

RUH VE SİNİR HASTALIKLARI YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ

SIRA NO	BÖLÜM	KOD	SORU
1	ACİL SERVİS	AS.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?
		AS.1.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.
2	ACİL SERVİS	AS.2	Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?
		AS.2.1	Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.
		AS.2.2	Engelli hasta araçları için uygun sayıda ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmalıdır.
		AS.2.3	Personel, hasta ve hasta yakınları için uygun sayıda ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmalıdır.
		AS.2.4	Otopark alanlarında uygun ışıklandırma yapılmalıdır.
		AS.2.5	Otopark alanlarında güvenlik önlemleri (kamera, personel, vb...) alınmalıdır.
3	ACİL SERVİS	AS.3	Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?
		AS.3.1	Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AS.3.2	Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.
		AS.3.3	Acil servise giriş alanı düz, gerekli durumlarda ise en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.
		AS.3.4	Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği uygun bir alanda sedye ve tekerlekli sandalyeler bulundurulmalıdır.
		AS.3.5	Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.
4	ACİL SERVİS	AS.4	Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu?
		AS.4.1	Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun alanda konumlandırılmalıdır. □
		AS.4.2	Karşılama ve yönlendirme çalışanları diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.
5	ACİL SERVİS	AS.5	Acil servis seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.5.1	Acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahade odası, müdahale odası bulunmalıdır.
6	ACİL SERVİS	AS.6	Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
		AS.6.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.
		AS.6.2	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına yakın bir yerde olmalıdır.
		AS.6.3	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odası gerekli tıbbi donanıma sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır.
		AS.6.4	Resüsitasyon odasında ilaç ve sarf malzemeler kullanıma her an hazır bulundurulmalıdır.
7	ACİL SERVİS	AS.7	Acil servis müşahade odasında acil seviyesine uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.7.1	Müşahade odasında; 1. seviye acilde 4-6, 2. seviye acilde 6-12, 3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.
		AS.7.2	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
		AS.7.3	Müşahade odası hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek şekilde düzenlenmelidir.
8	ACİL SERVİS	AS.8	Acilden yatışı verilen hastanın ilgili servise yatış süresi izleniyor mu?
		AS.8.1	Yatış kararı verilen hastanın acile giriş saati ile servise yatış saati arasındaki süre ölçülmelidir.
		AS.8.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
9	ACİL SERVİS	AS.9	Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu?
		AS.9.1	Hastaların müşahade odasına giriş ve çıkışları kayıt altına alınmalıdır.
		AS.9.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
10	ACİL SERVİS	AS.10	Acil müdahale setinde veya acil arabasında bulunan ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?
		AS.10.1	Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunan tıbbi cihazlar(defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalıdır.
		AS.10.2	Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçların kontrol listesi bulunmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
		AS.10.3	Acil müdahale seti veya acil arabası gerekli tıbbi donanıma sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır.
11	ACİL SERVİS	AS.11	Acil servisteki ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.11.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		AS.11.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		AS.11.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		AS.11.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		AS.11.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.

		AS.11.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AS.11.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AS.11.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp acil servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		AS.11.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AS.11.10	İlaç deposundan; acil servise verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen ilaçların iade formu düzenlenmek suretiyle eczaneye iadesi yapılmalıdır.
		AS.11.11	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.
		AS.11.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
12	ACİL SERVİS	AS.12	Acil servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.12.1	Tıbbi sarf deposundan; Acil Servise verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		AS.12.2	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 bildirim hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
13	ACİL SERVİS	AS.13	Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?
		AS.13.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalıdır.
		AS.13.2	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.13.3	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		AS.13.4	İ.V. olarak ilaç infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir.(etiket vb.)
14	ACİL SERVİS	AS.14	Her vardiyada görev yapan personel sayısı acil servis seviyesine uygun sayıda mı?
		AS.14.1	1. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 1-2, 2. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 2-4,
		AS.14.2	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,
		AS.14.3	Acil serviste aylık çalışma listeleri (tabip, hemşire/ATT / sağlık memuru) bulunmalıdır.
15	ACİL SERVİS	AS.15	Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?
		AS.15.1	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.
16	ACİL SERVİS	AS.16	Acil serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		AS.16.1	Çalışan personel sayısına göre kadın erkek giyinme ve dinlenme odaları oluşturulmalıdır.
17	ACİL SERVİS	AS.17	Acil serviste laboratuvar hizmeti uygun şekilde veriliyor mu?
		AS.17.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		AS.17.2	Kurum acil serviste çalışan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerini hastaların görebileceği şekilde uygun bir alanda ilan etmelidir.
		AS.17.3	Kurum acil serviste çalışan laboratuvar testlerinin sonuçlarını ilan edilen sürelerde vermemelidir.
18	ACİL SERVİS	AS.18	Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		AS.18.1	Güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		AS.18.2	Kamera sistemi olmalıdır.
		AS.18.3	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim, görevli personel dışındaki ilgisiz olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
		AS.18.4	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		AS.18.5	Acil servis girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
19	ACİL SERVİS	AS.19	Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için acil serviste ilan alanı ayrılmış mı?

