkra: RG-22/06/2005-25853) Özellikleri dolayısıyla kısa sürede nitelikleri değişebilen veya günlük teslime konu olan malların muayene ve kabul işlemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için idareler, muayene ve kabul komisyonunu öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden kurarlar.

SORU: Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitimler verilerek; eğitim planı, talimatı ve eğitim dokümanları oluşturulmuş mu?

SIRA : 235
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, THY, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.4.1. Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli Taşınır Kayıt Kontrol yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak mevzuat, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir.

AD.4.2. Eğitimin planı ve içeriği hakkında dokümanları bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.

AÇIKLAMA :
Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi olarak görevlendirilen personele; depo yönetimi, HBYS - MKYS kullanıcı eğitimleri ve Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun yapacağı iş ve işlemler hakkında genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide yetkilisi tarafından eğitimler verilmelidir. Verilen eğitimlerin planı ve içeriği hakkında dökümanlar bulunmalıdır. Katılımcıların eğitimi aldığına dair kayıtlar tutulmalıdır.

SORU: Teknik servis dokümanlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?

SIRA : 236
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.5.1. Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesislerinde kullanılan ayniyat dayanıklı taşınırlar; bakım, onarım vb. hizmetler için teknik servise teslim edildiğinde, teknik servis formlarında hangi taşınıra işlem yapıldığının takibi açısından, ilgili dayanıklı taşınıra ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.

SORU: Sağlık tesisindeki bağış ve hibe işlemleri ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu??

SIRA : 237
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.6.1. Sağlık tesisi yöneticisi tarafından bağış yapan kişinin dilekçesi uygun görülmüş olmalıdır.

AD.6.2. Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

AD.6.3. Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri ilgili saymanlığa ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.

AÇIKLAMA :
Bağış yapacak kişinin, yapmak istediği bağış hakkında yazdığı dilekçenin sağlık tesisi yöneticisine sunulması ve yöneticinin de bunu uygun görmesi gerekmektedir. Dilekçeye istinaden uygun görülen taşınırların giriş kaydı içinde yöneticiden onay alınmalıdır. Onay yazısı dayanak belge kabul edilir. Yapılan bağışın fiyatını belirten belge yok ise; oluşturulan değer tespit komisyonu tarafından tutarı belirlenir. Bağış ve yardım olarak edinilen taşınırlar teslim alındığında, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi tarafından taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Fişin bir nüshası bağış ve yardımı edene, diğer nüshası ise ilgili saymanlığa gönderilir. MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi'nden ''Bağış ve Yardım'' işlemi yapılıp yapılmadığı sorgulanır. Yapılan işlem var ise ilgili belgelerin doğruluğu incelenir.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 16: Bağış ve Yardım Yoluyla Edinilen Taşınırların Girişi
(1) Kanunun 40 ıncı maddesi ile diğer mevzuat çerçevesinde bağış ve yardım olarak edinilen taşınırlar teslim alındığında, taşınır kayıt kontrol yetkilisi tarafından taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Fişin birinci nüshası bağış ve yardım edene verilir veya gönderilir.
5018 Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Madde 40: Bağış ve Yardımlar
Herhangi bir gerçek veya tüzel kişi tarafından, kamu hizmetinin karşılığı olarak veya kamu hizmetleriyle ilişkilendirilerek bağış veya yardım toplanamaz, benzeri adlar altında tahsilat yapılamaz. Kamu idarelerine yapılan her türlü bağış ve yardımlar gelir kaydedilir. Nakdi olmayan bağış ve yardımlar, ilgili mevzuatına göre değerlemeye tâbi tutularak kayıtlara alınır.

SORU: Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin, çıkış bildirimleri ilgili dönemlerde saymanlıklara yapılıyor mu?

SIRA : 238
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.7.1. Tüm depolarda yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.

AD.7.2. Tüm depolarda yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri üçer aylık dönemlerde ilgili mal müdürlüklerine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan her türlü giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen belgelerin, ilgili saymanlık ve mal müdürlüklerine bildiriminin yapılması mecburidir. Döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık (her ay sonu), genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri ise üçer aylık (mart-haziran-eylül-aralık sonu) dönemlerde ilgili muhasebe birimlerine gönderilmelidir. Döner sermaye işlemlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe işlemlerinin ise mal müdürlükleri tarafından KBS'ye işlenmesi zorunludur. Sağlık tesisi depolarında, döner sermaye için her ay sonu ve genel bütçe için 3 ayda bir düzenlenen tüketim çıkış bildirimlerinin kontrolü yapılır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 30: Taşınır Giriş ve Çıkış İşlemlerinin Muhasebe Birimine Bildirilmesi
(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı'nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

SORU: Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?

SIRA : 239
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.8.1. Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.

AD.8.2. Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetler güncel olmalı ve zimmet tutanakları dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA :

Ayniyat demirbaş depolarında bulunan dayanıklı taşırlar, taşınır istek belgesi düzenlenerek talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar zimmet fişi düzenlenerek ve karşılıklı imza ile kullanıma verilir. Zimmet fişinde istenilen malzemenin cinsi, miktarı, taşınır kodu açıkça yazılmalıdır. Fişin birinci nüshası ayniyat dosyasında saklanır, ikinci nüshası ise zimmet sahibine verilir. Oda, salon, servis gibi ortak alanlara verilen taşınırlar, ortak kullanım alanının sorumlusuna imzası alınarak teslim edilir. Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları güncel olmalı ve dosyalanmalıdır. MKYS/Malzeme İşlemleri ekranından zimmet sahibi üzerindeki malzeme kaydı ile zimmet fişi üzerindeki malzemelerin güncelliği ve doğruluğu karşılaştırılır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 23: Kullanım Suretiyle Çıkış

(1) Taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınırlar taşınır istek belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar 6/A örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcısına verilmesinde ise 6 örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılarına devir ve teslimine ilişkin usul ve düzenlenecek belgeler kamu idarelerince ayrıca belirlenir.

(4) Zimmet fişine dayanılarak dayanıklı taşınırlar defterine gerekli kayıtlar yapılır. Fişin birinci nüshası dosyasında saklanır. İkinci nüshası zimmetle taşınır teslim edilen görevlilere verilir.

(5) Oda, büro, bölüm, geçit, salon, atölye, garaj ve servis gibi ortak kullanım alanlarında kullanılmak üzere verilen taşınırlar için dayanıklı taşınırlar listesi düzenlenir ve taşınırlar ortak kullanım alanının sorumlusu veya yöneticisine imzası alınarak teslim edilir.

SORU: Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?

SIRA : 240
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.9.1. Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.

AD.9.2. TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından, muhasebeleştirme sürelerinin kontrolü yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Satınalma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen taşınır işlem fişlerinin bir nüshasının, düzenleme tarihine müteakip en geç on gün içinde ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ayrıca çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış tüm işlem tiflerinin, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildiriminin yapılmış olması gerekmektedir. Muhasebe yetkililerinin, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin gönderilen taşınır işlem fişlerini ilgili hesaplara kaydetmek zorundadır. Örneklem usulü seçilen fatura, muayene kabul, taşınır işlem fişi ve ödeme emri belgesi tarihlerinin uygunluğu kontrol edilir. Ayrıca TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından, sağlık tesisinin muhasebeleştirme gün sürelerinin 10 günün üzerinde olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 30: Taşınır Giriş ve Çıkış İşlemlerinin Muhasebe Birimine Bildirilmesi

(1) Taşınır kayıt ve kontrol yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddî duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satın alma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddî duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda malî yıl sona ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. (Ek cümle: 8/10/2012-2012/3832 K.) Ancak, aynı muhasebe biriminden hizmet alan harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.

