

SORU SIRA NO	BÖLÜM	SORU KOD	RUH HASTALIKLARI HASTANESİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
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.
		AS.1.2	Sağlık tesisi bünyesinde birden fazla acil servis hizmet veriyorsa, herbir acil servise ait ayrı tescil belgesi 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 otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalıdır.
		AS.2.3	Engelli hasta araçları için belirlenen otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.
		AS.2.4	Hasta ve hasta yakınları için yeterli otopark alanı ayrılmalıdır.
		AS.2.5	Otopark alanlarında uygun ışıklandırma yapılmalıdır.
		AS.2.6	Otopark alanlarında kamera ile güvenlik önlemleri alınmalı ve ihtiyaç duyulan hallerde güvenlik personeli ile desteklenmelidir.
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 servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?

		AS.4.1	Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		AS.4.2	Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabelası bulunmalıdır.
5	ACİL SERVİS	AS.5	Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değeriendirilecektir.)
		AS.5.1	Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalı ve etkin hizmet vermelidir.
6	ACİL SERVİS	AS.6	Acil servis seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.6.1	Acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.
7	ACİL SERVİS	AS.7	Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
		AS.7.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.
		AS.7.2	Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
		AS.7.3	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odası gerekli tıbbi donanıma (havayolu ve dolaşım ile ilgili malzemelerin erişkin, pediatrik ve infant boyları dahil olmak üzere) sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır. Günlük ve her kullanımdan sonra kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		AS.7.4	Resüsitasyon odasında ilaç ve sarf malzemeler kullanıma her an hazır bulundurulmal. ve düzenli kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
8	ACİL SERVİS	AS.8	Acil servis müşahede odasında acil seviyesine uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.8.1	Müşahede odasında; 1. seviye acilde 4-6, 2. seviye acilde 6-12, 3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.
		AS.8.2	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
		AS.8.3	Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		AS.8.4	Müşahade odası hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek şekilde düzenlenmelidir.
9	ACİL SERVİS	AS.9	Acilden yatışı verilen hastanın ilgili servise yatış süresi izleniyor mu?

		AS.9.1	Yatış kararı verilen hastanın acile giriş saati ile servise yatış saati arasındaki süre ölçülmelidir.
		AS.9.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
10	ACİL SERVİS	AS.10	Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu?
		AS.10.1	Hastanın müşahade odasına giriş-çıkış zamanı hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahade kalış süreleri ölçülmelidir.
		AS.10.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
11	ACİL SERVİS	AS.11	Resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale setinde ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?
		AS.11.1	Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		AS.11.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır..
12	ACİL SERVİS	AS.12	Acil servisteki ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.12.1	Acilde bulundurulması zorunlu ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri listeleri belirlenmelidir.
		AS.12.2	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının . Muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına " uygun olarak yapılmalıdır.
		AS.12.3	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. YRI'lar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		AS.12.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		AS.12.5	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına uygun şekilde "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" gerçekleştirilmelidir.
		AS.12.6	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar . TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		AS.12.7	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.12.8	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

		AS.12.9	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		AS.12.10	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.12.11	İlaç deposundan; acil servise verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.12.12	İlaçların; acil serviste bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.12.13	Acil servisten eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		AS.12.14	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		AS.12.15	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
13	ACİL SERVİS	AS.13	Acil servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.13.1	Tıbbi sarf deposundan; Acil Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.13.2	Acil servisten medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		AS.13.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
14	ACİL SERVİS	AS.14	Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?
		AS.14.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki yada elektronik (HBYS) olarak arşivlenmelidir.
		AS.14.2	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.14.3	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		AS.14.4	İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi , hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

15	ACİL SERVİS	AS.15	Her vardiyada görev yapan personel sayısı acil servis seviyesine uygun sayıda mı?
		AS.15.1	1. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 1-2, 2. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 2-4, 3. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 4 + olmalıdır.
		AS.15.2	1. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT / sağlık memuru sayısı 1-2, 2. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT / sağlık memuru sayısı 2-7, 3. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT/ sağlık memuru sayısı 7+ olmalıdır.
		AS.15.3	Acil serviste aylık çalışma listeleri (tabip, hemşire/ATT / sağlık memuru) bulunmalıdır.
16	ACİL SERVİS	AS.16	Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?
		AS.16.1	Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için acil branş nöbeti düzenlenmelidir. (Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler acil branş nöbetine dahil edilmez.)
17	ACİL SERVİS	AS.17	Acil serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		AS.17.1	Çalışan personel sayısına göre kadın erkek giyinme ve dinlenme odaları oluşturulmalıdır.
		AS.17.2	Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
18	ACİL SERVİS	AS.18	Acil serviste laboratuvar hizmeti uygun şekilde veriliyor mu?
		AS.18.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		AS.18.2	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerini hastaların görebileceği şekilde uygun bir alanda ilan etmelidir.
		AS.18.3	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuçlarını ilan edilen sürelerde vermelidir.
19	ACİL SERVİS	AS.19	Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		AS.19.1	Güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		AS.19.2	Kamera sistemi hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
		AS.19.3	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim, görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