		AS.19.1	Günlük nöbetçi eczane listesinin asıldığı pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.
20	ACİL SERVİS	AS.20	Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?
		AS.20.1	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
21	ACİL SERVİS	AS.21	Hareket kısıtlama kararı alınan hastaların tedavi planında, uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?
		AS.21.1	Hareket kısıtlama kararı alınan hastaların tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş olmalıdır.
		AS.21.2	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
22	POLİKLİNİK	P.1	Poliklinik bina girişlerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.1.1	Poliklinik bina girişlerinde, poliklinik kat girişlerinde (veya asansör çıkışları karşısında) güncel sağlık tesisi krokileri bulundurulmalıdır.
		P.1.2	Sağlık tesisinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
23	POLİKLİNİK	P.2	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.2.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.
		P.2.2	Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.2.3	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
24	POLİKLİNİK	P.3	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.3.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenmelidir.
		P.3.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında ve poliklinik girişi ile hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
25	POLİKLİNİK	P.4	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		P.4.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.4.2	Hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, bilgisayar ve telefon vb olmalıdır.
26	POLİKLİNİK	P.5	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.5.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
		P.5.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.
27	POLİKLİNİK	P.6	Hekimlerin günlük ve aylık çalışma listeleri poliklinik danışma birimlerinde bulunuyor mu?
		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.
28	POLİKLİNİK	P.7	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		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	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
29	POLİKLİNİK	P.8	Poliklinikte muayene alanlarında hizmete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.8.1	Muayene odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
		P.8.2	Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
		P.8.3	Muayene odalarına kontrolsüz girişler önlenmelidir.
		P.8.4	Muayene odalarında çalışana karşı olası bir şiddet durumunda güvenlik görevlilerini bilgilendirici/uyarıcı önlemler alınmalıdır.
30	POLİKLİNİK	P.9	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.9.1	Poliklinikte muayene işlemleri (tetkik istemleri, reçete, rapor vb...) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.9.2	Hasta laboratuvar sonuçları HBYS üzerinden görülebilmeli ve gereği halinde poliklinikten basılı olarak verilmelidir.
		P.9.3	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilir.
31	POLİKLİNİK	P.10	Hastanede, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?
		P.10.1	Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.10.2	Mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		P.10.3	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.10.4	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme alanı bulunmalıdır.
		P.10.5	İklimlendirmesi yeterli seviyede olmalıdır.
32	POLİKLİNİK	P.11	Poliklinikte güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		P.11.1	Güvenlik personeli mesai saati içerisinde hizmet vermemelidir.
		P.11.2	Kamera sistemi olmalıdır. (Kayıtlar en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.)
		P.11.3	Poliklinik arşivinin olduğu alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgili olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.(Poliklinikte arşiv bulunuyor ise değerlendirilecektir.)
		P.11.4	Güvenlik hizmeti poliklinik girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		P.11.5	Poliklinik girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
33	GÖRÜNTÜLEME	G.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		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	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		G.1.5	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		G.1.6	Odanın havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		G.1.7	Kumandanın olduğu mahaldeki şuayı dışarı atabilmek için alt seviyeden emiş konularak ve dışarı atış için aspiratör konulması gerekmektedir
		G.1.8	Kumanda ünitesinin oda dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		G.1.9	Kumanda ünitesinin oda 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 konulmalıdır.
		G.1.10	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
34	GÖRÜNTÜLEME	G.2	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		G.2.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen,bilgisayarlı tomografi,mamografi,kemik mineral dansitometre) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
35	GÖRÜNTÜLEME	G.3	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.3.1	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		G.3.2	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma , yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.
		G.3.3	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler(kurşun önlük,çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		G.3.4	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmeli, üç ayda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmelidir.
36	GÖRÜNTÜLEME	G.4	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu? (ön/kesin tanı)
		G.4.1	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır. (ön/kesin tanı)
37	LABORATUVAR	L.1	Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		L.1.1	Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir olmalıdır.
		L.1.2	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.
		L.1.3	Kan alma biriminde kolçaklı, trendelenburg pozisyonuna gelebilen yeterli sayıda koltuk bulunmalıdır.
		L.1.4	Kan alma ünitesinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		L.1.5	Kan alma biriminde çalışan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir.
38	LABORATUVAR	L.2	Laboratuvarlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		L.2.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu olmalıdır.
39	LABORATUVAR	L.3	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		L.3.1	Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.
		L.3.2	Laboratuvar sonuç çıktısında; numune alma zamanı, numune kabul zamanı ve onay zamanı belirtilmiş olmalıdır. (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)
		L.3.3	İmmünoanalizörlerde çalışılan hormon testlerinin sonuçları en geç 1 iş günü içinde verilmelidir.
40	LABORATUVAR	L.4	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		L.4.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla ,numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
41	LABORATUVAR	L.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		L.5.1	Tıbbi laboratuvar (Mikrobiyoloji, Biyokimya) için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		L.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		L.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalıdır.
42	LABORATUVAR	L.6	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		L.6.1	Laboratuvar ortamı yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		L.6.2	Laboratuvar ortamı yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		L.6.3	Tıbbi laboratuvarlar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.

		L.6.4	Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		L.6.5	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		L.6.6	Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında 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.
43	LABORATUVAR	L.7	Laboratuvar kitleri ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?
		L.7.1	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		L.7.2	Antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		L.7.3	Buzdolaplarında sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
44	LABORATUVAR	L.8	Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?
		L.8.1	Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalıdır.
		L.8.2	Panik değer listesi HBYS üzerinde de tanımlanıp uyarıcı sistem kurulmalıdır.
		L.8.3	Panik değer tespit edildiğinde sağlık çalışanı ile iletişime geçilip, bildirim yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
45	LABORATUVAR	L.9	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmuş ve uygulamalar rehber ile uyumlu mu?
		L.9.1	Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		L.9.2	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		L.9.3	Laboratuvara erişim, görevli personel dışında ilgisiz olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
		L.9.4	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm
		L.9.5	Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
		L.9.6	Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.
46	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?
		S.1.1	Hastalar için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane yönetimi tarafından belirlenmelidir. (Kimlik tanımlayıcı asgari ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihini (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.)
		S.1.2	Tam ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
47	SERVİS	S.2	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.2.1	Benzer görünüme, okunuşa ve yazılışına sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		S.2.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		S.2.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		S.2.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		S.2.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		S.2.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.10	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.
		S.2.11	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen Servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır.
		S.2.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
48	SERVİS	S.3	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.3.1	sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		S.3.2	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 hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
49	SERVİS	S.4	Servislerde el hijyenini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?