SORU: Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?

SIRA : 241
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.10.1 Saymanlıklara bildirimi yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AD.10.2 Defterdarlık veya mal müdürlüğüne bildirimi yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan her türlü giriş, çıkış devir, tüketim v.b işlemler için düzenlenen belgelerin, ilgili saymanlık ve malmüdürlüklerine bildiriminin yapılması mecburidir. Döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık, genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri ise üçer aylık dönemlerde ilgili muhasebe birimlerine gönderilir. Döner sermaye işlemlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe işlemlerinin ise; defterdarlık ya da malmüdürlükleri tarafından KBS'ye işlenmesi zorunludur. Muhasebe birimleri tarafından bildirimlerin ilgili kodlara doğru şekilde işlenip işlenmediğinin kontrolü için, MKYS/TDMS hesap karşılaştırmaları her ay, MKYS/KBS hesap karşılaştırmaları ise üçer aylık dönemlerde Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri tarafından yapılmalıdır. MKYS/TDMS hesapları her ay sonunda, MKYS/KBS hesapları ise üç aylık dönem sonlarında uyumlu olmalıdır. Döner Sermaye hesap karşılaştırmaları ilgili tarih aralığı seçilerek MKYS Dönemsel İşlemler Yılsonu Cetvelleri sekmesinden alınan Harcama Birimi Taşınır Yönetim Hesabı Cetveli ile TDMS Raporlar Kurumun Mizanı (Detay) sekmesinden alınan raporla karşılaştırılır. Genel Bütçe hesap karşılaştırmaları ilgili tarih aralığı seçilerek MKYS Dönemsel İşlemler Yılsonu Cetvelleri sekmesinden alınan Harcama Birimi Taşınır Yönetim Hesabı Cetveli ile KBS Muhasebe Raporları – Muhasebe Birimi Raporları sekmesi altında açılan ekranın ilgili parametreleri doldurulduktan sonra alınan raporla karşılaştırılır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 30: Taşınır Giriş ve Çıkış İşlemlerinin Muhasebe Birimine Bildirilmesi
(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı'nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.
(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıp, düzeltme işlemi TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?

SIRA : 242
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.11.1. Tüm depolarda yapılan düzeltme işlemlerinde, tutar farkı olmamalıdır.

AD.11.2. Yapılan düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarına kadar değişiklik yapılıyor ise; düzeltme taşınır işlem fişleri ve dayanıklı taşınırlar için düzenlenen amortisman çıkış belgeleri ilgili saymanlıklara bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Daha önceden girişi yapılmış taşınırların taşınır kodu, birim fiyatı veya miktarı hatalı olarak kaydedilmiş ise; hatanın fark edildiği tarihte hataya ilişkin hususların nedenleri belirtilerek, harcama yetkilisinden hatanın düzeltilmesi için onay alınmalıdır. Alınan onaya istinaden "Düzeltme Çıkış" işlemi ile hatalı kaydın çıkış işlemi yapılmalıdır. "Düzeltme Giriş" işlemi ile de doğru verinin girişi yapılarak hatalı kayıt düzeltilmiş olacaktır. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltme işlemlerine ilişkin (2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapıldı ise) taşınır işlem fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilecektir. Yapılan düzeltme işlemi dayanıklı taşınıra ait ise; taşınır işlem fişi ile birlikte amortisman çıkış belgesi de ilgili muhasebe birimine gönderilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları Ekranı'ndan düzeltme giren ve çıkan farkları kontrol edilir. Fark mevcut ise; Giriş-Çıkış Fişleri Listeleme Ekranından ya da MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi'nden yapılmış işlemlerin detayları incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 39 Ek Madde 1: Kayıt Hatalarının Düzeltilmesi
(1) Taşınırın kodunda, birim maliyet bedelinde veya miktarında hata yapılması durumunda, harcama yetkilisinin onayı üzerine düzenlenecek yeni Taşınır İşlem Fişiyle hatalı kaydın çıkış işlemi yapılır. Daha sonra düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle de doğru verinin girişi yapılmak suretiyle hata düzeltilir. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltmelere ilişkin Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilir.
(2) Mahsup dönemi sonuna kadar tespit edilen kayıt hataları, ilgili olduğu yılın hesaplarına; daha sonra tespit edilen kayıt hataları ise cari yıl hesaplarına mâledilerek düzeltilir.

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde; taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?

SIRA : 243
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.12.1. Tüm depolarda yapılan ambarlar arası devir işlemlerinde, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.

AD.12.2. Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemleri için düzenlenen taşınır işlem fişlerinde taşınır hesap kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.

AÇIKLAMA:
MKYS'de yapılan malzeme sınıflandırma ya da kod değişikliği çalışmalarından dolayı; ayniyat depo hesap kodlarından çıkartılan taşınırların ilgili ambarlarına devredilmesi ya da diğer ambarlardan devri yapılan malzemelerin ayniyat depolara girişinin yapılması gerekmektedir. Ambarlar arası devredilecek taşınırlar belirlendikten sonra ‘‘Devir-Ambarlar Arası Devir’’ çıkış işlemi ile ilgili ambarına gönderilir. Devri yapılan taşınırlar sistem üzerinden yeni ambarına ‘‘Devir-Ambarlar Arası Devir’’ giriş işlemi ile kod, miktar ya da tutar değiştirmeden alınır. İlgili hesaplarda ambarlar arası devir farkı oluşmaması için, ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen taşınır işlem fişleri'nde miktar, tutar ve taşınır kodları birebir aynı olmalıdır. Ambarlar arası taşınır devirlerinde taşınır işlem fişleri muhasebe birimine gönderilmez. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları Ekranı'ndan ambarlar arası giren ve çıkan farkları kontrol edilir. Fark mevcut ise; Giriş-Çıkış Fişleri Listeleme Ekranından ya da MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi'nden, yapılmış işlemlerin detayları incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 24: Devir Suretiyle Çıkış
(1) Kamu idarelerince 31 inci madde hükümlerine göre bedelsiz olarak devredilen taşınırların çıkışı Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek yapılır. Fişin bir nüshası taşınırın devredildiği idareye verilir. Devir alan idareden alınan Fiş, düzenlenen Fişin ekine bağlanır.
(2) Aynı kamu idaresinin muhtelif harcama birimlerinin ambarları arasında devredilen taşınırlar için de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir ve Fişin birinci nüshası devredilen harcama biriminin taşınır kayıt ve kontrol yetkilisine verilir.
(3) Aynı harcama biriminin ambarları arasındaki taşınır devirlerinde de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir, ancak bu Fişler muhasebe birimine gönderilmez.

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 244
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.13.1. Tüm depolarda yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık tesisinin tüm depolarında taşınırların stok kontrolleri, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut malzemelerin, HBYS'den entegrasyonla MKYS'ye gönderilmesi esnasındaki hatalardan dolayı ya da MKYS'de yapılan işlem hataları sonucunda eksi (-) stoğa düşüp düşmediği takip edilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Eksi Bakiye Durumu Ekranı'ndan stoğu eksiye düşen

taşınırların miktar ve tutarları kontrol edilir. Stoğu eksiye düşen malzemeler mevcut ise; MKYS/Dönemsel İşlemler/Stoğu Eksiye Düşenler Listesi'nden malzemelerin detayları incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?