		AS.19.4	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		AS.19.5	Acil servis girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
20	ACİL SERVİS	AS.20	Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için acil serviste ilan alanı ayrılmış mı?
		AS.20.1	Nöbetçi eczane uygulama saati başladıktan sonra, günlük nöbetçi eczane bilgilerinin bulunduğu pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.
21	ACİL SERVİS	AS.21	Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?
		AS.21.1	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
22	ACİL SERVİS	AS.22	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)
		AS.22.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		AS.22.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		AS.22.3	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
23	POLİKLİNİK	P.1	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.1.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.
		P.1.2	Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir
		P.1.3	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
		P.1.4	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
24	POLİKLİNİK	P.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.2.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
25	POLİKLİNİK	P.3	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?

		P.3.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.3.2	Karşılama yönlendirme personeli sayısı, hastanenin büyüklüğüne göre planlanmalıdır.
		P.3.3	Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.
26	POLİKLİNİK	P.4	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.4.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.4.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
		P.4.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.
27	POLİKLİNİK	P.5	Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?
		P.5.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.5.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
28	POLİKLİNİK	P.6	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.6.1	Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.
		P.6.2	Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.6.3	MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.6.4	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
29	POLİKLİNİK	P.7	Poliklinikte muayene alanlarında hizmete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.7.1	Muayene odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
		P.7.2	Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

		P.7.3	Muayene odalarında çalışana karşı olası bir şiddet durumunda güvenlik görevlilerini bilgilendirici/uyarıcı önlemler alınmalıdır.
30	POLİKLİNİK	P.8	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.8.1	Poliklinikte muayene işlemleri (tetkik istemleri, reçete, rapor vb...) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.8.2	Hasta laboratuvar sonuçları HBYS üzerinden görülebilmeli ve gereği halinde poliklinikten basılı olarak verilmelidir.
		P.8.3	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilmelidir.
31	POLİKLİNİK	P.9	Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		P.9.1	Poliklinik bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
		P.9.2	Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına yazılı bilgilendirme yapılmalıdır. (D ve E1 rolündeki hastaneler muaftır.)
32	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	Havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede olmalıdır.
33	POLİKLİNİK	P.11	Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		P.11.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.
		P.11.2	Kan alma biriminde bulunan kolçaklı, trendelenburg pozisyonuna gelebilen kan alma koltukları yeterli sayıda olmalı ve lüzumu halinde kolaylıkla trendelenburg pozisyonuna gelebilecek şekilde konumlandırılmalıdır.
		P.11.3	Kan alma ünitesinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalı ve bu düzenlemelere uyulmalıdır.

		P.11.4	Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)
		P.11.5	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
34	POLİKLİNİK	P.12	Poliklinikte güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		P.12.1	Güvenlik personeli mesai saati içerisinde hizmet vermelidir.
		P.12.2	Kamera sistemi olmalıdır. (Kayıtlar en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.)
		P.12.3	Poliklinik arşivinin olduğu alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.(Poliklinikte arşiv bulunuyor ise değerlendirilecektir.)
		P.12.4	Güvenlik hizmeti poliklinik girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		P.12.5	Poliklinik girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
35	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	Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.5	USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.6	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		G.1.7	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		G.1.8	Odanın havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		G.1.9	Kumanda ünitesinin oda dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.

		G.1.10	Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan 'L' şeklinde, en az 200 cm yüksekliğinde ve uzun kenarı 100 cm kısa kenarı 50 cm eninde bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.
		G.1.11	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
36	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, skopi vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		G.2.2	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)
		G.2.3	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
37	GÖRÜNTÜLEME	G.3	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.3.1	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşımali ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		G.3.2	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.
		G.3.3	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma, yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.
		G.3.4	Yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.
		G.3.5	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler (kurşun önlük, çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		G.3.6	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmelidir. □
		G.3.7	Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.
		G.3.8	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
38	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)
39	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.1	Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?