		S.4.1	Servislerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, cepte taşınan el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
50	SERVİS	S.5	Hastanın özbakımı ilgili değerlendirme sonuçları hasta dosyasına kaydedilmiş mi?
		S.5.1	Hastanın kılık kıyafetlerinin temizliği, saç bakımı ve traşı, beslenme, banyo ve tuvalet ihtiyaçları karşılanmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.5.2	Hastaların düşme riskinin azaltılması için önlemler alınmalıdır.
51	SERVİS	S.6	Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.6.1	Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınmalıdır.
		S.6.2	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.
52	SERVİS	S.7	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.7.1	Hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler bulunmalıdır. Düzenleme hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek şekilde olmalıdır.
		S.7.2	Hasta transferi sırasında ve hasta üzerinde yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
		S.7.3	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
53	SERVİS	S.8	Servislerde yatışı yapılan hastalara hekim tarafından değerlendirme yapılmış mı?
		S.8.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından değerlendirme yapılmalıdır.
		S.8.2	Hastanın değerlendirilmesi hastanın hekimi tarafından 24 saat içinde tamamlanmalıdır.
54	SERVİS	S.9	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.9.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.
		S.9.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmış olmalıdır.
		S.9.3	Acil müdahale setinde bulunan ilaçların son kullanım tarihlerinin ve miktarlarının kontrolü yapılmalıdır.
55	SERVİS	S.10	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?
		S.10.1	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş olmalıdır.
		S.10.2	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
		S.10.3	Kısıtlama tek kişilik odalarda yapılmalıdır.
		S.10.4	Sözel olarak kısıtlama kararı verildiğinde hekim tarafından ilk 15 dakika içinde hasta görülmelidir.
56	SERVİS	S.11	Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		S.11.1	Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		S.11.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
		S.11.3	İlaçların bulunduğu odaya giriş kontrollü olmalıdır.
57	SERVİS	S.12	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S.12.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		S.12.2	İ.V. olarak ilaç infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adı mayi üzerine etiketlenmiş olmalıdır.
58	SERVİS	S.13	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.13.1	Hasta odalarında kişisel kullanım için duvara monte dolap ve etajer bulunmalıdır.
		S.13.2	Odada bulunan malzemeler ahşap ve yuvarlak kenarlı olmalıdır.
		S.13.3	Havalandırma ve doğal aydınlanma yeterli olmalıdır.
59	SERVİS	S.14	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		S.14.1	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.
60	SERVİS	S.15	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		S.15.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		S.15.2	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, taşınmalıdır.
61	SERVİS	S.16	Bilgilendirilmiş onam formları her hastaya girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		S.16.1	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmelidir.(Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir,)
		S.16.2	Alınan onam hastanın kendi el yazısıyla yazılmış "okudum, anladım" ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan hekim adı, soyadı, kaşesi, tarih, saat ve imzası bulunmalıdır.
62	SERVİS	S.17	Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmış mı?
		S.17.1	Yakın gözlem odaları olmalı ve yakın gözlem gerektiren hastalar belirlenmelidir.
		S.17.2	Hastalar hekim veya hemşire tarafından belirlenmiş bir plan doğrultusunda gözlenmelidir.
		S.17.3	Gözlem sonuçları değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
63	SERVİS	S.18	Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmiş mi?

		S.18.1	Hasta ve hasta yakınları, rehabilitasyon faaliyetlerinin programı konusunda bilgilendirilmelidir.
		S.18.2	Günaydın ve/veya sorun toplantıları yapılmalıdır.
		S.18.3	Resim, elişi, satranç, tavla, bilgisayar kullanma gibi aktivite grupları oluşturulmalıdır.
		S.18.4	Fiziksel egzersiz grupları olmalıdır.
64	SERVİS	S.19	Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmış mı?
		S.19.1	EKT ünitesi psikiyatri kliniklerinden ayrı olmalıdır.
		S.19.2	Ünitede; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır.
		S.19.3	Yeterli havalandırma ve ısılandırma sağlanmalıdır.
		S.19.4	Hasta mahremiyeti için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
65	SERVİS	S.20	EKT ünitesi gerekli tıbbi cihaz ve donanımına sahip mi?
		S.20.1	EKT ünitesindeki tıbbi cihazlar kullanıma hazır olmalıdır.(EKT cihazı, anestezi cihazı, cerrahi aspiratör, defibrilatör, EKG ve oksijen satürasyonunu ölçebilen monitör)
		S.20.2	EKT ünitesinde laringoskop seti ve yedek pilleri ,entübasyon tüpü , yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway), ambu,aspirasyon sondası ve acil ilaçlar bulunmalıdır.
66	SERVİS	S.21	Elektro Konvulsif Tedavi Uygulama Esaslarına uyuluyor mu?
		S.21.1	EKT ünitesine sevk edilecek hastaların; ayrıntılı fizik muayeneleri, laboratuvar tetkikleri (kan grubu, hemogram, üre, şeker ve psödokolinesteraz vs), klinisyen tarafından gerekli görülecek konsültasyon ve tetkikleri tamamlanmış olmalıdır.
		S.21.2	EKT ve anestezi uygulamasına onay verildiğini bildirir form ya da formlar hasta, velisi, vasisi veya birinci derece yakınlarından biri tarafından imzalanmış olmalıdır.
		S.21.3	Hasta ile ilgili bilgiler EKT takip formuna kaydedilmeli ve EKT Protokol Defteri tutulmalıdır.
		S.21.4	EKT uygulanacak hastaya, yeteri kadar hemşire veya sağlık memuru ile yardımcı personel eşlik etmelidir.
		S.21.5	EKT uygulaması sonrası derlenme süresi (1 saat) tamamlanmadan ünite terk edilmemelidir.
		S.21.6	Derlenme odasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.
67	SERVİS	S.22	Psikiyatri klinik/servislerine yönelik fiziki düzenleme yeterli mi?
		S.22.1	Psikiyatri kliniğinde asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır; Rehabilitasyon alanları,sigara içen hastalar için sigara içme alanı, ziyaret için ayrılmış bir alan, hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan olmalıdır.
		S.22.2	Klinik/serviste kaçma veya intihar olasılığını engelleyecek fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.
		S.22.3	Tavan tek parça olmalıdır.Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalıdır. Pencere/ler yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır.
		S.22.4	Klinik/servise giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.
68	SERVİS	S.23	Hasta ve yakınları için eğitim programı düzenlenmiş mi?
		S.23.1	Bu eğitim asgari hasta ve yakınları için psikoeğitim, taburculuk sonrası poliklinik kontrolleri, ilaç kullanımı, hastalık nüksleri hakkında bilgi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri tanıtımı ve rehabilitasyon faaliyetleri konularını kapsamalıdır.
69	SERVİS	S.24	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.24.1	Epikrizde; 1- Yatış sebebi,tanımlar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve psikiyatrik bulgular, 3-Hastanın varsa adli öyküsü ve uyuşturucu/alkol ve sigara kullanımı ile ilgili bilgi 3-Yapılan diagnostik işlemler rehabilitasyon faaliyetleri ve tedavi 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar ve rehabilitasyon faaliyetleri ile ilgili bilgilendirme 5-Taburcu edilme esnasındaki fiziksel ve psikiyatrik durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama yazılmış olmalıdır.
		S.24.2	Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
70	SERVİS	S.25	Hastaların güvenliğine yönelik yeterli önlemler alınmış mı?
		S.25.1	Hastaya varsa psikolojik zarar verecek olgular tanımlanmalı ve uygunsuz karşılaşmalardan koruyucu önlemler alınmalıdır.
		S.25.2	Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
		S.25.3	Hemşire odaları tüm birimi görecektir şekilde düzenlenmelidir.
71	SERVİS	S.26	Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?
		S.26.1	Psikiyatri hastaları ile baş etme, iletişim, kriz yönetimi vb. gibi konularda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD1	Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince sağlık tesisinin "yerinde değerlendirme soru listesi"ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre ilk altı ay ve ikinci altı ayda olmak üzere yılda iki kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
73	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Sağlık Tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu "na göre son 6 ayda yaptığı düzenlemeler kuruma bildirilen verilerle uyumlu mu?
		GD.2.1	Sağlık tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formuna göre son 6 ayda yapılan düzenlemeler Kuruma bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.