SIRA : 245
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.14.1. Sağlık tesisinin tüm depolarında, depo kaydı oluşturulmayan giriş işlem türü bulunmamalıdır. Girişi yapılan taşınırların depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:
HBYS'de yapılıp entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen ya da doğrudan MKYS'de yapılan her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulması gerekmektedir. Depo kayıtları oluşturulmayan giriş işlemlerindeki malzemeler depo stoklarına yansımayacaktır. Her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulup oluşturulmadığının kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme Ekranı'ndan yapılarak depo kayıtları oluşturulmalıdır.

SORU: Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkartıldığında, MKYS/Malzeme İşlemleri Ekranı'ndan emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?

SIRA : 246
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.15.1. Ayniyat dayanıklı taşınırlar (bakım, onarım vb.) sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkış işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

AD.15.2. Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:
Ayniyat dayanıklı taşınırların bakım, onarım, değişim vb. uygulamalar için sağlık tesisi dışına çıkartılması söz konusu olduğunda, MKYS/Malzeme İşlemleri ekranından emanet çıkış işlemi yapılmalı ve düzenlenen taşınır işlem fişinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanmalıdır. Yapılan uygulamalar sonrası, sağlık tesisine geri teslim edilen taşınırlar içinde MKYS/Malzeme İşlemleri Ekranı'ndan emanet iade işlemi yapılarak düzenlenen taşınır işlem fişinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır. Sağlık tesisinin emanet işlemi kontrolü, MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi Ekranı'ndan yapılarak ilgili işlem evraklarının kontrolü yapılmalıdır.

KAYNAK:
31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı
Ayniyat dayanıklı taşınırlar bakım, onarım, değişim vb. uygulamalar için sağlık tesisi dışına çıkartılması söz konusu olduğunda MKYS-Malzeme İşlemleri Ekranı üzerinden "Emanet Çıkış" İşlem Türü ile çıkış yapılacak olup; düzenlenen TİF'in teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanacaktır. Yapılan uygulamalar sonrası sağlık tesisine geri getirilen taşınırlar içinde MKYS-Malzeme İşlemleri Ekranı üzerinden "Emanet İade" işlem türünden iade alınacaktır. Düzenlenen TİF'in teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanacaktır.

SORU: Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 247
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AD.16.1. Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların fiyat tespit komisyonu tarafından tutarları belirlenmiş olmalıdır.

AD.16.2. Dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

AD.16.3. Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan dayanıklı taşınırların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat depoda kayıt altına alınmış ve saymanlığa bildirimi yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Sağlık araçları 254-01 – Karayolu Taşıtları Grubu kodu altında kayıt altına alınmaktadır. Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikli sağlık araçlarındaki donanımların kayıt altına

alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda taşıtlar ile biyomedikal dayanıklı taşınırların ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacaktır. Daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarındaki donanımların komisyon marifeti ile değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikli sağlık araçları ise; düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat depoda kayıt altına alındıktan sonra, düzeltme çıkış ve giriş işlemi taşınır işlem fişleri ilgili saymanlığa gönderilmelidir. Düzeltme işlemlerinden sonra ayniyat depoya girişi yapılan araç ile biyomedikal depoya girişi yapılan tıbbi donanım tutar toplamlarının, düzeltme işleminden önceki aracın tutarı ile eşit olmalıdır. Ayniyat dayanıklı depo 254 hesap kodunda kayıtlı bulunan özellikli sağlık araçlarına yapılmış düzeltme işlemlerine ait, düzeltme çıkış ve giriş fişlerinin tutar toplamları incelenir.

KAYNAK:
13.01.2015 tarih ve 80981279/5458.17 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı
İlgi (b) yazı ile Genel Sekreterliklerimize bağlı sağlık tesisleri ve özellikli sağlık araçlarında bulunan bahse konu donanımlara ait veri girişlerinin ivedilikle tamamlanması gerektiği bildirilmiş ve veri giriş oranları yayınlanmıştır.
31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı
254-01 Karayolu Taşıtları Grubu kodu altında bulunan özellikli sağlık araçları ile bu araçların içindeki biyomedikal donanımların ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacağından (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemine daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarının, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 13 üncü maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde; Fiyat Tespit Komisyonu marifeti ile araç içi biyomedikal donanımların değerleri belirlenerek, biyomedikal dayanıklı taşınır depoya "Düzeltme" giriş ile veri girişi sağlanmıştır. Daha sonra söz konusu özellikli sağlık araçlarının önceki toplam taşıt bedelinden, araç içi biyomedikal donanımlar için belirlenen değer düşürüldükten sonraki kalan değer için ayniyat dayanıklı taşınır depoya "Düzeltme" çıkış ve "Düzeltme" giriş işlemi ile yeniden kayıt altına alınacaktır. İlgili saymanlığa giriş/çıkış taşınır işlem fişleri gönderilecektir. Yeni alınacak özellikli sağlık araçlarında ise taşıt bedeli ile taşıt içi biyomedikal dayanıklı taşınırların bedelleri için düzenlenen faturanın ise parça halinde MKYS kayıtlarına uygun biçimde ayrı düzenlenmesi gerekmektedir.

SORU: Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?

SIRA : 248
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AD.17.1. Ayniyat demirbaş depo 254- Taşıtlar Grubu Hesap Kodunda kayıtlı araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranına veri girişleri yapılmalıdır.

AD.17.2. Sağlık tesisi hizmet satın alma şartnamesinde belirtilen araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranına veri girişleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Genel Sekreterlikler ve bağlı sağlık tesislerinin envanter kayıtlarında bulunan demirbaş araçlar ile, hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması, gerekli analizlerin yapılabilmesi amacı ile MKYS Ulaşım Araçları Ekranı düzenlenmiştir. Bu ekrandan ayniyat demirbaş depo 254- Taşıtlar Grubu Hesap Kodu'nda kayıtlı araçlar ile hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların; ruhsat ve şartname bilgilerine uygun olarak plaka, araç türü, marka, model, yıl, motor hacmi, kilometre, yakıt türü, hizmet amacı, bulunduğu yer, hizmet alım ve garanti bilgileri gibi teknik özelliklerinin girişinin yapılmış olması gerekmektedir.

KAYNAK:

20.03.2015 tarih ve 36385208.949.5461/524 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Taşıtların MKYS Ulaşım Araçları Ekranına Tanımlanması Hk. Yazısı Kurumumuz Kamu Hastaneleri Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerinin envanter (demirbaş) kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması daha iyi kontrol, analiz ve ölçülebilir duruma gelmesi amacıyla taşıtların künye tasarımı çalışması tamamlanmıştır. Bu konuda, Malzeme Kaynakları Yönetim Sisteminde (MKYS) "Ulaşım Araçları" ile "Demirbaş ve Hizmet Alımı" ekranları bilgi girişine açılmış olup, söz konusu ekranlara Karayolu Taşıtlar Grubu 254-01 taşınır hesap kodunda bulunan demirbaş envanterindeki araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların; araç türü, marka model, motor hacmi, kilometre, yakıt türü, hizmet amacı, bulunduğu yer, hizmet alım ve garanti, trafiğe çıkış tarihi, muayene, sigorta yılı gibi bilgiler ve teknik özelliklerinin girişinin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda, Genel Sekreterlik ve bağlı sağlık tesisinin envanter (demirbaş) kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların, özelliklerinin ruhsat bilgilerine uygun şekilde yazımız ekinde yer alan MKYS Ulaşım Araçları Kılavuzu'nda belirtilen talimatlar doğrultusunda girişleri yapılmalıdır.