		BL.1.1	Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
40	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.2	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		BL.2.1	Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.
41	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.3	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		BL.3.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		BL.3.2	Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.
42	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.4	Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.4.1	Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		BL.4.2	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		BL.4.3	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.
43	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		BL.5.1	Tıbbi laboratuvar için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		BL.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		BL.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
44	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.6	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		BL.6.1	Laboratuvar ortamı yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		BL.6.2	Laboratuvar ortamı yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		BL.6.3	Tıbbi laboratuvarlar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.

		BL.6.4	Tıbbi biyokimya 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.
45	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.7	Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?
		BL.7.1	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		BL.7.2	Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)
		BL.7.3	Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
46	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.8	Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.8.1	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		BL.8.2	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
47	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.9	Laboratuvar da çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?
		BL.9.1	İç kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
48	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.10	Laboratuvar da çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?
		BL.10.1	Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
49	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.11	Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)
		BL.11.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstem yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı, - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri, - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı, - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır.
50	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.12	Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?
		BL.12.1	Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.

		BL.12.2	HBYS üzerinde uyarı sistemi; hasta sonucu onaylanmadan önce laboratuvar çalışanı tarafından görülebilecek ve ilgili sağlık personelinin ekranında fark edilebilecek şekilde olmalıdır.
		BL.12.3	Panik değer tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik değere ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
51	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.13	Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.13.1	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak; - Laboratuvara giriş/çıkış kuralları, - Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar, - Çalışanların uyması gereken kurallar, - Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı, - Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasal ajanlardan korunma, - Tehlikeli maddelerin yönetimi, - Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları, - Atık yönetimi ve dekontaminasyon, - Laboratuvar kaza bildirimi, - Yangın ve - Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri içerecek şekilde hazırlanmalıdır.
		BL.13.2	Rehber sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.
		BL.13.3	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		BL.13.4	Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.
		BL.13.5	Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
		BL.13.6	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görececek ünite/materyal bulunmalıdır.
		BL.13.7	Tıbbi laboratuvarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
		BL.13.8	İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.
		BL.13.9	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.
		BL.13.10	Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

52	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?
		S.1.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		S.1.2	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.1.3	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
53	SERVİS	S.2	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.2.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		S.2.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. YRI'lar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		S.2.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		S.2.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		S.2.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		S.2.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.2.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.2.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.10	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.
		S.2.11	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

		S.2.12	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		S.2.14	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
54	SERVİS	S.3	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.3.1	Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.3.2	Servislerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		S.3.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
55	SERVİS	S.4	Hastanın özbakımı ilgili değerlendirme sonuçları hasta dosyasına kaydedilmiş mi?
		S.4.1	Hastanın kılık kıyafetlerinin temizliği, saç bakımı ve traşı, beslenme, banyo ve tuvalet ihtiyaçları karşılanmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.4.2	Hastaların düşme riskinin azaltılması için önlemler alınmalıdır.
56	SERVİS	S.5	Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.5.1	Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınmalıdır.
		S.5.2	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.
57	SERVİS	S.6	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.6.1	Hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler bulunmalıdır. Düzenleme hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek şekilde olmalıdır.
		S.6.2	Hasta transferi sırasında ve hasta üzerinde yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
		S.6.3	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

58	SERVİS	S.7	Servislerde yatışı yapılan hastalara hekim tarafından değerlendirme yapılmış mı?
		S.7.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından değerlendirme yapılmalıdır.
		S.7.2	Hastanın değerlendirilmesi hastanın hekimi tarafından 24 saat içinde tamamlanmalıdır.
59	SERVİS	S.8	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.8.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilir konumda olmalıdır.
		S.8.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmış olmalıdır.
		S.8.3	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
60	SERVİS	S.9	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)
		S.9.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		S.9.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		S.9.3	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
		S.9.4	Kısıtlama tek kişilik odalarda yapılmalıdır.
		S.9.5	Sözel olarak kısıtlama kararı verildiğinde hekim tarafından ilk 15 dakika içinde hasta görülmelidir.
61	SERVİS	S.10	Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		S.10.1	Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		S.10.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
		S.10.3	İlaçların bulunduğu odaya giriş kontrollü olmalıdır.
62	SERVİS	S.11	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?