74	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.3.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
75	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.4.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.4.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
76	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.5.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
77	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?
		GD.6.1	Jeneratörlerin kabul belgesi olmalıdır.
		GD.6.2	Jeneratörlerin 3 aylık, 6 aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılmalı ve bakım kayıtları olmalıdır.
78	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	İklimlendirme sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.7.1	İklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrollerinin kayıtları olmalıdır.
79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		GD.8.1	Asansörlerin uygunluk belgesi olmalıdır.
		GD.8.2	Aylık bakım ve yıllık bakımları yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.9.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahripine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.9.2	Sıcaklık (12-15 derece) ve nem takibi (%50-60) yapılmalı ve kayıt edilmelidir.
		GD.9.3	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.9.4	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.9.5	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
81	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.10.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.
		GD.10.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.10.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
82	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.11.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.11.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, kurumun büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.11.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
83	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.12.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük, önlük)
84	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Sağlık tesis genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.13.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.
		GD.13.2	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.13.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		GD.13.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
85	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?
		GD.14.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.
86	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

		GD.15.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları olmalıdır.
		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.
87	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?
		GD.16.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.16.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
		GD.16.3	Hastanın transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir. (Üzerinin örtülmesi vb)
		GD.16.4	Hastanın transferi sırasında düşme riski gözönünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.
88	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.17.1	Sağlık tesisinin tüm birimlerini kapsayan güncel acil afet planı bulunmalıdır.
		GD.17.2	Plana uygun görevlendirmeler asil ve yedekleri olmak üzere yapılmalıdır.Görevlendirilen personelin isim ve iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.17.3	Yılda en az 1 masabaşı, 1 fonksiyonel tatbikat gerçekleştirilmelidir.
		GD.17.4	Yapılan tatbikatla ilgili görsel ya da yazılı dökümanlar mevcut olmalıdır.
		GD.17.5	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalı ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
89	GENEL	GD.18	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		GD.18.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		GD.18.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır
90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.19.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.19.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.20.1	Olay bildirimleri ve DÖF kayıtları olmalıdır.
		GD.20.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personellerin takipleri yapılmalıdır.
92	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		GD.21.1	Sağlık tesisi tarafından dosyalama planı oluşturulmalıdır.
		GD.21.2	Hasta dosyaları plana uygun düzenlenmelidir.
93	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?
		GD.22.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.
94	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?
		GD.23.1	112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle
95	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.24.1	Acil Servis sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.24.2	Acil Servis sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.24.3	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.(Radyoloji hekimi bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.24.4	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.24.5	Laboratuvar hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim(herbir laboratuvar için ayrı) tanımlanmalıdır.
		GD.24.6	Herbir laboratuvar için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.24.7	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.24.8	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır. (Ameliyathane bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.24.9	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.24.10	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.

96	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Tıbbi atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.25.1	Tıbbi atıklar, tehlikeli ve evsel atıklardan ayrı toplanmalıdır.
		GD.25.2	Tıbbi atıklar uluslararası biyotehlike amblemi ve DİKKAT TIBBİ ATIK ibaresi taşıyan torbalarda taşınmalıdır
		GD.25.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar için kullanılan kutu veya konteynırlar uluslararası biyotehlike amblemi ve DİKKAT KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK ibaresi taşınmalıdır.
		GD.25.4	Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür 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 kesici delici alet kutu veya konteynırında toplanmalıdır.
		GD.25.5	Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları ¾ oranında dolduğunda yenisi ile değiştirilmelidir.
97	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.26.1	Atıklar üretildiği yerden uygun taşıma araçları (tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal ya da plastik, keskin kenarları olmayan, dezenfeksiyonu kolay,atık üretme kapasitesine uygun büyüklükte) ile geçici depolama birimlerine götürülmelidir.
		GD.26.2	Temizlik ekipmanları,koruyucu giysiler,atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalı, taşıma araçları temiz olmalı ve zemininde talaş bulunmalıdır.
		GD.26.3	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele özel giysiler ve koruyucu ekipman sağlanmalıdır.(Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise)
		GD.26.4	Kullanılan giysilerin vardiya devrinden sonra farklı çamaşır makinesinde yıkanması sağlanmalıdır.
98	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 VE ÜZERİ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.27.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.
		GD.27.2	Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
		GD.27.3	Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.27.4	Depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürmeli yapılmalıdır. 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.27.5	Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.27.6	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin zemininde talaş bulundurulmalı, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli,dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.27.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.27.8	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.
		GD.27.9	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.27.10	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
99	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 DEN AZ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.28.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.28.2	Konteynerler, kullandıkları 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.28.3	Konteynerlerin kapakları kullandıkları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
		GD.28.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.28.5	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.28.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı ,zemin talaşlanmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