SORU: Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında kayıtlı olan ancak ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?

SIRA : 249
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.18.1. Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında (eski pasif kodlar) kayıtlı olan, ancak şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların, yeni kodlarda takibi için uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesislerinde ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında kayıtlı olan, ancak şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların (sedye, yatak, tekerlekli sandalye, tıbbi cihaz, cihazlara ait yedek parçalar, cerrahi el aletleri vb.) uygun depolara devredilmesi gerekmektedir. Ayniyat dayanıklı taşınır özelliğinde olmayan ancak ayniyat dayanıklı taşınır depoda kaydı bulunan demirbaşların ambarlar arası devir veya düzeltme işlemleri ile uygun depo ve hesap kodlarına alınmış olması gerekmektedir. Karar Destek Sistemleri (İş Zekası)/Kumanda Tabloları/Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi/Dayanıklı Taşınır Sorgulama Ekranı'ndan, ilgili parametreler doldurularak ayniyat dayanıklı taşınır depoda bulunmaması gereken demirbaşların kontrolü yapılmalıdır.

SORU: Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

SIRA : 250
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 19
BOYUTLAR : YPYD, THY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AD.19.1. Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :
Sağlık tesisi bünyesinde giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu sicil numaraları taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilmek zorundadır. Ayniyat demirbaş depo envanterinde kayıtlı bulunan ve zimmetle kullanıma verilen taşınırların üzerinde, MKYS'de kayıtlı malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren etiketler mevcut olmalıdır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 36: Dayanıklı Taşınırların Numaralanması
(1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.
(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.

SORU: Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 251
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 20
BOYUTLAR : YPYD, THY, AYD, EKÖ

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

AD.20.1. Duvar ve tavanlar rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle boyanmış, zeminler temiz olmalıdır.

AD.20.2. Depolardaki boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmalıdır.

AD.20.3. Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.

AD.20.4. Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AD.20.5. Haşerelere karşı önlemler alınmalıdır.

AD.20.6. Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.

AD.20.7. Depolarda güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :
Malzeme güvenliğini etkileyecek depo alanları fiziki koşullarının uygun olması gerekmektedir. Depoların duvar ve tavanları rutubet önleyici malzemeyle boyanmış ve zeminler temiz olmalıdır. Atık su ve kalorifer gibi boruların görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı sağlanmalıdır. Raflarda bulunan malzemelerin duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Raf sistemlerinin devrilmeye karşı gerekli düzenleme ve sabitleme işlemlerinin yapılması gerekmektedir. Haşerelere karşı ilaçlama yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır. Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte olmalıdır. Depolarda malzeme karışıklığını önlemek için güncel malzeme yerleşim listesi ve depo raf krokileri bulunmalıdır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 5: Sorumluluk
(5) Taşınırların muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.
(6) Kullanılmak üzere kendilerine taşınır teslim edilen kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik ya da dikkatsizlikleri nedeniyle oluşan kamu zararı, değer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek rayiç bedeli üzerinden, ilgili mevzuat hükümleri uygulanmak suretiyle tahsil edilir.

SORU: Depoların güvenliğini sağlamak amacı ile gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 252
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 21
BOYUTLAR : YPYD, THY, TGY

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.21.1. Hırsızlık için (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.

AD.21.2. Yangın tehlikesi için (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.

AD.21.3. Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AD.21.4. Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

AÇIKLAMA:
Depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle, depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık için gerekli kamera sistemleri ve demir parmaklık vb. gibi önlemler alınmalıdır. Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri gibi önlemler bulunmalıdır. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde olmamalıdır.

KAYNAK:
Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 6: Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri
2- Taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.
a) Harcama birimince edinilen taşınırlardan muayene ve kabulü yapılanları cins ve niteliklerine göre sayarak, tartarak, ölçerek teslim almak, doğrudan tüketilmeyen ve kullanıma verilmeyen taşınırları sorumluluğundaki ambarlarda muhafaza etmek.
d) Taşınırların yangına, ıslanmaya, bozulmaya, çalınmaya ve benzeri tehlikelere karşı korunması için gerekli tedbirleri almak ve alınmasını sağlamak.
e) Ambarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek
3- Ayrıca taşınır kayıt ve kontrol yetkilileri, sorumluluklarında bulunan ambarlarda kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumludurlar.

KLİNİK MÜHENDİSLİK

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?

SIRA : **253**
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.1.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır.

AÇIKLAMA:
Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılan yazılımların uygunluk belgesi kontrolü esastır. Mükerrer kayıtların önlenmesi, iş yükünün azaltılması ve kontrollü bilgi akışının sağlanabilmesi için KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) uygunluğu sağlanmalıdır.

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılmayan yazılım/bilgi yönetim sistemleri bu sorudan muaf tutulmalıdır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken kayittescil.saglik.gov.tr adresinin diğer yazılımlar kısmında ilgili yazılımın KMBYS alanında aktif olup olmadığı kontrol edilir.

KAYNAK:
20.09.2013 tarih ve 809 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri konulu genel yazı, 29.11.2013 tarih ve 4608 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri Entegrasyon Başvuruları konulu genel yazı.

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi.

13.08.2015 tarih ve 12658043 sayılı Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimsel Uygunluk Değerlendirmesi Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SIRA : 254
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.2.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.

KM.2.2. Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her biyomedikal dayanıklı taşınıra MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırlarla ilgili bu bilgilerin ve künye numarasının bulunduğu karekod oluşturulur. Bu karekodun üzerinde bulunduğu etiket, ilgili dayanıklı taşınırın üzerinde bulunmalıdır. Bu etiketlerin içerdiği bilgiler cihaz bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

"Dayanıklı taşınırların numaralanması

MADDE 36 – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur."

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

"Biyomedikal Depo Yönetimi
1. Depo kaydı yapılmamış veya zimmet işlemi uygulanmamış biyomedikal dayanıklı taşınırların sağlık hizmet sunumunda kullanılması, devredilmesi, teknik hizmete ve emanete verilmesi engellenmeli; bu taşınırların klinik, servis, ameliyathane gibi sağlık hizmet sunum alanlarında kullanımından önce depo kaydı ve zimmet işlemi yapılmalıdır.
2. Envanterde kayıtlı veya hizmet alımı yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların, görünür en az bir yüzeyine, MKYS künye numarası ve kare kodunun yer aldığı etiket iliştirilmelidir.

3. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan etiketlerin yıpranması, bozulması, okunamaz hale gelmesi gibi durumlarda etiketler yenilenmelidir.
4. Biyomedikal depo kapsamındaki malzemelerin kullanımı, muhafazası, koruyucu bakımı ve teknik servis faaliyetleri ile ilgili eğitimler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir."