		S.11.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		S.11.2	İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve,hastanın adı ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
63	SERVİS	S.12	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.12.1	Hasta odalarında kişisel kullanım için duvara monte dolap ve etajer bulunmalıdır.
		S.12.2	Odada bulunan malzemeler ahşap ve yuvarlak kenarlı olmalıdır.
		S.12.3	Havalandırma ve doğal aydınlanma yeterli olmalıdır.
64	SERVİS	S.13	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		S.13.1	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.
		S.13.2	Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
65	SERVİS	S.14	Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		S.14.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		S.14.2	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		S.14.3	Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.
66	SERVİS	S.15	Bilgilendirilmiş onam formları her hastaya girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?

		S.15.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerekğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı) Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i) Onamın alındığı tarih ve saat.
		S.15.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
67	SERVİS	S.16	Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmış mı?
		S.16.1	Yakın gözlem odaları olmalı ve yakın gözlem gerektiren hastalar belirlenmelidir.
		S.16.2	Hastalar hekim veya hemşire tarafından belirlenmiş bir plan doğrultusunda gözlenmelidir.
		S.16.3	Gözlem sonuçları değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
68	SERVİS	S.17	Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmiş mi?
		S.17.1	Hasta ve hasta yakınları, rehabilitasyon faaliyetlerinin programı konusunda bilgilendirilmelidir.
		S.17.2	Günaydın ve/veya sorun toplantıları yapılmalıdır.
		S.17.3	Resim, elişi, satranç, tavla, bilgisayar kullanma gibi aktivite grupları oluşturulmalıdır.
		S.17.4	Fiziksel egzersiz grupları olmalıdır.
69	SERVİS	S.18	Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmış mı?
		S.18.1	EKT ünitesi psikiyatri kliniklerinden ayrı olmalıdır.

		S.18.2	Ünitede; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır.
		S.18.3	Yeterli havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır.
		S.18.4	Hasta mahremiyeti için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
70	SERVİS	S.19	EKT ünitesi gerekli tıbbi cihaz ve donanıma sahip mi?
		S.19.1	EKT ünitesindeki tıbbi cihazlar kullanıma hazır olmalıdır.(EKT cihazı, anestezi cihazı, cerrahi aspiratör, defibrilatör, EKG ve oksijen satürasyonunu ölçebilen monitör)
		S.19.2	EKT ünitesinde laringoskop seti ve yedek pilleri ,entübasyon tüpü , yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway), ambu,aspirasyon sondası ve acil ilaçlar bulunmalıdır.
71	SERVİS	S.20	Elektro Konvülsif Tedavi Uygulama Esaslarına uyuluyor mu?
		S.20.1	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.20.2	EKT ve anestezi uygulamasına onay verildiğini bildirir form ya da formlar hasta, velisi, vasisi veya birinci derece yakınlarından biri tarafından imzalanmış olmalıdır.
		S.20.3	Hasta ile ilgili bilgiler EKT takip formuna kaydedilmeli ve EKT Protokol Defteri tutulmalıdır.
		S.20.4	EKT uygulanacak hastaya, yeteri kadar hemşire veya sağlık memuru ile yardımcı personel eşlik etmelidir.
		S.20.5	EKT uygulaması sonrası derlenme süresi (1 saat) tamamlanmadan ünite terk edilmemelidir.
		S.20.6	Derlenme odasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.
72	SERVİS	S.21	Psikiyatri klinik/servislerine yönelik fiziki düzenleme yeterli mi?
		S.21.1	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.21.2	Klinik/serviste kaçma veya intihar olasılığını engelleyecek fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.
		S.21.3	Tavan tek parça olmalıdır.Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalıdır. Pencereleer yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır.
		S.21.4	Klinik/servise giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.

73	SERVİS	S.22	Hasta ve yakınları için eğitim programı düzenlenmiş mi?
		S.22.1	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.
74	SERVİS	S.23	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.23.1	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, 7-Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır
		S.23.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
75	SERVİS	S.24	Hastaların güvenliğine yönelik yeterli önlemler alınmış mı?
		S.24.1	Hastaya varsa psikolojik zarar verecek olgular tanımlanmalı ve uygunsuz karşılaşmalardan koruyucu önlemler alınmalıdır.
		S.24.2	Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
		S.24.3	Hemşire odaları tüm birimi görecektir şekilde düzenlenmelidir.
76	SERVİS	S.25	Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?
		S.25.1	Psikiyatri hastaları ile baş etme, iletişim, kriz yönetimi vb. gibi konularda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
77	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	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 yılda bir kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
78	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?