100	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.29.1	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Miadı dolmuş ilaçlar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar(Ksilen, formaldehit, glutraldehit 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 Piller diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.29.2	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.29.3	Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.
		GD.29.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kapılarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.29.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.29.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
		GD.29.7	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.
101	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Acil çıkış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.30.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları olmalıdır.
		GD.30.2	Yangın merdivenleri boş bulundurulmalıdır ve kaymayı önleyici malzeme kullanılmalıdır.
		GD.30.3	Yangın merdivenlerinin havalandırma ve aydınlatması uygun olmalıdır.
		GD.30.4	Kaçış yolu kapıları; kilitli olmamalı, ısıya dayanıklı, duman sızdırmaz ve kaçış yönüne doğru açılabilir olmalıdır.
102	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.31.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmelidir.
		GD.31.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.31.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.31.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.31.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.31.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.31.7	Yapılan altı aylık,yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.Peryodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.
103	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.32.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.32.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
104	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.33.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.33.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
105	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Çalışanlara belirtilen konularda eğitimler verilmiş ve eğitimlerin kayıtları tutulmuş mu?
		GD.34.1	Çalışanlara mavi kod konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.2	Çalışanlara beyaz kod uygulamasıyla ilgili eğitim verilmelidir
		GD.34.3	Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili eğitim verilmelidir.
		GD.34.4	Kurumda tüm çalışanlara el hijyeni eğitimi verilmelidir.

		GD.34.5	Çalışanlara hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.6	Hasta kayıt, danışma, karşılama ve yönlendirme personeline hasta hakları, kişiler arası ilişkiler ve iletişim konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.
		GD.34.7	Çalışanlara tehlikeli ve tıbbi atıkların depolanması, taşınması, toplanması ve bunlara maruz kalma durumunda yapılması gerekenler hakkında eğitimler verilmelidir. (Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır.)
		GD.34.8	İlgili personele "Düşme Riskini Önleme" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.9	İlgili personele "İlaç Güvenliği" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.10	İlaçlarda Advers Etki Bildirimi ve Tıbbi Sarf Malzemelerinde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sağlık personeline gerekli eğitimler düzenlenmelidir.
		GD.34.11	İlgili personele "Kimlik Doğrulama" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.12	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.34.13	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele temel yaşam desteği eğitimi verilmelidir.
		GD.34.14	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele MHRS ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.34.15	Sağlık çalışanlarına sözel order konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.16	Sağlık tesinde görev yapan tüm personele "Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması" hakkında eğitim verilmelidir.
106	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?
		GD.35.1	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.
107	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan eğitimine ait düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.36.1	Eğitim programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		GD.36.2	Eğitim programına uygun asistan karneleri doldurulmalıdır.
108	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.36.1	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -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 olmalıdır.
		GD.36.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
109	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.37.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.37.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.37.3	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
110	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.38.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.38.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.38.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.38.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
111	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?
		GD.39.1	Psikiyatri hastaları ile baş etme, İletişim, Kriz yönetimi vb. gibi konularda acil servisteki tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
112	TRSM	TRSM.1	Merkezin tescilini gösteren Bakanlıktan alınmış onay belgesi mevcut mu?
		TRSM.1.1	Bu belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.
		TRSM.1.2	Belgede Bakanlık makamının tescil onayı aranmalıdır
113	TRSM	TRSM.2	Merkezin fiziki koşulları uygun mu?
		TRSM.2.1	Tahsis edilecek bina; tercihen müstakil, en az 300m2 toplam kapalı alana sahip ve toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir yerde ve yangın önlemleri bakımından ilgili mevzuata uygun olmalıdır. (İnceleme ve Değerlendirme komisyonunca fiziki alanın fonksiyonel olduğuna dair rapor düzenlenmesi halinde 300 m2 şartı aranmaz.)