SORU: MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 255
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.3.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri (tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgileri) doğru şekilde yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

"1.2 Kare Kod Modülü Dayanıklı Taşınır Bilgileri Modülü'nden veri girişi tamamlandıktan sonra sistem tarafından otomatik bir künye numarası tanımlanacaktır. Bu künye numarasına bağlı olarak Kare Kod Modülünde bulunan, iki boyutlu kod jeneratörü/üreteci ile her cihaza özgü birer kod üretilecektir. Bu kodun yer aldığı bir etiketin taşınır üzerinde en az bir görünür bölgeye iliştirilmiş, basılmış olması gerekmektedir."

SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?

SIRA : 256
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.4.1. Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

KM..4.2. Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

KM.4.3. Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

KM.4.4. Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi, tedarik edilen malzemenin sağlık tesisi içerisindeki yönetimini sağlayacak olan ve biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile tüketim malzemeleri hakkında teknik bilgiye sahip olan personeldir. Bu personelin tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim işlemleri sırasında görevlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAK:

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan hizmet alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan mal alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan danışmanlık alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

04.03.2009 tarih ve 27159 sayılı resmi gazetede yayınlanan yapım işleri muayene ve kabul yönetmeliği

“Muayene ve kabul komisyonlarının kuruluşu

Madde 5- Muayene ve kabul komisyonları, yetkili makam tarafından, biri başkan olmak üzere en az üç (3) kişiden oluşturulur. Hizmetin önemi ve özelliği dikkate alınarak komisyonun üye sayısı, toplam sayı tek olmak üzere yeteri kadar arttırılabilir.

Bu komisyonlarda görevlendirilecek olanların tamamının danışmanlık konusu hizmetin uzmanı olması zorunludur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya hizmetin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?

SIRA : 257
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : KMH, YPYD, ÇNE

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.5.1. Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

KM.5.2. Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin Eğitim Birimleri ve Klinik Mühendislik Birimlerinin birlikte organize ettiği kullanıcı eğitimleri düzenlenmelidir. Bu eğitimler biyomedikal dayanıklı taşınır kullanıcılarının değişmesi durumunda ve yeni işe başlayışlarda düzenlenmelidir. Yeni tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait eğitimler ise firma tarafından da verilebilir.

Eğitimler ister firma tarafından ister de sağlık tesisi tarafından verilmiş olsun eğitim dokümanları ve katılım sağlayan personel kayıtları bulunmalıdır. Bu kayıtlar hem eğitim alan personelde, hem eğitim birimlerinde, hem de Klinik Mühendislik Birimlerinde bulunmalıdır. Klinik Mühendislik Birimleri ayrıca bu eğitimlere ait eğitim dokümanlarını da bulundurmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik hizmetleri hakkında konulu genel yazı.
"D. l. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri
Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir."

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 258
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : KMH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.6.1. Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

KM.6.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS'de güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kullanılan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların cihaz bazlı arıza bildirimleri, arızada kalma süreleri ve yapılan onarım işlemleri ile ilgili evraklar tutulmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı.
"C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri
Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

a. Devir faaliyetleri
b. Stok kontrol faaliyetleri
c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri"

SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?

SIRA : 259
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.7.1. Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.

KM.7.2. Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

KM.7.3. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Aktif çalışma süresi bir cihazın belirli bir periyotta toplam kullanılabileceği süreden arızada kaldığı sürenin çıkartılmasıyla elde edilir. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışma süresinin toplam süreye oranı %95 olmalıdır. Bu oranın belirlenebilmesi için her biyomedikal dayanıklı taşınırın arızada kaldığı süre yazılım/bilgi yönetim sistemleri üzerinde veya matbu formda kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet alım ve teknik hizmet sözleşmesi olan biyomedikal dayanıklı taşınırlarda aktif çalışma süresi oranının %95'in altında olması durumunda tedarikçilere sözleşme hükümlerince yaptırım uygulanır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

"Performans ve Verimlilik Yönetimi
1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışabilirlik süresi takip edilmelidir."

SORU: Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?

SIRA : 260
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.8.1. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarına yönelik "Elektrik Dalgalanmaları ve Şebeke Kesintilerine Karşı Kullanım, Periyodik Bakım, Acil Müdahale Plan ve Prosedürüne" uygun iş ve işlemler yürütülmelidir.

KM.8.2. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarının günlük ve aylık bakımları yapılmalı, bu bakımların yapıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan ameliyathane, yoğun bakım üniteleri ve özellikli servislerde bulunan yaşam destek cihazları ile özellikli ünitelerde bulunan görüntüleme cihazları elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı korunmalıdır. Bu koruma için kullanılacak olan kesintisiz güç kaynaklarının periyodik bakımları yapılmalıdır. Yapılacak her türlü işlem bir plan ve prosedürü çerçevesinde yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SORU: Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasında Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatı ve Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatı'na uygun işlem yapılıyor mu?

SIRA : 261
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.9.1. Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.

KM.9.2. Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

KM.9.3. Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi, Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadığı durumlarda (dayanıklı taşınırlar için sürekli arızalanma, tamiri yapılamama, tüketimler için varsa miadının dolması gibi) ne tür işlemlerin yapılacağı ile bu işlemleri kimin yapacağının belirlenmesi gerekmektedir. Yapılacak bu iş ve işlemler ile ilgili yazılı bir prosedür ve/veya talimat bulunmalıdır.

Dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması sürecinde ilk olarak HEK'e ayrılmasının uygun olduğunu bildiren teknik görüş raporu oluşturulmalıdır. Oluşturulan raporla birlikte HEK formu

doldurularak ilgili harcama yetkilisinin onayı alınır. Harcama yetkilisi, izin verilen parasal limitlere göre Hastane Yöneticisi, Genel Sekreter ya da TKHK Kurum Başkanı olabilir. HEK raporuna istinaden "Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı" düzenlenerek ilgili dayanıklı taşınırın kayıttan düşümü yapılır. Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı, Maliye Bakanlığınca her sene yeniden belirlenen "Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğ" ile yayınlanan hükümlere istinaden HEK cihazın toplam tutarı göz önünde bulundurularak imzaya sunulur. HEK'e ayrılan dayanıklı taşınırların listesi satış işlemleri yapılmak üzere satın almaya bildirilir ve satış işlemi gerçekleştirilene kadar dayanıklı taşınırlar uygun bir depoda muhafaza edilir. Sağlık tesisinde gözlem sırasında tüm bu işlem basamaklarına ait evrakların uygunluğu incelenmelidir.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

"Kaynak Geliştirme ve HEK Yönetimi Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin HEK'e ayırma, kullanım dışı bırakma ve kaynak geliştirme faaliyetleri ile ilgili görevli komisyonda değerlendirilmek üzere söz konusu taşınırların ekonomik ve teknik açıdan faydalı ömürlerini tamamlayıp tamamlanmadıklarına dair teknik raporlar ve analizler hazırlanmalıdır."

SORU: Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

SIRA : 262
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.10.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır kullanılamaz durumda olduğunda (arızalandığında, çalıştırılamadığında vb.) ilgili birimdeki kullanıcının yapması gerekenlerle ilgili yazılı bir düzenleme, bir iş akışı bulunmalıdır. Bu düzenlemelerde ilgili personelin önce

elektrik prizi kontrolü, cihazın çalıştırılıp çalıştırılmadığının kontrolü gibi teknik servise haber vermeden önce yapması gerekenler, sonrasında problemin devam etmesi halinde iletişime geçmesi gereken birim bilgileri bulunmalıdır.

SORU: Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?