		GD.2.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.3.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.3.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.4.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
81	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?
		GD.5.1	Jeneratörlerin bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		GD.5.2	Jeneratörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
82	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.6.1	İklimlendirme - klima sistemlerinin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
83	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		GD.7.1	Asansörlerin Makina Mühendisleri Odası tarafından verilen uygunluk belgesi olmalıdır.
		G:D.7.2	Asansörlere verilen uygunluk etiketleri yapıştırılmış olmalıdır.
		GD.7.3	Asansörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
84	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.8.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.8.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

		GD.8.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.8.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
85	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.9.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.
		GD.9.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.9.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		GD.9.4	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
86	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.10.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.10.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, kurumun büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.10.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
87	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.11.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük)
88	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Sağlık tesis genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.12.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.
		GD.12.2	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.12.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		GD.12.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.

89	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		GD.13.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		GD.13.2	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?
		GD.14.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.
91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.15.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, güncel olmalı ve kayıtları olmalıdır. bulunmalıdır.
		GD.15.2	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
92	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)
		GD.16.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.16.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.16.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.16.4	İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır.
		GD.16.5	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmış olmalıdır.
93	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?
		GD.17.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.17.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
		GD.17.3	Hastanın transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir. (Üzerinin örtülmesi vb)

		GD.17.4	Hastanın transferi sırasında düşme riski gözönünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.
94	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.18.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
95	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		GD.19.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hastanın izni olmayan kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		GD.19.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır.
96	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.20.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.20.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
97	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.21.1	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		GD.21.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personellerin takipleri yapılmalıdır.
98	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		GD.22.1	Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.
		GD.22.2	Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.
99	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?
		GD.23.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.
100	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?

		GD.24.1	112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.
101	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.25.1	Acil Servis sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.25.2	Acil Servis sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.25.3	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.
		GD.25.4	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.25.5	Laboratuvar hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim(herbir laboratuvar için ayrı) tanımlanmalıdır.
		GD.25.6	Herbir laboratuvar için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.25.7	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.25.8	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır.
		GD.25.9	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.25.10	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.
102	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı oluşturulmuş mu?
		GD.26.1	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı olmalıdır.
		GD.26.2	Plana uygun ayrıştırma yapılmalıdır.
103	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.27.1	Sağlık tesisinden kaynaklanan atıklar; Evsel Atıklar (Genel Atıklar, Ambalaj Atıkları), Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patolojik, Kesici-Delici), Tehlikeli Atıklar, Radyoaktif Atıklar olmak üzere kaynağında ayrıştırarak ayrı toplanmalıdır.

		GD.27.2	Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.
		GD.27.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır.
		GD.27.4	Tıbbi atık torbaları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.
		GD.27.5	Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
104	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.28.1	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.28.2	Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.
		GD.28.3	Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.
		GD.28.4	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.28.5	Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.
		GD.28.6	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır
		GD.28.7	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır
105	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 VE ÜZERİ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.29.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.
		GD.29.2	Evsel ve tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.

		GD.29.3	Evsel atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.29.4	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.29.5	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalıdır.
		GD.29.6	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.29.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.29.8	Tıbbi atık içeren torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplanmalı, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal dezenfekte edilmelidir.
		GD.29.9	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.29.10	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.
		GD.29.11	Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)
		GD.29.12	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
106	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (20 DEN AZ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.30.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.30.2	Konteynerler, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
		GD.30.3	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
		GD.30.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.30.5	Tıbbi Atık Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.30.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı , atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
		GD.30.7	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.

107	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapılıyor mu?
		GD.31.1	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar(Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.) Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar Röntgen banyo suları Piller diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.31.2	Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		GD.31.3	Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.
		GD.31.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.31.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.31.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
		GD.31.7	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, tehlikeli, bitkisel atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.
108	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.32.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.32.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.32.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
109	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?