		TRSM.2.2	Merkez bünyesinde asgari; Giriş ve karşılama alanı, Grup terapi alanı, Uğraş terapi odaları/rehabilitasyon alanı, Kütüphane ve okuma salonu, Yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, Çok amaçlı salon, Tedavi ve gözlem odası, Spor alanları, Görüşme odası, Ekip çalışma odası, temizlik malzemelerinin depolandığı oda ayrılmalı ve hasta, hasta yakınları ve personel için yeterli sayıda lavabo ve tuvalet olmalıdır.
		TRSM.2.3	Engellilere yönelik en az bir tuvalet ve lavabo olmalıdır.
114	TRSM	TRSM.3	Merkezde Hasta Nakil Aracı bulunuyor mu?
		TRSM.3.1	Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere görevlendirilen ekibin sayısına göre en az bir araç hastane yönetiminde tahsis edilmelidir.
		TRSM.3.2	Acil psikiyatrik durumlarda hasta nakilleri için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanılmalıdır.
115	TRSM	TRSM.4	Merkezde hizmetin niteliğine göre uygun personel istihdam edilmiş mi?
		TRSM.4.1	Merkezde en az; 1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 sosyal çalışmacı, 1psikolog, 2 hemşire, 1 sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter, 1 idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile , iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici gibi ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel hastane yöneticisi tarafından görevlendirilmelidir.
		TRSM.4.2	Personelin görevlendirme yazısı olmalıdır.
		TRSM.4.3	Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilmelidir. Bu nitelikte personel bulunmaması halinde görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitimi alması için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile koordinasyon sağlanmalıdır.
		TRSM.4.4	Bu eğitim alınıncaya kadar merkez sorumlu ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından; temel eğitim ve merkez çalışma usul ve esasları konusunda eğitim verilir ve yazılı olarak Bakanlığa bildirilmelidir.
116	TRSM	TRSM.5	Merkez, hedeflerine uygun hizmet veriyor mu?
		TRSM.5.1	Merkez hizmet verdiği bölgenin stratejik planını hazırlamalı, uygulamalı, sonuçlarını izlemeli ve değerlendirmelidir.
		TRSM.5.2	Rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmalar yapılmalıdır.
		TRSM.5.3	Hastaların farmakolojik tedavisine düzenli devam edip etmediği, ilaçlarını doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçler takip edilmelidir.
		TRSM.5.4	Topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları tutulmalıdır.
117	TRSM	TRSM.6	Merkez, kendisine bağlı bölgede ağır ruhsal hastalığı olan hastaları tespit etmiş mi?
		TRSM.6.1	Ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların tedavisini yapan hastaneler hastalara dair iletişim bilgilerini merkeze; poliklinik hastaları için ayda bir, yatan hastalar için taburcu olduktan sonra en geç 3 gün içinde bildirmelidir.
		TRSM.6.2	Merkez, kendisine bağlı bölgedeki ağır ruhsal bozukluğu olan hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kurmalı, merkez ve uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkeze davet edilmelidir.
		TRSM.6.3	Merkeze gelmeyi kabul eden hastaların merkeze kabulü tek hekim raporuyla belgelenmeli, takip ve tedavi planı oluşturulmalıdır. Ayrıca bu hastalar ile ilgili bilgi aile hekimi ile paylaşılmalıdır.
		TRSM.6.4	Merkeze gelebilecek durumda olan hastalar gezici ekipler tarafından evde ziyaret edilmeli ve durumları belirlenerek merkeze davet edilmelidir.
		TRSM.6.5	Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta, kendisine/vasiye hastalık ve tedavi süreçleri (zorunlu tedavi, vesayet makamı) hakkında bilgi verilmeli ve yetkili vesayet makamlarına bildirimde bulunulmalıdır.
118	TRSM	TRSM.7	Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kayıt ve istatistiğini tutmuş mu?
		TRSM.7.1	Merkezde kayıt ve takip defteri tutulması, her hastaya ait ayrı dosya tutulması, verilerin bilgisayar ortamında kaydedilmesi ve arşiv mevzuatında belirtilen süre ve şekilde muhafazası, hastalara ait kişisel bilgi ve istatistiklerin paylaşımı konusunda gerekli güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur.
		TRSM.7.2	Takip edilen hastanın bir başka toplum ruh sağlığı merkezinin sorumlu olduğu bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belge bu merkeze gönderilmelidir.
119	TRSM	TRSM.8	Merkez personeli hizmet içi eğitim alıyor mu?
		TRSM.8.1	Personelin, yetki verilen üniversiteler tarafından "sürekli eğitim" ve merkezde seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapılması, gerekirse diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmaları sağlanmalıdır.
120	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Eczacı sayısı 4 kişi ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?
		EH.2.1	Eczanede aktif çalışan eczacı sayısı 4 kişi ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
121	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?
		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.
122	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?

		EH.3.1	Doz ayarlaması yapılması halinde (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.
123	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)
		EH.4.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulunmalıdır
		EH.4.2	Soğuk zincir süreci ile ilgili yazılı düzenleme olmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.4.3	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler (data logger) gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		EH.4.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.4.5	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		EH.4.6	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		EH.4.7	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
124	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların depolanmasına yönelik özel bir düzenleme yapılmış mı?
		EH.5.1	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaç listeleri hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.5.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.
125	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birliktedeki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.6.1	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzemelerle ilgili tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.6.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.6.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu olmalıdır.
126	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.7.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.7.2	Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
127	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.8.1	Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.8.2	Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır. (PGD Yönetmeliğine ve formuna uygun olarak)
128	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		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	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.9.4	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nutrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.9.5	Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre hastaya uygulanabilmesi için rapor gerektiren ilaçların ve rapor türünün (tek hekim raporu, sağlık raporu vs.) listesi oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
129	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?
		EH.10.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri bulunmalıdır.
130	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler alınmış mı?
		EH.11.1	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. (Bilgilendirme dökümanları ; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.11.2	Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)

131	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	Hekimin hastaya order ettiği doz ile birim ambalaj dozu arasındaki fark (kısmi doz) kayıt altına alınıyor mu?
		EH.12.1	Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmeli ve gerekli bildirimleri yapılmalıdır.
		EH.12.2	Bu dozların stabilitesinin korunması ile ilgili prosedürler oluşturulmalıdır. (Prosedürler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
132	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza ediliyor mu?
		EH.13.1	Yüksek riskli ilaç listesi ve yazılı düzenlemeleri hazırlanarak, tüm kullanım alanlarında bulundurulmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.13.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
133	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	İlaç deposundan ;Acil Sevis, Anestezi, birimlere ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmakta mıdır?
		EH.14.1	İlaç deposundan; Acil Sevis, Anestezi, birimlere ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmalıdır.
		EH.14.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.
134	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	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 eczaneye iade ediliyor mu?
		EH.15.1	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.
135	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmış mı?
		EH.16.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
136	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaçların kırılması, kaybolması, miadının geçmesi ve yarım kalması durumuna yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.17.1	İlaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.17.2	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
137	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.18.1	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.18.2	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.18.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.18.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
138	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar (Narkotik ilaçlarda dahil olmak üzere) servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınıyor mu?
		EH.19.1	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar (Narkotik ilaçlarda dahil olmak üzere) servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
139	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.20.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.20.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
140	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.21	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenerek, paketlerin üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş mi?
		EH.21.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.21.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.
		EH.21.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
141	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.22	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri ilgili yönetmeliklere göre uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.22.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci tamamlanmalıdır.
		EH.22.2	Mal Kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.