SIRA : 263
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : KMH, YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.11.1. Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman ilgili servislerde bulunmalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar bu kapsamda hastalara kullanıma verileceği durumlarda kullanıcılar bilgilendirilmeli ve bu yazılı dokümanlar kullanıcılara verilmelidir.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?

SIRA : 264
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.12.1. Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

KM.12.2. Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

KM.12.3. Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Periyodik teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırların söz konusu işlemler ile ilgili yıllık planları yapılmalıdır.

SORU: Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?

SIRA : 265
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 13
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.13.1. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.2. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.3. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.4. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen toplam işlem tutarı TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Teknik hizmet alım süreci, bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile hizmet yeterliliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Bu kapsamda biyomedikal dayanıklı taşınırlar için alınan tüm teknik hizmetlere ait fatura içeriklerinin Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olması gerekmektedir.

Teknik hizmet faturaları teknik hizmet alınan dayanıklı taşınıra ne tür bir teknik hizmet alındığını, ilgili cihaz / cihazların künye numarası bilgisini, işlem başı fiyatlandırmayı içermelidir. Faturada bulunan bu bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına eksiksiz kaydedilmelidir. Aynı zamanda ilgili dönemde kaydedilen faturaların toplam tutarı, TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile uyumlu olmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı
"2. Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranı
Biyomedikal teknoloji niteliğindeki cihaz ve sistemlere yönelik tedarik edilen teknik hizmetlere ait bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Ekranı üzerinden sisteme girilecektir. Bu teknik

hizmetler 6 ana başlıkta toplanmış ve sistem üzerinden farklı varyasyonları ile 26 hizmet sınıfında tanımlanmıştır.

1. Bakım hizmetleri
2. Onarım hizmetleri
3. Ölçümleme hizmetleri
4. Kurulum / söküm hizmetleri
5. Yenileme hizmetleri
6. Bilgi yönetim hizmetleri

Teknik hizmet faaliyeti tedarik edilen biyomedikal amaçlı dayanıklı taşınır ile girilen hizmet bilgileri eşleştirilecektir. Böylece biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan tüm teknik faaliyetler kayıt altına alınacak ve teknik hizmetlere bağlı gizli maliyetler kontrol altına alınmış olacaktır."

SORU: Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?

SIRA : 266
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 14
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.14.1. Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

KM.14.2. Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Her bir biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan teknik hizmet MKYS'den her bir biyomedikal dayanıklı taşınır için tekil üretilen künye numaraları ile takip edilir. Bu biyomedikal dayanıklı taşınırlara yapılan teknik hizmetin takip ve analizinin yapılabilmesi için ölçümleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşınırın künye numarası yer almalıdır.

SORU: Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?

SIRA : 267
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 15
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.15.1. Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere kurum personeli tarafından refakat edilmelidir. Refakat edecek personel tercihen teknik hizmet personeli olmalıdır. Ancak sağlık tesisinin yeterli personeli olmaması durumunda ilgili cihazın zimmetli olduğu kişi, cihazın bulunduğu servisin sorumlu sağlık personeli gibi kişiler refakat edebilir. Kurum personelinin hizmeti sunan kişilere refakat ettiğine ilişkin rapor/form üzerinde kayıt altına alma imkânı bulunmaması durumunda ise hizmeti sunan kişiler ve ilgili kurum personelinin imzalarının bulunduğu tutanaklar düzenlenmelidir.

SORU: Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?

SIRA : 268
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 16
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.16.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri ve temiz oda – özellikli ünite validasyon işlemlerinin raporlamaları mevzuata uygun olmalıdır.

KM.16.2. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri ve temiz oda – özellikli ünite validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

KM.16.3. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri sonucunda düzenlenen her rapor ve etiket kılavuzun Ek-1'inde belirtilen format ve gereklerine uygun olmalıdır. Ayrıca biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır.

KAYNAK:

27.10.2014 tarih ve 519 sayılı Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri konulu genel yazı.

SORU: Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarının rutin kontrolleri yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)

SIRA : 269
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 17
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.17.1. Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.

KM.17.2. Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.

KM.17.3. Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.

KM.17.4. Medikal gaz merkezi ve medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:
Medikal gaz sistemlerinin sağlık hizmet sunumunu aksatmayacak şekilde bakımları ve kontrolleri düzenli bir şekilde yapılmalı, yapılacak işlemlerin aksatılmaması adına bu işlemlere yönelik talimatlar oluşturulmalı ve yapılan her işlem kayıt altına alınarak sistem takibi sağlanmalıdır.
Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

SORU: Hizmet Alım Personeline yönelik İşçi Sayısı Tespit Sistemine (İSTS) bildirim yapılıyor mu?

SIRA : 270
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 18
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.18.1. Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı (Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı, Karşılama ve Yönlendirme, Bilgi İşlem, Teknik Eleman, Temizlik, Güvenlik gibi) dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir.

KM.18.2. İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilen sayı ile bildirim yapılan birimlerde görevli hizmet alımı personel sayısı uyumlu olmalıdır.

KM.18.3. Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.

KM.18.4. Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:
Hizmet alım yolu ile edinilen her personel gibi Biyomedikal Teknik Hizmet Alım personeli de İSTS'ye bildirilmelidir. İnsan kaynağının etkin kullanımının sağlanabilmesi amacıyla, hizmet alımı ile edinilen sözleşmeli her personel görev ve sorumluluk alanları hakkında bilgilendirilmelidir. Bu görev ve sorumluluk alanlarına uygun olarak sözleşmeleri süresince verilen iş emirleri kayıt altına alınmalıdır. Bu iş emirleri personelin sağladığı katma değeri, oluşacak uygunsuz durumlarda sorumlulukların belirlenmesini, kalite için izlenebilirliği sağlayacaktır.
İş emri listesinde müdahale edilen biyomedikal dayanıklı taşınıra ait künye bilgisi, hizmet türü, hizmet tarihi ve biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmetli olduğu personelin hizmet onayı bulunmalıdır. İş emri listeleri aylık olarak düzenlenmelidir.

KAYNAK:
31.12.2013 tarih ve 949 sayılı İşçi Sayısının Tespiti ve takibi Sistemine Veri Girişi konulu genel yazı.

BİOMEDİKAL DEPO

SORU: Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?

SIRA : 271
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
BOYUTLAR : YPYD

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.1.1. Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depolar ile ilgili işlemler teknik bilgi gerektirdiğinden bu depolardan sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol ve Yetkilileri teknik hizmetler sınıfı personeli olmalıdır. A1 genel, A2 genel ve B kurum rolündeki sağlık tesisleri haricindeki sağlık tesisleri personel yeterliliği ve yetkinliği göz önünde bulundurularak bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı
Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber
"Sağlık Tesislerinde Depo Rolüne Göre TKKY Nitelikleri
Sorumluluk Alanı: Biyomedikal (Tüketim/Dayanıklı) Depo
Her iki depo içinde tercihen Biyomedikal Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik-Elektronik Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik Haberleşme Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Tıp Mühendisliği, Tıp Elektroniği bölümü mezunları olmalıdır."

SORU: Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?

SIRA : 272
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.2.1. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.

BD.2.2. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların tanıtıldığı, biyomedikal depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin malzeme bilgisinin geliştirildiği teknik eğitimler Klinik Mühendislik Birimi ve Eğitim Birimi tarafından ortak olarak yıllık plan içerisinde, periyodik olarak düzenlenmelidir.