		GD.33.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır..
		GD.33.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.33.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.33.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.33.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.33.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.33.7	Yapılan altı aylık,yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.Periyodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.
		GD.33.8	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.
110	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.34.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.34.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
111	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.35.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.35.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
112	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?
		GD.36.1	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.
113	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan eğitimine ait düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.37.1	Eğitim programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

		GD.37.2	Eğitim programına uygun asistan karneleri doldurulmalıdır.
114	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.38.1	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri, -Randevu alma bilgileri, -Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, -Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri, -Site içi arama motoru olmalıdır.
		GD.38.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
115	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.39.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır.Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.39.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.39.3	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.39.4	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
116	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	GD.40	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.40.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.40.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

117	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.41	Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?
		GD.41.1	Psikiyatri hastaları ile baş etme, İletişim, Kriz yönetimi vb. gibi konularda acil servisteki tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
118	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.42	Sağlık tesisinde TİG Birimi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.42.1	Sağlık tesisindeki TİG çalışanları başhekim yardımcısı/başhekim sorumluluğunda olmalıdır.
		GD.42.2	TİG Biriminde çalışan personelin klinik kodlama eğitimi aldığına dair katılım belgesi olmalıdır.
		GD.42.3	Sağlık tesisinde görev yapan hekimlere ve klinik kodlamacılara TİG Birim Sorumlusu tarafından TİG'e yönelik hizmet içi eğitim verilmeli ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
		GD.42.4	Sağlık tesisinde Klinik kodlamacı olarak görev yapan personel, dosya veya HBYS üzerinde a. Epikriz b. Ameliyat notları c. ASA ve Anestezi bilgileri d. Konsültasyon bilgileri e. Laboratuvar sonuçları (patoloji, görüntüleme vb.) ulaşabilmelidir.
119	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
120	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.
121	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 yönetimince tahsis edilmelidir.
		TRSM.3.2	Acil psikiyatrik durumlarda hasta nakilleri için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanılmalıdır.
122	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.
123	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.
124	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 gelemeyecek 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.
125	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.
126	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.
127	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?
		EH.2.1	Eczanede aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
128	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.
129	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.
130	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?
		EH.4.1	Yatan hastalara eczacı tarafından, ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde, özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.
131	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)

		EH.5.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		EH.5.2	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		EH.5.3	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisi içinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.5.4	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.
		EH.5.5	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		EH.5.6	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
132	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?
		EH.6.1	Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.6.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.
133	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.7.1	İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.(Akılcı ilaç kullanımı, ilaç güvenliği ve özellikli birimlerde ilaç yönetimi, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, ilaç geçimsizliği, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin soğuk zincir saklama ve transferleri, narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazası ve kayıt altına alınması, ilaçların kaybolması, kırılması konusunda yapılacaklarla ilgili, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin eczane iadesi, imhası, yüksek riskli ilaçların saklanması,advers etki bildirimi, bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, eşdeğer ilaç, ilaç infüzyon süreleri gibi konularda)
		EH.7.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.7.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
134	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılıyor mu?
		EH.8.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.8.2	Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.

135	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	Albumin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.
		EH.9.4	Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.)
		EH.9.5	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nütrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.9.6	Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		EH.9.7	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		EH.9.8	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
		EH.9.9	HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
136	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapıyor mu?
		EH.10.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
137	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz (Yarım doz) İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapıyor mu?
		EH.11.1	Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Yarım Doz İlaç Bildirim Formları eczanede toplanmalıdır.
		EH.11.2	Parenteral ilaçlar Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" aseptik koşullara uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Onkoloji Hastanelerinde değerlendirilir.)
138	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	İlaç hazırlama ünitelerinde Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?
		EH.12.1	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı, bilgilendirme dökümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalı ve geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.

		EH.12.2	Eczacı tarafından acil ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.
139	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.13.1	Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, liste tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır.
		EH.13.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirlenmelidir.
140	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	Acil Servis, Anestezi ve birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.14.1	İlaç deposundan; Acil Servis, Anestezi, birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı yapılmalıdır.
		EH.14.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.
		EH.14.3	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
141	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 TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun 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.
142	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?
		EH.16.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
143	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaçların kırılması, kaybolması, ve yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.17.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
144	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?
		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 Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

		EH.18.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmı / yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.18.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilir.
145	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.19.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.19.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
146	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapıyor mu?
		EH.20.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.20.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.
		EH.20.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		EH.20.4	Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır.(Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muafır.)
		EH.20.5	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
147	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.
148	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.
149	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır

150	ECZACILIK HİZMETLERİ	MD.4	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıyor mu?
		EH.4.1	Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.4.2	Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim talimatına uygun yapılmalıdır.
151	ECZACILIK HİZMETLERİ	MD.5	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		MD.5.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır.
		MD.5.2	Mal Kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
152	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.6.1	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
153	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?
		MD.7.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		MD.7.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.7.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.7.4	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.7.5	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
154	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.8.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.8.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.8.3	Depo bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.