142	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.23	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmış mı? (ilaç, tıbbi sarf vb.)
		EH.23.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		EH.23.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		EH.23.3	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.
		EH.23.4	Tüm medikal depolarda düzenli olarak miktar ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
143	AYNİYAT DEPO	AD.1	Ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'nin görevlendirilme yazıları tebliğ edilip, MKYS'de görevli oldukları depoların tanımlamaları yapılmış mı?
		AD.1.1	Ayniyat depolarında görevlendirilen, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebellüğ edilmiş olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevli oldukları depolara kullanıcı ve rol tanımlama işlemleri için, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi'ne yazılmış talep yazısı olmalıdır.
144	AYNİYAT DEPO	AD.2	Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		AD.2.1	Ayniyat depolarda, depo yönetimine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		AD.2.2	Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.
145	AYNİYAT DEPO	AD.3	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) TİF'leri MKYS sisteminden alınıyor mu?
		AD.3.1	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi v.b işlemlerin TİF (taşınır işlem fişleri)'leri HBYS sisteminden değil, MKYS sistemi üzerinden alınmalı ve dosyalanmalıdır.
146	AYNİYAT DEPO	AD.4	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren etiketler bulunmalıdır.
147	AYNİYAT DEPO	AD.5	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.5.1	H.E.K işlemleri ilgili prosedürlere göre yapılmalıdır.
		AD.5.2	Ahşap aksamlı taşınırların imha işlemi (Kullanılamaz hale gelme / Yok olma) oluşturulan komisyonun gözetiminde yapılmalıdır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenmeli, imha işleminde özel mevzuat hükümleri dikkate alınmalıdır.
148	AYNİYAT DEPO	AD.6	Her türlü tedarik yolu ile ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.6.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları v.b işlemlerde ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalıdır.
149	AYNİYAT DEPO	AD.7	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		AD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.7.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.7.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		AD.7.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.7.7	Depolarda malzeme yerleşim planı bulunmalıdır.
150	AYNİYAT DEPO	AD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		AD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.8.4	Elektiriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
151	AYNİYAT DEPO	AD.9	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne uyum eğitimleri verilerek, eğitim planı, talimatı ve eğitim dokümanları oluşturulmuş mu?
		AD.9.1	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne, Taşınır Mal Yönetmeliğine uygun olarak Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi eğitimleri verilmelidir.
		AD.9.2	Eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
152	AYNİYAT DEPO	AD.10	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?

		AD.10.1	Özellikli sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS'de ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.10.2	Sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırlara belirlenmiş tutar kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak ayniyat dayanıklı taşınır depolarına düzeltme çıkış ve düzeltme giriş işlemi ile kayıt altına alınmalı ve saymanlığa bildirimi yapılmalıdır.
153	AYNİYAT DEPO	AD.11	Teknik servis dökümanlarında ayniyat taşınırlarına ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.11.1	Teknik servis formlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numaraları bulunmalıdır.
154	AYNİYAT DEPO	AD.12	Bağış ve hibe olarak edinilen taşınırın MKYS'ye kaydı yapılıyor mu?
		AD.12.1	Bağış ve hibe yolu ile edinilen taşınır MKYS'de kayıt altına alındıktan sonra, giriş TİF'lerinin ilgili saymanlığa bildirimleri yapılmalıdır.
155	AYNİYAT DEPO	AD.13	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.13.1	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapılıyorsa düzeltme TİF'leri muhasebe işlem fişi ile birlikte muhasebeye bildirilmelidir.
156	AYNİYAT DEPO	AD.14	Ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemlerinde 2. düzey taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.14.1	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde 2. düzey taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
157	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat depoları için HBYS ile MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		AD.15.1	Ayniyat depolarında HBYS kullanılıyor ise; MKYS ile entegrasyonun uygunluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.15.2	HBYS entegrasyonu ile MKYS'ye gönderilen verilerin doğruluğu karşılaştırılmalı, depolardaki mevcut malzemelerin (-) eksi stoğa düşüp düşmediği kontrol edilmelidir.
158	AYNİYAT DEPO	AD.16	Ayniyat dayanıklı taşınır teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.16.1	Ayniyat dayanıklı taşınır 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.
		AD.16.2	Ayniyat dayanıklı taşınır sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınıra ait giriş TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
159	AYNİYAT DEPO	AD.17	Satınalma, devir, hurda, hibe vb. giriş ve çıkış işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.17.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.17.2	Muhasebe birimlerine kaydının yapılabilmesi açısından aralık ayının 20. gününden sonra (acil değilse) malzeme alımı ve fatura kabulünün yapılmaması gerekmektedir.
160	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat depolarda takibi yapılan malzemelerin MKYS/TDMS ve MKYS/KBS ile uyumluluk kontrolleri ilgili dönemlerde yapılıyor mu?
		AD.18.1	Döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık, genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri ise üçer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilir. Saymanlıkların bu bildirimleri gönderilen ay içinde TDMS veya KBS'ye işlemesi zorunludur. Saymanlıklara gönderilen giriş, çıkış, devir, düzeltme v.b işlem TİF'lerinin TDMS veya KBS'ye doğru şekilde işlendiğinin takibi için MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap kontrolleri ilgili dönemlerde yapılmalıdır.
161	AYNİYAT DEPO	AD.19	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılıyor mu?
		AD.19.1	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılmalıdır. MKYS'de 253-01 Tesisler Grubu kodunda dayanıklı taşınır kaydı bulunmamalıdır. İlgili kod taşınmaz olarak değerlendirildiğinden taşınır kod listesine alınmamıştır. Sadece TDMS muhasebe detay hesap planlarında yer alacaktır. Daha önceden MKYS 253-01 Tesisler Grubuna girişi yapılmış dayanıklı taşınırın, düzeltme işlemi ile uygun kodlara kaydedilmelidir.
162	AYNİYAT DEPO	AD.20	Fatura girişi yapılan malzemelerin MKYS sisteminde depo kaydı oluşturulmuş mu?
		AD.20.1	Entegrasyon ve entegrasyon kapsamında olmayan depolarda depo kayıtlarının oluşturulup, oluşturulmadığı kontrol edilmelidir.
163	AYNİYAT DEPO	AD.21	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.21.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetlerin tutanakları karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.21.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları güncel olmalı ve dosyalanmalıdır.