Ayrıca Klinik Mühendislik alanına özel kullanılan Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetim Ekranı, Teknik Hizmet Yönetim Ekranı ve Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranının da eğitimlerinin de verilmesi gerekmektedir.

Bu eğitimleri hastane bünyesinde bulunan Klinik Mühendislik sorumlusunun verebileceği gibi Genel Sekreterlik bünyesinde bulunan Klinik Mühendislik Birimi sorumlusu ya da çalışanları da verebilir. Eğitimler her bir Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi'ne yılda en az bir kere olmak üzere, mevzuat ve uygulamada yapılan güncellemelerin hemen verileceği şekilde organize edilmelidir.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

"D. l. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir."

SORU: İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 273
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.3.1. İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

BD.3.2. Sağlık tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin mevcut biyomedikal dayanıklı taşınır verilerini bildirdiği iki farklı bilgi yönetim sistemi mevcuttur. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne (TSİM) dayanıklı taşınır verileri istatistik birimleri tarafından bildirilirken, MKYS dayanıklı taşınır verileri Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi tarafından girilir. TSİM üzerinden ulaşılan biyomedikal dayanıklı taşınırların özellikleri ve sayılarının depo kayıtlarını içeren MKYS bilgileri ile doğrulanması gereklidir.

Burada dikkat edilmesi gereken husus TSİM aktif kullanılan cihazları takip eder. MKYS'de ise cihazların aktif, pasif ve arızada olma durumları takip edilir, ancak tüm hepsi depo kayıtlarında mevcuttur. Yani kontrol edilirken MKYS'de bulunan aktif cihaz sayıları ile TSİM'de kayıtlı cihaz sayılarının tutarlı olması beklenmektedir.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

"1.1 Dayanıklı Taşınır Bilgileri Modülü

Bu veri girişlerinde 253-03-04, 253-03-05, 253-03-06, 253-03-08, 255-01-05 hesap kodları ve maddi olmayan duran varlıkların yer aldığı 267 hesap kodlarında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırların verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan "Biyomedikal Teknoloji Türü" ve "Biyomedikal Teknoloji Tanımı" içerisinde tanımlanmış taşınırların Kamu Hastane Birliklerinde, birliklere bağlı sağlık tesislerinde, özellikli sağlık araçlarında, sağlık tesislerine bağlı tüm depo ve ambarlarda bulunan cihaz, ekipman ve sistemlerin dayanıklı taşınır niteliğinde takibi için devirler ilgili depo sorumlusu Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerince gerçekleştirilir."

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?

SIRA : 274
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.4.1. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

BD.4.2. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların (yemek masaları, etajerler gibi) uygun depolara devredilmesi "Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına" göre yapılmalıdır.

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin (röntgen tüpü, endoskopi teleskobu gibi) uygun depoya devredilmesi "Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına" göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

"Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanıklı taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir.

Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgi maddelerinde (1. 12. 18.) yer alan hükümlere istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır."

SORU: Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 275
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.5.1. Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Özellikli sağlık araçlarının (acil müdahale arabası, hasta nakil ambulansı, ambulans uçak, ambulans motor, paletli ambulans, evde sağlık aracı gibi) tek kalemde taşıt olarak kayıt altına alınmaması; biyomedikal dayanıklı taşınırların ayrı, taşıtların ayrı kayıt altına alınması gereklidir.

Sağlık araçları 254-01 Karayolları Taşıtları Grubu altında kayıt altına alınmaktadır. Sağlık tesisinin depo kayıtlarında özellikli sağlık araçlarının bulunup bulunmadığı bu kod üzerinden bakılabilir. Sağlık aracı olmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf olacaktır. Eğer özellikli sağlık aracında kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır var ise MKYS'de kullanım yeri "özellikli sağlık aracı" olarak kaydedilmiş olması gerekmektedir.

Bu işlemler "Özellikli Sağlık Araçlarındaki Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Depo Kayıt Talimatına" göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

"Taşınırların kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırların ve bunlara ilişkin işlemlerin kayıt altına alınması esastır. Taşınır kayıtları, yönetim hesabı verilmesine esas olacak şekilde tutulur. Her bir kaydın belgeye dayanması şarttır."

SORU: Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 276
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.6.1. Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

BD.6.2. Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların TDMS 740.99.03.04 "Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri" hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.

BD.6.3. Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde mal olarak edinilen, süreli olmayan, lisansı ömür boyu satın alınan yazılımların (bilgi yönetim sistemleri, cihaz yazılımları, PACS, Office programları gibi) Biyomedikal Depolarda biyomedikal tanımlarına uygun olarak malzeme kaydının bulunması gerekmektedir. MKYS de 267-01 koduna kaydedilen bu malzemelerin ödemelerinin de TDMS 267.01 "Bilgisayar Yazılımları" hesap kodundan yapılması gerekmektedir. Bu yazılımların satın alma işlemleri ve depo kayıtlarının doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin iş zekası ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

Süreli olarak edinilen yazılımların ise TDMS 740.99.03.04 "Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri" hesap kodundan ödemelerinin yapılması ve Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında biyomedikal tanımlarına uygun olarak veri girişinin yapılmış olması gerekmektedir. Aynı şekilde hizmet alımı yapılan bu yazılımların satın alma işlemleri ve veri girişlerinin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı girişleri ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

Personel dahil yazılım hizmet alımlarında personel ödemelerinin TDMS 740.99.03.04 hesap kodu üzerinden değil, ilgili hesap kodu üzerinden yapılması gerekmektedir.

KAYNAK:

13.12.2013 tarih ve 809.05 sayılı 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar konulu genel yazı

"Başkanlığımızca yayımlanarak yürürlüğe giren 29.11.2013 tarih ve 4605 tarihli "Dayanıklı Taşınırlar" hakkındaki yazımız ile Kurumumuz bünyesinde gerçekleştirilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar sınıflandırma kapsamında; 26 Maddi Olmayan Duran Varlıkların alt kodundaki 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların (Bilgisayar yazılımları, işletim yazılımları, tıbbi cihaz programları ve kullanılacak amaca göre geliştirilen uygulama programları vb.) satın alma ve çıkışlarının düzenli olarak takibinin yapılabilmesi ve birlikteliğin sağlanabilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle yukarıda bahsedilen 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların her türlü hareketi (giriş, çıkış, amortisman ve tükenme payı hesaplamaları) 01.01.2014 tarihinden itibaren tedarik edilecek olan yazılımlar için; bundan böyle (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi üzerinden yapılarak MKYS Klinik Mühendislik Ekranı ile Amortisman Hesaplama Ekranına yansıtılacaktır.

MKYS Sistemi Amortisman Hesaplama Ekranı üzerinden çıkartılan amortisman cetvelleri ilgili Saymanlıklara bildirilecek ancak giriş / çıkış (satın alma; HEK vb.) hareketleri ilgili mevzuatı gereğince taşınır hesaplarında görünmeyeceğinden dolayı da; Harcama Birimi Taşınır Yönetim Dönemi Hesabı Cetvellerine yansımayacaktır."

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 277
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.7.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

BD.7.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait teknik şartnamelerde tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde satın alma süreçleri bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile ürün güvenliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Böylece talep edilen malzeme ile edinilen malzemenin uygunluğu resmi beyana dayandırılabilir.