		MD.8.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.8.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.8.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.8.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.8.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.8.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.8.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		MD.8.11	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır.
155	MEDİKAL DEPO	MD.9	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.9.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.9.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.9.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.9.4	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
156	MEDİKAL DEPO	MD.10	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.10.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.10.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.10.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USP girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USP girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		MD.10.4	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.

157	MEDİKAL DEPO	MD.11	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		MD.11.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.11.2	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.
		MD.11.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.11.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
158	AYNİYAT DEPO	AD.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) taşınır işlem fişleri Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		AD.1.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal depolar vb.) yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri HBYS'den değil, MKYS'den alınmış olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
159	AYNİYAT DEPO	AD.2	Ayniyat dayanaklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.2.1	Hurda komisyon raporu (durum tespit raporu) ve kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış olmalıdır.
		AD.2.2	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		AD.2.3	Amortisman çıkış belgeleri düzenlenmiş ve ilgili saymanlıklara bildirilmiş olmalıdır.
160	AYNİYAT DEPO	AD.3	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul ve hizmet ifa tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.3.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa vb. işlemlerin tutanaklarında ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalı yada gözetiminde yapılmalıdır.
161	AYNİYAT DEPO	AD.4	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne yönelik eğitimler verilerek; eğitim planı, talimatı ve eğitim dökümanları oluşturulmuş mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne; Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak mevzuat, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir.
		AD.4.2	Eğitimin planı ve içeriği hakkında dökümanlar bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
162	AYNİYAT DEPO	AD.5	Teknik servis dökümanlarında ayniyat dayanaklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?

		AD.5.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
163	AYNİYAT DEPO	AD.6	Sağlık tesisindeki bağış ve hibe işlemleri ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?
		AD.6.1	Sağlık tesisi yöneticisi tarafından bağış yapan kişinin dilekçesi uygun görülmüş olmalıdır.
		AD.6.2	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		AD.6.3	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri ilgili saymanlığa ve bir nüshasında bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.
164	AYNİYAT DEPO	AD.7	Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin, çıkış bildirimleri ilgili dönemlerde saymanlıklara yapılıyor mu?
		AD.7.1	Tüm depolarda yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		AD.7.2	Tüm depolarda yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri üçer aylık dönemlerde ilgili mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
165	AYNİYAT DEPO	AD.8	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.8.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.8.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetler güncel olmalı ve zimmet tutanakları dosyalanmalıdır.
166	AYNİYAT DEPO	AD.9	Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.9.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.9.2	TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından, muhasebeleştirme sürelerinin kontrolü yapılmalıdır.
167	AYNİYAT DEPO	AD.10	Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS VE MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?
		AD.10.1	Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.10.2	Defterdarlık veya Malmüdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
168	AYNİYAT DEPO	AD.11	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapıp, düzeltme işlemi TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?

		AD.11.1	Tüm depolarda yapılan düzeltme işlemlerinde, tutar farkı olmamalıdır.
		AD.11.2	Yapılan düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarına kadar değişiklik yapılıyor ise; düzeltme taşınır işlem fişleri ve dayanıklı taşınırlar için düzenlenen amortisman çıkış belgeleri ilgili saymanlıklara bildirilmelidir.
169	AYNİYAT DEPO	AD.12	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapıp, düzeltme işlemi TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.12.1	Tüm depolarda yapılan düzeltme işlemlerinde, tutar farkı olmamalıdır.
		AD.12.2	Yapılan düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarına kadar değişiklik yapılıyor ise; düzeltme taşınır işlem fişleri ve dayanıklı taşınırlar için düzenlenen amortisman çıkış belgeleri ilgili saymanlıklara bildirilmelidir. Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapılıyorsa düzeltme TİF'leri muhasebe işlem fişi ile birlikte muhasebeye bildirilmelidir.
170	AYNİYAT DEPO	AD.13	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde; taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.13.1	Tüm depolarda yapılan ambarlar arası devir işlemlerinde, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
		AD.13.2	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
171	AYNİYAT DEPO	AD.14	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?
		AD.14.1	Tüm depolarda yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
172	AYNİYAT DEPO	AD.15	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?
		AD.15.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında, depo kaydı oluşturulmayan giriş işlem türü bulunmamalıdır. Girişi yapılan taşınırların depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
173	AYNİYAT DEPO	AD.16	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS/Malzeme İşlemleri Ekranı'ndan emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.16.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlar (bakım, onarım vb.) sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkış işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.16.2	Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
174	AYNİYAT DEPO	AD.17	Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?
		AD.17.1	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların fiyat tespit komisyonu tarafından tutarları belirlenmiş olmalıdır.