164	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		BD.1.1	Depo sorumluluk alanlarının belirtildiği; Sağlık , Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığı ile iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı yazılı olarak bulunmalıdır.
		BD.1.2	Depo sorumluluk alanlarının belirtildiği; sağlık tesisi, Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığı ile iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı yazılı olarak bulunmalıdır.
165	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.2.1	Harcama yetkilisi tarafından Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkililerine görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebellüğ edilmiş olmalıdır.
166	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.3	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?
		BD.3.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine İl Konsolide Görevlileri tarafından Taşınır Mal Yönetimine yönelik mevzuat ve MKYS kullanım eğitimi verilmelidir.
		BD.3.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve cihaz bilgilendirmesine yönelik teknik bilgi verilmelidir.
167	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.4.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.4.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
168	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.5.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		BD.5.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
169	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.6.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı bulunmalıdır.
170	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisinden kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?
		BD.7.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.7.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların 740.99.03.04 “Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.7.3	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
171	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.8.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.2	Biyomedikal tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.3	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
172	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?
		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.
173	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılıyor mu?
		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 dayanıklı taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

174	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalıdır.
175	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmet bilgisi MKYS’de mevcut mu?
		BD.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.
176	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		KM.1.1	Harcama yetkilisi tarafından Klinik Mühendislik hizmetlerinden sorumlu personele görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme sorumlu personel tarafından tebellüğ edilmiş olmalıdır.
		KM.1.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		KM.1.3	Bu organizasyon yapısında Sağlık tesisinde sorumlu personel ile Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığındaki ilgili kişilerin iletişiminin sağlanması için bu kişilerin iletişim kanalları ve bilgileri yer almalıdır.
177	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımların MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		KM.2.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımların Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı tarafından düzenlenmiş entegrasyon belgesi bulunmalıdır.
178	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, içerisinde MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
179	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.4	MKYS’de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapıyor mu?
		KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS’de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
180	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.5.1	Sağlık tesisi tarafından hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik muayene - kabul ve teslim tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
		KM.5.2	Sağlık tesisi tarafından temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerine yönelik teslim tutanakları Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi tarafından imzalanmış olmalıdır.
		KM.5.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
		KM.5.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
181	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?
		KM.6.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.6.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
182	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmıyor mu?
		KM.7.1	Hizmet alım yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.7.2	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.7.3	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’de güncel olmalıdır.

183	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırınların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.8.1	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırınların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.8.2	Sözleşme hükümlerince biyomedikal dayanıklı taşınırınların aktif çalışma (uptime) süreleri kayıt altına alınmalıdır.
184	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.9.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.4	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.5	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.6	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.7	Sağlık tesislerinde bulunan kesintisiz güç kaynakları ve altyapı özellikleri sağlık tesisinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte olmalıdır.
185	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırınların HEK'e ayrılmasına, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı bir düzenleme var mı?
		KM.10.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırınların HEK'e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.10.2	Kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve bu durumlarda kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
186	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.11	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırınların arızalanması durumunda ilgili birimdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırınların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.11.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırınların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.11.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırınların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
187	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.12	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		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 taşınırınların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.
188	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılmalıdır.
		KM.13.2	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen tutar işlem başına TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
		KM.13.3	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlemlerin toplam tutarı ile TDMS'deki bu hizmetler ile ilgili toplam tutar eşit olmalıdır.
189	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranına yapılan veri girişleriyle uyumlu mu?

		KM.14.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.14.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.14.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
190	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.15.1	Teknik servis formlarında biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.15.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
191	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.16.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
192	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.17.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında raporlama işlemleri mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.17.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında hizmet veren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.17.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
193	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.18	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.18.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.18.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.18.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.18.4	Medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
194	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.19	İşçi Sayısı Tespit Sisteminde (İSTS) bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı Personeline yönelik görev tanımı ve iş emri listesi mevcut mu? (Bu alanda hizmet alım personeli bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.19.1	Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir.
		KM.19.2	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.19.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.
195	MEDİKAL DEPO	MD.1	Tüm Medikal Depo Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		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.
196	MEDİKAL DEPO	MD.2	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?
		MD.2.1	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.
197	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları bulunmalıdır.
198	MEDİKAL DEPO	MD.4	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi) ile tam entegrasyonu sağlanmış mı?
		MD.4.1	HBYS- MKYS entegrasyonu tam olarak sağlanmış olmalıdır.

199	MEDİKAL DEPO	MD.5	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.5.1	Medikal depoda stok düzeyinin iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
200	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.6.1	Tehlikeli malzemelerin yönetimine ilişkin yazılı döküman ve tehlikeli maddelerin listesi bulunmalıdır. (Yazılı dökümanlar ve listeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		MD.6.2	Tehlikeli maddeler uygun koşullarda depolanmalıdır.
		MD.6.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
201	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depolar uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.7.3	Depo bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		MD.7.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.7.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.7.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.7.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.7.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.7.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
202	MEDİKAL DEPO	MD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.8.4	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
203	MEDİKAL DEPO	MD.9	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.9.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nem 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.9.4	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzemeler için gerekli düzenleme yapılmalıdır.