Malzemelere ait istem belgelerinde, ihtiyaç tespit komisyonlarında, şartnamelerde, alım yöntemine göre teklif mektubu ve ya ihale ilanlarında depo kayıtlarına uygun isimler ile anılmaları gerekmektedir.

07.06.2011 tarih ve 27957 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği'nde tıbbi cihaz tanımı yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre tıbbi cihaz kapsamında bulunan tüm ürünlerin sağlık tesislerine temini sırasında TİTUBB barkod bilgisinin aranması zorunludur. Bir malzemenin tıbbi cihaz olup olmadığı TİTUBB sorgulama ekranından emsal ürünlerin TİTUBB kaydının olup olmadığına bakılarak belirlenebilir.

Alıma çıkılmadan önceki süreçte ilgili malzemenin tıbbi cihaz kapsamında olup olmadığı belirlendikten sonra tıbbi cihaz olan malzemelerin şartnamelerinde TİTUBB kaydının olması ve ürüne ait TİTUBB barkodu bilgisinin ibraz edilmesi gerektiği bildirilmelidir.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

"Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir."

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 278
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.8.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

BD.8.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB bilgisi bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tedarik edilen dayanıklı taşınırlara ait fatura içerikleri Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Sınıflandırma Sistemi ile tüketim malzemelerine ait fatura içerikleri ise Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır. Bu uyum incelenirken malzemelere ait giriş TİF'leri ile faturalarda bulunan malzeme adı kısımları karşılaştırılabilir. Aynı zamanda faturalarda TİTUBB barkod numarası bulunmalı, TİTUBB'dan muaf olan malzemeler için fatura üzerinde muaf olduğunu belirten ibare bulunmalıdır.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

"Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir."

SORU: Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?

SIRA : 279
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.9.1. Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.

BD.9.2. Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.

BD.9.3. İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal tüketim malzemelerinin kontrollü çıkışı için yedek parça, sarf, aksesuar gibi tüketim malzemelerinin kullanılacağı cihaz bilgisinin doldurulacağı alan istem belgelerinde bulunmalıdır.

Yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde bulunan künye bilgisi için ayrılmış alanın istem yapan personel (hemşire, doktor gibi) tarafından doldurulmuş olması gerekmektedir. Bu alanın istemi yapan personel tarafından dolduruluyor olması veri doğruluğu açısından önem arz etmekte olup, istem yapıldıktan sonra depo sorumlusu tarafından kesinlikle doldurulmamalıdır.

Biyomedikal tüketim malzemelerinin istem belgelerinde talep edilen malzemenin tanımı depo kayıtlarına uygun olarak belirtilmelidir. (Örneğin manşon olarak değil, "tansiyon aleti manşonu çift hortumlu yetişkin" şeklinde olmalıdır.)

KAYNAK:

28.04.2014 tarih ve 0532 sayılı Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Hakkında konulu genel yazı

"Etkin depo yönetiminin gerçekleştirilebilmesi, klinik mühendislik hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkin maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için sınıflandırılmış bu biyomedikal tüketim malzemelerinde kontrollü çıkış işlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla, MKYS üzerinden Malzeme İşlemleri Ekranından gerçekleştirilen çıkış işlemlerinde bu sınıflandırma sistemi üzerinden giriş yapılan ürünler için düzenlemeye gidilmiştir.

Bu düzenleme ile biyomedikal dayanıklı taşınırlara bağlı olarak harcanan, niteliği "Yedek Parça", "Aksesuar" ve "Sarf" olan ürünlerin çıkış işlemlerinde ürünlerin kullanılacağı dayanıklı taşınırların belirtilmesi zorunlu alan olarak eklenmiştir. Her tüketim malzemesi çıkış işlemi sırasında ilgi (a) yazımız kapsamında daha önce veri girişi yapılmış, künye numarası atanmış bir biyomedikal dayanıklı taşınır ile eşleştirilecektir. Ancak; biyomedikal tüketim deposunda kayıt altına alınmış ve niteliği "Cihaz" veya "Ortak Sarf" olan ürünler için herhangi bir eşleştirme işlemi uygulanmayacaktır.

Biyomedikal Tüketim Deposu Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin çıkış yapacakları malzemeleri doğru dayanıklı taşınırlara eşleyebilmeleri için sağlık tesislerinde malzeme istemi amacıyla kullanılan formlar, yazılım sistemleri, istem belgeleri üzerinde malzemelerin kullanılacağı cihazların künye numarası, demirbaş sicil numarası, marka-model-seri no bilgisi

tanımlayıcı verilerinin yer alması gerekmektedir. İlgili yazılımlar ve formlar bu kapsamda düzenlenecektir."

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?

SIRA : 280
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

BD.10.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınıra ait giriş TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların teknik hizmet (bakım, onarım, ölçümleme gibi) uygulanması amacıyla sağlık tesisi dışına çıkarılması ve tekrar sağlık tesisine iadesine ilişkin MKYS üzerinden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri "Emanet İşlemleri Algoritmasına" göre yapılmış olmalıdır. Bu işlemler sonrası oluşturulan Taşınır İşlem Fişleri, biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisinden çıkışı ve girişi sırasında biyomedikal dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır. Teknik hizmet uygulaması amacıyla yapılan emanet çıkışlarında teslim alan kişi firma personeli değil kargo firması çalışanı ise aynı zamanda tutanak tutularak çıkış TİF'i 2 nüsha halinde firmaya iletilmelidir.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

"MKYS Veri Girişleri ve Veri Doğruluğu
8. Biyomedikal dayanıklı taşınırların adli vakalarda, evde sağlık hizmetleri bünyesinde veya bakım, onarım, metroloji gibi biyomedikal teknik hizmetler kapsamında sağlık tesisi dışına

çıkması durumunda "Emanet Çıkış" ve sonrasında "Emanetten İade Al" işlemleri gerçekleştirilmelidir."

SORU: Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?

SIRA : 281
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.11.1. Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depoların (Dayanıklı Taşınır ve Tüketim) yönetim alanları içerisinde bulunan tıbbi cihazlar ile ilgili uygunsuz olay bildirimlerinin Türkiye İlaç ve Tıbbı Cihaz Kurumu'na yapılması gerekmektedir. Bu iş ve işlemlerin "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

25.06.2007 tarih ve 26563 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

"C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

a. Devir faaliyetleri
b. Stok kontrol faaliyetleri

c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri"

SORU: Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmet bilgisi MKYS'de mevcut mu?

SIRA : 282
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12
BOYUTLAR : YPYD, KMH

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.12.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde her alanda bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.

BD.12.2. Zimmet sahibi tarafından zimmet fişi imzalanmış olmalı ve bir nüshası zimmet sahibinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların sorunsuz kullanımını sağlamak için bu ürünlerin ilgili kullanıcısına veya kullanan birime zimmetli olması gerekmektedir.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

"Belge ve cetveller

MADDE 10 – (1) Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre aşağıda belirtilen belge ve cetveller kullanılır.

b) Zimmet Fişi (Örnek: 6; 6/A): Taşınır Kod Listesinin (B) bölümünde gösterilen kara taşıtları ve iş makinelerinin bunları sürekli olarak kullanacak personele verilmesinde 6 örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. Bu Fiş, vardiya usulü çalışılan yerlerde kullanılan kara taşıtları ve iş makineleri için işyerinde koordinasyonu sağlayan sorumlu yönetici adına düzenlenir. Demirbaş, makine ve cihazların kullanıma verilmesinde ise 6/A örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. "