		AD.17.2	Dayanıklı taşınırın, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.17.3	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan dayanıklı taşınırın tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmış ve saymanlığa bildirimi yapılmış olmalıdır.
175	AYNİYAT DEPO	AD.18	Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?
		AD18.1	Ayniyat demirbaş depo 254- Taşıtlar Grubu Hesap Kodu'nda kayıtlı araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.
		AD18.2	Sağlık tesisi hizmet satınalma şartnamesinde belirtilen araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.
176	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında kayıtlı olan ancak ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı ?
		AD.19.1	Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında (eski pasif kodlar) kayıtlı olan, ancak şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, yeni kodlarda takibi için uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
177	AYNİYAT DEPO	AD.20	Ayniyat dayanıklı taşınırın üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.20.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırın üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
178	AYNİYAT DEPO	AD.21	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.21.1	Duvar ve tavanlar rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle boyanmış, zeminler temiz olmalıdır.
		AD.21.2	Depolardaki boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.20.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.21.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.21.5	Haşerelere karşı önlemler alınmalıdır.
		AD.21.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.21.7	Depolarda güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.
179	AYNİYAT DEPO	AD.22	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		AD.22.1	Hırsızlık için (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.22.2	Yangın tehlikesi için (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.22.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.22.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
180	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?
		KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır.
181	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.2.1	Sağlık tesislerinde bulunan kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		KM.2.2	Dayanıklı taşınırın üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
182	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.3.1	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.
183	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.4	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.4.1	Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırın muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırın hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
184	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?

		KM.5.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırılara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.5.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırılarn kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
185	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırılarn aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		KM.6.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırılarn aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.6.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırılara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’de güncel olmalıdır.
186	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırılarn %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.7.1	Sözleşme (bakım,onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırılarn %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.7.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırılarn garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		KM.7.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırılarn aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
187	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırılara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.8.1	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarına yönelik "Elektrik Dalgalanmaları ve Şebeke Kesintilerine Karşı Kullanım, Periyodik Bakım, Acil Müdahale Plan ve Prosedürü"ne uygun iş ve işlemler yürütülmelidir.
		KM.8.2	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarının günlük ve aylık bakımları yapılmalı, bu bakımlarn yapıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.
188	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırılarn HEK'e ayrılması, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasında Biyomedikal Dayanıklı Taşınırılarn HEK'e Ayrılması Talimatı ve Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatı'na uygun işlem yapılıyor mu?
		KM.9.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırılarn HEK’e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.9.2	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırılarn HEK’e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırılarn HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
		KM.9.3	Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi yönelik Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
189	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırılarn arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırılarn Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

		KM.10.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırın Arıza Bildirim ve Müdahale Süreci Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
190	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.11	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.11.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.11.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.11.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırın bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.
191	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.12	Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?
		KM.12.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.4	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen toplam işlem tutarı TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
192	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.13.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.13.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
193	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.14.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
194	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.15.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerinin raporlamaları mevzuata uygun olmalıdır.

		KM.15.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.15.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
195	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.16.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.16.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.16.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.16.4	Medikal gaz merkezi ve medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
196	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Hizmet Alımı Personeline yönelik İşçi Sayısı Tespit Sistemine (İSTS) bildirim yapılıyor mu?
		KM.17.1	Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı (Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı, Karşılama ve Yönlendirme, Bilgi İşlem, Teknik Eleman, Temizlik, Güvenlik gibi) dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir
		KM.17.2	İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilen sayı ile bildirim yapılan birimlerde görevli hizmet alımı personel sayısı uyumlu olmalıdır.
		KM.17.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli, ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.
		KM.17.4	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.
197	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.
198	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.

199	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.
200	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.
201	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.
202	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.
203	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisi tarafından 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 TDMS 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.
204	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.
205	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.
206	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapıyor 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.
207	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapıyor mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.
208	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların 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 taşınırların zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.